



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

**Rapport de résultats 2018**  
PASS Sourou (BEN1302511)  
Bénin

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>ACRONYMES.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1 APERÇU DE L'INTERVENTION.....</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1 FICHE D'INTERVENTION .....  | 4         |
| 1.2 EXÉCUTION BUDGÉTAIRE.....   | 5         |
| 1.3 AUTOÉVALUATION DE LA PERFORMANCE.....   | 12        |
| 1.4 CONCLUSIONS .....   | 14        |
| 1.5 ÉVOLUTION DU CONTEXTE.....  | 15        |
| 1.6 PERFORMANCE DE L'OUTCOME.....   | 18        |
| 1.7 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1: LA DEMARCHE D'ASSURANCE QUALITE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES....   | 21        |
| 1.8 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2 : LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT) .....  | 26        |
| 1.9 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 : LES SOINS OBSTETRIKAUX NEONATALS D'URGENCE (SONU) .....   | 30        |
| 1.10 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4 : LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES.....   | 35        |
| 1.11 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5 : LE CADRE DE REDEVABILITE DES POPULATIONS DES ZONES DE SANTE PERMETTANT L'EXPRESSION ET LA DEFENSE DE LEURS DROITS A LA SANTE ..... | 39        |
| 1.12 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6 : LE RENFORCEMENT DE CAPACITE EN FORMATION INITIALE ET CONTINUE ET DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE.....               | 43        |
| 1.13 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 7 : LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE MAINTENANCE DES ZONES DE SANTE ....  | 46        |
| 1.14 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 8 : APPUI A LA GOUVERNANCE, LA COORDINATION, LA PLANIFICATION ET LE SUIVI EVALUATION DE L'INFORMATION SANITAIRE .....                  | 50        |
| <b>2 THÈMES TRANSVERSAUX .....</b>  | <b>55</b> |
| 2.1 GENRE .....   | 55        |
| 2.2 ENVIRONNEMENT.....  | 56        |
| <b>3 GESTION DES RISQUES .....</b>  | <b>57</b> |
| <b>4 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....</b>   | <b>59</b> |
| 4.1 RÉORIENTATIONS STRATÉGIQUES .....   | 59        |
| 4.2 RECOMMANDATIONS .....   | 59        |
| 4.3 ENSEIGNEMENTS TIRES.....  | 60        |
| <b>5 ANNEXES.....</b>   | <b>62</b> |
| 5.1 CRITÈRES DE QUALITÉ.....  | 62        |
| 5.2 DÉCISIONS PRISES PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE ET SUIVI.....  | 65        |
| 5.3 CADRE LOGIQUE MIS À JOUR.....   | 75        |
| 5.4 APERÇU DES MORE RESULTS.....  | 75        |
| 5.5 RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....   | 75        |
| 5.6 RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION .....   | 75        |

## Acronymes

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

# 1 Aperçu de l'intervention

## 1.1 Fiche d'intervention

|  |  |
|--|--|
| <b>Intitulé de l'intervention</b>  | Programme d'Appui au Secteur de la Santé-PASS Sourou   |
| <b>Code de l'intervention</b>  | BEN 13 025 11  |
| <b>Localisation</b>  | Niveau central : Ministère de la santé<br>Niveau intermédiaire et opérationnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>• DDS Donga : ZS Djougou-Ouaké- Copargo ; ZS Bassila</li> <li>• DDS Mono: Comè-Houeyogbe-Grand Popo-Bopa</li> <li>• DDS Couffo: ZS Klouekanmè-Toviklin-Lalo, Aplahoué-Djakotomè-Dogbo et Volet demande : Comé</li> </ul> |
| <b>Budget total</b>  | 22.780 000 € : Contribution belge : 20.000.000 € + 980.000 € <sub>1</sub> = 20.980.000 € ; contribution nationale 1 800 000 €.   |
| <b>Institution partenaire</b>  | Ministère de la Santé  |
| <b>Date de début de la Convention spécifique</b>                           | 23 mai 2014  |
| <b>Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture</b> | 01 octobre 2014 / 18 mars 2015   |
| <b>Date prévue de fin d'exécution</b>                                      | 30 septembre 2019  |
| <b>Date de fin de la Convention spécifique</b>                             | 22 mai 2021 (84 mois)  |
| <b>Groupes cibles</b>  | Cadres des services centraux du MS, des niveaux intermédiaire et opérationnel, et les prestataires de soins des formations sanitaires des départements appuyés, populations bénéficiaires des soins.   |
| <b>Impact<sup>1</sup></b>  | Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin   |
| <b>Outcome</b>   | Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MS en vue d'une efficacité accrue des structures périphériques » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora Donga et le Mono Couffo)  |
| <b>Outputs</b>   | 1. La démarche qualité est développée et pratiquée dans 30 formations sanitaires de la zone d'intervention du PASS pour que chaque client qui y fréquente une formation sanitaire soit pris en charge selon les normes, protocoles et standards en vigueur   |
|  | 2. La prise en charge intégrée, promotionnelle, préventive et curative des MNT est améliorée dans les 5 ZS (PMA et PCA)  |
|  | 3. La qualité et la couverture (24h/7jr ) des services SONUB et SONUC dans les cinq zones de santé sont améliorées   |
|  | 4. Les jeunes et adolescents fréquentent les centres d'écoutes/services de santé conviviaux (conseil, dépistage IST-VIH, PF) et les cas de VBG sont orientés et mieux pris en charge dans les 5HZ  |
|  | 5. Les populations des zones de santé appuyées disposent d'un cadre de redevabilité leur permettant de s'exprimer et de défendre leurs droits à la santé   |
|  | 6. Les capacités de formation (initiale et continue) et de gestion des RHS sont renforcées   |
|  | 7. Les zones de santé appuyées par le PASS disposent d'un système de maintenance opérationnel et performant  |
|  | 8. Les décisions et orientations prises au niveau intermédiaire et   |

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

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
|                                      | périphérique (DDS et SYLOS appuyés par le PASS) se font plus fréquemment sur base d'informations fiables |
| <b>Année couverte par le rapport</b> | <b>2018</b>  |

## 1.2 Exécution budgétaire

### Contribution belge

Le recentrage du programme réalisé en 2017 a débouché sur **8 nouveaux chantiers prioritaires** et a eu pour conséquence une **réorganisation budgétaire validée à la session de la SMCL du 27 février 2018**. Les soldes budgétaires des 5 outputs du DTF ont dès lors été ventilés et répartis sur les désormais 8 chantiers prioritaires du programme à partir de février 2018.

Montants en euro

|   | Budget           | Dépenses<br>Année<br>2014 | Dépenses<br>Année<br>2015 | Dépenses<br>Année<br>2016 | Dépenses<br>Année<br>2017 | Dépenses<br>Année<br>2018 | solde            | Taux de<br>dépense<br>au<br>31/12/18 |
|---|------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------------------|
| <b>A. Activités</b>   | <b>6.791.426</b> | <b>155.352</b>            | <b>1.750.734</b>          | <b>2.470.283</b>          | <b>2.387.908</b>          | <b>27.193</b>             | - 44             | <b>100%</b>                          |
| <b>Output 1 - L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b>  | 4.697.365        | 39.658                    | 1.287.383                 | 1.615.360                 | 1.745.734                 | 9.276                     | - 46             | 100%                                 |
| <b>Output 2 - La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</b>  | 903.556          | 109.295                   | 266.046                   | 365.384                   | 161.824                   | 1.007                     | -                | 100%                                 |
| <b>Output 3 - Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en place du RAMU</b>  | 6.571            | - 612                     | - 843                     | 7.787                     | 239                       | -                         | -                | 100%                                 |
| <b>Output 4 - La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.</b>   | 460.017          |                           | 53.848                    | 203.943                   | 201.473                   | 752                       | 1                | 100%                                 |
| <b>Output 5 - Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, décentralisé et déconcentré.</b>               | 723.917          | 7.011                     | 144.300                   | 277.809                   | 278.638                   | 16.158                    | 1                | 100%                                 |
| <b>C. Produits et Services</b>  | <b>3.728.485</b> | -                         | -                         | -                         | -                         | <b>2.085.009</b>          | <b>1.643.476</b> | <b>56%</b>                           |
| <b>Résultat 1 - La démarche qualité est développée et pratiquée dans 30 formations sanitaires de la zone d'intervention du PASS pour que chaque client qui y fréquente une formation sanitaire soit</b> | 516.000          |                           |                           |                           |                           | 316.124                   | 199.876          | 61%                                  |

|   |                   |                |                  |                  |                  |                  |                  |            |
|---|-------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------|
| <i>pris en charge selon les normes, protocoles et standards en vigueur</i>  |                   |                |                  |                  |                  |                  |                  |            |
| <b>Résultat 2</b> - La prise en charge intégrée, promotionnelle, préventive et curative des <b>MNT</b> est améliorée dans les 5 ZS (PMA et PCA)   | 380.000           |                |                  |                  |                  | 240.169          | 139.831          | 63%        |
| <b>Résultat 3</b> - La qualité et la couverture (24h/7jr) des services <b>SONUB</b> et <b>SONUC</b> dans les cinq zones de santé sont améliorées  | 769.490           |                |                  |                  |                  | 560.553          | 208.937          | 73%        |
| <b>Résultat 4</b> - <b>SSRAJ</b> : Les jeunes et adolescents fréquentent les centres d'écoute/services de santé conviviaux (conseils, dépistage, IST/VIH, PF) et les cas de VBG sont orientés et mieux pris en charge dans les 5 HZ | 180.000           |                |                  |                  |                  | 65.302           | 114.698          | 36%        |
| <b>Résultat 5</b> - Les populations des zones de santé appuyées disposent d'un cadre de redevabilité leur permettant de s'exprimer et de défendre leurs <b>droits à la santé</b>  | 675.575           |                |                  |                  |                  | 400.412          | 275.163          | 59%        |
| <b>Résultat 6</b> - Les capacités de formation (initiale et continue) et de gestion des <b>RHS</b> sont renforcées  | 479.344           |                |                  |                  |                  | 76.783           | 402.561          | 16%        |
| <b>Résultat 7</b> - Les zones de santé appuyées par le PASS disposent d'un système de <b>maintenance</b> des infrastructures et équipements opérationnel et performant  | 320.993           |                |                  |                  |                  | 137.842          | 183.151          | 43%        |
| <b>Résultat 8</b> - Les <b>décisions</b> et orientations prises au niveau intermédiaire et périphérique (DDS et SYLOS appuyés par le PASS) se font plus fréquemment <b>sur base d'informations fiables</b>                          | 407.083           |                |                  |                  |                  | 287.825          | 119.258          | 71%        |
| <b>B. Frais communs liés aux résultats</b>  | <b>6.617.989</b>  | <b>159.366</b> | <b>1.333.235</b> | <b>1.289.988</b> | <b>1.204.363</b> | <b>889.356</b>   | <b>1.741.681</b> | <b>74%</b> |
| <b>X. Réserve budgétaire</b>  | <b>7.000</b>      | -              | -                | -                | -                | -                | <b>7.000</b>     | <b>0%</b>  |
| <b>Z. Moyens généraux</b>   | <b>3.835.100</b>  | <b>114.515</b> | <b>678.331</b>   | <b>704.957</b>   | <b>849.903</b>   | <b>706.055</b>   | <b>781.339</b>   | <b>80%</b> |
| <b>TOTAL</b>  | <b>20.980.000</b> | <b>429.233</b> | <b>3.762.300</b> | <b>4.465.228</b> | <b>4.442.174</b> | <b>3.707.613</b> | <b>4.173.452</b> | <b>80%</b> |

Montants en milliers de CFA

|   | Budget           | Dépenses<br>Année<br>2014 | Dépenses<br>Année<br>2015 | Dépenses<br>Année<br>2016 | Dépenses<br>Année 2017 | Dépenses<br>Année<br>2018 | solde            | Taux de<br>débourse<br>ment au<br>31/12/18 |
|---|------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------|--|
| <b>A. Activités</b>   | <b>4.454.883</b> | <b>101.904</b>            | <b>1.148.406</b>          | <b>1.620.399</b>          | <b>1.566.365</b>       | <b>17.837</b>             | <b>-29</b>       | <b>100%</b>                                |
| <b>Output 1 - L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b>  | 3.081.269        | 26.014                    | 844.468                   | 1.059.607                 | 1.145.126              | 6.085                     | -30              | 100%                                       |
| <b>Output 2 - La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</b>  | 592.694          | 71.693                    | 174.515                   | 239.676                   | 106.150                | 661                       | -                | 100%                                       |
| <b>Output 3 - Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en place du RAMU</b>  | 4.310            | -401                      | -553                      | 5.108                     | 157                    | -                         | -                | 100%                                       |
| <b>Output 4 - La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.</b>   | 301.751          | -                         | 35.322                    | 133.778                   | 132.158                | 493                       | 1                | 100%                                       |
| <b>Output 5 - Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.</b>   | 474.858          | 4.599                     | 94.655                    | 182.231                   | 182.775                | 10.599                    | 1                | 100%                                       |
| <b>C. Produits et Services</b>  | <b>2.445.726</b> | <b>-</b>                  | <b>-</b>                  | <b>-</b>                  | <b>-</b>               | <b>1.367.677</b>          | <b>1.078.049</b> | <b>56%</b>                                 |
| <b>Résultat 1 - La démarche qualité est développée et pratiquée dans 30 formations sanitaires de la zone d'intervention du PASS pour que chaque client qui y fréquente une formation sanitaire soit pris en charge selon les normes, protocoles et standards en vigueur</b> | 338.474          |                           |                           |                           |                        | 207.364                   | 131.110          | 61%  |
| <b>Résultat 2 - La prise en charge intégrée, promotionnelle, préventive et curative des MNT est améliorée dans les 5 ZS (PMA et PCA)</b>  | 249.264          |                           |                           |                           |                        | 157.541                   | 91.723           | 63%  |
| <b>Résultat 3 - La qualité et la couverture (24h/7jr) des services SONUB et SONUC dans les cinq zones de santé sont améliorées</b>  | 504.752          |                           |                           |                           |                        | 367.698                   | 137.054          | 73%  |

|  |                   |                |                  |                  |                  |                  |                  |            |
|--|-------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------|
| <b>Résultat 4 - SSRAJ:</b> Les jeunes et adolescents fréquentes les centres d'écoute/services de santé conviviaux (conseils, dépistage, IST/VIH, PF) et les cas de VBG sont orientés et mieux pris en charge dans les 5 HZ | 118.072           |                |                  |                  |                  | 42.836           | 75.237           | 36%        |
| <b>Résultat 5 -</b> Les populations des zones de santé appuyées disposent d'un cadre de redevabilité leur permettant de s'exprimer et de défendre leurs <b>droits à la santé</b>   | 443.148           |                |                  |                  |                  | 262.653          | 180.495          | 59%        |
| <b>Résultat 6 -</b> Les capacités de formation (initiale et continue) et de gestion des <b>RHS</b> sont renforcées   | 314.429           |                |                  |                  |                  | 50.366           | 264.063          | 16%        |
| <b>Résultat 7 -</b> Les zones de santé appuyées par le PASS disposent d'un système de <b>maintenance</b> des infrastructures et équipements opérationnel et performant   | 210.558           |                |                  |                  |                  | 90.418           | 120.139          | 43%        |
| <b>Résultat 8 -</b> Les <b>décisions</b> et orientations prises au niveau intermédiaire et périphérique (DDS et SYLOS appuyés par le PASS) se font plus fréquemment <b>sur base d'informations fiables</b>                 | 267.029           |                |                  |                  |                  | 188.801          | 78.228           | 71%        |
| <b>B. Frais communs liés aux résultats</b>   | <b>4.341.116</b>  | <b>104.537</b> | <b>874.545</b>   | <b>846.177</b>   | <b>790.010</b>   | <b>583.379</b>   | <b>1.142.468</b> | <b>74%</b> |
| <b>X. Réserve budgétaire</b>   | <b>4.592</b>      | <b>-</b>       | <b>-</b>         | <b>-</b>         | <b>-</b>         | <b>-</b>         | <b>4.592</b>     | <b>0%</b>  |
| <b>Z. Moyens généraux</b>  | <b>2.515.661</b>  | <b>75.117</b>  | <b>444.956</b>   | <b>462.421</b>   | <b>557.500</b>   | <b>463.142</b>   | <b>512.525</b>   | <b>80%</b> |
| <b>TOTAL</b>   | <b>13.761.978</b> | <b>281.558</b> | <b>2.467.907</b> | <b>2.928.998</b> | <b>2.913.875</b> | <b>2.432.035</b> | <b>2.737.605</b> | <b>80%</b> |

Le **taux de déboursement total au 31 décembre 2018**, après 51 mois (4 ans et 3 mois) de mise en œuvre du programme est de **80%**, ce qui se rapproche très fort du taux d'exécution théorique (soit 85%).

Le taux d'exécution budgétaire de 2018 est de 104%, soit en dépassement de 4%, justifié par le paiement de la facture d'achat de 10 ambulances en décembre 2018 alors que le décaissement était prévu en janvier 2019 sur la planification budgétaire de 2019.

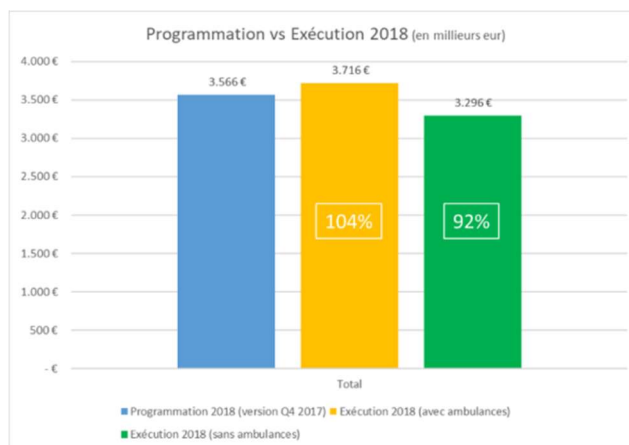


Figure 1 : Répartition de la programmation vs Exécution en 2018



Hors paiement des ambulances, le taux d'exécution budgétaire de 2018 est de 92%.

Le taux d'exécution budgétaire (hors ambulances) par résultats montre une certaine stabilité dans l'exécution hormis certaines activités qui ont connu des retards, essentiellement sur le R4: l'amélioration de la prise en charge des cas de VBG, le R6 lié au retard dans la mise en oeuvre de la feuille de route de déploiement du logiciel iHRIS et le R7 maintenance.

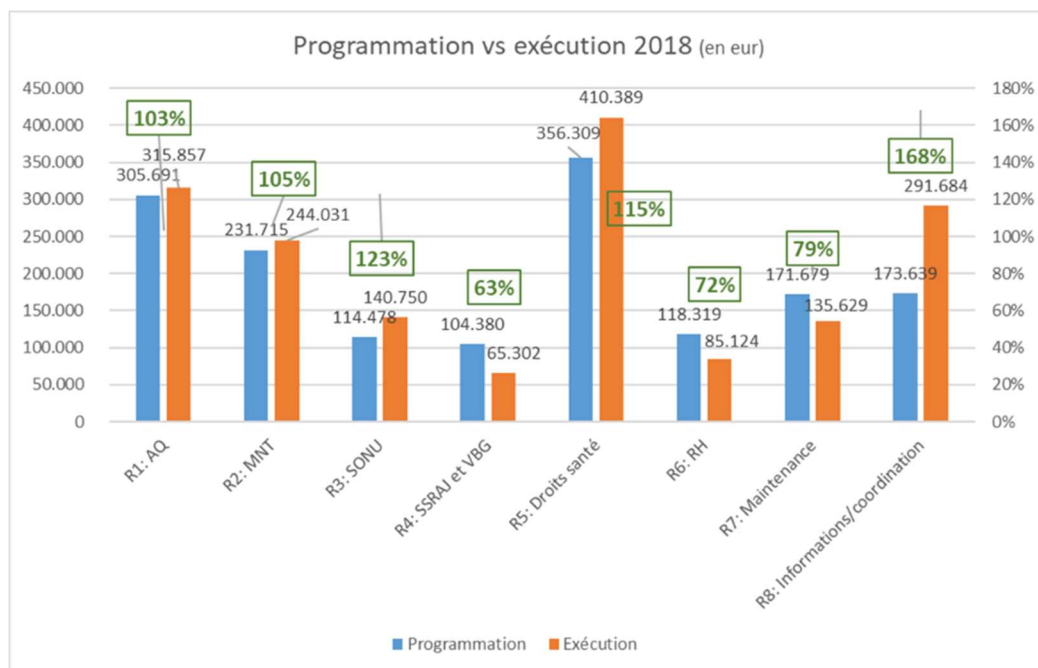


Figure 2 : Répartition de la programmation vs Exécution par chantier appuyé en 2018

L'appui au résultat 8 a été plus important qu'initialement prévu, surtout dans l'appui à l'élaboration des Plans Intégrés de Travail Annuels (PITA) des DDS.

### Contribution nationale

#### Point des nouvelles programmations au titre de l'année 2018 (en milliers CFA)

| Activités programmées  | Montant prévu | Montant exécuté | Taux d'exécution | Observations   |
|--|---------------|-----------------|------------------|--|
| Climatiseurs pour nouveaux bureaux PASS                                | 3.000         | 3.000           | 100%             | Climatiseurs livrés  |
| Maintenance matériel roulant et ambulances                             | 10.000        | 5.300           | 53%              | Ambulances   |
| Entretien des bureaux du PASS-BEC                                      | 4.000         | 2.500           | 63%              | Bureaux entretenus   |
| Organisation des sessions SMCL   | 5.000         | 3.000           | 60%              | Les deux sessions tenues en 2018   |
| Extension connexion à la fibre optique nouveaux bureaux du PASS-Sourou | 4.600         | 0               | 0%               | Activité différée à cause de travaux préliminaires au niveau du bâtiment central |

|   |               |               |               |   |
|---|---------------|---------------|---------------|---|
| Supervisions dans les départements couverts | 5.000         | 4.000         | 80%           | Exécutées   |
| <b>Total</b>                                | <b>31.600</b> | <b>17.800</b> | <b>56,32%</b> | <b>validation des engagements à partir mai 2018</b> |

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 | Exécution 2018 | Solde            | Taux de déboursement au 31/12/2018 |
|---|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------------------------|
| <b>Total de la contribution Béninoise dans PASS</b>   | <b>1 800 000</b> | <b>10 500</b>  | <b>144 825</b> | <b>81 385</b>  | <b>207 594</b> | <b>102 636</b> | <b>1 253 060</b> | <b>30%</b>                         |
| <b>Contribution en nature</b>   | <b>375 000</b>   | <b>10 500</b>  | <b>75 500</b>  | <b>75 500</b>  | <b>75 500</b>  | <b>75 500</b>  | <b>62 500</b>    | <b>83%</b>                         |
| 1. Mise à disposition de locaux conseillers techniques  | 210 000          | 10 500         | 42 000         | 42 000         | 42 000         | 42 000         | 31 500           | 85%                                |
| a. Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)   | 120 000          | 6 000          | 24 000         | 24 000         | 24 000         | 24 000         | 18 000           | 85%                                |
| b. Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)   | 90 000           | 4 500          | 18 000         | 18 000         | 18 000         | 18 000         | 13 500           | 85%                                |
| 2. Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise   | 165 000          |                | 33 500         | 33 500         | 33 500         | 33 500         | 31 500           | 81%                                |
| ZS (1FTE x 20% x 5ZS)   | 60 000           |                | 12 500         | 12 500         | 12 500         | 12 500         | 10 000           | 83%                                |
| DDS (1FTE x 20% x 2)  | 25 000           |                | 5 000          | 5 000          | 5 000          | 5 000          | 5 000            | 80%                                |
| MS (1FTE et 2 x 10% FTE)  | 80 000           |                | 16 000         | 16 000         | 16 000         | 16 000         | 16 000           | 80%                                |
| <b>Contribution en numéraire</b>  | <b>1 425 000</b> | <b>0</b>       | <b>69 325</b>  | <b>5 885</b>   | <b>132 094</b> | <b>27 136</b>  | <b>1 190 560</b> | <b>16,5%</b>                       |
| 1. Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année) | 130 000          |                | 4 498          | 5 885          | 9 756          | 10 671         | 99 190           | 23,7%                              |
| 2. Maintenance infrastructures et équipements   | 700 000          | 0              | 0              | 0              | 30 032         | 0              | 669 968          | 4%                                 |
| ZS Mono-Couffo  | 450 000          | 0              | 0              | 0              |                |                |                  |                                    |
| ZS Atacora-Donga  | 250 000          | 0              | 0              | 0              |                |                |                  |                                    |
| MS Cotonou  |                  |                |                |                |                |                |                  |                                    |
| 3. Autres contributions   | 595 000          | 0              | 64 827         | 0              | 92 305         | 16 465         | 421 403          | 29,17%                             |
| Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)   | 150 000          | 0              | 0              | 0              | 12 196         | 8 080          | 129 724          |                                    |
| Assurance véhicules (30)  | 180 000          | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 180 000          |                                    |
| Exonération (TVA, douane) pour les investissements  | 265 000          | 0              | 64 827         | 0              | 0              | 0              | 200 173          |                                    |

Montants en milliers de CFA

| RUBRIQUES   | Budget total en milliers CFA | Exécution 2014 | Exécution 2015 | Exécution 2016 | Exécution 2017 | Exécution 2018 | Solde          | Taux de déboursement au 31/12/2018 |
|---|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------------------|
| <b>Total de la contribution Béninoise dans PASS</b>                           | <b>1 180 723</b>             | <b>6 888</b>   | <b>94 999</b>  | <b>53 385</b>  | <b>136 183</b> | <b>67 324</b>  | <b>821 953</b> | <b>30%</b>                         |
| <b>Contribution en nature</b>   | <b>245 984</b>               | <b>6 888</b>   | <b>49 525</b>  | <b>49 525</b>  | <b>49 525</b>  | <b>49 525</b>  | <b>40 997</b>  | <b>83%</b>                         |
| 1. Mise à disposition de locaux conseillers techniques                        | 137 751                      | 6 888          | 27 550         | 27 550         | 27 550         | 27 550         | 20 662         | 85%                                |
| <i>a. Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)</i>          | <i>78 715</i>                | <i>3 936</i>   | <i>15 743</i>  | <i>15 743</i>  | <i>15 743</i>  | <i>15 743</i>  | <i>11 807</i>  | <i>85%</i>                         |
| <i>b. Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)</i>    | <i>59 036</i>                | <i>2 952</i>   | <i>11 807</i>  | <i>11 807</i>  | <i>11 807</i>  | <i>11 807</i>  | <i>8855</i>    | <i>85%</i>                         |
| 2. Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise | 108 233                      |                | 21 975         | 21 975         | 21 975         | 21 975         | 20 662         | 81%                                |
| <i>ZS (1FTE x 20% x 5ZS)</i>  | <i>39 357</i>                |                | <i>8 199</i>   | <i>8 199</i>   | <i>8 199</i>   | <i>8 199</i>   | <i>6 559</i>   | <i>83%</i>                         |
| <i>DDS (1FTE x 20% x 2)</i>   | <i>16 399</i>                |                | <i>3 280</i>   | <i>3 280</i>   | <i>3 280</i>   | <i>3 280</i>   | <i>3 279</i>   | <i>80%</i>                         |
| <i>MS (1FTE et 2 x 10% FTE)</i>   | <i>52 477</i>                |                | <i>10 495</i>  | <i>10 495</i>  | <i>10 495</i>  | <i>10 495</i>  | <i>10 495</i>  | <i>80%</i>                         |

|   |                |          |               |              |               |               |                |              |
|---|----------------|----------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| <b>Contribution en numéraire</b>  | <b>934 739</b> | <b>0</b> | <b>45 474</b> | <b>3 860</b> | <b>86 648</b> | <b>17 800</b> | <b>780 956</b> | <b>16,5%</b> |
| 1. Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année) | 85 274         | 0        | 2 950         | 3 860        | 6 400         | 10 671        | 65 064         | 23,7%        |
| 2. Maintenance infrastructures et équipements   | 459 170        | 0        | 0             | 0            | 19 700        | 0             | 439 470        | 4%           |
| <i>ZS Mono-Couffo</i>   | <i>295 181</i> | <i>0</i> | <i>0</i>      | <i>0</i>     |               |               |                |              |
| <i>ZS Atacora-Donga</i>   | <i>163 989</i> | <i>0</i> | <i>0</i>      | <i>0</i>     |               |               |                |              |
| <i>MS Cotonou</i>   |                |          |               |              |               |               |                |              |
| 3. Autres contributions   | 390 294        | 0        | 42 524        | 0            | 60 548        | 10 800        | 276 422        | 29,17%       |
| Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)   | 98 394         | 0        | 0             | 0            | 8 000         | 5 300         | 85 093         |              |
| Assurance véhicules (30)  | 118 072        | 0        | 0             | 0            | 0             | 0             | 118 072        |              |
| Exonération (TVA, douane) pour les investissements  | 173 829        | 0        | 42 524        | 0            | 0             | 0             | 131 305        |              |

La mobilisation en numéraire des fonds de contrepartie nationale reste un défi majeur à l'aube de la clôture du programme avec un taux de déboursement de 16,5% en numéraire.

## 1.3 Autoévaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
|                   | <b>Performance</b> |
| <b>Pertinence</b> | <b>A</b>           |

Au lendemain de l'évaluation à mi-parcours du PASS Sourou réalisée en 2017, il a été procédé à un **recentrage de l'intervention** sur les stratégies clés susceptibles de renforcer l'atteinte de son objectif spécifique. Les stratégies ainsi retenues sont **alignées sur les priorités actuelles du secteur** notamment la gouvernance du secteur prenant en compte la voix des bénéficiaires, la couverture santé universelle pour laquelle le PASS Sourou a développé la qualité des soins et le renforcement de l'offre des soins obstétricaux et néo-nataux et la disponibilité de ressources humaines de qualité. Le recours du Ministère de la santé aux expériences développées par le PASS Sourou dans l'opérationnalisation de nombreuses stratégies clés du secteur indique la pertinence de l'intervention pour le partenaire. Ainsi :

- L'appui du PASS Sourou a été pris en compte dans le choix des zones sanitaires retenues dans la phase pilote de mise en œuvre du volet assurance maladie de l'ARCH qui démarre au premier trimestre de 2019 ;
- L'appui du PASS pour la construction d'un système d'information sanitaire efficace visant la disponibilité de données de qualité pour le pilotage stratégique du secteur et à l'édification d'un système de santé performant ;
- La stratégie du MS de renforcer la participation citoyenne pour une meilleure gouvernance du secteur s'est appuyée sur l'expérience de la gestion des plaintes des PUSS.

Enfin, il est important de souligner que les orientations stratégiques du plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2018-2022 ont repris celles sur lesquelles le PASS Sourou est centrée, notamment la gouvernance, la qualité des soins, la valorisation des ressources humaines, et la couverture santé universelle.

### 1.3.2 Efficience

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
|                   | <b>Performance</b> |
| <b>Efficience</b> | <b>B</b>           |

La grande majorité des livrables attendus pour la période sous revue l'ont été suivant le planning établi.

En outre, de nombreuses initiatives ont été prises pour rationaliser les processus en cours en vue d'une plus grande efficience. C'est le cas pour l'extension de la démarche AQ dans une trentaine de FS pour laquelle il a été privilégié les équipes locales de pairs facilitateurs des zones sanitaires voisines, ce qui a amoindri les frais de gestion. Dans ce même cadre, la durée de l'audit qualité pour les hôpitaux a été réduite de trois à deux jours avec une simplification de la visite d'audit des services.

La digitalisation d'un certain nombre de processus a également contribué à leur rationalisation et efficience dans la mise en œuvre. Il s'agit notamment de la digitalisation des enquêtes de satisfaction, de la collecte et l'analyse des données sur la santé sexuelle et reproductive de adolescents et jeunes (SRAJ) pour la prise de décisions au niveau des cadres de concertations et du recensement des RHS dans le cadre de la mise en place d'un système informatisé de gestion.

De nombreuses synergies ont été également développées pour optimiser l'utilisation des ressources et renforcer les résultats des processus. C'est le cas pour ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins qui a connu l'apport de la stratégie de tutorat des prestataires développée par le PAORC et qui a permis de doter le système de 46 tuteurs dans les domaines de soins. Le tutorat permet ainsi de renforcer les compétences des prestataires et ainsi d'accroître la qualité des services et soins offerts aux populations.

Le PASS Sourou a également œuvré en synergie avec la Coopération suisse pour optimiser et mutualiser les ressources dans le cadre d'un appui conjoint au processus de révision et de vulgarisation des textes

régissant les Comités de gestion des centres de santé (COGECS). Cet appui visait notamment à assurer la double tutelle des secteurs Santé et Décentralisation des COGECS qui prend mieux en compte la participation des communautés à la gestion de la santé.

Il convient de reconnaître cependant que certains livrables n'ont pas pu être disponibles à temps en raison de la lourdeur dans le fonctionnement de certaines directions partenaires. Le retard dans le transfert de la maîtrise d'ouvrage sur l'administration du logiciel Visotool utilisé dans le processus d'assurance qualité et l'ancrage multisectoriel pour la lutte contre les maladies non transmissibles en sont des conséquences.

### 1.3.3 Efficacité

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
|                   | <b>Performance</b> |
| <b>Efficacité</b> | <b>B</b>           |

De façon générale, la plupart des outputs attendus pour le compte de l'année sous revue seront obtenus. De nombreux chantiers sont en phase de consolidation :

- L'amélioration de la qualité des soins dans la plupart des FS des zones d'intervention, pour la prise en charge des principales affections en dépit de l'arrêt du FBR qui a influencé négativement la motivation de nombre de prestataires de soins;
- Plus de 120 formations sanitaires de premier échelon sont capables d'offrir des soins et services curatifs, préventifs et promotionnels visant les maladies chroniques non transmissibles ;
- L'accroissement de la couverture en offre de soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence (SONU) dans les zones d'interventions du PASS, renforcé par la pratique systématique des audits des décès maternels et néo-nataux, pour lesquels les zones d'intervention du PASS sont en avance au plan national. La qualité de la prise en charge des mères et des nouveau-nés s'en trouve ainsi renforcée. L'impact sera perceptible les années à venir avec l'amélioration de la couverture des besoins en référence et contre-référence qui s'était détériorée en raison de la vétusté du parc d'ambulances;
- L'augmentation des capacités de production du pays en ressources humaines en santé pour ce qui concerne les infirmiers et les sages-femmes. En 2018, l'Institut de formation en soins infirmiers et obstétricaux (IFSIO) dont le PASS Sourou a appuyé la construction et le fonctionnement a mis 74 infirmiers et sages-femmes sur le marché, ce qui va améliorer l'offre de cette ressource qui manque au secteur de la santé;
- La professionnalisation des PUSS s'est accrue avec une performance améliorée dans la gestion des plaintes et la redevabilité des services de santé vis-à-vis des populations ;

Ainsi, l'ensemble des initiatives rend possible l'accès aux soins et services de qualité à plus de 2 millions de personnes.

### 1.3.4 Durabilité potentielle

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

Le recentrage de l'intervention sur les chantiers porteurs visait à optimiser les chances de durabilité. Par ailleurs, le PASS a élaboré pour chacun des chantiers, un plan de pérennisation mettant un accent sur les mécanismes (institutionnel et opérationnel) de maintien des actions de l'intervention. Le plan de pérennisation fait l'objet d'un monitoring régulier en vue d'assurer sa mise en œuvre efficace.

De nombreuses initiatives développées par les acteurs sont en faveur de la durabilité des acquis du PASS.

- Les efforts des Collectivités locales dans le recrutement de ressources humaines et la fourniture de matériels sont indicatifs de l'appropriation de leur responsabilité dans la gestion de la santé, ce qui est l'un des résultats les plus importants du PASS. Dans certains cas, la création par des communes de lignes budgétaires spécifiques dans les PDC pour soutenir des actions de santé visant l'autonomie des communautés en est un autre exemple.

- Dans le même cadre se situe l'expérience de la mise en place d'un mini-dépôt de médicaments sur l'initiative du Maire qui vise à accroître la disponibilité des médicaments, dont une partie des ressources servira à financer le fonctionnement des PUSS, ce qui garantit en grande partie sa pérennisation.
- Renforcement des capacités des hôpitaux pour produire localement la solution hydro alcoolique (SHA) dont l'usage extensif est essentiel pour la sécurité des soins. La production locale plutôt que l'acquisition de la forme manufacturée est supportable pour le budget des FS et assure sa disponibilité permanente.
- La décision des maires de créer une ligne budgétaire dès 2019 qui sera approvisionnée dès le début de l'exercice suivant permettra d'assurer le fonctionnement pérenne du Comité de Pilotage de l'assurance qualité.

La durabilité reste cependant un grand défi. Les acquis de certains chantiers de même que l'appropriation restent fragiles et requièrent la poursuite de l'appui par des interventions ultérieures.

## 1.4 Conclusions

- Le PASS Sourou a recentré son intervention sur huit principaux chantiers dont les résultats permettent d'améliorer l'accessibilité de plus de 2 millions de personnes aux soins de qualité ;
- Les audits qualité réalisés dans une quarantaine de FS pour mesurer et améliorer la qualité des soins offerts aux populations indiquent des scores de qualité en progression par rapport aux années précédentes, qu'il s'agisse des dimensions de la qualité telles que la conformité des soins aux normes, la sécurité des patients et la satisfaction des patients ;
- L'appui du PASS Sourou a permis de décentraliser la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles. Tous les centres de santé de premier échelon dans les zones d'intervention du programme sont capables d'offrir des soins centrés sur le patient souffrant des MNT, avec une qualité accrue par rapport aux années précédentes ;
- La couverture en offre des SONU s'est améliorée, passant de 52,8% en 2017 à 94% en 2018 selon les normes de l'OMS. De même, les audits des décès maternels dans les zones sanitaires couvertes par les programme se pratiquent plus couramment qu'à l'échelle nationale et contribuent à l'amélioration des prestations ;
- Les PUSS se professionnalisent et améliorent leurs prestations notamment dans la gestion des plaintes des usagers des services et soins de santé et le dialogue avec l'offre de soins, contribuant à accroître la redevabilité des prestataires vis-à-vis de l'offre et la gouvernance du système locale de santé. Cette expérience développée avec l'appui du PASS fait l'objet au niveau du Ministère de la santé de consolidation et d'appropriation en vue de sa mise à l'échelle dans le cadre de la mise en place d'un projet d'écoute des usagers et de gestion des plaintes dénommé « **Je t'écoute** ».
- L'intervention est confrontée à quelques contraintes persistantes structurelles relatives à la non disponibilité permanente de médicaments essentiels et d'insuffisance de RHS qualifiée.

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Fonctionnaire exécution nationale | Fonctionnaire exécution ENABEL |
| <b>Coffi AGOSSOU</b>              | <b>Benoît LOOP</b>             |

## 1.5 Évolution du contexte

### 1.5.1 Contexte général

L'année 2018 a été marquée par un remaniement technique du gouvernement du nouveau régime politique avec la nomination d'un nouveau Ministre de la santé suivi de la recomposition du Cabinet du ministre et la nomination d'un nouveau directeur de cabinet puis d'un secrétaire général adjoint. La mise en œuvre des priorités définies dans le Programme d'Action du Gouvernement (PAG) s'est poursuivie, avec des réformes annoncées du secteur santé qui n'ont pas encore toutes été opérationnalisées. Il faut néanmoins souligner :

- L'accélération des dispositions en vue de la mise en œuvre de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) notamment par le bouclage des différentes études en vue de l'opérationnalisation des volets couverts.
- La sélection des départements et zones de santé pour le démarrage de la phase pilote du volet Assurance-maladie de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH).
- La poursuite des dispositions notamment la définition du cadre juridique devant régir la mise en place des quatre agences (Médecine hospitalière, protection sociale, assurance qualité, soins de santé primaires) prévues par le PAG.
- Le bouclage de l'élaboration et la validation du nouveau Plan de Développement Sanitaire quinquennal pour la période de 2018-2022.
- Le bouclage de l'élaboration et la validation du plan de décentralisation et de déconcentration au niveau des départements ministériels dont celui de la santé.

Le contexte sanitaire a également été marqué par le vote de la loi portant sur l'interdiction d'exercice du droit de grève par les agents du secteur de la santé ce qui s'est traduit après de longs mois de grève par une accalmie des mouvements sociaux tant au niveau central qu'au niveau départemental et opérationnel. L'année 2018 a également connu une résurgence de la fièvre hémorragique à virus Lassa avec sept (7) cas confirmés au 21/01/2019 et zéro (0) décès.

### 1.5.2 Contexte institutionnel

La nomination d'un nouveau ministre suite au remaniement technique du gouvernement a été suivie d'une réorganisation interne du cabinet du ministre et de quelques nouvelles nominations au sein des structures d'ancrage de l'intervention au niveau central. Ces réaménagements n'ont pas eu d'effet négatif sur l'intervention. Ainsi, l'ancrage institutionnel du PASS SOUROU est toujours pertinent, 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 toujours 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.
- La nomination d'un Secrétaire Général Adjoint en 2018 a renforcé la proximité puis l'appui du Secrétariat général à la coordination du programme.
- La mise en place exhaustive des équipes au niveau des nouvelles directions départementales de la santé (DDS Couffo et Donga) créées en 2017 a facilité le déploiement des actions au niveau desdites directions et une meilleure préparation de la pérennisation.
- Le sous-secteur pharmaceutique a été confronté à une crise liée à la gestion des approvisionnements et à la qualité des produits qui a abouti à la modification du contrat qui liait la CAME à l'Etat et celle de la situation de monopole dont il jouissait jusqu'à présent. Bien que cela ne se soit pas encore traduit dans les faits, il est attendu dans un proche avenir l'ouverture du secteur à une concurrence régulée et l'installation d'autres fournisseurs de produits pharmaceutiques, ce qui pourrait contribuer à réduire les ruptures fréquentes de médicaments que connaît actuellement le secteur de la santé.

- La finalisation et la validation du plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2018-2022 dont le processus d'élaboration a démarré en 2017. L'amélioration du système d'information sanitaire et la couverture santé universelle représentent deux des six orientations stratégiques prioritaires du secteur.

### **1.5.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution**

Le contrôle interne s'est poursuivi de façon systématique par le contrôleur interne recruté en 2016. Il a été renforcé par deux audits externes en 2018 : d'une part l'audit d'un cabinet externe recruté par le Siège et d'autre part l'audit de la cour des comptes de Bruxelles.

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.
- Les sessions de la SMCL.
- Les planifications trimestrielles (Monitoring opérationnel).

L'année 2018 a été aussi marquée par :

- La mise en œuvre effective des chantiers issus de la revue du cadre logique et du recentrage de l'intervention intervenu en 2017.
- La poursuite de la mise en œuvre du manuel de procédures du programme.
- La poursuite de la collaboration avec l'APEFE à travers une convention de subsides, qui a permis la formation de différentes catégories de techniciens de maintenance au profit du secteur (techniciens supérieurs, électriciens, frigoristes).

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

L'année 2018 a été marquée par d'autres événements importants notamment :

- Le départ de la Coordonnatrice et de l'ATI en charge du développement institutionnel du PASS Sourou. La nomination du RAFI au poste de Coordonnateur par intérim et le recrutement à l'interne de l'ATN Développement des RH du PAORC ont permis de combler ces deux départs. L'équipe a également été renforcée par l'arrivée du Preparation Manager qui s'est vu confié le volet digitalisation et appui à l'équipe de suivi-évaluation du programme.
- La mise en place effective du nouveau bureau d'exécution de la Donga et de l'équipe de la demande à Djougou.

### **1.5.4 Contexte HARMO**

Sous l'égide conjointe du DPP et du chef de file des PTF, un processus de coordination, de planification, d'intégration et d'harmonisation des interventions des PTF au sein du secteur a démarré au cours du second semestre 2018.

Plusieurs initiatives/actions du programme ont contribué à la synergie et la coordination des intervenants :

- La poursuite de la collaboration avec d'autres acteurs : APEFE et PAORC, sur différents chantiers de renforcement de capacité et de capitalisation ;
- La poursuite de l'appui conjoint PASS-OMS au Programme National de Lutte contre les Maladies Non-transmissibles (PNLMNT) ;
- La collaboration avec le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS dans le cadre de la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) ;



- La collaboration PASS – TOPICs (CERRHUD, IRD, USI, Africasys, Bluesquare) sous l'égide du Ministère (Cabinet et DIP) pour la mise en place du call center dans le cadre de la gestion des plaintes au sein du ministère ;
- La collaboration avec les différents PTF sous l'égide conjointe du ministère et du chef de file des PTF (UNFPA) dans la gestion de la résurgence de la fièvre hémorragique à virus Lassa à travers l'appui aux actions préventives dans les départements et zones de couverture du PASS ;
- La concertation et des échanges fructueux avec différents PTF et autres partenaires stratégiques intervenant en matière de droit à la santé reproductive et de digitalisation dans le cadre de l'élaboration du prochain programme bénino-belge pour la période 2019-2023.

## 1.6 Performance de l'outcome



### 1.6.1 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   | Zone d’intervention | Valeur de la Baseline 2016 | Progrès année 2017 | Progrès année 2018 | Cible année 2018 |
|---|---------------------|----------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Taux d'utilisation des soins curatifs (%)                           | Donga               | 53,2%                      | 53,0%              | 53,4%              | 55%              |
|   | Mono                | 50,7%                      | 51,5%              | 42,5%              | 50%              |
|   | Couffo              | 31,7%                      | 33,8%              | 29,3%              | 45%              |
| Taux de satisfaction des utilisateurs de la qualité des soins (H/F) | Donga               | 88,5%                      | 91,0%              | 70,0%              | 90%              |
|   | Mono/ Couffo        | 81,9%                      | 83,0%              | 65,4%              |                  |

### 1.6.2 Analyse des progrès réalisés

Le PASS Sourou est destiné à « augmenter l’accessibilité des populations aux soins de santé de qualité » dans les zones d’intervention. Les progrès par rapport à cet objectif sont mesurés à partir de trois indicateurs que sont :

- Taux d’utilisation des soins curatifs dans les formations sanitaires ;
- Taux de satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des soins

#### 1. Utilisation des soins curatifs

Au regard de cet indicateur, il convient de noter qu’au moment de l’élaboration du présent rapport la complétude des données du 4<sup>ème</sup> trimestre 2018 reste encore faible. On note néanmoins que l’utilisation des soins par les populations augmente régulièrement sur les trois dernières années dans la Donga et reste supérieure à 50%, niveau qui est plus élevé que la moyenne nationale qui est de 46,9% 2017 (PASS, 2017) (figure 3). Le niveau d’utilisation est également proche (53,4%) des 55% qui est la cible visée en 2018, et pourrait la dépasser une fois que toutes les données du troisième trimestre seront collectées.

En ce qui concerne le Mono, le niveau d’utilisation des soins en 2016 et 2017 était supérieur à la cible de 50% visée. Le fléchissement noté en 2018 peut s’expliquer par la non complétude des données du 4<sup>ème</sup> trimestre. En effet, on s’attendrait en principe à une forte augmentation de l’utilisation des soins du fait de la fermeture des structures de soins illégales au cours du second semestre 2018 qui a eu comme conséquence une affluence vers les FS publiques.

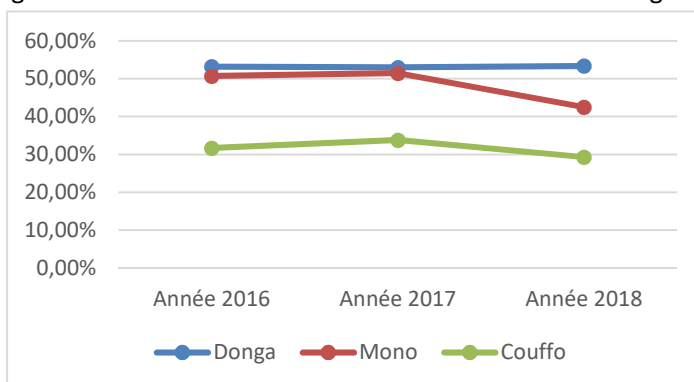


Figure 3 : Evolution du taux d'utilisation des soins curatifs

Le Couffo a connu une situation similaire au Mono, avec une augmentation régulière les deux dernières années suivie d'un fléchissement en 2018. L'écart entre le niveau d'utilisation actuel des soins (29%) par les populations et la cible visée de 45% montre l'ampleur des efforts qui restent à fournir. Le niveau des indicateurs est généralement plus faible dans ce département, ce qui est actuellement objet d'une étude socio-anthropologique pour en connaître les déterminants socio-culturels. Certaines localités de ce département connaissent également un sérieux problème d'enclavement et d'inaccessibilité aux structures de soins toute la saison pluvieuse.

Il convient de souligner également que la non disponibilité de médicaments essentiels qu'a connu le secteur ces derniers mois et la persistance des barrières financières constituent des goulots à une bonne utilisation des soins par les populations. L'aboutissement des réformes en cours concernant le sous-secteur pharmaceutique et l'assurance maladie va sans doute améliorer la situation.

## 2. Satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des soins

Le niveau de satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des soins a diminué dans les deux sous-territoires, respectivement de 91,0% à 70,0% dans la Donga et de 83,0% à 65,4% dans le Mono Couffo (figure 4). On constate donc un écart de près de 20% par rapport aux niveaux de satisfaction des années précédentes. Cette tendance contraste avec la qualité des soins qui s'est améliorée dans les deux sous-territoires et pourrait s'expliquer par le changement d'approche dans la réalisation de l'enquête de satisfaction en 2018. En effet, jusqu'en 2017, la satisfaction était mesurée dans le cadre du FBR. Avec l'arrêt du FBR, il n'était plus pertinent d'adopter la même méthode. Les changements ont porté sur :

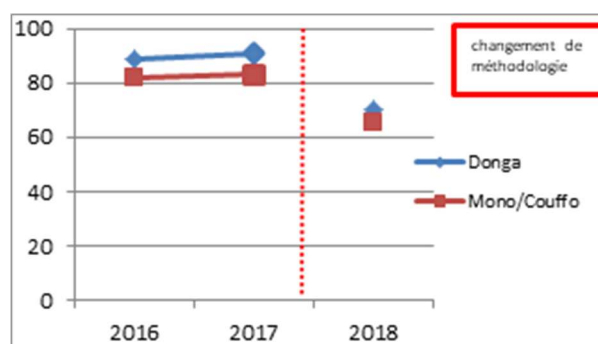


Figure 4 : Evolution du taux de satisfaction des utilisateurs

- La méthode utilisée lors de la dernière enquête. En effet, les enquêtes dans le cadre du FBR étaient réalisées en communauté auprès d'usagers au moins trois mois après qu'ils aient utilisé les soins, alors que la dernière a concerné des patients qui viennent de sortir du centre de santé. Le risque d'oubli (biais de mémoire) était donc très élevé avec la première méthode ;
- Une modification du questionnaire : celui utilisé dans le cadre du FBR comportait des aspects liés à la vérification de l'effectivité de l'utilisation des services, ce qui n'est plus le cas actuellement ;
- La taille du nombre de FS : les enquêtes réalisées à la faveur du FBR couvraient la totalité des FS, contre 46 FS dans la nouvelle enquête.

Il ressort de l'analyse des dimensions en cause dans la faible perception de la qualité observée que seules 40% des femmes en consultation prénatale (CPN) sont satisfaites des prestations. Par ailleurs, les aspects fréquemment évoqués comme source d'insatisfaction par les patients sont le délai d'attente, la non disponibilité de médicaments.

Ces résultats nous indiquent qu'un accent particulier doit être mis sur l'approche centrée sur la personne dans l'organisation des soins et les formations continues à l'attention des prestataires.

D'autres facteurs pouvant expliquer la baisse de la satisfaction pourraient être l'influence négative de l'arrêt du FBR sur la motivation des prestataires, FBR dont les subsides permettaient d'améliorer les conditions de travail et le revenu des agents de santé bénéficiaires.

### 1.6.3 Impact potentiel

En tant qu'intervention appuyant le secteur de la santé du Bénin, le PASS Sourou visait plus globalement à « **contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin** » (impact). Le montage institutionnel du PASS, avec son double ancrage au niveau central et opérationnel d'une part, et son appui global à l'offre et à la demande de soins sont propices pour renforcer le système de santé et ainsi sa performance.

Il n'est pas prévu d'indicateurs dans la matrice de suivi du programme pour apprécier sa contribution à l'impact. Cependant, nous observons qu'à l'exception du Couffo, l'utilisation des soins curatifs en 2016 et 2017 dans la Donga et le Mono est supérieure à la moyenne nationale (Figure 5), en général de plus de 5%.

En ce qui concerne le taux de satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des soins, le second indicateur destiné à mesurer l'outcome, il n'est pas un indicateur du système de santé, et n'a donc pas d'équivalent dans le système de suivi évaluation du secteur.

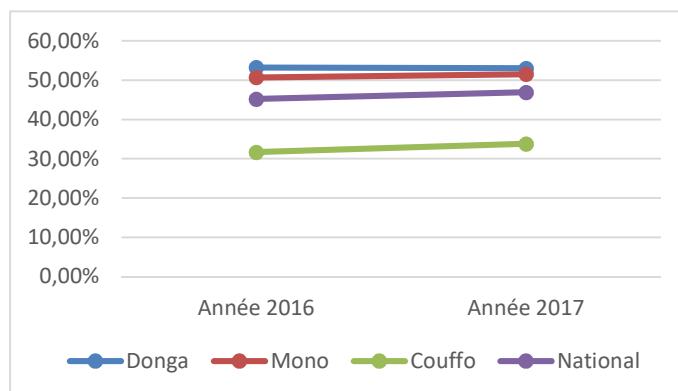


Figure 5. Comparaison entre l'évolution du taux d'utilisation des soins dans les départements appuyés par le PASS et la moyenne nationale

Néanmoins, avec les réformes du secteur de la santé portant sur la Couverture Santé Universelle notamment de son volet assurance maladie qui devra se traduire par l'achat des soins auprès des établissements de santé, la satisfaction des usagers devient un impératif à inclure dans les critères de sélection. A cet égard, il s'agit d'une contribution importante du PASS qui est d'ailleurs en voie d'être capitalisée par le MS.

Il convient donc d'indiquer que les processus clés appuyés par le PASS que ce soit la démarche d'amélioration continue de la qualité, les SONU, la structuration de la demande, la disponibilité des ressources humaines ou la qualité du système d'information sanitaire constituent les piliers du système et peuvent expliquer la différence de niveau d'utilisation des soins observé avec la moyenne nationale.

La levée des goulots mentionnés dans la rubrique supra, permettra d'améliorer encore davantage cette performance.

La mise en place par le programme de mécanismes de transfert et de remontée des expériences au niveau central permettra d'impacter tout le système de santé du Bénin.

## 1.7 Performance de l'output 1: La démarche d'assurance qualité dans les formations sanitaires



### 1.7.1 Progrès des indicateurs

| Output 1 : La démarche qualité est développée et pratiquée dans 30 formations sanitaires de la zone d'intervention du PASS pour que chaque client y qui fréquente une formation sanitaire soit pris en charge selon les normes, protocoles et standards en vigueur |   |  |   |   |  |
|--|---|--|---|---|--|
| Indicateurs  |   | Valeur de la Baseline                                    | Valeur 2017   | Valeur 2018   | Cible finale                           |
| 1.1  | Scores qualité moyens des FS qui sont dans la démarche AQ       | Donga: <b>56,6%</b><br>Mono: N/A<br>Couffo: <b>51,7%</b> | Donga: <b>58,5%</b><br>Mono: <b>53,7%</b><br>Couffo: <b>57,3%</b> | Donga: <b>59,2%</b><br>Mono: <b>55,4%</b><br>Couffo: <b>51%</b> | Donga: 75%<br>Mono: 70%<br>Couffo: 70% |
| 1.3  | Nombre de FS qui appliquent la démarche AQ dans la zone du PASS | 4  | 15  | 43  | 30                                     |

### 1.7.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>2</sup>   | État d'avancement |   |   |   |
|---|-------------------|---|---|---|
|   | A                 | B | C | D |
| 1. Mettre en place les équipes qualité dans 30 CS   | X                 |   |   |   |
| 2. Finaliser l'amélioration des cinq outils de la démarche qualité (questionnaire patient, questionnaire personnel, auto-évaluation, checklist du facilitateur, guide d'entretien du Responsable) | X                 |   |   |   |
| 3. Former les acteurs et facilitateurs (H/F) des 30 FS et équipes de supervision sur la démarche qualité et sur l'utilisation des outils AQ d'analyse des causes racines des dysfonctionnements   | X                 |   |   |   |
| 4. Réaliser les audits qualité dans les 30 CS/HZ (15 audits initiaux et 15 audits annuels)  | X                 |   |   |   |
| 5. Appuyer la mise en œuvre des plans d'amélioration des 30 FS, y compris corrections structurantes sont financées avec l'appui du PASS   |                   | X |   |   |
| 6. Contractualiser la mise à jour, la maintenance, l'hébergement et la formation d'un pool d'administrateurs nationaux du Visotool au sein du MS (DIP, DNH, DPP, DDS)                             |                   |   | X |   |
| 7. Digitaliser le processus de collecte et d'analyse des données AQ dans les 30 FS  |                   |   | X |   |

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

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| 8. Développer et mettre en œuvre un Plan de documentation, R/A et capitalisation conjoint de l'expérience AQ (suivi des effets post-FBR, processus AQ) |  | X |  |  |
|--|--|---|--|--|

### 1.7.3 Analyse des progrès réalisés

Au cours de la période sous revue, **trente-deux (32) nouvelles formations sanitaires** ont été enrôlées dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, dont 7 formations privées. Parmi celles-ci, quatre FS privées ont entretemps été déclarées illégales et fermées. Au total, ce sont donc **43 FS, dont cinq hôpitaux de zone et 01 hôpital privé confessionnel, qui sont couvertes par la démarche assurance qualité**. Le nombre finalement plus important de structures de soins couvertes (43 au lieu de 30) répond au besoin exprimé par les acteurs de faire bénéficier la démarche d'amélioration de la qualité des soins à plus de FS que possible, au minimum à tous les centres de santé de commune et aux FS privées ; ce qui aura également pour avantage de renforcer les processus visant la qualité des soins déjà mis en place à la faveur du FBR. Cette initiative a été facilitée par la décentralisation et la rationalisation du processus AQ, qui était piloté essentiellement à partir du niveau central. Ainsi, il a été procédé à la mise en place au niveau des DDS des points focaux AQ et dans les ZS de plusieurs équipes capables de conduire les audits qualité.

Dans l'ensemble, on note une **progression de la qualité des soins dans les FS couvertes** par la démarche qualité d'année en année. Comme l'indique la figure 6, le score moyen de la qualité des soins a connu une augmentation régulière de 2016 à 2018 dans la Donga et de 2017 à 2018 dans le Mono (qui n'a commencé qu'en 2017). Dans le Couffo, la baisse en 2018 s'explique par l'ajout de nouvelles FS dont le score au premier audit est en général plus faible.

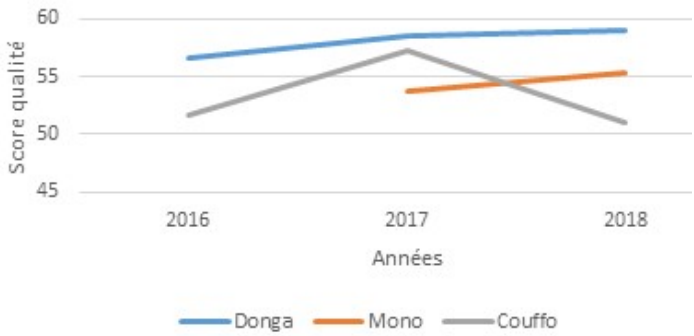


Figure 6 : Evolution du score qualité moyen par département de 2016 à 2018

L'introduction des FS de 2016 à 2018 dans la démarche qualité s'est effectuée par cohorte successive de **4 FS en 2016, 11 en 2017 et 28 en 2018**. L'étude de l'évolution des scores par cohorte, permet de mieux objectiver les efforts d'amélioration de la qualité déployés par chacune des FS.

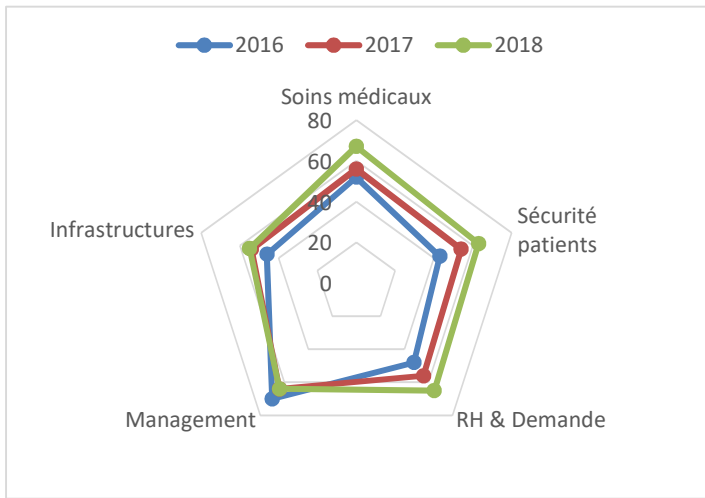


Figure 7 : Evolution du score qualité moyen des 4 FS de la cohorte 2016 par domaine

En ce qui concerne les FS de la cohorte de 2016 qui ont déjà réalisé 3 audits qualité, on note une **amélioration du score au niveau de tous les domaines de la qualité des soins sauf en ce qui concerne le domaine 'management' des FS** (figure 7). Les soins médicaux, la sécurité des patients et les RH et la demande sont les domaines où les améliorations ont été les plus importantes.

Par rapport aux 11 FS de la cohorte de 2017, on note une nette progression de la qualité au niveau des cinq domaines, notamment en ce qui concerne la sécurité des patients, les soins médicaux, le management et les infrastructures (figure 8).

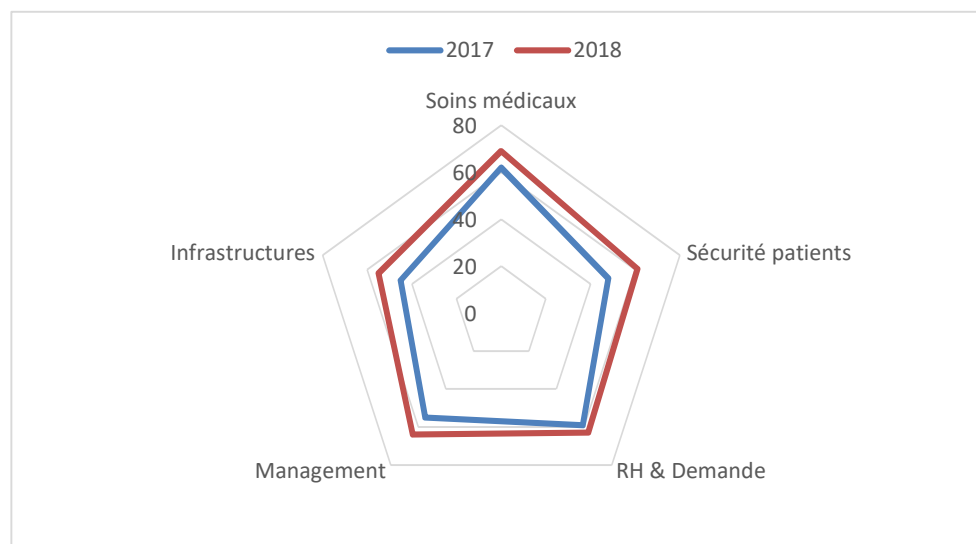


Figure 8 : Evolution des scores qualité moyen des 11 FS de la cohorte 2017 par domaine

La principale remarque qu'on pourrait faire en comparant l'évolution des scores des deux cohortes est qu'après les audits initiaux (l'entrée dans la démarche qualité), les FS progressent très vite en mettant en place des mesures correctrices pour améliorer les infrastructures, le management et la sécurité des patients. Ces progrès évoluent plus lentement à partir de la 2<sup>ème</sup> année, parce que les changements requièrent davantage d'efforts et des transformations plus profondes, ce qui prend plus de temps et qui explique le ralentissement observé lors des 3<sup>èmes</sup> audits de la cohorte 2016.

Les **changements notables** enregistrés au niveau de ces deux cohortes (2016 et 2017) concernent :

- **Au niveau des soins médicaux** : une amélioration de 5% à 20% du respect des normes de soins en vigueur pour la prise en charge des patients pour la plupart des affections, notamment la prise en charge du paludisme grave chez les enfants, les urgences obstétricales telles que la pré-éclampsie, les hémorragies de la délivrance, les anémies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- **Au niveau de la sécurité des patients et de la gestion des risques** : la mise en place de mécanismes pour la gestion des plaintes des patients et usagers, le renforcement des mesures d'hygiène des soins telles que l'hygiène des mains, la stérilisation des instruments et matériels de soins et la gestion des déchets. La disponibilité de solutions hydro-alcooliques dans les HZ dont les capacités ont été renforcées grâce à l'appui du PASS afin qu'ils préparent eux-mêmes ledit produit est une avancée notable dans la lutte contre les infections associées ;
- **Au niveau des RH et de la demande**, on a enregistré une augmentation régulière du niveau de satisfaction des patients et du personnel au niveau des 4 FS de la cohorte de 2016. En ce qui concerne le personnel, les aspects sur lesquels des améliorations ont été notées concernent l'esprit d'équipe, la reconnaissance reçue pour le travail accompli, le sentiment d'être écouté pour les suggestions d'amélioration ;
- **Au niveau des infrastructures**, il y a eu un léger progrès entre 2016 et 2017 mais peu de changement entre 2017 et 2018. En effet, les progrès par rapport à la mise aux normes des infrastructures, l'accès à l'eau courante et à l'énergie se font sur un plus long terme. C'est uniquement au niveau de la propreté de l'environnement des soins et des installations sanitaires pour le personnel et les patients qu'une certaine amélioration a été observée.

- **Le management des FS** est le domaine de la qualité qui a connu une **régression de 2016 à 2018** pour ce qui concerne la cohorte de 2016. Une analyse plus approfondie indique que les équipes de gestion des FS n'ont pas pu améliorer '**la disponibilité des médicaments**' au cours de cette période. La tendance indique que les médicaments étaient plus disponibles en 2016 qu'en 2018. Les causes de cette situation récurrente ne relèvent malheureusement pas des FS elles-mêmes, mais plus des pénuries depuis la CAME.

En 2018, le PASS-SOUROU a permis la formation des directeurs d'hôpitaux de zone et de CHD sur le management stratégique des organisations de soins de santé afin de renforcer le management des structures hospitalières.

Par ailleurs, le processus d'amélioration continue de la qualité des soins a bénéficié de la **synergie de certaines initiatives** au cours de la période sous-revue. Il s'agit de:

- Formation de 46 personnels soignants sur le tutorat. Réalisée par le PAORC, elle s'inscrit également dans une démarche d'amélioration de la qualité en favorisant le suivi de certains processus identifiés comme devant bénéficier d'un appui spécifique par des tuteurs qualifiés dans le domaine. A titre encore pilote dans une ZS, le tutorat est complémentaire à la démarche AQ et mérite d'être étendu en raison des résultats probants enregistrés ;
- Appui de Médecins sans Vacances à l'HZ de Bassila : outre l'appui au service de chirurgie, l'appui du MSV a consisté en la formation du personnel sur la prévention des infections associées aux soins. Cet appui vient en complément de la démarche AQ notamment le volet hygiène hospitalière qui a bénéficié en 2018 d'un accompagnement par une équipe d'experts en hygiène hospitalière.

La mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité rencontre quelques **défis**:

- Les audits qualité annuels ont connu des **régressions de la performance de 3 FS sur les 15** qui ont été introduites dans la démarche depuis au moins 1 an. Il s'agit de l'HZ de Klouékanmè, le CS de Bassila et le CS de Manigri Oké. Les raisons de cette situation sont multidimensionnelles : mutation entre deux audits de tout le personnel qualifié : médecin-chef, chef-poste et responsable de maternité rendant le suivi du plan d'amélioration impossible (CS Bassila), insuffisance de suivi et supervision de la mise en œuvre des plans d'amélioration par les EEZS, ...
- Impossibilité pour les FS d'utiliser les fonds d'amortissement disponibles pour opérer les investissements mêmes mineurs visant à améliorer les conditions de travail en raison des **contraintes procédurales et/ou la non maîtrise des procédures**. En conséquence, certaines actions d'amélioration nécessitant quelques investissements ne sont pas exécutées. La mission conjointe SGM et SMCL de supervision des chantiers du PASS de novembre 2018 a fait des recommandations à l'intention de l'IGM pour lever les goulots.
- Le Comité de pilotage AQ installé dans chacun des deux sous-territoires a vocation à appuyer la mise en œuvre des actions structurantes d'amélioration des soins nécessitant des ressources plus ou moins importantes. Depuis leur installation, de nombreuses requêtes d'appui ont été validées mais **les procédures d'acquisition restent le principal goulot d'étranglement**. A moins d'un an de la clôture du PASS Sourou, cette situation représente une **préoccupation majeure** pour l'opérationnalisation des actions d'amélioration de la qualité.
- **La faible disponibilité des médicaments essentiels** représente un gros défi. Au cours des derniers mois, la rupture fréquente des médicaments tels que la Vit K1, le Métronidazole, le Fer, CTM, Mébendazole, pour la prise en charge d'affections très courantes pose dans certains cas une contrainte existentielle pour de nombreuses FS si elle se poursuit. A cette date, les mesures durables pour lever le monopole de la CAME ne sont pas encore effectives.
- **L'utilisation de l'application Visotool** est centrale pour le processus AQ en cours. La maîtrise des fonctions clés de l'application par la partie nationale a été renforcée par la formation d'administrateurs au sein du MS. Cependant, la délégation plus élargie de l'administration locale



du Visotool n'est pas encore effective. Le mémorandum d'entente pour le transfert de la gestion du Visotool au MS souffre de **lenteur administrative au niveau de la DNH**.

- La **digitalisation du processus AQ en dehors de l'utilisation du Visotool n'est pas encore effective**. Elle devra prendre en compte les enquêtes et les phases de collecte de données et permettra de rationaliser le processus. Il est prévu au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2019 une refonte des outils en vue d'une harmonisation pour faciliter la digitalisation.
- Le PASS Sourou a connu le **départ de l'ATN AQ chargé de piloter le volet opérationnel de la démarche AQ**, notamment la coordination de l'appui technique aux FS, le suivi de la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité. Ce départ constitue donc une contrainte pour laquelle il est utile de renforcer la délégation des tâches à la partie nationale, notamment une responsabilisation plus importante des EEZS.

La pérennisation du processus reste un défi. Les MCZS sont responsabilisés et systématiquement associés en tant que superviseur à tous les audits organisés. Avec les DDS ils ont pris l'engagement d'organiser sur ressources propres les prochains audits dans chaque zone sanitaire à partir du troisième trimestre 2019 après une revue du processus pour réduire les coûts.

Tout le processus d'amélioration continu de la qualité fait l'objet de **documentation et de recherche action** afin que les bonnes pratiques, les expériences et les leçons apprises puissent être partagées au niveau national comme à l'international. Des rapports sur l'expérience AQ notamment la phase institutionnelle et la phase opérationnelle ont été élaborés. De même que des documents synthèses sur le pilotage des différentes phases de la démarche AQ sont en cours de finalisation et serviront de guide pour les acteurs pour l'implémentation du processus. Par ailleurs, il est aussi important que des études comparatives entre les FS sous démarche AQ et celles qui ne le sont pas soient faites pour déterminer la valeur ajoutée de l'approche AQ en cours.

## 1.8 Performance de l'output 2 : La prise en charge des Maladies Non Transmissibles (MNT)

### 1.8.1 Progrès des indicateurs

| Output 2 : La prise en charge intégrée, promotionnelle, préventive et curative des MNT est améliorée dans les 5 ZS (PMA et PCA) |  |                    |                |                 |
|---|--|--------------------|----------------|-----------------|
| Indicateurs   |  | Valeur<br>Baseline | Valeur<br>2017 | Valeur<br>2018* |
| 2.1   | Nombre de cas d'hypertension PEC dans les HZ   | 9225               | 9225           | 7277            |
| 2.2   | Nombre de cas de diabète PEC dans les HZ   | 704                | 704            | 820             |
| 2.3   | Nombre de cas d'asthme PEC dans les HZ   | 68                 | 68             | 241             |
| 2.4   | Pourcentage de patients hypertendus ayant bénéficié de prise en charge conforme aux normes au niveau des formations sanitaires sous démarche AQ(H/F) | 10,1%              | 10,1%          | 20%             |
| 2.5   | Nombre de personnes sensibilisées  | 0                  | nd             | 2456            |
| 2.6   | Nombre de personnes dépistées  | 0                  | nd             | 609             |
| 2.7   | Nombre d'adhérents aux associations de personnes vivant avec les MNT dans les ZS d'intervention du PASS Sourou                                       | 0                  | 203            | 1157            |

\* Données à fin septembre 2018

L'offre de soins pour les maladies chroniques non transmissibles (MNT) au niveau du premier échelon s'est renforcée en 2018 grâce à **l'amélioration du plateau technique des centres de santé** et la **formation des prestataires**. Ainsi, **134 centres de santé** ont été pourvus en **équipements de base** pour le diagnostic et le traitement des MNT les plus fréquentes comme l'hypertension artérielle, le diabète et l'asthme. **Quatre cent soixante (460) infirmiers, sages-femmes et médecins** ont bénéficié d'une **formation spécifique sur la prise en charge des MNT**. Ils ont ainsi acquis la capacité d'assurer une prise en charge globale de la personne souffrant de MNT, permettant l'évaluation des risques cardio-vasculaires, l'accompagnement de proximité et le suivi pour la prévention et le contrôle des facteurs de risques cardio-vasculaires.

La **qualité de la prise en charge des MNT** dans lesdites FS s'est aussi **nettement améliorée**. Les **audits** de la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) dans une quarantaine de formations sanitaires engagées dans la démarche qualité **ont montré que le nombre de cas d'HTA reçus dans les FS et pris en charge selon les normes a doublé en un an (20% en 2018 contre 10,1% en 2017)**. Ce taux reste encore faible en dépit de l'accroissement et indique la marge d'efforts qui restent à fournir. Les supervisions régulières spécifiques et intégrées par les équipes cadres de zones et la DDS permettront d'améliorer encore la prise en charge HTA.

Au niveau communautaire, **trois (03) nouvelles associations de malades** porteurs de MNT ont été mises en place en 2018, portant à 4 le nombre d'associations comptant **1157 membres** dans 4 communes dans le Couffo et la Donga. Elles sont très actives dans le dialogue avec les fournisseurs de soins pour améliorer la disponibilité des médicaments et l'accès financier aux soins.

Ces 4 associations de malades bénéficient des paquets d'activités sur le renforcement des capacités (formation, coaching) sur la prévention des facteurs de risques des MNT, le soutien aux malades et leur orientation pour leur prise en charge. Les formations ont permis d'outiller les associations pour mener des actions dans leur communauté :

- **2.456 personnes sensibilisées en 2018** sur les MNT et les facteurs de risques.
- **609 personnes dépistées** (HTA, le diabète et le cancer du sein).
- Une **émission interactive de 30 minutes**, organisée par l'association Azonnigbo de Lalo a enregistré 65 appels. Un score de 650 auditeurs intéressés par cette émission a été attribué à l'émission.

- **113 personnes ont bénéficié d'une prise en charge**, dont 73 femmes et 40 hommes.
- **6 clubs pour les activités physiques** appelés « Club Santé » ont émergé à Lalo suite aux sensibilisations.

La mise en place des associations a également permis de **promouvoir le leadership des femmes en matière de santé et une prise de conscience des élus locaux sur la problématique** :

- Les bureaux des associations comptent 42% de femmes (17 postes occupés par des femmes sur un total de 40). Parmi ceux-ci 64% des postes les plus importants sont occupés par des femmes (11 postes sur 17)
- Les associations comptent un total de **1157 membres**.
- Les élus locaux et la population prennent conscience de l'existence des MNT. La mairie de Ouaké par exemple a offert un bureau pour abriter le siège de l'association GBANI ALAFIA.

### 1.8.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des principales activités 3   | État d'avancement |   |   |   |
|---|-------------------|---|---|---|
|   | A                 | B | C | D |
| 1. Former 400 prestataires des ZS et les relais communautaires sur les protocoles de prévention et de prise en charge intégrée des MNT (H/F)  | X                 |   |   |   |
| 2. Mettre à la disposition des CS, des HZ et des CHD, des kits (109 CS) et équipements (5HZ) appropriés de prise en charge des MNT et des urgences  |                   | X |   |   |
| 3. Appuyer l'intégration des MNT dans les PDC   | X                 |   |   |   |
| 4. Mettre à jour le recueil de protocoles et le paquet promotionnel des relais communautaires   | X                 |   |   |   |
| 5. Appuyer et superviser les activités de prévention et de prise en charge des MNT (supervisions intégrées)   | X                 |   |   |   |
| 6. Appuyer la mise en place de 5 associations de malades chroniques   | X                 |   |   |   |
| 7. Doter les structures de soin, les relais communautaires et les leaders d'opinion d'outils de communication pour la prévention des facteurs de risque des MTN   |                   | X |   |   |
| 8. Former les élus locaux, les chefs religieux, les têtes couronnées, les mass médias, les associations de jeunes, les groupements de femmes sur la communication pour la prévention des facteurs de risque des MNT |                   |   | X |   |
| 9. Mettre à la disposition des radios locales des supports de communication sur les FDR des MNT   |                   |   | X |   |
| 10. Organiser au moins une campagne de sensibilisation et de dépistage de masse des groupes cibles sur les FDR et les MNT   | X                 |   |   |   |

<sup>3</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

### 1.8.3 Analyse des progrès réalisés

Deux activités de sensibilisation et dépistage ont été réalisées à l'occasion de la Journée mondiale du diabète 2018, l'une au sein du Ministère de la santé à Cotonou et la 2ème dans la ZS de Djougou-Ouaké-Copargo (DCO). Au moins **600 personnes âgées de plus de 20 ans à DCO et 97 au MS ont été dépistées sur le diabète et l'hypertension artérielle et sur les facteurs de risques. Dans la ZS DCO**, les données du dépistage indiquent que 7% des personnes sont diabétiques ou en pré diabète, 39% ont une pression artérielle élevée, 31% en surpoids et 18,5% sont obèses.



Figure 9 : Prise de tension lors d'une activité de sensibilisation sur les MNT

**Quelques femmes dans DCO ont bénéficié de la mammographie pour le dépistage du cancer des seins.** Les résultats de la séance de dépistage au Ministère de la Santé à Cotonou ont montré que sur les 97 personnes reçues, **9,27% sont diabétiques ou pré-diabétiques, 38% ont une tension artérielle élevée, 22,6% souffrent d'obésité et 40% sont en surpoids.** Ces prévalences élevées indiquent la pertinence et l'urgence d'une action communautaire de sensibilisation et de communication pour le dépistage et la prévention des risques des MNT.

Avec l'appui du PASS Sourou, le Ministère de la santé a renforcé le cadre opérationnel permettant aujourd'hui au secteur de la santé d'intégrer les MNT dans le paquet de services des relais communautaires aux ménages. **Quatre outils clés pour l'intervention au niveau communautaire ont été élaborés** et seront utilisés par les acteurs communautaires (RC, associations des malades ou toute autre organisations à base communautaire) et les équipes d'encadrement (EEZS, chefs postes). Ces **outils sont destinés à faciliter la sensibilisation, le conseil et le suivi sur les MNT par les relais communautaires dans les ménages.**

Il s'agit de: **Guide formation du RC, guide de formation du formateur, le cahier du RC, guide de supervision du RC.** Une boîte à images et des affiches sont également conçues pour servir à l'animation des séances de sensibilisation. **Ces outils qui sont les premiers du genre au Bénin** peuvent facilement être utilisés pour la communication à travers les réseaux sociaux.

Par ailleurs, on note une prise de conscience de la problématique des MNT au niveau local, se traduisant par **l'intégration dans les plans de développement communaux (PDC) de la lutte contre les MNT** dans 04 communes de la Donga (Bassila, Djougou, Copargo, Ouaké).

Ainsi grâce à l'appui du PASS Sourou, et **pour la première fois, le secteur de la santé du Bénin dispose d'outils pour une réponse curative, préventive et promotionnelle aux MNT qui couvre les niveaux communautaires, centres de santé et hôpitaux.**

Deux activités n'ont pas pu être réalisées au cours de la période sous revue. Il s'agit de la formation des différents acteurs locaux sur la communication pour la prévention des facteurs de risque des MNT (activité 5) et la mise à disposition des radios locales des supports de communication sur les FDR des MNT (activité 9). La réalisation de ces deux activités est subordonnée à la conception et la reproduction des outils et supports de communications (activité 7) qui n'a été effective qu'au quatrième trimestre 2018.

De nombreux **défis** persistent pour que les populations à la base bénéficient de soins et services de qualité pour la prévention et le contrôle des MNT :



Figure 10 : Boîte à images pour la sensibilisation

### **Risques pour la pérennisation :**

- Au niveau stratégique, la priorité nationale pour les MNT qui s'est traduite à travers le PNDS 2018-2022 a besoin d'être soutenue au niveau des mécanismes de financement du secteur (cadre de dépenses, prise en compte des MNT dans la couverture santé - ARCH)
- La coordination multisectorielle des actions en faveur de la prévention et du contrôle des MNT a besoin d'être plus structurée. Un arrimage de ce volet à l'actuel Comité National de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme (CN/LSTP) à l'image du programme contre les hépatites serait une approche intéressante.

### **Au niveau opérationnel,**

- L'indisponibilité de médicaments pour le traitement des MNT notamment l'HTA, le diabète et l'asthme constitue un défi majeur. On observe une rupture fréquente et récurrente de plusieurs des médicaments concernés, dont certains depuis la CAME ;
- **Au moins 40% des centres de santé visités** au cours d'une supervision conjointe du niveau central du MS/DDS ne sont pas encore assez performants dans l'offre de soins : non-respect des protocoles, mauvaise tenue des dossiers cliniques, d'où la nécessité de renforcer les supervisions spécifiques sur ces formations sanitaires.
- L'opérationnalisation de la PEC au niveau communautaire, avec l'utilisation des relais communautaire dans l'offre du PIHI communautaire n'est pas encore effective.

## 1.9 Performance de l'output 3 : Les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU)

### 1.9.1 Progrès des indicateurs

| Output 3 : La qualité et la couverture (24h/7jr) des services SONUB et SONUC dans les cinq zones de santé sont améliorées |  |              |                        |               |               |              |                    |      |
|---|--|--------------|------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------------|------|
| Indicateurs   |  | Zone d'int.  | Valeur Baseline (2015) | Valeur 2017   | Valeur 2018   | Cible 2018   | Valeurs 2018 DHIS2 |      |
| 3.1   | Nombre de centres de santé (CS) capables de délivrer toutes les fonctions SONUB / combinaison RHS et disponibilité équipements | Donga        | -                      | -             | 41            | 66           |                    |      |
|   |  | Mono         | -                      | -             | 29            | 49           |                    |      |
|   |  | Couffo       | -                      | -             | 4             | 45           |                    |      |
|   |  | <b>Total</b> | -                      | -             | <b>74</b>     | <b>160</b>   |                    |      |
| 3.2   | Nombre de centres de santé (CS) qui délivrent réellement les 7 fonctions SONUB   | Donga        | -                      | 6             | 9             | 5            |                    |      |
|   |  | Mono         | -                      | 0             | 5             | 5            |                    |      |
|   |  | Couffo       | -                      | 3             | 2             | 7            |                    |      |
|   |  | <b>Total</b> | -                      | <b>9</b>      | <b>16</b>     | <b>17</b>    |                    |      |
| 3.3   | Nombre d'hôpitaux (HZ) qui délivrent réellement les fonctions SONUC  | Donga        | 2                      | 2             | 3             |              |                    |      |
|   |  | Mono         | 1                      | 1             | 2             |              |                    |      |
|   |  | Couffo       | 1                      | 4             | 3             |              |                    |      |
|   |  | <b>Total</b> | <b>4</b>               | <b>7</b>      | <b>8</b>      | <b>4</b>     |                    |      |
| 3.4   | Pourcentage des appels pour référence satisfaits   | DCO          | 50%                    | 91%           | 81%           | -            |                    |      |
|   |  | BASSILA      | 32%                    | 69.5%         | 72%           | -            |                    |      |
|   |  | KTL          | 75%                    | 94%           | 93%           | -            |                    |      |
|   |  | ADD          | 57%                    | 77.3%         | 13%           | -            |                    |      |
|   |  | CBGH         | ND                     | 89.3%         | 91.3%         | -            |                    |      |
|   |  | <b>Total</b> | <b>53,5%</b>           | <b>84%</b>    | <b>70%</b>    |              |                    |      |
| 3.5   | Nombre d'accouchements en institution  | Donga        | 20.090                 | 23.151        | 24.145        | -            |                    |      |
|   |  | Mono         | 17.405                 | 16.506        | 16.021        | -            |                    |      |
|   |  | Couffo       | 17.841                 | 17.474        | 18.970        | -            |                    |      |
|   |  | <b>Total</b> | <b>55.336</b>          | <b>57.131</b> | <b>59.136</b> |              |                    |      |
| 3.6   | Taux de satisfaction de la demande en produits sanguins labiles (%)  | Donga        | 94%                    | 98%           | 96%           | -            |                    |      |
|   |  | Mono         | 82%                    | 96%           | 93%           | -            |                    |      |
|   |  | Couffo       | 82%                    | 86%           | 85%           | -            |                    |      |
|   |  | <b>Total</b> | <b>86%</b>             | <b>93,3%</b>  | <b>91,3%</b>  |              |                    |      |
| 3.7   | Taux de réalisation des audits de décès maternels  | Donga        | DCO                    | <30%          |               | 97,1%        | -                  |      |
|   |  |              | BLA                    |               |               | 100%         | -                  |      |
|   |  | Mono (CBGH)  |                        | <20%          |               | 40,3%        |                    | -    |
|   |  | Couffo       | ADD                    | <30%          |               | 45%          | -                  |      |
|   |  |              | KTL                    |               |               | 100%         | -                  |      |
|   |  | <b>Total</b> |                        |               |               | <b>76,3%</b> |                    |      |
| 3.8   | Décès maternels en institution notifiés  | Donga        | 28                     | 27            | 42*           | -            | 25**               |      |
|   |  | Mono         | 31                     | 33            | 47*           | -            | 39**               |      |
|   |  | Couffo       | 27                     | 32            | 29*           | -            | 25**               |      |
|   |  | <b>Total</b> | <b>90</b>              | <b>80</b>     | <b>118*</b>   |              | <b>89**</b>        |      |
| 3.9   | Décès néonataux en institution notifiés  | Donga        |                        | 84            | 162*          | -            | 51**               |      |
|   |  | Mono         |                        | 62            | 84            | 146*         | -                  | 48** |
|   |  | Couffo       |                        | 80            | 44            | 78*          | -                  | 58** |
|   |  | <b>Total</b> |                        |               | <b>128</b>    | <b>386*</b>  |                    |      |

\*les données proviennent du système de surveillance des décès maternels et riposte contrairement aux autres années (DHIS2)

\*\*Les données proviennent de la base DHIS2

Les **centres de santé** où des agents de santé qualifiés ont été formés sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et équipés pour délivrer toutes les fonctions SONU de base (antibiotiques, anticonvulsivants, ocytociques, délivrance artificielle, extraction des résidus d'avortement, application de la ventouse, réanimation du nouveau-né) **étaient au nombre de 74 en 2018 dans les trois départements, soit 46% des maternités.** Le renforcement de capacités doit être intensifié dans le Couffo où le nombre de maternités capables de délivrer toutes les fonctions SONU est plus faible.

Sur l'ensemble des 74 centres capables de délivrer des fonctions SONU B, 16 délivraient effectivement les 7 fonctions SONU à l'évaluation du troisième trimestre 2018, soit 21,6%. Selon les normes de l'OMS, il faut, pour une bonne couverture SONU, que 4 maternités délivrent effectivement les 7 fonctions SONU B pour une population de 500 000 habitants. **Dans les zones d'intervention du PASS, cette norme est quasi atteinte avec 16 maternités SONU B sur 17 requises soit un taux de couverture des besoins de 94%.** Les efforts doivent donc se poursuivre pour maintenir et dépasser cette performance atteinte en 2018. Cette performance est en effet assez dynamique. Elle est rapidement mise en cause par des facteurs tels que la rupture de médicaments essentiels comme le sulfate de magnésium ou le défaut d'équipement fonctionnels, l'absence de cas permettant de prester la fonction complétant cette liste de facteurs négatifs. Les ruptures de médicaments sont liées à des difficultés d'approvisionnement au niveau de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, unique structure d'approvisionnement recommandée par le Ministère de la santé. Une alternative identifiée est de pouvoir passer commande à des grossistes agréés en cas de rupture à la CAME pour les médicaments traceurs SONU. En ce qui concerne les équipements, ils seront renouvelés et/ou maintenus. Une formation en maintenance préventive et en maintenance premier niveau des agents de santé est prévue pour améliorer la fonctionnalité permanente des différents équipements biomédicaux. En ce qui concerne les **SONU C** (SONU B + césarienne + Transfusion sanguine), **8 hôpitaux sur 9 dans la zones les délivrent effectivement** contre une cible de 5 selon les normes OMS de 1 SONU C pour 500 000 habitants. La transfusion sanguine est une fonction clé pour assurer des SONU complets. Avec les efforts fournis, **le taux de satisfaction en produits sanguins labiles a été maintenu au-delà des 85% depuis 2015.**

Le **système de référence contre-référence** est essentiel pour assurer la prise en charge adéquate et dans les meilleurs délais des urgences obstétricales afin d'éviter les décès. Le taux d'appel des centres de santé satisfaits pour les références par ambulance dans les différentes zones sanitaires est en moyenne de **71%**. Ce qui signifie 3 références sur 10 se font par un autre moyen que par ambulance. Le taux d'appel satisfaits a baissé entre 2017 et 2018 en raison du faible effectif et de la fonctionnalité insuffisante du parc d'ambulance des zones. La situation est particulièrement critique dans la zone sanitaire Aplahoué, Dogbo Djakotomé (ADD). **L'acquisition de 10 ambulances réalisée fin 2018 devrait contribuer à corriger ces dysfonctionnements.**

Les accouchements dans les établissements de soins sont de plus en plus fréquents. On observe une **augmentation du nombre d'accouchements en institution de près de 4000 entre 2015 et 2018.** La progression du nombre d'accouchement en institution est à améliorer dans le Mono.

La réalisation des audits de décès maternels est une stratégie importante recommandée pour riposter à la mortalité maternelle. Elle permet d'apprendre des cas de décès pour éviter la reproduction des erreurs et corriger les dysfonctionnements. Les zones d'interventions du PASS ont connu un **taux de réalisation des audits de décès maternels de 76,4% contre une moyenne nationale de 43%.**

Le taux de mortalité maternelle au Bénin est estimé à 347 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à 37,8 pour 1000 naissances vivantes en 2014 (INSAE Bénin 2014). Sur base de ces taux et de 75.510 naissances attendues en 2018 dans les zones appuyées par le PASS, **on pourrait attendre à 262 décès maternels et 2.855 décès néonataux.** Même en prenant l'objectif national décliné dans le plan opérationnel national de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018-2022 qui est de 250 décès maternels pour 100 000 naissances et 25 décès néonataux pour 1000 vivantes en 2022, on s'attendrait à 189 décès maternels et 1888 décès néonataux. On a enregistré de 2015 à 2017 **moins de 100 décès maternels et moins de 150 décès néonataux dans nos zones d'interventions.** Preuve que les décès maternels et surtout néonataux sont sous-notifiés. Avec le renforcement de la notification des décès réalisé concomitamment à la relance des audits de décès maternels et néonataux via une redynamisation

du système de surveillance des décès maternels et néonataux et riposte (SDMR), **le nombre de décès notifiés s'améliore**. Ainsi en 2018, on enregistre 118 décès maternels et 386 décès néonataux contre respectivement 80 et 128 en 2017. Les efforts doivent se poursuivre pour une notification exhaustive des décès maternels et néonataux (intra et extra institution) afin de commencer par évaluer l'impact des interventions SONU sur la mortalité. Toutefois les enquêtes en population comme les enquêtes démographiques et de santé pourront décanter la situation. En prenant uniquement les décès notifiés et enregistrés dans le DHIS2 et en les rapportant aux accouchements réalisés, on observe une **tendance à la baisse pour le ratio de mortalité maternelle pour 100.000 accouchements réalisées, qui passe de 172,3 décès maternels pour 100.000 accouchements réalisés en 2016 à 150,5 en 2018**. La sous notification ainsi observée avec le DHIS2 indique la nécessité de poursuivre le renforcement de l'appui au système d'information en place afin d'améliorer la complétude des données depuis le niveau communautaire.

### 1.9.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des principales activités 4                  | État d'avancement |   |   |   |
|--|-------------------|---|---|---|
|  | A                 | B | C | D |
| 1. Renforcer les capacités des prestataires en SONU            |                   | X |   |   |
| 2. Mettre à jour le plateau technique des maternités           |                   | X |   |   |
| 3. Renforcer la disponibilité des produits sanguins et labiles |                   | X |   |   |
| 4. Renforcer le système de référence et contre-référence       |                   | X |   |   |
| 5. Capitaliser les initiatives porteuses                       |                   | X |   |   |

### 1.9.3 Analyse des progrès réalisés

Nous passons en revue les principales activités initiées pour atteindre les indicateurs analysés plus haut.

#### 1. Renforcement de capacités



Figure 11 : Photo illustrant les stages cliniques post formation des agents en SONU

Les activités de renforcement de capacités initiées en 2015 en collaboration avec le PAORC et PASMI se sont poursuivies en 2018 avec les deux centres de formation SONU (Djougou et Lokossa) équipés en modèles anatomiques. En 2018, 41 agents qualifiés ont été formés en SONU, dont 26 dans la Donga, 5 dans l'Atacora et 10 dans le Mono-Couffo. Aussi, 22 Agents non qualifiés ont été formés sur les gestes qui sauvent dans la Donga. L'intérêt de la formation des aides-soignants vient du fait que ces agents se retrouvent assez fréquemment à gérer des accouchements en l'absence des agents qualifiés qui sont en nombre insuffisant dans les maternités.

A ce jour, **87% du personnel qualifié en poste dans les maternités des zones d'intervention ont été formés et 86% des maternités avec agent qualifié disposent d'au moins un agent formé en SONU contre à peine 5% au début de l'intervention**. Des stages cliniques post formation ont encore été organisés en 2018 pour renforcer l'application des fonctions SONU insuffisamment assimilées et faiblement appliquées telles que l'application de la ventouse, l'évacuation des résidus post-avortement (AMIU) et la réanimation néonatale. En tout de 2017 à 2018, des **stages**

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



**cliniques** ont ainsi été organisés par le PASS et le PAORC en faveur de **178 prestataires**. Ces formations/stages ont permis d'améliorer la réalisation des fonctions SONU. Par exemple **l'AMIU qui n'était pratiquée qu'à 33% se pratique après les formations par 79% des prestataires**.

Le tutorat est l'une des activités proposées au lendemain du recentrage du programme pour renforcer la qualité des SONU. Le tutorat a été appuyé par le PAORC qui a assuré, avec l'appui d'une équipe de consultants, la **formation de 25 tuteurs d'appui** parmi lesquels 4 ont été sélectionnés pour assurer la formation de 20 tuteurs dans la zone sanitaire pilote de Comè-Bopa-Grand-Popo-Houéyogbé. Ces 20 tuteurs ont été « tutorés » dans leur centre avant d'être lancés comme tuteurs. Les premiers résultats montrent une **progression du score moyen de la qualité des soins obstétricaux dans les centres « tutorés » de 54% à 91%**.



Figure 12 : Photo illustrant le coaching des tuteurs en appui dans CBGH

Au rang des activités de renforcement de capacités, il faut mentionner **l'amélioration des audits de décès maternels et néonataux**. Le **PASS SOUROU a réorganisé et formé en 2018 les comités d'audits de décès avec des supervisions formatives**, ce qui a permis d'améliorer le taux de réalisation des audits de décès maternels et néonataux. Au cours de l'année 2018, les zones PASS ont réalisé **au moins 76% des audits de décès maternels contre une moyenne de 43% au niveau national**.

Par ailleurs, la qualité de la délivrance de plusieurs fonctions SONU telles que la pré-éclampsie, les hémorragies de la délivrance, la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) mesurée à la faveur des audits qualité des FS a connu une nette amélioration entre 2017 et 2018 (figure 13).

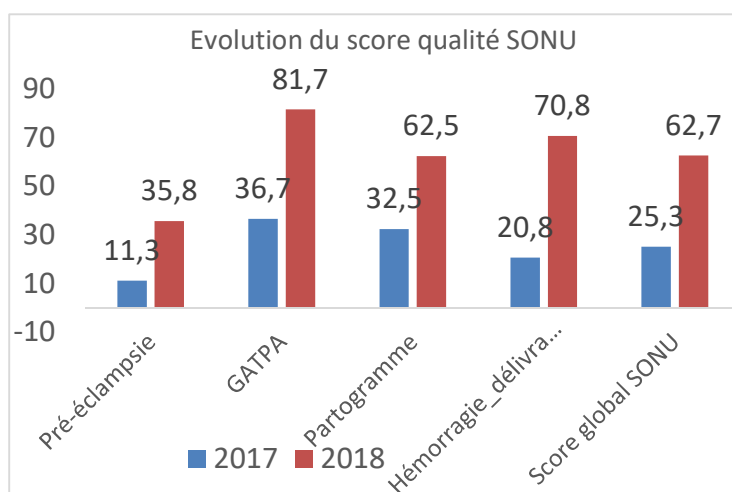


Figure 13 : Evolution du score qualité de fonctions et éléments SONU aux audits qualité

Enfin le forum WhatsApp SONU s'anime toujours pour permettre les échanges entre les prestataires sur des cas cliniques réels afin d'améliorer les pratiques.

## 2. Renforcer la disponibilité du sang

La transfusion sanguine est l'une des principales fonctions SONU comprise dans le paquet SONU C. Elle est indispensable dans plusieurs situations d'urgence. Malgré des taux de satisfaction en produits sanguins labile (PSL) relativement élevés, force était de constater que toutes les demandes en sang n'étaient pas satisfaites et l'absence de sang était régulièrement citée lors des audits de décès maternels comme cause de décès. Le PASS SOUROU a entrepris d'appuyer les zones d'intervention pour renforcer la disponibilité du précieux liquide. Les activités menées sont: mobilisation des médias pour sensibiliser la population au don, l'appui aux activités de mobilisation des associations, le coaching/formation des associations sur la mobilisation communautaire, la planification des activités de collecte. Parallèlement un travail a été fait pour améliorer l'enregistrement des demandes non satisfaites avec l'instauration dans

les postes de transfusions sanguine d'un registre des demandes non satisfaites. Aussi a-t-il été demandé à chaque Poste de Transfusion Sanguine (PTS) de publier de façon journalière les stocks disponibles via un forum WhatsApp créé, ce qui permet d'évaluer en temps réel la situation des stocks au niveau de tous les PTS/BS. Le PAORC a aussi appuyé les associations de donneurs sur les techniques de recrutement de donneurs et formé les techniciens de laboratoire sur les normes de qualité de traitement des PSL.

L'ensemble de ces mesures a permis une **augmentation du nombre de poches de sang collectées de 402 unités par rapport à la même période en 2017** (troisième trimestre) avec une diversification remarquable des sites de collecte qui auparavant étaient limités aux collèges et universités, ce qui mettait à mal le système pendant les périodes de grandes vacances qui coïncident également avec un pic d'incidence de paludisme et une augmentation de demandes en sang.

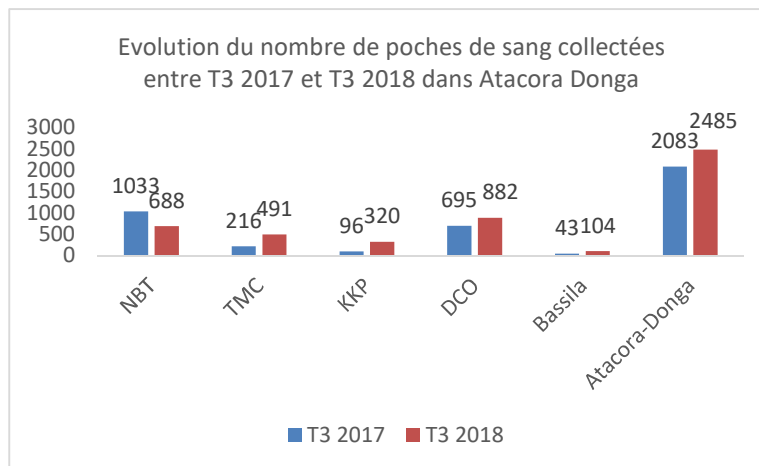


Figure 14: Evolution du nombre de poches de sang collectées entre T3 2017 et T3 2018

A ce jour le **taux de satisfaction des PSL est maintenu à 97% dans la Donga et 95% et 87% respectivement dans le Mono et le Couffo** malgré l'amélioration de l'enregistrement des demandes non satisfaites.

### 3. Renforcer le système de référence et contre-référence

Le système de référence continue d'être une priorité pour le PASS afin de permettre un transfert médicalisé et rapide des cas d'urgences maternelles ou néonatales. La **stratégie de mise en pool des ambulances** recommandée au niveau des zones sanitaires pour une gestion optimale du parc ambulancier a permis de réduire les difficultés posées par la vétusté du parc combinée à la forte demande. En effet, en en l'absence d'une telle stratégie la diminution du pourcentage des appels pour référence satisfait enregistrée dans certaines ZS aurait été encore plus importante.

La contre-référence est devenue quasi-systématique (88% en 2016 à 100% en 2017). **Les délais de transfert entre l'appel et l'arrivée à l'hôpital se sont aussi améliorés, passant de 122 minutes en moyenne en 2016 à 64 minutes en 2017 et 56 minutes au T3 2018 dans la zone sanitaire de Djougou.** La mise à disposition de 10 nouvelles **ambulances** au profit des zones d'intervention du PASS contribuera à améliorer encore cette performance.



Figure 15 : La sage-femme de Pabegou, renforcée en SONU, très motivée en séance de sensibilisation de femmes venues en consultation postnatale

## 1.10 Performance de l'output 4 : La Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents et jeunes

### 1.10.1 Progrès des indicateurs

| Output 4 : Les jeunes et adolescents fréquentent les centres d'écoutes/services de santé conviviaux (conseil, dépistage IST-VIH, PF) et les cas de VBG sont orientés et mieux pris en charge dans les 5HZ |  |                       |                  |  |
|---|--|-----------------------|------------------|--|
| Indicateurs   |  | Valeur de la Baseline | Valeur année N-1 | Valeur année 2018  |
| 1   | Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (par les femmes) <sup>5</sup>  |                       | ND               | ND   |
| 2   | Nombre de personnes sensibilisées sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes  |                       | Mono: 1.011      | <b>Total : 632</b><br><b>Couffo:</b> F 255; H:166<br><b>Mono:</b> F:128; H:83<br><b>Donga:</b> ND          |
| 3   | Proportion de cas de VBG PEC par les services sociaux sanitaires   |                       | Mono : 7         | <b>Mono:</b> 333<br><b>Couffo:</b> nc  |
| 4   | Nombre de jeunes informé(e)s sur les services SSRAJ, ventilé par canal de communication (centres d'écoute, centres de santé , etc) (H/F) |                       | Mono: 1.011      | <b>Mono:</b> 19.467; F:11.050; H: 8.417<br><b>Couffo:</b> 141.669; F:76.931; H: 64.738<br><b>Donga:</b> nc |
| 5   | Nombre d'adolescents et jeunes ayant utilisé les services conviviaux des centres d'écoute (H/F)  |                       | Mono: 1.011      | <b>Mono:</b> 3.701; H 1.932; F 1.769<br><b>Couffo:</b> 5926; H 3.005 F; 2.921<br><b>Donga:</b> 13.565      |
| 6   | Nombre de cas de violence basée sur le genre (VBG) enregistrés dans les dispositifs d'alerte et les CS                                   |                       | Mono : 7         | <b>Total:</b> 897;<br><b>Mono:</b> 341<br><b>Couffo:</b> 535<br><b>Donga:</b> 21                           |
| 7   | Nombre de cas de violence basée sur le genre (VBG) traités dans les CS   |                       | Mono : 7         | <b>Mono:</b> nc<br><b>Couffo:</b> nc<br><b>Donga:</b> nc   |
| 8   | Taux de disponibilité des intrants PF dans les centres d'écoute et les CS  |                       | Mono : 100%      | <b>Mono:</b> 100%<br><b>Couffo:</b> 100%<br><b>Donga :</b> 100%  |

### 1.10.2 Analyse des progrès réalisés<sup>6</sup>

La SRAJ représente un défi national face au nombre de plus en plus élevé de cas de grossesses précoces en milieu scolaire (2 763 cas notifiés au cours de l'année scolaire 2016-2017)<sup>7</sup> et de violences basées sur le genre. Cette situation indique le besoin urgent d'actions **visant des changements dont notamment :**

<sup>5</sup> L'indicateur sur le taux d'utilisation des méthodes contraceptive chez les adolescents et jeunes est difficile à calculer à cause d'indisponibilité des données. Le nombre des adolescents et jeunes ayant bénéficié des méthodes contraceptives au cours de l'année a dès lors été utilisé.

<sup>6</sup> Les données présentées concernent les trois départements d'interventions d'Enabel Couffo, Mono et Donga. Si certaines données sont exhaustives, d'autres manquent notamment le nombre de personnes sensibilisées par les pairs éducateurs, les maîtres artisans, les tuteurs/tutrices du secteur informés qu'Enabel a formés en novembre-décembre. Le dispositif de collecte digitalisée de la Donga est en pleine implémentation ce qui explique que le taux de complétude est encore faible.

<sup>7</sup> Source : Ministère des enseignements secondaire, technique et de la formation professionnelle, SOS/DESG 2017

- La réduction des grossesses en milieu scolaire et dans les centres d'apprentissage ;
- La prise de conscience des jeunes des enjeux et l'adoption de meilleures pratiques en matière de santé sexuelle
- La fréquentation des centres d'écoutes/services de santé par les jeunes et adolescents pour y recevoir des conseils
- La diminution des cas de VBG récurrents
- L'adoption par les populations de comportements favorables à la SSR responsable
- L'engagement des communautés à dénoncer les cas de VBG
- Les actions concertées des services de santé, des services sociaux, de la police et de la justice et des communautés pour traiter les cas de VBG de façon adéquate

Ces changements contribueront à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes à travers l'accroissement de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des contraceptifs et des services de santé sexuelle et génésique de qualité, y compris l'adoption de changements de comportements sexuels positifs.

L'absence de données fiables pour le suivi de ces changements et la prise de décisions représente également un défi. C'est pourquoi, il était impératif que les différents acteurs intervenant dans le domaine travaillent en synergie. D'où la mise en place d'un cadre de concertation multisectoriel pouvant faciliter les échanges. Ceci a constitué un des principaux axes de travail du PASS au cours de l'année sous revue et a permis de récolter les données présentées ci-après :

La mise en place du cadre de concertation SSRAJ dans les départements a permis de collecter les données relatives aux grossesses non désirées (GND). Sur les 1 938 GND rapportées dans les trois départements en 2018, 58% sont survenues dans le Mono (figure 16). Les données disponibles pour la Donga ne concernent que le troisième trimestre, ce qui limite les possibilités de comparaison et de tirer des leçons. Cette situation indique la nécessité d'entreprendre des actions pertinentes d'envergure pour inverser la tendance.

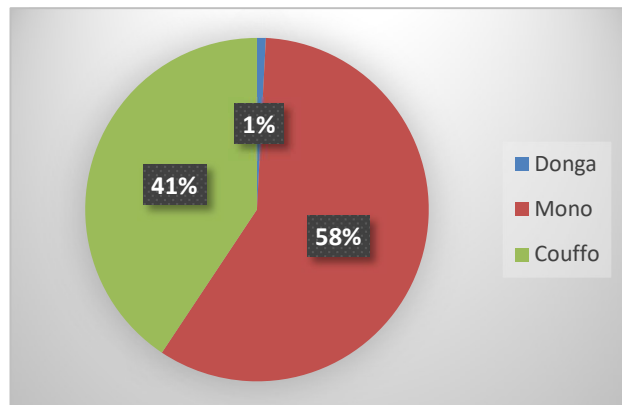
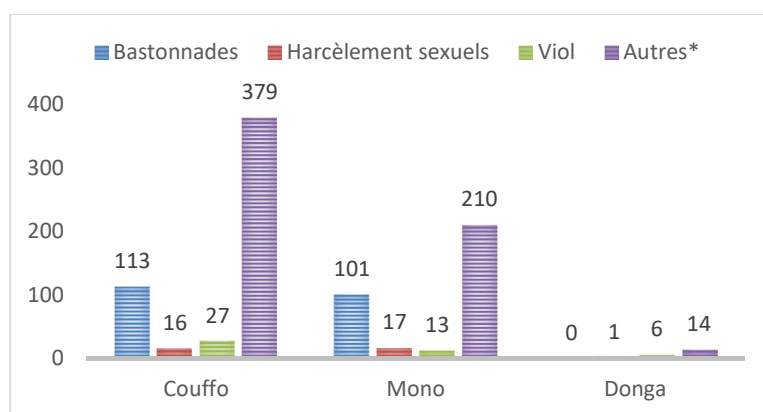


Figure 16: Grossesses Non Désirées (GND) par Département au cours de l'année 2018 (n=1 938)

En ce qui concerne les **violences basées sur le genre (VBG)**, **897 cas** ont été enregistrés dont 60% dans le Couffo (Figure 17). Etant donné la sensibilité socio-culturelle de cette thématique, les données disponibles sont encore largement en deçà de la réalité, car sous notifiées. Les Centres de Promotion Sociale (CPS) qui constituent un maillon important de ce volet n'ont commencé à prendre une part active à la collecte des données sur les VBG qu'à partir du 3<sup>ème</sup> trimestre 2018.



\*=détournements de mineurs, traite des enfants, violences conjugales, violences de tiers, enlèvements et séquestrations, harcèlement moral, violences familiales, violences psychologiques

Figure 17: Répartition des cas de Violences Basées sur le Genre par département en 2018 (Nb).

Les mariages précoces constituent une autre forme de VBG qui est aussi souvent sous-estimée. En 2018, seuls 182 mariages forcés ont été rapportés dont près du tiers ont concerné les filles de 10 à 14 ans. Ce phénomène prédomine dans le Couffo (Tableau 1).

| Mariages forcés    | Couffo    | Mono       | Donga    | Total      |
|--------------------|-----------|------------|----------|------------|
| Filles 10 à 14 ans | 36        | 19         | -        | 55         |
| Filles 15 à 19 ans | 24        | 78         | -        | 102        |
| Filles 20 à 24 ans | 0         | 25         | -        | 25         |
| <b>TOTAL</b>       | <b>60</b> | <b>122</b> | <b>-</b> | <b>182</b> |

Tableau 1: Répartition des mariages forcés par département d'Enabel en 2018

En raison de la sensibilité socio-culturelle évoquée supra, les VBG souffrent d'une insuffisance d'actions pour les traiter. Il n'a pas été possible, en dépit de l'existence du Cadre de concertation multisectoriel en place de disposer de données en 2018 sur le nombre de VBG qui ont reçu un traitement adéquat dans les centres de santé.

### 1.10.3 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des principales activités   | État d'avancement |   |   |   |
|---|-------------------|---|---|---|
|   | A                 | B | C | D |
| 1. Renforcer la prévention des cas de VBG : formation, séances d'information des communautés, mise en place d'un dispositif d'alerte communautaire, système de documentation des cas de VBG   |                   | X |   |   |
| 2. Renforcer la prise en charge des cas de VBG : doter les formations sanitaires en matériel et équipements pour la prise en charge   |                   |   |   | X |
| 3. Améliorer l'accès des publics cibles SRAJ aux services d'information et de sensibilisation de qualité : cartographie et partenariat avec les acteurs, renforcer l'offre de services SRAJ, campagnes de sensibilisation PF, renforcer gratuité de produits PF, superviser les centres d'écoute et de conseils, appui à la DSME, élaborer feuille de route SRAJ, redynamiser les cadres de concertation SRAJ |                   | X |   |   |
| 4. Documenter et capitaliser les bonnes pratiques SRAJ : mécanisme multisectoriel de collecte des données SRAJ, suivi de l'évolution des grossesses non désirées  |                   | X |   |   |

Le programme entend capitaliser sur les synergies et mutualisation des ressources et actions des différents membres du Cadre de concertation multisectoriel dont le PASS Sourou a été l'un des promoteurs. L'acquisition d'équipements au profit de FS pour améliorer la prise en charge des cas de VBG n'a pu être réalisée (activité 2) en 2018 mais est prévue pour l'année 2019.

Les autres activités prévues au titre de l'année ont pu être exécutées globalement dans les délais.

Des séances de sensibilisation, d'orientation vers les centres jeunes ou conviviaux où les jeunes reçoivent les informations et conseils adéquats avant d'accéder aux méthodes contraceptives modernes ont été organisées. La mobilisation sociale autour de la SSRAJ a été assurée par le réseau ENOUMAMA et les ONG partenaires. Le PASS, avec l'implication du cadre de concertation SSRAJ de la DDS MC, a appuyé le renforcement des compétences de ces acteurs et l'élaboration des messages précis pour l'édification de certaines cibles : adolescents, enseignants, parents, au sein des familles, collèges et centres d'apprentissages (maitres artisans, apprentis).

Au total, **849 personnes ont été touchées directement** pendant des rencontres et campagnes de sensibilisation et réparties comme suit :

- 485 adolescents et jeunes dont 139 garçons et 346 filles touchés à Comé.
- 215 adultes, dont 05 hommes et 210 femmes à Comé
- 149 élèves dans 2 collèges de Klouékanmey.

Avec l'appui des ONG, les groupes de paroles en place et formés dans 99 villages ont activement travaillé à l'édification des adolescents et des jeunes sur la SSRAJ.

Par ailleurs, Enabel a fait participer significativement aux activités de sensibilisation les réseaux des jeunes notamment les membres de l'Organe Consultatif de la Jeunesse (OCJ), les pairs éducateurs dans les établissements et dans les centres d'apprentissage (cf photo ci-dessous).

Ces sensibilisations ont été préparées et conduites par des équipes multidisciplinaires comprenant 4 à 5 personnes ressources (1 Centre de Promotion Sociale, 1 Police Républicaine, 1 Santé, 1 Enseignant, membres OCJ).



Figure 18: Vues partielles des séances de sensibilisation sur des thèmes intégrés (PF, VBG, préventions IST-VIH/sida) dans les collèges du Couffo par des équipes multidisciplinaires (CPS, Police Républicaine, Professeurs, santé, membres OCJ) conduite par les réseaux des jeunes (OCJ).

## 1.11 Performance de l'output 5 : Le cadre de redevabilité des populations des zones de santé permettant l'expression et la défense de leurs droits à la santé

### 1.11.1 Progrès des indicateurs

| Output 5 : Les populations des zones de santé appuyées disposent d'un cadre de redevabilité leur permettant de s'exprimer et de défendre leurs droits à la santé |  |             |             |             |             |
|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indicateurs  |  | Valeur 2015 | Valeur 2016 | Valeur 2017 | Valeur 2018 |
| 5.1  | Nombre de plaintes enregistrées par les PUSS | 163         | 505         | 478         | 610         |
| 5.2  | Nombre de plaintes gérées par les PUSS       | 54          | 197         | 389         | 477         |

### 1.11.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>8</sup>                | État d'avancement |   |   |   |
|--|-------------------|---|---|---|
|  | A                 | B | C | D |
| 1. Renforcement des PUSS   | X                 |   |   |   |
| 2. Mise en place et renforcement des organes de cogestion                      |                   | X |   |   |
| 3. Mise en place et renforcement des cadres de concertation et de redevabilité |                   | X |   |   |
| 4. Mise en place d'un dépôt répartiteur annexe à Dogbo                         |                   | X |   |   |
| 5. Mise en place et renforcement des associations MNT (cfr résultat 2 MNT)     | X                 |   |   |   |

### 1.11.3 Analyse des progrès réalisés

#### 1. Renforcement des PUSS

Les **PUSS** (plateformes des utilisateurs des services de santé) sont des organisations communautaires créées en 2014 dont le rôle est de défendre les intérêts des usagers des formations sanitaires. Pour ce faire, le **renforcement des capacités à travers la formation et le coaching** représente la majeure partie de l'appui de Enabel. Le PAORC a appuyé les parcours d'acquisition des compétences avec trois grands thèmes : la gestion des conflits, la communication interne et externe, le leadership et la gestion d'équipe. Le PASS assure également la formation et le coaching pour la gestion des plaintes et l'extension de la mise en place du comité national. Les résultats suivants en découlent :

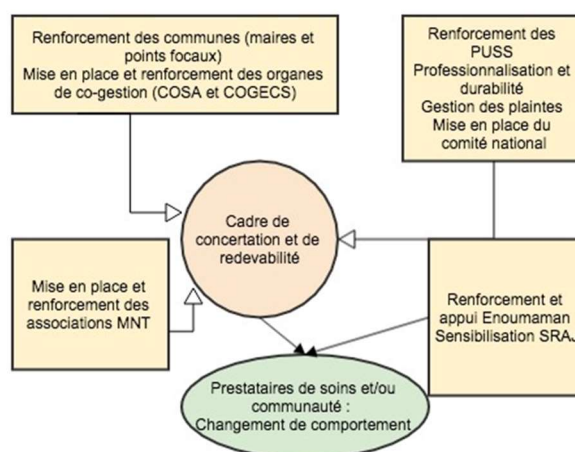


Figure 19 : Cadre conceptuel de l'appui à la redevabilité dans les zones de santé

<sup>8</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

- Les **PUSS ont amélioré leur performance par rapport à 2017** malgré l'actualisation de leur grille d'évaluation avec des critères plus exigeants. La performance des PUSS est mesurée à partir d'une dizaine de critères portant sur : la qualité de la gestion des plaintes, la communication interne, la gouvernance, le niveau et la qualité d'exécution des plans d'actions. La performance est évaluée semestriellement.

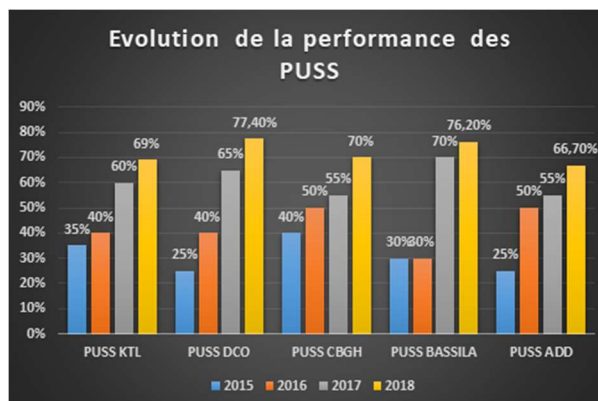


Figure 20 : Evolution de la performance des PUSS

- Le système de gestion des plaintes s'est lui aussi professionnalisé avec des outils plus performants (fiche de collectes et rapport de gestion de la plainte) et un circuit plus fluide. La typologie des plaintes a été améliorée, elle distingue désormais 7 types de plaintes. En effet, le système mis en place en 2018 améliore la proximité de la PUSS avec la population en identifiant des points focaux autour de chaque aire sanitaire. La prochaine étape est la digitalisation de la gestion des plaintes.

**Ces résultats ont entraîné des changements de comportement au niveau de l'offre de soins** avec une participation plus forte des PUSS dans les décisions que prennent les gestionnaires et prestataires de soins. A titre illustratif :

- **79% des avis et propositions émis par les PUSS** sur base des informations collectées à travers la gestion des plaintes et les enquêtes de satisfaction ont été **pris en considération par l'offre de soins**.
- Suite aux actions de plaidoyer des PUSS, **1 ambulance a été mise à disposition** de la zone sanitaire d'Aplahoué par la DDS Couffo et **2 autres en panne remises en état** dans la zone sanitaire de CBGH ;
- Les catalogues de prix ont été actualisés et les tarifs sont affichés dans la plupart des centres de santé de la zone sanitaire KTL ;
- L'harmonisation du prix du KIT d'accouchement dans la ZS DCO à 8.000 F CFA alors que les pratiques variaient entre 12.000 F et 20.000 F CFA.

#### Des changements de comportement au niveau des communautés :

L'action des PUSS offre aux populations un recours en cas de non-respect de leurs droits à la santé. Suite aux actions de sensibilisation, le nombre de personnes informées a augmenté.

- **15.000 personnes réparties dans 6 communes, touchées par les actions de sensibilisation des PUSS** (Enseignes, bureaux physiques, autocollants, radio de proximité, etc.). Ceci se traduit notamment par une **augmentation du nombre de plaintes** portée vers les PUSS (voir figure 21). Ainsi, **503 plaintes reçues en 10 mois en 2018** contre 478 en 2017 et seulement 163 en 2015. Depuis 2015, un total de **1649 plaintes**, dont 52% provenant des femmes.

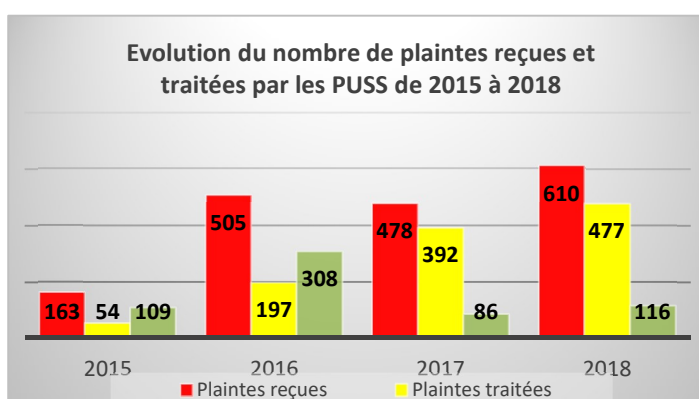


Figure 21 : Evolution des plaintes reçues et traitées



Au nombre des plaintes non traitées, on distingue celles dont il est difficile de prouver la véracité telles que les rançonnements et les ventes illicites de médicaments et celles dont la résolution dépend du système de santé telles que les ruptures de médicaments. La **durée moyenne de la résolution d'une plainte est de 2 à 3 jours.**

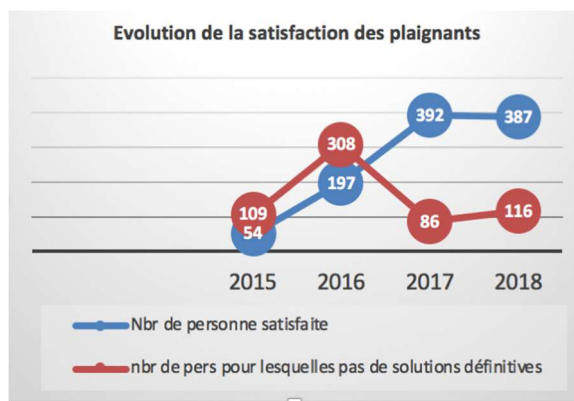


Figure 22 : Evolution de la satisfaction des plaignants

La viabilité des PUSS est amorcée avec **une extension de la dynamique dans d'autres zones sanitaires** à travers des clubs jeunes Amour et Vie en charge d'implémenter la gestion des plaintes dans de nouvelles zones. Les clubs et les PUSS trouvent dans le **Comité National de Gestion des Plaintes** (mis en place avec l'appui du PASS) un cadre d'échange d'expériences, des outils, des pratiques, des réflexions avec notamment un système de parrainage entre les PUSS expérimentées et les clubs. La vocation de ce comité sera de devenir, en fonction de la dynamique existante la **Plateforme Nationale des Utilisateurs des Services de Santé (PNUSS).**

## 2. Mise en place et renforcement des organes de cogestion

Pour coacher/accompagner les maires et les points focaux santé des mairies sur leur rôle et initiatives en santé, le focus a été mis sur :

- Le lead des organes de cogestion par les Maires
- Le fonctionnement des cadres de redevabilité SYLOS par commune
- Le plaidoyer pour plus de compétences des communes dans la gestion de la santé
- Et l'expérience de gestion de dépôt de médicament par la commune.

Les organes de cogestion sont en charge de cogérer les formations sanitaires avec les prestataires (COGEC) et la zone sanitaire avec l'EEZS (Comité santé, CS/ZS). L'audit du Ministère de la Santé (MS) réalisé en 2008 montrait les limites de cette stratégie. Avec l'appui du PASS, **les arrêtés régissant les organes de cogestion ont été revus** ainsi que la tutelle désormais partagée entre le MS et celui de la Décentralisation. Par la suite et sur base de ces nouveaux textes, les organes de cogestion ont été renouvelés et formés.

- Ainsi, un **guide de formation et un manuel de procédures pour les organes de cogestion** ont été élaborés par les cadres du MS (DNSP, CCJ), ANCB, Maires, DDS, EEZS et le PASS. **35 acteurs clés des mairies, de l'ANCB, des EEZS et DDS ont été renforcés** et à leur tour ont formé **91 membres CS/ZS** dont 22 élus communaux/locaux et 12 femmes. Les résultats des pré et post test montrent que la majorité des apprenants ont amélioré leurs connaissances (rôle et attribution des membres de CS/ZS). Dans le Mono Couffo, 78% des membres formés ont validé leur post test contre 15% au pré test.
- Dans la mesure où les CS/ZS ont été renouvelés, il n'est plus possible de mesurer leur progrès. Toutefois, la baseline pour ces nouveaux comités est de 48,76% (résultat des tests au démarrage des activités des nouveaux comités)

Les élus locaux ont amélioré leur capacité de prise de décision et d'action en matière de santé. De 2017 à 2018, au niveau des Cadres de Concertation des acteurs du SYLOS, **101 décisions/actions ont été prises dont 57 par les maires. Sur ces 57 décisions, 38 ont été mises en œuvre soit un taux de réalisation de 67%.**

### 3. Mise en place et renforcement des cadres de concertation et de redevabilité

Les cadres de concertation ont plusieurs fonctions. Les membres échangent leurs savoirs/information et identifient les priorités en matière de santé dans les différentes communes. Celles-ci visent l'amélioration de la qualité des soins et les membres du cadre de concertation s'engagent en fonction de ses possibilités avant de formuler des recommandations. Six cadres de concertation ont été créés dans 6 communes (DCO et de KTL) et les maires y jouent un rôle déterminant. Les résultats sont les suivants :

- En moyenne, **79% des acteurs estiment que les cadres de concertation facilitent un dialogue constructif**, la reddition de compte, la recherche de solutions aux problèmes priorités, l'amélioration de la satisfaction des usagers, l'engagement des maires et la codécision. La mise en œuvre de la feuille de route réalisée conjointement par les membres des cadres de concertation est réalisée à hauteur de 76,25% dans les communes de KTL contre 68,28% dans les communes de DCO. Soit une moyenne de mise en œuvre de 72,26%.
- Dans la dynamique de la **relecture des textes de loi sur la décentralisation**, l'appui a permis à l'Association National des Communes du Bénin de disposer d'un document de plaidoyer. Ce dernier a été élaboré avec la contribution active des Maires et de Parlementaires et vise à donner plus de compétences aux communes dans la gestion de la santé. Les députés membres de la commission de relecture des textes et l'ANCB ont pris l'engagement d'influencer les propositions des nouveaux textes sur base du document de plaidoyer.
- Par leur engagement, les Maires contribuent significativement à la qualité des soins. En effet au niveau de 5 communes des zones d'intervention du PASS SOUROU, 32 agents de santé (toutes catégories confondues) sont payés sur le budget des communes. Dans les Plans de Développement Communaux (PDC), les **actions de santé programmées et qui tiennent compte des préoccupations réelles des populations sont à la hausse** comme le montre la figure 23 ci-après.

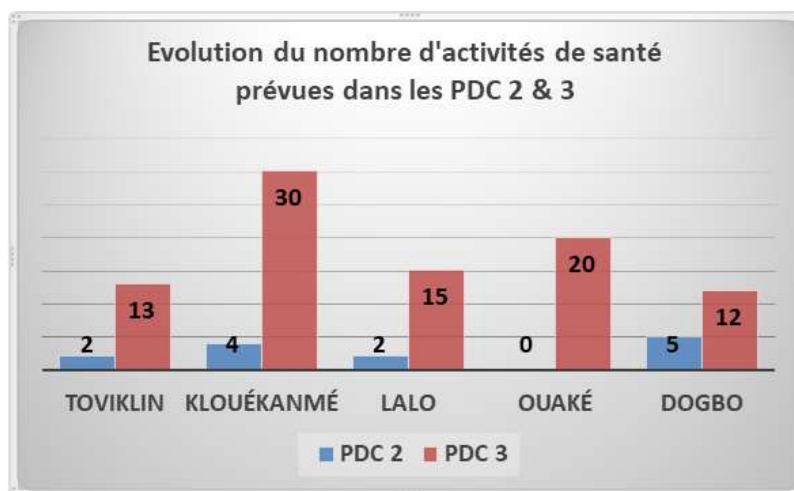


Figure 23 : Evolution du nombre d'activités de santé dans les PDC 2 (2012) et les PDC 3 (2017)

### 4. Expérience pilote d'amélioration de la disponibilité des médicaments à Dogbo

Les ruptures de médicaments et leur vente illicite restent un problème récurrent limitant l'accès des populations aux médicaments de qualité. Pour une meilleure disponibilité des médicaments, une annexe au dépôt répartiteur de la zone a été mis en place à Dogbo, une initiative dont la valeur ajoutée porte sur le mode de gestion (gestion conjointe des prestataires, du maire de la commune et des représentants de la communauté). Le but vise à améliorer la gestion des médicaments en vue d'éviter les ruptures (qui favorise la vente illicite des médicaments et constitue un manque à gagner pour les formations sanitaires). Les bénéfices générés par le dépôt seront affectés notamment au renforcement du plateau technique du centre, au personnel de santé et à assurer une partie des frais de fonctionnement de la PUSS en vue d'assurer leur durabilité.

En 6 mois, les résultats sont encourageants. En effet, grâce à ce dépôt annexe, des centres de santé affirment avoir connu beaucoup moins de ruptures de médicaments qu'auparavant. Par conséquent, les ventes sont accrues et les recettes ont augmenté. Malgré la période relativement courte de l'activité, le seul dépôt de la commune de Dogbo a la capacité de contribuer aux frais fonctionnement de la PUSS pour plus de 500.000 F CFA par an.

## 1.12 Performance de l'output 6 : Le renforcement de capacité en formation initiale et continue et de la gestion des Ressources Humaines en Santé

### 1.12.1 Progrès des indicateurs

| Output 6 : Les capacités de formation (initiale et continue) et de gestion des RHS sont renforcées |  |                              |                       |                         |                  |              |
|--|--|------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------|--------------|
| Indicateurs  |  | Valeur de la <i>Baseline</i> | Valeur année N-1 2017 | Valeur année 2018       | Cible année 2018 | Cible finale |
| 1  | Volume total des RHS appuyées (SF, IDE, TMBH, CSPIRS, Directions, RC, COSA, COGES, etc) , formées, accompagnées par le PASS                  | 0                            |                       | 1549                    |                  | ND           |
| 2  | Nombre de diplômé(e)s issus des écoles et instituts appuyés (PASS et APEFE)  | 0                            | 13 Master             | 10 Master<br>74 Licence | 75 Licence       | 90           |
| 3  | Nombre de profils RHS encodés dans iHRIS à la fin du programme   | 0                            | 0                     | 2545                    |                  | ND           |
| 4  | Nombre de nouveaux postes ou profils définis (PAORC)   | 0                            | 36                    | 33                      |                  | ND           |
| 5  | Proportion de sages-Femmes / infirmières formées en SONUB et qui offrent toutes les sept fonctions conformément aux normes Donga Mono-Couffo | 0                            |                       | 92%<br>83%              |                  | ND           |
| 6  | Taux de réussite des étudiants de la filière (sages-femmes et infirmiers(es))  | 0                            | 50%                   | 100%                    |                  | 90%          |

### 1.12.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>9</sup>  | État d'avancement |   |   |   |
|--|-------------------|---|---|---|
|  | A                 | B | C | D |
| Des sages-femmes et des infirmiers reçoivent une <u>formation de base</u> de qualité et obtiennent leur diplôme          |                   | X |   |   |
| Des sages-femmes et des infirmiers ont accès à une <u>formation continue de qualité</u> et adaptées à leurs besoins      |                   | X |   |   |
| La base de données iHRIS est opérationnelle dans 3 DDS pilotes (Mono, Couffo et Donga)                                   |                   |   | X |   |
| Des outils de gestion des ressources humaines (description de postes, indicateurs de performance, etc.) sont disponibles |                   |   | X |   |
| Les expériences et les leçons apprises en matière de GRHS sont documentées et partagées                                  |                   |   | X |   |

<sup>9</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

### 1.12.3 Analyse des progrès réalisés

#### a. Incitation à une formation de base de qualité

Grâce à l'appui du PASS à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) de l'Université de Parakou, un effectif de 70 à 75 nouveaux agents de santé sera diplômé en fin 2018 ce **qui permet au Bénin de doubler la production annuelle d'infirmiers et de sages-femmes**. Par ailleurs, le PASS a octroyé des kits à 56 stagiaires de l'IFSIO (gants, coton, gel hydro alcoolique, fil de suture, etc.) pour permettre l'apprentissage dans les meilleures conditions.

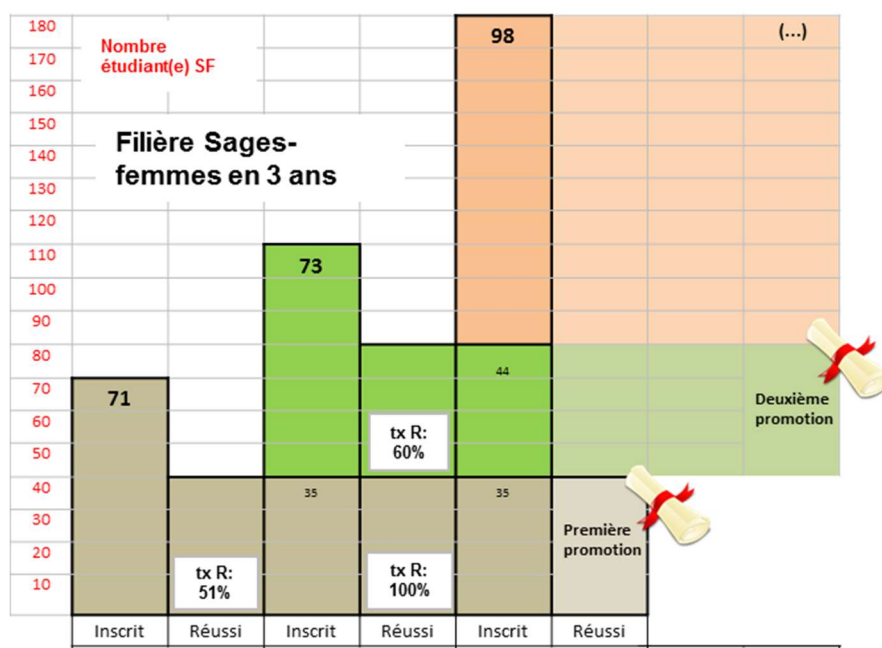


Figure 24: Evolution du nombre d'étudiantes sages-femmes inscrites et le taux de réussite de 2015 à 2018 à l'IFSIO de Parakou

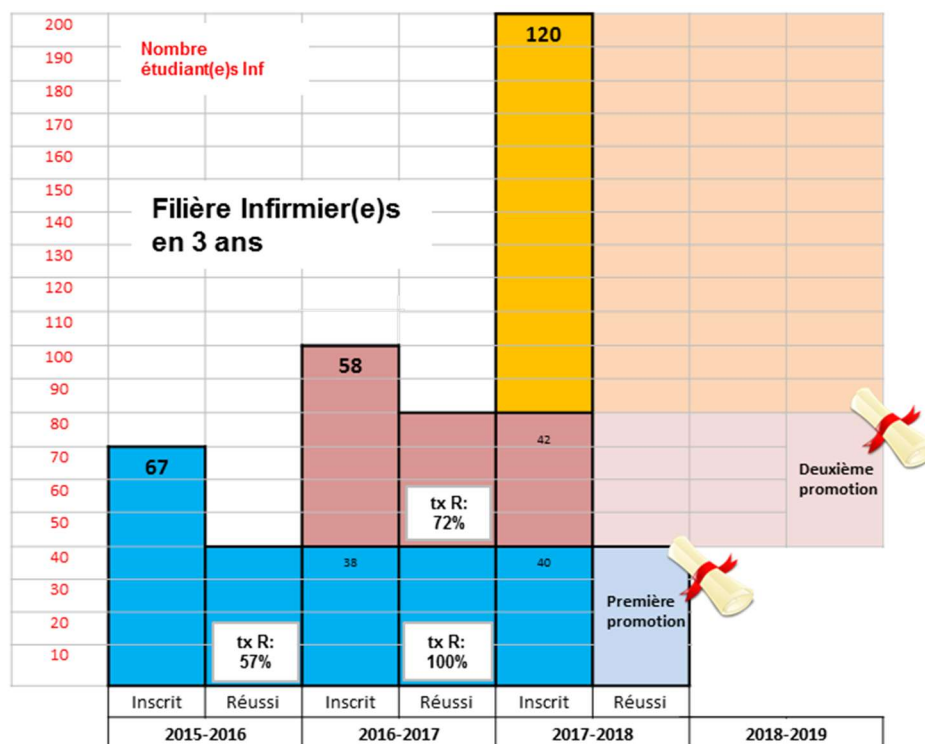


Figure 25 : Evolution du nombre d'étudiants infirmiers inscrits et le taux de réussite de 2015 à 2018 à l'IFSIO de Parakou

## b. Construction complémentaire de l'immeuble abritant l'IFSIO

Après avoir mis à la disposition de l'Université de Parakou un immeuble rez-de-chaussée de 750m<sup>2</sup> en février 2017, le PASS se prépare à son extension par la construction d'un R+1. Ceci permettra l'augmentation de la capacité d'accueil de l'IFSIO qui pour le moment est obligé de limiter le nombre d'inscrits. Les travaux débiteront dès janvier 2019.

Figure 26 : Illustration du nouveau bâtiment construit à l'IFSIO de Parakou



## c. Poursuite de la collaboration avec le PAORC

Le tutorat implémenté par le PAORC à travers un parcours d'acquisition de compétences (PAC), sur demande du PASS dans la zone pilote CBGH, a permis à cette zone de disposer désormais de tuteurs/tutrices (11 infirmiers et 10 sages-femmes) en mesure d'accompagner d'autres centres de santé que les leurs dans la prévention des infections, l'amélioration de la qualité des soins et de la gestion de leurs centres. En amont, ce PAC a permis un recyclage des tuteurs d'appui (12 infirmiers et 13 sages-femmes), qui sont des formateurs de tuteurs pouvant servir sur l'ensemble du territoire national. En dehors du choix de la zone pilote, le PASS a apporté un appui au PAORC dans l'implication de la DDS Mono et la multiplication de quelques supports pédagogiques.

## d. Implémentation du logiciel iHRIS

Le logiciel iHRIS est un logiciel *open source* qui permet de gérer l'information sur les ressources humaines en santé pour une maîtrise des effectifs, la bonne connaissance des caractéristiques du personnel et une bonne visibilité des tendances que suit l'évolution des effectifs. Une consultance, à travers la Vrije Universiteit Brussel (VUB), a été mobilisée en avril 2018 dans le cadre de l'implémentation pilote du logiciel iHRIS dans les départements du Mono, du Couffo et de la Donga. Il s'agit pour le PASS d'accompagner le MS dans l'informatisation de la gestion des ressources humaines par l'utilisation dudit logiciel.

Dans ce cadre, un certain nombre d'activités ont été entreprises en vue de l'atteinte de cet objectif :

- Un comité de suivi a été installé. Il est composé d'un représentant de la Direction de l'Administration et des Finances (MS) du Ministère à travers le Service des Ressources Humaines et du Dialogue Social (SRHDS), de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), de la Direction de l'Informatique et du Pré-archivage (DIP) et du PASS Sourou. Une feuille de route a été conçue et actualisée au besoin.
- 8 laptops et 1 serveur devant abriter le logiciel ont été acquis.
- 23 agents de recensement des RHS ont été recrutés, 13 superviseurs de proximité et 6 superviseurs nationaux identifiés. Un masque de saisie a été conçu par la DPP et soumis à l'appréciation du Consultant principal. Il a servi au recensement des données sur tablettes par les agents recenseurs, qui en amont ont été formés sur la méthode, et l'outil de collecte de données, l'encodage des données et informés sur leur aire de collecte. **Un total de 2545 agents a été recensé** à raison de 928 dans le Mono, 694 dans le Couffo et 923 dans la Donga.

Les données issues du recensement ont été apurées et transférées dans le logiciel. Une présentation du logiciel a été faite au comité technique de suivi élargi aux représentants de l'Agence des Services et Systèmes d'Information (ASSI). L'amélioration de l'interface et de l'ergonomie du logiciel, ainsi que la traduction en français de toutes ses pages est en cours.

Il est prévu en 2019 la formation des administrateurs et utilisateurs finaux pour une prise en main totale du logiciel.

## 1.13 Performance de l'output 7: Le renforcement du système de maintenance des zones de santé

### 1.13.1 Progrès des indicateurs

| Output 7 : Les zones de santé appuyées par le PASS disposent d'un système de maintenance opérationnel et performant |  |  |                       |              |              |              |              |
|---|--|--|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Indicateurs   |  | Zone Sanitaire   | Valeur de la Baseline | Valeur 2015  | Valeur 2016  | Valeur 2017  | Valeur 2018  |
| 7.1   | Nombre d'équipements biomédicaux recensés dans les départements du PASS  | <b>Total</b>   | -                     | <b>2.342</b> | <b>2.510</b> | <b>2.592</b> | <b>2.654</b> |
|   |  | Donga  |                       | 653          | 787          | 794          | 797          |
|   |  | Couffo   |                       | 1.041        | 1.075        | 1.147        | 1.170        |
|   |  | Mono   |                       | 648          | 648          | 651          | 687          |
| 7.2   | Nombre d'équipements de froid recensés dans les départements du PASS   | <b>Total</b>   | -                     | <b>261</b>   | <b>270</b>   | <b>276</b>   | <b>277</b>   |
|   |  | Donga  |                       | 68           | 72           | 72           | 73           |
|   |  | Couffo   |                       | 112          | 117          | 123          | 123          |
|   |  | Mono   |                       | 81           | 81           | 81           | 81           |
| 7.3   | Nombre de mobiliers médicaux recensés dans les départements du PASS  | <b>Total</b>   | -                     | <b>5.309</b> | <b>5.636</b> | <b>5.707</b> | <b>5.736</b> |
|   |  | Donga  |                       | 1.606        | 1.938        | 1.943        | 1.958        |
|   |  | Couffo   |                       | 2.405        | 2.400        | 2.460        | 2.462        |
|   |  | Mono   |                       | 1.298        | 1.298        | 1.304        | 1.316        |
| 7.4   | Nombre d'équipements médico techniques ayant reçu de la <b>maintenance préventive</b>  | <b>Total</b>   | -                     | -            | -            | <b>344</b>   | <b>420</b>   |
|   |  | Donga  |                       |              |              | 84           | 103          |
|   |  | Couffo   |                       |              |              | 158          | 195          |
|   |  | Mono   |                       |              |              | 102          | 122          |
| 7.5   | Nombre d'équipements médico techniques <b>fonctionnels après une maintenance corrective</b>  | <b>Total</b>   | -                     | -            | -            | <b>45</b>    | <b>67</b>    |
|   |  | Donga  |                       |              |              | 17           | 35           |
|   |  | Couffo   |                       |              |              | 15           | 18           |
|   |  | Mono   |                       |              |              | 13           | 14           |
| 7.6   | Système adapté et efficace de gestion des déchets est défini, mis en place dans 5 FS, documenté et capitalisé  | Djougou 1 (DCO)<br>Alédjo (Bla)<br>Lobogo (CBGH)<br>Djotto (KTL)<br>Atomey (ADD) | <b>1/11</b>           | <b>5/11*</b> | <b>8/11</b>  | <b>8/11</b>  | <b>10/11</b> |
| 7.7   | Proportion de formations sanitaires publiques des zones d'intervention du PASS Sourou ayant réalisé un inventaire d'équipements biomédicaux et des infrastructures | <b>Total</b>   |                       | <b>62%</b>   | <b>100%</b>  | <b>100%</b>  | <b>69%</b>   |
|   |  | Donga  |                       | 100%         | 100%         | 100%         | 50%          |
|   |  | Couffo   |                       | 40%          | 100%         | 100%         | 82%          |
|   |  | Mono   |                       | 61%          | 100%         | 100%         | 81%          |

### 1.13.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>10</sup>   | État d'avancement |   |   |   |
|--|-------------------|---|---|---|
|  | A                 | B | C | D |
| 1. Assurer la formation qualifiante de 40 techniciens via APEFE et EPAC  |                   | X |   |   |
| 2. Appuyer la maintenance correctrice de certains équipements critiques  |                   | X |   |   |
| 3. Réparer l'installation électrique de l'hôpital de zone de Bassila et l'adduction d'eau à Aplahoué                                   | X                 |   |   |   |
| 4. Actualiser les bases de données en IE des formations sanitaires de 3 départements   |                   | X |   |   |
| 5. Appuyer les sessions trimestrielles de la plateforme GIEM en vue du renforcement du dialogue avec les acteurs au niveau de la Donga | X                 |   |   |   |
| 6. Réaliser une RAC sur la gestion des déchets biomédicaux   | X                 |   |   |   |

### 1.13.3 Analyse des progrès réalisés

#### 1. Formation des techniciens de maintenance

Il est attendu que tous les techniciens (114) de maintenance travaillant dans les structures sanitaires du Bénin dont 38 dans les ZS appuyées par le PASS (y compris dans la ZS Lokossa Athiéme et dans l'Atacora) soient formés. A ce jour, 22 techniciens des ZS Enabel ont été formés au cours de 3 sessions de formation. (15 électriciens/ frigoristes et 07 techniciens en maintenance biomédicale et hospitalière). Les outils de travail leur ont été donnés afin de les accompagner dans la pratique des compétences acquises. Les participants des autres zones ont été formés grâce à l'appui de l'APEFE. Les 16 techniciens des ZS Enabel restant seront formés en 2019.

#### 2. Maintenance corrective et préventive des équipements médicaux techniques

Des travaux de maintenance ont eu lieu dans les structures sanitaires avec l'appui des techniciens de la DIEM, des HZ et de la DDS dans les départements du Mono, Couffo, Donga et Atacora. Il en ressort que :

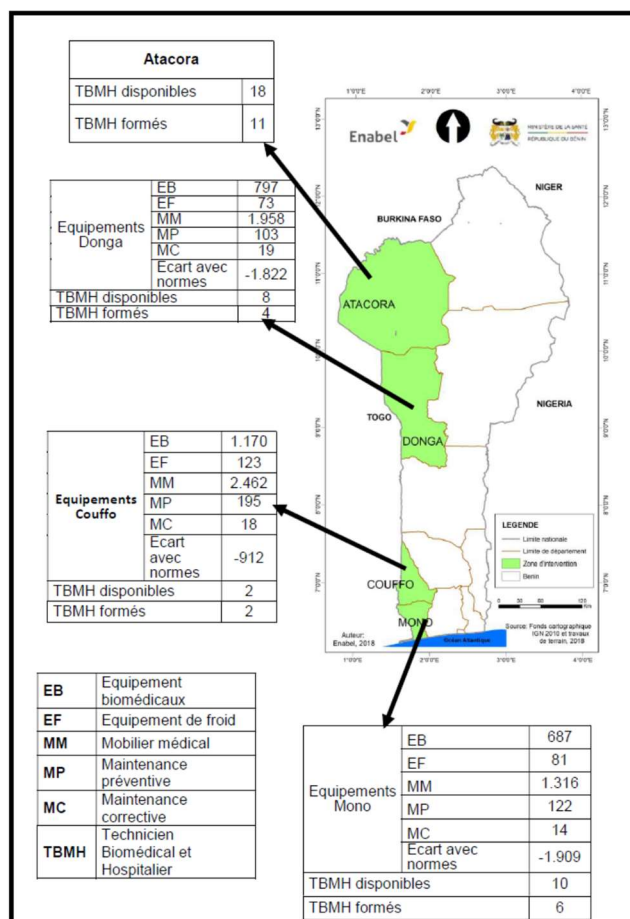


Figure 27 : Situation des ressources humaines de maintenance disponibles et formées, les équipements disponibles et maintenus.

<sup>10</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

- sur 40 équipements défectueux et diagnostiqués dans le Couffo, 16 ont été entièrement réparés grâce à l'appui du PASS et 1 partiellement, 22 ont besoin de pièces de rechange et 1 non réparable pour les techniciens.
- sur 34 diagnostiqués dans le Mono, 7 ont été entièrement réparés et 7 partiellement, 18 ont besoin de pièces de rechange et 2 non réparables pour les techniciens.
- sur 65 diagnostiqués dans la Donga, 54 ont été entièrement réparés, 16 ont besoin de pièces de rechange et 5 non réparables pour les techniciens.
- sur 17 équipements diagnostiqués dans l'Atacora, 5 ont été entièrement réparés, 9 ont besoin de pièces de rechange et 3 irréparables pour les techniciens.

L'acquisition des pièces de rechange permettra de remettre en marche près de 60 équipements. Le processus d'acquisition de ces pièces est en cours.

### 3. Réparation de l'installation électrique de l'hôpital de zone de Bassila et de l'adduction d'eau à Aplahoué

La réhabilitation électrique de l'hôpital de zone de Bassila a permis de faire fonctionner tous les équipements du bloc opératoire et d'assurer la stabilité de l'énergie électrique dans les différents services. Lors des coupures électriques, le relais facilite la fonctionnalité du groupe électrogène sans interruption du courant électrique.



Figure 28 : Point d'adduction d'eau à Aplahoué et l'installation électrique de l'hôpital de zone de Bassila

Quant à l'hôpital de zone d'Aplahoué, il bénéficie d'eau résultant de la réalisation d'un forage positif qui alimente tous les services.

### 4. Actualisation des bases de données en infrastructures et équipements (IE)

Les bases de données en IE ont été actualisées pour l'ensemble des structures sanitaires. Elles ont permis d'élaborer les **plans triennaux** puis déterminer les gaps en termes d'IE en lien avec les normes et standards. Des renforcements de capacité ont eu lieu dans les zones sanitaires de CBGH, KTL et ADD sur l'utilisation des autoclaves et ont permis aux chefs services des infrastructures, équipements et maintenance d'acquérir des notions en cartographie afin de mieux présenter les différentes interventions.

Les **coordonnées géographiques de 79 structures sanitaires** (25 dans CBGH, 25 dans KTL et 29 dans ADD) ont été relevées ainsi que toutes les infrastructures qui s'y trouvent.

### 5. Pérennisation des actions de maintenance à travers les réunions de plateforme en Gestion des infrastructures, équipements et maintenance (GIEM)

Les différentes réunions de la plateforme GIEM ont permis de mettre en synergie les acteurs du SYLOS et de partager les expériences et les résultats. La planification des travaux à réaliser par les mairies et la DDS se fait de manière concertée et tient compte des besoins prioritaires exprimés dans les plans stratégiques de maintenance et de gestion des DBM. Cette approche facilite la mise en œuvre desdits plans. Grâce au



plaidoyer fait par PASS Sourou à l'endroit du Préfet, les mairies ont inscrit dans les budgets de 2019 des ressources pour leur participation aux sessions de la plateforme dans une perspective de pérennisation. Une évaluation des coûts de participation a été faite et sera partagée avec les maires en vue de l'amélioration de la budgétisation. Toutefois, les budgets élaborés pour 2019 par les communes (3/4) et la DDS ont prévu des ressources pour assurer le fonctionnement de la plateforme.

#### **6. Recherche action sur un incinérateur respectueux de l'environnement et avec les matériaux locaux**

Activité menée pour le compte du résultat 1. Un nouveau type d'incinérateur est en cours d'exécution.

Les faiblesses identifiées sur l'incinérateur type De Montfort par rapport à sa performance ont permis de dimensionner un nouveau type d'incinérateur qui sera respectueux de l'environnement avec le concours des femmes de la poterie de Sè, des universitaires et spécialistes en hygiène et assainissement. La réalisation de l'incinérateur est en cours (80% d'exécution) au CS de Toviklin dans le Couffo. Les matériaux locaux ont été privilégiés notamment le sable, l'argile. Les parpaings ne sont plus utilisés ce qui réglera les détériorations par les fissures. La cheminée sera en argile cuite.

## 1.14 Performance de l'output 8 : Appui à la gouvernance, la coordination, la planification et le suivi évaluation de l'information sanitaire

L'appui du PASS Sourou dans le cadre de ce résultat consiste au renforcement organisationnel des structures de santé, la mise à disposition des outils et supports, l'accompagnement des équipes cadres et des DDS dans le développement institutionnel et la formation des acteurs intervenant dans la chaîne de production et de gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce qui a pour but de contribuer à l'amélioration de la collecte et l'intégration des données, l'exhaustivité et la fiabilité des données à des fins de prise de décision et d'apprentissage via les cadres de coordination et de concertation regroupant les acteurs clés du Système Local de Santé (SYLOS).

### 1.14.1 Progrès des indicateurs

| Output 8 : Les décisions et orientations prises au niveau intermédiaire et périphérique (DDS et SYLOS appuyés par le PASS) se font plus fréquemment sur base d'informations fiables |   |                     |                  |                  |                 |                   |
|---|---|---------------------|------------------|------------------|-----------------|-------------------|
| Indicateurs   |   | Zone d'intervention | Valeur 2017 en % | Valeur 2018 en % | Cible 2018 en % | Cible finale en % |
| 8.1   | Promptitude des données du SNIGS dans la zone d'intervention du PASS  | Total               | 53,7             | 58,2             | 95              | 95                |
|   |   | Donga               | 56,2             | 50,7             |                 |                   |
|   |   | Mono                | 38,7             | 43,1             |                 |                   |
|   |   | Couffo              | 76,9             | 69,1             |                 |                   |
|   |   | Atacora             | 43,1             | 70               |                 |                   |
| 8.2   | Complétude des données du SNIGS dans la zone d'intervention du PASS   | Total               | 81,8             | 93,1             | 95              | 95                |
|   |   | Donga               | 90,1             | 94,3             |                 |                   |
|   |   | Mono                | 71,1             | 85,9             |                 |                   |
|   |   | Couffo              | 100,3            | 99,1             |                 |                   |
|   |   | Atacora             | 82,7             | 88,7             |                 |                   |
| 8.4   | Nombre cumulé de documents/produits de recherche-action (RA), de capitalisation, d'apprentissage réalisés et disséminés auprès des partenaires pour information et pilotage | Total               | 38               | 46               |                 |                   |
| 8.5   | Nombre de ZS qui élaborent et rendent disponible leur PITA avant le 15 janvier de l'année n+1   | Total               | 5                | 5                | 5               |                   |
| 8.6   | Nombre cumulé d'initiatives digitalisation menées   | Total               | -                | 10               |                 |                   |
| 8.7   | Nombre de DDS ayant réalisé l'annuaire statistique au plus tard le 31 mars de l'année N+1   | Total               |                  | 3                | 3               |                   |

Globalement si la promptitude de la saisie des données renseignées sur les supports SNIGS (Indicateur 8.1) a progressé entre 2017 et 2018 de 8,4% dans l'ensemble des départements appuyés par le PASS, la promptitude des données reste un défi. On observe en effet que la promptitude a régressé de 5% dans la Donga et 8% dans le Couffo sur la période considérée (figure 29).

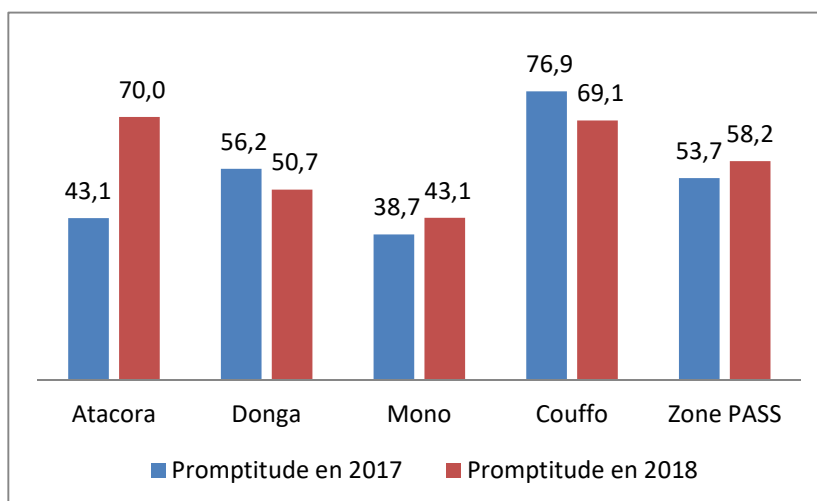


Figure 29 : Promptitude des données du SNIGS entre 2017 et 2018

En ce qui concerne la complétude des rapports du SNIGS, elle s'est améliorée de 13,7 % entre 2017 et 2018. Le graphique ci-dessous montre que tous les départements ont fait des efforts, mais que la cible de 95% n'est pas encore atteinte.

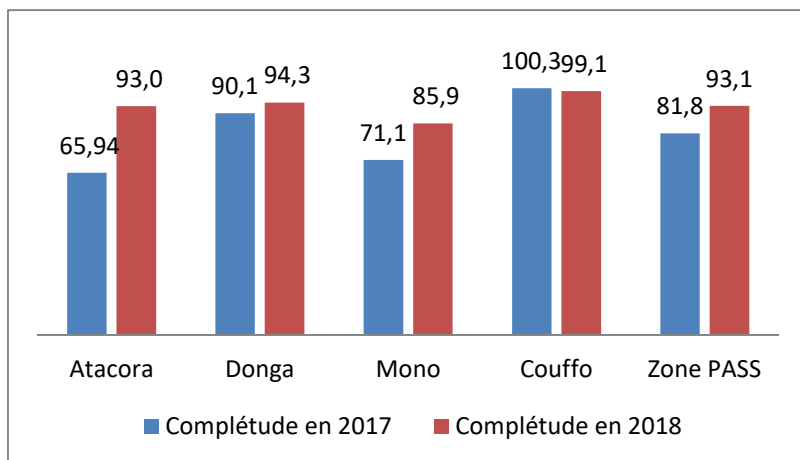


Figure 30 : Complétude des données du SNIGS entre 2017 et 2018

Globalement, il ressort de ces données que la qualité de l'information sanitaire s'est améliorée entre 2017 et 2018 au niveau de la complétude des rapports attendus mais que l'encodage des données à temps (promptitude) reste un défi. Les efforts doivent se poursuivre au niveau des centres de santé avec un focus sur la transmission à temps des rapports et les supervisions rapprochées.

### 1.14.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités  | État d'avancement |   |   |   |
|---|-------------------|---|---|---|
|   | A                 | B | C | D |
| 1. Appuyer le processus de la planification ascendante (respect de toutes les étapes, inclusion de tous les acteurs) dans le Mono/Couffo et Atacora/Donga |                   | X |   |   |
| 2. Appuyer à l'amélioration de la qualité des données du SNIGS  |                   | X |   |   |
| 3. Appuyer l'actualisation et la MeO du Plan Stratégique SNIGS  |                   | X |   |   |
| 4. Produire des tableaux de bord automatisés et autres données factuelles au niveau central pour des prises de décisions stratégiques                     |                   |   | X |   |
| 5. Fournir un Appui technique (analyse, tableau de bord, etc.) à l'évaluation annuelle des performances des 5 ZS  |                   |   | X |   |
| 6. Appuyer la validation semestrielle de documents pertinents produits par le PASS à poster sur le site Web du MS   |                   | X |   |   |

### 1.14.3 Analyse des progrès réalisés

Au cours de l'année 2018, le PASS a contribué au renforcement du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) à travers le développement d'activités spécifiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les produits et services attendus au titre de l'année 2018 étaient les suivants :

1. Le renforcement des processus et des capacités de planification et de budgétisation alimentent la réflexion stratégique et son opérationnalisation
2. Le renforcement des outils, des processus et des capacités de suivi évaluation et statistiques (SNIGS) contribuent à l'amélioration de la performance du système
3. La coordination et l'échange d'informations entre acteurs renforcent leur collaboration
4. Les expériences et les leçons apprises sont documentées et partagées

Les activités menées comprennent :

**(i) Appui au processus de la planification ascendante (respect de toutes les étapes, inclusion de tous les acteurs) dans le Mono/Couffo et Atacora/Donga ;**

Actuellement chaque ZS du Mono et du Couffo dispose d'un Plan de Développement Sanitaire 2019-2022 (PDS 2019-2022) arrimé au PNDS. L'élaboration de ces PDS 2019-2022 a été une étape importante de l'approche de la planification ascendante démarrée dès juin 2017 via une analyse approfondie de la situation sanitaire au niveau de 50 arrondissements du Couffo et de 35 arrondissements du Mono. Le PASS Sourou a initié une approche plus efficace de planification ascendante à titre pilote dans ces deux départements.

L'approche utilisée a consisté à une analyse menée en assemblée générale sous la conduite de chaque chef d'arrondissement formé à cet effet et en focus groups pour les jeunes, leaders et femmes. Il s'agit donc d'une approche multisectorielle et multi-acteurs qui met les populations et autres acteurs communautaires au cœur de la planification de la santé. Les résultats de cette analyse ont été disséminés et validés sous l'autorité des Préfets au niveau de chaque ZS. Ces résultats issus des arrondissements ainsi que ceux issus de l'analyse des indicateurs ont permis aux acteurs de chaque SYLOS du Mono et du Couffo d'identifier et de prioriser les problèmes relevés au niveau de tous les arrondissements. Sur cette base, et sous l'autorité des Préfets (représentés par leurs secrétaires généraux) les PDS 2019-2022 des ZS LA et CBGH du Mono ainsi que des ZS ADD et KTL du Couffo ont été élaborés.

Il est important de préciser que les réflexions en atelier ont été nourries par des documents stratégiques et politiques en matière de santé tels que le PNDS 2019-2022 et le PAG 2016-2021. La participation des maires, des représentants de la société civile (PUSS, organes de cogestion, ENOUMAMA et d'autres PTF), des acteurs du secteur de la santé a contribué au caractère inclusif et participatif de tous les acteurs du SYLOS dans l'élaboration des PDS 2019-2022. Les PDS ainsi élaborés vont constituer en même temps des documents de plaidoyer et de mobilisation des ressources en vue d'améliorer la santé et le bien-être des populations de ces ZS. Cette démarche de planification ascendante a permis pour la première fois à chaque ZS et DDS d'élaborer leur PITA 2019.

**(ii) Appui à l'amélioration de la qualité des données du SNIGS**

L'information sanitaire s'est améliorée en 2018 grâce au renforcement des processus et des capacités de suivi évaluation et statistiques (SNIGS) dans les départements que le PASS appui. Ainsi 36 statisticiens du niveau DDS ; ZS et des hôpitaux publics et privés ont été formés/ recyclés sur le processus d'assurance qualité des données sanitaires. Ce qui a permis aux zones sanitaires de rattraper la saisie des données agrégées et individuelles, d'améliorer leur capacité dans la réalisation des requêtes pour vérifier la validité des données ainsi que leur capacité à analyser les données au niveau du Sylos.

Ces statisticiens participent de ce fait au contrôle de qualité de façon trimestrielle dans les centres de santé périphériques ainsi que dans les zones de santé. La vérification des supports primaires de collecte des données (registres) est donc faite dans les centres de santé suivie de la vérification des supports synthèses au bureau de zone. Dans les hôpitaux, le défi est encore grand du fait qu'il existe encore une multiplicité de supports appelés « fiche navette ». Une harmonisation de ces outils et le remplissage correct demeurent de ce fait un point d'attention afin de permettre au SNIGS de bien assurer un rôle de système d'information utile à la prise de décision sur base d'informations fiables.

**(iii) Appui à l'actualisation et la mise en œuvre du Plan Stratégique SNIGS**

L'appui du PASS a permis de réaliser l'état des lieux du SNIGS, d'identifier les forces/faiblesses/opportunités/menaces ainsi que les domaines de priorité du ministère en vue de son amélioration en 2019. Les principales composantes du SNIGS qui ont fait l'objet de l'évaluation concernent les indicateurs, les sources de données, la gestion des données, la diffusion et l'utilisation de l'information. Les résultats de l'évaluation ont mis en exergue le fait que deux dimensions importantes que sont la **gestion des données et la diffusion et l'utilisation des données** n'ont pas donné satisfaction à l'ensemble des acteurs en particulier les PTF et acteurs du SNIGS. Les résultats ci-dessous illustrent les scores moyens par composante.

| COMPOSANTES ÉVALUÉES                 | MAXIMUM | SCORES MOYENS | POURCENTAGES | COMMENTAIRE      |
|--------------------------------------|---------|---------------|--------------|------------------|
| RESSOURCES                           | 75      | 41,3          | 55           | SATISFAISANT     |
| INDICATEURS                          | 15      | 10,0          | 67           | SATISFAISANT     |
| SOURCES DE DONNEES                   | 249     | 135,5         | 56           | SATISFAISANT     |
| GESTION DES DONNEES                  | 15      | 4,4           | 29           | PAS SATISFAISANT |
| QUALITE DES DONNEES                  | 207     | 143,7         | 69           | SATISFAISANT     |
| DIFFUSION ET UTILISATION DES DONNEES | 30      | 11,4          | 38           | PAS SATISFAISANT |
| SNIGS                                | 591     | 346,3         | 59           | SATISFAISANT     |

Le nouveau plan de renforcement du SNIGS pour la période 2019-2020, élaboré avec l'appui du PASS, a pris en compte ces insuffisances.

**(iv) L'évaluation annuelle des performances des 5 ZS et la production automatisée de tableaux de bord et autres données factuelles au niveau central pour des prises de décisions stratégiques (activités 4 & 5)**

L'évaluation des performances des ZS n'a pu se faire en 2018 pour des raisons de standardisation de la fiche d'évaluation. En effet, le système a opté pour la révision des outils d'évaluation avec le démarrage du projet ARCH. Les fiches validées ne sont pas encore disponibles au niveau périphérique. Ce qui n'a pas permis aux équipes terrain de réaliser cette activité. D'autre part, le décalage du calendrier de réalisation des plans de développement des ZS et des plans d'accompagnement des DDS dans le département du Mono/Couffo n'a pas aussi facilité la mise en œuvre de cette activité.

Quant à la production des tableaux de bord automatisés, les activités ont été retardées par la mise en œuvre du plan opérationnel du SNIGS. Cette activité a été reprogrammée pour être réalisée au premier trimestre 2019.

**(v) Appuyer la validation semestrielle de documents pertinents produits par le PASS à poster sur le site Web du MS**

Grâce à l'appui du PASS plusieurs documents ont été validés notamment les bulletins d'informations, l'annuaire des statistiques sanitaires, les rapports d'auto évaluation des ZS. La diffusion et la dissémination de ces documents se feront à travers la mise à jour du site web qui est toujours encours. Le bon fonctionnement du site web favorisera la valorisation des expériences et divers produits élaborés par le PASS et ses partenaires, ce qui contribuera à la capitalisation des acquis. En effet, au cours de l'année sous revue, l'exploitation des données a permis à l'équipe programme accompagnée des partenaires limitrophes de rédiger des documents de capitalisation, des boîtes à images pour les activités de communication pour un changement de comportement dans le cas de la prise en charge promotionnelle et préventive, des brochures, des guides et manuels de procédures, des notes de politique et des posters. Le tableau ci- dessous illustre la répartition par date d'élaboration.

| Produits élaborés    | 2014     | 2015     | 2016     | 2017      | 2018     | Total cumulé |
|----------------------|----------|----------|----------|-----------|----------|--------------|
| Boite à images       |          |          |          |           | 1        | 1            |
| Brochure             |          |          |          | 2         |          | 2            |
| Fiche Cap            | 9        | 1        | 9        |           |          | 19           |
| Guide                |          |          |          |           | 4        | 4            |
| Policy Brief         |          |          |          | 6         |          | 6            |
| Poster               |          |          |          | 10        | 3        | 13           |
| <b>Total général</b> | <b>9</b> | <b>1</b> | <b>9</b> | <b>18</b> | <b>8</b> | <b>45</b>    |

Tableau 2 : Répartition des documents et produits de capitalisation entre 2014 et 2018 par type

D'autres documents de Recherche Action et Capitalisation sont en cours de rédaction. Ils sont au nombre de sept (07) et abordent les thématiques ci-après :

| Résultats | THEMATIQUES  |
|-----------|--|
| 1         | Expérience et défis pour fournir des soins de qualité aux populations béninoises   |
| 2         | La prise en charge intégrée, promotionnelle, préventive et curative des Maladies non transmissibles (MNT) est améliorée dans les 5 ZS (PMA et PCA)                                   |
| 3         | La formation des agents non qualifiés sur les gestes qui sauvent améliore-t-elle la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales au niveau des CS? A quelles conditions? |
| 4         | Recherche action sur la Santé Sexuelle Reproductive des Adolescent(e)s et Jeunes (SSRAJ)   |
| 5         | Théorie de la Recherche action sur les Plateformes des Utilisateurs des Services de Santé (PUSS)   |
| 6         | Expérience de la mise en place d'un système de maintenance fonctionnel par les acteurs du SYLOS dans la Donga  |
| 7         | Amélioration de la gouvernance du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS)  |

Tableau 3 : Répartition des documents de Recherche Action et capitalisation en cours de rédaction en 2018 par chantier

#### (vi) Initiatives digitalisation

Toujours au cours de l'année, l'appui du PASS a permis d'acquérir un **serveur national pour la formation, le stockage et le backup des données sanitaires dans le DHIS2**. Ce qui a permis de faire des économies substantielles sur les crédits alloués à l'hébergement du Serveur et de rapatrier les données sanitaires nationales au Bénin. L'appui a aussi permis d'harmoniser la méthode de contrôle de qualité des données du SNIGS dans les quatre départements appuyés par le programme. Toutes choses qui nécessiteront la révision des outils standards utilisés dans le cadre de cette activité.

Par ailleurs, pour assurer la remontée des données du programme dans les délais, le PASS a œuvré pour une série de transformations digitales. Ainsi, neuf initiatives de digitalisation sont en cours. Il s'agit de :

| Initiatives de digitalisation appuyées et/ou suivies par le PASS | État d'avancement             |   |   |   |
|--|-------------------------------|---|---|---|
|  | A                             | B | C | D |
| 1. Digitalisation des enquêtes de satisfaction des usagers       |                               |   | X |   |
| 2. Digitalisation des données SSRAJ                              |                               | X |   |   |
| 3. Digitalisation des plaintes / call center Je t'écoute         |                               | X |   |   |
| 4. Digitalisation des Audits Qualité                             |                               | X |   |   |
| 5. iHRIS (base de données Ressources Humaines)                   |                               | X |   |   |
| 6. Base de données des équipements et de la maintenance          |                               |   | X |   |
| 7. Création d'un site Internet groupe de travail santé Donga     | <i>initiative à confirmer</i> |   |   |   |
| 8. Appui au SNIGS  |                               | X |   |   |
| 9. Appui au site Web du MS                                       | <i>initiative à confirmer</i> |   |   |   |

Tableau 4 : Etat d'avancement des initiatives de digitalisation prises et appuyées par le PASS

## 2 Thèmes transversaux

### 2.1 Genre

En Q1 2108, une formation sur le concept genre et le Gender Budget Scan a été organisée au profit de l'équipe PASS et de ses palis. Dès lors les différents bureaux ont été outillés pour procéder à une budgétisation genre sensible des activités et bien entendu à en assurer le suivi.

Au niveau du bureau Demande, du Q2 au Q4 2018, les activités ont été systématiquement analysées à l'aide de l'outil. Sur 91 activités, 72 (80%) sont, soit genre sensible, soit genre transformateur. Le graphique ci-dessous nous montre la répartition des activités selon leurs caractéristiques :

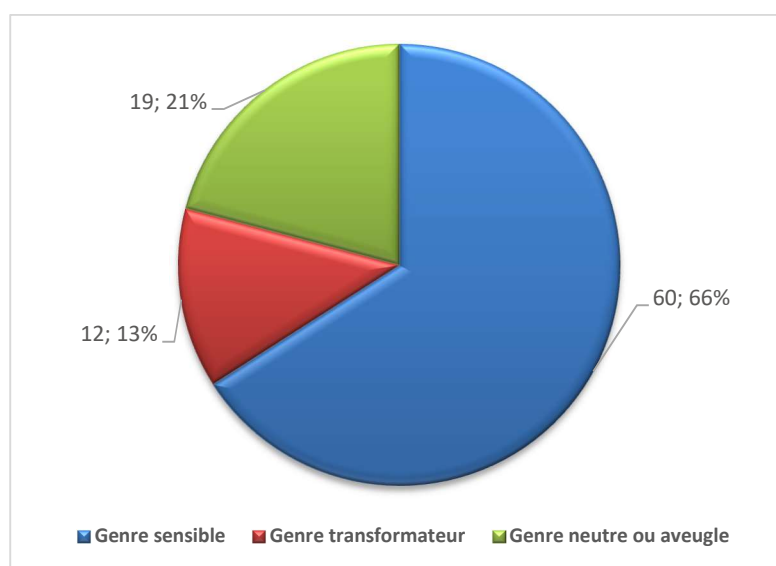


Figure 31 : Répartition des activités selon leurs caractéristiques

Les résultats enregistrés suite à l'approche genre et aux formations organisées par le PAORC se reflètent tant dans les changements de comportement des hommes et des femmes comme l'indique le rapport de mission du PAORC : « **Les femmes développent de plus en plus de confiance lorsqu'elles prennent la parole devant un public mixte au sein des PUSS et hors PUSS. Les hommes ont pris l'habitude de les écouter sans les interrompre et de valoriser leur participation avec bienveillance. Il y a une différence notable des comportements des uns et des autres par rapport au début de l'accompagnement des PUSS ou quasiment seuls les hommes prenaient la parole et étaient écoutés avec attention** ».

Par rapport aux MNT les aspects genre expliqués dans les communautés ont permis de confier les postes de responsabilité aux femmes. Ainsi pour les associations de PV/MNT 100% des postes importants sont occupés par les femmes dans l'association AZONNIGBO de Lalo, 66,66% dans ALAFIA WETEOU de Ouaké ; 50% pour LANMINSINGNON de Klouékanmè et GBANI ALAFIA de Copargo.

## 2.2 Environnement

Avec l'approche de l'assurance qualité, des actions ont été entreprises en 2018 afin de contribuer à un environnement sain dans les FS. L'élaboration des plans pluriannuels de gestion des déchets biomédicaux (PGDBM) et leur opérationnalisation en vue de minimiser les risques environnementaux et sanitaires liés à la gestion des déchets biomédicaux. Ces plans constituent un document assimilable à un Plan de Gestion Environnemental et Social en milieu de soins.

L'analyse des équipements actuels d'élimination des déchets biomédicaux a permis d'identifier des failles, des dysfonctionnements qui impactent sur l'environnement et constituent un risque sanitaire aussi bien pour les usagers que le voisinage des formations sanitaires. Des actions ont été identifiées et des éléments ont été conçus pour corriger ces failles. Le processus est en cours pour la mise en œuvre en vue de l'expérimentation.

Des réflexions sont en cours pour la mise en place du concept « Zone Environnement Sain (ZES) » dans les sous territoires d'exécution du PASS Sourou : Cette activité va dans le sens de la sauvegarde de l'environnement. Des critères pour déclarer une zone « ZES » ont été définis en prenant en compte la spécificité de chaque type de structure sanitaire. Ces critères doivent faire l'objet de validation et des zones pilotes seront choisies pour l'expérimentation avant la mise à l'échelle.



### 3 Gestion des risques

| Identification du risque  |               |        | Analyse du risque |                  |       | Traitement du risque  |  |             | Suivi du risque  |                 |
|---|---------------|--------|-------------------|------------------|-------|---|--|-------------|--|-----------------|
| Description du risque   | Période       | Catég. | Probab.           | Impact potentiel | Total | Action(s)   | Resp.                                    | Date limite | Etat d'avancement  | Statut          |
| <b>Perturbation des activités</b> du PASS/MS en raison des <b>grèves</b>  | Durée du PASS | OPS    | Moyenne           | Elevé            | B     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dialogue entre le MS et les centrales syndicales</li> <li>Rencontre des centrales syndicales avec le Chef de l'Etat</li> </ul> | MS SRHDS/DAF                             | Q3 2019     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Décret signé pour les derniers recrutements des agents du MS</li> <li>Contrat-type signé avec les nouveaux agents recrutés</li> <li>Numéros matricules accordés</li> </ul>        | <b>En cours</b> |
| Départ massif du personnel à la retraite et non remplacement + <b>instabilité du personnel de santé</b> due à la réaffectation fréquente du personnel dans les zones de couverture du PASS-Sourou | Durée du PASS | DEV    | Elevée            | Elevé            | D     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Programmation de 1384 agents à recruter au titre de 2018</li> </ul>  | MS/SGM/RR/DAF                            | Q3 2019     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dialogue continu PASS et SRHDS</li> <li>Recommandations SMCL</li> </ul>   | <b>En cours</b> |
| <b>Utilisation des fonds mis à disposition</b> et difficulté / impossibilité d'authentification de l'exactitude de certaines pièces   | Durée du PASS | FIN    | Elevée            | Faible           | B     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le contrôle interne</li> <li>Renforcer les procédures internes (achat carburant, hôtel, etc)</li> </ul>              | RR/Responsables/Co-responsables /AG/RAFI | Q3 2019     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Audits programme PASS réalisés</li> <li>Partage du contenu du manuel opérationnel avec les PaLi-</li> <li>Majorité des activités directement payées par agents du PASS</li> </ul> | <b>En cours</b> |

| Identification du risque   |               |        | Analyse du risque |                  |          | Traitement du risque  |                    |             | Suivi du risque   |                     |
|--|---------------|--------|-------------------|------------------|----------|---|--------------------|-------------|---|---------------------|
| Description du risque  | Période       | Catég. | Probab.           | Impact potentiel | Total    | Action(s)   | Resp.              | Date limite | Etat d'avancement   | Statut              |
| <b>Faible pérennisation des acquis du PASS suite à la mutation de certains champions clés</b> des chantiers du PASS (AQ, IRHIS, SNIGS/DHIS2) | Durée du PASS | OPS    | Moyenne           | Elevé            | <b>C</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Echanges/plaidoyers auprès des autorités pour la désignation rapide de nouveaux managers;</li> <li>Identification et briefing diligent des nouveaux champions désignés + appropriation des dossiers;</li> <li>Plaidoyer pour la stabilité des champions;</li> <li>Briefing continu des PaLi</li> </ul> | RN et coordinateur | Q3 2019     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nouveau chef service SNIGS/DHIS2 nommé;</li> <li>Nouveau chef service AQ/DNH nommé;</li> <li>Nouveau project manager IRHIS;</li> </ul> | <b>En cours</b>     |
| <b>Départ anticipé du personnel du PASS</b> suite à la clôture du programme en 2019  | Durée du PASS | OPS    | Elevé             | Elevé            | <b>D</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Modalités de mutualisation des ressources avec nouveau programme</li> <li>Planification conjointe des transferts RH Enabel vers nouveau programme santé</li> <li>Communication avec personnel sur clôture</li> </ul>   | Coordinateur et RN | Q4 2019     |   | <b>En démarrage</b> |

## 4 Pilotage et apprentissage

### 4.1 Réorientations stratégiques

Etant donné le recentrage récent sur les chantiers clés porteurs, la dernière année d'exécution du PASS reste l'année de consolidation des acquis et de clôture de l'intervention. Les stratégies à adopter au titre de cette année seront ainsi axées sur la consolidation et la pérennisation des acquis. Il s'agira essentiellement de :

- Opérationnaliser les contributions des structures bénéficiaires aux différents chantiers dans le cadre de la pérennisation ;
- Poursuivre la systématisation de la digitalisation comme stratégie de rationalisation des processus et de renforcement de l'efficacité. Les chantiers concernés sont essentiellement l'assurance qualité (collecte des données et satisfaction des patients), IRHIS, SNIGS et MNT (promotion, prévention et suivi d'une certaine catégorie de patients souffrant d'hypertension artérielle et de diabète) ;
- Renforcer le plateau technique (équipements SONU des maternités) et trouver avec le partenaire local des stratégies pour renforcer la disponibilité des médicaments SONU. En effet, l'équipement parfois manquant et surtout les ruptures de médicaments suite aux problèmes connus par la centrale d'achat des médicaments essentiels (CAME) sont sources fréquentes de non application de diverses fonctions SONU, réduisant la couverture en SONU ;
- Finaliser et diffuser les produits de la Recherche action (RA) : dans le respect du timing, assurer que les résultats sont présentés selon les formats indiqués pour différentes cibles et diffuser dans les instances et fora pertinents (SMCL, Consultants Evaluation finale PASS, Cabinet du MS, fora internationaux, etc.). La capitalisation de l'expérience Tutorat initié par le PAORC entre dans ce cadre. En effet les supervisons SONU ont aussi montré la nécessité d'un accompagnement rapproché du personnel, ce qu'offre l'approche tutorat mise en œuvre à titre pilote dans la zone CBGH. Etudier cependant dans quelle mesure elle doit être rationalisée pour envisager sa mise en œuvre avec les ressources des zones sanitaires et ou du Ministère.

### 4.2 Recommandations

| Recommandations   | Acteur                  | Date limite  |
|---|-------------------------|--------------|
| Faire le monitoring mensuel de la mise en œuvre du plan de pérennisation et en rendre compte aux Ordonnateurs du PASS (Ordonnateur national et RR/Enabel)   | Coordonnateur a.i./RN   | Juin 2019    |
| Présenter les produits de RA dans les délais afin qu'ils soient exploités dans le cadre de l'EF et les réflexions du secteur sur les thématiques concernées | Coordonnateur a.i./RN   | Juin 2019    |
| Faire l'inventaire du matériel SONU des centres de formation et procéder à la maintenance et au renouvellement de matériel hors usage                       | BE AD-MC et DDS D et MC | Février 2019 |
| Proposer à la signature du ministre de la santé un texte régissant le statut, le fonctionnement et le financement durable des centres de formation SONU     | BE AD, DDS              | Février 2019 |
| Assurer l'acquisition d'équipements SONU manquant dans les maternités SONU  | BE AD-MC et DDS D et MC | Mars 2019    |

|   |                        |                |
|---|------------------------|----------------|
| Evaluer et rationaliser l'approche par tutorat pour qu'elle soit facilement répliquable   | BE-MC, PAORC, DDS Mono | Avril 2019     |
| Initier un atelier d'intégration des modules SONU à la formation initiale dans les écoles de formation de sage-femme, infirmiers et en médecine générale.   | BE AD, MC, IFSIO       | Avril 2019     |
| Assurer une formation des formateurs SONU sur la pédagogie de la formation clinique   | BE AD/MC               | Mars 2019      |
| Faire le plaidoyer pour diversifier les sources d'approvisionnement en médicaments essentiels SONU  | DDS                    | Mars 2019      |
| Les coûts relatifs à la prise en charge des cas de VBG (consultation, certificats médicaux) sont trop élevés pour des victimes qui sont déjà des cas sociaux. Faire un plaidoyer pour instaurer la gratuité des services et tous les documents y afférents pour les cas de Violences sexuelles et physiques notamment par l'ARCH. | MS/MASFM               | Septembre 2019 |
| Mettre en place un mécanisme sécurisé de dénonciation anonyme des auteurs de violence sexuelle et physique de type 'ligne verte' dans le cadre de la lutte contre les VBG.  | MS/ MASFM              | Septembre 2019 |
| Assurer la gratuité effective de l'offre des contraceptifs pour les adolescentes et jeunes dans les centres conviviaux à travers la CAME qui mettra à disposition de ces centres conviviaux toute la gamme complète des contraceptifs.  | MS                     | Juin 2019      |
| Valider les textes des organes de gestion du DSSRAJ (central, intermédiaire & communal)   | MS/ MASFM              | Juin 2019      |

### 4.3 Enseignements tirés

| Enseignements tirés  | Public cible                                  |
|--|---|
| La rationalisation du processus d'audit qualité a conduit à la réduction du temps imparti à 01 jour dans les CS et 02 jours dans les hôpitaux ce qui représente un gain de temps important dans perspective de la durabilité, mais sans que l'élaboration du plan d'amélioration ait été achevée. Il est nécessaire de poursuivre les réflexions pour l'amélioration du processus afin d'aboutir à une réelle efficacité (gain de temps et efficacité).  | DDS (point focaux AQ), Equipe PASS            |
| Les deux administrateurs du Visotool du MS n'ont pas pu couvrir les besoins d'appui des équipes d'audit en temps réel, en raison de leur indisponibilité ce qui a occasionné d'énormes désagrément (retard, report). Le fait de disposer d'administrateurs de proximité (à la DDS, ou au Bureau de Zone) pour le Visotool serait une solution plus durable? Il faudra toutefois s'assurer que la ou les personnes en dehors des compétences techniques en informatique, pourront être mobilisées facilement aux besoins.   | DDS (point focaux AQ), Equipe PASS            |
| La supervision conjointe Ministère de la santé et DDS des structures de soins sur les MNT a montré que 5 à 6 mois après la formation et la mise à disposition des équipements, 2/3 seulement d'entre se conforment aux principes clés de la prise en charge. Parmi ces 2/3, il y a trois (03) centres de santé qui ont adopté des bonnes pratiques innovantes et peuvent servir de centres de santé de référence pour la prise en charge des MNT au premier échelon. Des visites des prestataires des CS moins performants dans ces FS de référence pourraient contribuer à l'apprentissage et susciter une saine émulation, plus que les supervisions de routine. | DDS, Médecins Coordonnateurs de zone, BE PASS |

|  |  |
|--|--|
| En dehors des formations SONU il y a nécessité de travailler à assurer une évaluation et un accompagnement régulier des prestataires surtout les infirmières pour renforcer l'application effective des fonctions SONU   | DDS, ZS  |
| Les stages cliniques post formation apparaissent comme une stratégie contribuant à renforcer l'application des fonctions SONU  | DDS, ZS  |
| La redynamisation des audits de décès maternels et néonataux permet non seulement une meilleure connaissance des causes de décès et des dysfonctionnements mais favorise également une meilleure notification des décès maternels et néonataux.  | DDS, ZS  |
| Dans l'optique d'améliorer les système de référence contre-référence, l'initiative de mise en pool des ambulances au niveau d'une zone sanitaire permet de mutualiser les ressources et d'assurer une meilleure disponibilité et utilisation des ambulances.   | DDS, ZS  |
| Pour un « stewardship » plus rapide par les acteurs du système de santé, identifier des règles standards de traitement des plaintes et former, dès le début les acteurs sur le droit à la santé et son monitoring, la surveillance, la documentation et le rapportage. De même utiliser de façon systématique et éclairée les outils de la conduite du changement.   | PASS/Enabel  |
| Le mécanisme de collecte digitalisée des données DSSRAJ multisectorielles à partir des points focaux a permis d'améliorer significativement la capture de l'information dans le domaine et ceci a permis aux acteurs de percevoir l'ampleur des défis du DSSRAJ et par voie de conséquence leur engagement. Les restitutions sont faites lors du cadre départemental de coordination présidé par le Préfet et suivies des feuilles de route conséquentes | SSME, Cadre<br>Départementale<br>Coord. DSSRAJ, PASS<br>Sourou |

## 5 Annexes

### 5.1 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. |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| Évaluation de la PERTINENCE : note totale  |   | A   | B | C | D |
|  |   | X   |   |   |   |
| 1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?   |   |   |   |   |   |
|  | 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.   |   |   |   |
| X  | 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 ?   |   |   |   |   |   |
| X  | A | Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable). |   |   |   |
|  | B | Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.   |   |   |   |
|  | C | Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.  |   |   |   |
|  | D | La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.   |   |   |   |

| 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. |   |  |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|
| 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.   |
| <b>2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?</b> |          |  |
|  | <b>A</b> | Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.  |
| <b>X</b>   | <b>B</b> | Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.   |
|  | <b>C</b> | Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.   |
|  | <b>D</b> | La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps. |

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

|  |          |          |          |          |
|--|----------|----------|----------|----------|
| Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> |
|  |          | <b>X</b> |          |          |

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

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

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

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

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

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

|   |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> |
|   |          | <b>X</b> |          |          |

**4.1 Durabilité financière/économique ?**

|  |          |  |
|--|----------|--|
|  | <b>A</b> | La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci. |
|  | <b>B</b> | La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.   |

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



## 5.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

| Décision |   |                          |        |                                 |                      |             | Suivi   |          |
|----------|---|--------------------------|--------|---------------------------------|----------------------|-------------|---|----------|
| N°       | Décision  | Période d'identification | Source | Acteur                          | Structures associées | Date limite | Etat d'avancement   | Statut   |
| 1        | 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  | 25/10/2017               | SMCL   | DDS MonoCouffo, Donga           | PASS                 | déc 2018    | 1. SONU inscrit parmi les chantiers de Documentation et Recherche-action<br>2. Processus d'évaluation en cours avec les effets et les coûts de la formation<br>3. Documents en cours de rédaction. A finaliser d'ici décembre 2018.   | En cours |
| 2        | 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.) | 25/10/2017               | SMCL   | Maire de Dogbo                  | DDS Couffo           | déc 2018    | 1. une analyse sommaire est faite à la mise en place de l'initiative<br>2. une documentation est en cours sur l'initiative: elle devra prendre en compte les différents aspects de sa contribution de renforcement du SyLoS (Réf et Contre Réf, financement PUSS etc...<br>3. Un business plan est en cours de réalisation pour mieux cerner la rentabilité de l'initiative | En cours |
| 3        | Analyser les effets de l'amélioration de l'offre de SONU dans les FOSA sur l'évolution du nombre d'accouchement en structures médicalisées et réfléchir aux stratégies complémentaires éventuellement nécessaires pour réduire la mortalité maternelle et infantile en dehors des structures  | 2510/2017                | SMCL   | DDS Mono, Couffo, Donga et PASS | PASS                 | déc 2018    | 1. l'analyse des effets des SONU sur les FoSa fait partie intégrante de la RAC<br>2. déjà des tendances sont disponibles avec des études qui se mènent.<br>3. une analyse approfondie prenant en compte les aspects de la MMI en dehors des structures sera disponible au nombre des livrables de la capitalisation   | En cours |

| Décision |   |                          |        |           |                      |             | Suivi   |          |
|----------|---|--------------------------|--------|-----------|----------------------|-------------|---|----------|
| N°       | Décision  | Période d'identification | Source | Acteur    | Structures associées | Date limite | Etat d'avancement   | Statut   |
| 4        | Partager avec toutes les parties prenantes les nouvelles orientations et informations sur l'architecture de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) | 25/10/2017               | SMCL   | MTFPAS    | DPP                  | déc 2018    | <p>1. Par rapport à la couverture santé universelle (CSU),</p> <p>2. la vision du Gouvernement de mettre en place un système global de protection se concrétise.</p> <p>3. L'ARCH prévoit la couverture des 4 principaux volets (assurance maladie, assurance retraite, formation aux métiers et les micro crédits).</p> <p>4. un texte portant AOF du comité technique de mise en œuvre est pris</p> <p>5. une série d'études ont été bouclées pour définir les outils de opérationnalisation de l'ARCH.</p> <p>6. les zones sanitaires ont été choisies pour la phase pilote qui démarre au cours du trim1/2019</p> | En cours |
| 5        | Elaborer un plan opérationnel pluriannuel de production, recrutement et fidélisation des ressources humaines en santé   | 25/10/2017               | SMCL   | SRHDS/DAF |                      | déc 2018    | <p>Le processus d'élaboration du plan stratégique de développement des Ressources Humaines en Santé est en cours. L'étude centrale pour son élaboration porte sur l'analyse du marché du travail des professionnels de santé s'est achevée et le rapport sera validé du 21 au 25 janvier 2019 avec l'appui de l'OMS.</p> <p>Le cadre organique 2019-2021, document d'opérationnalisation des besoins en ressources humaines par structures est validé par le Ministère du Travail et est en cours de finalisation.</p> <p>Ces deux outils constituent les bases essentielles pour l'élaboration du plan</p>           | En cours |

| Décision |  |                          |        |             |                            |             | Suivi   |          |
|----------|--|--------------------------|--------|-------------|----------------------------|-------------|---|----------|
| N°       | Décision   | Période d'identification | Source | Acteur      | Structures associées       | Date limite | Etat d'avancement   | Statut   |
|          |  |                          |        |             |                            |             | opérationnel pluriannuel de production, recrutement et fidélisation des ressources humaines en santé.   |          |
| 6        | 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               | SMCL   | PASS Sourou | Points focaux FBR MC et AD | déc 2018    | <p>1. Les derniers comités de pilotage ont retenu que les acquis du FBR soient capitalisés notamment le comité de pilotage.</p> <p>2. Par ailleurs il est prévue une étude comparative de l'évolution des indicateurs des Formations sanitaires post FBR sans AQ avec celles qui développement de la démarche AQ</p> <p>3. Les données Q4 2017 et Q1 2018 pour les CS ont été collectées</p> <p>4. Le monitoring S1 2018 a été réalisé</p> <p>5. L'analyse sera présentée dans le rapport de résultats 2018</p> | En cours |
| 7        | 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               | SMCL   | C/SRHDS/DAF | SGM/MS                     | Permanent   | La feuille de route a été actualisée pour une bonne exploitation des données de recensement du personnel, la finalisation du paramétrage du logiciel et sa mise en exploitation. Il est prévu une présentation officielle du logiciel aux autorités sanitaires le 05 février 2019.  | En cours |

| Décision |  |                          |        |        |                                      |             | Suivi  |          |
|----------|--|--------------------------|--------|--------|--------------------------------------|-------------|--|----------|
| N°       | Décision   | Période d'identification | Source | Acteur | Structures associées                 | Date limite | Etat d'avancement  | Statut   |
| 8        | Assurer une accessibilité facile (on line) des données statistiques à tous les acteurs concernés (Autorités locales, société civile, PTF, etc) | 25/10/2017               | SMCL   | DIP    | DPP, DDS Mono, DDS Couffo, DDS Donga | Permanent   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le site web du ministère a subi une refonte totale.</li> <li>-les statistiques sanitaires sont publiées et disponibles dans le menu "DOCUMENTATION/STATISTIQUES SANITAIRES "</li> <li>-l'alimentation du site en contenu se poursuit.</li> <li>- Le serveur DHIS acquis par PASS SOUROU a été hébergé dans le Datacenter du ministère des finances avec les dispositions de sécurité nécessaires. Il est aisément accessible et fonctionnel. La DIP a accompagné tout le processus d'hébergement et d'accessibilité.</li> <li>- la réunion avec la chargée de communication de ENABEL a eu lieu et il a été recommandé que tenant compte du volume d'informations souhaité, l'idéal serait de créer un site PASS-SOUROU qui pourrait être hébergé dans le domaine santé sur le serveur du gouvernement. Cette dernière pourra être accessible sur le site principal du ministère sous forme d'un lien. Ainsi les documents et bonnes pratiques pour la capitalisation du PASS pourront être publiés dans la rubrique des "projets et programmes" actuellement en cours de révision</li> </ul> | En cours |

| Décision |   |                          |        |            |                      |              | Suivi   |          |
|----------|---|--------------------------|--------|------------|----------------------|--------------|---|----------|
| N°       | Décision  | Période d'identification | Source | Acteur     | Structures associées | Date limite  | Etat d'avancement   | Statut   |
| 9        | Prendre les dispositions pour augmenter le nombre d'étudiants admis au Master en SIO  | 25/10/2017               | SMCL   | SRHDS/DAF  | INMeS                | Fin décembre | Des dispositions en cours dans ce cadre sont les suivantes:<br>1. intensifier la communication (par l'INMES) de l'ouverture de ce Master pour plus de candidatures,<br>2. actualiser le plan de formation du MS en y intégrant la formation Master SIO  | en cours |
| 10       | Analyser de façon approfondie les facteurs explicatifs des statistiques significativement inférieures du Couffo par rapport aux autres départements en vue 'élaborer un plan d'actions multi-acteurs pour y remédier et infléchir les tendances actuelles | 27/02/2018               | SMCL   | DDS Couffo | PASS Sourou          | déc 2018     | 1- Les performances dans le département du Couffo s'expliquent par le fait que la comparaison des tendances régulièrement enregistrées ne tiennent pas compte des spécificités de chaque département<br>2- zones sanitaires de la Donga (Bassila) frontalière dans la Donga<br>3- la situation enclavée de certaines formations sanitaires du Couffo<br>4- telles sont entre autres les hypothèses qui seront approfondies dans le cadre de la collaboration avec le SGSI/SNIGS/SPIRS | En cours |

| Décision |  |                          |        |             |                                     |                    | Suivi   |          |
|----------|--|--------------------------|--------|-------------|-------------------------------------|--------------------|---|----------|
| N°       | Décision   | Période d'identification | Source | Acteur      | Structures associées                | Date limite        | Etat d'avancement   | Statut   |
| 11       | Etudier les options possibles (budget national/contrepartie ou budget belge) pour le renouvellement des ambulances, tout en veillant à mettre aussi en place un mécanisme pour assurer le suivi de l'amortissement et le renouvellement périodique du parc afin d'éviter la dépendance aux ressources extérieures. | 27/02/2018               | SMCL   | SGM         | DDS Donga, Mono, Couffo PASS Sourou | déc juillet 2018   | 1- Le PAG prévoit l'acquisition de 35 Ambulances<br>2- les analyses se poursuivent ainsi que les programmations avec toutes les précautions de pérennité requises | En cours |
| 12       | Procéder à la commande des dix ambulances prévue sur le budget du PASS Sourou  | 18/09/2018               | SMCL   | PASS Sourou |                                     | fin septembre 2018 | La commande a été faite et les ambulances sont attendues pour fin décembre 2018   | En cours |

| Décision |   |                          |        |           |                      |                   | Suivi  |              |
|----------|---|--------------------------|--------|-----------|----------------------|-------------------|--|--------------|
| N°       | Décision  | Période d'identification | Source | Acteur    | Structures associées | Date limite       | Etat d'avancement  | Statut       |
| 13       | Identifier les mécanismes pertinents pour assurer la maintenance et l'amortissement des ambulances nouvellement acquises  | 18/09/2018               | SMCL   | DPP       | SGM/MS               | fin décembre 2018 | Ces dispositions et mécanismes sont pris en compte dans le plan de pérennisation du PASS | En démarrage |
| 14       | Intégrer les données sur la maintenance des équipements y compris les inventaires dans le DHIS2 aux fins de prise de décision   | 18/09/2018               | SMCL   | DIEM      | DPP                  | fin février 2019  |  | En démarrage |
| 15       | Mettre en place au niveau du MS un noyau technique dont les compétences seront renforcées par les consultants afin de garantir la gestion de l'iRHIS après sa mise en place | 18/09/2018               | SMCL   | SRHDS/DAF | SGM/MS               | Fin février 2019  | Le processus de désignation d'un nouveau projet management est en cours.                 | En cours     |

| Décision |   |                          |        |             |                      |                  | Suivi   |              |
|----------|---|--------------------------|--------|-------------|----------------------|------------------|---|--------------|
| N°       | Décision  | Période d'identification | Source | Acteur      | Structures associées | Date limite      | Etat d'avancement   | Statut       |
| 16       | Explorer la possibilité de mettre à contribution les structures académiques (étudiants) pour l'analyse des facteurs explicatifs du faible niveau des indicateurs dans le Couffo   | 18/09/2018               | SMCL   | DDS Couffo  | PASS                 | fin juin 2019    | contact déjà pris avec professeur KPATCHAVI afin d'identifier les étudiants à mettre sur le sujet pour des analyses plus concluantes  | En cours     |
| 17       | Elaborer une stratégie de sortie du PASS pour les principaux chantiers en précisant, pour chaque grand chantier/acquis, l'objet à transférer et la structure bénéficiaire (sur base du plan de pérennisation qui avait déjà été élaboré)  | 18/09/2018               | SMCL   | PASS Sourou | DPP/SGM              | Fév 2019         | il est prévu de réaliser ce plan à l'occasion du rapport de résultat annuel 2018 avec l'implication des porteurs et champions sur la base du plan de pérennisation déjà réalisé | En démarrage |
| 18       | Programmer de manière réaliste un montant plus important sur les fonds de contrepartie à hauteur de l'engagement initial et tenant compte des derniers calculs faits sur exécution (équipement MNT (Atacora), formations SONU 2019 pour les agents de Santé de la zone d'intervention PASS) | 18/09/2018               | SMCL   | DPP         | PASS                 | fin octobre 2018 | Echanges en cours sur les réallocations budgétaires 2019  | En démarrage |



| Décision |  |                          |        |           |                      |                   | Suivi   |              |
|----------|--|--------------------------|--------|-----------|----------------------|-------------------|---|--------------|
| N°       | Décision   | Période d'identification | Source | Acteur    | Structures associées | Date limite       | Etat d'avancement   | Statut       |
| 19       | Etudier la durée au poste des agents de santé dans le cadre du prochain recensement des RHS au profit du projet IRHIS  | 18/09/2018               | SMCL   | SRHDS/DAF | PASS                 | fin décembre 2018 | Le recensement est effectué. Les données collectées permettront d'indiquer l'ancienneté de chaque agent dans le département et un tableau de bord est proposé pour avoir la situation des anciennetés moyennes par département. | En cours     |
| 20       | Autoriser le partage des données des CPS sur les VBG et la SSARJ afin qu'elles soient prises en compte dans l'analyse et les décisions au niveau des plateformes départementales SSRAJ           | 18/09/2018               | SMCL   | DPP/MASM  | DPP                  | fin juin 2019     | un récent atelier a réuni les acteurs des VBG/SSRAJ   | En cours     |
| 21       | Sécuriser le financement requis sur le budget national pour assurer la formation continue des RHS du MS sur les SONU au titre de 2019 pour les 3 départements du Mono, du Couffo et de la Donga. | 18/09/2018               | SMCL   | DPP       | DSME/SGM             | fin octobre 2018  | Echanges en cours sur les réallocations budgétaires 2019  | En démarrage |

| Décision |  |                          |        |        |                      |             | Suivi   |                 |
|----------|--|--------------------------|--------|--------|----------------------|-------------|---|-----------------|
| N°       | Décision   | Période d'identification | Source | Acteur | Structures associées | Date limite | Etat d'avancement   | Statut          |
| 22       | Intégrer la prise en charge des MNT dans le paquet de soins à couvrir par le volet assurance maladie de l'ARCH afin de soutenir les efforts en cours dans le cadre de la mise en œuvre du plan de réponse multisectorielle | 27/02/2018               | SMCL   | SGM    | PASS                 | déc 2018    | 1- les dispositions sont en cours au niveau du PASS pour préparer les formations sanitaires à la collaboration fructueuse avec l'ARCH notamment en ce qui concerne le paquet de soins et l'assurance qualité (AQ) qui prend en compte les principaux volets du système sanitaire et des soins.<br>2- 3- les paquets retenus ont été validés et prennent en compte les MNT | <b>En cours</b> |

### 5.3 Cadre logique mis à jour



Cadre logique PASS

### 5.4 Aperçu des MoRe Results

|  |  |
|--|--|
| Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ? | Aucun                                      |
| Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?                                      | Oui  |
| Planning de la MTR (enregistrement du rapport)                                     | 07/2017                                    |
| Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)                                      | 09/2019                                    |
| Missions de backstopping   | Prochaine mission programmée en avril 2019 |

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



Budget vs Actuals

### 5.6 Ressources en termes de communication

Dans le cadre du changement de nom CTB/Enabel en janvier 2019, un certain nombre de support visuel ont été confectionnés. A ce titre, on peut citer :

- De nouveaux templates Enabel Bénin (lettre, rapport, TdR, etc)
- De nouveaux supports visuels de communication à l'effigie d'Enabel (Roll-Up, Plaquette signalétiques de bureau, tableaux d'accrochage, photos de bénéficiaires avec logo, etc...)
- L'élaboration d'une nouvelle fiche de Programme PASS SOUROU

Dans le courant de l'année 2019 et suite au recentrage du programme, l'équipe a également travaillé à l'élaboration de 6 fiches résultats sur les thématiques suivantes :

- o Assurance Qualité (AQ)
- o Maladies Non Transmissibles (MNT)
- o Production RHS (IFSIO Parakou)
- o Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)
- o Plateforme des Utilisateurs des Services de Santé (PUSS)
- o Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes (DSSRAJ)

Dans le cadre de ses activités, le programme PASS a lancé l'élaboration d'outils de communication pour la lutte contre les MNT : Messages à l'intention du public, affiches, guides, boites à images (cfr output 2).

Des vidéos ont également été réalisées notamment sur l'appui fourni par le PASS dans le cadre de la production de ressources humaines en santé avec des témoignages d'acteurs clés (direction, professeurs, étudiants) de l'IFSIO de Parkaou et de l'INMeS de Cotonou mais aussi sur l'impact des formations SONU avec le témoignage d'une sage-femme dans son milieu de travail à la maternité du centre de santé de Pabegou.

Lors de certaines Journées Mondiales, des messages forts ont été réalisés et diffusés sur nos plateformes de communication (journée internationale des femmes, journée mondiale de la santé, journée

sans tabac, journée internationale de la fille (SSR), Journée mondiale de l'alimentation avec un lien avec PROFI et AMSANA), la violence à l'égard des femmes, Journée mondiale de lutte contre le sida, Journée de la Couverture Santé Universelle.

Un membre de l'équipe a également participé au 5<sup>e</sup> symposium sur les systèmes de santé organisé en octobre 2018 à Liverpool. Compte tenu de la corrélation entre les interventions du PASS et les thèmes du symposium, deux abstracts ont été présentés. L'un s'inscrit dans « les ODD comme incitation au renouvellement d'actions multisectorielles » et l'autre dans « Les systèmes de santé communautaire : les besoins des communautés se trouvent à ce niveau souvent invisibles des systèmes de santé ».

Présentation des 2 thématiques sélectionnées PUSS et appui aux mairies :

- « *L'autonomisation des communautés dans un système local de santé efficace au Bénin* » : du symbolisme à la réalité Intervenant : André Nouemou Chargée d'Appui Conseil, PASS SOUROU volet demande, Sous-thème : Les systèmes de santé communautaire
- « *Vouloir le possible et reconnaître le rôle des gouvernements locaux dans la santé* » : une expérience béninoise ancrée dans le SYLOS. Intervenant : Elodie Allabi Sous thème : Les ODD comme incitation au renouvellement d'actions multisectorielles

