



**CTB**



# RAPPORT DES RESULTATS 2015

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

BEN1302511

<b>ACRONYMES .....</b>	<b>4</b>
<b>1 APERÇU DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>6</b>
1.1 FICHE D'INTERVENTION .....	6
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE .....	7
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE .....	10
1.3.1 <i>Pertinence</i> .....	10
1.3.2 <i>Efficacité</i> .....	10
1.3.3 <i>Efficiency</i> .....	10
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i> .....	10
1.4 CONCLUSIONS.....	11
<b>2 MONITORING DES RESULTATS .....</b>	<b>12</b>
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE .....	12
2.1.1 <i>Contexte général</i> .....	12
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i> .....	12
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> .....	13
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i> .....	13
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME .....	15
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	15
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	16
2.2.3 <i>Impact potentiel</i> .....	19
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 .....	20
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	20
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	22
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	22
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2 .....	27
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	27
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	29
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	29
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 .....	32
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	32
2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	32
2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	33
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4 .....	34
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	34
2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	36
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	37
2.7 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5 .....	39
2.7.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	39
2.7.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	41
2.7.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	41
2.8 THEMES TRANSVERSAUX.....	44
2.8.1 <i>Genre</i> .....	44
2.8.2 <i>Environnement</i> .....	44
2.8.3 <i>Autre</i> .....	44
2.9 GESTION DES RISQUES.....	45

<b>3</b>	<b>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE</b>	<b>49</b>
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES	49
3.2	RECOMMANDATIONS	49
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES	50
<b>4</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>51</b>
4.1	CRITERES DE QUALITE	51
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI	54
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	58
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS	58
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	59
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION	63
4.7	PLAN DE TRAVAIL BASELINE	64

## Acronymes

ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ANCRE	Advancing Newborn Child and Reproductive Health
CDCHAB	Coordination Départementale - Composante Hygiène et Assainissement de Base
CNEEP	Comité National d'Exécution et d'Évaluation des Projets/Programmes
CODIR	Comité de Direction
COGECS	Comités de Gestion des Centres de Santé
COSA	Comités de Santé
CSC	Cahier Spécial des Charges
CSP	Comité Spécial des Partenaires
CTB	Coopération Technique Belge, Agence belge de développement
CUS	Couverture Universelle en Santé
DC	Directeur du Cabinet
DCT	Directions Centrales et Techniques
DDS	Direction Départementale de la Santé
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la maintenance
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DTF	Dossier technique et Financier
FBR	Financement Basé sur les Résultats
GTSS	Groupe Technique de Sectoriel Santé
GTT	Groupe Technique de Travail
IE	Infrastructures et Équipements
iHRIS	Integrated Human Resources Information System
INMES	Institut National Médico-Sanitaire
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MS	Ministère de la Santé
MSV	Médecins Sans Vacances
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OPP	Organe Paritaire de Partenariat secteur public-secteur privé
PASMI	Project d'Appui aux Soins Maternels et Infantiles
PASS	Programme d'Appui Secteur de la Santé
PASTAM	Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle dans les départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo
PF	Planification Familiale
PGDBM	Plan de Gestion des Déchets Biomédicaux
PGSSE	Plan de gestion de la Sécurité Sanitaire de l'Eau
PIHI	Programme d'Intervention à Haut Impact
PITA	Plan Intégré de Travail Annuel
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non-Transmissibles

PRSS	Projet de Renforcement du Système de Santé
PSL	Produits Sanguins Labiles
PTA	Plan de Travail Annuel
PTD	Plan Triennal de Développement
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PUSS	Plateforme des Utilisateurs des Services de Santé
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RAMU	Régime Assurance Maladie Universelle
RSS	Renforcement du Système de Santé
SARA	Services Availability and Readiness Assessment
SGM	Secrétariat Général du Ministère
SIGFIP	Système Intégré de Gestion des finances Publiques
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UNICEF	United Nations Children's Fund ; United Nations International Children's Emergency Fund
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone Sanitaire

# 1 Aperçu de l'intervention

## 1.1 Fiche d'intervention

<b>Intitulé de l'intervention</b>	Programme d'appui au secteur de la santé (PASS Sourou)
<b>Code de l'intervention</b>	BEN1302511
<b>Localisation</b>	Niveaux central : Ministère de la santé Niveau intermédiaire et opérationnel: DDS Atacora/Donga et Mono/Couffo 5 zones sanitaires : ZS Djougou-Ouaké-Copargo et AS Bassila dans la Donga et ZS Klouekanmè-Toviklin-Lalo, Aplahoué-Djakotomè-Dogbo et Comè-Houryogbe-Grand Popo-Bopa dans le Mono-Couffo
<b>Budget total</b>	21.800.000 € : Contribution belge: 20.000.000 €; contribution nationale 1 800 000 €
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé
<b>Date de début de la Convention spécifique</b>	23 mai 2014
<b>Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture</b>	01/10/2014
<b>Date prévue de fin d'exécution</b>	30/09/2019 (60 mois)
<b>Date de fin de la Convention spécifique</b>	22 mai 2020 (72 mois)
<b>Groupes cibles</b>	Cadres des services centraux du MS, des niveaux intermédiaire et opérationnel, et les prestataires de soins des formations sanitaires des zones sanitaires appuyées, bénéficiaires des soins
<b>Impact<sup>1</sup></b>	Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin
<b>Outcome</b>	Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui au Ministère de la Santé en vue d'une efficience accrue des structures opérationnelles
<b>Outputs</b>	L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés
	La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée
	Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée
	La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées
	Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé
<b>Année couverte par le rapport</b>	<b>2015</b>

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

## 1.2 Exécution budgétaire

Contribution belge (EUR)

Montants en euro	Budget	Dépenses		Solde	Taux EXE au 31/12/2015
		Année 2014	Année 2015		
<b>A. Activités</b>	<b>9.668.911</b>	<b>155.352,35</b>	<b>1.750.734,22</b>	<b>7.762.824,43</b>	<b>20%</b>
<b>Output 1</b> - L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés	4.810.000	39.658,05	1.287.383,97	3.482.958,98	28%
<b>Output 2</b> - La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée	1.542.900	109.295,11	266.046,98	1.167.558,91	24%
<b>Output 3</b> - Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en place du RAMU	819.000	-611,86	-842,96	820.454,82	0%
<b>Output 4</b> - La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.	1.081.011	0	53.847,99	1.027.163,01	0%
<b>Output 5</b> - Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.	1.416.000	7.011,05	144.300,24	1.264.688,71	5%
<b>B. Frais communs liés aux résultats</b>	<b>7.467.589</b>	<b>159.366,47</b>	<b>1.357.254,07</b>	<b>5.950.968,46</b>	<b>20%</b>
<b>X.Réserve budgétaire</b>	<b>80.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80.000</b>	<b>0%</b>
<b>Z.Moyens généraux</b>	<b>2.783.500</b>	<b>114.488,63</b>	<b>652.803,80</b>	<b>1.027.163,01</b>	<b>28%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20.000.000</b>	<b>429.206,45</b>	<b>3.760.792,09</b>	<b>15.810.001,46</b>	<b>21%</b>

NB : les dépenses négatives traduisent l'imputation sur la ligne output 3 des intérêts créditeur provenant de nos comptes en banque en cogestion

Contribution belge (FCFA)

Montants en CFA	Budget	Dépenses		Solde	Taux EXE au 31/12/2015
		Année 2014	Année 2015		
<b>A. Activités</b>	<b>6.342.389.853</b>	<b>101.904.461</b>	<b>1.148.406.367</b>	<b>5.092.079.025</b>	<b>20%</b>
<b>Output 1 - L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b>	<b>3.155.153.170</b>	<b>26.013.976</b>	<b>844.468.527</b>	<b>2.284.671.324</b>	<b>28%</b>
<b>Output 2 - La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</b>	<b>1.012.076.055</b>	<b>71.692.892</b>	<b>174.515.379</b>	<b>765.868.440</b>	<b>24%</b>
<b>Output 3 - Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en place du RAMU</b>	<b>537.228.783</b>	<b>-401.354</b>	<b>-552.946</b>	<b>538.183.082</b>	<b>0%</b>
<b>Output 4 - La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.</b>	<b>709.096.733</b>	<b>0</b>	<b>35.321.966</b>	<b>673.774.767</b>	<b>0%</b>
<b>Output 5 - Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.</b>	<b>928.835.112</b>	<b>4.598.947</b>	<b>94.654.753</b>	<b>829.581.412</b>	<b>5%</b>
<b>B. Frais communs liés aux résultats</b>	<b>4.898.417.278</b>	<b>104.537.552</b>	<b>890.300.308</b>	<b>3.903.579.418</b>	<b>20%</b>
<b>X. Réserve budgétaire</b>	<b>52.476.560</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>52.476.560</b>	<b>0%</b>
<b>Z. Moyens généraux</b>	<b>1.825.856.310</b>	<b>75.099.618</b>	<b>428.211.222</b>	<b>673.774.767</b>	<b>28%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13.119.140.000</b>	<b>281.540.975</b>	<b>2.466.917.897</b>	<b>10.370.681.128</b>	<b>21%</b>

Le taux d'exécution au 31 décembre 2015, après 15 mois de mise en œuvre du programme, est de 21% ce qui est légèrement en dessous du taux d'exécution théorique à ¼ (soit 25%) de la durée de vie prévue de 60 mois. Ceci peut s'expliquer par le besoin de mise en route d'un certain nombre de préalables nécessaires (mise en place complète des équipes, comptes bancaires, mandats, signatures opérationnelles, lancement marché public, etc.) avant que le programme puisse atteindre sa vitesse de croisière.

Contribution nationale (en EUR)

RUBRIQUES	Budget total €	Exécution 2014	Exécution 2015	Solde
<b>Total contribution béninoise dans PASS</b>	<b>1 800 000</b>	<b>10 500</b>	<b>144 825</b>	<b>1 644 675</b>
Mise à disposition de locaux conseillers techniques	210 000	10 500	42 000	157 500
<i>Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)</i>	120 000	6 000	24 000	90 000
<i>Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)</i>	90 000	4 500	18 000	67 500
Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise	295 000	0	37 998	257 002
<i>ZS (1FTE x 20% x 5ZS)</i>	60 000		12 500	47 500
<i>DDS (1FTE x 20% x 2)</i>	25 000		5.000	20 000
<i>MS (1FTE et 2 x 10% FTE)</i>	80 000		16 000	64 000
<i>Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année)</i>	130 000		4 498	125 502
Maintenance infrastructures et équipements	700 000	0	0	700 000
<i>ZS Mono-Couffo</i>	450 000			450 000
<i>ZS Atacora-Donga</i>	250 000			250 000
<i>MS Cotonou</i>				0
Autres contributions	595 000		64 827	530 173
Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)	150 000			150 000
Assurance véhicules (30)	180 000			180 000
Exonération (TVA, douane) pour les investissements	265 000		64 827	200 173

Contribution nationale (en FCFA)

RUBRIQUES	Budget total CFA	Exécution 2014	Exécution 2015	Solde
<b>Total contribution Béninoise dans PASS</b>	<b>1.180.722.600</b>	<b>6.887.549</b>	<b>94.998.973</b>	<b>1.085.723.627</b>
Mise à disposition de locaux conseillers techniques	137.750.970	6.887.549	27.550.194	110.200.776
<i>Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)</i>	78.714.840	3.935.742	15.742.968	62.971.872
<i>Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)</i>	59.036.130	2.951.807	11.807.226	47.228.904
Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise	193.507.315	0	24.925.054	168.582.261
<i>ZS (1FTE x 20% x 5ZS)</i>	39.357.420		8.199.463	31.157.958
<i>DDS (1FTE x 20% x 2)</i>	16.398.925		3.279.785	13.119.140
<i>MS (1FTE et 2 x 10% FTE)</i>	52.476.560		10.495.312	41.981.248
<i>Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année)</i>	85.274.410		2.950.495	82.323.915
Maintenance infrastructures et équipements	459.169.900	0	0	459.169.900
<i>ZS Mono-Couffo</i>	295.180.650			295.180.650
<i>ZS Atacora-Donga</i>	163.989.250			163.989.250
<i>MS Cotonou</i>	0			0
Autres contributions	390.294.415		42.523.724	347.770.691
Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)	98.393.550			98.393.550
Assurance véhicules (30)	118.072.260			118.072.260
Exonération (TVA, douane) pour les investissements	173.828.605		42.523.724	131.304.881

## 1.3 Autoévaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

	Performance
<b>Pertinence</b>	A

Programme ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements pertinents par rapport aux besoins du groupe cible.  
Logique d'intervention avec un double ancrage favorise l'apprentissage du Ministère de la Santé.

### 1.3.2 Efficacité

	Performance
<b>Efficacité</b>	A

Les objectifs de l'année de démarrage ont été atteints avec quelques minimales restrictions en grande parties liées aux circonstances externes (grèves, mutations).

Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.

### 1.3.3 Efficience

	Performance
<b>Efficience</b>	B

La plupart des ressources nécessaires aux activités ont été disponibles dans des délais raisonnables.

Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.

### 1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
<b>Durabilité potentielle</b>	B

La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes. La mise en œuvre de rencontres régulières entre le Représentant Résident et le SGM pour le suivi des décisions de la SMCL, la responsabilisation des structures locales dans la mise en œuvre des processus (évaluation PNDS, démarche de valorisation des RH, programme amélioration qualité, missions conjointes de réflexion sur la pérennité du financement basé sur les résultats), présage dans une certaine mesure des résultats durables. Cependant la stabilité en poste des cadres, et la faiblesse actuelle de la capitalisation des expériences qui entravent la mémoire institutionnelle constitue un risque.

## 1.4 Conclusions

<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PASS a initié et/ou renforcé des dynamiques concernant la pérennité du FBR, une approche qualité des soins intégrée prenant en compte les maladies chroniques non transmissibles, les soins obstétricaux néonataux qui sont en faveur de l'accès des populations aux soins de santé de qualité</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'effectivité d'un engagement plus fort des acteurs de la demande des soins, notamment les collectivités locales décentralisées, les organes de cogestion, les plateformes des utilisateurs des services de santé à travers les différentes instances favorise un dialogue plus constructif avec les acteurs de l'offre.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les bases stratégiques et opérationnelles visant une meilleure gestion des infrastructures et des équipements bio-médicaux sont progressivement mises en place avec l'appui du PASS (normes, état des lieux, inventaires, etc.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La contribution du PASS a permis d'améliorer la planification, le suivi évaluation et la coordination du secteur avec comme résultats une meilleure qualité des cadres de concertation du secteur (réunion MS/PTF, CODIR-E), la revue à mi-parcours du PNDS, l'élaboration du Compact 2015 et l'appropriation progressive par les partenaires de l'approche de suivi axée sur les changements</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'opérationnalisation de la couverture universelle en santé reste un défi. Il en est de même de la disponibilité de ressources humaines qualifiées en dépit des avancées en matière de gestion stratégique (plan de formation, cadre organique, déconcentration de la gestion).</li> </ul>

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
 <b>Coffi AGOSSOU</b>	 <b>Mohamed DRAME</b>

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

### 2.1 Évolution du contexte

#### 2.1.1 Contexte général

Le Bénin a connu au cours de l'année sous revue des élections législatives et communales. Ces dernières ont conduit au renouvellement des conseils communaux qui ne sont pas, pour la plupart, imprégnés de la dynamique de développement du système local de santé en cours. Les élections ont également retardé la réalisation d'un certain nombre de processus dont l'élaboration des plans de décentralisation et de déconcentration.

En outre, l'année sous revue marque également la fin et l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et une transition vers les Objectifs de Développement Durable (ODD). Ceux-ci mettent un focus sur la Couverture Universelle en Santé (CUS) qui est perçue comme essentielle pour la santé physique et mentale. Sur le plan national, l'absence de la loi sur le Régime Assurance Maladie Universelle (RAMU) - traduction nationale de la CUS - qui représentait une sérieuse contrainte à la mise en œuvre des activités du PASS Sourou, notamment au niveau de son résultat 3, a été levée en fin d'année. En effet, ladite loi a été finalement votée par l'Assemblée Nationale le 28 décembre 2015.

Le secteur s'est doté au cours de l'année de plusieurs politiques sous-sectorielles dont la politique de santé communautaire et celle de la gratuité de la Planification Familiale (PF) pour les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans. L'opérationnalisation desdites politiques facilitera la mise en œuvre du FBR communautaire et la synergie entre les PTF aux niveaux central et départemental. Dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, le secteur a enregistré au cours de l'année, le démarrage effectif du projet Advancing Newborn Child and Reproductive Health (ANCRE) de l'USAID dont les zones d'intervention couvrent entre autre l'Atacora-Donga (AD) et le Mono-Couffo (MC). Les axes d'intervention dudit projet concernent également la qualité des soins et la santé communautaire, ce qui offre des possibilités de synergie avec le PASS.

L'extension du FBR a pris en compte au cours de l'année les directions départementales de la santé (DDS) et les zones sanitaires (ZS) non encore couvertes à l'échelle nationale. Le MS s'est engagé dans un processus de réflexion pour l'harmonisation et la pérennisation des processus de mise en œuvre du FBR. Les efforts de lobbying de l'Ambassade de Belgique et l'accompagnement technique du programme ont joué un rôle déterminant dans ce changement.

Par ailleurs, l'année sous revue a été marquée par des grèves à répétition dans le secteur de la santé, la nomination d'un nouveau ministre en août 2015 et le remplacement des deux directeurs départementaux de la santé.

#### 2.1.2 Contexte institutionnel

Certains postes stratégiques du secteur de la santé dont ceux de Directeur du Cabinet (DC), de Secrétaire Général du Ministère (SGM), de Directeur de la Programmation et de la Prospective (DPP), de Directeur Général de l'ANAM restés vacants pendant plusieurs mois ont été pourvus au cours du dernier trimestre 2015.

La relecture des textes régissant le fonctionnement des organes de cogestion (Comités de Gestion des Centres de Santé (COGECS) et les Comités de santé (COSA) a démarré au cours de l'année. Elle a permis d'amorcer la réflexion sur la possibilité de double tutelle institutionnelle

---

<sup>2</sup> L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

par le ministère de la santé et le ministère en charge de la décentralisation desdits organes qui sont les principaux partenaires du volet Demande du PASS.

Dans certaines communes des zones d'intervention du PASS, des initiatives innovatrices d'ouverture du système sanitaire aux autres secteurs et à la société civile soutenues par le programme ont amélioré sensiblement la qualité des cadres de concertation avec une participation active aux revues de référence et de contre référence et aux revues de performance des zones sanitaires (ZS) Il en est de même de la désignation au niveau des mairies de représentants permanents des maires sur les questions relatives à la santé.

Les agents faisant l'objet de recrutement massif par l'Etat et sur poste en 2014 ont pris service en 2015, ce qui a permis d'atténuer le déficit des structures de soins en ressources humaines qualifiées. Par ailleurs, l'offre de formation en soins infirmiers et obstétricaux s'améliore avec le lancement du Master à l'Institut National Médico sanitaire (INMeS) de Cotonou le 12 décembre 2015 et l'autorisation d'ouverture de la Licence à Parakou dans le septentrion.

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

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

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

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

- Comité technique de pilotage ;
- Comité de coordination.

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

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

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

Toutefois, les activités en lien avec la demande relèvent des deux modes de gestion alors que la Demande fonctionne en Régie. Cette situation occasionne des lenteurs dans la mise en œuvre de certaines activités. Il est envisagé de faire une modification budgétaire en 2016 afin d'y remédier.

### 2.1.4 Contexte HARMO

L'harmonisation des interventions des PTF au sein du secteur reste un défi. Plusieurs initiatives du programme ont contribué à la synergie et coordination des intervenants. .

Entre autres, on note :

- Le processus d'harmonisation et de pérennisation vers un modèle béninois du FBR impliquant tous les acteurs qui appuient le Financement Basé sur les Résultats (FBR) ;
- Les échanges entre le PASS et deux projets à savoir le projet ANCRE et le Projet d'Appui aux Soins Maternels et Infantiles (PASMI) en vue de l'utilisation des centres de formation SONU développés par le PASS, d'une part, et des modalités communes de coaching des prestataires, d'autre part ;

- Les échanges avec l'UNICEF sur les possibilités d'appui harmonisé à la politique sur la maintenance et au processus d'évaluation du PNDS ;
- L'appui conjoint PASS-OMS au Programme National de Lutte contre les Maladies Non-transmissibles(PNLMNT) pour la réalisation de l'enquête nationale STEPS ;
- L'invitation d'autres PTF à la session de monitoring des résultats du PASS et du PTA 2016 ;
- Les échanges entre CTB, PASS, Ambassade de Belgique et la Banque Mondiale pour un plaidoyer sur la protection sociale y inclus la prise en charge des indigents.

Par ailleurs:

- Le PASS dispose d'une expertise en gestion de la maintenance en infrastructures et équipements qui est sollicitée par les autres intervenants. Le PASS à travers ladite expertise continuera à appuyer la DIEM dans l'élaboration et le respect des normes et standards ;
- La signature du COMPACT transitoire 2015 favorisera dans une certaine mesure l'harmonisation au sein des différents partenaires dans leur appui au secteur de la santé ;
- La première participation du PASS au Forum des partenaires au développement du Mono-Couffo organisé par la préfecture et financé par la GIZ et Plan Bénin, ce qui offre une opportunité pour créer des synergies entre les PTF du secteur de la santé ;
- En ce qui concerne le Programme d'Intervention à Haut Impact (PIHI) communautaire, le PASS collabore dans le cadre d'une concertation nationale avec l'USAID à travers les ONGs AFRICARE et ARM3 dans les domaines de la formation, la supervision, la qualité des données et du paiement des primes ;
- L'appui conjoint au financement de certaines activités de coordination de la DDS: supervision intégrée, la lutte contre la malnutrition aigüe sévère (MAS) dans l'AD ;
- L'ONG Médecins Sans Vacances (MSV) et le PASS collaborent dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins par des équipes chirurgicales et le renforcement des compétences du personnel; toutes chose contribuant à l'atteinte des résultats du PASS.

## 2.2 Performance de l'outcome



### 2.2.1 Progrès des indicateurs

<b>Outcome: Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MS en vue d'une efficacité accrue des structures périphériques » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora Donga et le Mono Couffo)</b>					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2015	Cible année 2015	Cible finale	Commentaires
1. Taux d'utilisation des soins curatifs	<b>Donga : 59%</b>	46,4%	<b>80%</b>	<b>85%</b>	
	<b>Mono : 52%</b>	Total : 39,80% H: 33,27% F: 46,11%			
	<b>Couffo : 30%</b>	Total : 24,79% H: 21,7% F: 27,5%			
2. Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	<b>Donga : 94%</b>	97,6%	<b>80%</b>	<b>80%</b>	
	<b>Mono : 104%</b>	79,9%			
	<b>Couffo : 65%</b>	50,7%			
3. Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception (%)	<b>Donga : 11%</b>	7,4%	<b>ND</b>	<b>15%</b>	
	<b>Mono : 19%</b>	9,32%			
	<b>Couffo : 8%</b>	3,72%			
4. L'inventaire des dossiers de recherche-action (RA) réalisés conformes aux normes techniques pour la RA, remontés au niveau central, validés techniquement par un GTT et disséminés	<b>0</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	Les indicateurs N° 4 à 11 sont des indicateurs 'agrégés' destinés à faire la synthèse des grands processus opérationnels du programme. Le planning pour la collecte des données pour leur Baseline est élaboré et figure en annexe.
5. Qualité adéquate des Groupes Techniques de Travail (au niveau central et/ou niveau déconcentré)	<b>ND</b>				
6. Le degré de mise en œuvre et de la qualité des mécanismes d'auto-analyse et auto-évaluation indiqués dans la politique nationale d'Assurance Qualité des soins et services au niveau des institutions de soins et ZS	<b>ND</b>				

<b>Outcome: Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MS en vue d'une efficience accrue des structures périphériques » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora Donga et le Mono Couffo)</b>					
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Baseline</b>	<b>Progrès année 2015</b>	<b>Cible année 2015</b>	<b>Cible finale</b>	<b>Commentaires</b>
7. Qualité adéquate des réunions des équipes de gestion et des interfaces de concertation multi-acteur au sein du secteur	ND				
8. Régularité et qualité des interactions/interfaces développées entre MS et les différentes catégories d'acteurs dans le secteur, entre MS et autres Ministères, entre services déconcentrés et collectivités locales/société civile	ND				
9. Régularité et qualité des supervisions formatives et intégrées par les décideurs du niveau central vers le niveau déconcentré et des décideurs du niveau DDS/CHD vers le niveau ZS/HZ	ND				
10. Le degré de satisfaction des utilisateurs des services et des professionnels de santé du service ou l'accompagnement reçu	ND				
11. Inventaire des initiatives au niveau des ZS qui renforcent la ZS intégrée et/ou qui sont orientées vers l'utilisateur et l'autonomie des communautés locales	ND				

## 2.2.2 Analyse des progrès réalisés

<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome</b> : Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome (voir Guide de rapport des résultats) :	
<i>Lien entre les outputs et l'outcome : (Comment) les outputs contribuent-ils (toujours) à l'atteinte de l'outcome ?</i>	L'année sous revue est la première année de mise en œuvre du PASS Sourou. Etant donné la nature du programme axé sur des changements (soft) et non sur des appuis à des processus de routine, il est relativement précoce de décrire des changements effectifs devant contribuer à «une amélioration de l'accessibilité des populations aux soins de santé de qualité ». Cependant des dynamiques devant faciliter ces changements se mettent progressivement en place et seront renforcées dans la suite du déroulement du programme.

**Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome** : Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome (voir Guide de rapport des résultats) :

En ce qui concerne le FBR, les évaluations quantitatives et qualitatives, de même que les enquêtes communautaires au niveau des centres de santé montrent une amélioration de la qualité technique et de la qualité perçue des soins. On note également des prises d'initiative des acteurs visant un meilleur dialogue entre l'offre et la demande en vue de l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services. La vérification communautaire par les Plateformes des utilisateurs des services de santé (PUSS) et la restitution des résultats aux prestataires participent de ce dialogue, ce qui permet de mieux prendre en compte les attentes des populations. Par ailleurs, il y a une plus grande prise de responsabilité des structures de soins pour la prise en charge des patients par des personnels qualifiés. L'amélioration de la couverture en personnel qualifié des formations sanitaires (FS) par le recrutement en 2014 par l'Etat de personnel qualifié dans les zones d'intervention du programme est un espoir. De même, le recrutement récent d'un chirurgien à l'hôpital de Bassila représente une opportunité de renforcement de la qualité de la prise en charge des patients si des dispositions de maintien en poste sont appliquées.

D'autres processus visant l'amélioration de la qualité des soins ont été initiés au cours de la même année notamment en matière de l'assurance qualité et de la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT). En ce qui concerne la disponibilité de ressources humaines qualifiées (Résultat 2), le renforcement des capacités des prestataires en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), en coaching, en planification familiale (PF) ont également été initiés. La prise d'initiatives par les acteurs visant à améliorer le cadre de travail et l'amélioration des prestations dans le but d'être plus performant est à mettre à la faveur d'une saine émulation et d'une motivation accrue stimulée par le FBR.

Au titre du Résultat 4, il faut noter que le plateau technique de certaines FS a été renforcé à la faveur de l'aboutissement tardif des acquisitions initiées depuis le PARZS et complétées par le PASS. De même, le recrutement d'un technicien de maintenance à l'hôpital de zone de Bassila a amélioré la fonctionnalité des équipements existants. Pareillement, la mise en œuvre des plans de gestion des déchets bio-médicaux (PGDBM) et la gestion de la sécurité sanitaire de l'eau dans les structures de soins a amélioré l'hygiène hospitalière et le cadre de travail des prestataires, et la sécurité des soins.

Le processus de planification ascendante (Résultat 5) s'est amélioré avec la prise en compte des plans d'action des COGECS et des COSA intégrés dans les PTA des centres de santé (CS) et de la ZS, la consolidation de tous les plans au niveau départemental et leur relecture par un comité visant à assurer la prise en compte des priorités du niveau central et départementales. Ceci pourrait contribuer à l'amélioration de l'efficacité des structures de soins et de la qualité de leur prestation.

Toujours au titre du Résultat 5, il faut souligner les efforts en cours visant l'amélioration de la qualité de la Revue Annuelle Conjointe notamment sur les plans organisationnels, de la représentativité, et de l'évaluation.

<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome</b> : Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome (voir Guide de rapport des résultats) :	
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome (sur la base d'indicateurs) :</i>	Les valeurs des indicateurs indiquées dans le tableau ne concernent que le 1er semestre de l'année sous revue, qui représente en général la période de faible fréquentation. Ces données qui sont donc très partielles ne renseignent pas suffisamment sur les progrès du PASS sur toute la période concernée. Ainsi, une comparaison avec les données de référence ne sont pas pertinentes. La revue à mi-parcours des indicateurs révèle en effet des taux inférieurs à la Baseline. Les chiffres définitifs de l'année validés par le Ministère ne seront disponibles selon les procédures nationales qu'en début mars 2016 après des audits de qualité, ce qui permettra de faire une analyse comparée plus objective.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>La mise en œuvre du PASS a connu les contraintes ci-après:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le décalage entre la période de rapportage du PASS et celle de la disponibilité des données pour les indicateurs systémiques. Il s'agit d'une situation qui ne permet pas au programme d'utiliser les données complètes pour le rapportage ;</li> <li>- La faible qualité de l'encadrement technique notamment la supervision médicale et para-médicale, et le coaching des centres de santé (CS) secondaires par les CS satellites, ce qui ne garantit pas la progression constante des prestations ;</li> <li>- L'existence de chantiers communs aux niveaux stratégique et opérationnel a permis la consolidation du double ancrage à travers une collaboration plus active des acteurs de la demande avec les directions centrales (DNSP, DSME) ;</li> <li>- La préférence des personnels pour les formations diplômantes par rapport aux formations qualifiantes (approche privilégiée par le PAORC) constitue une contrainte potentielle dans le déploiement des parcours d'acquisition des compétences (PAC), prévus pour renforcer les capacités des partenaires du PASS en vue d'améliorer les performances du secteur ;</li> <li>- L'augmentation de la charge de travail au niveau des professionnels de santé des zones d'intervention du PASS occasionnant un allongement du temps d'attente des patients en raison du fait que seules les consultations prises en charge par les prestataires qualifiés sont considérées par le FBR. Cette situation révèle un besoin de recrutement d'agents qualifiés en dépit de celui qui a eu lieu en 2014 et cité supra.</li> <li>- D'autres contraintes telles que les grèves, le changement des DDS, la faible disponibilité du DDS du MC engagé dans une formation de spécialisation ont eu une influence négative sur la continuité des prestations.</li> </ul>
<i>Résultats inattendus :</i>	<p>Quelques résultats sont notés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement de plus en plus marqué du personnel de santé pour les activités cliniques aux dépens des réunions, dans le but d'être plus disponible au poste pour offrir des prestations qui seront par ailleurs valorisées par le FBR ;</li> <li>- Dispositions favorables des prestataires à collaborer avec les PUSS et les COSA.</li> </ul>

### 2.2.3 Impact potentiel

L'amélioration de la performance du système de santé en vue d'une amélioration de la santé de la population béninoise est l'impact auquel est censé contribuer le PASS Sourou. Le PASS est destiné à induire ou renforcer des dynamiques endogènes qui peuvent conduire à des changements dans les processus d'apprentissage institutionnel, de l'intégration des actions et de la gouvernance du secteur, le tout dans le cadre stratégique défini par le PNDS. L'appui à la mise en œuvre efficiente du PNDS sur lequel le PASS est aligné est le fil conducteur de l'intervention. La contribution du PASS à la mise en œuvre du PNDS se décline ainsi à travers trois objectifs sectoriels, à savoir :

1. Assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins: dans ce cadre, s'inscrivent plusieurs initiatives dont certaines ont démarré au cours de l'année sous revue dont le potentiel à améliorer la qualité des soins sera plus visible au cours des années à venir. Il s'agit de l'opérationnalisation de la politique d'assurance qualité des soins à travers une approche holistique et systémique qui vise l'efficacité et la durabilité de l'approche ; l'étude de l'ampleur et de la qualité de la prise en charge des maladies non transmissibles dans le but de mettre en place une approche globale et intégrée de leur gestion ; l'harmonisation et la pérennisation de l'approche du FBR vers un modèle béninois supportable par les institutions nationales ; l'accompagnement des structures hospitalières et le système transfusionnel à assurer une meilleure sécurité des patients transfusés à travers la mise en place de mécanisme de veille transfusionnelle (hémovigilance) ; l'amélioration des capacités des personnels de santé à une meilleure prise en charge des soins obstétricaux et néonataux dans les formations sanitaires des zones d'interventions du PASS ; le renforcement des capacités de la demande, notamment les PUSS à assurer un dialogue constructif avec les acteurs de l'offre de soins dans la perspective d'une offre de soins plus adaptée aux attentes des populations.
2. Renforcer le partenariat pour la santé : dans ce cadre il faut noter que des initiatives au niveau stratégique ont été appuyées par le PASS dont notamment l'élaboration du Compact transitoire 2015, visant à structurer l'appui des différents partenaires du secteur et la poursuite de concertation régulière avec les acteurs pour sa mise en œuvre. Au niveau opérationnel, des initiatives concernent la collaboration entre le PASS et l'ONG MSV pour un appui conjoint à l'hôpital de zone de Bassila dans l'AD et de Klouékanmè dans le MC, le renforcement du partenariat avec les Collectivités Locales Décentralisées (CLD) dans le cadre du système local de santé (Sylos).
3. Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé : l'appui à une meilleure coordination du secteur à travers la qualité de la tenue des grandes instances auxquelles la Coopération belge et le PASS participent, les efforts d'amélioration des mécanismes de planification et de suivi-évaluation contribuent à l'amélioration de la gouvernance du secteur et une efficacité des interventions. Par ailleurs, le suivi des changements dans les domaines clés, tels que l'apprentissage institutionnel, l'intégration et l'interaction, et l'approche centrée sur la personne favorise une prise de conscience sur ces dimensions clés de la bonne gouvernance et la nécessité de leur implémentation au sein des structures partenaires.

## 2.3 Performance de l'output 1



### 2.3.1 Progrès des indicateurs

Output 1 : L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2015	Progrès année 2016	Cible année 2015	Cible finale	Commentaires
1.1. Taux de satisfaction des utilisateurs de la qualité de soin.	Donga: 90% Mono: 78% Couffo: 75%	CS Donga: 87,8% CS MC: 82,5%  HZ Bassila : 31% HZ Djougou : 26% HZ Comè : 19% HZ KTL : 15% HZ ADD : 27%		Progrès de 7%/an pour chacune des formations sanitaires	90% dans les CS 50% dans les hopitaux	La Baseline avait été calculée uniquement sur base des données des centres de santé. L'enquête de satisfaction des usagers des hôpitaux est introduite récemment
1.2. Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%)	Bassila : 76% DCO : 74% MC: 54%	Bassila : 88,6% DCO: 86% CHD AD: 80,6% Comé : 79,3% CHD MC: 80,4% HZ Klouékamè: 78% HZ Aplahoué: 73,8%		80%	90%	
1.3. Proportion d'institutions de soins ayant reçu leur subvention FBR dans les délais (%)	AD : 100% MC : 0%	AD : 100%		100%	100%	

<b>Output 1 : L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b>						
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Baseline</b>	<b>Progrès année 2015</b>	<b>Progrès année 2016</b>	<b>Cible année 2015</b>	<b>Cible finale</b>	<b>Commentaires</b>
1.4. Pourcentage des appels pour référence satisfaits (%)	ZS DCO 50% ZS Bassila 32% ZS KTL : 75% ZS ADD : 57% ZS CBGH : ND	ZS DCO 43,5% ZS Bassila: 75 ZS KTL : 81% ZSADD : 63,3% ZS CBGH: 97%		ND	ND	Nouvelles grilles en Q3. Problème à Djougou : le mouvement des ambulances perturbé à cause de peur de braquages
1.5. Proportion de contre-références acheminées vers le centre de santé par l'EEZS (%)	ZS DCO 84% ZS Bassila 32% ZS ADD: 56% ZS KTL: 47% ZS CBGH: 28%					Les données actualisées pour 2015 ne seront disponibles qu'en mars 2016
1.6. Proportion d'organes de cogestion performants dans les zones sanitaires appuyées (%)	<u>Donga:</u> Cosa : 65% Cogecs : 48% <u>MC:</u> Cosa : 53% Cogecs : 48%	<u>Donga:</u> Cosa : 72,5% Cogecs : 55% <u>MC:</u> Cosa : 55% Cogecs : 65%		<u>Donga:</u> Cosa : 80% Cogecs : 70% <u>MC:</u> Cosa : 70% Cogecs : 75%	<u>Donga:</u> Cosa : 80% Cogecs : 75% <u>MC:</u> Cosa : 75% Cogecs : 75%	
1.7. Proportion de PUSS performantes dans les zones sanitaires appuyées (%)	Donga : 10% MC : 25%	Donga : 25% MC : 31,66%		Donga : 45% MC : 50%	Donga : 50% MC : 60%	
1.8. Taux de satisfaction de la demande en produits sanguins labiles (%)	Donga 93% MC : 82%	Donga : 93,7% MC : 87,91%		Donga 90% MC : 85%	Donga 95% MC : 90%	
1.9. Pourcentage de nouveau-nés enregistrés dans les centres de santé et officiellement déclarés auprès de l'état-civil	Bassila : 100% Dogbo : ND	Bassila : 100% Dogbo: 100%		Bassila : 85% Dogbo : 85%	Bassila : 90% Dogbo : 90%	
Marqueurs de progrès (voir en annexe)						Un échantillon de journaux de changement figure en annexes

### 2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1. Appuyer le développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne		X			
2. Appuyer la MEO de la politique nationale de l'AQ des soins et des services de santé		X			
3. Appuyer les acteurs du SYLOS pour un rôle complémentaire et synergique		X			
4. Appuyer la stratégie de référence et de contre-référence		X			
5. Consolider la stratégie nationale de la transfusion sanguine		X			
6. Appuyer la qualité des médicaments achetés par la CAME		X			

### 2.3.3 Analyse des progrès réalisés

<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b> Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).	
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>	<p>L'intervention a contribué à l'amorce des progrès visant le renforcement de l'offre globale des soins de santé de qualité dans les départements et zones sanitaires appuyés. Les progrès concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le FBR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'appropriation du processus par les gestionnaires et les prestataires: amélioration de la fonctionnalité du comité de pilotage, les prises d'initiative des acteurs visant un meilleur dialogue entre l'offre et la demande en vue de l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services. La vérification communautaire par les</li> </ul> </li> </ul>

**Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).**

- Plateformes des utilisateurs des services de santé (PUSS) et la restitution des résultats aux prestataires participent de ce dialogue, ce qui permet de mieux prendre en compte les attentes des populations .
- La motivation accrue des agents de santé, se traduisant entre autres par des initiatives propres visant à améliorer la quantité et la qualité de l'offre de soins.
  - La responsabilisation des équipes d'encadrement des zones sanitaires (EEZS) à assurer un encadrement des prestataires dans les FS, à travers la réalisation régulière des activités de soutien et d'appui telles que les supervisions formatives et le coaching.
  - L'implication accrue des PUSS, COGECS et des mairies dans l'amélioration de l'offre des soins .
- **Le système local de santé (SYLOS):**
- Engagement accru des communautés, des élus, des PUSS, de la demande en général, dans la gestion de la santé et dans la formulation des solutions aux problèmes de santé au niveau local, notamment à travers la gestion des plaintes pour une plus grande prise en compte des attentes des populations. On note également l'accroissement de la contribution des organes de cogestion dans la gestion des structures de santé.
  - Des initiatives pour améliorer la responsabilisation des Collectivités Locales Décentralisées (CLD) dans la gestion de la santé.
  - Amorce d'une dynamique d'intégration des acteurs dans la planification dans l'Atacora-Donga.
  - Prise des dispositions pour réduire les files d'attentes au niveau du centre hospitalier départemental, surtout à la pharmacie et à la caisse grâce à la mise en place de la cellule d'écoute.
- Le respect des normes de soins dans les hôpitaux a connu une nette progression par rapport à 2014 dans les deux départements. On enregistre un progrès d'en moyenne 15% dans le MC et 10% dans l'AD. Les domaines où les améliorations ont été constatées portent en général sur la médecine générale, la pédiatrie et la chirurgie. Les défis restent pour ce qui concerne l'obstétrique notamment la gestion des hémorragies du troisième trimestre. En général, surtout dans le MC, la tenue des dossiers médicaux reste un point d'attention.
- Des initiatives visant à améliorer la sécurité des patients ont été prises dans le cadre du renforcement de la stratégie de transfusion sanguine:
- Mécanismes d'amélioration de la sécurité transfusionnelle à travers le système d'hémovigilance.
  - Appui au renforcement des capacités des prescripteurs dans le cadre de la rationalisation de l'utilisation des produits sanguins labiles.
  - La table ronde a permis une mobilisation sociale sans précédent et remis la transfusion sanguine au centre des préoccupations des secteurs public, privé, et de la société civile, ce qui laisse présager des avancées notables.

<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>	
	<p>En ce qui concerne le système de référence et de contre-référence des patients, des améliorations ont été obtenues dans les 2 DDS grâce à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'optimisation de la fiabilité et du recours systématique au système d'appel téléphonique de groupe.</li> <li>- L'amélioration de la documentation du patient référé.</li> <li>- La rationalisation de la gestion du mouvement des ambulances et la création d'un pool d'ambulances.</li> </ul> <p>L'ensemble de ces mesures par la réduction du délais de la prise en charge améliore la qualité des soins.</p> <p>Dans le cadre de l'appui à la qualité des médicaments, l'Atacora/Donga a expérimenté la destruction sécurisée des produits de santé périmés dans un cadre multisectoriel.</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p><u>Progrès réalisés :</u></p> <p>Les remarques faites supra par rapport à l'utilisation des indicateurs pour la mesure des progrès de l'outcome au cours de l'année sous-revue sont valables pour ce qui concerne les outputs. Toutes les données ne sont pas encore disponibles à cette période de l'année. Celles qui le sont, couvrent partiellement l'année sous-revue.</p> <p>La satisfaction des utilisateurs est passée de 77 à 82% pour les centres de santé de 75% à 82% dans le Couffo et de 90% à 88% dans la Donga. On note la même tendance au niveau des HZ qui ont été intégrés récemment dans le processus, la plupart ayant obtenu plus de 80% de qualité.</p> <p>En ce qui concerne le pourcentage de CS recevant les subsides dans le délai (indicateur 1.3), le système de paiement des primes FBR dans le Mono/Couffo a connu des difficultés en raison d'une part, du retard de la tenue du comité de pilotage, et d'autre part, du long délai de transfert des fonds aux formations sanitaires bénéficiaires par le siège de la Caisse Locale de Crédit Agricole Mutuel (CLCAM). Cette situation a été corrigée à travers la décentralisation des mécanismes y afférant (contrat direct avec les agences de proximité).</p> <p>Le système de référence/contre-référence (indicateurs 1.4 et 1.5 a connu une amélioration au cours de la période, notamment celui du retour des références.</p> <p>L'enregistrement des naissances (indicateur 1.9) dans les deux communes pilotes de Bassila et Dogbo a progressé et atteint des niveaux très appréciables dans le sens de la modernisation de l'état civil. En ce qui concerne la commune de Dogbo, un système intégré de gestion de l'état civil informatisé a été développé par l'autorité communale. Il s'agit d'une expérience innovante unique pour le moment et qui mérite d'être appuyée et capitalisée afin de la partager avec les autres communes. A Bassila, le système est basé sur le réseau des acteurs communautaires qui collaborent avec les maternités.</p>

**Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).**

La performance des PUSS a évolué de 10% à 25% dans la Donga et de 25 à 32% au MC. La performance des organes de cogestion est passée de 48% à 65% dans le MC et 48% à 55% dans l'AD pour le COGECS. Les COSA ont une performance plus élevée dans l'AD (72%) que dans le MC (55%).

La satisfaction des demandes en produits sanguins labiles (PSL) (indicateur 1.8) a progressé de 93% à 95% dans la Donga, et de 82 à 88,9% dans le Mono/Couffo, soit au-delà de la cible fixée pour 2015. En outre, la mise en place de comités d'hémovigilance au cours de l'année sous revue dans les hôpitaux fait partie des processus qualité visant la sécurité des patients.

Au niveau des changements de comportements constatés on peut citer :

- **Au niveau de l'apprentissage institutionnel:**

- EEZS : la régularité des revues des audits de décès et des références et contre-références permet d'apprendre des leçons des erreurs pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux et réduire la mortalité et la morbidité. Une capitalisation des expériences est en cours.
- ANTS: Prise en compte par les acteurs (CDTS, PTS) des recommandations de l'audit qualité dans les supervisions.

- **Intégration et interaction:**

- Dialogue offre-demande: ce dialogue est renforcé au travers des interfaces (COGES/COSA/PUSS/EEZS) ; comité de pilotage FBR et par la prise en compte systématique des plaintes des usagers.
- ANTS: l'ANTS a mis en place une concertation régulière avec les FS privées utilisatrices des PSL afin de rationaliser leur utilisation. Les échanges réguliers entre l'ANTS, la DPP et la DRFM du ministère de la santé avec le ministère en charge des finances sont initiés en vue de sécuriser le financement de la TS.

- **Approche centrée sur la personne :**

- Prestataires : les urgences obstétricales sont mieux prises en charge suites aux formations continues en SONU. Par ailleurs, la prise en compte des plaintes des patients à travers la cellule d'écoute du CHD est effective.
- ANTS : adoption de description des postes pour mieux assurer leur appropriation par les agents, distinction des agents méritants pour valoriser la performance du personnel.

<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>	
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retard dans la mise en œuvre du FBR communautaire, dû à la surcharge de travail liée à la multiplicité des outils et l'existence d'une multitude de grilles d'évaluation des activités communautaires.</li> <li>- Déficit en RH qualifiées en dépit des récents efforts de recrutement.</li> <li>- Insuffisance et vétusté des ambulances, ce qui constitue une contrainte à la performance du système de référence et de contre référence.</li> <li>- Retard de formation des nouveaux agents récemment recrutés dans les CS, notamment sur les composantes du SONUB, qui pourrait être source de faible performance.</li> <li>- Non-tenue du Comité de pilotage Q2 dans le Mono Couffo, en raison de la nécessité de renforcer les capacités des membres (Maires) qui sont nouvellement élus, afin qu'ils soient à même de jouer pleinement leur rôle au sein du Comité de pilotage. Un atelier intitulé : « Imprégnation des élus locaux sur le rôle des communes dans l'accès des populations à des soins de santé de qualité » a été organisé en septembre à leur intention avant la tenue de la première session destinée à valider les résultats des évaluations de Q2 et Q3.</li> </ul>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Néant.

## 2.4 Performance de l'output 2

### 2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2015	Progrès année 2016	Cible année 2015	Cible finale	Commentaires
2.1. Fonctionnalité de l'Observatoire des RH Santé (GTT RH et Comité d'orientation)	1 critère sur 4 (le critère 3)	Respect des critères 1 et 3		Respect des critères 1, 2, 3	1. Régularité tenue des réunions des instances (comité technique: 4/4, comité d'orientation 2/2) 2. Représentativité multisectorielle dans les réunions (tous les secteurs membres) 3. Existence d'une matrice de suivi de la mise en œuvre des recommandations 4.Évaluation de chaque réunion des comités (technique et orientation) par les participants	3 réunions comité technique sur 4 tenues  01 réunion de l'observatoire sur 2  Participation à améliorer

<b>Output 2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</b>						
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Baseline</b>	<b>Progrès année 2015</b>	<b>Progrès année 2016</b>	<b>Cible année 2015</b>	<b>Cible finale</b>	<b>Commentaires</b>
2.2. Existence d'un tableau de bord précisant le nombre de personnels de santé par spécialité exerçant dans les structures des deux DDS appuyées	ND	MC: 3/3 AD : critère 1		Respect des critères 1,3	1. Disponibilité d'un fichier du personnel dans chaque CHD et HZ; 2. Mise à jour tous les six mois du fichier 3. complétude de l'information	Une analyse organisationnelle du service des RH est en cours dans l'AD pour améliorer le suivi.
2.3. Nombre d'étudiant diplômés en licence en soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO) de Parakou	0	0		0	180	Autorisation d'ouverture obtenue le 18 août 2015 après plaidoyer du programme. Ouverture projetée en 2016.
2.4. Nombre d'étudiants diplômés en Master en SIO de l'INMeS de Cotonou	0	0		0	225	Ouverture le 16/12/2015. 16 étudiants inscrits
2.5. Nombre d'étudiants médecins spécialistes de 3e année ayant réalisé un stage dans les HZ des deux DDS appuyées, par spécialité	HZ Comé : 2 HZ KL : 5 CHD MC : 2 Bla : 2 DCO : 0 CHD A : 1	HZ Comé : 6 HZ KL : 4 CHD MC : 0 Bla : 0 DCO : 0 CHD A : 0		N/A	N/A	Disposition pour la mise en stage non encore formalisée
2.6. Intégration du genre dans la mise en œuvre de la politique RHS (% de femmes dans les effectifs des agents bénéficiaires des formations appuyées par le PASS Sourou et le PAORC)	ND	NA			>50%	Cet indicateur ne peut être renseigné actuellement car les parcours d'acquisition de compétences identifiés ne pourront être mis en œuvre qu'au cours de l'année 2016.

## 2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Renforcer la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré		X			
2 Améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé		X			
3 Renforcer la production de personnels de santé qualifiés		X			

## 2.4.3 Analyse des progrès réalisés

<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>	
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>	<p>Les contributions de la mise en œuvre du PASS dans la perspective de l'atteinte de l'output 2 se déclinent comme suit :</p> <p>Au niveau de la Gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectivité des lettres de mission aux chefs services avec évaluation périodique.</li> <li>- Concrétisation de la délégation de la gestion de carrière des agents au Ministère de la Santé par décret N°2015-318 du 03 juin 2015.</li> <li>- Actualisation du cadre organique permettant de mieux appréhender les besoins en RH de qualité.</li> <li>- Elaboration du plan national de formation dont la certification est prévue en février 2016.</li> </ul> <p>En ce qui concerne la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre d'une stratégie d'imprégnation des agents de santé nouvellement recrutés sur la prise en charge des problèmes de santé dans les 2 DDS.</li> <li>- Système de reconnaissance des mérites des meilleurs agents mis en place à tous les niveaux.</li> <li>- La couverture en personnel qualifié des formations sanitaires est améliorée par le recrutement effectué en 2014 et déployé en 2015.</li> </ul> <p>La faible capacité de production de personnels de santé qualifiés constitue encore un défi.</p>

<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Des progrès ont été notés par rapport au volet des ressources humaines qualifiées et motivées.</p> <p>Au niveau de la fonctionnalité de l'observatoire des ressources humaines, le comité technique a tenu des rencontres régulières et a nourri le comité d'orientation de l'observatoire qui a tenu une réunion sur les 2 planifiées.</p> <p>En ce qui concerne l'existence du tableau de bord (indicateur 2.2), on note dans le Mono/Couffo des efforts qui ont permis la mise en place d'un fichier du personnel qui est mis à jour périodiquement. Un processus similaire est en cours dans l'AD et qui doit être renforcé dans une perspective de durabilité notamment en ce qui concerne les critères 2 et 3.</p> <p>En ce qui concerne la production des ressources humaines:</p> <p>Le cycle master en SIO de l'INMeS a débuté en mi-décembre 2015 avec 17 étudiants inscrits. L'autorisation d'ouverture du cycle Licence à Parakou a été obtenue en octobre 2015, et donne l'espoir d'un début des cours à la prochaine rentrée en 2016.</p> <p>Au cours de cette année, dix étudiants médecins spécialistes (indicateur 2.5) ont effectué un stage au CHD et les HZ du Mono-Couffo, ce qui a permis de combler dans une certaine mesure le besoin de spécialistes. Il faut noter toutefois que cette initiative n'est pas encore formalisée et reste dans le cadre des démarches solitaires des gestionnaires desdites structures.</p> <p>L'approche de parcours d'acquisition des compétences promue par le Programme d'appui au renforcement des capacités des organisations béninoises de la CTB (PAORC) est encore dans sa phase préparatoire. Les formations ne démarreront effectivement qu'en 2016. Pour cette raison, il n'a pas été possible de renseigner l'indicateur (2.6) y afférent.</p> <p>Les principaux changements observés lors de l'autoévaluation de la DRH en septembre 2015 sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saisine de l'observatoire des RH pour échanger sur les questions clé en RH: cadre organique, recrutement ;</li> <li>- Régularité du CODIR de la DRH ;</li> <li>- GTT RH a contribué régulièrement à l'évaluation du PNDS, à la priorisation des organismes bénéficiaires ;</li> <li>- Participation active de la DRH aux SMCL, comité de pilotage de l'APEFE pour la formation ;</li> <li>- Peu d'avancées sur les chantiers de documentation des bonnes pratiques et dans la gestion/organisation des stages (suivi post supervision de l'INMeS).</li> </ul>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>Les contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du PASS en lien avec l'output 2 sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retard dans l'actualisation du plan de formation du MS, dont le processus a été peu participatif et insuffisamment partagé ;</li> <li>- De plus en plus d'agents de santé quittent le domaine de la pratique médicale pour le circuit administratif du</li> </ul>

	<p>système de santé, ce qui contribue à creuser le déficit en personnel qualifié. Il en est de même des mutations fréquentes et inégales à travers les ZS et le non-respect des termes contractuels des recrutements sur postes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le logiciel informatique LogiGRH de gestion des RH n'est pas fonctionnel. Il est envisagé de le remplacer au cours de l'année 2016 par une autre application (iHRIS) dont les fonctionnalités sont jugées plus robustes ;</li> <li>- Difficultés à réaliser la formation sur les SONUB dans le Mono du fait des exigences de prise en charge (paiement de perdiem) des formateurs et agents de santé concernés résidant à Lokossa ;</li> <li>- L'ajustement de la planification PASS et PAORC sur le renforcement institutionnel de la DRH retardé par la lenteur du processus des marchés de consultance du PAORC qui n'ont abouti que fin 2015.</li> </ul> <p>Facteurs d'influence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Influence positive des relations cordiales entre le MS et celui en charge de la fonction publique, et l'appui technique conjoint du PAORC et du PASS a influencé la motivation de l'équipe de la DRH ;</li> <li>- En synergie avec le PAORC ,trois consultances pour la réalisation des audits des institutions de formation continue, les descriptions des postes et profils et l'amélioration des compétences en matière d'élaboration de plan de formation débuterons au premier trimestre de l'année 2016 sous la supervision du PAORC.il est attendu de ces actions une amélioration significative des processus clés de gestion des ressources humaines ;</li> <li>- Influence négative de l'absence d'un organe effectif de coordination des intervenants au cycle master (CINOP, APEFE, AFD, INMeS) ;</li> <li>- L'application de la nouvelle approche de convention de subsides a facilité l'accord entre la CTB et l'APEFE après 8 mois de négociation.</li> </ul>
<p><i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i></p>	<p>Faible recrutement d'étudiants (16) pour le cycle master de l'INMeS au regard des attentes (40) avec un risque d'inefficacité des investissements. La stratégie de communication et le cout élevé des frais de scolarité pourraient être une explication. On note l'absence de candidats inscrits sur titre (non Agent public de l'Etat).</p> <p>Décision de l'IFSIO Parakou de commencer la formation en Licence en janvier 2016 alors que les conditions techniques et logistiques ne semblent pas encore réunies.</p> <p>Faible motivation de l'équipe de l'INMeS pour les missions d'appui à IFSIO Parakou. Cette situation s'explique en partie par la charge de travail de l'équipe et aussi à l'exigence des enseignants de percevoir en plus des frais de mission alloués des frais d'honoraires sur une base horaire (situation non compatible avec les normes financières de l'APEFE et la CTB).</p> <p>Bien qu'ayant bénéficié d'un accompagnement intense, les Directions centrales et techniques du MS ne semblent pas encore adhérer au processus d'identification des PAC (retard d'introduction du dossier de requête).</p>

## 2.5 Performance de l'output 3

### 2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires

### 2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Appuyer le développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU			X		La loi sur le RAMU a été finalement votée le 28 décembre 2015. La vacance prolongée des postes au niveau de l'ANAM n'a pas permis de faire évoluer le partenariat.
2 Soutenir la feuille de route pour le développement du RAMU			X		Idem
3 Appuyer le renforcement des capacités spécifiques et complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM			X		Idem

### 2.5.3 Analyse des progrès réalisés

<p><b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b> Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</p>	
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>	<p>Les conditions de mise en œuvre de ce résultat ne sont pas remplies. La loi sur le RAMU attendue a finalement été votée.</p> <p>Certaines actions sont tout de même menées. Le manuel de professionnalisation des mutuelles de santé a été élaboré, vulgarisé et diffusé. Les gestionnaires des mutuelles sont réunis en pools de compétences au niveau des unions communales pour améliorer la gestion des données techniques et comptables.</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Néant.</p>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coexistence de deux systèmes d'identification des indigents, passive réalisée lors de la consultation médicale et active par pré identification à base communautaire.</li> <li>- En application des dispositions de arrêté en vigueur sur les mécanismes de l'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents, la majorité des indigents (90%) sont pris en charges dans les formations sanitaires sur base de l'identification passive. Cette situation génère des abus et des retards de prestations de soins aux bénéficiaires.</li> <li>- Le programme soutien activement une réflexion sur l'adaptation des dispositions de l'actuel texte juridique pour l'exploitation des listes d'indigents pré identifiés dans les Zones de santé (voire recommandations).</li> </ul>
<p><i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i></p>	<p>Néant.</p>

## 2.6 Performance de l'output 4

### 2.6.1 Progrès des indicateurs

<b>Output 4 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées</b>						
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la <i>Baseline</i></b>	<b>Progrès année 2015</b>	<b>Progrès année 2016</b>	<b>Cible année 2015</b>	<b>Cible finale 2019</b>	<b>Commentaires</b>
4.1. Proportion du budget en investissement pour les équipements biomédicaux alloué à la maintenance au niveau du Ministère de la santé (en %)	<b>6,96%</b>	<b>5,85%</b>		<b>7%</b>	<b>10%</b>	% budget de l'année 2015 fournie par la DIEM. Données à affiner à partir de la réception de l'état des lieux en cours.
4.2. Progrès réalisés par rapport à la mise en place d'un système de gestion et de maintenance préventive et corrective des équipements et des infrastructures		<b>ND</b>		<b>2</b>	<b>5</b>	Progrès mesurée sur une échelle de 1 à 5. 1 = très faible progrès, 5 = Progrès substantiel
4.2.1. Proportion de formations sanitaires publiques des zones d'intervention du PASS Sourou ayant réalisé un inventaire d'équipements bio-médicaux et des infrastructures	<b>0</b>	<b>53%</b>		<b>60%</b>	<b>100%</b>	Un état des lieux est en cours. Les données concernant les trois sous-indicateurs seront fournies par l'état des lieux.
4.2.2. Taux des équipements bio-médicaux non fonctionnels lors de chaque inventaire	<b>ND</b>	<b>ND</b>		<b>25%</b>	<b>&lt;5%</b>	Un état des lieux est en cours. Les données concernant les trois sous-indicateurs seront fournies par l'état des lieux.
4.2.3. Taux d'équipements bio-médicaux sous maintenance préventive dans les HZ et les CHD	<b>ND</b>	<b>ND</b>		<b>5%</b>	<b>25%</b>	Un état des lieux est en cours. Les données concernant les trois sous-indicateurs seront fournies par l'état des lieux.

<b>Output 4 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées</b>						
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la <i>Baseline</i></b>	<b>Progrès année 2015</b>	<b>Progrès année 2016</b>	<b>Cible année 2015</b>	<b>Cible finale 2019</b>	<b>Commentaires</b>
4.3. Un système adapté et efficace de gestion des déchets est défini, mis en place dans 5 FS, documenté et capitalisé	<b>ND</b>	<b>Donga (ND) MC (ND)</b>	<b>Respect des critères 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11</b>	<b>ND</b>	<b>11/11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Disponibilité d'un plan de gestion des DBM (O=1, N=0)</li> <li>2. Existence fosse pour déchets liquides fonctionnelle (O=1, N=0)</li> <li>3. Existence d'un incinérateur fonctionnel (O=1, N=0)</li> <li>4. Disponibilité guide utilisation de l'incinérateur (O=1, N=0)</li> <li>5. Responsabilisation d'une personne pour utilisation entretien incinérateur (O=1, N=0)</li> <li>6. Disponibilité de poubelles adéquates dans chaque unité (O=1, N=0)</li> <li>7. Utilisation de boîtes de sécurité pour les objets tranchants (observation) (O=1, N=0)</li> <li>8. Disponibilité de fiche descriptive du circuit des DBM (O=1, N=0)</li> <li>9. Fiches/procédures de gestion des DBM affichées dans les unités de la FS (O=1, N=0)</li> <li>10. Formation de tout le personnel sur la gestion des DBM moins de 2 ans (O=1, N=0)</li> <li>11. Supervision formative sur la GDBM par la ZS (O=1, N=0)</li> </ul>

## 2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Capitaliser les expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs		X			
2 Renforcer la politique de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures			X		<p>La nécessité d'inventorier de manière qualitative et quantitative l'ensemble des FS (261 structures) avec les difficultés logistiques et la carence en moyens humains (techniciens biomédicaux) au niveau national préalablement à l'élaboration des plans de maintenance est un facteur expliquant le retard de ces activités.</p> <p>Au Mono-Couffo, le processus d'élaboration des plans de gestion des déchets biomédicaux PGDBM et PGSSE est en cours de finalisation. Idem pour l'état des lieux. Cependant, la formulation de départ avait sous-estimé la complexité et la durée de ces activités d'où un certain retard. Les interférences du niveau central ont également retardé le processus. La mutation du chef de la coordination départementale d'hygiène et assainissement de Base CDCHAB du MC en cours d'année a également été une contrainte.</p>
3 Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention		X			

### 2.6.3 Analyse des progrès réalisés

<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b> <i>Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</i>	
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>	<p>Les activités en cours pour améliorer le système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures ont permis d'obtenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place progressive de cadres normatifs de gestion en infrastructures et équipements (IE) qui comprend les normes et les guides en maintenance dont l'utilisation a débuté. Les organes de cogestion contribuent à l'entretien des ouvrages et équipements. Cela participe à l'amélioration du cadre de vie des agents de santé et à l'accueil des patients.</li> <li>- L'existence de bases de données en gestion des déchets bio-médicaux (GDBM) et de sécurisation des sources d'eau (SSE).</li> <li>- La réalisation des inventaires des infrastructures et des équipements biomédicaux de plus de 50% des FS</li> <li>- Un début d'amélioration de l'hygiène dans les formations sanitaires probablement en lien avec la mise en œuvre des plans de GDBM et de gestion des SSE est constaté dans la Donga. La mise en œuvre débutera en 2016 dans le Mono-Couffo.</li> <li>- Le processus lié à l'état des lieux en IE a permis la prise de conscience des acteurs sur la sécurité foncière des formations sanitaires, la nécessité d'une meilleure rationalisation et gestion des équipements.</li> <li>- La réhabilitation des locaux de l'INMeS et l'obtention de l'autorisation formelle d'ouverture de l'Institut de Formation en Sciences infirmières et Obstétricales (IFSIO) (qui permet donc de lancer les travaux de construction dudit institut) le 18 août 2015 sont des conditions favorables pour la production de ressources humaines de qualité.</li> <li>- Meilleure organisation de la maintenance grâce au recrutement d'un technicien dans la ZS Bassila.</li> </ul>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Concernant l'output 4.1 : Proportion du budget en investissement pour les équipements biomédicaux alloué à la maintenance au niveau du Ministère de la santé ; on note une diminution de la part du budget en investissement alloué à la maintenance : pas de progrès sur cet output.</p> <p>Concernant l'output 4.2 : 53 % des formations sanitaires ont été inventoriées à fin 2015 ce qui est proche de l'objectif de 60%, il est à noter que pratiquement aucune FS n'avait d'inventaire disponible et à jour.</p> <p>Les données n'étant pas disponibles pour les autres outputs il n'est pas encore possible d'évaluer les progrès au niveau de ceux-ci. Les données seront disponibles à la fin des phases d'inventaires en cours (prévus à fin mars 2016). Les progrès déjà atteints sont repris ci-dessus.</p>

<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de suivi dans la réception et l'utilisation des guides en maintenance ;</li> <li>- Faible disponibilité des techniciens de la DIEM en raison de la forte sollicitation de divers partenaires stratégiques ;</li> <li>- Sous-effectif caractérisé au niveau décentralisé et intermédiaire pour la mise en œuvre des plans de maintenance ;</li> <li>- Insuffisance de ressources (humaines, matérielles et financières) pour couvrir tous les besoins en maintenance des infrastructures et des équipements biomédicaux. On note par ailleurs, la persistance de l'insuffisance et du retard dans la mise en place des ressources allouées aux communes (Fonds d'Appui au Développement des Communes - FADEC), ainsi qu'une nécessité de renforcement de capacités des agents communaux, ce qui est de nature à fragiliser les initiatives de maîtrise d'ouvrage locales.</li> </ul>
<p><i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i></p>	<p>Néant.</p>

## 2.7 Performance de l'output 5

### 2.7.1 Progrès des indicateurs

Output 5: Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2015	Progrès année 2016	Cible année 2015	Cible finale	Commentaires
5.1. Disponibilité d'un Plan Intégré de Travail Annuel de qualité à bonne date	Respect des critères : 1, 2, 3, 5-;	Respect des critères : 1, 2, 3, 5		satisfaction des critères : 1, 2, 3, 4, 5	7/7 critères	1-Caractère participatif du processus d'élaboration du PITA avec la participation de l'ensemble des acteurs intervenant à chaque niveau ; 2- Respect des étapes de la planification ascendante à chaque niveau ; 3-Aspect Gestion Axée sur les Résultats pris en compte à chaque niveau ; 4-Respect du calendrier par niveau ; 5-Validation formelle du PITA à tous les niveaux ; 6-Arrimage des PTD des DDS et ZS en PITA 7-Disponibilité du PITA du secteur au plus tard le 15 janvier de l'année n

Output 5: Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2015	Progrès année 2016	Cible année 2015	Cible finale	Commentaires
5.2. Qualité du suivi de la mise en œuvre des PITA	Satisfaction des critères 1; 2; 3; 8; 9;	Satisfaction des critères 1; 2; 3; 8; 9		Satisfaction des critères 1; 2; 3; 4, 5; 6; 7; 8; 9; 10	Satisfaction des critères 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10	<p>1-Tenue régulière différentes instances suivi à chaque niveau pyramide sanitaire (CM, CDEEP, CNEEP,...) consacrées entre autres à la revue des PITA</p> <p>2-Taux de réalisation physique PITA (au moins 20%, 45% et 85% à la fin du trimestre, semestre et année)</p> <p>3-Taux de réalisation financière PITA (au moins 20%, 40% et 80% fin trimestre, semestre et année)</p> <p><u>Qualité de la RAC</u></p> <p>4-Exploitation résultats enquête SARA réalisée avant la revue (O/N)</p> <p>5-Implication de l'ensemble des acteurs dans le processus d'organisation de la revue (O/N)</p> <p>6- Présence effective (selon les quotas fixés) de l'ensemble des acteurs à la revue (O/N)</p> <p>7-Taux d'exécution des recommandations (≥80%)</p> <p>8-Pertinence des thèmes (75%)</p> <p>9-Qualité des présentations (75%)</p> <p>10-Proportion participants satisfaits (&gt; = 85%)</p>
5.3. Existence d'un système d'information sanitaire intégré et genre sensible	Respect des critères 1, 2, 4.	Respect des critères 1, 2, 3, 4		Respect des critères 1; 2; 4	Respect des critères 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7	<p>1. Disponibilité données avant le 20 du mois n+1</p> <p>2. Complétude plus de 90%</p> <p>3. Intégration niveau communautaire</p> <p>4. Annuaire statistique disponible avant fin 1er trimestre année n+1</p> <p>5. Intégration données genre sensible et aspects transversaux (désagrégées par sexe, âge, personnes vulnérables notamment indigents)</p> <p>6. Intégration du FBR</p> <p>7. Intégration du RAMU</p>
5.4. Qualité de la collecte des données du SNIGS au niveau central et intermédiaire	Promptitude :30% Complétude: 68% Exactitude : ND	Données non disponible à cette période de l'année.		30% 68% ND	90% 95% 90%	

## 2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Faciliter la mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats			X		Le processus d'évaluation à mi-parcours du PNDS a accusé un retard engendrant la non disponibilité des plans (PTD) dans les délais. Cette situation ne favorise l'arrimage des PTA au PTD.
2 Renforcer une approche de suivi-évaluation intégrée		X			
3 Appuyer l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS)		X			
4 Renforcer la coordination du secteur aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (dans le cadre de la mise en place de l'approche sectorielle)		X			
5 Renforcer le partenariat entre le secteur public et le secteur privé et le dialogue avec la société civile		X			

## 2.7.3 Analyse des progrès réalisés

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).	
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	<p>En ce qui concerne la planification, la coordination et le suivi évaluation, la période sous-revue a connu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'élaboration du PITA avec implication de tous les acteurs depuis le niveau communautaire suivant les directives stratégiques du secteur. Le processus au niveau des ZS bénéficie de l'accompagnement de la DDS, ce qui permet d'en améliorer la qualité;</li> <li>- L'organisation et la tenue de la Revue Annuelle Conjointe (RAC) du secteur, dont la phase préparatoire a bénéficié de la participation de plusieurs PTF;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation de la méthode d'enquête communautaire Lot Quality Assurance Sample (LQAS) en vue de mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs communautaires et de prendre des mesures appropriées pour la levée des goulots dans les zones prioritaires ;</li> <li>- La régularité des supervisions intégrées de la DDS vers ZS et des ZS vers les centres de santé.</li> </ul> <p>Le partenariat initié avec plusieurs acteurs a permis de renforcer du système aux différents niveaux du système.</p> <p><b>Au niveau stratégique</b>, le PASS a contribué à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un début de réflexion globale portant sur la relecture des textes régissant les zones sanitaires en l'occurrence les équipes d'encadrement et organes de cogestion. En ce qui concerne les organes de la cogestion, les réflexions sont menées dans le sens du principe de la double tutelle des ministères en charge de la décentralisation et de la santé ;</li> <li>- L'élaboration et la signature du Compact transitoire 2015 couvrant l'année sous revue. Le nouvel accord qui fait suite au premier compact signé en 2010 s'est élargi à de nouveaux partenaires tels que l'Agence Française de Développement (AFD) et l'Union Européenne, ce qui renforce les bases de la construction d'une approche sectorielle.</li> </ul> <p><b>Au niveau opérationnel</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partenariat avec «Médecins sans vacances» à l'hôpital de zone de Bassila, visant le renforcement des capacités des acteurs dans les domaines de la chirurgie, la maintenance et l'hygiène hospitalière ;</li> <li>- Des revues de performance ont été organisées dans les départements au niveau des DDS et ZS des zones de couverture du PASS avec implication de tous les acteurs en vue d'une meilleure analyse vers la levée des goulots aux fins de nourrir les échanges à la RAC nationale;</li> <li>- Le Mini-Compact au niveau de l'AD, qui se traduit par la réunion des PTF de différents secteurs autour du Préfet, avec un focus sur la santé pour la période sous-revue;</li> <li>- Des réunions d'échanges avec les maires en vue de mieux intégrer les actions santé dans les plans de développement communaux (PDC).</li> </ul>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Les efforts pour la synergie des intervenants du secteur à tous les niveaux par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des missions d'harmonisation du FBR au niveau national ;</li> <li>- La conclusion de partenariat avec plusieurs acteurs comme l'APEFE, le PAORC, médecins sans vacances, ANCRE ;</li> <li>- La responsabilisation des acteurs de la décentralisation et de la société civile dans le renforcement du SYLOS (renforcement capacités, évaluation qualité des soins,..).</li> </ul> <p>Le cadre de planification du secteur sera amélioré par l'inscription du Ministère de la Santé comme ministère pilote pour la Réforme relative au Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses et du Projet Annuel de Performance.</p>

	<p>Dans le cadre de la coordination on note :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La tenue de la réunion trimestrielle du Ministère de la Santé et des PTF a été régulière ;</li> <li>- Un respect du calendrier des CODIR élargis plus orienté vers la résolution de problèmes ;</li> <li>- La tenue des sessions des instances de suivi telles que la RAC et le CNEEP. Le PASS a contribué à une orientation desdites sessions vers la résolution des problèmes.</li> </ul> <p>Sur le plan de l'amélioration du système d'information, il faut noter l'assessment de plusieurs outils informatiques pour améliorer la qualité des données (Logi GRH, logiciel PITA, ..).</p> <p>Les changements liés à la documentation et la dissémination systématique des expériences de terrain notamment sur le site Web du MS restent un défi pour le MS.</p>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>Les difficultés rencontrées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus de planification ascendante n'est pas encore très opérationnel. En conséquence, le suivi de la mise en œuvre est insuffisant, les interférences externes à la mise en œuvre des plans opérationnels encore nombreuses;</li> <li>- La faible participation des structures nationales et de la société civile à la préparation de la RAC ;</li> <li>- Les RAC au niveau des départements ne sont pas encore une réalité dans les autres départements, ce qui déséquilibre l'analyse des résultats ;</li> <li>- Le retard dans le processus d'évaluation du PNDS, ce qui constitue un risque de retard pour l'élaboration du PTD 2016-2018 et de son Compact ;</li> <li>- L'absence de versement des crédits du budget de l'Etat pour la tenue des réunions du CDEEP.</li> </ul> <p>Facteurs favorisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une forte cohésion entre les acteurs du programme, la représentation et l'ambassade ;</li> <li>- prise de leadership du programme dans des chantiers porteurs de changements FBR, PNDS, Assurance qualité ;</li> <li>- La présence au sein de l'équipe d'un expert informatique ;</li> <li>- La régularité des réunions bimestrielles entre le SGM et le Représentant Résident de la CTB pour discuter de l'évolution du programme ;</li> <li>- La réalisation par le MS avec l'appui technique de l'OMS de la deuxième enquête sur la disponibilité des services et fonctionnalité des structures de soins (SARA).</li> </ul>
<p><i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i></p>	<p>Néant</p>

## 2.8 Thèmes transversaux

### 2.8.1 Genre

Le plan stratégique genre du MS a été élaboré mais reste à être opérationnalisé.

De nombreuses initiatives genres sensibles ont été réalisées avec l'appui du PASS :

- Identification et prise en charge des fistules vésico-vaginales: 50% des femmes identifiées sont traitées et guéries. Des efforts pour leur réinsertion sociale se poursuivent ;
- Participation accrue de femmes membres des bureaux COGECS à la prise de décision (36/96, soit un taux de 37,5% selon le dépouillement partiel de sondage).

Par ailleurs, sept femmes sont élues conseillères contre zéro précédemment dans les localités d'appui du PASS dans le Mono/Couffo (6 conseillères de village et une conseillère communale élue deuxième adjointe au Maire dans la commune de Klouékanmey).

Des efforts restent à faire pour renforcer le genre dans la mise en œuvre du PASS. De nouvelles orientations dans ce sens peuvent comprendre :

- Réflexion sur des mécanismes de prise en charge des femmes victimes de violences (en complémentarité avec d'autres acteurs): amener à la concertation entre les centres de promotion sociale (CPS), les centres de santé et les Mairies ;
- Renforcement et suivi des femmes ayant accédé aux différents organisations et conseils pour qu'elles participent plus efficacement aux prises de décision.

### 2.8.2 Environnement

Gestion et destruction des médicaments périmés avec participation de tous les acteurs concernés dans l'AD.

Elaboration des plans des gestions des déchets bio-médicaux et d'hygiène assainissement dans les formations sanitaires.

### 2.8.3 Autre

Comme la contribution de la Coopération Bénino-Belge à la santé de la mère et de l'enfant et à la santé reproductive ,les efforts du programme ont permis l'opérationnalisation des centres de formation SONU à Djougou dans l'AD et bientôt à Lokossa (MC). La vision est d'en faire des centres d'excellence en SONU afin de démocratiser une formation de base et un accompagnement post formation pour sauvegarder des vies de mère et d'enfants.

## 2.9 Gestion des risques

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement
Les grèves ont été suspendues dans le secteur: Faible risque de perturbation de l'exécution de l'intervention (peu de risque sur les activités programmées en Q1 2016) et la disponibilité et qualité des soins. La non-satisfaction des conditions administratives liées à la prise de service des agents nouvellement recrutés est un risque supplémentaire.	Q1 2014	OPS	Moyenne	Elevé	C	*Poursuite du dialogue entre le MS et les syndicats *prise de Décret et l'élaboration du contrat-type *dispositions prises pour la signature des contrats-types les sessions 2016 du Conseil Sectoriel pour le Dialogue Social sont programmées	MS	Continue	*Decret signé *Contrat-type signé *Numéros matricules accordés; sessions conseil sectoriel du dialogue social programmées pour 2016
Ralentissement des activités dans les zones sanitaires enclavées de couverture PASS-Sourou par manque de motivation des ressources humaines compétentes	Q1 2015	DEV	Moyenne	Moyen	B	*Instauration d'un bonus d'équité par le FBR *Encourager le développement des stages des spécialistes en formation dans les départements appuyés	MS PASS	continue	Les centres de santé éligibles pour bénéficier du bonus d'équité ont été désignés; ces bonus vont s'appliquer dans l'achat des résultats et le paiement des subsides FBR

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement
Blocage du processus PAC/PAORC du fait de la non prise en compte à terme de la formation dans l'amélioration du traitement salarial des agents publics	Q3 2015	DEV	Elevée	Elevé	D	Faciliter les échanges entre l'équipe/ PAORC et les institutions nationales (Ministère fonction publique, santé, développement et finances) pour étudier la possibilité d'envisager que <b>certaines formations</b> qualifiantes débouchent sur des diplômes	PASS / SGM / DRH	31/03/2016	Séances d'échanges de l'équipe PAORC avec les potentielles organisations bénéficiaires (NC+ND); poursuite des échanges avec les OB sur les PAC à réaliser
Retard dans la mise en œuvre de certaines activités du PASS-sourou lié au retard dans la sélection des OB et le démarrage des PAC	Q3 2015	DEV	Moyenne	Moyen	B	*Echange d'informations *Planification concertée	PASS / PAORC	Continue	Appui aux DCT et DDS / OB pour la préparation des dossiers de bénéficiaires des PAC
La lenteur dans le déploiement du RAMU ne permet pas encore l'accès des populations aux soins	Q1 2014	DEV	Elevée	Moyen	C	*Contribution à la définition d'une stratégie de prise en charge des indigents, appui technique à l'élaboration de la Stratégie nationale de financement de la santé, appui au SGM pour le plaidoyer en vue de l'adoption de la loi sur le RAMU	Cabinet MS / SGM	Continue	*Loi sur le RAMU voté par l'Assemblée Nationale ; loi en instance de vulgarisation *Programmation d'une retraite pour sur la réfléchir sur la prise en charge des indigents en Q1/2016
Poursuite des supervisions verticales par les DCT et les programmes du MS	Q2 2013	OPS	Faible	Faible	A	Des sessions de supervisions intégrées sont planifiées avec les DCT	SGM	Q2 2014	Evaluation de l'utilisation des normes de soins dans les formations sanitaires prévues du 29/06 au 04/07/14

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement
Réduction de la qualité de l'offre de soins dans les zones de couverture du PASS suite au départ massif du personnel à la retraite et de non remplacement systématique	Q1 2016	DEV	Elevée	Elevé	D	Programmation de recrutements massifs (2643 agents qualifiés) au titre de 2016; évaluation des départs à la retraite dans les ZS/PASS	MS / SGM / DRH)	30/06/2016	Recrutements massifs programmés pour 2016;
Ré-affectation fréquente qui conduit à l'instabilité du personnel en poste dans les ZS de couverture du PASS-Sourou	Q1 2016	OPS	Elevée	Moyen	C	Plaidoyer à faire auprès du MS	SGM / RR / DRH	31/12/2016	Documenter les mouvements du personnel dans les zones de couverture PASS
Possible incohérence des actions du résultat R4/PASS pour raison de l'inexistence d'une politique de maintenance	Q1 2016	DEV	Elevée	Faible	B	Accélérer l'élaboration de la politique de maintenance pour Q1/2016	DIEM	30/06/2016	
Retard dans l'implémentation du résultat 4 (Da4.3) en raison de la non disponibilité des Ressources Humaines qualifiés en maintenance	Q1 2016	DEV	Elevée	Moyen	C	Plaidoyer à faire auprès du MS	MS / DDS / DH / DIEM / DRH / Mairies	30/06/2016	
Retard dans la mobilisation des ressources et l'insuffisance de la coordination des interventions liées au retard dans l'élaboration du PTD3 et du Compact3	Q1 2016	DEV	Elevée	Moyen	C	Accélérer le processus d'élaboration du PTD	DPP	30/06/2016	

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement
Retard dans la mise en oeuvre et le suivi du chronogramme des activités PASS-Sourou 2016 en raison entre autres de la non disponibilité des PaLi et de la nouvelle configuration du leadership politique nationale dues aux échéances électorales en Q1 et début Q2 2016	Q1 2016	DEV	Elevée	Moyen	C	Echanger avec les acteurs responsables des activités inscrites au PTA/2016 pour avoir leur engagement à respecter les chronogrammes	SGM / DCT / DDS	30/06/2016	

## 3 Pilotage et apprentissage

### 3.1 Réorientations stratégiques

- Harmonisation du FBR : obtenir un consensus de haut niveau et engagement sur le financement et renforcer le rôle décisionnel des CDEEP et CNEEP et la collaboration intersectorielle selon la feuille de route consensuelle du comité national.
- Empowerment des PUSS : vers plus de renforcement institutionnel et des capacités à exercer leur rôle par un accompagnement continu avec des personnes ressources professionnelles dans le cadre du suivi technique et capitalisation.
- Renforcement des capacités des RH : vers plus de synergie opérationnelle avec le PAORC et un renforcement des capacités décisionnelles de l'observatoire des ressources humaines en santé.
- Maintien en poste des ressources humaines : collecte et analyse continue des données sur les RH en vue de produire des documents de plaidoyer.
- Mettre en œuvre une approche pilote de planification ascendante basée sur le niveau opérationnel.
- Prise en charge des indigents : faire jouer un rôle actif du groupe technique de travail pour une réflexion de fond et durable sur la prise en charge des indigents.
- Formation sur les SONUB : travailler à l'institutionnaliser (modules, qualité formateurs, conditions matérielles de prise en charge) et cheminer vers un processus de certification, plaidoyer pour un multi partenariat.
- Focalisation du monitoring sur 8 indicateurs 'agrégés' destinés à faire la synthèse des grands processus opérationnels du programme.

### 3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
Poursuivre le processus d'harmonisation et de pérennisation du FBR	MS/ comité FBR/ Coordination PASS/	Q4 2016
Poursuivre les réflexions et le plaidoyer pour la prise en charge des indigents.(revue des textes, adaptation FS I)	MS/GTT	Q3 2016
Appuyer la consolidation des PUSS (organisation, renforcement capacités)	Coordination PASS	Q3 2016
Meilleur ciblage des formations en fonction des profils de base et des besoins réels des structures	DRH/MS/PASS/PAORC	Q3 2016
Elaborer un mécanisme pour le respect des termes des contrats du recrutement sur poste des agents de santé	DRH/MS	Q4 2016
Initier et documenter une expérience pilote de planification ascendante dans un département de couverture du PASS	Coordination PASS	Q4 2016
Appuyer un processus d'assurance de qualité pour la formation SONU	MS/DSME Coordination PASS	Q4 2016

Recommandations	Acteur	Date limite
Elaboration d'une Baseline des processus opérationnels du programme	Coordination PASS	

### 3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Le recrutement massif et continu des RH est certes une condition pour disposer des personnels qualifiés, mais il n'est pas suffisant pour garantir la disponibilité des RH qualifiés au poste. D'autres mécanismes doivent accompagner les efforts de recrutement à savoir, la répartition équitable, le respect des termes des contrats par toutes les parties, le respect de l'autonomie de gestion des RH par les utilisateurs des RH (DDS et EEZS).	MS/Maires/M Fonction Publique
Une approche inclusive dès le début du processus de concertation entre l'offre et la demande de soins influence l'engagement des élus locaux dans le domaine de la santé. En ce sens, le secteur devrait exploiter les espaces de redevabilité que prévoit la loi sur la décentralisation et travailler avec les élus dès l'élaboration des stratégies.	MS
L'accès à l'information et le renforcement des capacités des femmes influence positivement leur participation active à la prise de décision, mais ceci reste assujéti à l'accord du mari.	PASS Sourou
Nécessité d'anticiper sur les implications de certains effets positifs de la mise en œuvre du FBR :  - Augmentation de la fréquentation des services de santé. Certains effets négatifs en découlent à savoir l'allongement du temps d'attente en raison du fait que seuls les prestations offerts par du personnel qualifié sont payés et l'augmentation de la charge de travail dû à une forte fréquentation. Il en découle un besoin de recrutement d'agents qualifiés, sans lesquels la qualité des prestations peut se dégrader	DDS, MC/ZS
Faible participation des acteurs au processus d'évaluation à mi-parcours du PNDS pose le problème de l'appropriation des orientations stratégiques par les acteurs censés les concevoir et veiller à leur mise en œuvre	MS/PTF

## 4 Annexes

### 4.1 Critères de qualité

<b>1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
<b>1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.
<b>2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.

<b>2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

<b>3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
<b>3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.
<b>3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

<b>4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D'= A ; Maximum 2 'C', pas de 'D'= B ; Au moins 3 'C, pas de 'D'= C ; Au moins un 'D'= D</i>		
<b>4.1 Durabilité financière/économique ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.
<b>4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
<b>4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	Le projet a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.
<b>4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

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

NB. Le relevé des recommandations SMCL a été actualisé jusqu'en Q1/2016 en raison de l'évolution de la mise en œuvre entre novembre 2015 (préparation Q4 et mi-janvier 2016 (préparation Q1)

Décision						Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut
<b>Par rapport à la prise en charge des indigents</b>							
1	Accélérer le processus de relecture de l'arrêté portant mécanisme d'utilisation des FSI (afin de pouvoir prendre en charge les indigents activement identifiés dans les zones appuyés et de s'assurer de la bonne utilisation de ces fonds)	Mars 2015	SMCL	SGM	mars-16	L'organisation de la session du S-GTT/RAMU prévue pour réfléchir sur la question de la prise en charge des indigents prendra aussi en compte la relecture de la relecture de l'Arrêté sur le FSI. Les termes de référence' sont élaborés sur instruction du SGM en collaboration avec le DGA/ ANAM. la session est prévue du 16 au 19 février 2016 avec l'implication de toutes les parties prenantes (membres du S/GTT) et personnes ressources	En cours
	Organiser un sous GTT RAMU par rapport à la thématique des indigents et leur prise en charge correct en attendant l'existence du RAMU	Mars 2015	SMCL	membres SGTT + MFASSNHPTA, MDGLAAT, MEFPD, SGM / PASS	15-oct-15	Voir commentaires ci-dessus. Session S GTT RAMU du 16 au 19 février 2016	En cours
<b>Par rapport au FBR</b>							
	Assurer la présentation formelle des résultats de l'audit de l'IGM sur l'utilisation du fonds FBR au MS assortie d'un plan de mise en œuvre et délais d'exécution	Mars 2015	SMCL	IGM	nov-15	L'IGM a effectué en novembre 2015 avec l'appui du PASS/CTB la mission d'évaluation des recommandations issues de l'audit réalisé en 2014. Les rapports seront présentés au CODIR-Elargi du ministère	Exécutée

2	Mettre en place une structure servant d'ancrage institutionnel pour le pilotage à partir de 2015 de la MOE du FBR au Bénin avec la participation des différents bailleurs (BM, CTB, FM, Gavi, ...) et assurer la tenue de réunions semestrielles régulières (Création de la cellule FBR de la DPP)	Mars 2015	SMCL	SGMDPP+PAS S/CTB+PRPS S/BM+ autres PTF	fin juin 2016	La Revue annuelle conjointe de performance des 28 et 29 avril 2015La RAC a recommandé d'accélérer le processus d'harmonisation et de proposition d'un modèle FBR béninois. Les échanges entre le MS/SGM, la BM/PRPSS, la CTB/PASS et les autres PTF prennent en compte la question de l'ancrage institutionnel. Des missions conjointes appuyées par des experts mis à disposition par le PASS/CTB accompagnent le processus d'harmonisation, et de pérennisation (le processus est avancé ; la 3eme mission d'appui initialement prévue pour fin janvier 2016 pour valider les outils harmonisés)va se derouler a une date qui sera retenue de commun accord par lesdiff2rentes parties prenantes	En cours
<b>Par rapport au pilotage stratégique</b>							
3	Opérationnaliser le Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS) afin qu'il appuie la consolidation des expériences/acquis du programme santé et le fonctionnement des GTT	Mars 2015	SMCL	SGM+DCT+Pr GTT	juin-16	La dynamisation des GTT et du GTSS a fait l'objet des échanges à la revue annuelle conjointe de performance du secteur d'avril 2015 le GTSS et les GTT sont impliqués et responsabilisés dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du PNDS et de l'élaboration du PTD 2016-2018 L'évaluation à mi-parcours du PNDS et l'élaboration du PTD permettent de dynamiser le GTSS et les GTT et de les opérationnaliser. Une évaluation sommaire des GTT est prévue pour 2016	En cours
	S'assurer que les GTT sont utilisés par l'ensemble des acteurs du secteur et que les dispositions sont prises par le MS en vue de leur pérennisation	Mars 2015	SMCL	SGM+DCT+Pr GTT+DDS	juin-16	Voir commentaires ci-dessus et aussi : Les GTT sont entrés dans les habitudes des structures appuyées	En cours

						Des S/GTT mis en place sur initiative des Directions : S/GTT : réformes hospitalières ; S/GTT ad'hoc : santé communautaire ;	
	Renforcer le rôle de suivi du projet par le MS (pilotage stratégique, définition et utilisation « zones pilotes », engagement formel dans les processus de changement, supervisions conjointes, ...)	Mars 2015	SMCL	SGM DCTDDS +	juin-16	Des actions concrètes de suivi du PASS par le ministère sont programmées notamment pour accompagner le statut de zones pionnières des ZS/CTB des évidences de terrain (zones pilotes) sont présentées aux instances nationales de concertation	En cours
						Des supervisions conjointes des structures nationales et visites de terrain sont prévues	
<b>Par rapport au volet demande</b>							
	Mettre en œuvre les recommandations du forum national sur la santé communautaire	Mars 2015	SMCL	DNSP	juin-16	Les recommandations issues du forum sur la santé communautaire se mettent en œuvre dont l'élaboration de la politique de santé communautaire ; d'autres actions seront accompagnées en 2016	En cours
4	Prendre les dispositions pour la prise de l'arrêté régissant les organes de cogestion réglant entre autres la question de la tutelle administrative, la politique de renouvellement des organes de cogestion, ...	Mars 2015	SMCL	SGM+DNSP	oct-16	Le processus de relecture des textes est très avancé : Un atelier de relecture a regroupé la plupart des acteurs internes ou externes concernés, y compris les membres des COGECOS/COSA ; un comité restreint est mis en place pour la finalisation desdits textes	En cours
5	Définir clairement les responsabilités et engagements des différentes parties prenantes de l'intervention PASS Sourou au début de sa mise en œuvre	Mars 2015	SMCL	PASS / SGM	nov-16	Le manuel opérationnel du PASS est en cours de finalisation suite à l'analyse organisationnelle	En cours

						Il sera suivi de la description plus large des rôles des différentes parties prenantes notamment celles externes ; déjà la collaboration avec les partenaires limitrophes (PaLi) se base sur les principes directeurs retenus dans le DTF par les deux parties bénino-belge	
6	L'élaboration du plan d'action de mise en œuvre des thèmes transversaux par le PASS	Mars 2015	SMCL	PASS	mars-16	Les thèmes transversaux sont intégrés aux différentes actions prévues aux PTA/PASS au niveau de chaque résultat ; Une mission de backstopping sur la mise en œuvre du genre et autres thèmes dans le PASS est prévue pour mars 2016	En cours
7	Prendre les dispositions pour un briefing ciblé des membres de la SMCL sur des thématiques relatives à la mise en œuvre du PASS	09/2015	SMCL	SGM/PASS	30/06/2016	Cette activité sera insérée dans les actions de 2016	En préparation
8	Proposer des mesures en vue de la prévention et de la gestion des médicaments périmés dans les départements et zones de couverture	09/2015	SMCL	BE/PASS-AD	31/03/2016	Les médicaments périmés objet de la recommandation ont été détruits suivant les règles en vigueur en la matière	Exécutée
9	Procéder à la réduction du nombre d'indicateurs notamment celui du résultat 4	09/2015	SMCL	PASS+DIEM	31/12/2015	Les indicateurs sur la maintenance des infrastructures et équipements ont été revus à la baisse pour en garder les principaux	Exécutée
10	Poursuivre le processus dynamique de finalisation en affinant les valeurs de certains indicateurs (exactitude)	09/2015	SMCL	PASS	31/12/2015	L'exercice a été fait dans le cadre de la finalisation de la base line	Exécutée

Au total : 4/15 : exécutées ; 10/15 : en cours ; 1/15 : en démarrage

NB : la plupart des échéances ne sont pas encore arrivées (11/15) ; remarquer que les N°s 1, 2, 3 et 4 sont des regroupements de recommandations sous une même rubrique.

### 4.3 Cadre logique mis à jour

### 4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Oui
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	Février 2017
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Septembre 2019
Missions de backstopping depuis le 01/01/2015	Deux : EST Santé

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

### Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN1302511

Project Title : **Programm d'appui au secteur de santé**

Budget Version : **E01** Year to month : 31/12/2015

Currency : **EUR**

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Status	Fin Mode	Amount	2015				Total	Total Exp.	Balance	% Exec	
			2014	Q1	Q2	Q3					Q4
<b>A RÉSULTATS</b>		<b>9.668.911,00</b>	155.352,35	191.874,46	405.971,59	407.160,99	745.727,19	1.750.734,23	<b>1.906.086,57</b>	7.762.824,43	<b>20%</b>
<b>01 L'offre globale de soins de</b>		<b>4.810.000,00</b>	39.658,05	142.388,05	276.585,17	312.874,05	555.535,71	1.287.382,98	<b>1.327.041,02</b>	3.482.958,98	<b>28%</b>
01 Appuyer le développement	COGEST	2.410.000,00	0,00	78.607,20	210.575,41	201.843,03	364.486,30	855.511,93	<b>855.511,93</b>	1.554.488,07	35%
02 Appuyer la MEO de la	COGEST	480.000,00	13.169,00	6.825,14	9.631,73	28.344,92	83.062,55	127.864,34	<b>141.033,34</b>	338.966,66	29%
03 Appuyer les acteurs du	REGIE	1.605.000,00	20.948,72	55.432,07	47.846,34	50.015,18	91.344,27	244.637,86	<b>265.586,58</b>	1.339.413,42	17%
04 Appuyer la stratégie de	COGEST	100.000,00	5.540,33	1.523,63	1.182,13	3.617,95	1.199,05	7.522,76	<b>13.063,09</b>	86.936,91	13%
05 Consolider la stratégie	COGEST	100.000,00	0,00		7.349,57	29.052,97	10.673,41	47.075,95	<b>47.075,95</b>	52.924,05	47%
06 Appuyer la qualité des	COGEST	115.000,00	0,00				4.770,13	4.770,13	<b>4.770,13</b>	110.229,87	4%
<b>02 La disponibilité de</b>		<b>1.542.900,00</b>	109.295,11	16.880,90	94.485,97	37.987,08	116.712,03	266.045,97	<b>375.341,09</b>	1.167.558,91	<b>24%</b>
01 Renforcer la gouvernance	COGEST	367.900,00	30,49	1.152,51	8.718,79	11.794,59	18.955,68	40.621,57	<b>40.652,06</b>	327.247,94	11%
02 Améliorer la	COGEST	190.000,00	1.304,96	4.068,86	4.474,38	2.148,77	4.024,04	14.716,06	<b>16.021,02</b>	173.978,98	8%
03 Renforcer la production de	COGEST	0,00	0,00						<b>0,00</b>	0,00	7%
04 Renforcer la production de	REGIE	985.000,00	107.959,66	11.639,52	81.292,80	24.043,72	93.732,31	210.708,35	<b>318.668,01</b>	666.331,99	32%
<b>03 Une stratégie cohérente et</b>		<b>819.000,00</b>	-611,86	-842,95				-842,95	<b>-1.454,82</b>	820.454,82	<b>0%</b>
01 Appuyer le développement	COGEST	220.000,00	-611,86	-888,69				-888,69	<b>-1.500,55</b>	221.500,55	-1%
02 Soutenir la feuille de route	COGEST	472.000,00	0,00						<b>0,00</b>	472.000,00	0%
03 Appuyer le renforcement	REGIE	127.000,00	0,00	45,73				45,73	<b>45,73</b>	126.954,27	0%
<b>04 La fonctionnalité et</b>		<b>1.081.011,00</b>	0,00	2.217,22	11.101,97	21.612,93	18.915,87	53.847,99	<b>53.847,99</b>	1.027.163,01	<b>5%</b>
REGIE		13.018.089,00	402.762,48	645.663,86	581.998,84	542.169,04	695.618,07	2.465.449,80	<b>2.868.212,29</b>	?	<b>22,00</b>
COGEST		6.981.911,00	26.443,97	124.757,13	276.832,45	333.102,09	560.650,61	1.295.342,29	<b>1.321.786,25</b>	5.660.124,75	<b>19,00</b>
<b>TOTAL</b>		<b>20.000.000,00</b>	<b>429.206,45</b>	<b>770.420,99</b>	<b>858.831,29</b>	<b>875.271,13</b>	<b>1.256.268,67</b>	<b>3.760.792,09</b>	<b>4.189.998,54</b>	?	<b>21,00</b>



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN1302511 Printed on 18/01/2016

page: 1

## Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN1302511

Project Title : **Programm d'appui au secteur de santé**

Budget Version : **E01** Year to month : 31/12/2015

Currency : **EUR**

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Status	Fin Mode	Amount	2014	2015				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				Q1	Q2	Q3	Q4				
01 Capitaliser les expériences	COGEST	175.000,00	0,00			10.551,38	7.781,84	18.333,21	18.333,21	158.666,79	10%
02 Renforcer la politique de	COGEST	170.000,00	0,00	813,09	7.559,28	8.563,37	8.880,08	25.815,82	25.815,82	144.184,18	15%
03 Renforcer l'implémentation	COGEST	736.011,00	0,00	1.404,13	3.542,69	2.498,18	2.253,96	9.698,96	9.698,96	726.312,04	1%
<b>05 Les capacités de</b>		<b>1.416.000,00</b>	<b>7.011,05</b>	<b>31.251,25</b>	<b>23.798,49</b>	<b>34.686,93</b>	<b>54.563,57</b>	<b>144.300,25</b>	<b>151.311,29</b>	<b>1.264.688,71</b>	<b>11%</b>
01 Faciliter la mise en œuvre	COGEST	344.000,00	0,00	7.584,75		1.396,43	2.914,06	11.875,24	11.875,24	332.124,76	3%
02 Renforcer une approche de	COGEST	252.000,00	318,62	11.601,77	13.723,19	15.155,94	15.420,57	55.901,47	56.220,09	195.779,91	22%
03 Appuyer l'exploitation du	COGEST	315.000,00	5.890,46	5.730,56	4.682,33	12.292,72	1.894,47	24.600,08	30.290,54	284.709,46	10%
04 Renforcer la coordination	COGEST	343.000,00	1.001,97	6.284,09	5.362,96	5.841,85	31.513,40	49.032,29	50.034,26	292.965,74	15%
05 Renforcer le partenariat	COGEST	162.000,00	0,00	70,09			2.821,07	2.891,16	2.891,16	159.108,84	2%
<b>B FRAIS COMMUNS LIÉS</b>		<b>7.467.589,00</b>	<b>159.366,47</b>	<b>411.711,43</b>	<b>330.345,22</b>	<b>308.484,16</b>	<b>308.713,24</b>	<b>1.357.254,08</b>	<b>1.516.620,54</b>	<b>5.950.968,46</b>	<b>20%</b>
<b>01 Résultat</b>		<b>7.467.589,00</b>	<b>159.366,47</b>	<b>411.711,43</b>	<b>330.345,22</b>	<b>308.484,16</b>	<b>308.713,24</b>	<b>1.357.254,08</b>	<b>1.516.620,54</b>	<b>5.950.968,46</b>	<b>20%</b>
01 Appui scientifique	REGIE	500.000,00	0,00	9.040,47	47.331,39	40.942,85	5.672,69	102.987,40	102.987,40	397.012,60	21%
02 Investissements: Véhicules	REGIE	206.589,00	0,00	171.668,30	5.116,36			176.784,66	176.784,66	29.804,34	86%
03 Frais de fonctionnement	REGIE	50.000,00	0,00		729,93			729,93	729,93	49.270,07	1%
04 Conseillers Techniques	REGIE	5.568.000,00	102.887,95	183.699,13	237.104,84	222.602,38	239.502,78	882.909,13	985.797,08	4.582.202,92	18%
05 Conseillers Techniques	REGIE	720.000,00	33.267,31	34.707,70	27.320,14	31.939,62	43.276,62	137.244,09	170.511,40	549.488,60	24%
06 Conseillers Techniques	REGIE	132.000,00	15.356,30	10.632,33	12.742,56	12.999,31	16.731,80	53.106,00	68.462,30	63.537,70	52%
07 Contrat cadre	REGIE	60.000,00	0,00						0,00	60.000,00	0%
	REGIE	13.018.089,00	402.762,48	645.663,86	581.998,84	542.169,04	695.618,07	2.465.449,80	2.868.212,29	?	22,00
	COGEST	6.981.911,00	26.443,97	124.757,13	276.832,45	333.102,09	560.650,61	1.295.342,29	1.321.786,25	5.660.124,75	19,00
	<b>TOTAL</b>	<b>20.000.000,00</b>	<b>429.206,45</b>	<b>770.420,99</b>	<b>858.831,29</b>	<b>875.271,13</b>	<b>1.256.268,67</b>	<b>3.760.792,09</b>	<b>4.189.998,54</b>	<b>?</b>	<b>21,00</b>



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN1302511 Printed on 18/01/2016

page: 2

## Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN1302511

Project Title : **Programm d'appui au secteur de santé**  
 Budget Version : **E01**  
 Currency : **EUR**  
 YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosed closing**

Year to month : 31/12/2015

Status	Fin Mode	Amount	2014	2015				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				Q1	Q2	Q3	Q4				
08 Echange et capitalisation au	REGIE	231.000,00	7.854,91	1.963,50			1.529,36	3.492,86	11.347,77	219.652,23	5%
<b>X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX)</b>		80.000,00	0,00						0,00	80.000,00	0%
01 Réserve budgétaire		80.000,00	0,00						0,00	80.000,00	0%
01 Réserve budgétaire co-	COGEST	30.000,00	0,00						0,00	30.000,00	0%
02 Réserve budgétaire régie	REGIE	50.000,00	0,00						0,00	50.000,00	0%
<b>Z MOYENS GÉNÉRAUX</b>		2.783.500,00	114.487,63	166.835,10	122.514,48	159.625,98	203.828,24	652.803,80	767.291,43	2.016.208,57	28%
01 Frais de personnel		1.887.000,00	52.367,96	61.240,41	69.158,44	86.183,92	135.754,81	352.337,59	404.705,54	1.482.294,46	21%
01 RAFI	REGIE	870.000,00	0,00	14.165,37	13.843,15	19.730,09	60.270,26	108.008,87	108.008,87	761.991,13	12%
02 AG (sénior) des Unités	REGIE	408.000,00	2.544,71	15.651,81	18.483,88	19.505,63	20.629,53	74.270,85	76.815,56	331.184,44	19%
03 Equipe d'appui	REGIE	609.000,00	49.823,25	31.423,23	36.831,41	46.948,20	54.855,02	170.057,86	219.881,11	389.118,89	36%
02 Investissements		30.000,00	0,00	8.736,45	1.037,93	5.096,92	1.926,81	16.798,10	16.798,10	13.201,90	56%
01 Véhicules support CTB	REGIE	0,00	0,00			2.651,83		2.651,83	2.651,83	-2.651,83	??
02 Equipement bureau	REGIE	10.000,00	0,00	5.680,93	640,29	106,71	1.417,78	7.845,70	7.845,70	2.154,30	78%
03 Equipement IT	REGIE	20.000,00	0,00	3.055,52	397,64	2.338,37	41,40	5.832,93	5.832,93	14.167,07	29%
04 Aménagements du bureau	REGIE	0,00	0,00	0,00			467,64	467,64	467,64	-467,64	??
03 Frais de fonctionnement		544.500,00	47.728,59	59.445,40	43.388,81	45.713,76	51.242,05	199.790,02	247.518,62	296.981,38	45%
01 Frais de fonctionnement	REGIE	208.000,00	24.270,97	19.027,31	11.883,45	16.194,26	27.357,94	74.462,97	98.733,94	109.266,06	47%
02 Frais de fonctionnement	REGIE	149.500,00	14.318,21	26.926,20	12.867,70	19.097,13	8.166,28	67.057,31	81.375,52	68.124,48	54%
	REGIE	13.018.089,00	402.762,48	645.663,86	581.998,84	542.169,04	695.618,07	2.465.449,80	2.868.212,29	?	22,00
	COGEST	6.981.911,00	26.443,97	124.757,13	276.832,45	333.102,09	560.650,61	1.295.342,29	1.321.786,25	5.660.124,75	19,00
	<b>TOTAL</b>	<b>20.000.000,00</b>	<b>429.206,45</b>	<b>770.420,99</b>	<b>858.831,29</b>	<b>875.271,13</b>	<b>1.256.268,67</b>	<b>3.760.792,09</b>	<b>4.189.998,54</b>	<b>?</b>	<b>21,00</b>



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN1302511 Printed on 18/01/2016

page: 3

## Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN1302511

Project Title : **Programm d'appui au secteur de santé**

Budget Version : **E01** Year to month : 31/12/2015

Currency : **EUR**

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Status	Fin Mode	Amount	2015					Total	Total Exp.	Balance	% Exec
			2014	Q1	Q2	Q3	Q4				
03 Missions	REGIE	15.000,00	7.844,11	12.144,88	17.678,75	9.725,03	10.095,39	49.644,05	57.488,16	-42.488,16	383%
04 Frais de représentation	REGIE	24.000,00	0,00		0,08		4.421,46	4.421,54	4.421,54	19.578,46	18%
05 Formation (conseillers	REGIE	70.000,00	590,44						590,44	69.409,56	1%
06 Frais de consultance	REGIE	40.000,00	0,00						0,00	40.000,00	0%
07 Frais financiers (banque,	REGIE	3.000,00	404,24	251,85	319,40	270,49	171,18	1.012,92	1.417,16	1.582,84	47%
08 Autres frais de	REGIE	35.000,00	300,62	1.095,16	639,43	426,86	1.029,79	3.191,24	3.491,86	31.508,14	10%
<b>04 Audit et Suivi et Evaluation</b>		<b>322.000,00</b>	<b>14.391,08</b>	<b>37.412,84</b>	<b>8.929,30</b>	<b>22.831,38</b>	<b>14.904,58</b>	<b>83.878,09</b>	<b>98.269,17</b>	<b>223.730,83</b>	<b>31%</b>
01 Frais de suivi et évaluation	REGIE	160.000,00	11.465,69	37.412,84	6.059,09	19.768,96	14.124,92	77.365,81	88.831,50	71.168,50	56%
02 Audits	REGIE	72.000,00	0,00						0,00	72.000,00	0%
03 Backstopping sectoriel(2	REGIE	90.000,00	2.925,39		2.870,21	2.862,42	779,65	6.512,28	9.437,67	80.562,33	10%
<b>99 Conversion rate adjustment</b>											<b>0%</b>

REGIE	13.018.089,00	402.762,48	645.663,86	581.998,84	542.169,04	695.618,07	2.465.449,80	2.868.212,29	?	22,00
COGEST	6.981.911,00	26.443,97	124.757,13	276.832,45	333.102,09	560.650,61	1.295.342,29	1.321.786,25	5.660.124,75	19,00
<b>TOTAL</b>	<b>20.000.000,00</b>	<b>429.206,45</b>	<b>770.420,99</b>	<b>858.831,29</b>	<b>875.271,13</b>	<b>1.256.268,67</b>	<b>3.760.792,09</b>	<b>4.189.998,54</b>	<b>?</b>	<b>21,00</b>



## 4.6 Ressources en termes de communication

Dans le cadre du renforcement de la communication pour le développement plusieurs initiatives ont été prises par les acteurs de la demande.

- Production d'un fil vidéo sur l'expérience de prise en charge des femmes victimes de fistules vésico-vaginales dans le Mono/Couffo.
- Rédaction d'un document de capitalisation de la vérification communautaire.

Plusieurs actions sont également en cours. Ce sont entre autres, la rédaction d'un document sur l'expérience de fonctionnement des plates-formes des utilisateurs des services de santé (PUSS) et l'élaboration d'un plan de communication participatif devant permettre de renforcer cette dynamique à l'échelle de tout le programme.

## 4.7 Plan de travail Baseline

Comme indiqué supra, le plan de travail Baseline est intégré au planning opérationnel du programme. Le plan d'opérationnalisation des indicateurs 'agrégés' ajoutés suite à la mission de backstopping est présenté ci-dessous.

N°	Indicateurs agrégés	Baseline	Tâches	Responsabilités	Période	Commentaires
1	L'inventaire des dossiers de recherche-action (RA) réalisés conformes aux normes techniques pour la RA, remontés au niveau central, validés techniquement par un GTT et disséminés (sources de vérification (SV) : dossiers de recherche-actions, rapports des GTT, présentations conférences internationales).	0	*Formation sur RA en *Définir les normes de qualité.	Coordination PASS Participants formation	Q2 2016 Q2 2016	
2	Qualité adéquate des Groupes Techniques de Travail (au niveau central et/ou niveau déconcentré) en termes de représentativité, régularité, utilisation de l'input de bas en haut, préparation technique, conduite des réunions, outputs, suivi des outputs, autorité technique au sein du système, utilisation des outputs des GTT dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies sectorielles	ND	*Elaborer la grille d'évaluation  *Valider la grille  *Evaluer le fonctionnement des GTT	*PASS BEC (ATN & ATI Développement Institutionnel) *GTT AQ et RH *Q2 2016	Q1 2016 Q2 2016 Q2 2016	GTT Assurance Qualité et GTT Ressources humaines retenus comme traceurs pour cet indicateur
3	Le degré de <u>mise en œuvre</u> et de <u>la qualité</u> des mécanismes d'auto-analyse et auto-évaluation indiqués dans la politique nationale d'Assurance Qualité des soins et services au niveau des institutions de soins et ZS (Equipes d'Amélioration de la Qualité des HZ-EAQHZ)	ND				Aucun mécanisme encore en place. Pas vulnérable par le PASS seul.
4	Qualité adéquate des réunions des équipes de gestion et des interfaces de concertation multiacteur au sein du secteur (appuyées dans le cadre du PASS) en termes de représentativité, régularité, leadership, communication, préparation, conduite, outputs et suivi des outputs (SV: PV des réunions, invitation avec ordre de jour documents techniques préparatoires, documents techniques d'output)	ND	*Prendre en compte information dans la grille évaluation EEZS du FBR  *Elaboration et valider grille d'évaluation pour le Comité de Santé	*ATR Santé publique  *ATR Santé publique	Q1 2016 Q1 2016	EEZS et Comité de santé de la ZS retenus comme traceurs pour cet indicateur

N°	Indicateurs agrégés	Baseline	Tâches	Responsabilités	Période	Commentaires
5	Régularité et qualité des interactions/interfaces développées entre MS et les différentes catégories d'acteurs dans le secteur, entre MS et autres Ministères, entre services déconcentrés et collectivités locales/société civile (SV: PV des réunions, documents techniques)	ND	*Introduire fiche évaluation CDEEP  *Faire l'évaluation des réunions	*ATI BE AD et MC & DDS  *DDS AD et MC	Q2 2016	CDEPP retenu comme traceur pour cet indicateur
6	Régularité et qualité des supervisions formatives et intégrées par les décideurs du niveau central vers le niveau déconcentré et des décideurs du niveau DDS/CHD vers le niveau ZS/HZ (SV: ordres de mission, plans opérationnels, rapports de supervision, enquêtes de satisfactions des 'supervisées', PV réunions entre superviseurs)	ND	*Elaborer et faire valider une grille d'évaluation des supervisions  *Réaliser l'évaluation des supervisions	*ATR AD et MC  DDS AD et MC (appui ATR)	Q2 2016  Q2 2016	La supervision DDS vers EEZS est retenue pour apprécier cet indicateur
7	Le degré de satisfaction des utilisateurs des services et des professionnels de santé du service ou l'accompagnement reçu (SV: enquêtes de satisfaction, rapports)	ND	*Elaborer la grille d'évaluation de la satisfaction des professionnels de santé  *Evaluer la satisfaction des professionnels lors des évaluations FBR	ATN BEC & ATR SP MC et AD  ATR SP MC & AD	Q2 2016  Q2 2016	Cible: Hôpitaux de Zone (clients internes et externes)
8	L'inventaire des initiatives au niveau des ZS qui renforcent la ZS intégrée et/ou qui sont orientées vers l'utilisateur et l'autonomie des communautés locales (SV: rapports de toute nature).	ND	*Elaborer les fiches d'inventaire  *Faire l'inventaire des initiatives par Bureau d'Exécution	ATR SP (BEC)  Responsables BE	Q1 2016  Q2 2016	