

RAPPORT DES RESULTATS 2017

PROGRAMME D'APPUI AU SECTEUR DE LA SANTE (PASS) SOUROU BEN 1302511



ACRONYMES	4
<i>Service Availability and Readiness Assessment</i>	5
1 APERÇU DE L'INTERVENTION.....	6
1.1 FICHE D'INTERVENTION.....	6
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE	7
<i>Contribution belge</i>	7
<i>Contribution nationale</i>	9
<i>Le tableau ci-dessous donne un aperçu des activités et des dépenses sur fonds de contrepartie béninoise pour l'année 2017 :</i>	9
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE.....	11
1.3.1 <i>Pertinence</i>	11
1.3.2 <i>Efficacité</i>	12
1.3.3 <i>Efficiences</i>	13
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i>	13
1.4 CONCLUSIONS.....	14
2 MONITORING DES RESULTATS	16
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE	16
2.1.1 <i>Contexte général</i>	16
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i>	16
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	17
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i>	17
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME	18
2.2.1 <i>Impact potentiel</i>	19
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	22
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	22
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	24
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	24
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2	38
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	38
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	40
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	40
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	46
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	46
2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	46
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	47
2.7 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5	49
2.7.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	49
2.7.1 <i>État d'avancement des principales activités</i>	55
2.7.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	55
2.8 THEMES TRANSVERSAUX	58
2.8.1 <i>Genre</i>	58
2.8.2 <i>Environnement</i>	60
2.9 GESTION DES RISQUES.....	61

3	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	66
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES	66
3.2	RECOMMANDATIONS	68
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES	68
4	ANNEXES	70
4.1	CRITERES DE QUALITE	70
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI	73
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	80
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS.....	80
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	80
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION.....	80

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
ARCH	Assurance pour le renforcement du capital humain
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
COGECS	Comité de gestion des centres de santé
COSA	Comité de Santé
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
FS	Formation sanitaire
GMAO	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
GTT	Groupe Thématique de Travail
IFSIO	Institut de Formation en Sciences Infirmières et Obstétricales
INMeS	Institut national médico-sanitaire
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 Biomédicaux
PGSSE	Plan de Gestion des Sources sécurisées d'eau
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire

PNLMNT	Programme National de lutte contre les maladies non transmissibles
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
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SYLOS	Système Local de Santé
ZS	Zone Sanitaire

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Intitulé de l'intervention	Programme d'Appui au Secteur de la Santé-PASS Sourou
Code de l'intervention	BEN 13 025 11
Emplacement	Niveaux central : Ministère de la santé Niveau intermédiaire et opérationnel : DDS Donga : ZS Djougou-Ouaké- Copargo ; ZS Bassila DDS Mono: Comè-Houeyogbe-Grand Popo-Bopa DDS Couffo: ZS Klouekanmè-Toviklin-Lalo, Aplahoué-Djakotomè-Dogbo et Volet demande : Comé
Budget	22.780 000 € : Contribution belge : 20.000.000 € + 980.000 € ¹ = 20.980.000 € ; contribution nationale 1 800 000 €.
Institution partenaire	Ministère de la Santé
Date de la Convention de mise en œuvre	23 mai 2014
Durée (mois)	72 mois (Projet 60 mois)
Groupes cibles	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.
Impact²	Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin.
Outcome	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 efficacité accrue des structures opérationnelles.
Outputs	<ol style="list-style-type: none">1. L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés.2. La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée.3. Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée.4. La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.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.
Année couverte par le rapport	2017

¹ 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.

² L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

1.2 Exécution budgétaire

Contribution belge

Montants en euro

	Budget	Dépenses				Solde	Taux de déboursement au 31/12/2017
		Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017		
A. Activités	10 519 911	155 352	1 750 734	2 470 283	2 387 908	3 755 634	64%
Output 1 - L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés	6 695 000	39 658	1 287 383	1 615 360	1 745 734	2 006 865	70%
Output 2 - La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée	1 542 900	109 295	266 046	365 384	161 824	640 351	58%
Output 3- Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en place du RAMU	40 000	-612	-843	7 787	239	33 429	16%
Output 4 - La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.	1 081 011	-	53 848	203 943	201 473	621 747	42%
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.	1 161 000	7 011	144 300	277 809	278 638	453 242	61%
B. Frais communs liés aux résultats	6 637 989	159 366	1 333 235	1 289 988	1 204 363	2 651 037	60%
X. Réserve budgétaire	7 000	-	-	-	-	7 000	0%
Z. Moyens généraux	3 815 100	114 515	678 331	704 957	849 957	1 467 340	62%
TOTAL	20 980 000	429 233	3 762 300	4 465 228	4 442 228	7 881 011	62%

Montants en milliers de CFA

	Budget	Dépenses				Solde	Taux de déboursement au 31/12/2017
		Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017		
A. Activités	6 900 609	101 904	1 148 406	1 620 399	1 566 365	2 463 534	64%
Output 1 - L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés	4 391 632	26 014	844 468	1 059 607	1 145 126	1 316 417	70%
Output 2 - La disponibilité de personnel							

compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée	1 012 076	71 693	174 515	239 676	106 150	420 043	58%
Output 3- Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en place du RAMU	26 238	-401	-553	5 108	157	21 928	16%
Output 4 - La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.	709 097	-	35 322	133 778	132 158	407 839	42%
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.	761 566	4 599	94 655	182 231	182 775	297 307	61%
B. Frais communs liés aux résultats	4 354 235	104 537	874 545	846 177	790 010	1 738 966	60%
X. Réserve budgétaire	4 592	-	-	-	-	4 592	0%
Z. Moyens généraux	2 502 542	75 117	444 956	462 421	557 535	962 512	62%
TOTAL	13 761 978	281 558	2 467 907	2 928 998	2 913 911	5 169 604	62%

Le taux d'exécution au 31 décembre 2017, après 39 mois (3 ans et 3 mois) de mise en œuvre est de 62%, ce qui se rapproche très fort du taux d'exécution théorique (soit 65%) du programme dont la durée prévue est de 60 mois.

En comparaison à 2016, l'année 2017 se caractérise par une stabilité des dépenses tant au niveau des activités que des frais communs/moyens généraux.

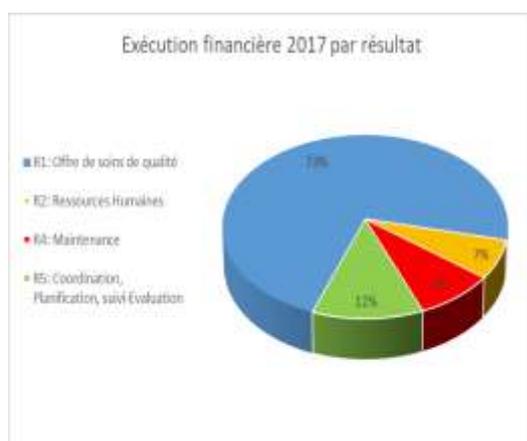


Globalement, avec un taux d'exécution total à **100%**, l'exécution financière 2017 est parfaitement en ligne avec la programmation de référence d'octobre 2016.

Des variations trimestrielles sont toutefois à noter avec 115% exécuté en Q3 contre 89% en Q4 suite aux restrictions budgétaires imposées en septembre 2017.

Le graphique ci-contre de l'exécution financière mensuelle reflète davantage ces tendances. Les 4 pics distincts en mars, juin, septembre et décembre correspondent aux paiements des primes trimestrielles du Financement Basé sur les Résultats (FBR). Les mois de septembre et octobre 2017 ont été marqués par une réduction importante des activités liées entre autres aux restrictions budgétaires, mais également au non remplacement de certaines ressources humaines des bureaux d'exécution.





L'analyse approfondie de l'exécution financière par résultat, montre que le Résultat 1 : Offre globale des soins qui regroupe les principaux chantiers à savoir le FBR, l'Assurance Qualité (AQ), la lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) et le développement d'un système local de santé (SYLOS) représente **73%** des dépenses totales liées aux activités.

Le résultat 5 constitué des activités de renforcement des capacités coordination, planification et suivi-évaluation suit avec **12%** et enfin, les résultats 4 : maintenance et 2 : ressources humaines ferment la marche avec respectivement **8** et **7%** des dépenses totales des activités pour l'année 2017.

Ainsi, l'essentiel des efforts du Programme ont été dirigés vers des actions qui ont un impact direct sur la santé des populations des départements du Mono, du Couffo et de la Donga.

Contribution nationale

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des activités et des dépenses sur fonds de contrepartie béninoise pour l'année 2017 :

Activités	En millions FCFA			observations
	Montant prévu	Montant engagé	Montant ordonnancé	
Construire le bâtiment PASS-BEC (R+1)	40	39,095	39,095	
Acquérir les meubles pour la salle de réunion du bâtiment PASS-BEC	2,3	2,3	2,3	
Réaliser la connexion à la fibre optique des bâtiments du PASS-BEC par la DIP	9,4	9,253	9,253	
Acquérir les climatiseurs pour les bureaux	1,4	0	0	Non engagé (chantier bâtiment était en cours)
Assurer l'entretien des bureaux du PASS-BEC	2,5	1,9	1,9	
Assurer la maintenance du plateau technique (réparation laboratoire HZ/Aplahoué, réparation de la morgue de Natitingou, réparation du distillateur d'eau du labo de l'HZ/Bassila, réparation de l'appareil photothérapie de l'HZ/Bassila, réparation de deux concentrateurs d'oxygène au CHD/Donga, réparation autoclave Bassila, réparation appareil microscope Olympus au CS de Grand-Popo)	23	18	35	Les 35 millions représentent les réparations qui ont été faites sur le Budget National par la DIEM en complément des ressources du PASS dans les zones de couverture. Cependant il reste certains besoins de maintenance médico techniques retenus avec l'ATI dont les dossiers engagés à concurrence de 18 millions n'ont pas encore abouti pour être pris en compte.
Assurer la maintenance du matériel roulant-ambulances (réparation de véhicules des HZ de Bassila, Lokossa et du SGM)	10	8	4,269	Tous les dossiers de réparation engagés n'ont pas abouti à l'ordonnancement

Organiser la maintenance informatique et bureautique	4,4	1,7	1,7	
Organiser les sessions SMCL	5	4,5	4,5	
Organiser la supervision du niveau central dans les départements de couverture du PASS	2	1,9	1,9	
Total	100	86,648	99,914	Avec un complément de 35 millions de maintenance dans les zones de couverture

Ci-dessous un aperçu de la mobilisation de la contrepartie nationale en numéraire et en nature depuis le début du programme.

Montants en euro

RUBRIQUES	Budget total €	Exécution 2014	Exécution 2015	Exécution 2016	Exécution 2017	Solde	Taux de déboursement au 31/12/2017
Total de la contribution Béninoise dans PASS	1 800 000	10 500	144 825	81 385	207 594	1 355 696	25%
Contribution en nature	375 000	10 500	75 500	75 500	75 500	138 000	63%
1. Mise à disposition de locaux conseillers techniques	210 000	10 500	42 000	42 000	42 000	73 500	65%
<i>a. Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)</i>	120 000	6 000	24 000	24 000	24 000	42 000	65%
<i>b. Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)</i>	90 000	4 500	18 000	18 000	18 000	31 500	65%
2. Salaires bruts des cadres impliqués directement toute charge comprise	165 000		33 500	33 500	33 500	64 500	61%
<i>ZS (1FTE x 20% x 5ZS)</i>	60 000		12 500	12 500	12 500	22 500	62%
<i>DDS (1FTE x 20% x 2)</i>	25 000		5 000	5 000	5 000	10 000	60%
<i>MS (1FTE et 2 x 10% FTE)</i>	80 000		16 000	16 000	16 000	32 000	60%
Contribution en numéraire	1 425 000	0	69 325	5 885	132 094	1 217 696	14,5%
1. Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année)	130 000		4 498	5 885	9 756	109 861	15,5%
2. Maintenance infrastructures et équipements	700 000	0	0	0	30 032	669 968	4%
<i>ZS Mono-Couffo</i>	450 000	0	0	0			
<i>ZS Atacora-Donga</i>	250 000	0	0	0			
<i>MS Cotonou</i>							
3. Autres contributions	595 000	0	64 827	0	92 305	437 868	26,5%
Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)	150 000	0	0	0	12 196	137 804	
Assurance véhicules (30)	180 000	0	0	0	0	180 000	
Exonération (TVA, douane) pour les investissements	265 000	0	64 827	0	0	200 173	

Montants en milliers de CFA

RUBRIQUES	Budget total en milliers CFA	Exécution 2014	Exécution 2015	Exécution 2016	Exécution 2017	Solde	Taux de déboursement au 31/12/2017
Total de la contribution Béninoise dans PASS	1 180 723	6 888	94 999	53 385	136 183	889 278	25%
Contribution en nature	245 984	6 888	49 525	49 525	49 525	90 522	63%
1. Mise à disposition de locaux conseillers techniques	137 751	6 888	27 550	27 550	27 550	48 212	65%
a. Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)	78 715	3 936	15 743	15 743	15 743	27 550	65%
b. Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)	59 036	2 952	11 807	11 807	11 807	20 662	65%
2. Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise	108 233		21 975	21 975	21 975	42 309	61%
ZS (1FTE x 20% x 5ZS)	39 357		8 199	8 199	8 199	14 759	62%
DDS (1FTE x 20% x 2)	16 399		3 280	3 280	3 280	6 559	60%
MS (1FTE et 2 x 10% FTE)	52 477		10 495	10 495	10 495	20 990	60%

Contribution en numéraire	934 739	0	45 474	3 860	86 648	798 756	14,5%
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	6 400	72 064	15,5%
2. Maintenance infrastructures et équipements	459 170	0	0	0	19 700	439 470	4%
ZS Mono-Couffo	295 181	0	0	0			
ZS Atacora-Donga	163 989	0	0	0			
MS Cotonou							
3. Autres contributions	390 294	0	42 524	0	60 548	287 222	26,5%
Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)	98 394	0	0	0	8 000	90 394	
Assurance véhicules (30)	118 072	0	0	0	0	118 072	
Exonération (TVA, douane) pour les investissements	173 829	0	42 524	0	0	131 305	

La mobilisation en numéraire des fonds de contrepartie nationale reste un défi à déjà 65% de la mise en œuvre du programme, malgré un taux de déboursement de 14,5%. Toutefois, il est à souligner que sur les 100 millions de CFA programmés pour 2017, près de 90% ont été engagés.

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	A

- Le PASS Sourou reste toujours pertinent comme l'a souligné l'évaluation à mi-parcours intervenue en avril 2017. L'intervention demeure alignée aux priorités nationales actuelles du secteur de par

son objectif spécifique qui vise à améliorer l'accès des populations aux soins de santé de qualité. Elle concrétise la volonté du Gouvernement béninois à cheminer vers une couverture santé universelle (CUS) qui passe par la mise en place de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH), nouvelle stratégie nationale qui remplace le régime assurance maladie universelle (RAMU) initialement soutenu par le programme.

- L'engagement des formations sanitaires des départements de la Donga, du Mono et du Couffo dans une démarche d'amélioration continue des pratiques, l'offre des soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU) de qualité et la décentralisation progressive d'une réponse nationale globale et intégrée aux maladies chroniques non transmissibles (MNT) reflètent bien l'adéquation de l'intervention aux stratégies nationales.
- De même, l'intégration de l'approche basée sur les droits humains, les droits sexuels et reproductifs et la digitalisation matérialisée par l'opérationnalisation de la stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) et la mise en place de mécanismes locaux de redevabilité démontre l'engagement du programme à faire converger les priorités du partenaire et de la Belgique.
- Ainsi, la décision de recentrer le PASS Sourou autour d'une offre de soins et de services de santé de qualité, la production et le renforcement de la gestion des ressources humaines en santé, l'amélioration de la gestion de la maintenance et des infrastructures ainsi que le renforcement du pilotage stratégique du secteur sur base de données de qualité contribue bien à l'édification d'un système de santé performant.
- Enfin, la pertinence du PASS se traduit également par sa réponse aux attentes de santé des cibles majoritaires de l'intervention que sont les femmes, les adolescents et les jeunes.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	A

L'efficacité du PASS Sourou a également été confirmée par l'évaluation à mi-parcours. Les résultats phares obtenus au cours de l'année sous-revue son repris comme suit :

Financement de la Santé : poursuite et fin du mécanisme FBR mis en place à la demande des autorités Béninoises dans 5 zones sanitaires, au profit de 104 centres de santé principaux, 66 centres de santé satellites, 5 hôpitaux de zone et 5 équipes d'encadrement des Zones Sanitaires. Les bonnes pratiques qui résultent des efforts entrepris depuis plusieurs années ont révélé une plus grande motivation et fidélisation du personnel de santé, une meilleure gestion des ressources accrues pour les structures sanitaires, un renforcement des mécanismes de supervision et de redevabilité (envers les usagers de santé et les autorités locales) ainsi qu'une meilleure coordination entre les acteurs au niveau du Système Local de Santé (SYLOS).

Assurance qualité : la démarche qualité dans 5 hôpitaux de zone et 10 centres de santé qui s'inscrit dans la mise en œuvre de la Politique Nationale d'Amélioration de la Qualité crée des bases systémiques pour améliorer la qualité des soins assurant ainsi la sécurité des usagers et une prise en charge des patients conformément aux normes et protocoles cliniques.

Développement de l'offre de Soins accessibles à près de 2 millions de bénéficiaires directs :

SONU : Le renforcement du plateau technique et la formation continue de (187) infirmiers et sages-femmes offre aux centres de santé des zones sanitaires de la Donga, du Mono et du Couffo un environnement où les professionnels de santé de 1^{ère} ligne maîtrisent les gestes, les actes professionnels liés aux sept (07) fonctions de base des SONU et stabilisent les cas urgents avant de les référer vers les hôpitaux dans les délais pour des soins spécialisés. Ce qui a permis de sauver de nombreuses vies des femmes et des nouveau-nés.

MNT : un plan de réponse nationale intégrée de lutte contre les maladies chroniques non-

transmissibles (MNT) est en cours d'opérationnalisation à travers la formation et la supervision de 150 prestataires de soins des centres de santé et la structuration d'un système de référence et contre référence. Cette démarche est le début d'une approche de décentralisation de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, du diabète, de l'asthme et de l'épilepsie.

Droits à la santé : les plateformes des Utilisateurs des Services de Santé (PUSS) à travers leur rôle de porte-parole des autres acteurs de la société civile ont œuvré au traitement des plaintes des patients et à une avancée notable pour que les organes de cogestion de la santé que ce soient les Comités de gestion des centres de santé (COGECS) ou les comités de santé (COSA) des hôpitaux soient sous la double tutelle du ministère de la santé (MS) et de celui en charge de la décentralisation et de la gouvernance locale, ce qui donne à ces organes la reconnaissance du rôle des collectivités locales dans le fonctionnement et la gestion des FS.

Ressources Humaines Santé : l'appui à la mise en place d'une licence et d'un master en sciences infirmières et obstétricales couronnée par la sortie de 13 diplômés en Master à l'institut national médico-sanitaire (INMeS). Il est prévu qu'une centaine de nouveaux infirmiers et sages-femmes achèvent leur formation à l'IFSIO de Parakou en 2018.

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	B

Au cours de l'année sous revue, la plupart des activités ont été réalisées dans les délais. Par ailleurs, sur de nombreux chantiers, le PASS a travaillé en synergie avec d'autres partenaires ce qui a permis d'optimiser les ressources du programme. A titre d'exemples :

- La collaboration avec le PAORC dans la mise en œuvre des parcours d'acquisition de compétences (PAC) sur les SONU, la transfusion sanguine et le renforcement des capacités des plates-formes d'utilisation des services de santé (PUSS), a contribué à une organisation rationnelle des formations et à disposer de compétences dans les délais acceptables par rapport aux approches classiques ;
- L'utilisation des experts cliniciens nationaux et l'expertise technique du PASS pour la formation des prestataires de soins à la prise en charge des MNT, ce qui a permis de réduire les coûts de formation.
- En outre, la mise à disposition de l'Institut de formations en sciences infirmières et obstétricales (IFSIO) de Parakou et de l'INMeS d'une expertise pédagogique via des conventions de subsides avec l'APEFE a permis de renforcer la qualité de la formation et de contribuer à la production des ressources humaines en santé dans des délais acceptables
- Enfin, le PASS s'est engagé dans une démarche de rationalisation des coûts des ateliers, avec un effort accru à les organiser dans des lieux ou structures moins onéreuses.

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	B

- La durabilité de l'intervention reste le plus grand défi. L'arrêt du soutien au FBR par les PTF qui n'a pas pu être repris par l'Etat indique les difficultés d'appropriation de la stratégie par le partenaire. Il faut toutefois souligner que le PASS Sourou a l'avantage de travailler dans le cadre d'un appui institutionnel qui permet de renforcer les institutions nationales qui sont déjà fonctionnelles au lieu de créer des structures ad'hoc.

- De même, le PASS Sourou se désengage progressivement de l'appui aux processus régaliens tels que les instances de coordination et de planification aux niveaux central et opérationnel.
- Par ailleurs, pour renforcer cette dynamique, le PASS Sourou sur instruction de la SMCL est engagé à mettre en place pour l'année 2018 un plan de pérennisation des chantiers prioritaires qui prend en compte les dimensions institutionnelles, techniques et financières.
- A titre d'exemples, il est important d'assurer la poursuite de l'utilisation du Comité de Pilotage du FBR comme cadre de concertation pour le dialogue entre l'offre et la demande sur des enjeux de santé des populations. Une ligne budgétaire a déjà été créée dans plusieurs communes pour financer la participation des membres aux différentes rencontres du comité de pilotage.

1.4 Conclusions

Le PASS Sourou est une intervention encore pertinente pour renforcer la performance du système de santé du Bénin. Les principaux résultats obtenus au cours de l'année 2017 ont révélé :

Assurance Qualité

- Une appropriation progressive des audits de qualité et de l'élaboration des plans d'amélioration par les acteurs des formations sanitaires et les représentants de la demande ;
- Une amélioration des pratiques de soins dans quinze (15) formations sanitaires conformément aux normes et en tenant compte des attentes des patients.

Lutte contre les Maladies chroniques Non Transmissibles (MNT)

- Un meilleur accès aux soins et services de prévention des MNT à plus de 600 000 adultes dans les zones d'intervention du programme ;
- Une forte implication des bénéficiaires à travers des associations de personnes vivant avec les MNT ;
- Une volonté très affichée des autorités (préfets) et élus locaux (maires) pour accompagner et sensibiliser les populations sur les actions de prévention des MNT.

Santé sexuelle et reproductive

- La maîtrise par 187 prestataires de soins des actes en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui délivrent des soins de qualité à près de 225 000 femmes enceintes ;
- Émergence d'associations de défense des droits à la santé et droits sexuels et de lutte contre les violences basées sur le genre (VBG).

Structuration de la demande

- Une professionnalisation progressive des PUSS qui se matérialise par l'augmentation croissante du nombre de bénéficiaires de soins qui revendiquent leurs droits à la santé ;
- Une présence plus prononcée des bénéficiaires de santé dans les instances de décision (exemple : du comité de pilotage du FBR) ;
- Amélioration de la gestion des plaintes et de la qualité perçue des services et soins de santé par les usagers ;
- Amorce de la supervision intégrée offre-demande des structures de santé traduisant l'amélioration du dialogue.

Ressources Humaines en santé

- Une production croissante de paramédicaux afin de combler les gaps en ressources humaines en santé (construction et mise à disposition de l'institut de formation en soins infirmiers et obstétricaux - IFSIO) ;
- Un renforcement des mécanismes de supervision et de redevabilité ;

Maintenance des infrastructures et équipements

- Les plans types en infrastructures en lien avec les normes et standards sont élaborés et rendus disponibles pour servir de référence au secteur ;

- Meilleure adaptation des incinérateurs permettant une prise en charge adéquate du traitement des déchets biomédicaux ;
- Amélioration de la capacité de maintenance préventive des acteurs des structures sanitaires.

Planification, coordination et suivi évaluation

- Une meilleure coordination entre les acteurs au niveau du Système Local de Santé (SYLOS) ;
- L'organisation effective de la revue de performance départementale et l'introduction d'innovations à la tenue de la revue annuelle conjointe de performance Gouvernement-PTF au niveau central avec la présentation des performances départementales.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
<p style="text-align: center;">Coffi AGOSSOU</p> 	<p style="text-align: center;">Nicole CURTI KANYOKO</p> <p>P/O</p>  <p>DROU EDRADEO CITEICK</p>

2 Monitoring des résultats

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

L'année 2017 a été marquée par la composition du deuxième gouvernement du nouveau régime politique avec le maintien du Ministre de la santé, la poursuite des nouvelles priorités définies dans le Programme d'Action du Gouvernement (PAG), la vulgarisation du contenu du PAG pour son appropriation et son opérationnalisation à travers les programmes d'investissements publics (PIP) au niveau des départements ministériels. Pour le secteur de la santé, on a pu noter :

- La tenue du forum sur la Couverture Santé Universelle (CSU) qui a réuni des expertises nationales sous régionales et internationales pour le partage des expériences et des réflexions sur des thématiques variées afin de contribuer entre autres à la mise en place de l'assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH).
- Les dispositions en vue de la mise en œuvre de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) se sont poursuivies notamment par le lancement des différentes études pour l'opérationnalisation des volets couverts.
- La poursuite des dispositions pour la création des quatre agences (Médecine hospitalière, protection sociale, assurance qualité, soins de santé primaires) prévues par le PAG.
- La finalisation des travaux de la commission technique chargée des réformes du secteur marqué par le dépôt officiel du rapport qui n'a pas encore fait l'objet d'un partage approfondi avec les PTF.
- La poursuite de l'élaboration du nouveau Plan de Développement Sanitaire quinquennal pour la période de 2017-2021.

Le contexte sanitaire a également été marqué par une longue période de grève du personnel de santé tant au niveau central qu'au niveau départemental et opérationnel.

2.1.2 Contexte institutionnel

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 (central stratégique) et des DDS/ZS (opérationnel). Ce double ancrage facilite la contribution à la définition et l'actualisation 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 qui a été renforcé par une avancée dans l'autonomisation des communautés (actions de la Demande).
- La nomination du Chef de la Cellule Juridique (CCJ) du SGM amorce la fonctionnalité effective de ladite cellule au profit du secteur et du programme. Cette importante structure a contribué à la finalisation et la signature des textes régissant les organes de cogestion et les zones sanitaires.
- La création de six (06) nouveaux départements en 2016 suivie de la nomination de nouveaux directeurs départementaux de santé (DDS) en 2017 a été une avancée dans le processus de décentralisation. Cependant la lenteur dans la constitution des équipes des DDS n'a pas facilité le bon fonctionnement de ces services.
- L'appropriation des actions du PASS par les nouveaux préfets des départements couverts est encourageante et prépare la pérennisation.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Le contrôle interne s'est poursuivi de façon systématique par le contrôleur interne recruté en 2016. Il est prévu un audit externe en 2018.

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 dont les principales sont les suivantes :

- Les comités de coordination.
- Deux sessions de la SMCL.
- La revue annuelle MoResults.
- Les planifications trimestrielles (Monitoring opérationnel).

L'année 2017 a été aussi marquée par l'évaluation à mi-parcours de l'intervention et de la relecture de la logique d'intervention qui a découlé du recentrage des chantiers du programme.

La finalisation et le partage du contenu du manuel de procédures du programme avec les partenaires limitrophes nationaux.

L'année a également marqué la fin du Financement Basé sur les Résultats (FBR).

Contrairement à 2016 les fonds de contrepartie national n'ont pas connu d'abattement ; ce qui a permis entre autres l'extension en hauteur du bâtiment du PASS-BEC.

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

Dans le cadre de la collaboration avec APEFE-CTB/PASS Sourou l'appui à la formation au niveau de l'INMeS et de l'IFSIO se poursuit.

L'année 2017 a été marquée par d'autres événements importants notamment :

- Le renouvellement du personnel du programme tant au niveau de la coordination qu'au niveau des bureaux d'exécution notamment le changement de coordinateur, et du Coresponsable du bureau d'exécution de l'Atacora/Donga.
- Les restrictions budgétaires de la CTB.
- La mise en place progressive du nouveau bureau d'exécution de la Donga conjointement à l'installation de l'équipe de la demande dans la Donga.

2.1.4 Contexte HARMO

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

- La collaboration avec d'autres acteurs : PAORC, Médecins Sans Vacances et APEFE sur différents chantiers de renforcement de capacité.
- La collaboration avec le projet ANCRE (USAID) et le Projet d'Appui aux Soins Maternels et Infantiles (PASMI) au niveau opérationnel dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.
- Le financement et l'appui technique de l'organisation de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) avec la BM/PRPSS.
- Partenariat MSV/HZ (Bassila) sur le 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).

- La collaboration entre le PASS et pour la formation en SONU des sages-femmes et infirmières de maternité des Hôpitaux de Zones.
- L'appui conjoint PASS-OMS au Programme National de Lutte contre les Maladies Non-transmissibles (PNLMNT) à l'élaboration du plan de réponse aux MNT et sa mise en œuvre.
- La collaboration avec le FNUAP à travers la participation à la revue annuelle des PTA du 8^{ème} programme de coopération Bénin-UNFPA ainsi qu'à la mission d'appui technique à la construction du réseau national de maternités de référence au Bénin.
- 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 SIAN'SON et DREDRAS dans les domaines de la formation, la supervision, la qualité des données et du paiement des primes aux relais communautaires.

2.2 Performance de l'outcome



Progrès des indicateurs

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)							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2015	Progrès année 2016	Progrès année 2017	Cible année 2017	Cible finale	Commentaires
1. Taux d'utilisation des soins curatifs	Donga:60,2%	59,6%	53,2%	55,9%	55%	85%	
	Mono: 52%	Tot: 47,10% H: 33,27% F: 46,11%	Tot : 50,70% H : 40,06% F: 49,98%	Tot: 46,37% H: 40,56% F: 50,24%			
	Couffo : 28%	Tot: 31,30% H:21,72% F: 27,5%	Tot: 31,70% H: 25,93% F: 31,39%	Tot : 29,78% H: 25,72% F: 31,44%			
2. Taux d'accouchement en institution ³	Donga 96,2%	99,3%	91,%	109,7%	98%	96%	
	Mono: 94,9%	87,4%	84,6%	79,87%			
	Couffo : 62%	59,6%	54%	50,78%			
3. Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception (%)	Donga: 8,6%	7,6%	10,1%	13,6%	15%	15%	
	Mono: 16,9%	12,7%	13,2%	10,32%			
	Couffo: 5,3%	4,30%	4,2%	2,0%			

³ Le MS a opté de remplacer l'indicateur des accouchements assistés par du personnel qualifié par celui des accouchements en institution

2.2.1 Impact potentiel

En mars 2017, le PASS Sourou a appuyé le Ministère de la santé dans l'organisation d'un forum sur la santé consacrée à la couverture santé universelle (CUS). La tenue de ce forum a été l'occasion pour les participants de divers horizons de réfléchir sur les enjeux, les dimensions et les défis que constituent la mise en place d'une CUS, la troisième cible des Objectifs de Développement Durable. Les acteurs du secteur de la santé du Bénin ont partagé des nombreuses expériences du PASS Sourou qui constituent des contributions importantes aux réflexions en cours sur la mise en place d'une couverture santé universelle dont les trois piliers sont l'offre de qualité des soins, la mise en commun de fonds et l'achat d'un paquet de prestataires au profit des bénéficiaires. L'objectif spécifique du PASS Sourou qui est d'accroître l'accessibilité des populations des zones appuyées par l'intervention à des soins de santé de qualité s'intègre parfaitement dans les trois piliers de la CSU. A ce titre, et dans le cadre dudit forum, de nombreux résultats obtenus par le PASS Sourou ont pu faire ressortir les prémices d'un impact de l'intervention à savoir :

- Une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, prenant en compte la qualité clinique, la qualité perçue, les perspectives des prestataires, reconnue comme une bonne base en vue de l'accréditation des hôpitaux. Cette démarche qualité transversale concoure également aux efforts d'amélioration de l'offre de qualité en SONU et pour la réponse aux MNT.
- Les expériences de mise en place de mécanismes d'achat de prestations sur base de critères de qualité, et reposant sur des structures locales et décentralisées gérées par les gouvernements locaux sont des innovations pouvant alimenter les réflexions concernant le financement de la santé.
- Les nombreux mécanismes de redevabilité mis en place avec l'appui du PASS Sourou et qui permettent aux populations de faire entendre leurs attentes et que celles-ci soient prises en compte par l'offre de soins.
- D'autres aspects centraux d'une offre de soins de qualité tels que les ressources humaines qualifiées et la maintenance des équipements et infrastructures dans un souci d'optimiser les investissements.

Par ailleurs, l'intervention a fait l'objet de l'évaluation à mi-parcours au cours de l'année sous-revue. Elle a souligné que le PASS Sourou demeure encore très pertinent et à plusieurs égards, fourni des produits qui témoignent d'une certaine efficacité même si elle mérite d'être recentrée dans une perspective d'optimiser son efficacité. L'accent a surtout été mis sur les approches ou initiatives qui ont une valeur ajoutée certaine dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité :

- L'approche de mise en œuvre des SONU à travers le renforcement des compétences des prestataires suivant le parcours d'acquisition des compétences (PAORC), et la recherche de synergies avec d'autres partenaires.
- L'approche systémique de démarche d'amélioration de la qualité de même que le choix du PASS de placer la qualité des soins au centre de sa démarche d'appui est cohérent avec le développement futur de la couverture universelle en santé et du financement du secteur.
- La mise en place d'une réponse intégrée et globale contre les MNT, surtout l'accent que l'intervention entend mettre sur le volet communautaire.

Les trois indicateurs retenus pour apprécier l'efficacité du PASS Sourou au niveau de l'outcome pour le compte de 2017 sont les taux : i) d'utilisation des soins curatifs dans les centres de santé, ii) les accouchements en institution iii) d'utilisation des méthodes de contraception modernes.

En ce qui concerne l'utilisation des soins curatifs dans les centres de santé, bien qu'en légère baisse dans les départements du mono et du Couffo, elle demeure supérieure à la moyenne nationale (45,2%) pour la Donga et le Mono. Seul le Département de la Donga dépasse l'objectif national de 55%. La situation dans le Couffo qui est le département qui rencontre le plus de pénurie en ressources humaines est stationnaire autour de 30%. (Figure 1).

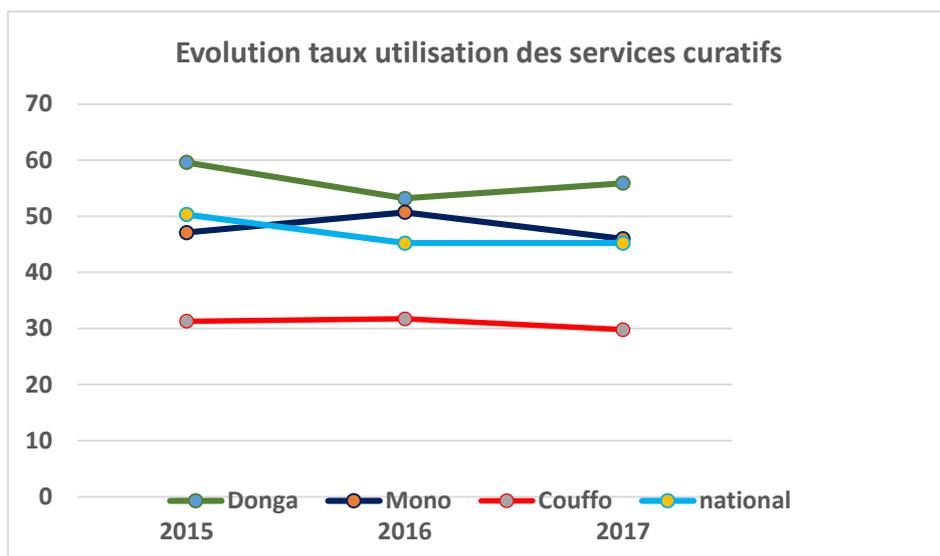


Figure 1 : Evolution de l'utilisation des soins curatifs dans les FS de la Donga, du Mono et du Couffo

Plusieurs raisons pourraient expliquer les contre-performances de l'année 2017. Le troisième trimestre de l'année a enregistré des grèves dans le secteur de la santé qui ont dû avoir un impact négatif sur la fréquentation des services. Dans le Couffo, la collecte des données statistiques des formations sanitaires privées reste encore un défi majeur, ce qui explique qu'une bonne partie de la population bénéficiant des soins n'est pas prise en compte par le système d'information sanitaire. La performance des départements appuyés par le PASS Sourou en accouchements qui ont eu lieu en institution de soins, hormis celle du Couffo est au-delà de la cible nationale en 2017 qui est de 96% (figure 2).

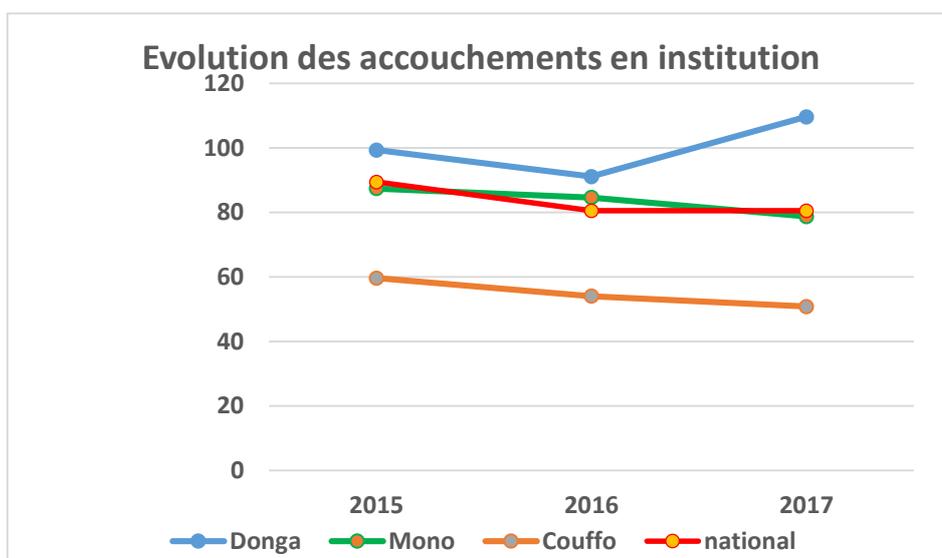


Figure 2 : Evolution du taux d'accouchements en institution dans les FS de la Donga, du Mono et du Couffo

On constate dans la Donga un accroissement du taux d'accouchements assistés dépassant en 2017 les 100% (109%). Ce super taux peut s'expliquer par le fait de la situation géographique des deux zones sanitaires qui sont frontalières avec le Togo et dont les FS enregistrent de nombreux patients

provenant de ce pays. Quoiqu'il en soit, le fait que les populations viennent du pays voisin est indicatif de l'attractivité de la qualité des soins offerts par ces FS. Il faut aussi reconnaître la prise en compte des données de structures privées dans le système d'information. S'il est vrai que ces structures sont moins nombreuses dans le Nord, il faut noter qu'elles collaborent davantage avec les structures du MS comparativement à celles du Sud.

Dans le Mono et le Couffo on observe que le taux de 2017 avoisine celui enregistré en 2016, une bonne partie des accouchements se déroulent dans les FS privées qui ne sont pas encore prises en compte par le système d'information sanitaire. Cette situation montre la place plus importante des formations sanitaires privées dans l'offre de soins dans ces départements qui sont plus proches de Cotonou.

La planification familiale en général et l'adoption des méthodes modernes de contraception reste l'un des plus grands défis du système de santé et des SYLOS des zones d'intervention du PASS. On note une nette progression de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes entre 2015 et 2017 dans la Donga, avec un taux avoisinant l'objectif national qui est de 15% (figure 3).

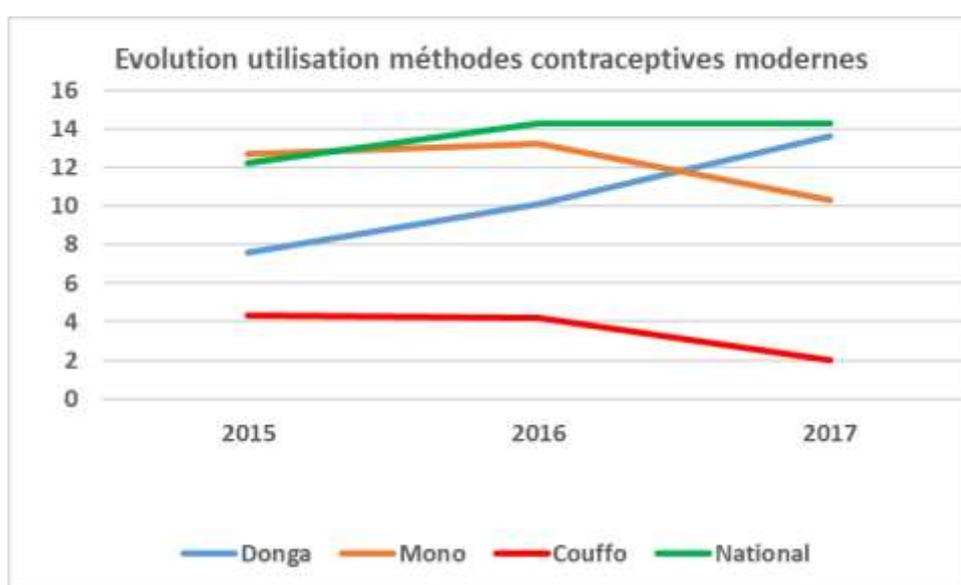


Figure 3 : Evolution du taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes dans la Donga, du Mono et du Couffo

La Donga et le Mono ont connu une augmentation du taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception. Dans le Couffo le taux de 2% est très nettement à la baisse par rapport à 2016 (4,2%)

Il est important de réévaluer les stratégies en place actuellement dans les différentes ZS pour adopter des approches novatrices. En 2016, la ZS de Djougou a rendu gratuit les contraceptifs en utilisant les fonds du FBR. Il en a résulté un accroissement important et rapide du nombre de femmes qui ont été enrôlées. En dépit de la fin du FBR, les ZS dans le cadre du SYLOS devront innover en mettant à profit les contributions des différents acteurs pour maintenir cette tendance. S'il est démontré que l'amélioration de l'accès aux produits contraceptifs contribue à l'utilisation des méthodes par les femmes, il ne faut pas perdre cependant de vue que des pesanteurs socio-culturelles en sont un frein.

2.3 Performance de l'output 1

2.3.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2015	Progrès année 2016*	Progrès année 2017	Cible année 2017	Commentaires
Output 1 : L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés						
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% HZ Donga: 28,5% HZ MC: 20,33%	CS Donga: 88,5% CS MC: 81,87% HZ Donga: 43,5% HZ MC: 44,66%	CS Donga (33 CS) : 91% CS MC: 83,03% HZ Donga (2HZ): 41% HZ MC (3HZ): 35,93%	CS : 90% HZ : 50%	
1.2. Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%)	Bassila : 76% DCO : 74% MC: 54% DONGA : 75% 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%	HZ Bassila :ND HZ Klouékamè : 70,2%	65%	
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%	MC : 100% D : 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%	Bassila: 69,5% DCO: 91,00% KTL: 94% ADD: 77,3% CBGH: 84%	100%	
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%	Bassila 80,5% DCO: 100% KTL: 96,33% ADD: 93,66 % CBGH: 92,66%	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%	<u>Donga:</u> Cosa : 72,5% Cogecs : 55% <u>MC:</u> Cosa : 55%	<u>Donga:</u> -COSA: 60% -COGECS:60% <u>MC:</u> -COSA :	<u>Donga:</u> -COSA: 57,5% -COGECS: N/A% <u>MC:</u> -COSA : 45%	<u>Donga:</u> Cosa : 80% Cogecs : 75% <u>MC:</u> Cosa : 75%	

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2015	Progrès année 2016*	Progrès année 2017	Cible année 2017	Commentaires
Output 1 : L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés						
	Cogecs : 48%	Cogecs: 65%	76,66% -COGECS :63%	-COGECS :N/A%	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 :67,5% MC : 56,66%	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 : 97,7% MC : 90,84%	94%	
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 :100% Dogbo :100%	100%	

2.3.2 État d'avancement des principales activités

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

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

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

Lors du comité des partenaires entre le Royaume de Belgique et la République du Bénin tenu le 22 novembre 2016 dans le cadre du suivi/évaluation de la mise en œuvre du PIC 2013-2017, une recommandation spécifique concernant le FBR précisait que la partie béninoise devait travailler à l'appropriation du processus de pérennisation institutionnelle et financière du FBR par 3 actions phares :

- 1) Un financement national pour le 4ème trimestre de 2017 (en recourant éventuellement à la contrepartie nationale du PASS).
- 2) L'inscription du FBR au budget national 2018.
- 3) La mise en place d'organes de pilotage nationaux.

Dans ces conditions, la partie belge pourrait étudier la possibilité de continuer son appui au FBR par un cofinancement régressif en 2018.

Les nombreuses initiatives conjointes des partenaires visant à traduire la recommandation dans les faits n'ont pas abouti, aucune démarche nationale de pérennisation institutionnelle, organisationnelle et financière n'étant encore perceptible. Par ailleurs, les réformes initiées par le gouvernement n'ont pas indiqué des orientations spécifiques concernant le FBR avec comme conséquence la non continuité du financement national du FBR au terme des financements des PTF (CTB, BM, GAVI et FM). C'est ainsi que le financement du FBR dans de 29 ZS appuyées par la BM, GAVI et FM s'est arrêté fin juin 2017 et celui des 5 ZS appuyées par la CTB en fin septembre 2017.

Sur le plan opérationnel, le PASS a retenu deux indicateurs pour la mesure des effets du FBR sur le fonctionnement et la performance des structures de soins et de gestion de santé. Il s'agit du : i) taux de satisfaction de la qualité des soins par les utilisateurs, ii) la proportion d'institutions de soins recevant leurs subsides dans les délais requis.

Un autre indicateur à savoir '*la proportion d'hôpitaux respectant les normes*' remplacé par '*le score*

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

qualité' issu des audits qualité, mesure également les effets du FBR en même temps que ceux de l'assurance qualité. L'analyse de cet indicateur est présentée dans la rubrique sur la démarche qualité.

1. Taux de satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des soins

La satisfaction des utilisateurs des structures de soins reçus est mesurée au niveau des centres de santé et des hôpitaux de zone sur une base trimestrielle.

La satisfaction par rapport à la qualité perçue par les utilisateurs des centres de santé a connu une amélioration régulière tant dans la Donga que dans le Mono/Couffo de 2015 à 2017, où plus de 97,7% et 82% respectivement des utilisateurs sont satisfaits de la qualité des soins et services reçus. On remarque toutefois deux phénomènes qui nécessitent une analyse approfondie. Il s'agit d'une part de la faible progression des taux de satisfaction depuis 2015 et d'autre part l'écart important entre les deux départements qui s'est maintenue tout au long de l'intervention.



Figure 4 : Evolution du taux de satisfaction des utilisateurs des centres de santé

La faible progression des taux de satisfaction peut avoir plusieurs explications : il est connu qu'en général, lorsqu'un indicateur 'qualité' dépasse le seuil de 80%, les gains de performance sont plus lents. Par ailleurs, le PASS Sourou à travers le Volet Demande a mené des actions communautaires (sensibilisation sur les droits et devoirs des patients) qui ont amené les usagers des centres de santé à être de plus en plus exigeants.

En ce qui concerne l'écart observé entre les deux départements, il est probable que la longue expérience dans le Mono de la Plateforme Société Civile du projet PARZS Comé II dont la mission principale était de structurer la demande des soins autour des enjeux de qualité des soins avec un dialogue avec l'offre par rapport aux soins centrés sur le patient ait renforcé l'exigence des populations par rapport à leur droit à la santé. Il n'est pas non plus exclu que des aspects socio-culturels spécifiques aux populations des départements influencent le niveau d'exigence et de perception par rapport à la qualité des soins, le Mono Couffo étant en général plus semi-urbain que la Donga.

Quant aux HZ, la forte augmentation notée en 2015 et 2016 dans les deux régions de la Donga et du Mono/Couffo a connu un fléchissement en 2017, plus important dans le Mono et le Couffo (voir figure 5). Cette situation pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs qui ont eu une incidence négative sur la perception des patients :

- les grèves dans le secteur qui ont duré une bonne partie du second semestre de l'année sous revue,
- la survenue d'évènements indésirables graves comme des décès maternels qui sont de plus en plus portés à la connaissance de la communauté grâce à l'action des PUSS à des fins de sensibilisation. La notification de ces évènements a un effet négatif sur la réputation des structures de soins concernées.

Par ailleurs, certains hôpitaux recourent principalement aux prestataires de soins externes surtout

les cliniciens spécialistes payés sur fonds propres qui ne sont présents dans la structure que ponctuellement au moment des prestations. Même si dans un certain sens, cette situation permet de combler l'insuffisance de ressources humaines et d'améliorer l'offre de soins, elle ne favorise pas une approche de soins continus mettant le patient au centre (mais plutôt la recherche de gain), ni l'esprit d'équipe de soins.

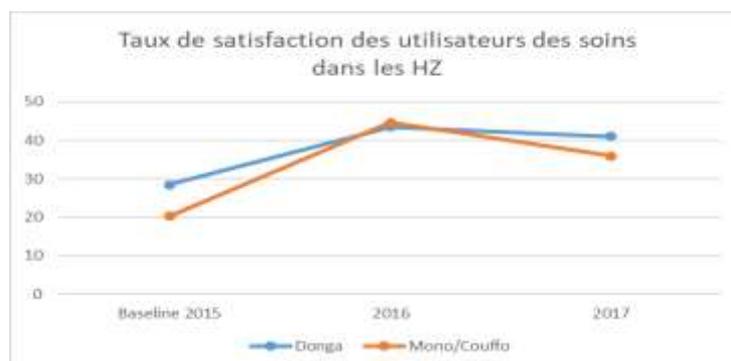


Figure 5 : Evolution du taux de satisfaction des utilisateurs des soins dans les HZ

Il importe aussi de noter que la différence d'appréciation entre la satisfaction des patients des CS et HZ peut aussi s'expliquer par le séjour plus long des malades dans les lits d'hospitalisation à l'hôpital comparativement au centre de santé, le nombre plus élevé de personnes intervenant sur le même patient par jour comparativement au CS et la facilité plus grande de construction d'une relation de proximité entre le patient et l'agent de santé au centre de santé par rapport à l'hôpital. D'autres facteurs de la relation 'soignant-soigné' restent à corriger si l'on prend en considération les opinions des enquêtées à l'hôpital de Klouekamne:

*«J'ai posé de question sur mon état de santé quand l'agent a commencé par gronder sur moi me demandant si j'étais un agent de santé. ... Le seul constat que je n'ai pas apprécié est que dès notre arrivée, on nous a dit qu'on nettoie les chambres et ça a duré au moins deux heures de temps
Eviter le rançonnement et le mépris des patients, éviter de renvoyer les femmes en travail d'accouchement
Réduire le coût de la consultation et prendre en charge à temps les patients. »*

En dépit de l'arrêt du processus FBR, il importe que les enquêtes de satisfaction soient poursuivies à travers la démarche d'assurance qualité en cours.

2. Proportion d'institutions de soins ayant reçu leur subvention FBR dans les délais (%)

Dans l'ensemble des deux régions, 100% des structures de soins évaluées reçoivent à temps les subsides soit dans les deux semaines après la validation des données. Ceci permet aux dites structures de disposer à temps des ressources nécessaires pour les utiliser afin d'améliorer le fonctionnement des structures et la qualité des prestations suivant le plan d'affaires convenu avant les évaluations subséquentes.

Dans le souci de garantir une utilisation optimale des subsides FBR, le PASS a facilité la réalisation de missions d'accompagnement par les services financiers de la DDS et l'audit par l'inspection générale des services du MS, créant ainsi les conditions d'un suivi et appropriation nationale dans la perspective d'une approche globale d'amélioration de la gestion conformément au manuel des procédures de gestion des ressources de la zone sanitaire.

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

Au cours de l'année sous-revue, le PASS a poursuivi l'appui au Ministère de la santé en vue de l'institutionnalisation de la démarche qualité dans le secteur. L'appui s'est concrétisé par :

1. La consolidation de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins dans les quatre formations sanitaires déjà engagées dans la démarche en 2016. Les plans d'amélioration de la qualité ont fait l'objet d'un suivi visant à renforcer leur mise en œuvre. Ensuite, il a été réalisé un audit qualité des dites structures un (01) an après le premier audit ce qui a permis d'observer les progrès enregistrés, qui sont illustrés à travers la figure 6 ci-dessous.

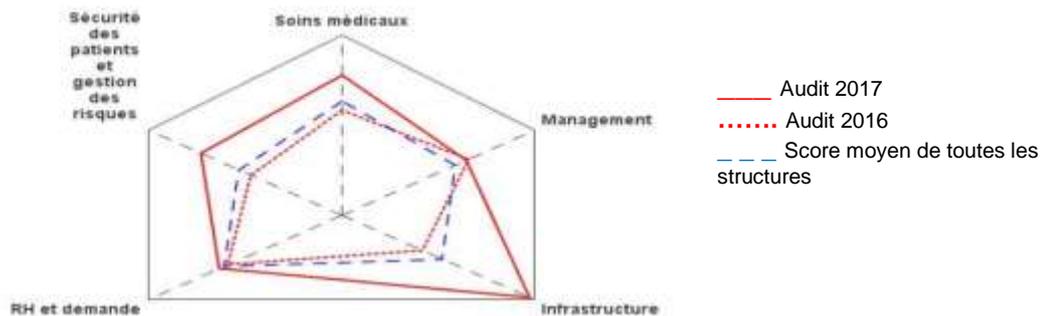


Figure 6 : Evolution de la qualité des soins à travers plusieurs dimensions à l'HZ Klouékanmè de 2016 à 2017

Le score qualité (*l'indicateur mesurant la proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins*) à l'HZ de Klouékanmè est passé de **55,5%** en 2016 à **70,2%** en 2017. Ce progrès est le résultat notamment de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité élaboré à l'issue de l'audit qualité de 2016 et la mise en place et l'amélioration d'un certain nombre de processus de soins et services. Ainsi :

- Au niveau des soins médicaux dont le score est passé de 58% à 78%, on note :
 - la mise en place et l'application de procédures de sécurité des interventions chirurgicales ;
 - une prise en charge en pédiatrie des cas d'anémies et de paludisme graves conforme aux normes, cas qui sont en général responsables de nombreux décès chez les enfants de moins de 5 ans ;
 - la conduite des accouchements, la prise en charge des cas d'éclampsie conformes aux procédures ce qui réduit les complications graves et les décès maternels et néo-nataux.
- Au niveau de la sécurité des patients qui a connu une amélioration importante (45% à 92%), l'hôpital a amélioré :
 - l'hygiène hospitalière notamment l'hygiène des mains, la stérilisation des instruments répondant aux normes, gestion des déchets biomédicaux respectant les procédures,
 - mise en place un mécanisme de recueil et de gestion des plaintes des usagers (36% à 93%), de gestion des risques et incidents critiques.
- Au niveau des infrastructures des améliorations ont concerné la réhabilitation du bloc de la maternité, du bureau d'admission des urgences et un plan fonctionnel de maintenance préventive.

Les facteurs qui ont contribué aux progrès observés (facteurs de succès) : leadership et volonté affichée de la Direction, l'utilisation des subsides FBR dans la mise en œuvre du plan d'amélioration et le renforcement du plateau technique (**Ex** : réhabilitation des locaux des urgences, meilleur tri des déchets biomédicaux), prise de conscience des acteurs.

Certains domaines n'ont pas enregistré d'amélioration et dans certains cas des reculs. Ce sont par exemple :

- Management : le score est passé de 66% à 64%. A ce niveau, il a été encore enregistré des ruptures de stocks des médicaments, notamment ceux concernant la prise en charges des maladies chroniques non transmissibles (HTA et diabète).

- Ressources humaines : le score est passé de 59 % à 63%. On note une insuffisance de collaboration interpersonnelle entre médecins et non médecins, non-paiement de rémunérations au personnel liés aux retards de remboursement par l'Etat des frais relatifs à la gratuité de la prise en charge du paludisme et de la césarienne ; la surcharge de travail importante liée à l'insuffisance de personnel, absence d'opportunité d'évolution de carrières.

- Demande : on note que la proportion de patients satisfaits à l'issue du séjour d'hospitalisation est passée de 69% à 61%. Ce taux est toutefois différent de celui obtenu à l'évaluation de la satisfaction des patients réalisé lors des évaluations FBR qui est de 35,93%. Cet écart peut être expliqué par l'utilisation de méthodes différentes (enquête en communauté plusieurs mois après l'épisode versus enquête à la sortie de l'hôpital) et d'outils (les questionnaires ne mesurent pas les mêmes dimensions. Une harmonisation des outils est en cours dans un souci de rationalisation.

2. L'extension de la démarche qualité à onze nouvelles formations sanitaires dans les trois départements couverts par l'intervention. Lesdites formations sanitaires comprennent trois hôpitaux de zone que sont l'hôpital de l'Ordre de Malte de Djougou, les hôpitaux de zone de Comé et d'Aplahoué et huit centres de santé à savoir les centres de santé de la Commune de Bassila, de Manigri, de Bougou et de Sèmèrè dans la Donga ; de Grand-Popo, de Lobogo dans le Mono ; de Dogbo et de Djakotomè dans le Couffo. Les audits qualité réalisés dans l'ensemble de ces structures de soins ont montré un score qualité variant de 48,3% à 63,4%. Sur les cinq domaines couverts par l'audit que sont les soins médicaux, la sécurité des patients, les ressources humaines et la demande, les infrastructures et le management, les dimensions où les structures de soins audités ont montré le plus de besoin d'amélioration sont :

- les soins médicaux avec un besoin de renforcement des respects des procédures cliniques,
- la sécurité des patients : nécessité d'une gestion intégrée des risques, l'amélioration de l'hygiène en milieu de soins, la gestion des déchets biomédicaux.

En outre, le processus a mis en exergue les défis suivants :

- la faible disponibilité des ressources humaines qualifiées : il s'agit d'un facteur qui réduit le potentiel d'amélioration des processus de soins dans la structure ;
- l'importance d'intégrer le suivi de la mise en œuvre des plans d'amélioration dans les mécanismes de suivi et de supervision de la zone sanitaire ;
- la nécessité d'un soutien matériel et financier aux efforts des structures de soins dans l'exécution des plans d'amélioration de la qualité ;
- la pérennisation de la démarche actuelle appuyée par le PASS : en dépit de l'appropriation de la démarche par la Direction Nationale des Hôpitaux (DNH), la digitalisation actuelle du processus en terme de maîtrise d'ouvrage est encore sous le contrôle d'un prestataire externe ;
- l'harmonisation de la démarche qualité entre les différents partenaires appuyant le MS dans ce domaine. Dans ce cadre, un groupe de travail regroupant tous les intervenants en qualité des soins, comme un creuset d'échanges et de réflexion sur les enjeux de la qualité des soins et de partages des expériences, est initié et sera conduit par la Direction Nationale des Hôpitaux (DNH).

Dans le cadre de la révision du cadre logique du PASS Sourou, il est envisagé la révision de la formulation de l'indicateur pour tenir compte des dimensions qualité qui vont au-delà du seul respect des normes.

2.3.3.3. Appui à la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT)

Au cours des dernières années, l'appui du PASS Sourou au Ministère de la Santé pour la lutte contre les maladies chroniques non-transmissibles est devenu un axe important de l'intervention. Cet appui est basé sur :

1. L'utilisation de données factuelles pour une réponse globale et multisectorielle aux maladies non transmissibles

En effet, les résultats de l'enquête STEPS nationale de 2015 a permis de constater l'ampleur des maladies chroniques non-transmissibles et leurs facteurs de risques. On a noté par exemple que plus de 90% des Béninois de plus de 18 ans portent au moins un des facteurs de risques des MNT et pourraient donc développer une des MNT. L'analyse des données factuelles a abouti à : i) l'identification des MNT comme priorité du secteur dans le Plan National de Développement Sanitaire (2017-2022) en cours de finalisation, ii) l'élaboration d'un plan de réponse systémique, global et intégré qui couvre tous les niveaux de soins y compris la communauté et iii) la planification des actions adaptées de renforcement des compétences du personnel de santé et des acteurs communautaires.

2. Une réponse aux MNT multi-acteurs qui se décentralise et se rapproche des populations

- En 2017, le plan de réponse national a été validé. Sa restitution au niveau central, départemental et communal a conduit à un engagement progressif des maires à élaborer et intégrer des actions de promotion et de prévention des MNT dans la mise en œuvre de leurs plans de développement communaux. Des plans d'action spécifiques communaux sont en cours d'élaboration dans le Département de la Donga. L'effectivité de ces engagements sera évaluée dans les différents cadres de concertation du Sylos. Cet engagement est affiché également par les préfets des départements couverts par le PASS.
- L'élaboration des modules de 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 et la formation effective de **150** sages-femmes et infirmiers des centres de santé dans le Mono et le Couffo sont des actions concrètes initiées pour la décentralisation des soins au cours de l'année. Ce qui constitue un gage pour la qualité de la prise en charge des MNT.
- Une grille a été élaborée afin d'évaluer les compétences acquises par les agents de santé formés à l'identification des facteurs de risques des MNT et à la prise en charge du diabète, HTA, des maladies respiratoires chroniques et de l'asthme. Cet outil sera utilisé lors des supervisions post-formatives dans le ZS du Mono et du Couffo par les EEZ. Cette approche de formation suivie d'une supervision va permettre une meilleure appropriation des mesures de prévention et une réponse durable face aux MNT. Elle va s'étendre dans la Donga en 2018.
- Au cours des formations des agents de santé du niveau périphérique, la nécessité de mettre à jour le recueil de protocoles de prise en charge des MNT, de réorganiser le système de référence et de contre-référence, de systématiser la collecte de l'information et de rendre disponibles les médicaments et intrants au niveau des centres de santé a été réitérée. Les formations en direction des acteurs communautaires vont débuter en 2018 ainsi que les sensibilisations des populations sur les facteurs de risques (FDR) des MNT. L'efficacité de la réponse sera évaluée à la capacité des prestataires de soins à mettre les patients au centre de leur prise en charge afin qu'ils deviennent coproducteurs de leur santé.

3. Une approche multisectorielle en cours de construction

En collaboration avec l'OMS et le PNLMT, des initiatives ont été menées à travers le Groupe de travail sur les MNT pour la mise en place d'un comité multisectoriel de lutte contre les MNT dont l'ancrage serait rattaché à la Présidence de la République.

A cet effet, une communication en conseil des Ministres, un projet de décret et une fiche technique ont été élaborées pour le plaidoyer en vue de déclarer l'année 2018 comme celle dédiée au MNT. Le défi qui persiste est l'approche multisectorielle de la réponse par les autres secteurs tels que l'éducation, le commerce, l'agriculture, la gouvernance locale, la jeunesse et sports.

La consolidation de cet appui en 2018 couvrira les structures de soins, les communautés des départements appuyés et tous les secteurs de la vie sociale béninoise constituant ainsi un socle pour la réduction significative des risques des MNT et du fardeau desdites maladies. Ce qui, à terme, contribuera non seulement à la santé de plusieurs milliers de Béninois mais aussi au

développement du pays.

2.3.3.4 Amélioration de l'offre de soins de qualité en soins obstétricaux et néonataux 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. En 2016, 187 sages-femmes et infirmier/ères des CS, des HZ et des CHD ont bénéficié de la formation SONU. Suite aux déficiences observées lors des suivis post formation organisé des stages cliniques hospitaliers ont été organisés en 2017 pour renforcer les compétences dans trois fonctions (réanimation du nouveau-né, accouchement par ventouse, AMIU) à l'intention de 162 prestataires demandeurs dans le Mono Couffo et l'Atacora afin de leur permettre de consolider leurs compétences pratiques dans ces domaines. Conformément à l'approche de parcours d'acquisition de compétence (PAC) du PAORC qui a piloté lesdites formations, une phase de tutorat et de supervision est prévue pour consolider les acquis. Avec cette série de formation, et celles assurées par le projet PASMI/AFD ayant ciblé le personnel des maternités des hôpitaux de zone, la couverture de personnel qualifié et formé en SONU est pratiquement de 100%. Un stage similaire est prévu en 2018 dans la Donga.

Afin d'étendre la formation en SONU débutée en fin 2015 dans la Donga aux départements du Mono et du Couffo, le PASS Sourou a procédé à l'acquisition préalable des équipements SONU pour renforcer les plateaux des centres de santé de commune pour une bonne prise en charge des cas SONU dans les maternités. Plusieurs initiatives locales d'achat de petit matériel par les centres de santé sont notées dans toutes les zones d'intervention du programme. Toutefois, les évaluations de la formation ont montré des besoins en équipement à satisfaire, au risque de perdre les connaissances acquises par les prestataires desdits centres. Différentes évaluations ont montré que le renforcement des compétences et du plateau technique a amélioré la qualité des prises en charge des femmes en situation d'urgence obstétricale et des nouveaux nés.

La mesure des indicateurs SONU à travers le processus de la démarche qualité a permis de noter une amélioration significative de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales, notamment dans les aspects Les nouveaux nés correctement réanimés, permettent non seulement de les sauver mais également de prévenir les séquelles ultérieures sur leur croissance psychomotrice ;

- Les nouveaux nés sont mis au sein immédiatement (jusqu'à 1 heure) après la naissance ;
- Les femmes en travail d'accouchement présentant une urgence obstétricale sont correctement prises en charge dans les délais prescrits (15mn et 120mn dès leur admission) ;
- La prise en charge des pré-éclampsies sévères reçues sont conformes au protocole.

Une analyse rapide de l'évolution des données de maternité dans la Donga semble indiquer une tendance à la réduction des décès maternels intra hospitaliers avec le début de l'introduction de la formation en fin 2015. Il est encore trop tôt pour attribuer ces constats aux actions SONU car les décès maternels relèvent de plusieurs facteurs multisectoriels (figure7)

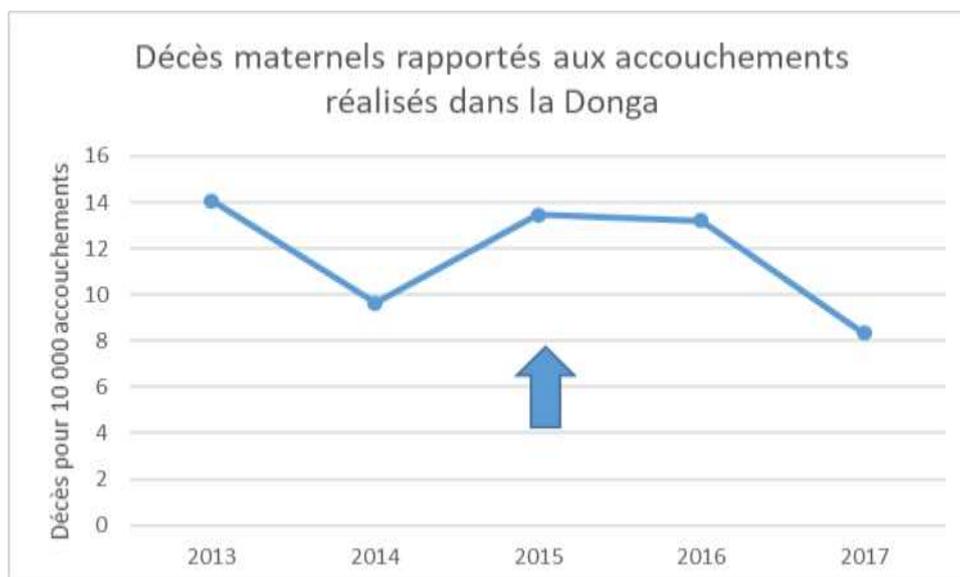


Figure 7 : évolution des décès maternels intra hospitaliers pour 10 000 accouchements réalisés dans la Donga

Par ailleurs, le suivi post formation est assuré par le Service de Santé de la Mère et de l'Enfant – SSME- à travers l'usage des réseaux sociaux téléphoniques via la création et l'administration d'un groupe « WhatsApp » qui constitue une plateforme d'échanges entre les prestataires formés, les champions SONU, la DSME avec l'appui financier du PAORC de même que les supervisions intégrées conjointes dites de pools de compétence élargis aux acteurs de la demande organisées par les DDS dans le cadre d'une approche d'« Intervision » a également contribué à :

- une réduction progressive des incidents critiques (ventes illicites des médicaments et mauvais accueil entre autres.),
- une augmentation des bonnes pratiques (présence au poste des agents de santé, remise systématique de kits CPN lors des visites de suivi des grossesses, facilitation de la déclaration des naissances, propreté des FS, etc.) selon les enquêtes communautaires FBR.

Le renforcement de système de références et de contre référence a également permis de renforcer la disponibilité de SONU de qualité, notamment à travers les initiatives suivantes :

- La gestion en pool des ambulances est plus efficiente avec une meilleure disponibilité des ambulances, une promptitude aux sollicitations, une traçabilité des circuits. On note des changements positifs chez les ambulanciers qui assurent leur travail avec plus de discipline, améliorent la tenue des documents de bords et utilisent à bon escient le système de téléphonie mis en place.
- La documentation des incidents, l'analyse hebdomadaire de la gestion du système de RCR par les EEZS, l'implication des organes de cogestion à l'identification d'actions correctrices contribuent à l'accessibilité aux SONU de qualité.

Il convient enfin de mettre un accent sur les points d'attention suivants :

- La nécessité d'étendre les dotations en équipements et en formations des prestataires aux autres maternités qui n'ont pas encore été couvertes.
- la stratégie actuelle de renforcement SONU s'est occupé prioritairement des maternités centrales dites potentielles SONUB et des hôpitaux à travers les équipements SONU et la

formation. Il faut veiller au suivi post formation, à la capitalisation et à l'amélioration du réseautage « WhatsApp » SONU, au suivi de la maintenance des équipements SONU.

- L'importance de stabiliser le personnel formé au poste à travers des stratégies de motivation efficaces et le cas échéant instaurer une formation/recyclage en SONU au profit des agents nouvellement arrivés pour assurer la continuité des SONU de qualité dans les FS.
- La nécessité d'organiser régulièrement les audits de décès maternels et néonataux avec suivi des recommandations.
- L'amélioration de la disponibilité des médicaments tels que le sulfate de magnésium pour lutter contre les éclampsies

2.3.3.5 Appui aux acteurs du SYLOS pour un rôle complémentaire et synergique

Le développement de liens et synergies entre les acteurs au travers du système de santé local (SYLOS) s'est poursuivi et a concerné la communauté, les services de santé publics et privés, les collectivités locales, la société civile, les ONG et associations de développement, les groupements féminins, les groupements de producteurs, les réseaux communautaires, les organes de gestion des centres de santé, les Equipes d'Encadrement de Zone Sanitaire, les tradi-thérapeutes et les PTF.

On note l'implication et des contributions concrètes comme acteurs décisifs pour l'amélioration de la performance de la SYLOS. Plusieurs initiatives concrètes peuvent être mentionnées dans ce cadre : (i) le recrutement de personnel sur fonds propres au profit des CS et HZ : aides-soignants (mairie de Dogbo), Médecin (Mairie Grand Popo), deux ambulanciers ; (ii) la mise à disposition depuis 2015 d'au moins cinq ambulances par les collectivités locales et l'ONG « élites » soit deux pour l'HZ de Klouékanmè (Mairies de Toviklin et Lalo), une ambulance dans 1 CS puis deux au CHD de la Donga. Ces véhicules pour la plupart vétustes à la réception sont à présent hors d'usage ; (iii) la dotation en matériels médico techniques des structures de santé (Mairie de Klouékanmè pour plus de cent millions de francs CFA) ; (iv) la dotation en lampadaires solaires dans les formations sanitaires (Mairie de Lalo pour ses 11 FS) ; (v) les constructions/réhabilitations d'infrastructures sanitaires notamment maternités, incinérateurs, fosses à déchets liquides, etc.

Le recrutement annoncé d'un gynécologue et chirurgien à l'HZ d'Aplahoué par la Mairie d'Aplahoué est toujours attendu.

Au-delà de ces dotations et recrutements en prestataires, les collectivités discutent davantage des questions de santé au cours des sessions des conseils communaux, s'impliquent directement dans les campagnes de sensibilisation sur différents thèmes de santé (prévention des IST-VIH/sida, Planification Familiale (PF), le suivi de la grossesse, etc.) à travers des causeries-débats, des émissions radiophoniques, participent aux campagnes de vaccination, à l'organisation et aux collectes périodiques de sang, etc.

Par ailleurs, on a noté un renforcement des initiatives et activités en faveur de la santé par des organisations associatives, (cas d'Association Lant'Africa, CODEV OCCITANIE, Commune de Lanta France), par les chefferies coutumières (cas des autorités royales de Bassila).

Le renforcement des capacités des maires et le plaidoyer aux préfets réalisés par le programme ont contribué à la création d'une ligne budgétaire santé dans les PDC 2018- 2022 avec comme activités entre autre, l'appui aux PUSS, aux organes de cogestion, aux relais communautaires est un exemple éloquent du rôle de plus en plus accru qu'ils entendent prendre dans la gestion du SYLOS. Si ces initiatives sont salutaires elles butent encore sur les dispositions des textes actuels de la décentralisation qui fixent des compétences moins « ambitieuses » aux maires.

Dans le domaine du partenariat public-privé, les ZS appuyées par le PASS Sourou ont enregistré des initiatives encourageantes : intégration des FS privées dans les activités publiques telles que la vaccination de routine, l'offre de service de planification familiale et certaines fournissent leurs données statistiques au système d'information sanitaire. En retour, ces FS privées sont incluses dans les plans de formation de la ZS, les supervisions, les monitorings ; elles bénéficient aussi de la

possibilité de faire leurs achats de Médicaments Essentiels Génériques au dépôt répartiteur, d'utiliser le système de référence et de contre référence et des incinérateurs pour la gestion des déchets bio médicaux.

En dépit de ces aspects encourageants, il persiste un nombre important de cabinets clandestins non autorisés dont les prestations ne sont pas encadrées par l'EEZS. Il faut toutefois souligner les démarches visant à corriger cette situation au niveau des départements à l'instar de la commune de Dogbo dans la ZS d'ADD dans la régulation de l'offre des services sanitaires privés procédant depuis janvier 2014 à la fermeture des nombreux cabinets privés illégaux.

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

Un aspect important du fonctionnement du SYLOS est l'autonomisation des communautés afin qu'elle prenne une part plus importante dans le dialogue avec l'offre en vue production de soins qui tienne compte des attentes des communautés. Dans ce cadre les organes de cogestion et les plateformes des utilisateurs des services de santé (PUSS), structures représentant les communautés, bénéficient des appuis du PASS Sourou. Elles font également l'objet d'une évaluation périodique de leur performance dans une perspective d'apprentissage.

Proportion d'organes de cogestion performants dans les zones sanitaires appuyées (%)

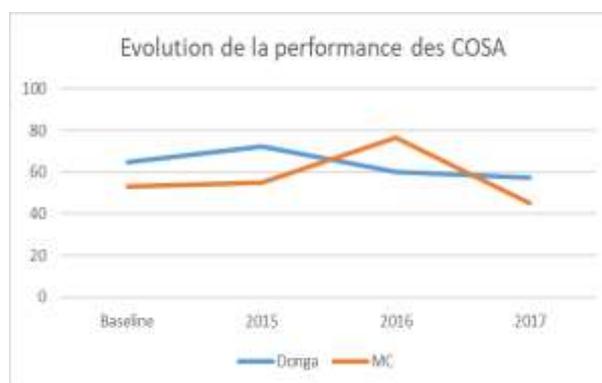


Figure 8 : Evolution de la performance des COSA dans la Donga et le Mono/Couffo

La performance des COSA a connu depuis 2015 une régression dans la Donga (2015 : 72,5% et 2017 : 57, 5%). Dans le Mono et le Couffo, la performance a progressé de 60% à 76,7% de 2015 à 2016 avant de baisser en 2017 à 45%. La chute de performance est particulièrement remarquable dans la ZS CBGH (15% en 2017).

La faible performance observée dans l'ensemble mais surtout dans la Donga serait due à la longue période de non renouvellement des organes de cogestion qui s'est caractérisée par une démotivation, un désintérêt et le désengagement des membres des COSA. Cette situation s'est illustrée dans la Donga par la non réalisation de nombre d'activités notamment dans la ZS de DCO. Les insatisfactions par rapport à la clé de répartition des primes FBR (part des organes de cogestion) expliqueraient également en partie ce désintéressement chez certains membres COSA.

L'adoption de nouveaux textes portant attribution, organisation et fonctionnement des organes de cogestion avec la double tutelle du ministère de la Santé et celui en charge de la décentralisation créent les conditions d'un renforcement de la cogestion.

Proportion de PUSS performantes dans les zones sanitaires appuyées (%)

En ce qui concerne les PUSS, leur performance s'est améliorée de façon constante sur les trois dernières années que ce soit dans la Donga ou le Mono/Couffo.

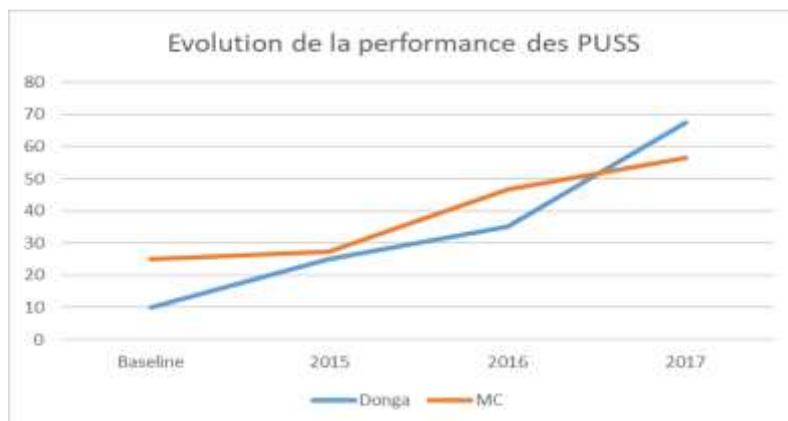


Figure 9 : Evolution de la performance des COSA dans la Donga et le Mono/Couffo

Les PUSS de la Donga par rapport à 2016 ont doublé leur performance ce qui les projette au-delà de la performance ciblée à la fin de l'intervention. On note également un bon progrès au niveau des PUSS du Mono Couffo. Ces performances sont en partie expliquées par le renforcement des capacités des membres en leadership, en communication et résolution de conflits avec l'accompagnement du PAORC.

Les domaines de progrès des PUSS concernent notamment leur rôle d'interface entre les populations et les FS pour le recueil et l'analyse des plaintes des utilisateurs, la promotion de la redevabilité à travers plusieurs initiatives et instances, etc.

Des bonnes pratiques sont notées et mérites d'être documentées :

- 1- Amélioration dans la collecte et suivi des plaintes (39% en 2016 et 54% en 2017) jusqu'à la résolution des problèmes y compris le remboursement des frais indument perçus chez les patients ;
- 2- Différenciation des plaintes selon le genre ;
- 3- Mise en place des plaques d'orientation des clients dans les HZ ;
- 4- Digitalisation des enquêtes communautaires AQ.

2.3.3.6 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.

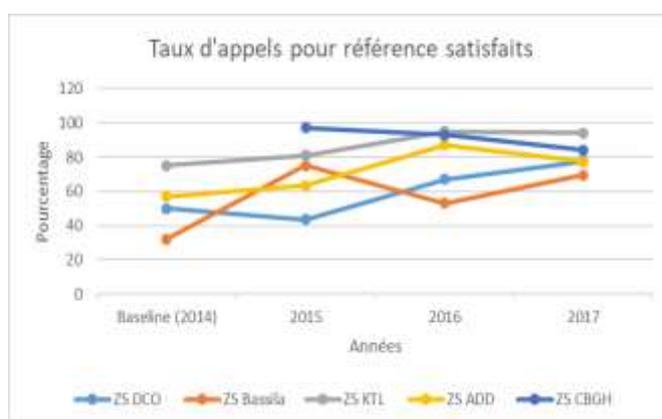


Figure 10 : Evolution du taux d'appels pour référence satisfaits dans les ZS en 2017

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.

En général, les besoins en référence sont couverts dans les deux régions d'intervention. Au cours de l'année sous revue, on note une amélioration de la satisfaction des appels pour référence plus importante dans la Donga par rapport au Mono Couffo à l'exception de la ZS KTL. La baisse de performance est plus marquée dans la ZS ADD qui serait liée à une quasi absence d'ambulance tout au long de l'année, la seule ambulance étant hors d'état de marche.

Une nette amélioration à la Donga par rapport à 2016, contre une régression dans le Mono et le Couffo, ce malgré la réorganisation du fonctionnement des ambulances en pool, la dotation de deux ambulances et des ambulanciers par les conseils communaux de Lalo, Toviklin & Houéyogbé pour 9 mois.

Les facteurs en faveur de cette tendance positive sont surtout la gratuité intra-zone de référence dans 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 pourrait s'expliquer par :

- L'indisponibilité de l'ambulance (nouvelle ambulance en panne pendant longtemps, indisponibilité carburant)
- L'absence parfois du gynécologue
- Les CS comme Alédjo et Bodi qui préfèrent référer vers Djougou

Par ailleurs :

- Dans la ZS de la Donga, les références médico-chirurgicales sont payantes (10 000FCFA à Bassila et 2000F à DCO), alors qu'elles sont gratuites dans le MC. On note dans la Donga la création d'un fond pour les références des enfants de moins de 5ans avec une collecte de 50 FCFA/consultation et actes médicaux.
- Il faut noter la vétusté des ambulances (véhicules acquis en 2011) : actuellement une ambulance sur trois n'est pas fonctionnelle dans la Donga (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.

En ce qui concerne les contre-références, toutes les ZS ont connu une évolution progressive de 2015 à 2016. Toutefois, en dépit du fait que la contre-référence a connu une amélioration globale ces dernières années, 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.

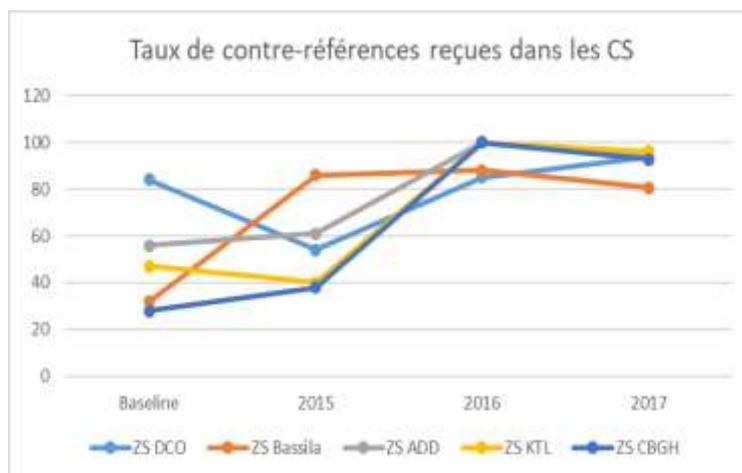


Figure 11 : Evolution des contre-références vers les CS dans les ZS

La contre-référence est une dimension importante du système de référence en ce qu'elle contribue à l'apprentissage et à la formation continue du personnel soignant. La légère baisse dans toutes les ZS à l'exception de celle de DCO en 2017 peut faire craindre que cet indicateur qui a été fortement soutenu par le FBR subisse déjà un relâchement du fait de l'arrêt dudit processus.

2.3.3.7 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 biomédicaux d'une part et au fonctionnement des équipes opérationnelles du circuit de la transfusion dans les départements d'autre part.

La satisfaction des besoins en transfusion sanguine mesurée par le taux de satisfaction de la demande en produits sanguins labiles demeure élevée, 97,70% dans la Donga 90,84% dans le MC, soit en moyenne 4% plus élevée que la moyenne nationale. (La moyenne nationale est de 90%). Mais des décès évitables par la transfusion sanguine continuent d'être enregistrés dans les 3 départements appuyés par la CTB.

Le système transfusionnel a aussi bénéficié :

- De l'appui conjoint du PASS Sourou et du PAORC qui a permis de renforcer les capacités des acteurs de la transfusion afin de :
 - o Appliquer les normes de qualification de sang et de rendre fonctionnels les comités d'hémovigilance dans les hôpitaux pour renforcer la sécurité transfusionnelle ;
 - o Enrôler activement plus de donneurs de sang par une stratégie de promotion de don de sang innovante
- De l'appui du PASS Sourou pour la maintenance des installations photovoltaïques des établissements de transfusion sanguine et la mise en place d'un système de secours d'énergie dans les PTS, qui sont une source d'énergie alternative pour assurer la continuité de la chaîne de froid. Cet appui a amélioré la fonctionnalité des Kits solaire en 2017 comparée à 2016 : dans l'Atacora et la Donga : 42% à 61% et 61% à 85% respectivement. Dans le Couffo et le Mono, ces taux sont passés de 39% à 85%, et 25% à 100% respectivement.

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 et la vérification communautaire, 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 2017. Quatorze (14) produits dont certains de première nécessité sont manquants à la CAME (Méthyldopa, Sulfate de magnésium destinés à la prise en charge des urgences obstétricales). La situation de monopole de la CAME ne permet pas la recherche de solutions alternatives aux équipes de santé.
- Non maîtrise des indicateurs de gestion des médicaments traceurs par certains gestionnaires des dépôts de médicaments et des formations sanitaires.
- La question du contrôle de la qualité des médicaments au Bénin est au premier plan depuis fin 2017 marquée par des enquêtes judiciaires pour allégations de vente de médicaments contrefaits par six (6) grossistes de la place.

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 1 :					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2017	Cible finale 2019
Fonctionnalité de l'Observatoire des RH Santé technique et Comité d'orientation)	0	Respect critère 3	Critère1, Partiellement : comité technique : 3/4, comité d'orientation 0/2) Respect du critère 2	1. Régularité tenue des réunions des instances 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 2017
Nombre d'étudiants diplômés en licence en soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO) de Parakou	0	0	13	13	100
Nombre d'étudiants diplômés en Master en SIO de l'INMeS de Cotonou	0	0	0	13	50
Nombre d'étudiants médecins spécialistes de 3e année ayant réalisé un stage dans les HZ des deux DDS appuyées, par spécialité	11 HZ Comé : 2 HZ KL 5	10 HZ Comé : 3 HZ KL 4 CHD MC : 3 Bla : 0	HZ Come & CHD& HZ Aplahoue :0 HZKTL ⁵ : 4 DES Gynéco	11	14

⁵ L'hôpital de Zone de KTL a reçu en plus des DES mentionnés six (6) stagiaires en médecine générale (4 de 1^{ière} Année, 1 de 4^{ème} A et 1 de 6^{ème} A).

Output 1 :					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2017	Cible finale 2019
	CHD MC :2 Bla : 2 DCO : 0 CHD A : 1	DCO : 0 CHD A : 0	Bla :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)	ND	53%	ND	ND	50%

2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁶	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appuyer le fonctionnement de l'Observatoire des RHS et des GTT			X	
2 Appuyer la mise en place et l'utilisation du logiciel de gestion du personnel (IRHIS)			X	
3 Appuyer les activités dans le cadre du transfert de compétence (Décrochage)			X	
4 Contribuer à la motivation des meilleurs agents (prestataires, organes de cogestion, relais communautaires...)	X			
5 Appuyer construction/réhabilitation des infrastructures de formation en SIO	X			
6 Appuyer la formation des RH (convention subsides APEFE IFSIO Parakou)		X		
7 Appuyer la formation des RH (convention subsides APEFE INMeS Cotonou)		X		

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Renforcement de la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré

Le comité d'orientation de l'Observatoire des Ressources Humaines en Santé du Bénin (ORHSB) dont la mission principale est de contribuer au développement des ressources humaines n'a tenu aucune de ses deux sessions ordinaires en 2017. Dans le but de relancer le partenariat entre les acteurs de la gestion des ressources humaines, le PASS a facilité l'organisation d'un atelier participatif en vue de faire des propositions d'actions opérationnelles pour redynamiser l'observatoire des ressources humaines en santé. Parmi les raisons de la non tenue des sessions du Comité d'Orientation on peut noter : i) la faible mobilisation des acteurs, notamment liée à la prise en charge financière des réunions ; ii), les réformes institutionnelles en cours ; iii) la faible collaboration du Ministère de la Santé avec les institutions de formation des ressources humaines en santé. Les recommandations suivantes ont été formulées :

- Mettre en place une stratégie de communication sur la visibilité des activités de l'Observatoire;
- Signer une convention de partenariat avec tous les acteurs impliqués dans le développement des ressources humaines en santé;
- Faire un plaidoyer pour le financement des activités de l'Observatoire.

Le service des ressources humaines–(SRH) a réalisé des efforts pour donner une nouvelle vie au site Web de l'observatoire en y postant les informations sur les annonces de recrutement, compte rendus réunions du dialogue social et bientôt les résultats des commissions de mutation du personnel. Les autres recommandations ne sont pas encore mises en œuvre.

Un espoir est né avec le début de l'étude sur le marché du travail des RHS commandé par le Ministère et le projet pilote de mise en œuvre de l'IHRIS dont la coordination de la mise en œuvre créera les conditions d'un meilleur partenariat.

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 ne s'est pas significativement améliorée en 2017. La couverture en ressources humaine qualifiées s'est amélioré seulement dans la Zone sanitaire DCO avec respectivement une couverture globale des besoins selon les normes nationales de 60% et 55 % pour les médecins et paramédicaux, en deçà de l'objectif de 96% de couverture des besoins projetés par le PNDS.

Les principaux engagements du MS à l'issue du comité des partenaires de Novembre 2016 en

⁶ 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.

matière d'amélioration de la gestion des RH étaient :

- Elaborer un plan opérationnel pour résorber le gap des RHS. Le plan n'est pas encore disponible, Le MS a lancé une étude afin de mieux appréhender les enjeux liés au marché de l'emploi des ressources humaines financé par l'AFD et accompagner techniquement par l'OMS. Le PASS a activement contribué à la validation de la méthodologie. Une campagne de recrutement d'agent de santé par le gouvernement est en cours. Les conclusions de cette étude orienteront la mise à jour du plan national de déploiement /fidélisation des RHS.
- Mise en place logiciel gestion de base donnée iHRIS (integrated Human Resources Information Solution)
- Définir une politique intégrée de fidélisation des RHS.

A cet effet, un concours de recrutement de 379 nouveaux agents de santé a été organisé par le gouvernement au cours de l'année. La répartition attendue par département est la suivante :

Départements	Effectifs planifiés	Pourcentage de l'effectif global
Donga	37	10%
Mono	36	9%
Couffo	42	11%
Total	115	30%

Bien que la politique de fidélisation des ressources humaines ne soit pas encore effective, on note des efforts du MS d'affecter en priorité des effectifs dans les zones les plus démunies en personnel.

Afin d'accompagner l'objectif du Ministère de la Santé de mettre en place un système fiable d'information sur les ressources humaines, le PASS accompagne le Groupe technique de travail valorisation des RH dans la mise en place du logiciel IHRIS. Suite à l'étude de faisabilité réalisée en mai 2017, la mise en œuvre de la feuille de route a connu une certaine lenteur pour des raisons institutionnelles. La forte implication du SGM du Ministère par la désignation d'un point focal et la proactivité du programme ont permis de rattraper le retard. Les marchés d'acquisition des équipements et de sélection d'une consultance pour le développement de l'iHRIS ont été lancés.

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

Le début effectif de l'élaboration des actes des agents conférés par le **décret 2015-318 du 03 juin 2015** qui 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 n'a débuté qu'en fin 2017.

Pour faciliter cet exercice, le PASS SOUROU a appuyé l'actualisation du recueil des textes de gestion des ressources humaines. L'objectif de cette actualisation est de corriger les dysfonctionnements ci-après constatés sur le terrain en matière de gestion des ressources humaines :

- La dispersion des textes d'Administration des RHS;
- L'absence d'exhaustivité des actes à consulter pour la prise de décisions rationnelles en matière d'administration des RHS;
- L'évitement de prise de décisions dans un contexte d'absence de base juridique;
- La prise de décisions erronées du fait de la méconnaissance des textes;
- L'enlisement de certaines situations du fait de la non disponibilité des textes.

Le Ministère du Travail de la Fonction Publique (MTFP) envisage en 2018 la dématérialisation du processus d'avancement d'échelons des agents de l'Etat. La mise en œuvre d'iHRIS soutiendra ce

processus.

Renforcement de la production et la formation continue des personnels de santé qualifiés

Dans le cadre de la formation initiale du personnel, Le PASS a poursuivi son soutien à la mise en œuvre de la formation des infirmiers (ères) et de sage-femmes dans le nord du Bénin à Parakou et la consolidation de la formation en Master en sciences infirmières et obstétricales à l'INMeS.

Au niveau de l'INMeS de Cotonou

La convention de subside APEFE-CTB pour l'Appui INMeS d'un montant de 127.000 EUR environ 84 MILLIONS CFA destinée à l'amélioration de la qualité de la formation en master en soins infirmiers et obstétricaux a été clôturée à satisfaction en mi-année 2017. Elle a été réalisée à 91% et permettra de mettre sur le marché de l'emploi dix (10) diplômés de master.

L'appui à la réforme de la formation en Soins infirmiers et obstétricaux (SIO) et son alignement sur le système LMD a facilité la mise en place effective de trois offres de formation du cycle master en SIO : santé mentale, gynécologie-obstétrique, puériculture-pédiatrie sont dispensées par l'INMeS. Une quatrième spécialité (anesthésie-réanimation) est ouverte depuis la rentrée académique 2017-2018. Les diplômés spécialistes formés contribueront à la délivrance de soins de qualité, l'organisation des services, à l'encadrement des stagiaires, à la supervision/coaching des équipes.

Deux résultats étaient attendus à la fin de cette convention :

- R.1 l'INMeS est capable d'assurer sa mission pédagogique et didactique dans le cadre du master 1 en SIO. Ce résultat a été globalement atteint dans la mesure où l'INMeS a pu assurer l'intégralité des enseignements tels que la maquette officielle du master validé par l'Université d'Abomey-Calavi.
- R.2 Le cadre de concertation interne des partenaires du master est opérationnel : Ce résultat est jugé partiellement atteint, bien que le taux de réalisation des réunions des comités techniques de suivi a atteint à 100%, elle n'ont permis d'assurer la coordination des différentes parties prenantes notamment la prévisibilité des interventions de la coopération néerlandaise via le CINOP qui assure le financement de formations en master et doctorat de nombreux enseignants permanents de l'INMeS à l'étranger.

Leçons apprises de la mise en œuvre de la convention

En matière d'assurance qualité de la formation

- Le taux de réalisation des missions internationales d'enseignement a été en deçà des prévisions en raison des difficultés de mobilisation des experts et une certaine réticence des enseignants nationaux quant à leur pertinence.
- Les mécanismes convenus dans le cadre de la convention de subside n'ont pas permis dans le contexte du Bénin, un suivi optimal post-formation des encadreurs pédagogiques, encadreurs de stage et l'évaluation des étudiants sur les terrains de stages. Dans le cadre des prochaines conventions, une réflexion devra être menée afin de définir une stratégie d'accompagnement de l'INMeS dans un processus d'assurance qualité de la formation en vue d'accompagner l'institution vers un processus d'accréditation.

En terme de durabilité les principaux défis sont

- Le financement autonome par l'INMeS des missions locales d'enseignement qui restent encore couvert par des apports extérieurs.
- Le faible recrutement des étudiants (16 sur 40 attendus), avec un sexe ratio F/H de 0,43. Il est à noter que 10 étudiants (5 femmes) sur les 16 au départ ont régulièrement suivi les cours. Pour les déperditions constatées (6 étudiants), 4 sont nigériens et sont rentrés au pays pour suspension de leur bourse. Les deux autres sont des béninois.

Par ailleurs, pour assurer la pérennité de la formation en master les actions suivantes sont en cours :

- Une implication de l'INMeS dans la préparation du plan de formation 2018-2020 du Ministère de la Santé est nécessaire afin de mettre en adéquation l'offre de formation avec les besoins du secteur et de ce fait mobiliser davantage de ressources affectées à la formation.

- La définition par le Ministère de la Santé d'une stratégie explicite d'utilisation des diplômés en master, afin de garantir une attractivité plus forte et un usage rationnel pour garantir l'accès à des soins de qualité.

Au niveau de l'IFSIO de Parakou

En vue d'améliorer la qualité de la formation initiale en Licence de Soins infirmiers et obstétricaux au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) à Parakou le PASS a conclu en avril 2017 une convention de partenariat avec l'ONG Belge APEFE, effective depuis mai 2017. L'établissement a accueilli pour la rentrée académique 2016-2017, 97 étudiants infirmiers et 110 étudiants sages-femmes, dont 144 femmes et 63 hommes.

La mise en œuvre de ces actions déléguées a permis des avancées significatives dans les domaines suivants :

- Renforcement des compétences pédagogiques des enseignants et des encadreurs de stage cliniques de terrain via 2 missions de coaching de l'INMeS.
- Elaboration du référentiel de l'IFSIO (INMeS, OOAS, OMS).
- Stages: les outils pour des stages de qualité (objectifs, carnets de stages, Kits) sont en place et les encadreurs de stages formés.
- La sortie projetée en 2018 de 75 diplômés (Infirmiers/infirmières :40 et Sages-Femmes: 35). Le Taux de succès de la promotion sera de l'ordre de 58%.

Les facteurs ayant favorisé ces résultats sont: en i) la mise en place des infrastructures et équipements de base par le PASS; ii) la présence permanente d'une Assistance technique pédagogique de proximité de l'APEFE, l'expertise de l'INMeS et la complémentarité avec l'APEFE pour la dotation de matériel pédagogique pour le laboratoire de travaux pratiques. Un plaidoyer du programme a été fait à l'endroit de l'UNFPA afin d'obtenir un engagement de principe pour la dotation en équipements complémentaires en vue de la mise aux normes internationales.

Les défis suivants restent à relever pour améliorer la qualité de la formation au regard des critères d'accréditation des curricula par l'OOAS. A ce titre, on peut citer:

- La faible disponibilité d'enseignants permanents: la norme de 2 enseignants pour 10 étudiants n'est pas respectée à cause des effectifs pléthoriques.
- L'organisation des stages: tous les centres de stage ne répondent pas aux normes. De nouveaux critères d'éligibilité des centres de stages ont été définis et des réflexions sont en cours avec la direction de l'IFSIO en vue d'améliorer l'encadrement dans des centres de santé "pilotes" avec l'appui du bureau d'exécution du PASS Donga.
- Déficit d'infrastructures: actuellement, l'IFSIO a 5 groupes pédagogiques pour 3 salles de cours. Cette situation est due au regroupement des centres universitaires de Savè, de Tchaourou, de Djougou, de Gogounou et de Kandi sur le campus de Parakou décidée par le Gouvernement. Le PASS a planifié des ressources pour 2018 afin de cofinancer la construction d'une salle de classe supplémentaire.
- La convention de subsides est prévue pour s'achever en fin mars 2018. Étant donné les défis mentionnés plus haut et le retard du calendrier de mise en œuvre des actions, un avenant visant à prolonger la convention est à envisager.

Formation continue du personnel en cours d'emploi

La collaboration avec le PAORC s'est améliorée au courant de l'année 2017 avec les avancées sur tous les chantiers :

- Les postes et profils ont été décrits au niveau des CS, partiellement DDS et outils d'évaluation des performances individuelles mis en place.
- Formation continue du personnel assurée par la mise en œuvre des PAC (SONU, PUSS, ANTS,

Tutorat Hygiène et assainissement).

- Bien qu'une évaluation formelle n'ait pas été encore réalisée, les rapports de supervisons indiquent une amélioration sensible des pratiques médicales en matière de qualité de la prise en charge des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (cf. outpt1).

Il subsiste cependant des défis notamment, le parachèvement de la description des postes et profils des postes au niveau DDS. Il faudrait encore renforcer la phase de consolidation des acquis des PAC et assurer une appropriation institutionnelle des acquis.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée					
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 ⁷	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				

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. La nouvelle stratégie nationale adoptée au cours de l'année 2017 comme initiative phare contenue dans le programme d'action du Gouvernement (PAG) en lien avec l'assurance maladie est l'ARCH. L'opérationnalisation de cette stratégie n'a pas connu une évolution suffisante nécessitant un accompagnement du programme.

Toutes fois, les efforts de mise à niveau des compétences du personnel, l'amélioration de la qualité et l'accès aux soins dans les domaines des soins obstétricaux et néonataux, les maladies chroniques non transmissibles, le renforcement de la demande jette les bases de la réflexion dans le pays.

⁷ 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 Performance de l'output 4

2.6.1 Progrès des indicateurs

Output 4 :					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2017	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%	ND	8,5%	9%	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	4	4 (sauf GMAO)	4	5 critères (1. Base de données, 2.Maintenance préventive, 3.Maintenance corrective, 4.Plan de maintenance, 5. GMAO)
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	100%	100%	100%	100%
4.2.2. Taux des équipements biomédicaux non fonctionnels lors de chaque inventaire	ND	10.7%	7,5%	10%	<5%
4.2.3. Taux d'équipements biomédicaux sous maintenance préventive dans les HZ et les CHD	ND	5,8%	7%	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	5/11*	8/11	9/11	11/11

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

Critères de qualité de la gestion des déchets biomédicaux

1. Disponibilité d'un plan de gestion des Déchets Biomédicaux -DBM (O=1, N=0)
2. Existence fosse pour déchets liquides fonctionnelle (O=1, N=0)
3. Existence d'un incinérateur fonctionnel (O=1, N=0)
4. Disponibilité guide utilisation de l'incinérateur (O=1, N=0)
5. Responsabilisation d'une personne pour utilisation entretien incinérateur (O=1, N=0)
6. Disponibilité de poubelles adéquates dans chaque unité (O=1, N=0)
7. Utilisation de boîtes de sécurité pour les objets tranchants (observation) (O=1, N=0)
8. Disponibilité de fiche descriptive du circuit des DBM (O=1, N=0)
9. Fiches/procédures de gestion des DBM affichées dans les unités de la FS (O=1, N=0)
10. Formation de tout le personnel sur la gestion des DBM moins de 2 ans (O=1, N=0)
11. Supervision formative sur la GDBM par la ZS (O=1, N=0)

2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités ⁸	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		X			

- ⁸
- 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.

maintenance des équipements et infrastructures					
3 Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention		X			

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

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

- Les plans types en infrastructures en lien avec les normes et standards sont élaborés et leur dissémination s'effectuera en 2018. Désormais, les nouvelles constructions en infrastructures sanitaires (maternité, dispensaire, bloc administratif, CS) se feront sur la base de ces plans.
- La fonctionnalité du cadre de concertation au niveau départemental (Plateforme Gestion Infrastructures Equipements et Maintenance dans l'AD) a permis de sécuriser l'ensemble des sites abritant les formations sanitaires (toutes les FS ont des documents de propriété), de créer une synergie d'actions (mairies, ZS, DDS) dans le suivi des travaux de construction et des planifications conjointes des activités.
- La réalisation de fosses à liquide biologique dans quelques formations sanitaires (Ouaké, Bassila, Djakpingou, Copargo, Penessoulou) améliore la gestion des déchets liquides puis des travaux confortatifs pour rendre fonctionnels certains ouvrages. Il en est de même des corrections d'incinérateurs dans des FS du Mono-Couffo qui contribuent à la prise en charge du traitement des déchets biomédicaux.
- La fonctionnalité des unités d'analyse de l'eau a permis un contrôle de qualité des eaux des FS, les actions de bonnes pratiques dans l'usage de l'eau sont proposées à l'endroit des utilisateurs qui les intègrent progressivement.
- Les plans de maintenance de chaque FS dans les départements de l'Atacora et de la Donga ont été validés et les acteurs ont pris des engagements quant à leur mise en œuvre dès 2018.
- L'achèvement de la construction des locaux de l'Institut de Formation en Soins infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) et la fourniture des mobiliers et équipements informatiques rendent l'Institut autonome pour mieux former des professionnels de qualité.

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 une augmentation de la part du budget en investissement alloué à la maintenance. Certains partenaires désormais ont prévu des budgets à la maintenance dans l'acquisition d'équipements médicaux. De plus, le Ministère a prévu au cours de cette année 2017, un budget de près de 300 millions à la maintenance des équipements et à l'acquisition d'outillages pour accompagner ce sous-secteur.

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 » :

Les bases données actualisées en infrastructures et équipements sont disponibles dans 100% des Zones sanitaires et exploitées par la DIEM, les SIEM et les techniciens de maintenance pour des

prises de décision. Certaines données sont actualisées par les techniciens en fonction de l'état de fonctionnalité des équipements. Ce processus est à maintenir pour une actualisation plus régulière avec la mise en place des points focaux suite à l'actualisation des bases de données en IE au cours de l'année 2018.

7,5% des équipements sont non fonctionnels, ce qui témoigne d'une amélioration par rapport à l'année 2016 (10,7%). Des équipements ont été réparés par une mission de la DIEM et des actions des prestataires de maintenance (via contrats).

Il en est de même du taux d'équipement sous maintenance préventive dans les HZ et les CHD qui s'est amélioré. Il est à noter que les compétences des techniciens de maintenance dans les HZ, ZS et CHD ont été renforcées par la DIEM.

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.

Des progrès substantiels dans la gestion des déchets biomédicaux ont été notés ce qui se traduit à travers l'amélioration du taux de 45% (5/11) à 73% (8/11).

Certaines difficultés sont à noter :

- Insuffisance de ressources financières pour la maintenance (DIEM) ;
- Insuffisance des ressources financières (SIEM + HZ + CHD + BZ) ;
- Très peu de recrutement en ressources humaines techniques biomédical malgré les besoins exprimés dans le plan directeur des RH du MS ;
- RH techniques peu qualifiées (mais compétences de plus en plus renforcées) ;
- Grève au MS pendant plusieurs mois (en 2017) freinant la réalisation des activités de la DIEM ;
- Non finalisation et réalisation de certaines activités du fait de la restriction budgétaire intervenue au PASS au cours de l'année.

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 n'est pas disponible ;
- L'implication progressive des PTF dans le domaine de la maintenance en lien avec les acquisitions des équipements ;
- Non prise en compte systématique des équipements lors de la construction des infrastructures sanitaires ;
- L'expérimentation dans 3 HZ du Bénin d'une expérience pilote de mise en œuvre de la gestion de la maintenance assistée par ordinateur –GMAO- élaborée par l'EPAC.

2.7 Performance de l'output 5

2.7.1 Progrès des indicateurs

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 ⁹	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Progrès année 2017	Cible finale ¹⁰ (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 (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	Respect des critères : - Caractère participatif du processus d'élaboration du PITA avec la participation de l'ensemble des acteurs intervenant à chaque niveau (Oui saufs acteurs demande et PTF) niveau (oui sauf niveau aire de santé) ; - Respect des étapes de la planification ascendante à chaque niveau (Non) ; - Aspect Gestion Axée	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	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 besoins des populations à travers le COGECS, amélioration participation PTF) ; 2- Respect des étapes de la planification ascendante à chaque niveau (Oui sauf au niveau aire de santé avec absence des	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- Atacora/Donga : Insertion de la phase de relecture du PITA avant validation, Mono/Couffo : forte implication des acteurs de la mairie, les ONG 5-Au niveau central, le PITA est finalisé avec l'arbitrage de la présidence de la république et la non disponibilité à temps du budget général de l'état opérationnel

⁹ Reprendre les indicateurs tels qu'ils figurent dans le cadre logique.

¹⁰ 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 ⁹	Valeur de la Baseline	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Progrès année 2017	Cible finale ¹⁰ (2018)	Commentaires
	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)	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)	janvier de l'année n (Non)	PTD/ZS et DDS) ; 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 les 3 niveaux) 5-Disponibilité du PITA au plus tard le 15 janvier de l'année n (Non à tous les niveaux)		
2. Qualité de suivi de la mise en œuvre du PITA	Suivi de l'exécution du PITA respecte les critères de qualité suivants : 1-Tenue régulière des différentes instances de suivi à chaque niveau 2-Réalisation physique d'au moins 20%, 45% et 85% à la fin du trimestre, semestre et année 3-Réalisation	Niveau central Respect des critères 1, 2, 3, 8, 9 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 2-Taux de réalisation physique du PITA annuel (72%) 3-Taux de réalisation	Niveau central Respect critères 7 à 11 PITA : données Annuelle CNEEP 1 sur 2 tenues Qualité de la RAC Exploitation résultats enquête SARA réalisée avant la revue (Non) Implication de l'ensemble des acteurs dans le processus	Niveau central Respect critères 7 à 11 PITA : données Annuelle Une seule session CNEEP Qualité de la RAC Exploitation résultats enquête SARA réalisée avant la revue (Non) Implication de l'ensemble des acteurs dans le	Le suivi doit respecter tous les critères de qualité : 1-Tenue régulière des différentes instances de suivi à chaque niveau 2- Réalisation physique d'au moins 20%, 45% et 85% à la fin du trimestre, semestre et année 3- Réalisation financière d'au moins 20%, 40% et 80% à la fin du trimestre, semestre et année 4- Exécution des recommandations au moins 80% 5- Évolution du Financement (Capacité de mobilisation des ressources extérieures,	Contraintes Au niveau central retard des allocations budget état et contexte de réforme. Au niveau DDS une réunion de CDEEP tenue sur 2 Exploitation enquête SARA non réalisée. Mono/Couffo : 4- Exécution des recommandations (71% contre au moins 80% attendu) : Formation des acteurs de DR/ZS et la réhabilitation des dépôts selon les

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 ⁹	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Progrès année 2017	Cible finale ¹⁰ (2018)	Commentaires	
	financière d'au moins 20%, 40% et 80% à la fin du trimestre, semestre et année 5-Évolution du Financement (Capacité de mobilisation des ressources extérieures, Communautaires et FBR, etc...)	financière PITA (72% sur base ordonnancement fin année) Qualité de la RAC 4-Exploitation résultats enquête SARA réalisée avant la revue (N) 5-Implication de l'ensemble des acteurs dans le processus d'organisation de la revue (O)	d'organisation de la revue (Oui) 6- Présence effective (selon les quotas fixés) de l'ensemble des acteurs à la revue (Oui) 7-Taux d'exécution des recommandations 50%) 8-Pertinence des thèmes (85%) 9-Qualité des présentations (95%) 10-Proportion participants satisfaits (81%) Niveau DDS Respect des critères 1, 2, 3, 8, 9, 10 et 11 <ul style="list-style-type: none"> • Revues Trimestrielle EEZS et semestrielle DDS réalisées 100% • auto-évaluation annuelle réalisée 	processus d'organisation de la revue (Oui) 6- Présence effective (selon les quotas fixés) de l'ensemble des acteurs à la revue (Oui) 7-Taux d'exécution des recommandations 50%) 8-Pertinence des thèmes (85%) 9-Qualité des présentations (95%) 10-Proportion participants satisfaits (81%) Niveau DDS Respect des critères : Mono/Couffo : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 Atacora/Donga : 1 ; 2 ; 4 ; 5 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 -Mission de terrain avec les acteurs du niveau intermédiaire et périphériques en	Communautaires et FBR, etc...)	Qualité de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) nationale, Départementale et au niveau ZS 6. Exploitation des résultats enquête SARA réalisée avant la revue 7-Implication de l'ensemble des acteurs dans le processus d'organisation de la revue 8- Présence effective (selon les quotas fixés) de l'ensemble des acteurs à la revue 9-Pertinence des thèmes 10-Qualité des présentations (75%) 11-Proportion de participants Satisfaits (85%)	normes non réalisées essentiellement par insuffisance de financement ; 6. Les données SARA n'ont pas été utilisées pour la RAC ; 9&10 & 11. L'évaluation de la RAC n'a pu être faite immédiatement. Mono/Couffo : Les critères 8 (FBR) NA et critères 9 (RAMU) en attente nouvelles orientations de l'ARCH

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 ⁹	Valeur de la Baseline	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Progrès année 2017	Cible finale ¹⁰ (2018)	Commentaires
	thèmes 10. Qualité des présentations (75%) 11. Proportion de participants Satisfaits (85%)			prélude à la RAC -revues des indicateurs trimestrielles EEZS et semestrielles DDS réalisées 100% -auto-évaluation annuelle réalisée à tous les niveaux		
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	Respect de critères Niveau national : 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 Niveau intermédiaire : Mono/Couffo : 1, 2, 3, 6, 7, Donga : 1 ; 2 ; 3 ; 7	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	

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 ⁹	Valeur de la Baseline	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Progrès année 2017	Cible finale ¹⁰ (2018)	Commentaires
					9. Intégration du RAMU	
5. Qualité de la collecte des données du SNIGS au niveau central et intermédiaire	Promptitude : ND Complétude : 97% Exactitude : 95%	AD : BASSILA complétude 100 promptitude 97,5 DCO complétude 99,7 promptitude 99,2 DONGA complétude 99,4 promptitude 98,1 Mono/Couffo : Complétude : 82,9% promptitude: 67,7%	Au niveau central pas encore de données disponibles Au niveau DDS Donga : Promptitude 97% Complétude : 100% Couffo/Mono : Promptitude 90% Complétude : 99%	Au niveau central -Promptitude Q1 à Q3 : 61,3% -Complétude Q1 à Q3 : 92,1% -Exactitude : ND Au niveau Mono/Couffo : -Promptitude Q1 à Q3 : 52,5% -Complétude Q1 à Q3 : 90,1% -Exactitude : ND Au niveau Donga : -Promptitude Q1 à Q3 : Bassila : 95,1% et DCO : 64,4% -Complétude Bassila : 97,01% et DCO : 96,5% -Exactitude : 99,5%	Promptitude : 98 Complétude : 100% Exactitude : 98%	Résultats de l'analyse de la qualité des données attendue pour mesurer exactitude Persistance des grèves dans le secteur santé surtout d'août à novembre 2017 Dans la Donga où le contrôle de qualité des données est réalisé selon la méthode d'enquête LQAS la réduction des taux d'erreurs de saisie des rapports SNIGS est passé de 1,9 % en 2016 à 0,5% en 2017
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	Respect des critères 1 ;2 ;3 ;4 ;5 ;6	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,	- . L'intégration partielle des données communautaires - Données parcellaires sur les indigents

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						
Indicateurs⁹	Valeur de la Baseline	Valeurs année 2015	Progrès année 2016	Progrès année 2017	Cible finale¹⁰ (2018)	Commentaires
					âge, personnes vulnérables notamment indigents) 6. Intégration du FBR 7. Intégration du RAMU	

2.7.1 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹¹	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Appuyer l'élaboration du PDS 2017-2021				X
Appuyer le processus planification ascendante (respect de toutes les étapes, inclusion de tous les acteurs) dans le Mono/Couffo			X	
Appuyer l'exploitation du SNIGS		X		
Evaluation de la fonctionnalité et performance des ZS de l'Atacora et la Donga		X		
Suivi semestriel des journaux de changements			X	
Appuyer l'actualisation et la MeO du Plan Stratégique SNIGS				X
Appuyer les actions de communication pour accroître la visibilité du Ministère de la Santé		X		

2.7.2 Analyse des progrès réalisés

Planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats

En 2017, le PNDS 2009-2018 est celui utilisé pour le suivi de la mise en œuvre des stratégies. Avec l'avènement du nouveau régime politique, il a été décidé de rendre disponible un nouveau PNDS calqué sur programme d'action du gouvernement (PAG). Ce document en cours d'élaboration depuis 2016, sa validation a été repoussée en attendant l'arrimage aux réformes institutionnelles dans le secteur. Toutes ces situations indépendantes du programme ont plombé par endroit la mise en œuvre correcte de la planification et intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le PASS a cependant contribué techniquement à la préparation méthodologique des ateliers départementaux et la présentation du projet de PNDS aux PTF et des directeurs et chefs de programmes nationaux.

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 de Travail Annuel 2017 du département, 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). Un processus de planification ascendante enclenché depuis 2016 est à l'étape d'analyse des données recueillies au niveau communautaire en 2017. Pour réussir cette phase, le MS a élaboré une base de données en Cs Pro pour l'enregistrement et l'analyse des données.
- 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) sous l'encadrement technique de la DDS et des EEZS. Les acteurs de la demande ont permis des innovations en 2017 par l'appui à élaboration de six (6) Plan de Développement Communaux (PDC) pour mieux prendre en compte les déterminants de la santé et une plus grande redevabilité du médecin chef de commune qui présentent désormais les indicateurs de santé lors des cadres de concertation communaux.
- La démarche d'élaboration du PITA dans les départements de l'Atacora Donga a suivi les

¹¹ 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.

étapes traditionnelles de la planification ascendante avec une phase complémentaire de relecture des projets de plans par un comité restreint de la DDS. Cette étape permet de vérifier la conformité des PITA aux priorités locales et du secteur.

- Au niveau central, les Directeurs et chefs de programmes du MS ont bénéficié d'un renforcement de capacités pour améliorer le système d'évaluation des performances. Dans le but de nourrir progressivement la plateforme de suivi du Programme d'Action du Gouvernement (PAG) tel que voulu par les réformes institutionnelles.

En ce qui concerne la revue annuelle conjointe de performance –RAC- :

- Au niveau central : sous l'impulsion du chef de file des PTF (assurée par la Belgique en 2017) et le PASS une nouvelle dynamique s'est installée avec l'organisation d'une mission conjointe PTS /MS de terrain des acteurs du niveau intermédiaire et périphérique. Elle a permis une plus grande prise de conscience des changements et l'appréciation de la gestion des chaînes de froid et le processus d'allocation des ressources aux formations sanitaires. Les constats ont fait l'objet de panels de discussion avec la participation active de la société civile.
- En ce qui **concerne les Revues Annuelles Conjointes (RAC) départementales** dans le Mono/Couffo et l'Atacora-Donga, l'édition 2017 a connu la participation effective des principaux PTF (PASS, Plan Bénin, ANESVAD, ANCRE, PSI/ABMS, UNICEF,), des acteurs du SYLOS et ceux du niveau central. Ce qui facilite le partage de l'information et la prise de décisions concertées.

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

Amélioration de la qualité des données

- Afin d'améliorer la qualité des données statistiques l'accent a été mis sur le renforcement des capacités d'analyse et d'exploitation des données du DHIS2 au niveau des Zones sanitaires et de la DDS avec un accompagnement de la DDS, ainsi que l'organisation de sessions de contrôles de qualité des données des FS. L'utilisation efficiente du DHIS2 au niveau national rencontre les défis suivants :
- Avec l'arrêt du programme santé appuyé par la Banque Mondiale –PRPSS- qui prenait en charge la fourniture d'accès internet les DDS connaissent des problèmes d'utilisation de la base de donnée.
- La base de données SNIGS est hébergée sur un serveur à l'étranger et il n'y a pas de possibilité d'utilisation pour le développement de nouvelles initiatives, ni de formation offline du personnel.

Le PASS envisage en 2018 d'accompagner le MS dans l'acquisition et l'installation de deux serveurs (mise en œuvre iHRIS et DHIS2) et la mise à niveau des acteurs pour une prise en compte des mesures sous régionales d'amélioration des données de l'OOAS.

- Plusieurs chantiers de digitalisation sont en cours ou en préparation dans une perspective d'interopérabilité avec le Système d'information sanitaire national. Afin de relever le défi de l'harmonisation et la cohérence des multiples initiatives des PTF dans ce domaine, le PASS a mobilisé un expert du Programme EHealth de la CTB siège afin d'accompagner techniquement le processus de révision du Plan stratégique national SNIGS. Plusieurs programmations de la mission sont restées sans suite en raisons de contraintes de calendrier des deux parties (DPP et expert). L'évolution des chantiers de digitalisation entamés par le PASS est la suivante :
- o La conception de la digitalisation de la vérification communautaire avec utilisation de tablettes par la demande, afin de constituer une base de données sur les perceptions et plaintes des usagers dans le cadre de la mise en œuvre du FBR est achevée. Le programme sera revu afin de prendre en compte le contexte d'arrêt du FBR.

- 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) a été annulée suite à l'arrêt du FBR depuis juin 2017 pour la BM et FM, puis septembre 2017 au niveau de la CTB.
- 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 (est en préparation). En terme de mise en œuvre et de durabilité, il faut renforcer les services de ressources humaine en planificateurs et statisticiens afin de faciliter l'analyse des données et de permettre des décisions à partir des données fiables.
- Le développement d'un logiciel pour le suivi des résultats des audits de qualité des formations sanitaires dans le cadre du programme assurance qualité (en cours de préparation).
- L'abandon par le PASS du développement du logiciel de Gestion de la maintenance assistée par ordinateur –GMAO est dû au fait que ce logiciel est en phase expérimentale par l'APEFE dans 3 hôpitaux. Les leçons apprises faciliteront la mise en œuvre de la GMAO dans les HZ d'appui du programme par la DIEM qui est fortement impliquée dans la mise en œuvre aux côtés de l'Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi (EPAC) afin d'améliorer 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 une activité pour améliorer la visibilité des actions du système sanitaire à travers la disponibilité et l'accessibilité de l'information. Dans ce cadre, la DIP a initié l'actualisation du site Web du Ministère de la Santé en 2017 à travers la collecte, le traitement et la mise en ligne des productions intellectuelles des zones d'interventions du PASS Sourou.

Il est nécessaire de définir un mécanisme pour une remontée passive des productions intellectuelles vers la DIP pour la mise en ligne et de réviser la configuration du site pour faciliter la qualité de communication et sa convivialité.

Mécanismes de coordination

Le fonctionnement des mécanismes de coordination dans le cadre du renforcement des soins obstétricaux et néonataux ainsi que de la santé sexuelle et reproductive est jugé encourageant. Il permet de créer progressivement des synergies des acteurs autour de la direction en charge de la santé de la mère et de l'enfant au sein du Ministère de la santé-DSME.

Les chantiers d'améliorations des instances de coordination en termes d'adaptation des rôles et mandats, de modalités de fonctionnement et de rationalisation n'ont pas connu d'avancées notables en 2017. Le contexte de grèves, les difficultés de mobilisation de ressources financières au niveau national, la diffusion tardive des conclusions du comité des réformes du secteur sont des raisons avancées pour justifier la situation. Toutefois, les efforts d'amélioration de la coordination au niveau des départements en 2017 se sont poursuivis 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).

Niveau central, il est constaté un gel de la tenue des instances de coordination du secteur (CODIR-Elargi, Réunion Bilan, rencontres MS/PTF).

Capitalisation

La recherche-action/capitalisation est un axe stratégique majeur dans ce cadre de la mise en œuvre du PASS Sourou. Le programme a appuyé le MS à organiser un atelier sur la couverture universelle en santé du 29 au 31 mars 2017. Ce Forum était une opportunité pour renforcer le développement du Système local de santé –SYLOS- suivant les principes de la Déclaration de

Dakar et la préparation de l'évaluation à mi-parcours du programme. Les recommandations du forum pour la plupart n'ont pas encore été opérationnalisées, le comité de suivi du forum n'ayant pas été fonctionnel, surtout pour des questions organisationnelles et que certaines recommandations étaient orientées vers la mise en œuvre de l'ARCH, puis des études. Le suivi des avancées au niveau du PASS pourra documenter la participation du programme à la conférence de Liverpool sur l'après atelier de Dakar sur le système Local de santé.

Plusieurs documents de capitalisation ont été produits par le programme. Par ailleurs une dizaine de protocoles d'études et de recherches actions ont été élaborés et soumis au comité scientifique pour approbation.

Les opportunités de fora internationaux sont mises à profit pour partager les expériences du programme on peut noter :

- Parution d'un article sur l'expérience du comité de pilotage du FBR au Bénin.
- Présentation de l'expérience de mise en œuvre de l'AQ du Bénin au congrès Because of Health à Anvers.
- Préparations de communications pour la participation au symposium de Liverpool (oct. 2018) & Journées des sciences de la santé de Bobo Dioulasso (mai 2018) & journées de capitalisation de l'OOAS à Accra (sept 2018).

2.8 Thèmes transversaux

2.8.1 Genre

Leadership des femmes

En 2017 et concernant la représentativité des femmes aux instances de prises de décisions, les membres du forum ENOUMAMA ont œuvré pour faciliter l'accès des femmes aux postes de décisions. Ainsi la PUSS CBGH par exemple, compte 45% de femmes dans le conseil de gestion pour 40% au moins prévu par leur texte.

Les actions du PASS visent à favoriser le leadership des femmes en promouvant leur participation dans les instances de décision. Au niveau communautaire ceci se traduit de la façon suivante :

- Cinq (05) PUSS (2016-2017) : 16 femmes sur 45 soit 35,55% aux postes de décisions contre 12 femmes sur 46 soit 26% précédemment.
- Enoumama (2017) : 06 femmes pour 11 membres dans l'organe dirigeant de ENOUMAMA soit 54,54% (statu quo parce qu'il n'y pas eu de renouvellement).
- L'association des malades MNT de Lalo (2017) : 04 femmes sur 09 membres dans le bureau dirigeant de soit 44,44%, Postes clés (présidence, secrétariat et trésorier) occupés par les femmes.

Les actions de renforcement de capacités des femmes sur le leadership et la confiance en soi ont permis aux femmes de mieux participer aux réunions communautaires. Ainsi dans la zone sanitaire de KTL cette participation est passée de 15% à 60%.

La santé de la Mère et de l'enfant et SSR

Une association a été initiée dans la commune de LALO, elle assure un accompagnement des femmes enceintes jusqu'à l'accouchement. Cette association dénommée WANGNINAN compte 56 membres dont (25) femmes enceintes ayant chacune suivi les 4 CPN recommandées. Devant cette initiative, le Médecin-chef a instauré une dérogation de non-paiement de frais d'hospitalisation lors de l'accouchement pour ces femmes, et ce, pour mesure incitative. Sur le plan national, le Programme a contribué à l'élaboration de la stratégie Nationale Multisectorielle de la SRAJ 2017.

Les femmes et les MNT : une initiative qui fait tache d'huile

Suite aux actions de ENOUMAMA, une association des personnes vivants avec les MNT dénommée AZONNIGBO, a été créée en juin 2017 et compte 212 membres malades, dont 62% de femmes. Elle bénéficie du soutien de la mairie de Lalo ce qui constitue une opportunité pour la pérennisation. L'association mène des actions de sensibilisation envers les communautés et collabore avec la PUSS en vue de lutter contre les facteurs de risque, de relayer la voix des malades chroniques (dont une majorité de femmes) auprès de l'offre de soins. Les différents points focaux communaux de ENOUMAMA étaient invités à l'Assemblée constitutive de l'association de Lalo.

De retour, dans la zone sanitaire de CBGH, ceux-ci ont organisé une communication grand public sur les facteurs de risque MNT avec la participation d'une centaine de personnes. Par la suite, les participants ont décidé, eux aussi, de mettre en place leur association de personnes porteuses de MNT. Il en est de même pour la commune de Klouékanmey où 150 personnes malades tentent de se mettre en association. Un comité préparatoire de 9 membres dirigé par le point focal ENOUMAMA a été mis en place pour l'organisation de l'AGC de l'association.

Les violences basées sur le genre

Concrètement en 2017, les actions de ENOUMAMA portaient sur la sensibilisation et la formation notamment sur le droit des femmes et les différents types de Violences basées sur le genre (VBG). Ainsi un nombre croissant, de personnes sont informées sur les recours potentiels et le nombre de cas dénoncés augmente.

Les actions de préventions des violences, de connaissances des textes menées par ENOUMAMA ont permis, à travers des sensibilisations, de toucher environ 200 personnes (élus locaux, pasteurs, femmes leaders, chefs des religions endogènes et leurs adeptes) dans la zone sanitaire CBGH. En ce qui concerne les cas avérés :

- Cinquante-trois (53) cas de VBG à Lalo dont 06 cas portés au tribunal de réconciliation, 47 réglés à l'amiable.
- Un (01) cas de viol sur mineur référé au Tribunal de Première Instance de Lokossa avec peine d'emprisonnement de l'auteur (Bopa).
- Vingt (20) plaintes genres sensibles dont 2 mariages forcés, 2 refus de paternité et 16 cas de privation de nourriture à Comé.
- Deux (02) cas de VBG en instance de règlement dans la commune de Grand-Popo.

Le droit à la Santé Sexuelle et Reproductive

Les constats faits à partir du backstopping réalisé par l'équipe de PASS Sourou en mars 2015 ont permis à la DDS du Mono et du Couffo de prendre la décision de recentrer les efforts entre autres sur la SRAJ à travers la responsabilisation du service en charge de la santé de la mère et de l'enfant (SSME). Bien qu'il était prévu qu'un certain nombre d'activités engagées devaient être poursuivies pour la deuxième phase, on constate des actions plutôt fragmentaires sur ces deux thèmes fondamentaux que sont la PF et la SRAJ, et un manque d'une systématisation plus ambitieuse dans ce domaine.

En 2017, le PASS a accompagné dans les zones sanitaires de DCO et de Bassila un groupe de relais communautaires pour la mise en œuvre du paquet promotionnel. Parmi les indicateurs monitorés, il y a la référence des femmes pour le planning familial et la CPN. Deux trimestres (1er et 2ème) ont été évalués et les résultats se présentent comme suit : Pour une cible de 497 références attendues, 1471 femmes ont été référées par les relais communautaires pour la CPN soit un taux de 296%. Ces taux sont largement au-dessus des attentes du niveau national et montrent bien la plus-value des interventions du volet demande à la santé sexuelle et reproductive.

Par contre, le taux attendu portant sur l'orientation des femmes pour la planification familiale (PF) ne remplit pas les attentes. En effet, pour une cible de 2723 références attendues, 655 femmes ont été référées par les relais communautaires pour la PF soit un taux de 24%. Des difficultés et lenteurs liées aux paiements des relais pourraient en être la cause dans certains arrondissements plus isolés.

2.8.2 Environnement

Plusieurs actions ont été entreprises en 2017 afin de contribuer à un environnement sain dans les FS. A titre d'exemple on peut citer :

- Appui aux EEZS et les mairies à la mise en œuvre des Plan de gestion des déchets biomédicaux et plans de gestion des sources sécurisées d'eaux ;
- Entretien et maintenance des kits solaires dans les FS ;
- Réflexion sur l'amélioration des incinérateurs de type Monfort actuellement utilisés dans les formations sanitaires et la gestion des déchets en verrerie dans les FS afin de réduire le niveau d'exposition des agents de santé et des usagers aux fumées toxiques des incinérateurs ;
- Réalisation de deux missions d'appui conseil pour mieux appréhender la gestion des déchets ;
- Elaboration de plan-types d'aménagement intégrant la composante environnementale dans la construction des infrastructures sanitaire.

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 pour la satisfaction des revendications des agents de l'Etat (partage des documents de réformes du secteur, situation administrative des agents recrutés depuis 2015, paiement des arriérés de primes et autres revendications)	Q3 2016	OPS	Elevée	Elevé	D	<ul style="list-style-type: none"> *Poursuite du dialogue entre le MS et les centrales syndicales. *Rencontre des centrales syndicales avec le Chef de l'Etat *un document consensuel ministère et centrales syndicales est élaboré pour la résolution progressive des problèmes des RHS dans le cadre du nouveau dispositif de dialogue gouvernement-syndicats 	MS SRHDS/DAF	fin juin 2018	<ul style="list-style-type: none"> *Décret signé pour les derniers recrutements des agents du MS *Contrat-type signé avec les nouveaux agents recrutés *Numéros matricules accordés; *Salaires en cours de paiement aux agents, documents réformes transmis aux syndicats du secteur 	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	<ul style="list-style-type: none"> * Cofinancements avec le PASS de certaines PAC (PUSS) * Prévision de cofinancements pour d'autres PAC (suivi formation SONU, ANTS) et autres PACs 	PASS - PAORC	fin décembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> *poursuite des échanges PASS-PAORC; échanges avec la partie nationale pour la poursuite à la clôture du PAORC sur le budget national 	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 de l'Assurance maladie (CSU) ne permet pas une mise en œuvre optimale du résultat3 pour un meilleur 'accès des populations à la couverture universelle en santé	Q4 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, décision de mettre en place l'assurance maladie dans le cadre du renforcement du capital humain (ARCH); appui à l'organisation du forum sur la couverture santé universelle pour contribuer à l'ARCH; présentation de l'ARCH à ce forum CSU du PASS. la reformulation du R3 sera fonction de l'architecture finale de l'ARCH et des orientations de la commission des réformes sectorielles; réaménagements budgétaires pour l'utilisation des ressources sur des	Cabinet MS/SGM	fin décembre 2018	*forum CSU tenu *architecture et orientations de l'ARCH présentées *actes issus dit forum soumis aux autorités du Ministère et pour contributions aux réformes sectorielles * processus de recentrage des chantiers du PASS bouclé; il est prévu d'appuyer l'étude sur le volet assurance maladie de l'ARCH	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
						chantiers recentrés dans la nouvelle logique d'intervention du PASS				
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	<p>chantiers recentrés dans la nouvelle logique d'intervention du PASS</p> <p>Programmation de recrutements massifs (379 agents de santé dont 22% de Médecins) au titre de 2017 et à lancer début 2018; 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; appui au Ministère à avoir un plan de recrutement pluriannuel et de gestion prévisionnel des RHS</p>	MS/SGM/RR/DAF	fin juin 2018	<p>* Elaboration plan de comblement des gaps en retard.</p> <p>* L'OMS a engagé en collaboration avec le MS une étude de la dynamique de marché du travail des professionnels de santé au Bénin qui débouchera sur l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines en santé en tenant compte de la production (offre) et de l'utilisation (demande).; les 379 agents sont en instance d'être recrutés (janvier 2018); certaines bonnes pratiques de recrutement des RHS par les mairies sont encouragés et nécessitent une meilleure</p>	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
									réglementation	
Possible incohérence des actions du résultat R4/PASS pour raison de l'inexistence d'une politique de maintenance	Q1 2016	DEV	Elevée	Faible	B	la politique de maintenance est élaborée; une pré-validation est faite et la validation est initialement prévue pour 2017	DIEM	fin décembre 2018	*Reprise du processus de validation du document de politique de maintenance *Création d'un comité de suivi; document de politique validé; multiplication et dissémination envisagées	En cours
Démotivation des acteurs en raison du plafonnement budgétaire 2017 et 2018	Q4 2017	OPS	Elevée	Moyen	C	Définir les priorités (activités essentielles, prioritaires et optionnelles); plaidoyer à faire auprès du bailleur; rationalisation des dépenses du PASS	Coord PASS+RR/CTB	fin décembre 2018	Les chantiers sont recentrés en collaboration avec les PaLis et les dépenses rationalisées en fonction des niveaux de priorités pour 2017 et 2018	En cours
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	fin décembre 2018	* nouvelles cartes carburant ORYX achetées * Liste Accords partenariats Hôtel diffusée * Règles sur utilisation hôtel dans Manuel Opérationnel * Contrôleur interne en place * Audit programme PASS réalisé; partage du	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
									contenu du man op avec les PaLis	
Démotivation des acteurs suite à l'arrêt du financement basé sur les résultats (FBR)	Q1 2018	OPS	Moyenne	Moyen	B	* communiquer avec les acteurs sur l'arrêt du FBR * prévoir des actions de consolidation des acquis du FBR avec les acteurs suivre conjointement les effets post FBR	Coord/ATI/RAFI	fin décembre 2018	activités de consolidation planifiées pour 2018 à l'occasion de l'atelier MoRe 2017 avec les PaLis puis plan de consolidation et de pérennisation des acquis de l'intervention en cours d'élaboration, suivi conjoint des effets de l'arrêt du FBR	Ouvert
Possible retard dans la mise en œuvre des activités dû à l'adaptation des PaLis aux procédures relatives à la délocalisation des ateliers	Q1 2018	OPS	moyenne	Moyen	C	* partager/échanger avec les PaLis sur le manuel opérationnel *faire le plaidoyer pour le respect commun du protocole d'accord par les PTF * maintenir le dialogue constructif avec les PaLis pour l'atteinte des résultats	Coord/ATI/RAFI	fin mars 2018	* partage enclenché en 2017 et se poursuit avec les PaLis des différents bureaux d'exécution (BEC, BE,) * poursuite du dialogue avec les autres PTF Prise d'un texte par le Ministre limitant les délocalisations des ateliers hors de Cotonou	Ouvert

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

- A partir de 2018, le PASS-Sourou sera mis en œuvre sur la base d'une nouvelle chaîne de résultats et d'un cadre de suivi-évaluation ajustés à la lumière des recommandations de l'évaluation à mi-parcours et du processus de recentrage qui en a découlé. L'appui aux acteurs du niveau central et opérationnel de la pyramide sanitaire s'articulera autour des cinq domaines ci-après :
 - o Le développement d'une offre de soins et de services de santé de qualité, et les mécanismes de financement de cette offre.
 - o L'accessibilité des bénéficiaires aux services de santé et la construction du cadre de redevabilité y afférent.
 - o La production et le renforcement des compétences des Ressources Humaines en Santé et le renforcement de la gestion des RH en Santé.
 - o L'amélioration de la gestion et de la maintenance des infrastructures et équipements sanitaires.
 - o Le renforcement des capacités de coordination, de planification/programmation, de gestion des informations et statistiques sanitaires, de suivi-évaluation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

- Une attention particulière sera accordée à la dynamique de recherche action, à la prise de décision sur base d'une information de qualité ainsi qu'à la documentation des résultats notamment au niveau des bénéficiaires de l'intervention. Pour ce faire, le programme devra :
 - o Procéder au recrutement d'un chargé de suivi évaluation.
 - o Adapter continuellement les politiques et stratégies nationales aux besoins de la population.
 - o Renforcer la capitalisation des expériences et des stratégies de communication.

- Une recherche systématique de mécanismes pérennes d'appropriation des initiatives lors de la planification et au sein des instances de coordination et de pilotage.
 - o Plan de pérennité (cofinancement des activités de coordination, planification, supervision, transfert des hébergements et de la maintenance des logiciels Ihris, Visotool, vérification communautaire).
 - o Appropriation par la DIP, la DPP, DAF et arrimage aux systèmes de digitalisation (hébergement et maintenance des serveurs ainsi que la sauvegarde des données transférées à la partie nationale : gestion des ressources humaines, assurance qualité, enquêtes de satisfaction par les PUSS).
 - o Transfert progressif des contrats de maintenance de certaines infrastructures et équipements aux structures sanitaires via la DIEM et la SIEM.

- Extension graduelle de l'approche d'assurance qualité (AQ) dans 30 nouvelles formations sanitaires en y intégrant les privés afin de créer des bases systémiques pour améliorer la qualité des soins.

- Audits qualité et appui aux initiatives locales de mise en œuvre des plans d'amélioration soins et renforcer la culture qualité.
 - o Suivi des effets post-FBR au sein du comité AQ/post FBR.
 - o Réajustement des indicateurs, mise à jour des outils et accompagnement rapproché dans la mise en œuvre des plans d'amélioration par les structures sanitaires.
 - o Renforcement de la gestion financière des structures sanitaires.
 - o Documentation et promotion de synergies avec le processus d'accréditation des hôpitaux au sein du GTT AQ.

- Consolidation de la formation continue des infirmières et sages-femmes des zones sanitaires de la Donga, du Mono et du Couffo en matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

(SONU) via les stages hospitaliers en tutorat et poursuite de la structuration des systèmes de référence et contre-référence.

- Renforcement de la prise en charge des violences basées sur le genre et développement des services pour Adolescents et Jeunes (Information, Conseil dépistage VIH/IST et planification familiale) à travers les cadres de concertation départementaux SSR et en partenariat avec ANCRE, ABPF, UNFPA et Enoumama.
- Poursuite de la décentralisation de la prise en charge intégrée préventive et curative des Maladies Non Transmissibles (Diabète, Hypertension artérielle, asthme et épilepsie), l'appui aux associations de malades, la dynamisation du Comité National Multisectoriel de Lutte contre les MNT (CNMLMNT) et l'intensification de la communication pour le développement de comportements et d'environnements favorables à la réduction des facteurs de risques des MNT.
- Professionnalisation et autonomisation des Plateformes des Utilisateurs des Services de Santé (PUSS) pour un dialogue constructif avec les acteurs du SYLOS sur les droits et les attentes des populations en matière de santé.
 - o Elever le niveau de performance attendu.
 - o Revoir les critères d'évaluation des PUSS.
 - o Améliorer les capacités d'action des PUSS : professionnaliser la gestion des plaintes, faire des propositions argumentées (basées sur l'analyse des données disponibles).
 - o Assurer l'autofinancement et la forme juridique.
 - o Appuyer le plaidoyer national.
- Poursuite de l'accompagnement sur la qualité de la formation initiale des infirmiers et sages-femmes et la gestion des RH en Santé :
 - o Faciliter la collaboration de l'IFSIO avec l'OOAS dans les missions internationales de suivi des écoles de formation en appui à la convention.
 - o Déployer le logiciel Ihris pour une gestion informatisée et une prise de décision factuelle.
 - o Mise en place d'un système d'évaluation de la performance du personnel des DDS.
- Renforcement du système d'investissement et de maintenance en Santé :
 - o Mettre en œuvre de la Stratégie de formation continue des techniciens de maintenance des HZ en partenariat avec APEFE-EPAC-DIEM.
 - o Développer et suivre les plans de maintenance dans le Mono et le Couffo.
- Concentration des efforts sur les nouvelles DDS et consolidation des compétences acquises en coordination, programmation/planification, Suivi/Evaluation :
 - o Accompagner les Directions Départementales de Santé (DDS) dans la mise en œuvre des processus de planification ascendante, avec implication des différents acteurs du Système Local de Santé (SYLOS).
 - o Développer des outils digitalisés pour les enquêtes de satisfaction, de suivi post FBR, des audits qualité, de gestion des RH pour alimenter le SNIGS afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des données pour le pilotage stratégique.

3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
Monitoring et communication des résultats PASS <ul style="list-style-type: none"> - Valider la nouvelle chaîne de résultats et le cadre de suivi-évaluation - Rapporter les résultats à partir des indicateurs révisés et alléger le processus des journaux de changement - Structurer la communication et l'orienter vers les résultats de développement 	SMCL PASS DIP	T1 2018 T3 2018 T4 2018
Démarche continue de la qualité des soins <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer le suivi des effets post FBR à partir de l'analyse du 'taux de satisfaction de la qualité des soins par les utilisateurs' et 'du score qualité' issu des audits qualité des structures sanitaires. - Réajuster la formulation des indicateurs - Apporter un soutien matériel et financier aux efforts des structures de soins pour l'exécution des plans d'amélioration de la qualité - Assurer l'appropriation du logiciel d'assurance qualité Visotool par le MS 	Comité de pilotage (FBR/AQ) DNH DPP/DIP	T4 2018
Réponse aux MNT <ul style="list-style-type: none"> - Concrétiser la mise en place d'un comité multisectoriel de lutte contre les MNT dont l'ancrage serait rattaché à la présidence de la république via le GTTMNT 	PNLMNT SG/MS	T4 2018
SONU <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les stages hospitaliers en tutorat pour la formation continue des infirmières et sages-femmes en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) - Assurer la disponibilité des produits sanguins labiles 	DDS/SME CDTS	T1 2018 T4 2018
DSSR-SSRAJ <ul style="list-style-type: none"> - Collecter et analyser l'information pour prise de décision dans les cadres de concertation Organiser la prise en charge des violences basées sur le genre (VBG) - Développer les services pour Adolescents et Jeunes notamment l'information, le Conseil dépistage VIH/IST et la planification familiale 	DDS/DSME	T4 2018
Qualité des services délivrés par la demande <ul style="list-style-type: none"> - Faire acquérir aux PUSS une personnalité juridique - Organiser les associations de malades - Renforcer les compétences des acteurs du Sylos en droits à la santé, SSR, leadership et gestion des conflits 	PUSS DDS/SME	T1 2018 T4 2018

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Qualité des services <ul style="list-style-type: none"> - La synergie avec le PAORC a permis une forte potentialisation des actions de renforcement des compétences, l'organisation des activités de renforcement de la qualité des SONU et le renforcement des capacités des PUSS avec la définition d'une stratégie concertée et la définition de cofinancement explicites. Un arrimage temporel du PASS et du PAORC aurait facilité la prise en compte des acquis de la phase de consolidation des acquis. 	PASS/PAORC/Enabel,

<p>- Le leadership et la volonté affichés de la Direction de l'Hôpital de Klouékanmè dans la mise en œuvre du plan d'amélioration ont été un gage de succès à l'hôpital de KTL .Toute stratégie d'amélioration de la qualité devrait prendre en compte la dimension managériale pour la mise en œuvre des plans d'amélioration.</p>	<p>Enabel, partenaires</p>
<p>Financement</p> <p>- L'audit qualité annuel à l'HZ de Klouékanmè a montré l'importance de la mise en place grâce aux fonds propres de l'HZ, des subsides FBR et l'appui d'autres partenaires (ANESVAD) de certaines infrastructures qui ont amélioré les conditions de travail comme éléments clés soutenant la qualité des soins. Il s'agit de : la réfection et agrandissement de l'accueil des urgences, les installations solaires dans certaines unités, les dispositifs de lavages des mains.</p> <p>- Des initiatives pour l'accès aux urgences par une subvention des références sanitaires sont testées par les Zones sanitaires sur fonds propres. Ceci indique la nécessité d'un mécanisme de financement incluant toutes les sources pour soutenir la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité.</p>	<p>DNH, Enabel Bénin</p>
<p>Gouvernance</p> <p>- Le renforcement des gouvernements locaux avec l'empowerment des communes semble être un facteur déterminant dans la mise en œuvre des actions au niveau du SYLOS. Lutte contre les maladies, plans ascendants de qualités, redevabilité et motivation des ressources locales accrues (ligne budgétaire santé dans les Plans communaux,).</p>	<p>PASS-Enabel-MS</p>
<p>Mise en œuvre convention de subside CTB /APEFE pour l'appui aux structures de formation (INMeS & IFSIO).</p> <p>- Les mécanismes convenus dans le cadre de la convention de subside n'ont pas permis dans le contexte du Bénin, un suivi optimal post formation des encadreurs pédagogiques, encadreurs de stage et l'évaluation des étudiants sur les terrains de stages. Dans le cadre des prochaines conventions, une réflexion devra être menée afin de définir une stratégie d'accompagnement des institutions de formation dans un processus d'assurance qualité de la formation en vue d'accompagner l'institution vers un processus d'accréditation.</p>	<p>Enabel/APEFE/MS/IFSIO/ INMeS</p>

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

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.					
<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		
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?					
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.			
X	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.			
	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.			
	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.			
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?					

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

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale	A	B	C	D
	X			

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

	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
X	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
	D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?

X	A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
	B	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
	C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
	D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

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

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision						Suivi	
Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Documenter le processus global de la formation des agents en SONU en prenant en compte tous les centres de coûts pour alimenter les réflexions du MS sur la pérennisation et l'extension de l'expérience	oct-17	SMCL	DDS Mono et Donga	PASS	Février 2018	Le plan de pérennisation des chantiers prioritaires du PASS a pris en compte ce volet	En cours
Faire une analyse de l'approche de mise en place d'un 'Mini' dépôt répartiteur de médicaments au niveau communal et explorer les pistes pour qu'une partie des marges bénéficiaires serve à financer prioritairement et de manière pérenne les activités des PUSS, ou toute autre activité (maintenance biomédicale, référence/contre référence etc.)	oct-17	SMCL	Maire de Dogbo	DDS Couffo	28 février 2018	La note conceptuelle élaborée dans le cadre de l'expérience de Dogbo a pris en compte le fonctionnement des PUSS. Elle sera améliorée pour prendre en compte les autres volets notamment la maintenance, et la RCR	En cours

Décision						Suivi	
Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Documenter l'expérience de fermeture des structures sanitaires privées non autorisées par la mairie de Dogbo et d'autres départements	oct-17	SMCL	DDS Mono et Atacora		30 avril 2018	La documentation existe sur le processus conduit par la mairie de Dogbo pour fermer les structures sanitaires non autorisées relevant de son territoire. Elle reste à être affinée en vue de sa vulgarisation	En cours
Analyser les effets de l'amélioration de l'offre de SONU dans les FOSA sur l'évolution du nombre d'accouchements en structures médicalisées et réfléchir aux stratégies complémentaires éventuellement nécessaires pour réduire la mortalité maternelle et infantile en dehors des structures	oct-17		DDS Mono, Couffo, Donga et PASS		Juin 2018	Cette étude entre dans le cadre des activités de documentation et de capitalisation/ recherche-action (RA) du PASS	En démarrage
Choisir et renseigner les indicateurs de résultats pertinents, en rapport avec les différents domaines d'interventions du programme, en actualisant la matrice de suivi-évaluation actuelle	oct-17	SMCL	PASS	DPP	mars-18	Le processus a démarré avec le ciblage des principaux chantiers prioritaires porteurs du PASS. Ces chantiers ont été recentrés et affinés en fonction des recommandations de l'évaluation à mi-parcours (avril-mai 2017) et de la dernière mission d'appui conseil. Ces chantiers ont été présentés à la session SMCL d'octobre	En cours

Décision						Suivi	
Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
						2017. Les paquets d'indicateurs appropriés ont été collectés à l'occasion des travaux du comité de coordination élargi des 9 et 10 octobre 2017 et sont en cours de finalisation dans le cadre de la logique d'intervention qui sera bouclée au premier trimestre 2018	
Organiser le recrutement du personnel au profit du secteur de la santé au titre de 2017, leur répartition équitable et leur maintien au poste d'affectation	oct-17	SMCL	SGM	MTFPAS	mars-18	Le processus de recrutement conduit par le ministère de la fonction publique permettra à 379 agents de santé dont 22% de Médecins, de prendre service au premier trimestre 2018. Un projet de répartition est fait pour leur poste d'affectation. - Le renouvellement des contrats des agents recrutés en 2014 est fait en vue de leur fidélisation dans le système de santé.	En cours

Décision						Suivi	
Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Partager avec toutes les parties prenantes les nouvelles orientations et informations sur l'architecture de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)	oct-17	SMCL	MTFPAS	DPP	juin-18	Par rapport à la couverture santé universelle (CSU), la vision du Gouvernement de mettre en place un système global de protection se concrétise. En effet la coordination du Bureau d'Analyse et d'Investigation (BAI) de la Présidence de la République a partagé avec les principaux acteurs du secteur de la santé l'architecture et les orientations de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) au cours du forum sur la couverture santé universelle (CSU) organisé par le MS avec l'appui du PASS/CTB du 28 au 30 mars au palais des congrès de Cotonou. Une version améliorée est disponible et prévoit la couverture des 4 principaux volets (assurance maladie, assurance retraite, formation aux métiers et les micro crédits). Un texte portant AOF d'un	En cours

Décision						Suivi	
Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
						comité technique de mise en œuvre est pris Une série d'études sont en cours pour définir les outils de son opérationnalisation.	
Elaborer un plan opérationnel pluriannuel de production, recrutement et fidélisation des ressources humaines en santé	25/10/2017		SRHDS/DAF		fin juin 2018	Prévu pour être réalisé au premier trimestre 2018	En démarrage
Organiser une séance de travail entre la CAA, le DGB, le Président de la SMCL et le DPP du MS afin d'assurer la mobilisation des 545 millions CFA restants sur la contrepartie nationale sur la période 2018-2019 (avec un objectif de min 300 MFCFA pour 2018).	25/10/2017		Pr/SMCL	CAA , SGM/MS,DPP	fin janvier 2018	Correspondance à envoyer par le Pr/SMCL	En démarrage
Présenter la planification 2018 du Fonds de contrepartie à la prochaine SMCL	25/10/2017		PASS Sourou	CAA	fin février 2018	La planification des activités sur les fonds de contre- partie	Exécutée

Décision						Suivi	
Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Réaliser la capitalisation de l'expérience du FBR sur des bases factuelles et le monitoring des effets concrets de l'arrêt du FBR sur le système local de santé afin d'informer le MS pour des mesures appropriées	25/10/2017		PASS Sourou	Points focaux FBR MC et AD	fin mars 2018	L'expérience du FBR est inscrite au nombre des priorités à capitaliser; le monitoring des effets de l'arrêt du FBR sera systématique au cours de cette dernière phase	En démarrage
Respecter le plan pluriannuel de recrutement, de formation et de fidélisation en vue de combler progressivement les gaps de ressources humaines en santé	25/10/2017		SRHDS/DAF/MS	SGM/MS	juin-18	Le processus d'élaboration du plan est en cours dans le cadre de la mise en œuvre du marché appuyé par l'OMS	En cours
Respecter scrupuleusement la feuille de route de mise en place du logiciel IRHIS afin d'assurer la disponibilité et l'utilisation du logiciel avant la fin du PASS	25/10/2017		C/SRHDS/DAF	SGM/MS	Permanent	La feuille de route est suivie et des étapes non négligeables sont franchies à savoir: - désignation formelle d'un manager du processus- mise en place du comité technique (ORHS), - plusieurs réunions du comité de suivi- lancement de deux marchés (consultance technique et logistique)	En cours
Faire une analyse critique des écarts entre les données absolues et les proportions dans les rapports d'exécution du PASS et statistiques présentées afin de	25/10/2017		PASS Sourou		Permanent	Les remarques sur les présentations faites lors de la SMCL ont été prises en compte pour une meilleure	Exécutée

Décision						Suivi	
Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Structures associées	Date limite	Etat d'avancement	Statut
permettre une meilleure compréhension des réalisations et de leurs effets exacts						compréhension des réalisations et de leurs effets	

4.3 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique est resté inchangé pour la période sous revue. Un nouveau cadre logique est en préparation dans le cadre du recentrage et prendra effet pour le compte de l'année 2018 après validation par la SMCL.

4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Oui
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	07/2017
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	07/2019 (estimation)
Missions de backstopping depuis le 01/01/2017	04 (2 EST ,1 digital Tour, 1 environnement)

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



Budget vs Actuels
2017.pdf

4.6 Ressources en termes de communication

Plusieurs documents en vue d'améliorer la communication pour le développement ont été produits par le PASS en 2017. On peut en citer, liste non exhaustive :

Une bande dessinée sur la plateforme des utilisateurs des services de santé, des posters.

Un roll up ainsi que des fiches synthétiques sur les activités de gestion des plaintes, déclaration des naissances, participation communautaire dans le FBR.

Une vidéo-production d'information sur la couverture Santé universelle au Bénin.

Plusieurs dépliants et posters sur les thématiques de l'assurance qualité, la maintenance des équipements biomédicaux, la mise en œuvre du FBR, les stratégies de rétention du personnel au Bénin etc.

Parution d'un article scientifique: Benin experience of decentralized steering committee in the intuitional framework of results based financing element for player "empowerment at local level. Houeto et al. Journal of Public Health Aspects 2017.

D'autres productions sont disponibles sur le site web du ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.bj/spip.php?article408>