

Annexe de la Convention de
financement entre ENABEL et
l'AFD

Titre : EQUITE-Egbe Ire

(Sous-titre : « Ensemble pour une
Qualité des soins inclusive et
Transparente, orientée vers
l'Égalité genre - 'Bonne santé'»)

République du Bénin

enabel.be

TABLE DES MATIERES

Acronymes	1
1. Résumé de l'action	5
2. Contexte général d'intervention du projet	8
2.1. Contexte socio-démographique	11
2.2. Situation sanitaire des populations	11
2.2.1. Santé maternelle	11
2.2.2. Santé de l'enfant	12
2.2.3. Profil épidémiologique changeant : une double charge de morbidité avec une croissance des maladies non transmissibles	12
2.3. Organisation du secteur Santé au Bénin	14
2.3.1. Organisation institutionnelle	14
2.3.1.1. Le niveau central	14
2.3.1.2. Niveau intermédiaire	15
2.3.1.3. Niveau opérationnel	15
2.3.1.4. Place du secteur privé	15
2.3.2. Les politiques de décentralisation et de déconcentration du secteur	15
2.3.3. Financement du secteur	16
2.3.4. Les Ressources humaines	17
2.3.5. La coordination du secteur	18
2.3.6. Infrastructures et offre de soins	19
2.3.6.1. Infrastructures de soins	19
2.3.6.2. Offre de soins	19
2.3.7. L'organisation de la demande de soins et la redevabilité sociale	21
2.4. La politique du Bénin et les stratégies sectorielles	22
2.4.1. Politique et réformes du gouvernement du Bénin	22
2.4.2. Le Plan National de Développement sanitaire (PNDS) 2018-2022	24
2.4.3. Santé maternelle, néo-natale et infantile/Soins obstétricaux SONU	24
2.4.4. Stratégies de lutte contre les Maladies Non-transmissibles (MNT)	25
2.4.5. Qualité des soins	25
2.4.6. Stratégie Genre	26
2.4.7. Stratégie de développement des RHS	27
2.5. Le contexte et défis spécifiques(s) des Collines	29
2.5.1. Situation des RH	29
2.5.2. Les Soins Obstétricaux Néonataux de Base et Complémentaires SONU/B-C	29
2.5.3. La lutte contre les Maladies Non Transmissibles - MNT	29
2.5.4. Qualité des soins	29
2.5.5. La Violence Basée sur le Genre VBG, le Genre et la Planification Familiale	30
3. Approche stratégique de l'Action et Méthodologie	31

3.1. Logique de l'intervention	31	ANNEXE 5 : SITUATION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE	76
3.1.1. Une approche « multi-acteurs » et « multi-niveaux »	31	ANNEXE 6 : SYNTHESE DES CONSTATS FAITS SUR LE TERRAIN PAR PRINCIPALES	
3.1.2. Une dynamique d'apprentissage	32	THEMATIQUES	79
3.1.3. Une approche centrée sur la personne	32	ANNEXE 7 : CONDITIONS DE REUSSITE DU DOUBLE ANCRAGE	82
3.2. Principes directeurs	33	ANNEXE 8 : INDICATEURS ET LIGNE DE BASE	83
3.3. Synergies et coordination	34	ANNEXE 9 : CHRONOGRAMME INDICATIF DE L'INTERVENTION	85
4. Description de l'action opérationnelle	37	ANNEXE 10 : LISTE DES FORMATIONS SANITAIRES	87
4.1. Objectifs de l'intervention	37	ANNEXE 11 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES	89
4.2. Résultats ('composantes') attendus de l'intervention	37		
4.3. Principales activités ('réalisations') à mettre en œuvre	37		
4.4. Zones d'intervention	42		
4.5. Bénéficiaires de l'action	43		
4.5.1. Bénéficiaires indirects	44		
4.5.2. Bénéficiaires directs	44		
4.6. Durée de l'action et calendrier indicatif	44		
4.6.1. Durée de mise en œuvre	44		
4.6.1.1. Phase de démarrage (6 mois)	44		
4.6.1.2. Exécution (48 mois)	44		
4.6.1.3. Clôture (6 mois)	45		
4.6.2. Calendrier indicatif	45		
4.7. Budget de l'action	45		
5. Gouvernance et mode opératoire du projet	47		
5.1. Cadre contractuel	47		
5.2. Gouvernance	47		
5.2.1. La coordination	47		
5.2.2. Comité de pilotage	48		
5.2.2.1. Composition	48		
5.2.2.2. Mission et fonctions	48		
5.2.2.3. Modes de fonctionnement	48		
5.2.3. Comité Technique de Suivi	49		
5.2.4. Structure d'exécution de la cellule de gestion de projet	49		
5.3. Outils de mise en œuvre	53		
5.4. Suivi des résultats et rapports	53		
5.5. Evaluation et audit	54		
6. Risques et hypothèses	55		
7. Cadre logique indicatif de l'intervention	59		
8. Communication et visibilité	64		
ANNEXE 1 : CAPITALISATION DES EXPERIENCES & AXES DE COMPLEMENTARITE ET DE SYNERGIE	65		
ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES PTF	72		
ANNEXE 3 : LES GRANDES REFORMES DU SECTEUR	73		
ANNEXE 4 : ZONE DE MISE EN ŒUVRE	75		

ECD	Equipes Chèvres de District
EES	Enquête Préépidémiologique et de Santé
EDSV	Enquête Démographique et de Santé V (5ème)
EESZ	Equipe d'Enrichissement de la Zone Sanitaire
EIC	Expert Technicien International
ETME	Educateur de la transmission mère-enfant
FAP	Femme en Age de Procréer
FER	Financement basé sur les résultats
FM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FMI	Fond Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
FS	Formation Sanitaire
HPV	Human Papilloma Virus
HTA	Hypertension artérielle
HZ	Hôpital de Zone
IEC	Information-Education-Communication
IFSO	Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux
INMIS	Institut National Médico-Sanitaire
INSSAE	Institut National des Statistiques et de l'Analyse Economique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISO	International Organization for Standardization
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MASM	Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance
MCV	Maladies cardiovasculaires
MDM	Médecins Du Monde
MNT	Maladies Non Transmissibles
MS	Ministère de la Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
ONAS	Organe National d'Accréditation en Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PAG	Programme d'Action du Gouvernement
PASMI	Programme d'Appui à la Santé Maternelle et Infantile
PASS	Programme d'Appui au Secteur Santé
PCaD	Programme de Croissance pour le Développement Durable
PCI	Prévention et Contrôle de l'Infection
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	Prise en Charge
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PITA	Plan Intégré de Travail Annuel
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAQ	Programme National Assurance Qualité
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire

AJD	Agence Française de Développement
ADTS	Antenne départementale de la transmission sanguine
ANPS	Agence Nationale de Protection Sociale
AOF	Attributions, Organisation et Fonctionnement
APEPE	Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger
AQ	Assurance Qualifié
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
ATN	Assistant Technique National
EN	Budget National
CAP	Connaissances-Attitude Pratique
CAPE	Centres d'Appui et de Protection de l'Enfance
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement
CERNHUD	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie
CHD	Centres Hospitaliers Départementaux
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CI	Cours d'Initiation
CIM	Classification internationale des maladies
CIPEC - VEG	Centre Intégré de Prise En Charge des Violences Basées sur le Genre
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier Universitaire
CNLS/TP/H	Conseil National de Lutte contre le Sida, la Tb, le Palud et l'Hépatite
CoPi	Comité de Pilotage
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Centre de Protection sociale
CS	Convention Spécifique
CS	Centre de Santé
CVA	Chauffeur de Véhicule Administratif
DAAF	Direction des Affaires Administratives et Financières
DBM	Déchets Biomédicaux
DDS	Direction Départementale de la Santé
DHIS2	District Health Information System (Version 2)
DIP	Direction de l'Informatique et du Pré archivage
DNH	Direction Nationale des hôpitaux
DNSP	Direction nationale de la Santé Publique
DPMED	Direction des Pharmacies et du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFMT	Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle
DSO	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSSR	Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive
ECA	Expert Contractualisation & Acquisition

PNUSS	Plateforme Nationale des Utilisateurs des Services de Santé
POS/VBG	Procédures Opérationnelles Standardisées des Violences Basées sur le Genre
PSDRHSS	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé
PSER	Plan de Suivi-évaluation et de Recrutement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PUSS	Plateformes des Utilisateurs des Services de Santé
RAC	Revenus Annuelles Conjoints
RAFI	Responsable Administratif et Financier
R-CR	Référence – Contre-Référence
RECAPEM	Renforcement des Capacités pour l'Autonomisation des Femmes
RHS	Ressources Humaines en Santé
SARA	Services Availability and Readiness Assessment
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SONU B	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONU C	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complète
STAMINA	Santé Reproductive de la Mère, Néonatale, infantile et des Adolescents
SSRAJ	Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents (OS) et Jeunes
STEP	Étape (technique par étapes utilisée pour le dépistage des facteurs de risques des maladies non transmissibles (MNT) utilisée par l'OMS)
SYLOS	Système local de santé
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VBG	Violences Basées sur le Genre
VFF	Violences faites aux Femmes et aux Filles
VIH/Sida	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquis
WILDAF	Women in Law and Development in Africa
ZS	Zone Sanitaire

L'Etat français appuie le secteur santé du Bénin depuis 2011 à travers plusieurs projets dont le Programme d'Appui à la Santé Maternelle et Infantile (PASMII) sous maîtrise d'ouvrage du ministère de la Santé (MS), achevé en 31/12/2018. L'Etat français a décidé de poursuivre son appui dans le secteur de la santé à travers la mise à disposition d'une enveloppe de subvention de onze millions (11.000.000) Euros à octroyer aux instances de l'Agence Française de Développement (AFD) en 2019.

L'AFD a réalisé deux missions de pré-identification et d'identification en décembre 2018 et janvier 2019 afin de faire un état des lieux du secteur de la santé : réformes en cours, priorités du gouvernement, programmes mis en œuvre par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) en vue de cibler les besoins non couverts. C'est ainsi que l'AFD a décidé, en concertation avec l'Etat béninois, de confier la mise en œuvre de ce projet à l'Agence Belge de Développement (Finaibel), présente au Bénin dans le secteur de la santé depuis 20 ans à travers différents programmes (dont le programme PASS-SOIROU - en clôture - et le nouveau programme P@SIRIS). Les missions de l'AFD ont été complétées par une troisième, réalisée en mai 2019 par le siège de Finaibel avec les mêmes objectifs de meilleure connaissance du processus de développement sanitaire en cours dans le pays.

Un processus inclusif et participatif (facilité par un consultant externe) a ensuite été engagé pour réaliser une étude de faisabilité et faciliter la formulation du projet dans sa portée (contenu) et pour le choix du territoire géographique de mise en œuvre. Suivant la demande du Ministère de la Santé et confirmée lors de l'analyse des besoins des différents missions de formulation, le focus de cette intervention a été porté sur les Maladies Non-Transmissibles (MNT), les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), le genre, le renforcement des Ressources Humaines en Santé (et les institutions de formation), et le développement du système de santé local au niveau des Zones de Santé (ZS) et Directions Départementales de la Santé (DDS) appuyées. Les maladies transmissibles seront couvertes par d'autres bailleurs.

L'intervention comprend un objectif transversal de réduction des inégalités femmes/hommes, qui se traduit par la mise en place d'activités spécifiques dans chaque sous-composante de l'intervention.

Conformément aux résultats de l'étude de faisabilité et de la formulation, le département des Collines a été retenu comme territoire principal de mise en œuvre de l'intervention, avec un appui au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) du Borgou.

L'approche systémique sera l'un des principes qui guidera l'action en appuyant les processus de façon globale et intégrée (les acteurs, les facteurs, les interactions) et en prenant également en compte les dynamiques endogènes. Le double ancrage des actions et la recherche-action aideront à capitaliser les expériences pour le développement du système de santé du Bénin. L'intervention renforcera une approche centrée sur la personne avec le respect des spécificités notamment celles liées au genre. Elle contribuera à réduire les écarts d'opportunités entre les femmes et les hommes pour plus d'égalité et à lutter contre les Violences Basées sur le Genre (VBG).

Tableau 1 : Description du projet

Titre	ÉQUITE-Égale Inc (Sous-titre : « Ensemble pour une Qualité des soins Inclusive et Transparente, orientée vers l'égalité genre - 'Bonne santé' »)
Durée de la mise en œuvre	60 mois (6 mois de démarrage - 48 mois d'exécution - 6 mois de clôture)
Zone géographique	Bénin, département des Collines + service pédiatrie CHD Borgou
Coût total	Coût total : 11 000 000 € Montant total de la contribution de l'AFD : 11 000 000 €
Partenaire de mise en œuvre	Ministère de la Santé
Signataire de la convention de financement et bénéficiaire des fonds	Enabel
Bénéficiaires	Bénéficiaires directs : Les services de santé publiques et privés des départements des Collines (centres de santé, hôpitaux), les Comités de Gestion, la DDS, les EEZS, les CPS, les ONG locales, et les mairies des communes des zones appuyées et le service pédiatrie du CHD du Borgou. Les professeurs et les étudiants de l'IFSIQ et de l'INMES Bénéficiaires indirects : Les populations des départements des Collines et du Borgou (service pédiatrie CHD), soit 1,5 millions de personnes (incluant la population des Collines et les enfants de moins de 14 ans dans le Borgou), avec une attention particulière accordée aux femmes, adolescents et jeunes. Contribuer à l'amélioration de la santé des populations au Bénin, en particulier les plus vulnérables et visant l'égalité femmes/hommes
Objectif général	«La population du Bénin dispose d'une offre de soins intégrée de qualité pour les Soins Obstétricaux & Néonataux d'Urgence (SONU) et les Maladies Non Transmissibles (MNT), tenant compte des besoins spécifiques liés au genre, principalement dans le département des Collines et au niveau du pôle pédiatrie du CHD du Borgou »
Objectifs spécifiques	
Résultats escomptés	Composante 1 / Résultat 1 : « Des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité par rapport aux Maladies Non-Transmissibles (MNT) et les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), tenant compte des besoins spécifiques des femmes & des adolescent(e)s & enfants, sont disponibles dans les Collines et au niveau du pôle pédiatrie du CHD du Borgou avec une meilleure redevabilité des

	patients ». Composante 2 / Résultat 2 : « Le personnel soignant est disponible et mieux formé en tenant compte des enjeux de genre dans les formations sanitaires ». Composante 3 / Résultat 3 : « Les capacités techniques et la gouvernance des institutions partenaires du projet, dans le respect de l'égalité femmes/hommes des structures cibles par le projet, sont renforcées. » 1210, 1218, 1220, 1229, 1230, 1231, 1233, 1236, 1302A, 1308A, 1317G, 1318G
Code(s) CAD	ODD principal : - ODD n° 3 « Bonne santé et bien-être » - ODD n° 5 « Égalité entre les sexes » ODDs secondaires : - ODD n° 4 « Education de qualité » - ODD n° 10 « Inégalités réduites »

2.1. Contexte socio-démographique

Le Bénin, pays d'Afrique de l'Ouest, a une superficie modeste (114.769 km²) avec une population estimée en 2018 de 11.496.140 habitants¹, dont 51,2% est de sexe féminin.

Le Bénin est caractérisé par une population jeune. En effet, 56,6% de la population a moins de 20 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 60,8 ans, légèrement plus élevée pour les femmes (62,9 ans) que pour les hommes (58,6 ans). Le taux de fécondité est de 5,7 selon l'enquête démographique de santé 2018. Le taux d'accroissement démographique annuel est de +2,7%.

Au plan économique, le Bénin est classé parmi les pays à "revenu faible" avec un Produit Intérieur Brut (PIB) de 8,573 milliards de dollars courant et une croissance de 6 % en 2018 (FMI). Le taux de pauvreté s'est aggravé ces dernières années, passant de 37,5 % en 2006 à 40,1 % en 2015. Le Bénin occupe désormais le 163ème rang sur 189 en termes d'indice du développement humain (2018). Avec un indice de 0,515 en 2018, le pays se situe ainsi dans la catégorie des nations ayant un « développement humain faible ».

2.2. Situation sanitaire des populations

2.2.1. Santé maternelle

La mortalité maternelle a légèrement baissé ces dix dernières années (2006 et 2017) mais reste à plus de 390 décès pour 100 000 naissances vivantes, loin de la cible des ODD de 70. Formis la mortalité maternelle, les autres indicateurs liés à la santé maternelle malgré de légers progrès sont restés largement en deçà des cibles des ODD (tableau ci-dessous). Cette faible performance appelle à questionner l'efficacité des stratégies en cours, et incite à des mesures plus holistiques et systémiques prenant en compte les goulots au niveau de l'offre de soins de qualité, les déterminants sociaux de la santé (annexe 5) et les mécanismes de mutualisation des risques.

Tableau 2.1.Santé de la femme

Indicateurs	1996 (EDS)	2001 (EDS)	2006 (EDS)	2011 (EDS)	2017-18 (EDS)	Cible ODD 2030
Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 Naissances Vivantes)	498	ND	397	ND	391	70
Proportion d'accouchements assistés par du personnel médical qualifié (ou en institution)	60%	73%	74%	80,9%	84%	100%
Prévalence contraceptive aux méthodes modernes	3,4%	7,2%	6,1%	7,9%	12%	35%
Accès aux soins prénatals (4 CPN : dernière Consultation Prénatale au cours du 9 ^{ème} mois de grossesse)	54%	62%	61%	58%	52%	100%

Source : Annuaire statistique 2017

¹ Projection INSAE 2018

Les complications obstétricales directes les plus fréquentes sont les décès dus à 18,3% des cas, les prééclampsies et éclampsies dans 16,5% des cas et les hémorragies de la délivrance dans 15,7% des cas (Bouquet SONU Bénin 2016).

2.2.2. Santé de l'enfant

Par ailleurs, près d'un tiers d'enfants de moins de 5 ans (29 %) accusent un retard de croissance, proportion qui est plus élevée en milieu rural (35 %) qu'en milieu urbain (28 %) (EDS V).

La tendance reste similaire à celle de la santé maternelle : on observe une diminution de la mortalité néonatale, infantile et infantile-juvénile, au cours des dix dernières années mais les cibles ODD sont encore loin d'être atteintes. La mortalité infantile-juvénile en 2018 était de 96 pour 10 000 naissances vivantes (EDS V, 2018).

Tableau 2.2.Santé de l'enfant

Indicateurs	1996 (EDS)	2001 (EDS)	2006 (EDS)	2011 (EDS)	2017-18 (EDS)	Cible 2030
Taux de mortalité des moins de cinq ans	166 %	160 %	125 %	70%	96%	25 %
Taux de mortalité néonatale	38,2 %	38,4 %	32 %	23%	30%	12 %
Taux de mortalité infantile	94 %	89 %	67 %	42%	55%	55%
Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	56,8%	55,9%	51,1%	76%	68%	100 %

Source : Annuaire Statistique 2017

2.2.3. Profil épidémiologique changeant : une double charge de morbidité avec une croissance des maladies non transmissibles

Le profil épidémiologique reste toujours marqué par la prédominance des maladies transmissibles, où le paludisme demeure la première cause de consultation (42,8% des cas) et d'hospitalisation (22,3%) et dont l'incidence et la létalité dans la population restent élevées, 14,6% et 0,9%, respectivement (Annuaire des statistiques sanitaires de 2017).

La prévalence du VIH dans la population générale s'est stabilisée à 1,2%, mais les comportements à risque persistent chez les jeunes de 15 à 24 ans (EDS V). Le Bénin a connu ces dernières années les épidémies de la fièvre hémorragique à virus Lassa. Au 30 mars 2019, 09 cas ont été confirmés, tous guéris après traitement. Quelques foyers de choléra ont été également enregistrés en 2017 et 2018.

La maîtrise de ces épidémies indique un niveau d'organisation du système de surveillance mais aussi une certaine résilience du système de santé. Il convient de souligner l'impérieuse nécessité de renforcer le système de santé et particulièrement du système local de santé SYLOS (District Sanitaire) dans toutes ses composantes y compris communautaire ; celui-ci constituant le socle de tout système efficace de contrôle des épidémies.

Le profil épidémiologique est également caractérisé par l'émergence des maladies non transmissibles et leur ampleur tant d'elles un problème de développement pour les pays en développement comme le Bénin.

L'enquête nationale de dépistage des facteurs de risque de MNT (STEP, 2015) a révélé les résultats préoccupants pour les principales maladies ci-après.

Les principaux facteurs de risque de MNT étaient : obésité 7,4% ; Hypercholestérolémie 4,4% ; consommation du Tabac 5,0% ; consommation nocive d'alcool 7,8%.

Tableau 5.1. Prévalence de l'hypertension artérielle par département (STEP, 2015)

Département	% Glucose ≥126 mg/dl ou Pré-diabète	
	Hommes	Femmes
Bénin : 12,5%		
Ancora	10,7	9,7
Plateau	3,6	5,4
Atlantique	16,7	20,4
Littoral	19,4	19,0
Donga	11,7	9,1
Mono	6,9	14,3
Couffo	12,6	2,4
Zou	2,3	5,5
Collins	15,0	16,7
Borgou	21,6	28,0
Alibori	6,9	5,8
Ouémé	18,6	16,6
TOTAL	12,7%	12,2%

Tableau 5.2. Prévalence de l'hypercholestérolémie par département (STEP, 2015)

Département	%	Hommes : 37,8	Femmes : 24,2
Bénin : 25,9%			
Ouémé	16,2		
Plateau	31,8		
Atlantique	30,5		
Littoral	32,3		
Mono	22,6		
Couffo	19,8		
Zou	15,9		
Collins	29,7		
Borgou	34,4		
Alibori	31,6		
Ancora	24,0		
Donga	29,3		

La situation des autres maladies chroniques non transmissibles telles que les maladies respiratoires chroniques, les maladies mentales, les cancers est très difficile à apprécier en raison de l'absence de système d'information fiable pour collecter les données y afférentes. Les données figurant dans l'annuaire des statistiques ne reflètent pas la réalité étant sous notifiées.

Cette situation reflète le manque de fiabilité du système d'information hospitalier en partie due à l'absence de classification internationale des maladies (CIM) fonctionnelle dans le système de soins.

La situation des MNT est d'autant plus préoccupante que le volet « qualité » de l'enquête STEPS (STEP, 2015) révèle que le système de santé béninois est très mal préparé pour offrir des services et soins de qualité. Ce constat est renforcé par les résultats de l'enquête SARA 2018.

2.3. Organisation du service de santé au Bénin

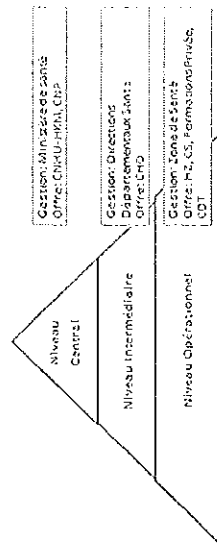
Le Bénin compte douze départements subdivisés en 77 communes, 545 arrondissements comprenant 3 743 villages et quartiers de ville. Le Bénin dispose de trente-quatre (34) zones sanitaires. Chaque zone sanitaire couvre une à quatre communes, et est dotée d'un hôpital de zone qui sert de structure de première référence pour une population de 266 000 à 250 000 habitants environ.

2.3.1. Organisation institutionnelle

Le secteur de la santé au Bénin est organisé sous une forme pyramidale à trois niveaux, cédée sur le découpage territorial : (i) un niveau central ou national qui assure l'appui stratégique aux départements, (ii) un niveau intermédiaire ou départemental qui assure l'appui technique aux zones sanitaires et (iii) un niveau opérationnel représenté par les zones sanitaires (ZS) qui offre les soins de santé primaires aux populations.

Figure 1.1. La pyramide sanitaire au Bénin

Pyramide sanitaire



2.3.1.1. Le niveau central

Le Décret N° 426 du 20 juillet 2016 réorganise le Ministère de la Santé dont le niveau central comprend trois (03) Directions centrales qui sont la Direction de la Prospective et de la Planification (DPP), la Direction des Affaires Administratives et Financières (DAF) et la Direction de l'Informatique et du Pré-archivage (DIP) et sept directions techniques : la Direction des Infrastructures, Équipements et Maintenance (DIEM), la Direction Nationale des Hôpitaux (DNH), la Direction de la Mère et de l'Enfant (DSME), la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP), la Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle (DRFMT), la Direction des Pharmacies et du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED) et la Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DSIO).

La principale nouveauté reste la création de la DAF qui cumule deux anciennes directions que sont la DREM et la DRH. Cette dernière est transformée en service au sein de la DAF. Étant donné l'importance de la question des Ressources Humaines en Santé (RHS) dans le contexte sanitaire actuel, il est utile d'analyser l'effet de cette réforme sur la s.

hommes et femmes, les violences basées sur le genre requièrent des actions sociales pour lesquelles le rôle des communes est déterminant. Il en est de même de la lutte contre les maladies non transmissibles dont les facteurs de risques majeurs sont d'ordre comportemental et environnemental et pour lesquels des actions intégrées et amorcées au niveau local sont impératives. Il est donc impératif que les capacités de management des Zones Sanitaires (ZS) soient renforcées afin d'optimiser le potentiel du partenariat entre le Bureau de zone (Équipes Cadres de District – ECD) et les communes. Les principales orientations du plan de décentralisation et de déconcentration du Ministère de la Santé (MS) vont dans le même sens.

Ces orientations constituent une stratégie clé pour la mise en œuvre des politiques sectorielles et sous-sectorielles dans les prochaines années. Elles marquent la volonté de l'autorité de renforcer la subsidiarité, la redevabilité aux bénéficiaires et les actions des collectivités locales décentralisées dans la santé.

Le plan national de décentralisation et de déconcentration (PaD) donne les directives pour améliorer la décentralisation dans le secteur. Le plan a indiqué les domaines et les activités à déconcentrer vers les DDS et Bureaux de zone pour la santé et les Communes, comme celles qui suivent :

- Planification, exécution et règlements des marchés publics et délégations de services publics ;
- Collecte de données pour une gestion maîtrisée des ressources humaines ;
- Elaboration et mise en œuvre des plans d'investissement, d'équipement et de maintenance du département et de la Commune ;
- Collecte et diffusion des attentes et besoins des usagers/clients ;
- Mise en œuvre de la politique nationale en matière de formation continue et de recyclage des personnels de santé.

Il serait donc indiqué que les interventions futures intègrent ou renforcent les capacités des équipes de gestion de la santé au niveau décentralisé et un partenariat avec les communes.

2.3.3. Financement du secteur

Les ressources de l'État allouées à la santé sont en constante diminution. La part du budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'État au cours des trois dernières années se présente comme suit :

Tableau 2.1. Évolution de la part du budget de l'État consacrée au secteur de la santé

Pourcentage	4,89	4,03	3,71
Source : Récapitulatif des prévisions budgétaires de dépenses de l'État 2017-2018.			

Ce ratio pourrait connaître une augmentation si on prenait les ressources de l'État allouées à la santé au niveau des ministères en charge de la défense, de la sécurité, de la justice et de l'éducation.

Le montant alloué au cours des trois dernières années par l'État est en régression et va nettement en deçà des engagements d'Abuja des États africains à allouer 15% au moins de leurs budgets nationaux au secteur de la santé.

Les principales sources de financement du secteur sont le budget national, le financement communautaire et la contribution des partenaires techniques et financiers (PTFs) à hauteur de 30%. Il n'y a pas de véritable stratégie de financement de la santé, ni de plan opérationnel

2.3.1.2. Niveau intermédiaire

Le nombre de départements sanitaires est de douze au total. La Direction Départementale de la Santé (DDS) est une entité décentralisée du niveau central, du MS dirigée par un Directeur départemental de la Santé, en général un médecin de santé publique. Chacun des 12 départements administratifs dispose ainsi d'une direction départementale de la santé. Chaque département est administré par un préfet de département.

Plusieurs programmes de lutte contre les maladies spécifiques disposent d'un service déconcentré au niveau intermédiaire.

Les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) sont le niveau de soins correspondant au niveau intermédiaire. Ils constituent le deuxième niveau de référence dans la pyramide sanitaire et le premier niveau de soins tertiaires.

2.3.1.3. Niveau opérationnel

Le Bénin est découpé en 34 zones sanitaires – ZS (districts sanitaires) qui suivent partiellement le découpage administratif. Chaque zone sanitaire couvre une à quatre communes, et est dotée d'un hôpital de zone qui sert de structure de première référence pour une population de 200 000 à 250 000 habitants environ.

La fonctionnalité des ZS est encore relative. Les collectivités locales, les communautés et la société civile sont impliquées dans la gestion des services de santé, mais la contribution des collectivités locales au financement des activités de santé est faible. Ceci est principalement dû au faible transfert (autour de 3%) du budget national vers les communes. Quant au couplage de l'organisation sanitaire avec la décentralisation administrative, une ZS comprend une ou plusieurs communes.

2.3.1.4. Place du secteur privé

Le secteur privé, le secteur libéral et le secteur à vocation humanitaire sont très actifs, mais il se pose des problèmes liés à la réglementation de l'exercice de la profession dans le secteur privé et au respect des textes. Un assainissement du secteur a été entrepris en 2018 et 2019 à la faveur des réformes dans le secteur et a abouti à la fermeture des structures de soins privées non autorisées et à l'interdiction pour un praticien du secteur public d'exercer dans le secteur privé.

2.3.2. Les politiques de décentralisation et de déconcentration du secteur

Un processus de décentralisation et de déconcentration de l'administration visant la prise en charge du développement communautaire par les populations elles-mêmes a connu une accélération depuis 2016 avec la création des six nouvelles préfectures. En 2018, le processus a été renforcé par la révision des textes régissant les organes de gestion de la santé, processus d'actualisation qui a d'ailleurs suivi une démarche très participative avec l'implication des collectivités locales et des structures départementales et communales de l'éducation. L'un des changements clés apportés par la réforme est la double tutelle des ministères en charge de la décentralisation et de la santé, ce qui renforcera l'implication plus active des collectivités dans la gestion de la santé au niveau du territoire. Elle prévoit une plus grande responsabilité des élus locaux au niveau des organes de gestion des centres de santé où ils assument la présidence.

Il s'agit donc d'une base qui renforcera désormais le partenariat des zones sanitaires avec les communes, dont les actions seront déterminantes pour l'efficacité du système local de santé. En effet, les enjeux de la santé locale relèvent de dimensions qui dépassent les seules capacités des acteurs sanitaires. Les enjeux liés à la santé maternelle et infantile, les inégalités sociales entre

intégrant les différentes sources de financement du secteur. Cette situation ne permet pas d'optimiser les moyens disponibles et contribue à la mauvaise gouvernance et au manque de transparence qui caractérisent le secteur. Néanmoins, un protocole d'entente visant à mieux coordonner les appuis des PTFs et à mieux déterminer les sources et plans d'application des financements est en cours d'élaboration par le ministère de la Santé.

Par ailleurs, on note la poursuite des politiques de subventions et de gratuité, entre autres pour de la prise en charge (partiellement) de la césarienne, la prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA et des actions de lutte contre le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

Le financement du secteur sera profondément affecté par la mise en œuvre de la couverture santé universelle prévue à travers le volet assurance maladie de l'ARCI (voir description sous 2.4). Cette réforme qui va se traduire dans un premier temps sous une forme pilote va couvrir trois zones sanitaires d'Abomey-Calavi-Se-Ava, de Dassa-Glaxou et de Djougou-Ouaké-Copargou avec un ciblage des extrêmes pauvres. Le démarrage, initialement prévu pour le premier trimestre 2019 a été retardé et ne sera effectif qu'au cours du troisième trimestre au plus tôt, avec un début par la ZS Abomey-Calavi Se-Ava.

La plus grosse part du budget repose toujours sur les ménages soit 42,74% en 2016. Cela représente un peu moins du double des dépenses de l'Etat. Considérant le niveau de pauvreté des ménages, on mesure l'urgence de la mise en place de la couverture santé pour protéger les plus vulnérables et améliorer leur accès aux soins de santé.

2.3.4. Les Ressources humaines

La disponibilité des ressources humaines en santé (RHS) qualifiées est un des principaux défis du secteur. Le Bénin dispose de 7,8 personnels qualifiés pour 10 000 habitants au lieu de 25 selon les normes internationales. Comme l'indique le tableau 8 ci-dessous sur les RHS, la densité des personnels de santé, notamment les principaux professionnels de santé pour 10 000 habitants est très faible quelle que soit la catégorie considérée. On note en particulier une faible présence de sages-femmes dans les départements du Couffo, des Collines, de l'Atacora et de l'Alibori, avec une densité variant entre 0,8 à 1,1 SF/5000 femmes en âge de procréer. Cette situation contraste avec la densité dans le Littoral, l'Atlantique et l'Ouémé, avec une présence de 4 à 7 fois celle des premiers départements cités.

Ce contraste est le reflet de la qualité de la gestion des RHS dans le secteur, caractérisée par une mauvaise répartition du personnel, une insuffisance dans le processus d'évaluation individuelle des performances et dans la gestion des carrières. La gestion des RHS souffre également d'un manque de données fiables sur les effectifs de santé. A cet égard, la mise en place, avec l'appui du PASS Sourou (clôture fin septembre 2019) d'Enabel, du logiciel IRHIS (logiciel open source) permet de pallier cette insuffisance. Le processus de son opérationnalisation dans les zones d'intervention du PASS Sourou est en cours. Il permettra 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.

Par ailleurs, la faible capacité de production des écoles et instituts de formation initiale des RHS dont dispose le Bénin contribue en partie à l'insuffisance de RHS observée. En effet, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSO) de l'Université de Parakou, dont la première promotion d'infirmiers et de sages-femmes est mise sur le marché de l'emploi en 2019, n'a qu'une capacité annuelle actuelle d'environ 70 à 75 étudiants. Cet effectif, ajouté à celui de l'INMeS, atteint à peine 150 agents paramédicaux l'an. Cet effectif reste largement en deçà du gap à combler. L'offre de formation pour le personnel soignant est en outre insuffisante (voir sous 2.4) et les méthodes d'apprentissage nécessitent d'être actualisées et améliorées en termes d'effectif et d'approches, en lien avec les derniers développements du secteur.

Le Gouvernement a annoncé un plan de recrutement massif de près de 3000 agents dans le secteur les prochaines années pour combler le gap actuel et pour répondre à la nécessité d'une mise à niveau des soins dans la perspective de la mise en œuvre de l'ARCI.

La gestion des RHS est également confrontée à deux défis qu'il est urgent de résoudre. Il s'agit de :

- parvenir à assurer la fidélisation et le maintien du personnel qualifié en poste en mettant en place des mécanismes incitatifs adéquats prenant en compte les aspects genre ;
- assurer le déploiement du personnel en fonction de la charge de travail estimée dans les formations sanitaires.

En prélude à la mise en œuvre du volet ARCI du Plan d'Action Gouvernemental (PAG) et afin d'assurer une couverture sanitaire universelle aux populations avec des soins de qualité, le gouvernement prévoit une étude sur la charge de travail dans les différentes unités de soins afin de mieux orienter le déploiement des ressources humaines dans le cadre des recrutements en cours et futurs.

Tableau 8.1. Situation des RHS par rapport aux populations et aux départements

Départements	Population	Médecin pour 10000 Hab	Infirmier pour 5000 Hab	Sage-femme pour 5000 FAF
Alibori	979 541	0,4	1,3	1,0
Atacora	866 653	0,5	1,7	1,0
Atlantique	1 569 104	2,1	2,9	4,5
Borgou	1 362 775	1,1	2,5	1,8
Collines	805 174	0,4	1,6	1,1
Couffo	836 193	0,3	1,0	0,8
Donga	609 535	0,5	2,1	3,3
Littoral	761 897	7,7	6,5	7,7
Mono	557 977	1,2	2,3	2,6
Ouémé	1 234 811	2,3	2,9	4,7
Plateau	698 360	0,5	1,1	1,1
Zou	955 509	0,7	2,0	2,1
Bénin	11 231 549	1,5	2,4	2,8

2.3.5. La coordination du secteur

Selon le décret portant attributions, organisation et fonctionnement (AOF) du Ministère de la Santé, le Secrétaire Général est chargé de coordonner les structures centrales et décentralisées et d'animer les instances de coordination. Selon une évaluation faite en 2016, la coordination du secteur n'est pas optimale, entre autres par la création de structures plus ou moins parallèles, notamment des agences, pour résoudre un problème dans le fonctionnement et/ou performance d'une structure permanente dit MS.

En 2018 un Cadre Commun de Planification et de Rentabilité entre le MS et les PTF a été mis en place, suivant un mécanisme d'entente entre les deux parties. Ce cadre commun vise à :

- Améliorer le cadre général de partenariat entre le MS et les PTF du secteur pour une meilleure coordination de l'appui extérieur au secteur santé ;

Le renforcement de la coordination du secteur sera également amélioré par la mise en place d'un portail unique de financement (extérieur) du secteur de la santé, qui sera la porte d'entrée pour tout appui extérieur et logé au CNI-STP/H.

2.3.6. Infrastructures et offre de soins

Le taux de couverture en centres de santé est de 94,6%. Des disparités importantes existent entre départements avec une couverture plus faible dans le littoral (84,8%), l'Atacora (97,2%), l'Abitibi (87,8 % et les Collines (88,3%) (source : ASS 2017). La couverture, assez élevée en Centres de Santé reflète les efforts du Gouvernement et de ses partenaires ces dernières années visant à améliorer l'accessibilité des populations aux soins de santé. Certains facteurs structurels limitent néanmoins le bénéfice de cette accessibilité géographique et réduisent l'offre de soins. Les principaux sont :

- la faible disponibilité de RHs qualifiés ;
- le niveau relativement faible du plateau technique ;
- la non-conformité aux normes nationales de nombreuses infrastructures sanitaires et
- la faible accessibilité financière des populations.

2.3.6.1. Infrastructures de soins

Selon l'enquête SARA (Services Availability and Readiness Assessment) 2018 la densité des établissements de soins est de 1,2 pour 10 000 habitants en 2017 contre 1,4 en 2014. Cette densité demeure en deçà de la norme de 2 fixée par l'OMS.

Cette enquête ne fait toutefois pas ressortir la situation des infrastructures en termes de conformité par rapport aux normes et de leur état de fonctionnalité réelle. En effet, dans beaucoup de cas, comme l'a fait ressortir la visite des hôpitaux de Dassa-Zoungbé, de Savè et de Savalou et des centres de santé de Sokpota et de Ouessè dans la commune de Savalou dans le cadre de cette étude de faisabilité, aucun des hôpitaux ou centres de santé visités ne respecte les normes en infrastructures en vigueur.

2.3.6.2. Offre de soins

Offre SONU

Le Bénin dans sa stratégie de réduction de la mortalité maternelle avait érigé toutes les maternités situées au chef-lieu de commune ou maternité Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB). La troisième évaluation rapide a révélé une faible disponibilité des SONUB dans tout le pays. Face à ce résultat, une réorganisation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence a été entreprise. C'est dans ce cadre qu'un processus de priorisation est engagé depuis 2016 afin de ramener le nombre de maternités SONU aux normes de l'OMS (5 maternités SONU pour 500 000 habitants dont au moins une offrant des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complète (SONUC) pour couvrir les services de SONU sur certaines maternités en tenant compte de la disponibilité des ressources humaines, des intrants et de la concentration de la population.

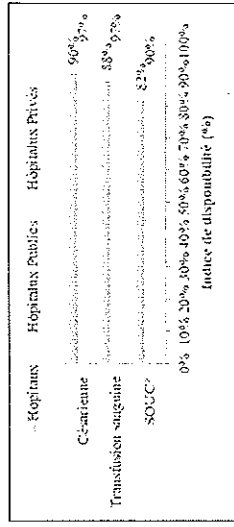
Si les services d'accouchement sont offerts dans la majorité des formations sanitaires (88%), l'offre des fonctions SONU de base reste faible. En effet, certaines fonctions SONU restent encore limitées dans de nombreuses formations sanitaires - FS selon l'enquête SARA 2018. Par exemple, en dehors de l'Atacora (72%), la disponibilité de l'administration parentérale d'anticonvulsifs dans les cas d'éclampsie ne dépasse pas 50% dans les autres départements. Ce taux est de 16%

dans les départements du Borgou et des Collines. L'offre de la réanimation néo-natale est également faible, moins de 60% des FS dans 8 départements sur 12.

Zu ce qui concerne l'offre des soins obstétricaux d'urgence, en moyenne 8% des hôpitaux publics et privés sont en capacité de couvrir les deux fonctions complémentaires (obstétricale et transfusion sanguine), avec une disponibilité plus faible pour les hôpitaux privés. Le graphique ci-dessous est illustratif.

En ce qui concerne la disponibilité de l'offre des SONUC par département, elle est de 57% dans le l'Ouémè, 67% dans le Plateau, les Collines et dans le Zou. L'offre de transfusion sanguine est la fonction SONUC faiblement disponible, en témoignent les résultats de l'enquête SARA 2018, selon lesquels « les principaux facteurs qui affectent la capacité opérationnelle des hôpitaux pour offrir la transfusion et la transfusion sanguine sont le matériel d'anesthésie (28%), l'oxygène (38%), les produits sanguins (41%) ».

Figure 2.1. Pourcentage d'établissements offrant des services de soins obstétricaux complets, par type d'établissement (N=49). Enquête SARA 2018



La référence et la contre-référence (R-CR)

Dans l'enquête SARA, il n'y a pas de données formelles sur la disponibilité d'ambulances opérationnelles et d'équipes fonctionnelles à l'échelle nationale.

Le MS s'est doté de directives nationales de R-CR en 2018 qui décrivent les normes à mettre en place en matière de référence et de contre-référence depuis le niveau communautaire. Ce document, est mal connu et la mise en œuvre des directives n'est pas encore effective.

Qualité des soins

La qualité des soins est l'un des principaux défis du système de santé béninois. De nombreux audits ont souligné la qualité insuffisante des soins offerts aux populations, que ce soit dans les FS publiques ou privées. Le PND 2018-2022 a également identifié la faible qualité des soins comme l'un des problèmes prioritaires du secteur et a retenu les « Prestations de services et l'amélioration de la qualité des soins » comme une des 6 orientations stratégiques.

Face à ce besoin de renforcer la qualité des soins, le Ministère dispose depuis 2016 d'une Politique d'assurance qualité des soins (PNAQS) qui répond à ce besoin et qui définit le cadre pour orienter les actions d'amélioration de la qualité. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, il a été prévu initialement le développement d'une approche d'accréditation des soins des hôpitaux, et la création d'un Organe National d'accréditation en santé (ONAS) élargi de conduire le processus d'accréditation. Des référentiels d'accréditation sont élaborés dans ce cadre et ont été testés dans plusieurs hôpitaux de zones et CRD. L'ONAS n'a finalement pas vu le jour. Néanmoins, la volonté de renforcer la qualité des soins à travers une approche d'accréditation de la santé est reaffirmée

dans le cadre des réformes du secteur et sera pilotée par une agence en charge de la qualité des soins. Les contours de cette agence ne sont pas encore clairement définis.

De nombreuses initiatives d'amélioration de la qualité des soins sont conduites mais elles sont souvent éparpillées et mal coordonnées. Les principales approches concernent la certification ISO, les 5S Kaizen, l'approche collaborative, et l'approche d'assurance qualité basée sur les indicateurs. Celle-ci a été conduite dans une quarantaine de RS des zones d'intervention du PASS Sourou depuis 2016. Elle est systémique et couvre tous les domaines de la qualité des soins, avec notamment la prise en compte de la demande des soins.

Par ailleurs, l'éclatement des instances de gestion de la thématique au sein du MS entre plusieurs directions rend la coordination difficile. On observe en effet que la DNF, la DNSP et la DSME partagent des attributions pour la mise en œuvre de la qualité des soins, dans un contexte de faible collaboration. Le leadership de la DNF par rapport à cette thématique devrait être renforcé.

L'impact de cette situation sur le pilotage de l'assurance qualité est constaté dans les formations sanitaires des Collines. Aucune initiative structurée d'amélioration de la qualité des soins et service n'est mise en place. Les initiatives isolées mises en place avec l'appui antérieur des partenaires au développement ont disparu. L'hygiène hospitalière, la stérilisation, la sécurité des patients méritent une attention particulière. Il en est de même pour les référentiels médicaux pour la prise en charge des patients.

2.3.7. L'organisation de la demande de soins et la redevabilité sociale

La redevabilité vis-à-vis des bénéficiaires des soins est une préoccupation pour les autorités du secteur et semble être une volonté politique forte du Gouvernement et concerne tous les secteurs publics. Elle est pilotée depuis la Présidence de la République, avec un ancrage au niveau du Ministère de l'économie numérique qui coordonne toutes les initiatives digitales.

Ainsi, le MS est dans la dynamique de la création d'un call-center pour la gestion des plaintes. Tout le dispositif institutionnel est en place au niveau central, avec l'appui du PASS Sourou, mais n'est pas encore opérationnel. L'objectif est d'offrir aux usagers des soins l'opportunité de se prononcer sur les services reçus et de permettre ainsi aux MS d'améliorer la qualité des services. Pour l'instant, le mécanisme est centralisé, au MS sous tutelle de la Direction de l'Informatique et du Prétrivage (DIP). Pour un maximum d'efficacité, il devra être décentralisé pour permettre que la perception des usagers soit prise en compte par les acteurs locaux dans un cadre structuré de gestion de la clientèle pour améliorer la qualité des prestations et la satisfaction des patients.

Dans les zones d'intervention du PASS Sourou, il existe une organisation de la demande plus structurée avec la création des plateformes des utilisateurs des services de santé (PUSS). Ces plateformes sont composées des groupes communautaires, ONG locales, mutuelles et les maires. Le soutien des maires est important pour la durabilité. Les PUSS (voir infra) se rencontrent régulièrement et ont aussi des réunions régulières avec l'offre de soins. Le dialogue porte sur la protection et le respect du droit à la santé en vue de la qualité de soins de santé et des services sociaux de base au profit des populations.

La mise en place d'une organisation faîtière nationale (PNUSS) vient d'être une réalité. Le modèle du Call center, visé à moyen terme une articulation avec les PUSS, ce qui va contribuer à aménager les défis cités plus haut.

Dans les autres localités du pays, il existe des ONG qui jouent un rôle de médiation sociale entre l'offre et la demande, et servent de porte-voix pour les patients, mais en général sans une approche structurée et systématisée.

2.3.8. Les PUSS

Les PUSS visent comme objectif d'organiser la demande à travers une initiative représentative capable d'établir un dialogue avec l'offre de soins. Les PUSS contribuent à :

- Assurer la défense des intérêts des utilisateurs des services de santé ;
- Contribuer à l'amélioration de l'offre des soins de qualité à travers la gestion des plaintes, le renforcement des capacités de leurs membres avec une attention sur les besoins pratiques et intérêts stratégiques de la tenue ;
- Assurer la vérification communautaire des services de soins dont elles bénéficient notamment dans le cadre de l'assurance qualité ;
- Appuyer et renforcer les organisations communautaires à mieux contribuer à la prise en charge de leurs problèmes de santé avec une vision d'autonomisation dans un dialogue équilibré avec les acteurs de l'offre de soins.

Les PUSS créent un espace de redevabilité des prestataires vis-à-vis des communautés qu'ils sont censés servir. Elles ont dans ce cadre cinq fonctions, à savoir :

- i. Une fonction de représentation des clients : elles contribuent aux décisions prises au niveau des instances liées à la santé dans la zone sanitaire.
- ii. Une fonction de plaidoyer et de négociation avec les instances de la santé et d'autres structures publiques et privées.
- iii. Une fonction de défense des intérêts des utilisateurs de soins : la gestion des plaintes et la satisfaction des attentes des clients en lien avec l'accueil, la disponibilité de médicaments, la disponibilité en matériels techniques, la disponibilité permanente en personnel qualifié, la mise en place de bonnes pratiques, la propriété des formations sanitaires, l'existence de moyens de références, etc.
- iv. Une fonction de promotion de la santé : le ralliement des autres secteurs au niveau local à la cause de la santé pour l'action effective sur les déterminants sociaux de la santé y compris les activités d'information, d'éducation et de communication pour un changement de comportements des populations dans le domaine de la santé.
- v. Une fonction de renforcement des capacités techniques et institutionnelles des organisations membres avec une attention sur les besoins pratiques et intérêts stratégiques de la femme.
- vi. Les PUSS sont généralement composées des mutuelles de santé, les organes de cogestion, les groupements de femmes, les ONG - relais communautaires, les associations des donneurs bénévoles de sang, les tradi-thérapeutes

2.4. La politique du Bénin et les stratégies sectorielles

2.4.1. Politique et réformes du gouvernement du Bénin

Le Bénin s'est inscrit dans une perspective à long terme : Bénin 2025 dont la vision met l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur l'accès des populations à des soins de santé de qualité et un cadre de vie sain. Les documents stratégiques guidant les actions du Gouvernement du Bénin depuis 2016 déclinent cette vision et indiquent les priorités actuelles autour de la promotion des services sociaux de base. Ainsi le **Programme National de Développement Durable (PNDD) 2018-2025** et le **Programme de Croissance pour le Développement Durable (PC2D) 2018-2021** s'inscrivent dans la perspective d'accroître l'accès des populations aux services sociaux de base de qualité, qui constitue un droit constitutionnellement reconnu pour tout citoyen. C'est dans ce cadre que s'inscrit également le **Programme d'Action du Gouvernement (PAG)** qui retient 12 chantiers prioritaires dont l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCHE) reste un des axes clés. Le volet Assurance Maladie de l'ARCHE vise à fournir un accès universel en santé aux populations, notamment les plus vulnérables à court terme.

- Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- Programme National de Planning Familial ;
- Mécanisme de prise en charge des diagnostics.

La mise en œuvre de ce programme vise à accélérer l'atteinte des Objectifs de Développement Durables (ODD).

Dans le cadre de l'opérationnalisation des ODD, une priorisation des cibles a été faite au plan national. Pour l'ODD 3, cinq (05) cibles ont été priorisées, à savoir les cibles 3.1 (Cible 3.1 : Diète à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes) ; 3.2 (Cible 3.2 : Diète à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans), 3.3 (Cible 3.3 : Diète à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmissibles par l'eau et autres maladies transmissibles), 3.4 (Cible 3.4 : Diète à 2030, réduire à un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurne due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être) et 3.7 (Cible 3.7 : Diète à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux).

2.4.2. Le Plan National de Développement sanitaire (PNDS) 2018-2022

Le secteur de la santé s'est doté d'un nouveau plan stratégique de développement pour la période 2018-2022 qui prend mieux en compte les orientations de santé du Gouvernement. Le PNDS 2018-2022 a identifié des actions structurées en six (06) orientations stratégiques :

- Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- Prestations de services ;
- Valorisation des ressources humaines en santé ;
- Développement des infrastructures, des équipements, de la maintenance et des produits de santé ;
- Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé ;
- Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture santé universelle ;

Les préoccupations relatives à l'offre de qualité des soins y compris la santé sexuelle et reproductive et les SONU sont prises en compte au niveau de l'orientation stratégique 2 sous formes d'axes d'intervention. Le genre étant considéré comme une thématique transversale est intégré dans les axes d'intervention dans toutes les orientations stratégiques.

2.4.3. Santé maternelle, néo-natale et infantile/Soins obstétricaux SONU

Le cadre stratégique qui définit les actions visant l'amélioration de la santé maternelle et infantile comprend essentiellement :

- Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018-2022 ;
- Stratégie nationale multisectorielle pour la santé sexuelle et reproductive 2018-2022 ;
- Le plan de survie de l'enfant.

Les principaux axes d'interventions indiqués dans les différentes stratégies se rejoignent sur les points suivants :

- Renforcer l'offre des SONUC, avec un focus sur une bonne couverture en CPN, et la mise en œuvre de toutes les fonctions SONUB et SONUC ;
- Promouvoir l'éradication de la transmission micro-entrant (ETME) ;

ÉTUDE DE CAS : ASSURANCE POUR LE BÉNIN - LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE CAPITAL ÉCONOMIQUE - ARCH

L'Assurance pour le Bien-être du Capital Humain (ARCH) est le principal outil de mise en œuvre de la stratégie de protection sociale au Bénin. Il est constitué par un paquet de quatre (4) services de protection sociale (Assurance Maladie, formation, Micro-crédit et Assurance retraite). Selon le concept, les bénéficiaires de cette politique sont destinés essentiellement aux couches les plus démunies de la population. L'assurance maladie est le volet principal de l'ARCH. Il est prévu que l'État assure la prise en charge totale de l'assurance maladie des pauvres extrêmes et la prise en charge partielle des pauvres non extrêmes. L'ARCH ambitionne de rendre l'assurance maladie obligatoire par la loi pour toute personne résidant au Bénin. C'est pourquoi à terme, l'État, les employeurs du secteur privé, les professionnels individuels seront tenus de souscrire au minimum pour leurs employés une assurance maladie de base. Il en sera de même pour toutes les personnes du secteur informel n'entrant pas dans la catégorie de population prise en charge par l'État.

Organisation de la gestion de l'ARCH :

Une entrepris à capitaux publics dénommée Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) sera en charge de la mise en œuvre de l'ARCH. Selon les prévisions, les services de ARCH seront offerts sur toute l'étendue du territoire béninois à travers des antennes départementales et communales. L'ANPS disposera alors à cet effet d'un agrément pour l'exercice de l'activité d'assurance maladie. Elle sera habilitée à fournir l'assurance maladie de base à tous ceux qui le désirent. De même, un mandat de gestion de l'ANPS sera donné à une compagnie d'assurance du secteur privé. Il en est de même pour le paquet de soins pour l'Assurance Maladie qui sera disponible dans toutes les formations sanitaires agréées dans le cadre de la mise en œuvre de l'ARCH. Des paquets optionnels de services seront également proposés aux adhérents.

Une subvention de primes d'assurance sera accordée par l'État aux plus démunis afin de leur permettre d'accéder au paquet de soins de base. Cette subvention sera de 100% des primes pour les pauvres extrêmes et de 40% des primes pour les pauvres non extrêmes. L'Institut National des Statistiques et de l'Analyse Économique (INSAE) aidera à assurer l'identification de la population pauvre en collaboration avec les structures ayant en charge le ciblage des plus pauvres au Bénin et la gestion de leur assistance.

Certains dispositifs publics de couverture de risque maladie seront intégrés dans le projet ARCH pour des raisons d'efficacité, d'économie d'échelle et d'équité. Il s'agit notamment de :

- Régime d'Assurance Maladie Universelle ;
- Fonds Sanitaire des Indigents ;
- Fonds dédié à la protection sociale des artistes ;
- Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Programme National de la Gratuité de la Césarienne ;
- Gratuité de Prise en Charge du paludisme des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ;
- Vaccinations obligatoires,...

Par contre, les programmes spéciaux, dont le financement et le mode d'intervention correspondent à des logiques spécifiques d'intervention, seront maintenus parallèlement à ARCH. Il s'agit de :

- Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) ;
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose ;

Dans les structures de soins, la mise en œuvre de ces stratégies reste encore à l'étape d'initiatives isolées appuyées par différents partenaires.

Une combinaison d'approches simplifiées permettra d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les PS.

2.4.5. Stratégie Genre

La stratégie genre du secteur (2014-2018) est alignée sur la Politique nationale de promotion genre, qui est le cadre normatif national en matière de lutte contre les inégalités femmes/hommes.

L'effet de la mise en œuvre de la stratégie genre dans les autres stratégies du secteur est encore peu perceptible.

Les axes d'intervention prévus par la stratégie pour la traduction du genre dans l'offre de service au profit des bénéficiaires sont, pertinents. Ceux concernant l'orientation stratégique intitulés « Intégration de la dimension genre dans la fourniture des services et prestations des soins de santé » mettent le focus sur les activités suivantes :

- Améliorer l'équité dans l'accès aux services de santé ;
- Améliorer l'intégration du genre dans la qualité des soins et prestation de services de santé ;
- Améliorer la demande en service de santé de qualité au niveau des femmes et populations vulnérables.

Il n'y a pas eu d'évaluation de la stratégie pouvant mettre en exergue les progrès accomplis dans ce sens. Le PNDS 2018-2022 prend en compte ce volet, dans une perspective transversale à toutes les orientations stratégiques. L'absence dans le plan de suivi évaluation et revue du PNDS d'indicateurs spécifiques pour mesurer l'évolution de la thématique reste une préoccupation majeure.

Une analyse de la situation actuelle par rapport au genre, l'égalité entre femmes/hommes et la violence basée sur le genre (VBG) permet néanmoins de dégager ce qui suit.

Les problèmes liés au genre, à l'égalité entre femmes/hommes et la violence basée sur le genre (VBG) bénéficient de l'implication de plusieurs acteurs notamment les acteurs nationaux (institutions publiques et Organisations Non Gouvernementales – ONG et les Partenaires Techniques et Financiers. A titre illustratif, on peut citer entre autres :

- Les études montrent que les VBG concernent 69% des femmes et des filles au Bénin.
- La Stratégie genre du ministère des affaires sociales et de la microfinance repose sur le programme national de promotion du genre élaboré en 2019.
- Il existe également un observatoire de la femme et de l'enfant, réalisé par la direction de la promotion de la femme et du genre située au ministère de la famille et des affaires sociales.
- Il existe un groupe de bailleurs « genre » piloté par l'Union européenne (partage de données) ainsi qu'un groupe bailleurs PTF-administration béninoise, piloté par les Pays-Bas et le Canada (qui met en œuvre plusieurs projets VBG) ainsi que des points focaux au sein de chaque ministère.
- La société civile est active, avec notamment la fédération RIFONGA qui échauffe les ONG actives sur les femmes et l'ONG Women in Law and Development in Africa (WILDAF).
- Médecins Du Monde (MDM) met en œuvre plusieurs programmes de prise en charge des VBG, et a notamment repris l'appui, avec l'UNICEF, de trois centres de prise en charge intégrée (CIPEC) situés dans les centres hospitaliers départementaux de Cotonou.

Renforcer l'accessibilité des jeunes aux services et soins de santé sexuelle reproductive (SSR) et tenter contre les grossesses précoces et non désirées ;

Poursuivre la mise en œuvre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) qui reste une stratégie efficace pour la réduction de la mortalité infantile ;

Renforcer l'intervention au niveau communautaire notamment à travers la mise en œuvre du PHIC (Programme d'Intervention à Haut Impact Communautaire).

La mise en œuvre de ces axes demeure un défi dans la majorité des FS du pays, étant limitée par :

- les déficits accrus en personnel essentiel pour la prise en charge efficace des SONU notamment pour les zones rurales ;
- la forte éparpillement des utilisatrices de la première CPN : ce qui limite le suivi efficace des femmes et leur orientation pour un accouchement sécurisé ;
- la faible utilisation de certaines prestations offertes telles que les méthodes contraceptives multiscénarios complète chez les enfants ;
- la disponibilité non toujours assurée des produits sanguins labiles en fonction des besoins réels des structures de prise en charge.

2.4.4. Stratégies de lutte contre les Maladies Non-transmissibles (MNT)

Le cadre stratégique de lutte contre les MNT comporte un plan stratégique national de lutte contre les MNT 2019-2022 complété par des approches spécifiques visant à faire face aux particularités de ces maladies ou de leurs facteurs de risques. Il s'agit de :

- Plan stratégique de lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires 2019-2023
- Plan stratégique anti-tabac 2016-2020
- Plan stratégique pour la promotion de la santé mentale

Un plan de réponse nationale aux maladies non-transmissibles 2017-2022 a été également élaboré qui vise à fournir une réponse structurée aux MNT, basée sur l'enquête nationale STEPS. Le plan propose une réponse nationale suivant une approche globale intégrée, multisectionnelle, promotionnelle, préventive et curative couvrant tous les niveaux de la pyramide sanitaire et le niveau communautaire. Il cible les quatre principales maladies non transmissibles qui sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, et les maladies respiratoires chroniques et les facteurs de risque qui leurs sont communs. Dans la perspective d'une réponse holistique qui s'intègre dans une approche de renforcement du système de santé, l'appui à l'opérationnalisation de la réponse nationale globale et intégré est très pertinent.

Des appuis ciblés à des MNT spécifiques tels que la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires seront aussi envisagés.

2.4.5. Qualité des soins

La qualité des soins est l'objet de nombreuses politiques et stratégies au niveau du secteur. Deux principales politiques donnent les orientations clés pour la conduite des activités visant l'amélioration de la qualité. Il s'agit de :

- La politique nationale d'hygiène hospitalière (2006).
- La politique nationale assurance qualité des soins (2013).

Ces deux politiques, qui traitent de sujets complémentaires ont été opérationnalisées à travers des plans d'actions dont :

- Le plan d'action national pour la prévention et le contrôle des infections associées aux soins.
- Le plan d'action national pour la lutte contre les résistances aux antimicrobiens.
- Les directives de mise en œuvre de l'approche 5S Kaizen-TQM.

Aboulaye et Parakou. M&P y a intégré une prise en charge psychologique des femmes et travaille à l'actualisation des arrêtés relatifs aux CPEEC et à la mobilisation de financements de ces centres, qui sont actuellement faibles. Depuis le début du projet, le nombre de victimes accueillies a doublé. Ce qui montre non seulement un début de réussite des actions de cette initiative mais aussi de l'existence et de l'acceptation du problème.

L'un des points importants dans la prise en charge des femmes concerne leur hébergement d'urgence. MIDAM soutient également depuis 2015 la Maison du Solaï de Cotonou, qui assure une prise en charge globale des jeunes filles victimes de VBG et de leurs enfants. Un appui du projet pourra être d'appuyer les centres de protection de l'enfance existants (CAPE), gérés par des ONG locales, en élargissant leur mandat aux femmes victimes de VBG.

2.4.7. Stratégie de développement des RNS

Le secteur de la santé est caractérisé par une faible disponibilité de RNS qualifiée longtemps attribuée aux ajustements structurels faisant obligation aux Etats de réduire les budgets des secteurs sociaux. Depuis plus d'une décennie cependant, le MS s'est doté d'un Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PSDRHSS) pour la période 2009-2018.

La mise en œuvre dudit plan s'est traduite par l'élaboration d'un cadre organique suivi de deux plans de formation respectivement plan de formation 2010-2014 et 2015-2017. L'exécution de ces deux plans n'a néanmoins pas permis d'améliorer fondamentalement la situation, d'après les études réalisées (2018-2019)⁷.

Des reversements massifs ont été opérés en 2009-2010 et concernant des milliers de personnel dont la plupart était non qualifiés, ce qui n'était pas de nature à combler le gap observé.

Ces dernières années, la stratégie de recrutement sur poste, prenant en compte le gap là où il existe, pourra contribuer à la résolution du problème, si la déconcentration de la gestion des RNS devenait effective.

Des stratégies ont été également développées pour apporter une solution à la problématique de faible motivation des RNS. En dehors du financement basé sur les résultats (FBR) (principalement à travers la Banque Mondiale et Enabel durant la période 2013-2017) dont les résultats à ce sujet n'ont pas été prouvés, des réflexions stratégiques sont en cours par rapport aux mécanismes de fidélisation du personnel des zones endouées, une forme de prime d'équité.

Le Gouvernement a mis en place un observatoire des RNS, dont les attributions majeures concernent la gestion stratégique des RNS. Sa composition multisectorielle indique la portée de ses décisions aussi bien sur les plans de la planification que de la mobilisation des ressources.

Mais, dans le domaine de la production, les défis majeurs restent le faible nombre d'étudiants notamment dans les domaines des soins infirmiers et obstétricaux, qui reste en deçà des besoins du secteur de la santé. De façon générale, la planification de production des RNS et les besoins d'utilisation ne sont pas concordants.

Un résumé des défis dans le développement des Ressources Humaines en santé (RHS) se décline au tour des problématiques suivantes : production insuffisante et faible qualité de la formation

initiale, insuffisance de renforcement des compétences du personnel, les difficultés liées au recrutement et à la fidélisation :

Insuffisance de la production : le Bénin produit annuellement 160 médecins contre 100 infirmiers, contre une norme de ratio médecin/infirmier de 10 infirmiers/médecin. Selon le rapport « Les ressources humaines et la croissance au Bénin », publié par l'OMS en novembre 2018, seuls 2-55% des bacheliers s'inscrivent dans le secteur de la santé et le taux de couverture de RHS est de 45%. Il manque actuellement un nombre important de médecins et d'infirmiers(e)s, y compris spécialisés. En effet, avec une « production » annuelle de 65 sexes-femmes par an par les instituts dédiés, il faudrait 15 ans pour avoir le nombre de sexes-femmes nécessaires à volume de production inchangé. Les infirmiers anesthésistes ne seraient quant à eux que 174 et Ebrin, avec 7% d'entre eux partant à la retraite dans 5 ans.

Insuffisance du nombre d'enseignants et de la qualité de la formation initiale : il manque des enseignants qualifiés, que ce soit à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSO) et à l'Institut National Médico Sanitaire (INMGS) ou dans certaines filières spécialisées à l'Université de médecine, entre autres pour des questions d'accessibilité financière. La qualité de l'enseignement s'en ressent notamment avec des effectifs ne permettant pas une bonne application de l'approche par compétence recommandée. L'encadrement des stages pratiques est également insuffisant, notamment dans certaines zones reculées.

Les modalités actuelles de sélection des étudiants et le modèle économique actuel des instituts semblent participer indirectement aux défis susmentionnés. Le ministère de l'Enseignement supérieur a supprimé le recrutement direct des étudiants par les écoles (moyennant financements), dans un souci d'équité par rapport aux candidats qui passaient les concours. Désormais, l'ensemble des candidats passent les concours, les premiers reçus disposent d'une bourse complète (bourse attribuée au mérite et non sous condition de revenu), les suivants peuvent disposer d'une demi-bourse et les derniers, sélectionnés sur dossier par le ministère de l'Enseignement supérieur et les instituts, doivent payer l'intégralité des frais de scolarité. Ce système a des impacts négatifs en matière de volume de production (certains étudiants n'ayant pas les capacités financières suffisantes se retirent) et en matière d'équilibre financier des instituts, la part limitée des étudiants sans bourses ne leur permettant de dégrager les marges financières suffisantes pour rentrer dans leurs charges de fonctionnement et d'investissement.

Dans ce contexte, les dispositifs de formation continue semblent avoir leur valeur, sous réserve qu'elles n'entraînent pas la désertion du personnel dans les centres et qu'elles soient suivies par une mise en pratique régulière. Différents partenaires (AFD, ENABEL, coopération canadienne) ont financé ces activités.

Recrutement : Le recrutement de nouveaux personnels de santé butte souvent aux difficultés de respect d'équilibre macroéconomique dans le cadre des normes de coopération entre le pays et le FMI.

L'Etat vise dans sa « Programmation de Recrutement d'Agents Contractuels de l'Etat pour le Secteur de la Santé pour 2017-2020 », le recrutement de 3630 agents contractuels pour les années 2017 à 2020 pour un coût de 8,2 Mds FCFA. La Commission des réformes de la santé travaille actuellement sur une stratégie de fidélisation du personnel et une répartition équilibrée dans le pays. Cette réflexion mériterait d'être portée au niveau de l'actualisation en cours de la loi sur la décentralisation.

Le gouvernement est appuyé dans ses efforts de pourvoir les formations similaires en personnels de santé qualifiés par un certain nombre de partenaires :

⁷ Etude ayant bénéficié de l'appui technique de l'OMS et financée sur le Fonds Français-Muskoko. Etude réalisée par le Pr. Auguste L. Kouakou, économiste consultant à l'OMS. Investissement dans les ressources humaines en santé, OMS, novembre 2018. Etude réalisée par Gille Armand Sesson et Edgar Luc Bada, janvier 2019.

hôpital en vigueur n'est pas fiable. Les initiatives ne sont fonctionnelles et l'implication se fait en en plein air. Il en est de même de la bande qui n'est fonctionnelle qu'après avoir levé le feu, lavé à la main, statut des agents hospitaliers non connu, et ils ne sont pas vaccinés.

Dans le même cadre de l'assurance qualité, des initiatives sont mises en place pour assurer la référence et contre-référence des patients avec une gratuité des soins pour les patients vulnérables. Cette initiative est néanmoins confrontée à des défis énormes qui peuvent être résumés comme suit :

- Aucune ambulation fonctionnelle à l'échelle de tout le département ;
- Pour l'organisation on note :
 - Flotte existante, mais pas toujours fonctionnelle ;
 - Outils de gestion en place (fiches, registres) mais pas harmonisés ;
 - Règle R-CR non systématique au niveau des ZS ; semestrielle au niveau départemental ;
 - Manque de Ressources Humaines Santé qualifiées dans les FS ; ce qui se traduit par une faible capacité diagnostique ; les contre-références non effectuées dans la plupart des cas.

2.5.5. La Violence Basée sur le Genre VBG, le Genre et la Planification Familiale

La violence basée sur le Genre (VBG) est un phénomène très prévalent dans toutes les localités du département des Collines. Les notifications demeurent néanmoins faibles : 180 cas en 2019 au Centre de Protection Sanitaire (CPS) de Savé avec 32 cas masculins. D'une manière générale, on note une absence de réponse structurée aux victimes : les CPS fournissent une assistance psychosociale, avec l'appui de certaines ONG locales. Une expérience intéressante à noter dans la commune de Savé avec l'appui d'un projet de la Coopération Suisse qui prend fin 31 mai 2019. Ce projet a développé une certaine expérience en assistance juridique et médicale gratuite. Il n'existe cependant aucun cadre de concertation opérationnel au niveau départemental.

Dans le cadre des activités de Planification Familiale (PF), on note l'existence d'ONG (ABPF, AEMIS, CARE) qui appuient les activités de PF dans un certain nombre de CS. Les activités de PF sont gratuites dans tout le département, soutenue par des PTF/ONG (AEMIS, AEMIS). Il existe un cadre de concertation intra-sectoriel au niveau de la zone opérationnelle, où les données sont collectées, analysées, et les goulets analysés. Le cadre départemental intersectoriel n'est pas encore fonctionnel. Les taux d'utilisation des méthodes modernes PF oscillent entre 10% - 16% dans les 03 ZS du département.

Les activités de PF sont confrontées au défi des pesanteurs socio-culturelles présentes ; dans certains cas, des initiatives de Communication pour le Changement de comportement (CCC) sont en cours avec une implication des communautés.

ENABEL a financé dans le cadre de PASS-SOROU une expertise technique pour l'élaboration des curricula de masters de l'INMIS et a appuyé l'élaboration des modules de formation continue.

- La coopération Canadienne met quant à elle en œuvre un projet de professionnalisation des sages-femmes et milite actuellement en faveur de la formation des sages-femmes.
- L'UNFPA est présent sur le renforcement de la qualité de la formation des Sages-Femmes à Parakou et Cotonou et la qualité des stages (SONU-B en deuxième année de licence et SONU-C en troisième année).

2.5. LE ZONAGE ET LES SPÉCIALISÉS DES COLLINES

Les principaux défis spécifiques auxquels fait face le département des collines est à l'annexe 6. Un résumé succinct est présenté ci-dessous :

2.5.1. Situation des RH

On note une insuffisance notable des Ressources Humaines Santé (RHS) qualifiées tant dans les structures de gestion (équipes de la Direction Départementale de la Santé - DDS que dans celle de chacune des trois Equipes d'Enclavement des Zones Sanitaires - EEZS) que dans les Formations Sanitaires - FS (hôpitaux et centres de santé). On constate souvent deux postes cumulés par le même personnel de santé. On note par exemple, plusieurs postes non pourvus à la DDS comme dans les EEZS. Dans certaines EEZS des personnels soignants dans les CS occupent des postes de responsabilités avec dans certains cas, il n'est pas rare de constater des postes de santé ou maternités isolées tenus par des non professionnels de santé. Un constat similaire est noté aussi dans les hôpitaux de zone. Les directions des hôpitaux se de manque de médecins spécialistes et se trouvent ainsi obligés de faire des fusions de plusieurs unités de soins : Médecine/pédiatrie, maternité/chirurgie par exemples.

D'autres défis concernant les RHs relèvent de la gestion. De nombreux personnels sont recrutés sur financement communautaire (c'est-à-dire payés par les FS). Il en est de même de la non maîtrise des mutations du personnel et les départs en formation non planifiés qui sont décidés depuis le niveau central.

2.5.2. Les Soins Obstétricaux Néonataux de Base et Complémentaires SONU/B-C

L'offre globalement de soins en SONU/B-C est faible, surtout au niveau des CS. Aucun mécanisme structuré pour la formation continue des agents en SONU ; de nombreux agents en charge des SONU dans les FS ne sont pas formés. On note la même insuffisance concernant les matériels/equipements adaptés souvent pas disponibles (table chauffante, aspirateurs).

Il faut noter toutefois une certaine assurance des fonctions complémentaires SONU dans les hôpitaux malgré les difficultés susmentionnées. Il en est de même pour les audits des décès maternels qui sont organisés de manière régulière avec des autopsies verbales.

2.5.3. La lutte contre les Maladies Non Transmissibles - MNT

L'offre de soins en rapport avec MNT est faible aux différents niveaux (CS et HZ). Le Personnel n'a pas été formé pour prendre en charge les MNT qui ne sont pas du registre d'information sanitaire ni dans le Paquet d'activités des CS ou des hôpitaux. Il en est de même pour le matériel et les équipements essentiels. Une faible disponibilité de médicaments essentiels MNT (hypertension - FITA, diabète) compléte cette situation.

2.5.4. Qualité des soins

Une analyse de l'hygiène hospitalière (comme indicateur traceur de la qualité des soins) permet de dire qu'aucune initiative structurée n'existe concernant l'assurance qualité des soins. L'hygiène hospitalière est en effet déficiente ; la gestion des déchets biomédicaux (liquides et solides) la stérilisation centrale n'est mise en place dans aucun des trois hôpitaux de zone. La stérilisation au

Préalablement à une quelconque évaluation d'acteurs indispensables, notamment les acteurs clés du gouvernement du système de santé. Cela signifie un appui complémentaire intégré aux trois niveaux (Zone de Santé, niveau départemental et niveau central) de la pyramide sanitaire sera assuré. Ceci est en ligne droite avec les orientations stratégiques du PNDS qui souligne l'importance de la fonctionnalité de la Zone de Santé comme pierre angulaire du système et ii) le rôle d'appui du niveau intermédiaire et du niveau central. Pour l'appui au district, l'intervention s'inspire de la Déclaration de Dakar (2013) concernant le Système Local de Santé. Cette déclaration actualise le concept du district sanitaire suivant 12 principes dont les plus importants sont le renforcement de l'autonomie des personnes et communautés par rapport à leur santé et une gestion adaptée à la réalité pluraliste des systèmes de santé locaux. Au niveau départemental, les DDS seront appuyés par rapport à leur fonctionnement interne, l'accompagnement des ZS, la coordination, et l'analyse/suivi/évaluation des résultats santé du département. L'appui aux directions centrales du Ministère de la Santé consistera surtout à les accompagner dans leurs fonctions et rôles normatifs et de soutien aux structures décentralisées. Le niveau central (le gouvernement béninois) joue un rôle-clé dans l'atteinte des objectifs de l'intervention à travers la mise en œuvre de l'assurance maladie pour la population pauvre dans le cadre de l'ARCF avec la ZS de Dassa-Glaxoué comme une des 3 zones pilotes. Une qualité de soins sans accès réel ne peut pas générer des résultats en termes de santé pour la population.

3.1.2. Une dynamique d'apprentissage

Cette intervention s'inscrit dans le PNDS 2019-2022 et contribuera à mettre en œuvre ce plan stratégique ainsi que ces stratégies sous-sectorielles qui en découlent. Pour cela l'approche du double ancrage (avec un appui au niveau opérationnel et au niveau stratégique) est utilisée. Elle consiste à traduire les stratégies nationales en lien avec le focus spécifique de l'intervention, en stratégies opérationnelles innovantes adaptées au besoin du contexte local dans les zones appuyées. Cela dépasse donc la simple mise en œuvre des stratégies nationales. Une démarche participative de recherche-action sera adoptée pour guider la réflexion de la mise en œuvre des stratégies opérationnelles développées et leur ajustement en continu selon les besoins, en valorisant les leçons apprises d'autres expériences dans le secteur. En même temps ces expériences seront documentées et les leçons & évidences seront capitalisées au niveau départemental et central afin de nourrir les politiques et stratégies nationales, au bénéfice de toutes les ZS. Ceci devrait contribuer à la pérennité des acquis qui émergeront à travers cette intervention.

3.1.3. Une approche centrée sur la personne

Des résultats durables passent par un changement profond endogène. Il s'agit ici non seulement des comportements au niveau de la population bénéficiaire mais également au niveau des 3 catégories d'acteurs mentionnés plus haut (acteurs de l'offre, de la demande et de la gouvernance). Ceci implique un accompagnement de proximité par une assistance technique avec une approche globale (tenant compte de la psychologie humaine et des différents déterminants de la santé), et de bonnes capacités d'écoute et d'empathie. Partant des problèmes identifiés, des pistes de solution sont recherchées à travers une démarche participative, itérative et flexible. L'assistance technique jouera un rôle de facilitateur/catalyseur et non un rôle de substitution.

<https://www.health4africa.net/wp-content/uploads/Dakar-Conference-Final-Report.pdf>

3.1. L'OFFRE DE L'INTERVENTION

La finalité de l'intervention est de contribuer à améliorer la santé des populations au Bénin, en particulier les plus vulnérables, avec l'objectif spécifique suivant : « La population du Bénin dispose d'une offre de soins intégrée de qualité pour les Soins Obstétricaux & Néonataux d'Urgence (SONU) et les Maladies Non Transmissibles (MNT), tenant compte des besoins spécifiques liés au genre, principalement dans le département des Collines et au niveau du pôle pédiatrie du CHD du Borgou ».

Le projet comprend un objectif transversal de réduction des inégalités femmes/hommes, qui se traduira par la mise en place d'activités spécifiques dans chaque sous-composante de l'intervention. Des stratégies opérationnelles innovantes en relation avec le genre seront développées et capitalisées.

La mise en œuvre de l'intervention sera guidée par 3 principes fondamentaux qui impliqueront des changements de comportement. Ces changements nécessitent un accompagnement de proximité des acteurs afin de les permettre de jouer leur rôle respectif. Cet accompagnement sera assuré par un mix d'assistance technique continue, perlé et ponctuel (sans pour autant faire de la substitution).

3.1.1. Une approche « multi-acteurs » et « multi-niveaux »

Afin d'atteindre des résultats tangibles et durables par rapport à la santé de la population ciblée il est impératif d'adopter une stratégie 'multi-acteurs' et 'multi-niveaux' qui jouent des rôles complémentaires :

- L'offre de soins (au niveau des Centres de Santé, Hôpitaux du département des Collines et au pôle pédiatrie du CHD du Borgou) sera renforcée en travaillant sur la disponibilité des ressources matérielles de qualité (un plateau technique disponible et bien maintenu) et des ressources humaines compétentes. A cet effet, d'une part des formations de base prioritaires seront appuyées aux institutions de formations (IFSO et INMES) et d'autre part la formation continue, spécifiquement ciblée sur les MNT, les SONU et les Violences Basées sur le Genre (VBG) sera assurée. Ces priorités ont été identifiées sur base de l'analyse du contexte et d'autres appuis déjà présents. La stratégie 'démarche qualité' (développée dans le PASS Sourou) renforcera la qualité des soins au niveau des formations sanitaires, soutenu par un système de référence-contre référence performant. Mais il y a aussi également un focus sur la promotion et la prévention de la santé par rapport à ces thèmes au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire.

- Les acteurs de la demande (e.g. groupes communautaires, ONG locales, maires) seront appuyés, principalement par la mise en place des plateformes des utilisateurs des services de santé (PUS) au sein de chaque zone sanitaire (développées dans le PASS Sourou), par la représentation (tenant compte du genre) de la communauté dans les structures de gestion de l'ARCF et de la santé et par l'appui au développement/fonctionnement des associations de malade. La demande joue un rôle essentiel par rapport à l'accès à des soins de qualité. Non seulement elle peut jouer un rôle essentiel dans la promotion et la prévention de la santé, mais aussi dans la surveillance de la qualité des services dans les formations sanitaires. Au-delà, leur engagement est crucial pour renforcer l'autonomie des individus par rapport à leur santé (dans le sens large) et le plaidoyer pour les droits à la santé.

3.2. Principaux intervenants

Les principes suivants contribueront à la durabilité de l'intervention visant le changement de comportement des acteurs-cils :

- **Promotion de l'égalité femme-homme** : la réduction des inégalités entre hommes et femmes constitue un des piliers importants transversaux à toutes les actions du projet. Elle doit se traduire à travers une approche genre innovante pour la promotion et la protection des droits sexuels et reproductifs appropriés au contexte socio-culturel et sanitaire spécifique dans la région des Collines. Ceci afin d'améliorer l'efficacité de l'offre équitable des soins à toute la population (elle que la prise en compte des besoins spécifiques des femmes dans la prise en charge des MNT). L'approche centrée sur la personne au niveau SONU/MNT, la lutte contre les violences faites aux femmes), la production des RIS (les curricula prendront en compte les spécificités genre, de même que les critères d'attribution des bourses de formations), la redevabilité sociale, la gouvernance du système.
- **Une mise en œuvre de l'intervention guidée suivant une approche systémique**, afin de prendre en compte la diversité des acteurs ainsi que la complexité des interactions et des intérêts. Il sera donc indiqué d'adopter des approches souples, adaptables et réactives au contexte en considérant les orientations de départ comme des hypothèses de travail à adapter, suivant une perspective de recherche action.
- **Apprentissage continu** : la mise en œuvre de l'intervention doit s'insérer dans une logique d'apprentissage continu. A cet effet, un système de suivi et d'évaluation solide permettra de nourrir un processus itératif d'actions –réflexions/ recherche-action tout au long de la mise en œuvre. Ce processus permettra la remontée des leçons apprises de l'opérationnalisation des politiques et stratégies sectorielles suivant une approche du double ancrage.
- **Approche globale centrée sur la personne** : Il s'agit de considérer la personne d'une façon globale tenant compte de son contexte. Cette approche ciblera non seulement les bénéficiaires des services, mais également les professionnels de santé qui doivent assurer les services. Une attention particulière sera portée au genre dans ce cadre.
- **Foocus sur les axes essentiels et éviter la dispersion**. Le focus de l'équipe de l'intervention doit cibler les changements clés pour assurer des transformations durables des fonctions essentielles de l'offre, de la redevabilité et de gouvernance du système.
- **Une complémentarité et synergie entre le projet et les interventions partageant des axes d'intervention communs** tels que P@SRIS (interventions de Enabel Béhin de 2019-2023 qui ciblent i) l'accès à des Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive ; ii) le renforcement du système de Health data, les interventions sur les SONU du FNUAP, etc. Un échange régulier d'informations entre les différents acteurs impliqués permettra l'instauration d'un dialogue technique et stratégique d'une manière informée.
- **Une perspective de capitalisation des expériences et des acquis des interventions récentes du secteur** (cf. annexe I) qui ont contribué au renforcement du système : PASMI, PASS, et autres interventions.
- **Utilisation des ressources pour accompagner la réalisation du changement et non pour un financement du fonctionnement en routine des structures appuyées**. Une des hypothèses sur laquelle est fondée l'intervention est que les structures appuyées continuent de bénéficier de leurs budgets habituels de l'Etat notamment pour leur fonctionnement de routine. De cette manière les ressources mises à disposition par le projet pourront être utilisées pour des initiatives et activités plus

stratégiques avec des visées de changements structurels qui garantiront la durabilité des acquis.

La protection de l'environnement. L'intervention appuiera à cet effet i) le MS à élaborer un plan d'action pour l'intégration du volet environnement et changement climatique dans les activités du secteur, y compris un suivi à travers des indicateurs climatiques ; ii) à développer une stratégie opérationnelle par rapport à l'environnement au niveau du département des Collines entre autres par la construction d'instruments locaux respectueux de l'environnement (avec thermostat pour le contrôle de la qualité), et la gestion rationnelle des équipements/du parc mobilier/des infrastructures.

La digitalisation par rapport à la communication pour le développement. La numérisation de certains des outils (entre autres dans la démarche qualité des soins), une utilisation plus aisée pour la prise de décision et de la redevabilité (format de présentation de l'information digitalisée plus accessible) constitue également un point d'attention particulier.

3.3. Synergies et coordination

L'articulation avec les autres acteurs intervenant sur les domaines d'actions du projet sera activement construite. Le tableau suivant donne une vue globale des synergies les plus importantes à renforcer dans le cadre du projet.

	Une volonté politique plus affirmée pour une redevabilité sociale. Enabel accompagne le MS pour opérationnaliser un projet de redevabilité dans le système de santé, en mettant à profit son expérience dans le domaine. Cet engagement du MS est un cadre favorable pour le projet AFD pour mettre en place un système de redevabilité dans les Collines. P@SRIS s'inscrit dans la continuité sur les expériences du PASS
Redevabilité sociale	Soucou sur ce sujet, en s'appuyant sur les mécanismes de redevabilité développés (plateforme des utilisateurs/PUSS, comité de pilotage avec les élus locaux). Des espaces d'échanges entre P@ASRIS et le projet AFD, utilisation des expériences du P@ASRIS, accompagnement par la plateforme nationale des PUSS (PNUSS), articulation entre le système mis en place dans les Collines et le projet je l'écoute du MS appuyés par Enabel sont des axes de synergie entre le projet AFD et P@SRIS.

SONUE/C	FNUAP
Le FNUAP est l'un des acteurs clés (lead) dans le domaine des SONU. Le projet travaillera de concert avec le FNLAP (et la DSME) pour actualiser les curricula de formation en SONU, l'utilisation des formateurs lors des formations, la mise en place et le fonctionnement des réseaux SONUE et SONUC dans les Collines. Par ailleurs le partage des résultats de recherche-action que le projet réalisera sur le sujet facilitera la remontée des expériences pour alimenter	

les stratégies.

La synergie avec P@SRIS sera construite dans le cadre d'une mutualisation d'expertises et de ressources techniques, le partage d'expérience.

P@SRIS/Enabel

Genre/Egalité
Femme/homme
& lutte contre
les violences
basées sur le
genre

La Coopération Suisse appuie le renforcement du leadership et l'autonomisation des femmes depuis 16 ans (soit 4 cycles de 4 ans) dans 25 communes sur les 77 que compte le Bénin. Deux communes des Collines bénéficient de cet appui, dont la commune de Savè. Ce projet appelé « renforcement des capacités des femmes - RECAFEM » a débuté en mai 2019. Un nouveau cycle est en négociation, mais les localités bénéficiaires ne sont pas encore déterminées. Cependant, la Coopération Suisse dispose d'une expertise genre qui appuie le Ministère des affaires sociales et de la microfinance, appui couvrant plusieurs volets relatifs au genre. Il y a donc des axes potentiels de synergie au niveau stratégique entre les expertises genre du projet AFD et la Coopération Suisse (sur les stratégies sectorielles) et au niveau opérationnel en termes de collaboration entre les deux institutions (entre les CPS qui sont les bénéficiaires habituels de l'appui de la Coop Suisse et les structures appuyées par l'AFD).

Coopération
Suisse

Collaboration et synergie (notamment mutualisation des expertises) pour CCC, renforcement des capacités des FS et des CPS pour améliorer la qualité de la prise en charge, appui au Ministère en charge de la famille pour la prise en charge intégrée des VBG ou création d'autres Centres Intégrés de Prise en Charge VBG suivant le plan d'action du Ministère.

P@SRIS/ENABEL

Médecin du
Monde

Il y a un centre d'accueil unique pour la prise en charge holistique des victimes de violences basées sur le genre (VBG) dans la zone sanitaire de Savè-Ouessé, mis en place par la coopération suisse. Il y a en plus des possibilités de collaboration en termes de partage d'expériences et d'animation conjointe dans le cadre d'une instance de concertation nationale sous le leadership du Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (MASM) sur le genre et la lutte contre les VBG.

L'expérience de la réponse aux MNT développée par le PASS Soudan sera capitalisée avec les expertises encore disponibles au P@SRIS. Une synergie sera construite avec P@SRIS sur les volets MNT et SSR, avec des actions complémentaires sur les axes tels que la prévention des cancers féminins, la prise en charge des MNT axée sur les spécificités féminines (diabète gestationnel, HTA sur grossesse).

P@SRIS

Il est prévu dans le cadre de "Forum" en cours que le Fonds Mondial appuie l'extension de P@SRIS dans certaines zones. Il est possible d'envisager une mutualisation des ressources (expertises) notamment dans la collecte et la construction des bases de données.

Développement
RMS Fonds mondial

L'appui à l'amélioration des capacités de réanimation néonatale et infantile du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Départemental - CHD Borgou sera un volet non négligeable du projet.

Le projet vise également à renforcer la disponibilité des produits sanguins labiles au niveau des formations sanitaires. A cet effet, il sera mis à disposition entre autres un véhicule de collecte de sang pour le département des Collines et un appui sera donné au fonctionnement d'une unité de collecte mobile de sang à Dassa, ainsi que de l'équipement complémentaire pour l'ADIS du Borgou et du Zou (autres départements de transmission sanguine du pays, qui approvisionnent le département des Collines et le CHD de Parakou) selon les besoins précisés au moment du démarrage de l'intervention.

L'intégration de l'offre intégrée des services promotionnels, préventifs et curatifs des MNT dans le PMA et PCA des ES se traduira par l'appui au programme national de lutte contre les MNT (PNLMNT) afin qu'il soit capable de mettre en place un cadre normatif et stratégique pour une lutte intégrée et multisectorielle contre les MNT et leurs facteurs de risque et la mise en place d'un système de surveillance des MNT et des FDR intégré au système national d'information sanitaire (SNIGS). Au niveau opérationnel et communautaire, la lutte va se traduire par l'intégration de la prise en charge des MNT dans le paquet minimum, d'activités des centres de santé, la mise en œuvre d'activités de promotion et de prévention (mise en place d'associations de malades porteurs des MNT, l'intégration de la lutte contre les MNT dans le paquet à haut impact communautaire, la participation des leaders communautaires et le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus (avec en particulier la vaccination contre le HPV).

Le projet travaillera également sur la **prévenance d'un centre d'accueil unique** pour la prise en charge holistique des victimes de violences basées sur le genre (VBG) dans la zone sanitaire de Save-Ouessé, mis en place par la coopération suisse. Le projet travaillera sur la détection et référencement des cas victimes de VBG à partir des aires de santé (avec le développement d'un paquet de tâches pour chaque niveau de soins), développera un système pour éliminer les barrières financières aux services de prise en charge des victimes ; renforcera l'offre de services favorables aux adolescent(e)s ; effectuera une étude CAP et socio-anthropologique sur les VBG dans le cadre plus vaste de la santé et droits sexuels et reproductifs dans la région ; développera une stratégie de communication pour le changement de comportement sur les VBG et les droits sexuels et reproductifs. Un appui scientifique sera mis en place afin d'accompagner la consolidation, la documentation et la capitalisation de cette expérience innovante (à travers une démarche recherche-action).

Une analyse de contexte permettra d'évaluer vers la mise en place de centre d'accueil similaire dans les autres zones sanitaires selon les besoins.

A noter que l'amélioration de la prise en charge des SONU (y compris les violences obstétriques et gynécologiques ainsi que la demande PF induite par le personnel soignant) et des MNT sera accompagnée d'activités d'information et de sensibilisation des femmes et des hommes⁴ sur la santé de la mère et de l'enfant et sur la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale. Ces activités seront élaborées en lien avec les résultats de deux études socio-anthropologiques en cours sur (i) les déterminants de la fréquentation des centres de santé au Bénin par les femmes, (ii) les déterminants du recours à la contraception. En début de projet, un diagnostic des initiatives (CNFPA, bailleurs bilatéraux...), SSR/Ecole des maris dans les Collines

⁴ Par exemple à travers la stratégie Ecole des Maris impliquant ainsi les hommes dans la stratégie d'information et de sensibilisation.
⁵ Entre autres, une étude "Use of reproductive health services along the continuum of care in Benin: a qualitative exploration" menée par l'IMT d'Amers au Bénin qui apparaîtra en Décembre 2019 / une étude menée au sein du programme PASS Soutien sur les déterminants de la fréquentation des centres de santé au Bénin par les femmes.

4.1. Objectifs de l'intervention

L'objectif général est de « contribuer à l'amélioration de la santé des populations au Bénin, en particulier les plus vulnérables et visant l'égalité femmes/hommes ».

L'objectif spécifique est : « La population du Bénin dispose d'une offre de soins intégrée de qualité pour les SONU et les MNT, tenant compte des besoins spécifiques liés au genre, principalement dans le département des Collines et au niveau du pôle pédiatrie du CHD du Borgou ».

4.2. Résultats (composantes) attendus de l'intervention

L'intervention proposée comprend trois grandes composantes :

Composante 1 / Résultat 1 : « Des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité SONU et MNT, tenant compte des besoins spécifiques des femmes & des adolescent(e)s & enfants, sont disponibles dans les Collines et au niveau du pôle pédiatrie du CHD du Borgou avec une meilleure redevabilité envers les patients ».

Composante 2 / Résultat 2 : « Le personnel soignant est disponible et mieux formé en tenant compte des enjeux de genre dans les formations sanitaires ».

Composante 3 / Résultat 3 : « Les capacités techniques et la gouvernance des institutions partenaires du projet, dans le respect de l'égalité femmes/hommes des structures ciblées par le projet, sont renforcées. »

L'intervention comprend un objectif transversal de réduction des inégalités femmes/hommes, qui se traduit par la mise en place d'activités spécifiques dans chaque sous-composante de l'intervention.

4.3. Principales activités (réalisations) à mettre en œuvre

En lien avec la Composante (Résultat) 1 : Des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité SONU et MNT, tenant compte des besoins spécifiques des femmes & des adolescent(e)s & enfants, sont disponibles dans les Collines et au niveau du pôle pédiatrie du CHD du Borgou et la redevabilité des patients est améliorée.

Les appuis de cette composante seront ciblés au niveau du département des Collines et du Centre hospitalier départemental (CHD) situé à Parakou dans le département du Borgou.

Cette composante comprendra l'acquisition et la maintenance d'équipement biomédical afin de mettre à niveau les plateaux techniques des formations sanitaires publiques comme privées non lucratives dans la zone ciblée par le projet. Une attention particulière sera portée à la pérennisation de cette activité avec la mise à niveau de l'environnement technique (réhabilitation des installations, le cas échéant, pour assurer la sécurité des équipements, acquisition de régulateurs pour les équipements sensibles). Un système de maintenance fonctionnel sera développé dans les zones d'interventions afin de renforcer durablement la fonctionnalité des équipements et la mise aux normes des infrastructures : développement/valorisation et application des normes d'infrastructures et d'équipements, atelier de maintenance, formation des techniciens, acquisition d'outils de maintenance, développement de partenariat intersectoriel pour la maintenance avec une implication accrue des collectivités locales...)

sera fait. Le projet s'inscrit dans ces initiatives en faisant le lien avec ceux-ci dans le cadre des autres activités. Par la suite, les compétences du personnel soignant en SONU, SSR/PPF, détection et prise en charge des VEG, pratiques non discriminatoires (vis-à-vis de ses collègues et des patientes) et MNT (protocoles de prévention, prise en charge intégrée) sont mises à jour grâce à la mise en place d'une offre de formation continue adaptée, tenant compte des besoins spécifiques et des barrières - y compris les barrières liées au genre - que rencontrent les femmes et les adolescent(e)s dans l'accès aux services de soins.

L'intervention renforcera également le système de référence et de contre-référence en termes d'organisation du système (au point de vue logistique et financier e.g. acquisition d'ambulances dans les zones sanitaires, introduction du système des moto-ambulances pour des sites de santé reculés), de développement de protocoles & outils, et de prise en charge des urgences et des référés au niveau de l'hôpital. La population sera informée et sensibilisée par rapport aux services et stratégies développés.

Cette composante visera également la mise en place d'une démarche qualité dans l'ensemble des formations sanitaires appuyées ciblant les services SONU et MNT comme 'services traceurs' pour l'assurance qualité au sein de la formation sanitaire. Cette démarche s'intéressera à différents volets clés pour assurer la qualité des soins (infrastructures, ressources humaines, soins médicaux, sécurité patients, management, accueil et confidentialité, analyse des données sanitaires, audits des décès maternels et néo-natals, référencement et prise en charge des complications, l'hygiène hospitalière et la chaîne de stérilisation avec les aspects de prévention et contrôle des infections et la lutte contre les résistances aux antimicrobiens, SS-Kaisen, etc...). Il y aura un accompagnement technique des prestataires par tuteurat. Cette démarche qualité au niveau des formations sanitaires appuyées inclura la collecte et l'analyse systématique de données désagrégées F/H et de données spécifiques genre (PF, VEG) et la promotion d'un équilibre F/H dans les postes de direction des FS.

La démarche qualité contient également un volet recherche-action (RA) pour accompagner, documenter et capitaliser des approches et des modèles innovateurs développés dans le cadre de l'intervention. L'appui scientifique (contractualisé) contribuera à cette dynamique. Des thèmes de RA prioritaires seront entre autres : i) la mise en œuvre d'une stratégie opérationnelle par rapport à la promotion, la prévention et la prise en charge des MNT intégrés dans le PMA, ii) une stratégie opérationnelle pour la gestion rationnelle des équipements & infrastructures au niveau des Collines (cadre aussi dans une stratégie de protection environnementale). Quant au focus de la RA sur le genre : i) une étude C-VP/socio-anthropologique genre sera réalisée, ii) une recherche sexo-sensible sur les causes de la faible fréquentation des formations sanitaires et l'équité d'accès aux soins, iii) une RA concernant le développement d'une politique sensible au genre sur le lieu de travail (formation sanitaires, institutions d'enseignement, autorités sanitaires), iv) la demande pour la planification familiale induite par le personnel soignant par exemple, v) la promotion et la protection des droits sexuels et reproductifs appropriés au contexte socioculturel et sanitaire spécifique dans la région des Collines. A cette fin le projet investira également dans la valorisation des leçons apprises et des bonnes pratiques qui ont déjà été développées par Enabel et d'autres porteurs techniques et financiers dans le pays. Le projet créera des synergies avec le nouveau programme santé d'Enabel, le « P@SUIS ».

La qualité des services sera renforcée par la mise en place d'un dispositif de redevabilité patient et un appui à la structuration de la demande au sein des zones sanitaires (ZS), si nécessaire avec des délégués au niveau communal. Celui-ci passera par la création de plateformes des utilisateurs des services de santé (PUSS) au sein de chaque zone sanitaire, comme déjà déployé avec l'appui d'Enabel dans d'autres ZS dans son précédent projet. Ces

⁹ Voir 'Centre de formation SONU départemental' développés sous la composante/réacteur 2.

placemans regroupent tous les acteurs de la demande : associations des patients, groupes de femmes, et de jeunes, ONG locales, mutuelles, marées) au sein de la Zone de Santé; ils permettront d'informer les acteurs du PUSS concernant la promotion, la prévention et la prise en charge au sein des MNT et SONU ainsi que le système de référence; ii) de renforcer la mise en place d'un système intégré de surveillance des MNT & SONU en collaboration avec l'offre, iii) structurer le dialogue (à plaidoyer) avec les acteurs de l'offre de soins par rapport à l'accès équitable à des services de qualité, tenant compte des besoins et attentes de la population, iv) améliorer la gouvernance de la santé (dans le sens large) au niveau de la ZS. Une attention particulière sera portée à la participation active et effective des femmes et des jeunes dans l'organisation et le fonctionnement de santé sur base d'une analyse commune des données sanitaires et la gestion des plaintes. Un système de gestion des plaintes sera déployé ainsi qu'un système de gestion intégré de surveillance des MNT (incluant entre autres la formation des associations de malades des maladies non transmissibles). À part les PUSS, le projet appuiera le fonctionnement des Comités de Santé (avec une attention particulière à la participation des femmes), la mise en place et/ou fonctionnement d'associations de malades MNT, ainsi que le développement/utilisation d'outils digitaux innovants pour renforcer la redevabilité sociale.

En lien avec la Composante (Résultat) 2 : Le personnel soignant est disponible et mieux formé en tenant compte des enjeux de genre dans les formations sanitaires

Cette composante vise le renforcement des ressources humaines du Bénin via un appui en matière de formation initiale et continue du personnel soignant.

Le projet ciblera les deux instituts de formation d'infirmiers et de sages-femmes du pays, l'Institut national médico-sanitaire (INMSS) situé à Cotonou et l'Institut de formation en soins infirmiers et obstétricaux (IFISIO) situé à Parakou. Enabel appuiera la création de nouvelles formations de qualité dans ces deux institutions pour pallier l'insuffisance du personnel soignant au Bénin dans certaines spécialités (aides-chirurgiens instrumentistes et « santé sexuelle et reproductive » à l'IFISIO ; « néphrologie-dialyse - soins palliatifs » et « aides anesthésistes » à l'INMSS). Le projet financera des bourses pour les étudiants, qui seront accessibles de façon équitable (femmes/hommes) afin de lever l'obstacle financier rencontré précédemment pour l'accès à des masters. Enfin, le projet financera l'extension du bâtiment de l'IFISIO (un étage additionnel + équipement) nécessaire à l'accueil des étudiants des deux nouveaux masters qui seront créés ainsi que des investissements (e.g. bus, kits stages...) pour assurer la logistique des stages pratiques.

Le projet accompagnera également les deux instituts pour améliorer le contenu des cours existants et les méthodes pédagogiques (actualisation des méthodes d'enseignement, développement E-learning, organisation des stages pratiques) des cursus existants. Les cursus incluront dans leur curriculum les besoins spécifiques des femmes et des adolescent(e)s patient(e)s et les inégalités de genre nuisibles aux droits des femmes et des adolescent(e)s et la détection des VEG, ainsi que des cours de leadership avec un focus spécifique sur le leadership des femmes.

En outre la promotion de l'offre de soins de qualité en santé maternelle et les SONU/C sera aussi déployée à travers la mise en place d'un centre de formation sur les SONU au niveau du département des Collines. Ce centre sera équipé et rendu fonctionnel en s'inspirant des leçons des deux structures départementales construites à cet effet grâce à l'appui du PASS-Sourou dans le Mono-Couffo et dans la Donga.

⁷ L'IFISIO a été accompagné jusqu'à présent par ENABEL (bâtiments et élaboration des curriculum de formation) et qui a connu sa première promotion d'étudiants cette année.

Les compétences du personnel soignant en SONU (incluant les violences obstétricales et gynécologiques), SST/PT, gestion et prise en charge des VBG, pratiques non discriminantes (vis-à-vis des collègues et des patientes) et MNT (protocoles de prévention, prise en charge intégrée) sont mises à leur guise à la mise en place d'une offre de formation continue adaptée, tenant compte des besoins spécifiques et des barrières – y compris liées au genre – que rencontrent les femmes et les adolescent.e.s dans l'accès aux services. Un MNT SONU et MNT appuient ces activités.

Une politique de stabilisation des ressources humaines formées sera développée afin de limiter le turnover du personnel ou réduire son impact en remplaçant du personnel formé (soins des affections de personnel) par d'autres ayant les mêmes compétences afin d'assurer durablement la continuité des services. Dans cette politique de stabilisation, le projet travaillera avec les acteurs des SYLOS à améliorer les conditions de vie et de travail pour le personnel travaillant des zones rurales enclavées.

Une meilleure gestion du personnel sera aussi essentielle (voir composante 3).

En lien avec la Composante Résultats : les capacités techniques et la gouvernance des institutions partenaires du projet, dans le respect de l'égalité femmes/hommes des structures ciblées par le projet, sont renforcées.

Le projet renforcera les capacités (i) du ministère de la Santé (MS), (ii) de la DDS et des ZS des Collines, (iii) de l'IFSIQ et de l'INMES.

L'appui d'Enabel aux directions centrales du MS consistera surtout à les accompagner dans leurs fonctions et rôles normatifs et de soutien aux structures décentralisées. L'intervention s'emploiera à travailler avec les cadres des différentes directions du ministère à cet effet, en particulier pour appuyer i) la mise en œuvre de la stratégie genre au niveau départemental, ii) l'intégration du thème de l'environnement/lutte contre le changement climatique dans toutes les stratégies sectorielles, iii) l'opérationnalisation des stratégies MNT & SONU au niveau départemental, iv) la gestion rationnelle des équipements et infrastructures.

Au niveau local, un audit organisationnel et de capacités incluant un plan d'actions et des indicateurs de suivi sera réalisé en début de projet au niveau de la DDS et des ZS. Ceci afin d'améliorer leur performance pour le pilotage et la gestion du système local de santé (SYLOS basé sur le district sanitaire). Enabel appuiera notamment la DDS pour améliorer son fonctionnement interne, ses capacités de coordination, planification, de suivi-évaluation et d'appui technique de la DDS aux ZS. A cette fin, le projet fournira des véhicules de supervision et renforcera les capacités techniques de la DDS et des ZS.

Le projet renforcera les capacités techniques de la DDS (MNT, santé reproductive de la mère, neo-natale, infantile et des adolescents (SRMNIA)), y compris en matière de genre et de climat. Enabel soutiendra ainsi l'opérationnalisation de la stratégie genre du MS dans les Collines avec des actions de formation du personnel de la DDS et de la cellule de concertation départementale multi-acteurs sur le genre, les VBG et la santé des adolescent.e.s. Les thématiques porteront notamment sur VBG en vue notamment de capitaliser sur l'expérience du centre de prise en charge des Collines au niveau national, droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR), genre et lieu de travail, rapports de pouvoir, promotion de femmes dans l'enclavement et dans les sphères de décision du projet. Les diverses études sur le genre réalisées seront exploitées à cette fin. Le projet cherchera à accroître les capacités de la DDS Collines et des ZS à piloter des programmes de recherche-action sur les thématiques d'intérêt du projet.

De manière transversale (sous acteurs confondus) en matière de genre, les activités d'appui veilleront à l'équité de la représentation femmes/hommes (F/H) dans les instances de décision (comité de pilotage) et les formations dispensées. Le comité de suivi technique comprendra un point focal genre. Un AT genre animera ces différents chantiers au niveau départemental et national.

Enabel veillera également à renforcer la gouvernance des ZS en attirant essentiellement et de préférence, notamment la gestion prévisionnelle des RHs, avec une attention particulière à la réduction des inégalités F/H.

La gestion des RHs pourra au niveau départemental et local s'articuler via la mise en place et la formation des points focaux RH des ZS sur la gestion des RHs, la mise à jour régulière d'une base de données du personnel, la production d'indicateurs clés permettant un meilleur suivi de la disponibilité et de la répartition du personnel.

Pour faciliter la gestion des RHs, le projet appuiera (i) l'exécution du logiciel IREHS au niveau local (DDS, ZS) et national et se basera sur l'expérience développée dans les zones PASS

(ii) la formation des décideurs à l'approche WISN (Workload Indicators of Staffing Needs) de l'OMS qui permet d'apprecier la charge de travail des ressources humaines en poste dans les formations sanitaires (FS) et (iii) l'actualisation de l'observatoire des RHs.

Le projet appuiera également l'IFSIQ et l'INMES afin d'établir un véritable modèle économique (business plan) et d'assurer la pérennité des interventions de l'AFD.

L'appui à la gouvernance ira également dans le sens d'une meilleure utilisation de l'information sanitaire disponible pour la prise de décision, notamment en faveur de l'égalité genre. Les acteurs seront renforcés dans la production et l'utilisation d'information sanitaire prenant en compte la dimension genre.

4.4. Zones d'intervention

Les zones d'intervention (voir carte en annexe) seront :

- Le département des Collines qui comprend trois zones sanitaires (ZS) qui sont :
 - La Zone Sanitaire Duseri-Glazoue (DAGLA)
 - La Zone Sanitaire Savé-Ouessé (SAO)
 - La Zone Sanitaire Savalou-Banté (SABA)
- Le service de pédiatrie du centre hospitalier départemental (CHD) du Bourgo
- L'appui aux institutions de formation (IFSIQ à Parakou, INMES à Cotonou)

Ce choix se justifie par les arguments suivants :

- Le niveau de couverture en services des structures des différents départements
- La cartographie de la présence d'appuis des PTF dans les départements
- La préférence des zones sanitaires pilote du programme présidentiel « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain – ARCH »

Sur base des rapports des ZS et DDS, l'annuaire statistique 2018, le rapport « service availability and readiness assessment (SARA) 2018, le STEPS 2015, l'enquête démographique de santé (EDS 2018), des rapports d'activités de différentes agences de développement, etc, une analyse a été faite i) de la cartographie de l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF) au secteur de la santé, ii) de quelques tendances qui sont présentées ci-dessous :

- La disponibilité des Ressources Humaines en Santé (RHS) est inquiétante : les départements d'Alibori, Collines et Plateaux sont les plus défavorisés
- L'indice de disponibilité des services est illustratif. Il est calculé à partir de trois sous-indices que sont (i) l'indice de l'infrastructure des services sanitaires, (ii) l'indice du personnel de santé et (iii) l'indice d'utilisation des services : les départements des Collines, Couffo et Plateaux sont les plus défavorisés
- Dans la répartition par département des quatre groupes d'éléments d'appréciation de la capacité opérationnelle relative aux soins néonataux d'urgence complémentaires (SONUC) au Bénin en 2018, le département des Collines ressort défavorisé (Bénin SARA, 2018)

Plus de 60% des patients neufs sont hospitalisés dans ce service et qui indique que le jour le rôle de référence et qu'il accueille les cas d'une certaine gravité. Au-delà du Borgou, le service de pédiatrie accueille des patients des départements frontaliers notamment la Dange et surtout les Collines, dont le parcie nord est plus proche de Parakou que d'Abomey qui abrite le Centre de référence départemental pour les Collines. L'appui au service de pédiatrie du CHUD Borgou bénéficiera dans potentiellement non seulement aux 678 271 enfants de 0 à 14 ans du Borgou (Annuaire des statistiques 2018, en cours de validation), mais également à beaucoup d'autres enfants des départements des Collines et de la Dange.

4.5.2. Bénéficiaires directs

Les bénéficiaires directs sont :

- Les services de santé publics et privés (centres de santé, hôpitaux) des départements des Collines (secteurs de l'offre de soins)
- Les Comités de Gestion, BEZS et DDS des Collines (secteurs de la gouvernance)
- Les groupes communautaires, ONG locales, CPS, Mairies des communes au niveau des Collines (secteurs de la demande)
- Le service pédiatrie du CHD du Borgou
- Les antennes départementales de la transfusion sanguine (ADTS) du Borgou et du Zou
- Les professeurs et étudiants des institutions de formation (FSSO (Parakou) et INMIES (Cotonou))

4.5. Durée de l'action et calendrier indicatif

4.6.2. Durée de mise en œuvre

La durée de mise en œuvre de l'action sera de 60 mois. L'ensemble des activités sera mis en œuvre pendant cette période, comprenant notamment toutes les réceptions provisoires des éventuels travaux entrepris et la clôture des éventuelles conventions de subsides.

Démarrage (max 6) Exécution (max 48 mois) Clôture (max 6 mois)

4.6.1.1. Phase de démarrage (6 mois)

La phase de préparation de l'intervention débute dès la signature de la convention de financement ou une date à convenir avec l'AFD. Il est estimé une durée de trois mois pour mettre en place les actions suivantes :

- Préparation des démarches réglementaires nécessaires
- Mobilisation et recrutement des RH internationales et nationales
- Installation du comité de pilotage et du Comité technique de suivi
- Préparation des marchés publics, conventions de subsides et accords de partenariat nécessaires
- Démarrage des activités (y compris l'étude baseline)

4.6.1.2. Exécution (48 mois)

La mise en œuvre opérationnelle de l'intervention démarre à la soumission du rapport de démarrage au comité de pilotage et se termine lors de l'approbation par celui-ci du planning de clôture.

Les maladies non transmissibles - MNT (STEPS, 2015) :

- Il ressort à l'échelle du pays, 46% des formations sanitaires offrent des services de diagnostic et de traitement (diabète). Les disponibilités les plus faibles sont dans les départements suivants : Collines, Ouégoé, Plateau
- Pourcentage d'établissements de santé offrant des services pour le diagnostic et le traitement des maladies cardio-vasculaires, suivant les départements montre que : Ouémé, Collines et Plateau sont les départements les moins munis en services de diagnostic et/ou de prise en charge des maladies cardiovasculaires (MCV)
- Les disponibilités de services de prise en charge les plus faibles des maladies cardiovasculaires (MCV) se rencontrent dans les départements de : Ouémé (11%), Collines (12%), Plateau (6%)
- La disponibilité pour les services de diagnostic et/ou de prise en charge des maladies respiratoires chroniques (MRC) est plus faible dans les Collines (11%), Alibori (9%) et Plateau (6%)
- Les services de dépistage du cancer du col de l'utérus sont en général peu disponibles mais sont encore plus faibles dans l'Ouémé (5%), les Collines (5%) et le Plateau (2%). En 2015, parmi les femmes âgées de 30 à 44 ans seules 0,9% avaient déjà eu un examen pour le dépistage du cancer du col utérin : L'utilisation des méthodes contraceptives modernes est faible et reste à des niveaux variés selon les départements
- La cartographie des PTF montre que les départements des Collines et du Borgou sont les moins appuyés par rapport aux autres du pays (voir la carte en annexe).

Il est prévu dans le cadre de la mise en œuvre de l'ARCH de mettre à niveau des normes (équipements) dans trois ZS pilotes dont celle de DAGLA, ARCH assurera la mise à niveau et aux normes d'équipements de l'hôpital de zone (HZ) de Dassa et des centres de santé (CS) et la réhabilitation des infrastructures de la même zone sanitaire.

4.5. Bénéficiaires indirects

4.5.1. Bénéficiaires indirects

Les bénéficiaires indirects sont les populations des départements des Collines (899 465 personnes selon les chiffres 2018 de l'INSAE) et des enfants de 14 ans et moins du Borgou (604 292 personnes selon l'INSAE), soit plus de 1,5 millions de personnes. Au regard des composantes proposées, une attention spéciale est donnée aux femmes en âge de procréer mais aussi aux adolescentes et aux enfants à travers la première composante qui prend en charge la santé maternelle et infantile (y compris la transfusion sanguine) et les YEG. Par rapport aux MNT, les bénéficiaires seront non seulement les malades souffrant de MNT mais aussi la population en bonne santé qui bénéficiera des activités promotionnelles et de prévention des maladies chroniques non transmissibles. Les activités du projet contribueront en effet les volets promotionnels et préventifs dans les formations sanitaires mais aussi dans la communauté. Les activités promotionnelles, préventives et curatives cibleront non seulement les maladies chroniques non transmissibles mais aussi les huit facteurs de risques qui leur sont associés.

Le département du Borgou dans son ensemble n'est pas une zone d'intervention du projet. Cependant, avec l'appui au service de pédiatrie du CHUD Borgou, qui est l'hôpital de référence pour les deux départements du Borgou et de l'Alibori, il y a une cible importante de ce département qui va bénéficier de l'appui du projet. En effet, le service de pédiatrie est l'un des services du CHUD Borgou les plus utilisés avec un taux d'occupation des lits de 80,56%, une fréquentation moyenne de 7250 patients/an et une moyenne de 4000 hospitalisations par an.

4.6.1.2. Clôture (6 mois)

La phase de clôture de l'Action sera de maximum six (6) mois. Certaines réalisations définitives auront lieu pendant cette période, de même que les activités de clôture suivantes : rédaction des rapports finaux, capitalisation, audit final, revue finale, transfert des biens et équipements, derniers paiements. Seule une partie de l'unité de gestion de l'Action sera maintenue sur une portion de cette période de trois (3) mois selon les besoins pour mener à bien ces activités de clôture.

4.6.2. Calendrier indicatif

La date de démarrage du projet est conditionnée à la date de signature de la convention de financement entre Enabel et l'AFD. De façon indicative, le projet démarrera en janvier 2020. Le chronogramme indicatif est fourni en annexe.

4.7. Budget de l'action

Le budget du projet est de 11.000.000 € pour une période de 60 mois. Le financement est assuré par l'AFD selon le budget ci-dessous. Ce budget sera détaillé au démarrage de l'intervention après l'élaboration du plan de mise en œuvre.

Tableau 9.1. Budget de l'action

		TOTAL	Plus de 250000	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Clôture
A	La population du Bénin dispose d'une offre de soins insuffisante pour répondre à ses besoins. Le renforcement des capacités des professionnels de santé est un enjeu prioritaire dans le département des Collines et au niveau du pôle technique du CHD de Zogoué	8.665.291	3.625.000	1.420.750	2.051.420	1.910.420	1.274.301	1.063.000
A01	Réaliser des services de soins primaires, prévenir et traiter de qualité les patients atteints de maladies infectieuses et parasitaires et de malnutrition, ainsi que les maladies non transmissibles et les maladies mentales et troubles psychiques dans les Collines et au niveau du pôle technique du CHD de Zogoué avec une médication adéquate des patients	3.100.000	0	310.000	1.000.000	1.000.000	400.000	0
A02	Réaliser des compétences techniques et la gouvernance des services de soins primaires et de maladies non transmissibles et troubles psychiques dans les Collines et au niveau du pôle technique du CHD de Zogoué	1.075.000	0	310.000	400.000	400.000	355.000	0
A03	Appuyer les services de soins primaires et de maladies non transmissibles et troubles psychiques dans les Collines et au niveau du pôle technique du CHD de Zogoué	1.775.000	1.625.000	0	0	0	0	150.000
Y	Reserve budgétaire	0	0	0	0	0	0	0
Z	Moyens humains	1.000.000	1.000.000	0	0	0	0	0
Z01	Coût du personnel d'appui	200.000	200.000	0	0	0	0	0
Z02	Investissements	800.000	800.000	0	0	0	0	0
Z03	Preuve opérationnelle	0	0	0	0	0	0	0
Z04	Audit, appui technique	0	0	0	0	0	0	0
SOEN-TOTAL COUTS DIRECTS (€)		10.000.000	5.650.000	2.130.750	3.451.420	3.310.420	1.674.301	1.063.000
	Coûts indirects Enabel (6% du total des coûts directs)	600.000	339.000	127.950	207.084	198.612	100.458	83.550
GRAND TOTAL (€)		10.600.000	6.025.000	2.258.700	3.658.504	3.509.032	1.774.759	1.146.550

La contribution nationale au projet se constituera par la mise à disposition de locaux servant de bureaux au niveau central et au niveau départemental. La proximité des équipes de projets avec les acteurs directs concernés constitue une condition favorable à la réussite du projet.

Les locaux occupés actuellement par le PASS-SOUROU ont été construits grâce aux contributions conjointes d'Enabel et du budget national béninois. Ces mêmes locaux devraient être utilisés conjointement par l'assistance technique du futur programme Enabel (Programme d'Appui à la

5.2.2. Comité de pilotage

Un comité de pilotage sera mis en place dès la phase de préparation du projet. Il se charge du pilotage stratégique de l'intervention et assure la supervision générale de son exécution.

Au cours de la phase de démarrage, la composition, les règles de fonctionnement et les responsabilités de ce comité seront fixées, de façon indicative :

5.2.2.1. Composition

La composition du comité de pilotage sera la suivante :

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé (ou son représentant)
- Un représentant du Ministère des Affaires Étrangères
- Un représentant du Ministère de la famille (invitation en fonction des sujets à débattre)
- Un représentant du Ministère de l'enseignement supérieur (invitation en fonction des sujets à débattre)
- Le Préfet des Collines
- Un représentant de la Plateforme Nationale des PUS (PNUSS)
- Un représentant de l'AFD
- Un représentant de Enabel

Selon l'agenda de la réunion, le comité peut inviter, en qualité d'observateur ou d'expert sans droit de vote, toute autre personne qui apporte une contribution au projet. Ces personnes sont généralement les experts de l'unité de gestion du projet. Les représentants de l'IPSIO et de l'INMIES font aussi partie de ce pool d'experts qui peuvent être invités.

5.2.2. Mission et fonctions

Ce comité assure le pilotage stratégique du programme, au plus haut niveau. Il se réunit en principe tous les six mois. Ses fonctions sont les suivantes :

- Veiller à la cohérence des orientations de l'intervention avec la/les politiques sectorielles ;
- Apprécier l'état d'avancement du projet et l'atteinte de ses résultats sur base des rapports de résultats ou des rapports de monitoring et revues et en approuver les recommandations ;
- Résoudre les éventuels conflits liés au non-respect des engagements des différents partenaires dans le cadre du projet consignés dans la lettre d'entente ;
- Examiner les rapports d'audit et formuler des avis sur les plans de mise en œuvre des actions qui sont élaborés en réponse aux recommandations du rapport ;
- Débattre les propositions d'ajustements ou de modifications substantielles de l'intervention faites par Enabel et nécessitant une approbation de l'AFD ;
- Faire des recommandations pour la capitalisation et la pérennisation des acquis de l'intervention ;
- Superviser la clôture du projet et approuver le rapport final.

5.2.3. Modes de fonctionnement

Le mode de fonctionnement proposé du comité de pilotage est comme suit :

- Le comité de pilotage établit son règlement d'ordre intérieur ;
- Le comité de pilotage se réunit sur invitation de son Président ordinairement chaque semestre ou de façon extraordinaire, en cas de besoin, à la demande d'un membre ;
- Le comité de pilotage se réunit pour la première fois (au plus tard) dans les six mois qui suivent la signature de l'accord de mise en œuvre du projet entre l'AFD et Enabel ;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé ;

5.3. Cadre contractuel

L'action sera mise en œuvre sous la responsabilité d'Enabel, selon ses propres règles et systèmes de gestion (qui ont été évalués positivement par l'UE lors de l'audit ex-ante connu sous le nom de « évaluation des piliers »). Le cadre légal est fixé par la convention de financement liant Enabel à l'AFD relative à la mise en œuvre du projet.

Une lettre d'entente sera également signée entre le Ministère de la Santé au Bénin, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, l'AFD et Enabel afin de confirmer les engagements respectifs dans la mise en œuvre de ce projet. Cette lettre d'entente n'a pas d'obligation légale et ne peut donc s'opposer à la convention de financement liant Enabel à l'AFD.

5.4. Coordination

De manière générale, Enabel souhaite, pour toutes ses prestations, s'aligner autant que possible sur les cadres stratégiques, priorités et structures du partenaire, et travailler en étroite collaboration avec les institutions partenaires, dans le respect des maîtrises d'ouvrage. Les principes de coordination ainsi que les instances de gouvernance, leur rôle, et leur articulation sont décrits ci-dessous.

5.4.1. La coordination

Cette coordination se situe au moins à trois niveaux :

- Une synergie et une complémentarité avec les appuis des autres PTF devront être recherchés activement. Pour ce faire l'équipe de projet devra participer aux plateformes et structures techniques de coordination comme par exemples les Groupes techniques de Travail, les Revues Annuelles Conjointes (RAC) aux niveaux central et décentralisé, aux revues de performance au niveau des DDS et Équipes d'Encadrement de Zones Sanitaires (BEZS), etc.
- Une coordination structurée au sein du projet en vue de garantir la cohésion et l'harmonie des contributions des différents acteurs nationaux, y compris sur l'ARCH, et ceux de l'assistance technique. La supervision périodique au sein du projet devra contribuer à assurer une telle coordination interne du projet, ce au travers du comité de pilotage et du comité technique de suivi.

- Une coordination entre ce projet et le nouveau projet d'Enabel « Projet d'Appui à la Santé Reproductive et à l'Information Sanitaire - P@SRIS ». Un mécanisme et des outils de collaboration entre les deux projets seront recherchés en vue d'une meilleure utilisation des ressources mais aussi d'établir des synergies d'approches techniques et de partage de leçons et de bonnes pratiques dans le cadre de la capitalisation. On peut citer dans ce cadre l'utilisation commune des mêmes locaux et la mutualisation des ressources humaines (certains staffs d'appui) au niveau central. De même, des rencontres techniques périodiques (dans le cadre du comité technique de suivi), des formations communes peuvent être d'une grande utilité dans le sens de l'efficacité mais aussi de facilitation de la capitalisation entre les deux projets.

* Si l'Etat ne fournit pas les locaux, ceel nécessitera une modification budgétaire.

- La cellule de pilotage doit également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final et de préparer les formalités de clôture du projet.

5.2.3. Comité Technique de Suivi

Un Comité Technique de Suivi (CTS) sera mis en place au démarrage de l'intervention. Il se réunira trimestriellement pour garantir un échange technique, un suivi et une coordination des actions sur le terrain. Le CTS constituera un lieu de concertation opérationnelle et aura la responsabilité de préparer les comités de pilotage pour garantir les prises de décisions informées. Le comité, présidé par le coordinateur des interventions Santé Enabel au Bénin (= manager actuel des interventions P@SRIS), assurera les fonctions suivantes :

- suivre périodiquement l'état d'avancement global des activités programmées et approuver des nouvelles planifications tant sur le plan opérationnel que financier ;
- participer à la préparation et au monitoring des contrats d'exécution et des partenariats opérationnels ;
- suivre le respect des engagements des différentes parties prenantes ;
- veiller à la cohérence interne des approches d'intervention et à la complémentarité des activités avec d'autres initiatives (locales) de développement dans le domaine (études, privées ou portées par d'autres PTF) ;
- assurer le rôle de « courroie de transmission » entre l'unité de gestion et le CoPIL ; (i) préparer les réunions du CoPIL ; (ii) formuler des propositions d'ajustement ou de modifications techniques de l'intervention en tenant compte des obligations contractuelles entre l'AFD et Enabel ; (iii) conseiller et orienter le CoPIL dans sa prise de décisions sur la base d'une connaissance approfondie du terrain ;
- échanger sur des évolutions des contextes sectoriels, analyser les contraintes et défis opérationnels ;
- rechercher une solution technique à tout problème que l'unité de gestion et de coordination de projet ne parvient pas à résoudre à son niveau
- veiller à l'appropriation et la mise en œuvre des recommandations des revues et des *backstoppings* techniques ;
- contribuer aux activités de capitalisation, de partage des connaissances et de communication.

Les participants du comité technique seront les acteurs-élé techniques de l'intervention (y compris du niveau central en fonction du besoin). En outre, un représentant Enabel et le point focal technique AFD pourraient être invités ainsi que toute personne jugée utile à ce forum.

Les modalités de fonctionnement seront élaborées lors de la période de lancement du projet.

5.2.4. Structure d'exécution de la cellule de gestion de projet

Les composantes de l'Action qui seront exécutées par Enabel seront mises en œuvre par une unité de gestion qui sera basée dans le département des Collines et, de façon partielle, à Cotonou.

Le/la chef(fe) de projet (International Intervention Manager) sera recruté(e) pour toute la durée de l'intervention. Il/elle sera en charge de la coordination et de la gestion du projet. Il/elle aura la responsabilité d'avancement de l'ensemble de l'intervention et travaillera en étroite synergie avec les autres parties prenantes. Il bénéficiera de la supervision de la supervision de « l'intervention manager » du projet P@SRIS d'Enabel.

L'intervention Manager disposera d'une équipe composée d'une expertise internationale dirigée du genre et des violences basées sur le genre. Les deux experts internationaux (chef de projet et PAF genre) seront basés au niveau départemental.

Pour l'accompagnement et la mise en œuvre du projet, une équipe de 5 experts techniques nationaux sera mise à disposition au niveau du département des Collines et à Cotonou (cf. tableau ci-dessous).

L'équipe des ATI et des ATN ne sera en aucun cas en substitution. Leur rôle consiste à apporter un appui organisationnel et technique pour la mise en œuvre cohérente de l'intervention avec l'efficacité et l'efficience requise en visant la dimension genre et la pérennité des interventions sur ressources propres du système à la fin de l'intervention.

L'équipe technique du projet doit fonctionner en complémentarité. Cependant quelques rôles spécifiques sont assignés et seront précisés en détail dans les descriptions/architecture de fonction :

- Un Expert technique (ET) de profil santé publique avec une solide expérience en SOND et MENT accompagnera essentiellement la mise en place et le suivi de la composante 1 du programme. Il bénéficiera de l'appui technique de l'ATI genre/VBG pour intégrer dans les actions les besoins genre et développer de façon cohérente les activités de prévention et de prise en charge des VBG tant dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire.
- Un ET spécialiste RHIS, avec des capacités de gestion avérée de RH, une expertise pédagogique également pour accompagner le processus de développement et de formation des RHIS avec la composant gestion. Il donnera essentiellement un appui technique aux points locaux RH des zones sanitaires et un appui pédagogique et organisationnel au niveau des instituts de formation. Sera également impliqué dans les activités d'organisation et de gestion des RH au niveau central.
- ET national spécialiste en développement social/organisationnel ou de la santé communautaire : responsable de l'appui aux organisations de la société civile, aux communautés pour l'organisation structurée de la demande afin de renforcer la redevabilité sociale, faciliter les activités de plaidoyer et de dialogue avec l'offre de soins, le recueil et la gestion des plaintes à travers un mécanisme identique ou similaire à l'expérience des PUSS développée par le PASS. Cette personne organisera également l'engagement de la communauté dans les activités de promotion de la santé. Il/elle bénéficiera de l'appui de l'ATI genre pour amener les communautés à reconnaître et défendre leurs droits en l'occurrence les droits de la femme, des adolescents et de l'enfant et lutter contre les VBG au niveau communautaire.
- Un ET ingénieur biomédical, qui sera chargé du renforcement de compétences en matière de maintenance, de l'organisation du système de maintenance pérenne.
- Un ET sénior spécialiste du SE, point focal du projet au sein du Ministère, en charge du Suivi-Evaluation et de la communication. Il est responsable de l'analyse et de la vulgarisation des indicateurs collectés principalement par le système de suivi-évaluation des zones sanitaires qu'il contribuera à renforcer. Responsable pour le rapportage périodique auprès des instances du Ministère et auprès de l'IM P@SRIS et de l'AFD. Point focal pour le suivi des recommandations du projet à l'endroit du ministère. Egalement responsable de la communication autour des activités du projet. Partagera son temps entre le terrain (50%) pour les activités de supervision du processus de suivi-évaluation et le renforcement de capacités des acteurs et 50% au niveau central (Ministère) pour le rôle de point focal et de communication.

Cette équipe technique opérationnelle sera appuyée par un staff chargé des aspects administratifs et financiers (voir tableau ci-dessous). Il faut aussi signaler que le Responsable Administratif et

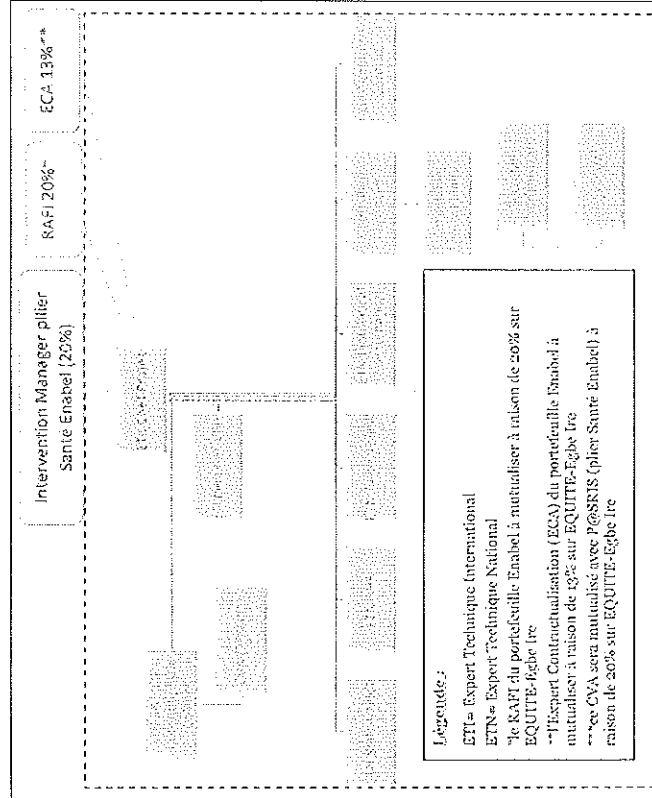
Financier (RAFI) du programme de coopération bilatérale d'Enabel au Bénin consacrera 25% de son temps de travail aux besoins de coordination et de supervision des activités administratives et financières du projet. De même, l'expert contractualisation international du portefeuille Enabel consacrera 13% de son temps de travail au besoin du projet¹⁰.

Schema Ressources Humaines pour la mise en œuvre du projet

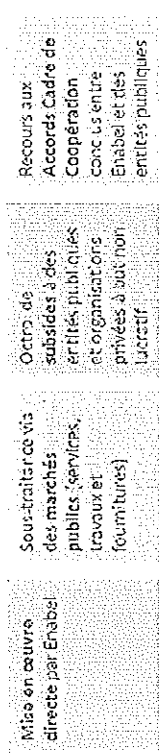
	Fonction	Durée (en nb de mois)	Localisation du poste
Equipe technique et de coordination	1 ET international de santé publique (chef du projet P@SRIS et coordonnateur des interventions Enabel au Bénin)	12 (l'équivalent de 20% de son temps)	Cotonou
	1 ET international de santé publique (chef du projet/ intervention manager de EQUITE-Egbe Ite)	54	Dassa (Niveau départemental - DDS)
	1 ET international pour le genre, les violences basées sur le genre	48	Dassa (Niveau départemental)
	1 ET national de santé publique en charge des MNT et des SONU	48	Dassa (Niveau départemental)
Equipe de gestion administrative et financière	1 ET national spécialiste des RHS en charge du volet appui RHS	48	Dassa (Niveau départemental)
	1 ET national spécialiste en développement social/ organisationnel ou de la santé communautaire en charge du volet de la Redevabilité	48	Dassa (Niveau départemental)
	1 ET national ingénieur biomédical en charge de la gestion des équipements et infrastructures	48	Dassa (Niveau départemental)
Equipe de gestion administrative et financière	1 ET national spécialiste santé publique & SE en charge du suivi des activités au niveau central et du Suivi-Evaluation	48	50% au Niveau départemental (Dassa) - 50% au niveau central à Cotonou
	1 Responsable Administratif et Financier International (RAFI)	16 (temps de travail mutualisé à 25% pour ce projet)	Niveau central à Cotonou
	1 Expert contractualisation international	8 (temps de travail mutualisé à 13% pour ce projet)	Niveau central à Cotonou

1 contributeur financier / poste	54	Tous au niveau départemental sauf que secrétaire mutualisée avec P@SRIS + CVA mutualisée 20% sur le projet
1 gestionnaire contrat (marchés publics)	48	
1 comptable gestionnaire	54	
1 secrétaire niveau départemental	54	
2 CVA (conducteurs de véhicule administratifs - chauffeurs) pour 2 véhicules basés au niveau départemental	2x 54	
1 CVA pour 1 véhicule basé au niveau départemental (uniquement durant la mise en œuvre du projet)	48	12 (temps de travail mutualisé à 20% pour ce projet)
1 CVA pour véhicule au niveau central		

Organisation du projet



5.3. **COUVERTURE DE LA MISE EN ŒUVRE**
 D'un point de vue contractuel, Enabel mettra en œuvre cette intervention selon ses propres règles et systèmes de gestion. Cela pourra prendre les formes suivantes conformément à la Convention de financement avec l'AFD :



1. La mise en œuvre directe par Enabel (principalement via l'assistance technique).
2. La sous-traitance via des marchés publics⁴¹ (services, travaux et fournitures), pour laquelle Enabel assure le rôle d'Autorité Contractante.
3. Le recours aux Accords (Cadre) de Coopération⁴² conclus entre Enabel et des entités publiques, de droit public belge ou européen.
4. L'octroi de subventions à des entités⁴³ publiques et organisations privées à but non lucratif pour lesquels Enabel aura seule le rôle d'Autorité Contractante.

L'octroi de subventions⁴⁴ par Enabel se fera selon le cadre réglementaire et opérationnel en vigueur défini par l'arrêté royal et le guide « subventions » Enabel.

La procédure d'octroi peut s'effectuer sur la base d'un appel à propositions ou d'un octroi direct. Au cours de la phase de formulation du projet, la nécessité de recourir à des subventions n'a pas été confirmée. Les opportunités d'octroi de subventions seront confirmées et le cas échéant affinées par l'équipe de projet en concertation avec le Ministère de la Santé lors de la phase de démarrage de l'intervention.

5.4. **SUIVI DES RÉSULTATS ET RAPPORTS**

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action sera réalisé en concertation, selon le système de suivi interne technique et financier de Enabel. Sur cette base, l'équipe projet procédera à une mise à jour complète du « Monitoring Opérationnel » tous les 3 mois conformément à la politique de suivi d'Enabel. Ce Monitoring Opérationnel a pour objet de planifier l'évolution de l'intervention et de rendre compte des résultats par rapport à la planification précédente. Il contient des informations administratives et financières, ainsi que des

⁴¹ Voir réglementation belge MP
⁴² Voir guide Enabel « Accords de coopération »
⁴³ Liste indicative :

- Les services de santé publics et privés (centres de santé, hôpitaux) des départements des Collines
- Les Comités de Gestion, EZES et DDS des Collines
- Les groupes communautaires, ONG locales, CPS, Mairies des communes au niveau des Collines
- Le service pédiatrie du CHD du Borgou
- Les unités départementales de la transfusion sanguine (ADTS) du Borgou et du Zou
- Les instituts de formation IHSIO (Parakou) et INMES (Cotonou)

⁴⁴ Selon les normes d'Enabel, une subvention (subside) est définie comme une contribution financière directe à un ou plusieurs bénéficiaires(s) déterminés et préétablie sur le budget du projet, afin de financer la réalisation d'activités et/ou le fonctionnement d'un ou plusieurs organisme(s) pour un but d'intérêt général en vue de contribuer à l'atteinte des résultats et objectifs de l'intervention. Les bénéficiaires de ces subventions sont appelés « bénéficiaires contractants ». Les subventions sont octroyées moyennant la signature d'une convention de subside, définissant contractuellement l'objet, le montant et la durée du subside ainsi que les engagements mutuels des signataires. Une analyse organisationnelle préalable est réalisée avant la signature d'une convention et permet d'adapter les activités en fonction des capacités réelles du bénéficiaire-contractant.

informants sur des activités et les outputs (progress accomplis, planification et risques) ; suivi des progrès des outputs : planification et suivi opérationnels ; gestion des risques ; suivi des décisions ; programmation et suivi financiers : planification et suivi des marchés publics, subside et services d'exécution.

Un rapport d'avancement annuel et un rapport final seront réalisés conformément aux obligations contractuelles. Chaque rapport rendra compte de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique. Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, matériel et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

5.5. **ÉVALUATION ET AUDIT**

Deux évaluations sont prévues, à mi-parcours et en début de phase de clôture. Ces évaluations seront réalisées par un prestataire externe. Elles permettront de fournir un point de vue extérieur sur la performance de l'intervention et d'analyser le processus de développement à son stade de mise en œuvre.

Les évaluations sont utilisées pour : (i) analyser s'il est nécessaire de réorienter les interventions afin d'atteindre l'objectif spécifique, (ii) fournir les informations nécessaires à la prise de décisions stratégiques, et (iii) identifier les enseignements tirés.

Des représentants du SGM, de la DPP, d'autres structures du Ministère de la Santé et de l'AFD seront invités à participer aux missions d'évaluation de la mise en œuvre de l'intervention. Les rapports finaux de ces missions seront communiqués par Enabel au MS, à la population bénéficiaire et à l'AFD.

Des audits indépendants pourront être effectués annuellement selon les règles d'Enabel en la matière et en tenant compte des exigences de l'AFD (Les TDR de l'audit ont été revus et convenus entre l'AFD et Enabel). L'audit vérifiera notamment que les dépenses effectuées reflètent bien la réalité, soient exhaustives et aient été effectuées dans le respect des procédures. La firme d'audit sera certifiée (selon les standards internationaux) et indépendante et tous les audits seront organisés selon des modalités / standards reconnus internationalement.

Les rapports d'audit seront transmis au MS et à l'AFD. Enabel élaborera un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que des mesures correctives ont été entreprises. Les principales recommandations des audits pourront faire objet d'une communication aux différents ministères impliqués (Santé, enseignement supérieur).

<p>La mise en place d'un processus participatif de gestion de changements par l'équipe du projet appuyé par les autorités du secteur à divers niveaux pour contribuer à atténuer ce risque.</p>	Atteindre	Moyenne	Moyenne	<p>Les pesanteurs socio-culturelles et institutionnelles en compte du genre dans les processus de gestion et d'offre de soins</p>
<p>Expliciter le rôle et les responsabilités de chaque niveau de la pyramide sanitaire ; les structures de gestion/d'encadrement et les formations sanitaires (productrices de soins)</p>	Atteindre	Élevée	Moyenne	<p>Les gestionnaires des services de santé aux niveaux départemental et ZS ne perçoivent pas l'importance des compétences managériales et organisationnelles (soft skills)</p>
<p>Résultat 3 : les capacités techniques et la gouvernance des institutions partenaires du projet, dans le respect de l'équité femmes/hommes des structures cibles par le projet, sont renforcées</p>				
<p>Le maintien du nombre limité d'attribution de bourses et de places pour les nouveaux étudiants à l'IFSIQ est préjudiciable à l'Institut (compte tenu de son modèle économique actuel). Cette situation risque d'aggraver le déficit en RHIS qualifiés (notamment les paramédicaux) mis sur le marché de l'emploi.</p>	Atteindre	Élevée	Élevée	<p>Le maintien des modalités d'attribution de bourses n'est pas favorable à la prise en compte du genre (des plus vulnérables économiquement).</p>
<p>Former les acteurs intervenant dans les processus de gestion et de passation des marchés publics au Bénin. Organiser périodiquement des audits et veiller à la mise en œuvre des recommandations.</p>	Atteindre	Moyenne	Moyenne	<p>Irégularités dans les procédures de gestion du projet et de passation des marchés publics au Bénin (Risque financier).</p>
<p>Établir, conjointement avec l'AFI, assurant le plaidoyer nécessaire, en concertation avec le groupe sectoriel des partenaires techniques et humanitaires. Proposer une approche alternative donnant plus d'autonomie aux directions de l'IFSIQ et de l'INAPS.</p>	Atteindre	Moyenne	Élevée	<p>L'ANRS n'a pas mis en place l'unité de collecte de sang dans le département des Collines. Ce risque est maintenu en l'état dans le Résultat 1</p>
<p>Établir, conjointement avec l'AFI, assurant le plaidoyer nécessaire, en concertation avec le groupe sectoriel des partenaires techniques et humanitaires. Proposer une approche alternative donnant plus d'autonomie aux directions de l'IFSIQ et de l'INAPS.</p>	Atteindre	Moyenne	Élevée	<p>Le maintien des modalités d'attribution de bourses n'est pas favorable à la prise en compte du genre (des plus vulnérables économiquement).</p>
<p>Former les acteurs intervenant dans les processus de gestion et de passation des marchés publics au Bénin. Organiser périodiquement des audits et veiller à la mise en œuvre des recommandations.</p>	Atteindre	Moyenne	Moyenne	<p>Irégularités dans les procédures de gestion du projet et de passation des marchés publics au Bénin (Risque financier).</p>
<p>Le maintien du nombre limité d'attribution de bourses et de places pour les nouveaux étudiants à l'IFSIQ est préjudiciable à l'Institut (compte tenu de son modèle économique actuel). Cette situation risque d'aggraver le déficit en RHIS qualifiés (notamment les paramédicaux) mis sur le marché de l'emploi.</p>	Atteindre	Élevée	Élevée	<p>Le maintien des modalités d'attribution de bourses n'est pas favorable à la prise en compte du genre (des plus vulnérables économiquement).</p>

<p>La mise en place d'un processus participatif de gestion de changements par l'équipe du projet appuyé par les autorités du secteur à divers niveaux pour contribuer à atténuer ce risque.</p>	Atteindre	Moyenne	Moyenne	<p>Les pesanteurs socio-culturelles et institutionnelles en compte du genre dans les processus de gestion et d'offre de soins.</p>
<p>Expliciter le rôle et les responsabilités de chaque niveau de la pyramide sanitaire ; les structures de gestion/d'encadrement et les formations sanitaires (productrices de soins)</p>	Atteindre	Élevée	Moyenne	<p>Les gestionnaires des services de santé aux niveaux départemental et ZS ne perçoivent pas l'importance des compétences managériales et organisationnelles (soft skills)</p>
<p>Résultat 2 : Le personnel soignant est disponible, mieux formé en tenant compte des enjeux de genre dans les formations sanitaires</p>				
<p>Le maintien du nombre limité d'attribution de bourses et de places pour les nouveaux étudiants à l'IFSIQ est préjudiciable à l'Institut (compte tenu de son modèle économique actuel). Cette situation risque d'aggraver le déficit en RHIS qualifiés (notamment les paramédicaux) mis sur le marché de l'emploi.</p>	Atteindre	Élevée	Élevée	<p>Le maintien des modalités d'attribution de bourses n'est pas favorable à la prise en compte du genre (des plus vulnérables économiquement).</p>
<p>Former les acteurs intervenant dans les processus de gestion et de passation des marchés publics au Bénin. Organiser périodiquement des audits et veiller à la mise en œuvre des recommandations.</p>	Atteindre	Moyenne	Moyenne	<p>Irégularités dans les procédures de gestion du projet et de passation des marchés publics au Bénin (Risque financier).</p>
<p>Établir, conjointement avec l'AFI, assurant le plaidoyer nécessaire, en concertation avec le groupe sectoriel des partenaires techniques et humanitaires.</p>	Atteindre	Moyenne	Élevée	<p>Le maintien des modalités d'attribution de bourses n'est pas favorable à la prise en compte du genre (des plus vulnérables économiquement).</p>
<p>Former les acteurs intervenant dans les processus de gestion et de passation des marchés publics au Bénin. Organiser périodiquement des audits et veiller à la mise en œuvre des recommandations.</p>	Atteindre	Moyenne	Moyenne	<p>Irégularités dans les procédures de gestion du projet et de passation des marchés publics au Bénin (Risque financier).</p>
<p>Le maintien du nombre limité d'attribution de bourses et de places pour les nouveaux étudiants à l'IFSIQ est préjudiciable à l'Institut (compte tenu de son modèle économique actuel). Cette situation risque d'aggraver le déficit en RHIS qualifiés (notamment les paramédicaux) mis sur le marché de l'emploi.</p>	Atteindre	Élevée	Élevée	<p>Le maintien des modalités d'attribution de bourses n'est pas favorable à la prise en compte du genre (des plus vulnérables économiquement).</p>

Logique d'intervention	Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont indiqués en gras	Sources de vérification	Hypothèses
<p>Réalisation 1.1: Les plateaux techniques des formations sanitaires dans les Collines, y compris le pôle pédiatrie du CHD Boygon, appuyés par le projet sont mis à niveau et fonctionnels en SONU et MNT</p> <p>Réalisation 1.2: Les produits sanguins labiles (PSL) de l'ADIS du Boygon/Zou sont disponibles dans les PS des Collines.</p> <p>Réalisation 1.3: L'offre des services promotionnels, préventifs et curatifs des MNT est intégrée dans le PMA et PCA des PS</p>	<p>% de ZS disposant d'un atelier de maintenance équipé et fonctionnel</p> <p>% CS disposant d'équipement "essentiels" fonctionnels pour les SONU et les MNT au moins 30 semaines/an</p> <p>Existence d'une base de données des infrastructures et équipements (IEXCI) actualisée et opérationnelle dans chaque ZS</p>	<p>Rapports d'activités HZ, ERZS et DDS/Rapport d'activités de maintenance</p> <p>Inventaire, enquête SARA</p> <p>Base inventaire</p>	<p>Des équipements techniques, pièces de rechange acquises et des techniques et agents de santé formés et suivis</p>
<p>Réalisation 1.4: Un centre d'accueil unique pour les victimes de VBG est mis en place dans les ZS de Savé-Onessé,</p>	<p>Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont indiqués en gras</p>	<p>Logique d'intervention</p>	<p>Hypothèses</p>
<p>Nombre de personnes dépressives (M/T) pour FHT (Hypertension, diabète, accident vasculaire cérébral, cancer col de l'utérus et du sein)</p> <p>% de patients hypertendus ayant bénéficiés de PEC conforme aux normes aux protocoles/normes au niveau des CS et HZ</p> <p>Taux de couverture de vaccination contre le Papilloma Virus dans les CS (y inclus nombre d'adolescentes vaccinées contre le HPV)</p>	<p>Rapports des personnes dépressives (M/T) pour FHT (Hypertension, diabète, accident vasculaire cérébral, cancer col de l'utérus et du sein)</p> <p>% de patients hypertendus ayant bénéficiés de PEC conforme aux normes aux protocoles/normes au niveau des CS et HZ</p> <p>Taux de couverture de vaccination contre le Papilloma Virus dans les CS (y inclus nombre d'adolescentes vaccinées contre le HPV)</p>	<p>Rapports des activités de dépistage</p> <p>Rapport des audits qualitatifs</p> <p>Rapports des activités de vaccination</p>	<p>Les activités de mobilisation sont réfléchies pour lever les inhibiteurs et encourager les victimes à chercher les soins</p>
<p>Nombre de victimes des violences (différencées par catégorie de violences) basées sur le genre ayant bénéficié d'une prise en charge</p>	<p>Rapports des victimes des violences (différencées par catégorie de violences) basées sur le genre ayant bénéficié d'une prise en charge</p>	<p>Rapports des victimes des violences (différencées par catégorie de violences) basées sur le genre ayant bénéficié d'une prise en charge</p>	<p>Les activités de mobilisation sont réfléchies pour lever les inhibiteurs et encourager les victimes à chercher les soins</p>

Logique d'intervention	Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont indiqués en gras	Sources de vérification	Hypothèses
<p>Objectif général: « Contribuer à l'amélioration de la santé des populations au Benti, en particulier les plus vulnérables et à l'égalité femmes/hommes »</p> <p>Objectif spécifique: « La population du Benti dispose d'une offre de soins intégrée de qualité pour les SONU et les MNT, tenant compte des besoins spécifiques liés au genre, principalement dans le cadre de la prise en charge des victimes de VBG et au niveau du pôle pédiatrie du CHD du Boygon »</p>	<p>Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont indiqués en gras</p>	<p>Sources de vérification</p>	<p>Hypothèses</p>
<p>Nombre de bénéficiaires de biens et services essentiels de l'intervention</p> <p>Population les plus vulnérables et à l'égalité femmes/hommes</p>	<p>Nombre de personnes dont l'accès aux soins s'est amélioré</p>	<p>Enquête de satisfaction</p> <p>SRIS, rapport d'activités</p>	<p>Les personnes de santé nécessaires sont recrutées et disponibles dans les PS des Collines.</p> <p>Une politique de fidélisation du personnel est initiée et renforcée</p>
<p>Inventaire des recherches-actions</p> <p>Taux de satisfaction des femmes/hommes</p>	<p>Documents (protocoles, rapports d'étape, rapport final)</p> <p>Les acteurs des DDS et ZS s'engagent dans la recherche-action</p>	<p>Enquête de satisfaction</p> <p>SRIS, rapport d'activités</p>	<p>Les acteurs des DDS et ZS s'engagent dans la recherche-action</p>
<p>Réalisation 1: Des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité SONU et MNT, tenant compte des besoins spécifiques des femmes et des adolescents (CS) et enfants, sont disponibles dans les Collines et au niveau du pôle pédiatrie du CHD du Boygon avec une meilleure réactivité des patients</p>	<p>Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont indiqués en gras</p>	<p>Sources de vérification</p>	<p>Hypothèses</p>

Les indicateurs objectivement vérifiables seront définis de manière plus précise au cours de la période de démarrage du projet pendant laquelle des études de base seront réalisées (Bachelin) comme il se fait dans tous les projets gérés par l'Inabel. Ils seront validés par le Comité de Pilotage de l'intervention. Pour plus de détails sur les indicateurs et la ligne de base : voir annexe.

Logique d'intervention				Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont marqués en gras charge intégrée	Sources de vérification	Hypothèses	
Réalisation 1.5 : L'information et la sensibilisation des femmes et des hommes sont assurées (à PF, genre, MNT, SONU). Nombre et taille des associations impliquées dans la promotion genre et la lutte contre les VBG				Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception Rapports SMICS, Enquête IQAS Responsabilité accrue et accessible accrue des produits de PF	Rapports SMICS, Enquête IQAS		
Réalisation 1.6: Le système de référence/contre-référence est renforcé.				% de progrès dans les scores qualitatifs des SONU et MNT Nombre de PS répertoriés dans le réseau SONU qui détiennent toutes les fonctions SONU Monitoring SONU	Andis qualitatifs ciblant SONU et MNT		
Réalisation 1.7: Une offre de soins de qualité est développée pour les SONU et les MNT avec une démarche qualité des MNT				% des décès maternels audités Nombre de jours de disponibilité d'ambulances fonctionnelles par zone sanitaire par période Référence/contre-référence est renforcé.	Rapport de monitoring des ambulances au niveau des ZS appuyées		
Logique d'intervention				Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont marqués en gras	Sources de vérification	Hypothèses	
Taux de survie en période périnatale précède au service de pédiatrie du CHUD/Borgou				Taux de survie en période périnatale précède au service de pédiatrie du CHUD/Borgou	Rapport d'activité & statistiques du service de pédiatrie du CHUD/Borgou		
Réalisation 1.8 : Un dispositif de redétabilité patient et la structuration de la demande est assuré(c)				% de plaintes déposées par les utilisateurs dans le cadre des PUSS résolues	Rapports d'activités des P/SS/ KAPPA des activités des structures de gestion des plaintes	Les responsables des ZS et le DHS simplifié pour promouvoir la collecte et la résolution des plaintes	
Résultat 2 : Le personnel soignant est disponible, mieux formé en tenant compte des enjeux de genre dans les formations sanitaires,							
Réalisation 2.1 : De nouvelles formations au niveau de l'FSIO et l'INMES sont créées et sont fonctionnelles		Nombre de diplômés sortis de l'FSIO et INMES par filière appuycé (F/H)		Rapport l'FSIO			
Réalisation 2.1 : De nouvelles formations au niveau de l'FSIO et l'INMES sont créées et sont fonctionnelles		Nbre d'infirmiers Diplômés d'Etat et de Sages-femmes d'Etat (F/H) ayant bénéficiés de bourses de formation par rapport aux filières appuycés (en particulier la filière en anesthésie réanimation et en urgents)		Rapport l'FSIO			
Réalisation 2.2: Les méthodes pédagogiques au niveau de l'FSIO et l'INMES ont été améliorées		L'FSIO et l'INMES ont intégré le genre de manière transversale et dans des modules dédiés dans l'ensemble des curricula de formation.		Rapport d'évaluation pédagogique			
Réalisation 2.3: Un centre de formation sur les SONU (en y incluant le genre & les VBG également) est mis en place		Nbre de personnes ayant bénéficié de bourses de formation dans le cadre de pas des indicateurs spécifiques (cf 1.7)					

Logique d'intervention				Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont marqués en gras charge intégrée	Sources de vérification	Hypothèses	
Réalisation 1.5 : L'information et la sensibilisation des femmes et des hommes sont assurées (à PF, genre, MNT, SONU). Nombre et taille des associations impliquées dans la promotion genre et la lutte contre les VBG				Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception Rapports SMICS, Enquête IQAS Responsabilité accrue et accessible accrue des produits de PF	Rapports SMICS, Enquête IQAS		
Réalisation 1.6: Le système de référence/contre-référence est renforcé.				% de progrès dans les scores qualitatifs des SONU et MNT Nombre de jours de disponibilité d'ambulances fonctionnelles par zone sanitaire par période Référence/contre-référence est renforcé.	Rapport de monitoring des ambulances au niveau des ZS appuyées		
Réalisation 1.7: Une offre de soins de qualité est développée pour les SONU et les MNT avec une démarche qualité des MNT				% des décès maternels audités Nombre de jours de disponibilité d'ambulances fonctionnelles par zone sanitaire par période Référence/contre-référence est renforcé.	Rapport de monitoring des ambulances au niveau des ZS appuyées		
Logique d'intervention				Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont marqués en gras	Sources de vérification	Hypothèses	
Taux de survie en période périnatale précède au service de pédiatrie du CHUD/Borgou				Taux de survie en période périnatale précède au service de pédiatrie du CHUD/Borgou	Rapport d'activité & statistiques du service de pédiatrie du CHUD/Borgou		
Réalisation 1.8 : Un dispositif de redétabilité patient et la structuration de la demande est assuré(c)				% de plaintes déposées par les utilisateurs dans le cadre des PUSS résolues	Rapports d'activités des P/SS/ KAPPA des activités des structures de gestion des plaintes	Les responsables des ZS et le DHS simplifié pour promouvoir la collecte et la résolution des plaintes	
Résultat 2 : Le personnel soignant est disponible, mieux formé en tenant compte des enjeux de genre dans les formations sanitaires,							
Réalisation 2.1 : De nouvelles formations au niveau de l'FSIO et l'INMES sont créées et sont fonctionnelles		Nombre de diplômés sortis de l'FSIO et INMES par filière appuycé (F/H)		Rapport l'FSIO			
Réalisation 2.1 : De nouvelles formations au niveau de l'FSIO et l'INMES sont créées et sont fonctionnelles		Nbre d'infirmiers Diplômés d'Etat et de Sages-femmes d'Etat (F/H) ayant bénéficiés de bourses de formation par rapport aux filières appuycés (en particulier la filière en anesthésie réanimation et en urgents)		Rapport l'FSIO			
Réalisation 2.2: Les méthodes pédagogiques au niveau de l'FSIO et l'INMES ont été améliorées		L'FSIO et l'INMES ont intégré le genre de manière transversale et dans des modules dédiés dans l'ensemble des curricula de formation.		Rapport d'évaluation pédagogique			
Réalisation 2.3: Un centre de formation sur les SONU (en y incluant le genre & les VBG également) est mis en place		Nbre de personnes ayant bénéficié de bourses de formation dans le cadre de pas des indicateurs spécifiques (cf 1.7)					

Les mesures de communication et visibilité de l'action d'Enabel et de l'AFD seront mises en œuvre sur la base des lignes directrices de l'UE relatives à la « Communication et visibilité des actions extérieures financées par l'UE » daté du 1er janvier 2018 qui devront être adaptées pour répondre aux spécificités propres au Projet EQUITY. E&S-11c.

Un plan de communication et visibilité sera précisé et finalisé au cours des six premiers mois de mise en œuvre de l'action par l'équipe projet. Il sera soumis à l'avis de non objection de l'AFD et permettra de préciser les objectifs de communication, les actions, outils et supports de communication/visibilité et sensibilisation à réaliser ou à utiliser, les modalités de conception, production et diffusion de ces supports, la planification et le suivi de la mise en œuvre des actions de communication et visibilité, la répartition du budget prévu à cet égard.

Une équipe de personnes ressources au niveau du bureau ENABEL, dont une chargée des aspects communication, appuiera le projet pour assurer la visibilité de l'intervention.

Logique d'intervention	Indicateurs (tous désagrégés par sexe et âge) Indicateurs prioritaires sont marqués en gras	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 3 : les capacités techniques et la gouvernance des institutions partenaires du projet, dans le respect de l'égalité femmes/hommes des structures ciblées par le projet, sont renforcées			
Réalisation 3.1 : Les capacités de la DDS et des ZS par rapport à leurs fonctions-clé sont renforcées avec une meilleure intégration genre dans les services et activités	Proportion de structures appuyées (DDS, ZS, IFSIO, INMeS) dont la planification (op et budget) a fait l'objet d'analyse genre et qui intègrent des activités concrètes suivant les principes de la charte genre	Rapport d'analyse	Les acteurs du secteur au niveau national et départemental considèrent la problématique genre et égalité homme-femme comme une priorité et s'engagent à l'intégrer dans les processus de soins et services.
	Progrès dans le score de fonctionnalité et de performance des ZS intégrant le genre	Grille d'auto-évaluation & d'évaluation (cf OMS) de la fonctionnalité et de la performance des ZS	Les acteurs décisionnels et opérationnels adoptent les innovations et changements en matière de genre et égalité H/F dans les fonctions essentielles
Réalisation 3.2 : Les business plans de l'IFSIO et l'INMeS sont développés (y compris l'intégration de la dimension genre)	Existence d'un business plan pluriannuel par école	Rapport de programmation	
Réalisation 3.3 : La gouvernance des ressources humaines en santé est renforcée au niveau central et départemental (principalement à travers l'extension du Logiciel IRHIS)	Existence d'un tableau de bord IRHIS pour le suivi des effectifs dans les structures des 3 ZS dans la DDS Collines	Evaluation plateforme IRHIS	
Réalisation 3.4 : Les directions centrales du MS concernées par l'intervention jouent mieux leur rôle normatif et le soutien aux structures décentralisées et déconcentrées (par rapport aux priorités ciblées)	% de recommandations à l'endroit du ministère lors des CODIR et revue de performance ayant trouvé solution	Rapport de suivi des recommandations CODIR DDS/ZS et Revue de performance	

Domaines	Partenaires	Principales actions	Nature du partenariat
	ENABEL/PASS Sourou & PAORC	<ul style="list-style-type: none"> Curriculum de formation validé avec DSME et FNUAP pour une formation de 02 semaines (au lieu de 03 à 4) Appui technique au design méthodologique d'une formation qualifiante continue sur le modèle du « parcours d'acquisition des compétences » Mise en place de 2 centres de formation SONU (au CHD Mono et HZ Djaougou) équipés en modèles anatomiques pour l'apprentissage des fonctions SONU-B Formation de formateurs (aspects pédagogiques) Formation de prestataires de maternité sur les SONU intégrant PF et CPN recentrée, suivi de stages pratiques dans les formations sanitaires. Mise en place d'un réseau WhatsApp SONU dans chaque département favorisant des échanges entre formateurs et prestataires pour améliorer la pratique, Renforcement du plateau technique des FS en équipements essentiels Formation des agents non qualifiés des maternités (Aides-soignantes) sur les SONU Mise en place du système de tutorat Formation continue en TS (normes de production et de distribution des produits Sanguins Labiles et mise en place d'outils pour la gestion des incidents transfusionnels. Renforcement de capacités des associations de donneurs de sang sur les stratégies de mobilisation du don de sang avec implication des radios communautaires. Réorganisation et formation des comités d'audits de décès maternels et néonataux. Amélioration de la référence et contre-référence : achats ambulances, mise en pool des ambulances de chaque zone-sanitaire, gratuité des références obstétricales gratuites, médicalisation de la référence avec un agent de santé accompagnant. 	Capitalisation des expériences dans le nouveau projet AFD : exploitation et adaptation de la documentation, des modules de formation

66

ANNEXE 1 : CAPITALISATION DES EXPERIENCES & AXES DE COMPLEMENTARITE ET DE SYNERGIE

Domaines	Partenaires	Principales actions	Nature du partenariat
SONUB/C	FNUAP	<ul style="list-style-type: none"> Appui stratégique en vue d'une organisation efficace de l'offre des SONU : évaluation de l'offre des SONUB/C, appui à la réorganisation du réseau SONU Appui technique à l'élaboration des curricula de formation et formation en SONUB/C 	Partenariat stratégique avec FNUAP : mise en place de réseaux SONUB et SONUC
	Enabel : P@SRIS (nouveau projet santé)	<p>Axes d'intervention prévus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Formation continue (présentiel & en ligne) du personnel (paramédical et des aides-soignants) en SONU Appui à de l'approche SONU dans les curricula de formation de base des sages-femmes Amélioration plateau technique et maintenance des équipements Droits et redevabilité Amélioration du système d'information sanitaire Système de valorisation des connaissances 	Synergie/complémentarité avec le nouveau programme Enabel : mutualisation expertise et ressources.
	PASMI/AFD	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la qualité de la césarienne et la réanimation néonatale (équipements, protocole/référentiels) Formation en SONU/C Transfusion sanguine : équipements, formations spécialisées et continue en transfusion sanguine 	Capitalisation des expériences dans le nouveau projet AFD : exploitation de la documentation, des modules de formation

65

Domaines	Partenaires	Principales actions	Nature du partenariat
			Animé conjointement avec d'autres PTF un cadre de concertation national sous le leadership de la DSME
	UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> Programme de prévention des VBG en milieu scolaire avec formation des enseignants, sensibilisation Mise en place d'un système de collecte des données sur le VBG Procédures opérationnelles standards de prévention et de réponses aux violences basées sur le genre pour standardiser (SOP) la réponse aux violences basées sur le genre de manière coordonnées et efficaces à tous les niveaux. 	Partenariat stratégique, partage d'expérience sur l'utilisation des SOP Animé conjointement avec d'autres PTF un cadre de concertation national sous le leadership de la DSME
	P@SRIS/ENABEL	<p>Les activités prévues au titre du nouveau projet comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Appui à la société civile, aux associations des femmes et autres organisations de la société civile pour faciliter l'accès des victimes aux services, avec un volet Communication pour le Changement de Comportement (CCC) Développement de services intégrés de soins pour avortements sécurisés et post-avortement sera prévu et le lien avec les centres d'accueil existants sera établi dans le cas des violences sexuelles 	Collaboration et synergie (notamment mutualisation des expertises) pour CCC, renforcement des capacités des PS et des CPS pour améliorer la qualité de la prise en charge, appui au Ministère en charge de la famille pour la prise en charge intégrée des VBG ou création d'autres CIPEC VBG suivant le plan d'action du Ministère.
Redevabilité sociale	PASS Sourou Enabel PASS CERRHUD (DIP, structure de pilotage)	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place et appui au fonctionnement de 5 plateformes communautaires en charge de la défense des droits des usagers (PUSS) : expression de la communauté entre autres sur leur perception de la qualité des soins, notification et gestion des plaintes, dialogue avec les prestataires des soins. Mise en place et animation des cadres de concertation et des comités de pilotage 	Partenariat stratégique et complémentarité avec CERRHUD et P@SRIS pour partage d'expérience, adaptation d'outils au contexte local. Synergie avec le nouveau programme santé P@SRIS

68

Domaines	Partenaires	Principales actions	Nature du partenariat
Développement RHS	Enabel/PAORC	<ul style="list-style-type: none"> Construction de l'immeuble abritant l'IFESIO (rez-de-chaussée et R+1 en cours + équipement en mobilier ; Extension des capacités d'accueil de l'INMeS, avec des réhabilitations 	Complémentarité en appui méthodologique avec le nouveau programme Enabel Pilier 1 et 3 (santé)
	Enabel/PASS Sourou	<ul style="list-style-type: none"> Fourniture de matériel informatique pour le personnel administratif (5 ordinateurs et 1 photocopieur) ; Appui matériel et logistique pour le stage des apprenants : kit pour les stagiaires (gants, coton, gel hydro alcoolique, fil de suture, etc.), facilité pour le stage dans la zone d'appui du PASS ce qui est une forme d'appui aux PS du projet, et familiarité des stagiaires aux zones d'intervention du projet pour un éventuel futur poste 	
	APEFE (Association pour la Promotion de l'Enseignement de la Formation à l'Étranger)	<ul style="list-style-type: none"> Expertise en design et formations pédagogiques des enseignants en partenariat avec l'APEFE ; Elaboration de curriculum de formation 	Synergie en vue de l'appui du projet à l'IFESIO et INMeS pour le développement de nouvelles filières
Genre : égalité Femme/homme & lutte contre les violences basées sur le genre	Coopération Suisse	<ul style="list-style-type: none"> Appui aux Centres de Promotion Sociale pour la prévention et prise en charge des VBG : centres d'écoute, prise en charge psychologique, médico-chirurgicale, assistance juridique Lutte contre les Grossesses précoces surtout en milieu scolaire, lutte contre les mutilations 	Capitalisation des expériences du projet RECAFEM (CPS de Savé) notamment CPS de Savé
	Médecin du Moude	<ul style="list-style-type: none"> 3 centres intégrés de prise en charge (CIPEC) des victimes de VBG (Abomey, Parakou, et Cotonou 1, Kandi dans l'Alibori (en 2019)) Protocole de prise en charge des victimes de VBG (psycho-sociale, médicale, juridique) 	Synergie et complémentarité, partage d'expérience Appui méthodologique conjoint pour l'intégration des aspects genre/égalité Femme/homme dans les curricula de formation à l'IFESIO

67

Domaines	Partenaires	Principales actions	Nature du partenariat
	P@SRIS (nouveau programme santé Enabel)	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage & prévention MNT chez les femmes en âge de procréer et femmes enceintes 	Synergie avec P@SRIS sur les volets MNT et santé maternelle
Qualité des soins	PASMI PASS JICA	<ul style="list-style-type: none"> Registre d'indicateurs pour la mesure de la qualité des soins sur base d'un 'set' de 230 indicateurs Formation des facilitateurs qualité sont formés et opérationnels pour conduire les audits qualité ; Réalisation d'audits qualité basés sur les normes, protocoles et standards de soins en vigueur dans 43 formations sanitaires + plan d'amélioration incluant cinq hôpitaux de zone, un hôpital privé associatif et 3 structures de soins privées ; Utilisation d'une application informatique Visotool® pour analyser les données et de mesurer la qualité des soins dans chacune des structures de soins auditées ; Préparation locale de Solution Hydro-Alcoolique pour la rendre disponible à faible coût afin d'améliorer l'hygiène des mains et de prévenir les infections associées aux soins ; Comités de gestion des plaintes des patients 	PASMI et PASS étant clôturés, exploitation et adaptation des approches au nouveau contexte JICA : partenariat stratégique sur les 5 S Kaisen

70

Domaines	Partenaires	Principales actions	Nature du partenariat
	Enabel/P@SRIS	<p>départemental (comprenant PUSS, gestionnaires des services, élus locaux) favorisant la redevabilité du secteur santé envers les communautés.</p> <ul style="list-style-type: none"> Promotion de l'accès des citoyens à l'information simple sur la santé des populations : tableau de bord, cartographie Mise en place de 'Call center' pour recueillir les attentes et plaintes des usagers. 	
DSSR & VBG	Médecin du Monde (MDM) Coopération suisse Enabel (P@SRIS)	<ul style="list-style-type: none"> Centres de prise en charge des VBG : notification et PEC des cas de VBG : psychosociale, médicale, appui juridique (y compris les cas de Grossesses non désirées) Mise en place de cadre multisectoriel pour la collecte digitalisée et l'analyse des informations sur les SSR/SRAJ; Renforcement des capacités des membres des comités qui maîtrisent davantage leurs attributions et rôles ; 	Synergie et complémentarité : méthodologie, partages d'information
MNT	PASS Sourou OMS	<ul style="list-style-type: none"> Formation de plus de 460 prestataires de soins des Hôpitaux de Zone (HZ) et des Centre de Santé (CS) sur la prise en charge des MNT centrées sur les patients, prenant en compte tous les facteurs de risques Renforcement du plateau technique HZ et CS pour le diagnostic et prise en charge des principales MNT : maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle, diabète, épilepsie, asthme Mise en place et accompagnement d'associations des malades porteurs de MNT L'élaboration des outils de CCC (fiches de visite à domicile, affiches, boîte à images) pour promotion et prévention au niveau communautaire 	Partenariat stratégique avec OMS, utilisation/adaptation de méthodes et outils utilisés par OMS et le PASS-Sourou

69

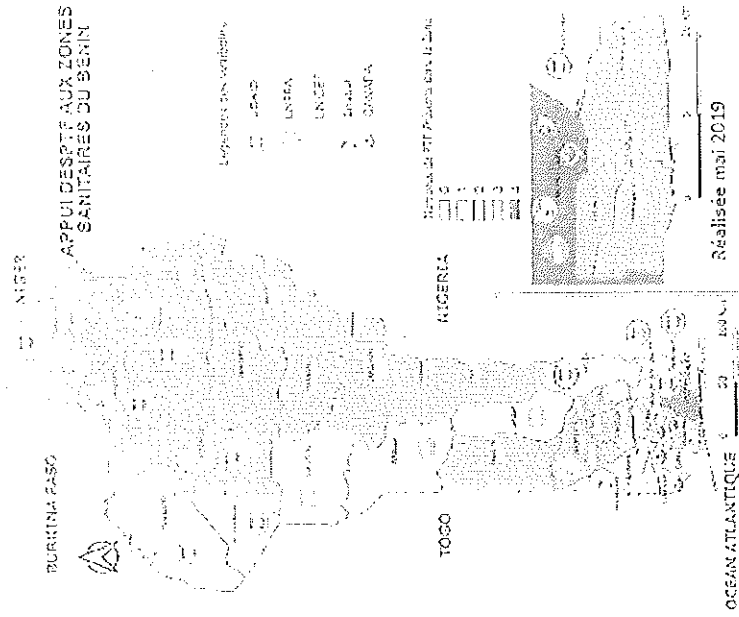
Leçons apprises du PASS Sourou

Le Programme d'appui au secteur de la santé dénommé PASS Sourou a démarré en octobre 2014 et sera clôturé en décembre 2019. Au terme des cinq années de mise en œuvre, l'évaluation finale réalisée en juin 2019 a estimé, que la performance du projet, appréciée suivant les critères du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE est satisfaisante. Les scores attribués aux différents critères sur une échelle allant de A (maximum) à D (minimum) indiquent que l'intervention était très pertinente (A), efficace (B), avec des acquis ayant un impact suffisant (A) et durable (B).

En termes d'efficacité, il est à mentionner que l'intervention a amélioré significativement la gouvernance du système local de santé, à travers un système de redevabilité mettant au cœur le bénéficiaire des soins et services de santé, impliquant également les élus locaux qui jouent leur rôle en matière de santé. La population est engagée dans un dialogue constructif avec l'offre de soins, et capable de faire connaître ses besoins et attentes en matière de qualité de soins attendue. Les capacités des formations sanitaires ont été renforcées de manière à répondre aux attentes des bénéficiaires dans une grande mesure à travers une démarche systématique d'amélioration de la qualité des soins en général, en SONU/SSR et MNT en particulier. La volonté du MS de mettre à l'échelle le système de redevabilité envers les communautés à travers la plateforme des usagers des services et soins de santé (PUS), et de pérenniser les expériences du PASS Sourou dans les domaines des MNT, de SONU, et de ressources humaines en santé découle de l'efficacité du programme.

Les défis les plus importants du PASS Sourou concernent son envergure jugée trop importante, étant alignée sur les cinq objectifs stratégiques du PNDS 2009-2018, ce qui constitue une contrainte à son efficacité et à son efficience. L'un des principaux axes de travail visant à améliorer l'accessibilité des populations aux soins et services de qualité, notamment l'opérationnalisation du régime d'assurance maladie (RAMU) n'a pas pu prospérer, arasant le programme d'un levier important. De même, le financement basé sur les résultats (FBR), un axe d'appui du PASS Sourou au financement stratégique du système local de santé, n'a pas reçu tout le soutien attendu du partenaire national pour sa pérennisation. Le recentrage de l'intervention à mi-parcours sur des chantiers opérationnels plus réduits (Assurance Qualité, Demande de soins, SSR, SSRAJ, SONU, MNT, maintenance, Ressources Humaines, appui institutionnel à la DDS), a donc permis de maximiser les ressources du programme et d'accroître son impact.

ANNEXE 2. PHOTOGRAPHIE DES ZONES



ANNEXE 1 : LES GRANDES REFORMES DU SECTEUR

L'assurance pour renforcement du capital humain (ARCFH) y compris son volet assurance maladie, est une réforme sociale qui va au-delà du secteur de la santé. Comme indiquée plus haut, la mise en œuvre de l'assurance maladie contribuera à mieux structurer le financement du secteur de la santé. Elle permettra également de renforcer l'accès des populations les plus vulnérables aux soins et améliorera la gouvernance du secteur aussi bien sur les plans de la planification que de la redevabilité.

Le Gouvernement a entrepris de réaliser d'autres réformes structurelles du secteur de la santé dans le but d'améliorer sa performance. Ainsi, les travaux de la commission des réformes créées ont-ils prévu la mise en place de structures concernant la Médecine hospitalière, protection sociale, assurance qualité, soins de santé primaires.

Des dispositions réglementaires sont en cours pour leur mise en place effective.

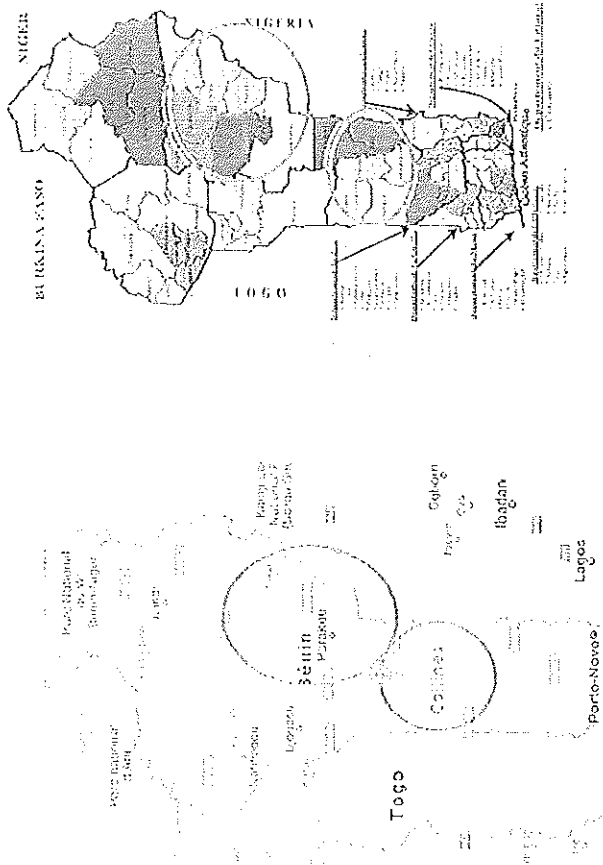
Le point sur l'avancement de certaines réformes dans le secteur est présenté dans le tableau ci-dessous.

Point de mise en œuvre des réformes du secteur santé

N°	Domaines de réformes	Point de mise en œuvre
1	Réforme Institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Projet de loi pour la réorganisation du secteur déjà élaboré et a reçu l'avis motivé de la Cour Suprême. Le comité de réforme et le MS s'attèlent à la prise en compte des observations Projet de décret portant AOP du MS déjà élaboré et transmis à la Direction générale des réformes de l'Etat (MTRF)
2	Réglementation du droit de grève dans le secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> La loi 2018-34 du 5 octobre 2018 a interdit expressément l'exercice du droit de grève au personnel des services de santé Le décret 2018-342 du 25 juillet 2018 a révoqué toutes les autorisations d'exercice en clientèle privée et suspendu la délivrance d'autorisation aux agents publics. En conséquence, les établissements sanitaires détenus par les agents publics ont été fermés. Plus de 1.500 cabinets illégaux ont été fermés dans tous les départements. Conformément à la loi 97-020 fixant les conditions d'exercice en clientèle des professions médicales et paramédicales, de nouvelles autorisations ont été délivrées (2.195 autorisations d'exercice en clientèle privée et 301 autorisations d'ouverture et d'exploitation d'établissements sanitaires privés ont été délivrées) Les dispositions sont en cours pour l'annulation des anciennes autorisations et pour leur renouvellement. Le processus de relecture de la 97-020 n'est pas encore entamé.
3	Assainissement de l'exercice en clientèle privée	<ul style="list-style-type: none"> L'augmentation de la capacité d'accueil de l'unité d'hémodialyse du CNHU n'a pas encore démarré. Le centre d'hémodialyse du Zou qui est construit est en attente d'équipements pour être opérationnel. Celui de l'Ouémé est en cours de construction. La construction des centres de l'Atacora et du Mono n'a pas démarré. Les dispositions sont en cours pour la revue du partenariat avec les centres privés. La mise en place d'un programme de transplantation rénale est envisagée avec la construction de l'hôpital de référence d'Abomey
4	Prise en charge des patients insuffisants rénaux bénéficiant d'hémodialyse	

N°	Domaines de réformes	Point de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> Clévi La loi portant code des marchés publics, accorde une dérogation en ce qui concerne l'acquisition des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels utilisés dans la médecine d'urgence (Article 3 de la loi 2017-004 portant code des marchés publics). Dans ce cadre, la liste des produits concernés est établie et un projet d'arrêté fixant les modalités d'acquisition est en cours de finalisation.
5	Dérogation pour l'acquisition des équipements et produits santé	
6	Délégation des services publics au niveau des hôpitaux (affermage, concession, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> L'hôpital de zone de Djozoug a été concédé à l'Ordre de Malte. Pour les hôpitaux de zone de Cové et de Djidja, la procédure n'a pas encore abouti. Visa à lutter contre la prolifération des médicaments falsifiés ou de faible qualité et leur vente illicite
7	Assainissement du sous-secteur pharmaceutique	<ul style="list-style-type: none"> Le Bénin a ratifié la convention MEDICRIME Les opérations de repression et de saisie des faux médicaments ont été organisées dans tous les départements. Les travaux sont en cours actuellement pour la réforme du sous-secteur pharmaceutique (carte juridique, traçabilité des produits).
8	Déconcentration et décentralisation	<ul style="list-style-type: none"> Elaboration et mise en œuvre du Plan 21D du secteur Mise en place de la ligne du FADEC Santé Communautaire
9	Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins (Assurance maladie)	<ul style="list-style-type: none"> Préparation pour le démarrage du volet assurance maladie de l'ARCFH Elaboration des paniers de soins Identification des besoins en équipement et en RH Mise en œuvre de la phase pilote au niveau de 03 ZS par l'ANAM (arrêté prévu 27 juillet 2019)
10	Redevabilité envers les bénéficiaires des soins (prise en compte de la satisfaction du client)	<ul style="list-style-type: none"> Création d'une ligne verte et d'un n° WhatsApp de dénonciation Mise en place d'un call-center pour la gestion des plaintes. Tout le dispositif est en place mais n'est pas encore opérationnel.

ANNEXE 3 - ÉVALUATION DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ EN BÉNIN



La situation des déterminants sociaux majeurs de la santé indique des performances insuffisantes dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de la protection sociale.

i. L'éducation

En ce qui concerne l'éducation, le Bénin a réalisé des progrès importants dans l'accès à l'éducation et l'équité sur le plan du genre : 9 enfants sur 10 vont à l'école et l'écart entre filles et garçons s'est réduit de deux points (2011-2016). D'autres formes de disparités demeurent et ont tendance à s'aggraver en termes de maintien, d'abandon et de transition au secondaire. En effet, le niveau d'instruction au Bénin demeure faible avec un taux net de scolarisation ajusté de 67,4 % et un taux d'alphabétisation des 15 ans et plus se situant à 42,1 %, un mouvement massif de déscolarisation des enfants plus marqué chez les filles (en 2015 à l'instar des années antérieures, le taux brut d'accès au Cours d'Initiation - CI était de 141 %, contre 66 % en 6e soit une déperdition de plus de 50 %) (source : Plan National de Développement - PND 2018-2025). Ce faible taux d'instruction et d'alphabétisation est corrélé avec plusieurs indicateurs de santé par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) V, notamment l'indice de fécondité. Le rapport EDS V stipule clairement que « L'indice synthétique de fécondité varie selon le niveau d'instruction de la femme. En effet, plus le niveau d'instruction est faible, plus l'indice synthétique de fécondité est élevé. Il passe de 3,6 enfants chez les femmes de niveau secondaire à 2ème cycle ou plus à 6,4 enfants chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction. »

ii. La pauvreté

La pauvreté constitue un autre déterminant important de la santé de la population. Les taux de pauvreté monétaire¹⁶ et non monétaire restent importants en dépit des efforts consentis par les gouvernements successifs, et sont respectivement de 40% en 2015 (PND, 2018-2025). Cette situation limite l'accessibilité financière aux soins en l'absence d'un mécanisme cohérent de protection contre les dépenses de santé catastrophiques et contribue à réduire l'efficacité des nombreuses initiatives de réduction de la mortalité maternelle et infantile. En effet, selon les résultats de l'EDS V, le risque de mortalité liée à la grossesse sur la durée de vie (qui lui-même est corrélié à l'Indice Synthétique de Fécondité - ISF) n'a pas diminué entre 2006 et 2018, soit 0,0023 et 0,0025 respectivement. Ce qui signifie que le risque qu'une jeune femme béninoise décède un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement est d'environ 1 sur 400, ce qui reste très élevé. L'influence de la pauvreté est également perceptible lorsqu'on considère les accouchements à domicile qui constituent un risque de mortalité maternelle. Le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé varie aussi selon le quintile de bien-être économique, passant de 61 % dans le quintile le plus bas à 99 % dans le plus élevé.

Pour cette raison, l'intervention a opté d'avoir une des 3 zones pilotes de l'ARCC comme zone d'intervention afin de pouvoir agir sur l'accessibilité financière aux soins de santé.

iii. Accès à l'eau et ouvrage d'assainissement

Le faible accès à une eau potable ou améliorée (72,1 % selon les chiffres de l'INSAE, 2014) et à un assainissement satisfaisant, les comportements à risque en matière de santé, constituent autant de facteurs qui déterminent notamment la santé de la population béninoise.

Selon l'OMS, l'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux ouvrages d'Assainissement de base et la pratique de l'hygiène ont des impacts notables sur la santé de chacun. Au Bénin, les indicateurs

¹⁶ Ceci pourrait être concrètement mesuré par 'Catastrophic Health Expenditure = situation in which households' financial contributions to the health system exceed 40% of income remaining after subsistence needs have been met

qui caractérisent le sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base sont encore loin de satisfaire l'ODD 6 (« Garantir l'accès de tous à des services d'assainissement en eau et d'assainissement gérés de façon durable»). En effet :

- Le taux de défécation à l'air libre en milieu rural est de 77,1% et de 35,6% en milieu urbain (MICS, 2014) ;
- Selon la même source, la proportion de ménages utilisant les toilettes améliorées est de 12,7% au niveau national. Ce taux est de 4,6% en milieu rural et de 22,2% en milieu urbain.
- Le pourcentage de ménages qui ont un lieu spécifique pour le lavage des mains dans lequel il y a de l'eau et du savon ou tout autre produit pour se laver est de 8,4%.
- Le pourcentage de membres de ménages utilisant des sources d'eau de boisson améliorées est 72,1%.

Cette situation est à l'origine des épidémies de choléra et des maladies diarrhéiques chez les enfants qui constituent l'une des causes les plus fréquentes de consultation et d'hospitalisation.

Nombreuses structures de soins sont également confrontées aux mêmes défis d'accès à l'eau potable, limitant l'efficacité des mesures d'hygiène des soins, exposant les bénéficiaires de soins aux risques d'infections associées aux soins.

iv. Genre et Violence basées sur le genre

Les violences basées sur le genre (VBG)¹⁷ est un phénomène qui met en danger la vie des victimes, leur santé, ainsi que le respect de leurs droits fondamentaux en tant que personne humaine. Elle demeure très prévalente selon les derniers résultats de l'Enquête Démographique et de Santé V (EDSV) - EDSV (2017-2018). Selon cette enquête, 27 % de femmes de 15-49 ans ont été victimes de violence physique, 10 % de violence sexuelle et 42 % de violence conjugale soit sous la forme émotionnelle, physique et/ou sexuelle commise par leur mari/partenaire. Malgré une amélioration du cadre juridique, des défis restent à relever en ce qui concerne la protection des femmes, des filles et des garçons. Par ailleurs, l'infanticide, l'excision et d'autres pratiques culturelles néfastes qui affectent le droit au développement des enfants existent encore dans certaines localités. (Source : OMS Bénin, 2016).

Il existe actuellement 3 centres d'accueil unique au Bénin mais il manque une prise en charge de proximité, à travers une intégration de la PEC des VBG au sein des FS. Il n'existe pas encore de mécanismes structurés pour prendre en compte le genre et la lutte contre les VBG dans les stratégies sectorielles en vue de leur traduction opérationnelle dans les Formations Sanitaires (FS) où les victimes en ont besoin.

v. Les facteurs environnementaux

Il existe une faible maîtrise des risques climatiques et des catastrophes naturelles (inondations, sécheresse, etc.). On note une dégradation continue des ressources naturelles nécessaires à la production économique (érosion, désertification et déboisement, perte de biodiversité, appauvrissement des terres de culture, etc.). Le gouvernement travaille sur la réduction des risques de catastrophe et l'adaptation aux changements climatiques, ainsi que sur la préparation de réponses rapides, efficaces et efficientes aux effets néfastes et pervers des changements climatiques.

¹⁷ La violence basée sur le genre ou sexospécifique est la violence dirigée spécifiquement contre un homme ou une femme du fait de son sexe ou qui affecte les femmes ou les hommes de façon disproportionnée.

Depuis peu, le gouvernement du Bénin a pris la mesure de la menace environnementale sur le développement durable en général, et sur la santé des populations en particulier : il a décidé de prendre en compte cette dimension dans toutes les stratégies sectorielles. Ainsi, une cellule environnementale a été créée au sein de la Direction de la Prospective et de la Planification (DPP) du Ministère de la Santé (MS) dont les attributions concernent notamment la pros et exemple des préoccupations environnementales dans le cadre de la mise en œuvre des projets et programmes de santé.

- Les fonctions complémentaires sont globalement assurées ; cependant disponible en continue, mais rupture fréquente de produits sanguins (approvisionnés depuis Abomey; 657 zecahumes en 2018; 625 en 2017 à l'HZ de Savalou
- Audits des décès maternels réguliers (100%) avec selon le cas les entretiens verbaux

POINT :

- Cifre très faible au niveau des CS :
- Manque de personnel
- Manque de matériel/équipements essentiels
- Absence de formation spécifiquement orientée sur la prise en charge des MNT
- Diabète gestationnel très peu dépisté
- Faible disponibilité de médicaments essentiels MNT (HTA, diabète)

Qualité des soins

Pour le temps disponible, l'équipe s'est appesantie sur l'hygiène hospitalière pour apprécier la qualité des soins.

- Hygiène hospitalière déficiente : Gestion des DRV, Stérilisation centrale (dans aucun des 03 HZ visités), stérilisation au poupinel, Incinérateurs non fonctionnel, incinération en plein air, buanderie non fonctionnelle (machine à laver en panne, lavage à la main, statut des agents Hbs non connu, non vaccinés,

Genre/VEG :

- Phénomène très prévalent dans toutes les localités
- Notification déneure souvent faible : 190 cas en 2018 au CPS de Savé avec 22 cas masculins
- En général pas de réponse structurée aux victimes : les CPS fournissant une assistance psycho-sociale, avec l'appui de certaines ONG. Expérience intéressante à Savé avec l'appui d'un projet de la Coop Suisse qui prend fin 31 mai 2019 : Assistance juridique et médicale gratuite ;
- Au niveau départemental, pas de cadre de concertation opérationnel
- Grossesse en milieu scolaire fréquente

PF : Planification familiale

- Existence d'ONG (ABPF, ABMS, CARE) qui appuient la PF, dans les CS qui ont un paquet
- Gratuité de la PF dans tout le département, soutenue par des PTF/ONG (ABMS, ABMS)
- Cadre de concertation intra-sectoriel au niveau de la zone opérationnelle, où les données sont collectées, analysées, et les goulots analysés. Le cadre départemental intersectoriel n'est pas encore fonctionnel
- Taux d'utilisation des méthodes modernes : entre 10% - 16% dans les 03 ZS
- Pesanteur socio-culturelle présentes ; dans certains cas, des initiatives de CCC bien structurées avec la communauté

Opportunité de soutien pour consolider les acquis, sur fondés d'appui institutionnel à la DDS et ZS

- Disponibilité de médicaments ;
- Rupture de médicaments par moment : par rupture artificielle ou par mauvaise gestion ;
 - Produits PF : rupture de stock, après une revue faite par le SABA

APPRECIATION GLOBALE DES CAPACITES SUR LE TERRAIN POUR MANAGER LES COMMUNAUTES

Fonctionnement des équipes de gestion (EEZS et DDS)

- Réunion mensuelle régulière : point des activités planifiées, et planification des activités du mois suivant
- Planification avec des partenaires (ex. DEDRAS pour la MEO PIHC)
- Monitoring des interventions PIH régulier complet dans la majorité des cas par l'enquête communautaire LQAS en général sur financement
- Supervision intégrée régulière, avec quelques fois les moyens roulants privés en raison d'absence de matériel roulant
- Inventaires des intrants et du matériel
- Revue trimestrielle régulière : avec participation des CLD
- Défis :
 - o Partenariat local faible, notamment avec les collectivités locales décentralisées, ce qui se traduit par une participation faible dans la gestion de la santé au niveau local, y compris dans les cas de mobilisation sociale (lutte contre les épidémies : choléra, Lassa)

Défis :

- Fonctions et rôle souvent mal maîtrisés et mal assurés

Situation des RHS

- Insuffisance de RHS qualifiées :
 - o Plusieurs postes non pourvus à In DDS comme dans les BZ : Exemple : pas de CRAMS à DAGLA ; à SAO, le Responsable CPS joue ce rôle (ce qui dénote un certain niveau de collaboration entre les deux instances)
 - o dans certains BZ, des personnels soignants dans les CS occupent des postes de responsabilités avec dans certains cas, absence au poste pour prêter
 - o Plusieurs centres de santé tenus par des aides-soignants
 - o Hôpitaux de zone : absence de plusieurs spécialistes, fusion de plusieurs unités de soins : Médecine/pédiatrie, maternité/chirurgie
 - Nombreux personnels recrutés sur financement communautaire
- Défis à la gestion locale des RHS :**
- Mutation souvent opérée depuis le NC par le MS, sans concertation avec les responsables locaux
 - Départs en formations non planifiés
 - Collectivités locales peu engagées dans le recrutement de personnel au profit des FS, comme c'est le cas dans plusieurs communes (Mono, Couffo, Donga).

SONUB/C

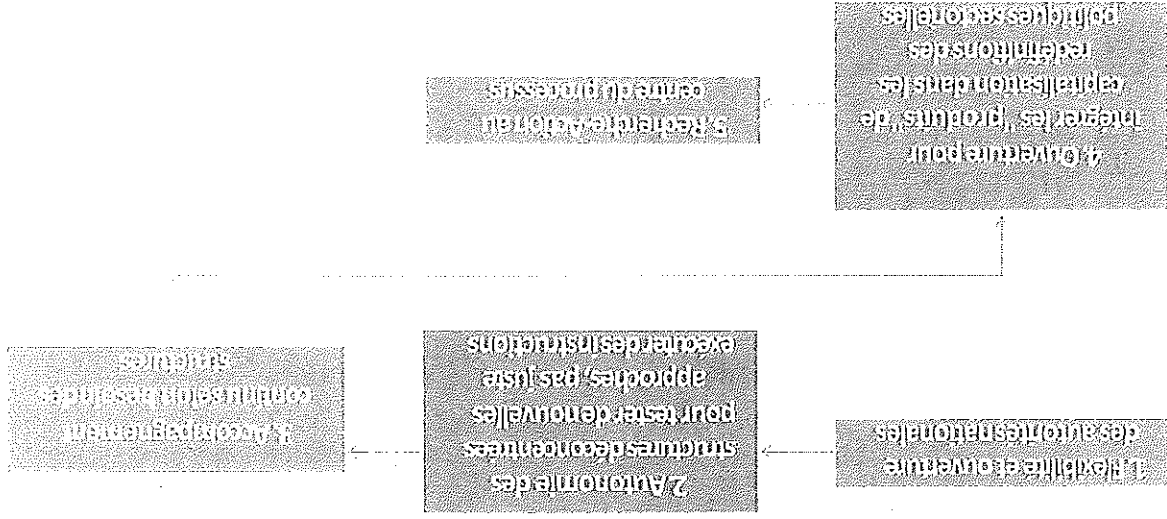
- Offre globalement faible, surtout au niveau des CS
- Pas de mécanisme structuré pour la formation continue des agents en SONU : nombre agents dans les FS non formés
- Matériels/équipements pas souvent disponible (table chauffante, aspirateurs)

- Produits PTOIE : moins de rupture de stock
- Rupture des stocks au niveau des dépôt-répartiteurs : le niveau des agents est faible, de sorte que les formations ne sont pas efficaces malgré les formations, car non utilisation des outils mis en place.
- Bonne, mais certains CS n'ont pas eu chaîne de fraisés pour la conservation

Résérence et Contre-Résérence :

- Positifs:
 - o Gratuité de la référence intra-zone
- Défis:
 - o Pas d'ambulance fonctionnelle à l'échelle du département.
 - Flotte existante, mais pas toujours fonctionnelle
 - Outil de gestion en place (fiches, registres) mais pas harmonisée.
 - o Organisation :
 - Harmonisation en cours.
 - Revue R-CH non systématique au niveau des ZS ; semestrielle au niveau départemental.
 - Autre défi : manque de RH qualifiée dans les FS ce qui se traduit par une faible capacité diagnostique ; les contre-références non effective dans la plupart des cas.

ANNEXE 7 : CONDITIONS DE RÉUSSITE DU DOUBLE ANCRAGE



LISTE DES TS PUBLIQUES DE LA ZONE SANITAIRE SAVÈ-OUESSE

ANNUAIRE DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES

N°	ZS	Communes	Arrondissements	Formations Sanitaires	Existence leur (oui/non)	Incidences leur (oui/non)	Nombre de lits par centre
1	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Challa-Oroï	CS Challa-Oroï	Non	Non	6
2	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Challa-Oroï	CS Kulepo	Oui	Oui	8
3	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Challa-Oroï	MI Ghidé	Oui	Oui	2
4	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Challa-Oroï	DI Agburo Kombo	Oui	Oui	0
5	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Challa-Oroï	MI Beati-Houegbo	Oui	Oui	2
6	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Digbe	CS Digbe (Ouesse)	Oui	Non	8
7	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Gbanlin	CS Gbanlin	Non	Non	6
8	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Gbanlin	CS Yessa	Oui	Oui	7
9	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Gbanlin	MI Idadio	Non	Non	3
10	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Kemon	CS Kemon	Oui	Non	9
11	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Kemon	MI Akpero	Non	Non	4
12	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Kilibo	CS Kilibo	Oui	Oui	11
13	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Kilibo	MI Yaoui	Non	Non	5
14	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Laminou	CS Laminou	Oui	Oui	0
15	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Odougba	CS Odougba	Oui	Oui	8
16	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Ouesse (Ar)	CS Ouesse Centre	Oui	Oui	34
17	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Toui	CS Toui	Oui	Oui	13
18	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Toui	MI Toui rare	Oui	Oui	6
19	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Toui	MI Ougoufelo	Non	Non	4
20	Savè-Ouèssè	Ouesse (Com)	Toui	MI Toui-PK	Oui	Oui	4
21	Savè-Ouèssè	Savè	Adido	FZ Savè	Oui	Oui	8
22	Savè-Ouèssè	Savè	Besse	CS Besse	Oui	Oui	2
23	Savè-Ouèssè	Savè	Besse	MI Olpra	Non	Non	1
24	Savè-Ouèssè	Savè	Besse	MI Kadjogbé	Non	Non	8
25	Savè-Ouèssè	Savè	Boni	CS Boni	Oui	Oui	4
26	Savè-Ouèssè	Savè	Kaboun	CS Kaboun	Oui	Oui	6
27	Savè-Ouèssè	Savè	Kaboun	MI Alalin	Non	Non	5
28	Savè-Ouèssè	Savè	Kaboun	MI Okeunfo	Non	Non	6
29	Savè-Ouèssè	Savè	Ofe	CS Ofe	Oui	Oui	4
30	Savè-Ouèssè	Savè	Ofe	MI Dani	Non	Non	4
31	Savè-Ouèssè	Savè	Ofe	MI Avétioko	Non	Non	4
32	Savè-Ouèssè	Savè	Opara	CS Oke-Ovo	Oui	Oui	8
33	Savè-Ouèssè	Savè	Opara	MI Monka	Non	Non	4
34	Savè-Ouèssè	Savè	Opara	MI Akon	Non	Non	4
35	Savè-Ouèssè	Savè	Saklin	CS Saklin	Non	Non	7
36	Savè-Ouèssè	Savè	Saklin	MI Oughi	Non	Non	3
37	Savè-Ouèssè	Savè	Savè Plateau	CS Plateau	Oui	Oui	18
38	Savè-Ouèssè	Savè	Savè Plateau	MI Boutbou	Oui	Oui	3

LISTE des centres privés/semi-publics dans Savè-Ouèssè

ANNUAIRE DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES

N°	ZS	Communes	Formations Sanitaires	Existence leur (oui/non)	Incidences leur (oui/non)	Nombre de lits par centre
1	Savè-Ouèssè	Kilibo	Confessionnel Ntr Dame Bonne Oélivrance	Oui	Oui	1
2	Savè-Ouèssè	Laminou	Cab. Soins IFE OLUWA	Oui	Oui	2
3	Savè-Ouèssè	Laminou	Clinique La Galilé	Oui	Oui	3
4	Savè-Ouèssè	Adido	Cab. Soins St Augustin Planque	Oui	Oui	4
5	Savè-Ouèssè	Kaboun	Centre confessionnel TRANSFIGURATION	Oui	Oui	5
6	Savè-Ouèssè	Odougba	Cab. La Paix	Oui	Oui	6
7	Savè-Ouèssè	OUESSE	Madame Tchalla	Oui	Oui	7
9	Savè-Ouèssè	adido	Madame Boni	Oui	Oui	9
12	Savè-Ouèssè	Laminou	St Véronique	Oui	Oui	12

Annexe 1 : Liste des documents utilisés

1. Plan national de développement durable 2018-2025
2. Plan national de développement sanitaire 2018-2022
3. Enquête Démographique de Santé V (2017-2019)
4. Annuaire des Statistiques Sanitaires 2017 du MS Bénin
5. Rapport STEPS 2015
6. Rapport de l'évaluation de la disponibilité de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA) 2018
7. Plan de suivi évaluation et revue du PNDS 2018-2022
8. Plan stratégique de développement des ressources humaines en santé 2009-2018
9. Stratégie de coopération de l'OMS avec le Bénin 2016-2019
10. Stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2022
11. Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin: 2018 - 2022
12. Plan de décentralisation et de déconcentration du ministère de la santé
13. Politique nationale de promotion du genre au Bénin
14. Stratégie d'institutionnalisation du genre au ministère de la santé 2014
15. Rapport du service d'écoute et de conseil aux femmes et filles ayant subi une violation de leurs droits. (Ministère des affaires sociales et de la microfinance, 2017)
16. Portefeuille du nouveau Programme de Coopération bilatérale belino-belge pour la période 2019-2023
17. Intégration du genre Projet SAN Énin - AFD. Note préliminaire - Elsa Manghi - 1er mai 2019
18. Comptes nationaux de santé 2013-2014
19. Fiche programme de Médecin du Monde suisse sur les VSC 2019
20. Rapport d'activités 2018 du projet RECAIEP de la Coopération Suisse dans la zone sanitaire Savè-Quessé

