



**CTB**



# RAPPORT DES RESULTATS 2012

PROJET D'APPUI AU  
RENFORCEMENT DES ZONES ET  
DEPARTEMENTS SANITAIRES DU  
MONO-COUFFO ET DE L'ATACORA-  
DONGA (PARZS)

**BEN 09 021 11**



Projet d'Appui au Renforcement des Zones  
et des Départements Sanitaires du  
Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga

<b>ACRONYMES</b> .....	<b>4</b>
<b>1 APERÇU DE L'INTERVENTION</b> .....	<b>6</b>
1.1 FICHE PROJET .....	6
1.2 PERFORMANCES DU PROJET .....	7
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE .....	7
1.3.1 Contribution belge : .....	7
1.3.2 Contribution béninoise : .....	8
1.4 RESUME .....	9
<b>2 ANALYSE DE L'INTERVENTION</b> .....	<b>10</b>
2.1 CONTEXTE .....	10
2.1.1 Contexte général .....	10
2.1.2 Contexte institutionnel .....	11
2.1.3 Modalités d'exécution .....	12
2.1.4 Contexte HARMO .....	12
2.2 OUTCOME .....	13
2.2.1 Analyse des progrès réalisés .....	14
2.2.2 Gestion des risques .....	16
2.2.3 Impact potentiel .....	21
2.2.4 Critères de qualité .....	21
2.3 OUTPUT 1 L'OFFRE DE SOINS DE SANTE DE QUALITE DANS LES ZS DE COME, KTL, ADD, BASSILA ET DCO A ETE RENFORCEE .....	24
2.3.1 Analyse des progrès réalisés .....	24
2.3.2 Exécution budgétaire .....	30
2.3.3 Critères de qualité .....	30
2.4 OUTPUT 2 ; LA GESTION ET LA GOUVERNANCE DES 5 ZS ET 2 DDS APPUYEES ONT ETE RENFORCEES .....	31
2.4.1 Analyse des progrès réalisés .....	31
2.4.2 Exécution budgétaire .....	35
2.4.3 Critères de qualité .....	35
2.5 OUTPUT 3 LA CONTRIBUTION DE LA POPULATION A LA STRUCTURATION DE LA DEMANDE DES SOINS DE SANTE DE QUALITE EST MIEUX ORGANISEE .....	36
2.5.1 Analyse des progrès réalisés .....	36
2.5.2 Exécution budgétaire .....	41
2.5.3 Critères de qualité .....	41
2.6 OUTPUT 4 : LES LIENS DE COLLABORATION SONT RENFORCES ENTRE TOUS LES ACTEURS CONCERNES PAR LA SANTE DANS LES ZS ET DDS SELECTIONNEES .....	42
2.6.1 Analyse des progrès réalisés .....	42
2.6.2 Exécution budgétaire .....	45
2.6.3 Critères de qualité .....	45
<b>3 THEMES TRANSVERSAUX</b> .....	<b>46</b>
3.1 GENRE .....	46
3.2 ENVIRONNEMENT .....	46
3.3 AUTRES .....	47
<b>4 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE</b> .....	<b>48</b>

4.1	PLAN D'ACTION .....	48
4.2	ENSEIGNEMENTS TIRES .....	49
<b>5</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>50</b>
5.1	CADRE LOGIQUE D'ORIGINE.....	50
	MARQUEURS DE PROGRES .....	55
5.2	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	62
5.3	APERÇU DES MORERESULTS .....	62
5.4	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....	62
5.5	RESSOURCES .....	62
5.6	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI.....	63
	ANNEXES .....	67

## Acronymes

ABMS	Association Béninoise pour le Marketing Social
AD	Atacora-Donga
ADD	Aplahoué-Djakotomey-Dogbo
AGC	Assemblée Générale Constitutive
AQ	Assurance qualité
AIMS	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
ATR	Assistant Technique Régional
C	Couffo
CAD	Conférence Administrative Départementale
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CMO	Convention de Mise en Œuvre
CODIR	Conseil de Direction
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
COGEHZ	Comité de Gestion de l'Hôpital de Zone
CONSAMAS	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé
COSA	Comité de Santé
CPN4	Consultation Pré-Natale Numéro Quatre
CRAMS	Chargé de Recherche et d'Appui à la Mobilisation Sociale
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge (Agence belge de développement)
D	Donga
DBM	Déchets biomédicaux
DDS	Direction Départementale de la Santé
DGB	Direction Générale du Budget
DGD	Direction Générale du Développement
DHZ	Directeur de l'Hôpital de Zone
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DCO	Djougou-Copargo-Ouaké
DPP	Direction de la Prospective et de la Planification
DTF	Document Technique et Financier
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
FS	Formations Sanitaires
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FSI	Fonds Sanitaire des Indigents
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
GdT	Groupe de Travail
GROPERE	Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement
GTT	Groupes Thématiques de Travail
HZ	Hôpital de Zone
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
KIT	Koninklijk Instituut voor de Tropen (Institut Royal des Tropiques d'Amsterdam)
KTL	Klouékanmé-Toviklin-Lalo
LASDEL	Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
M	Mono
MC	Mono-Couffo
MCZS	Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire

ME	Monitoring et Evaluation
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEO	Mise en Œuvre
MO	Maître d'Ouvrage
MP	Marché Public
MS	Ministère de la Santé
OBC	Organisations à Base Communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PAISSAN	Programme d'Appui Institutionnel au Secteur Santé
PAPDC	Projet d'Appui à la mise en œuvre des Plans de Développement Communaux
PARZS	Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires
PASS	Programme d'Appui au Secteur Santé
PASTAM	Programme d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle
PCA	Paquet Complet d'Activités
PEV	Programme élargi de vaccination
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PIHI	Paquet d'Intervention à Haut Impact
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRSS	Programme de Renforcement du Système de Santé
PSC	Plateforme Société Civile
PSI	Programme Santé International
PSL	Produits Sanguins Labiles
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PV	Procès-Verbal
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RC	Relais Communautaire
RCR	Référence et Contre-Référence
RH	Ressources Humaines
RR	Représentant Résident
SCRP	Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
SGM	Secrétariat Général du Ministère
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SYLOS	Système Local de Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies d'Aide aux Populations
UP	Université de Parakou
UVS	Unité Villageoise de Santé
ZS	Zone Sanitaire

# 1 Aperçu de l'intervention

## 1.1 Fiche projet

Nom du projet	Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires
Code du projet	BEN 09 021 11
Emplacement	Départements du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga
Budget	9 380 185 100 F CFA ou 14 300 000 EUR
Institution partenaire	Ministère de la Santé
Date de la Convention de mise en œuvre	16-09-2010
Durée (mois)	48 mois
Groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les populations des zones sanitaires de Comé, ADD, KTL, DOC et Bassila avec une attention particulière aux groupes vulnérables : les femmes, les enfants de 0 à 5 ans, les personnes âgées et les indigents.</li> <li>- Les 5 EEZS et les 2 directions départementales de la santé concernées ainsi que les organes de cogestion</li> <li>- Les services de santé dans les 5 zones sanitaires et les 2 centres hospitaliers départementaux de santé de Lokossa et de Natitingou</li> <li>- Les prestataires privés de ces zones sanitaires</li> <li>- Les ONG, les mutuelles de santé et autres organisations de la société civile œuvrant dans ces zones</li> <li>- Les Mairies et les autres services des communes de ces zones</li> </ul>
Impact <sup>1</sup>	L'état de santé de la population est amélioré dans les zones d'intervention du projet
Outcome	L'accessibilité des populations des zones sélectionnées, en particulier des groupes les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité est améliorée
Outputs	1. L'offre des soins de santé de qualité dans les zones sanitaires de Comé, KTL, ADD, Bassila et DOC a été renforcée
	2. La gestion et la gouvernance des 5 zones sanitaires et 2 directions départementales de la santé appuyées ont été renforcées
	3. La contribution de la population à la structuration de la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée
	4. Les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les zones sanitaires et direction départementale de la santé sélectionnées

<sup>1</sup> L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

## 1.2 Performances du projet

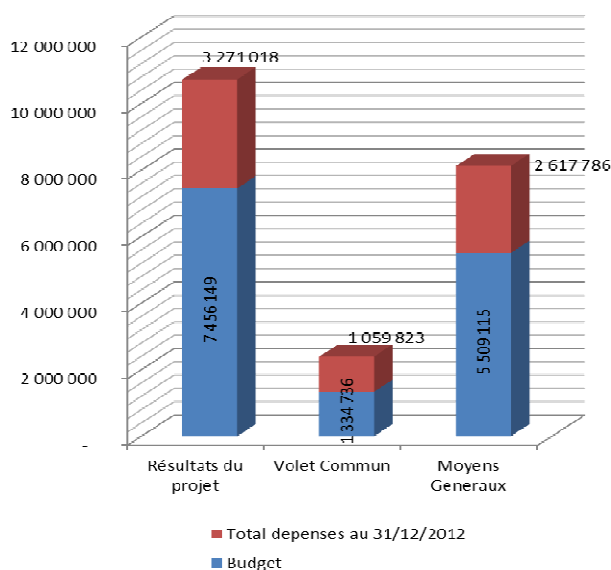
	Effizienz	Efficacité	Durabilité
<b>Outcome</b>	A	C	C
<b>Output 1</b>	C	C	C
<b>Output 2</b>	C	C	C
<b>Output 3</b>	B	B	B
<b>Output 4</b>	C	C	C

## 1.3 Exécution budgétaire

### 1.3.1 Contribution belge :

RAPPORT FINANCIER PAR RESULTAT AU 31/12/2012 Cur. €		Budget	Total Dépenses au 31/12/2011	Exécution 2012	Total dépenses au 31/12/2012	% Exec au 31/12/2012
N°	RÉSULTATS ATTENDUS ET DOMAINES ACTIVITÉS	7 456 149	459 315	2 811 703	3 271 018	44%
R 1	<i>L'offre de soins de santé de qualité dans les zones sanitaires de Comé, KTL, ADD, Bassila et DOC a été renforcée</i>	3 355 267	259 048	2 053 926	2 312 975	69%
R 2	La gestion et la Gouvernance des 5 zones et des 2 DDS ont été renforcées	2 013 160	148 904	410 570	559 474	28%
R 3	La contribution de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée	1 192 984	38 867	325 443	364 309	31%
R 4	Les liens de collaboration des EEZS ont été renforcés	894 738	12 496	21 764	34 260	4%
D	<b>Volet Commun</b>	<b>1 334 736</b>	<b>833 112</b>	<b>226 711</b>	<b>1 059 823</b>	<b>79%</b>
Z	<b>Moyens Généraux</b>	<b>5 509 115</b>	<b>1 263 652</b>	<b>1 354 134</b>	<b>2 617 786</b>	<b>48%</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>14 300 000</b>	<b>2 556 079</b>	<b>4 392 549</b>	<b>6 948 627</b>	<b>49%</b>

Conformément au cadre logique du projet, l'exécution budgétaire est transposée dans un tableau qui présente le niveau d'exécution financière par résultat de l'intervention.



Le budget des résultats se compose du budget des accords de performance ZS, des accords d'exécution pour la demande de soins, les constructions et réhabilitations et les équipements médicaux. Ce budget est 7 456 149 € soit 52% du budget total. Le budget volet commun se compose des autres acquisitions n'intervenant pas directement dans l'atteinte des résultats. Ce budget est 1 334 736 € soit 9% du budget total. Les moyens généraux se composent du salaire du personnel, de la maintenance des véhicules et du fonctionnement des équipes. Ce budget est de 5 509 115 € soit 39% du budget total.

Au 31/12/2012 le taux d'exécution financière atteint 49%.

### 1.3.1 Contribution du Bénin :

RUBRIQUES	BUDGET TOTAL €	BUDGET TOTAL (CFA)	Exéc. Au 31/12/2011 (CFA)	Exécution 2012 (CFA)	TOTAL EXECUTION AU 31/12/2012 (CFA)	SOLDE (CFA)	% Exec.
<b>Total de la contribution Béninoise</b>	<b>1 777 890</b>	<b>1 229 191 092</b>	<b>106 966 500</b>	<b>66 022 631</b>	<b>161 173 763</b>	<b>1 068 017 329</b>	<b>13%</b>
Mise à disposition de locaux AT (2000€ x 48mois)	96 000	94 457 808	17 712 000	23 614 452	35 418 768	59 039 040	37%
Mise à disposition de locaux au niveau des 2 DDS (1000€ x48 x 2)	96 000	62 971 872	11 808 000	15 742 968	27 550 968	35 420 904	44%
Mise à disposition de locaux pour le pool d'ATs (1000€ x48)	PM	31 485 936	5 904 000	7 871 484	7 867 800	23 618 136	25%
Personnel médical complémentaire pour accroître la performance et le fonctionnement des zones sanitaires	288 000	188 915 616				188 915 616	0%
Exonération de taxe de 18% pour les biens et équipements (véhicules et autres) du projet.	849 437	557 193 976	83 350 500	34 536 695	117 887 195	439 306 781	21%
Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL)	162 533	106 614 659				106 614 659	0%
Prise en charge médicale des indigents	381 920	250 523 097				250 523 097	0%
ZS Mono-Couffo	166 960	109 518 581				109 518 581	0%
ZS Atacora-Donga	166 960	109 518 581				109 518 581	0%

**\*\* Le budget du MS dans son volet programme national de gestion et de réhabilitation des ZS prendra en charge les besoins d'infrastructures et d'équipements dans le cadre du projet.**



La contribution nationale au projet prévoit des ressources financières pour appuyer la participation des cadres nationaux aux diverses missions de supervision et de suivi de la mise en œuvre de l'intervention. Pour l'exercice 2013 il est annoncé des crédits pour un montant de 50 millions.

## 1.4 Résumé

1. Renforcement de tous les acteurs clés et consolidation des mutuelles de santé dans les ZS en vue de la mise en place du RAMU (adhésion des populations, synergie PTF et offre/demande)
2. L'ensemble des activités menées dans le cadre de l'output 3 contribuent à instaurer ou renforcer un dialogue entre l'offre et la demande de soins (objectif transversal essentiel)
3. Les DDS jouent pleinement leur rôle statutaire dans la pyramide sanitaire
4. Intégration du FBR dans le PARZS comme mode de gestion dans les ZS
5. Renforcement du fonctionnement, et développement des dynamiques des ZS à des vitesses variables avec Intervisio dans les échanges de bonnes pratiques

Fonctionnaires exécution nationale <sup>2</sup>	Fonctionnaires exécution CTB
Dr NAMBONI K. Jacob	Dr EKAMBI NDEMA Armand
Dr DODOO Virgile	Dr KASHALA ILUNGA Jean-Pierre

---

<sup>2</sup> Nom et signature

## 2 Analyse de l'intervention<sup>3</sup>

### 2.1 Contexte

#### 2.1.1 Contexte général

Influences positives	Influences Négatives
Stabilité budgétaire dans la zone d'intervention du projet avec un taux de décaissement passé à 96% en 2012 contre 57% en 2011 dans le Mono-Couffo. Cette tendance n'est pas observée dans l'Atacora Donga	Le budget du MS connaît une légère diminution par rapport à 2011 (69.153.048.000 en 2011 contre 66.734.903.000 en 2012). En 2012, il est de 9,6% contre 10,03% du budget de l'Etat, ce qui fait un écart de 6,4% de la moyenne OMS régionale (15%).
Validation du plan de suivi évaluation du PNDS et le choix des indicateurs de suivi a inspiré l'élaboration du plan de suivi évaluation du projet	Bon nombre d'indicateurs OMD relatifs à la santé maternelle et infantile, au paludisme, le taux de mortalité maternelle demeurent élevés (Revue Conjointe de la SCRP en juin 2012) : les performances demeurent encore faibles
Poursuite de la prise des mesures de gratuité des soins (césarienne, prise en charge du palu au niveau des femmes enceintes et enfants de moins de 5ans) .Le PARZS a contribué aux activités de mise en œuvre : sensibilisation des populations, formation des prestataires, appui à la supervision des DDS et l'accompagnement des ZS dans l'application des mesures et la préparation des dossiers de remboursement	Les différentes mesures facilitant l'accès aux soins connaissent des retards de paiement des Formations Sanitaires (FS) : ces dernières ont tendance à refuser l'application de ces mesures entraînant une diminution de l'accessibilité aux soins et fragilisant les effets de l'accompagnement à la mise en œuvre des mesures
Généralisation des Paquets d'Intervention à Haut Impact (PIHI) : le projet a contribué à l'évaluation du programme, la généralisation qui constitue une porte d'entrée pour l'Assurance Qualité et est un indicateur du FBR	PTA des ZS surchargés et difficiles à réaliser : faible taux d'exécution physique du fait de la dilution par le nombre élevé d'activités programmées
Requête du MS pour changement du mode de financement des activités : démarrage du FBR par la CTB dans les ZS du PARZS en Q4 2012	Manque de concertation avec les PTF pour la prise en charge des indigents : réduction de l'efficacité et de l'efficience des mécanismes de prise en charge des indigents
Lancement du RAMU avec ZS de Bassila et Comé retenues comme zones pilotes. Le modèle d'identification des indigents élaboré par le PARZS a été validé par l'ANAM.	Réduction de la disponibilité des EEZS pour les activités programmées du fait de l'épidémie de choléra et des campagnes de vaccination
Démarrage du PRSS avec la Banque Mondiale (FBR comme stratégie opérationnelle) : le projet a intégré certains aspects de l'approche méthodologique pour la mise en œuvre du processus	Fin du PAPDC/CTB, qui était une bonne porte d'entrée pour l'implication des Maires, avec pour conséquence une moindre disponibilité pour les activités PARZS
Appui technique du siège dans le cadre du FBR : élaboration de document d'orientation et des accords de performance	Interférence de plusieurs activités initiées à partir du ministère central sans coordination adéquate avec la périphérie
Atelier d'analyse des états des lieux dans le	

<sup>3</sup> Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

Influences positives	Influences Négatives
cadre de la programmation du nouveau PIC : contribution du PARZS au futur programme	
Modification budgétaire du PARZS : renforcement de l'appui au niveau DDS et au niveau de la demande	
Démarrage des travaux de construction et réhabilitation des infrastructures : disponibilité et utilisation des infrastructures avant la fin du projet et amélioration de la visibilité du projet auprès des communautés	

## 2.1.2 Contexte institutionnel

Effets positifs	Effets négatifs
Passage d'une approche projets (Appui Institutionnel au Ministère de la Santé et Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires) à une approche programme d'Appui au Secteur Santé (PASS)	Le DTF ne définit pas de façon claire les partenaires de la Facilité, ce qui complique la signature des accords d'exécution.
Double ancrage renforcé entre AIMS et PARZS	L'éloignement des deux sous-territoires du projet complique la communication entre les deux volets
Ancrage du projet dans les structures du Ministère de la Santé (MS) renforcé et collaboration accrue entre les services déconcentrés du MS et le PARZS	Difficulté dans la stratégie de facilitation ou le projet doit souvent se mettre en première ligne pour exécuter les activités
Mise en place des processus Financement Basé sur les Résultats (FBR) et Assurance Qualité (AQ)	La lourdeur des procédures administratives dans le cadre de la cogestion
L'appui technique en chirurgie est fortement apprécié	Difficulté à mobiliser les fonds de la contrepartie béninoise et à mettre en adéquation les Ressources Humaines (RH) requises
Collaboration avec les élus locaux et les services déconcentrés de l'Etat	Lenteur dans l'appropriation des objectifs et des résultats par les partenaires.
Appel du Secrétaire Général du Ministère (SGM) au PARZS à présenter ses initiatives au MS	Faible coordination de la programmation entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier entre le MS et les Equipes d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS) et des Directions Départementales de la Santé (DDS)
Disponibilité des ressources financières pour l'exécution des activités	Faiblesse de l'esprit d'équipe au niveau des EEZS et DDS

Evolutions clés :

- Instances du suivi de l'avancement du projet plus fonctionnelles ;
- Elaboration des PTA 2013 plus réalistes et plus cohérents avec les stratégies du MS ; amélioration de leur exécution ;
- Amélioration de la cohésion au sein des équipes des ZS et DDS.

### 2.1.3 Modalités d'exécution

- Le cadre de référence classique « cogestion et régie » pour la mise en œuvre des projets de la CTB est respecté au niveau du PARZS. Les responsabilités sont exercées conjointement par le DDS et l'ATI. La tutelle du projet est assurée par le MS, qui participe à la SMCL. Cela permet un accompagnement de la planification intégrée des ZS, évitant les systèmes de gestion parallèles, et permettant la responsabilisation de la partie nationale et la pérennisation et la durabilité des acquis de projet. Cependant, le projet doit dans son rôle d'accompagnement, s'adapter au rythme et procédures du partenaire, ce qui allonge souvent les délais de décision et d'exécution (cas des MP).
- En ce qui concerne le volet demande (les facilités), la régie adoptée par le projet PARZS se montre très appropriée en vue de rester autonome par rapport au système de santé, à travers des unités autonomes d'appui. L'offre et la demande de soins peut dès lors agir en tant que partenaires et évite de biaiser les relations.
- Organisation, par la CTB, des rencontres de recyclage des responsables et des coresponsables sur les modalités de gestion du projet dans le but d'améliorer la compréhension des procédures et réduire l'émergence des conflits dans les modalités d'exécution.
- La participation effective des responsables du PARZS (DDS) et de leurs équipes aux instances stratégiques du PARZS avec l'effet d'améliorer leur compréhension et leur implication dans l'exécution des activités.
- Contrairement à 2011, le projet a connu une disponibilité régulière des ressources financières.

### 2.1.4 Contexte HARMO

- Appropriation par la DDS (création de centres de formation SONU). Reprise du service de soins infirmier et obstétrical.
- Variabilité dans la mise en œuvre des activités des ZS liée au leadership du chef.
- Renforcement de la collaboration avec les autres ONG et PTF sous la coordination de la DDS et répartition des responsabilités selon les domaines d'intervention identifiés par la DDS et les ZS.
- Efforts d'harmonisation des activités des relais communautaires selon le modèle UNICEF.
- Intervention conjointe avec PSI sur les activités liées au planning familial.
- Formation des acteurs du PARZS et des DDS sur la réparation des fistules vésico-vaginale sur base d'une initiative UNFPA.
- Renforcement des activités de supervision et monitoring au sein des ZS avec les nouveaux outils élaborés par les GTT.
- Amélioration du fonctionnement des mutuelles de santé (état des lieux, identification des goulots d'étranglement, mise en œuvre des solutions avec la collaboration des ONG locales dans la Donga).
- Harmonisation de l'approche de réseautage de tous les relais communautaires, implication de ces derniers dans l'enregistrement des événements critiques (enregistrements des naissances /décès en particuliers les décès maternels et des nourrissons).
- Amélioration de la responsabilité mutuelle sur l'atteinte des résultats du projet entre le projet et les bénéficiaires.
- Les zones d'intervention pour la mise en place des mutuelles de santé et la prise en charge des indigents ont été réparties de façon consensuelle entre les PTF présents dans la zone (toutes les communes des ZS sont maintenant couvertes).

## 2.2 Outcome

Remarques préliminaires (pour l'Outcome et les différents outputs)

Pour 2011, la colonne Baseline est issue du plan de suivi évaluation dont l'origine est l'annuaire du DPP du MS, la seconde colonne, les données sont issues de l'annuaire statistiques des ZS et des DDS qui ont été élaborés après l'annuaire de la DPP (meilleure complétude).

## 2.2.1 Analyse des progrès réalisés

<b>Outcome:</b> L'accessibilité des populations des zones sélectionnées, en particulier des groupes les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité est améliorée						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> <sup>4</sup> (2011- PSE)	Progrès année 2011 (annuaires statistiques) <sup>5</sup>	Progrès année 2012 <sup>6</sup>	Cible année 2012 <sup>7</sup>	Cible finale 2014 <sup>8</sup>	Commentaires
Taux d'utilisation des soins de santé	MC : ND	MC : 24,9%	MC : 32,6	MC :	MC : 100%	Le taux d'utilisation n'est pas régulièrement calculé par les équipes (valeur du Baseline) La direction du PRZS a pris l'option de renseigner le taux de fréquentation (régulièrement inscrit dans les annuaires statistiques)
	AD : 104%	AD : 36%	AD : 45%	AD : 65%	AD : 76%	
Proportion d'enfants de moins de 12 mois complètement vaccinés	MC : 39,5%	MC : 63%	MC : 96,5	MC : 80%	MC : 95%	AD: les 2 ZS ont des valeurs supérieures à la cible 2012; amélioration par rapport à 2011.
	AD : 63%	AD : 34,7%	AD : Bassila DCO	AD : 80%	AD : 95%	
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'Outcome :</b> Analyse de la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome :						
<i>Lien entre les outputs et l'Outcome : (Comment) les outputs contribuent-ils</i>	-	<p><b>R1 : L'offre de soins de santé de qualité dans les ZS de Comé, KTL, ADD, Bassila et DCO a été renforcée</b></p> <p>Le projet a mis en œuvre diverses stratégies en relation au renforcement des compétences du personnel local par des formations, par des stages pratiques en chirurgie, des supervisions et du suivi post-formation ; à l'amélioration du système de référence et contre référence à travers une communication 24h/24 entre tous les services du SYLOS impliqués dans la Référence et Contre Référence (RCR) ; la mise en place du processus d'assurance qualité avec porte d'entrée le paquet d'intervention à haut impact (PIHI) ainsi que la mise en œuvre des plans de gestion de déchets biomédicaux à travers les incinérateurs, les fosses d'enfouissement...etc. Nous notons la satisfaction en disponibilité des produits sanguins labiles (PSL) à plus de 90% dans tous les hôpitaux. La couverture physique a connu une extension dans les 5 ZS entre 2010 et 2012: Bassila de 65% à 86,2%, Djougou de 84,4% à 91,1%, Comé de 96% à 100%, KTL de 92,30%</p>				

<sup>4</sup> La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

<sup>5</sup> La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N-1.

<sup>6</sup> La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N.Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

<sup>7</sup> La valeur cible à la fin de l'année N.

<sup>8</sup> La valeur cible à la fin de l'intervention.

<p><i>(toujours) à l'atteinte de l'outcome ?</i></p>	<p>à 96,15%, ADD de 83 ,3% à 87,5%. Ces acquis ont contribué à l'accessibilité des populations aux soins de qualité. Ce résultat aurait pu être meilleur si les inputs prévus étaient arrivés à temps (infrastructures, matériel informatique et de reprographie, équipement biomédicaux)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>R2 : la gestion et la gouvernance des 5 ZS et des 2 DDS appuyées ont été renforcées</u> Des efforts ont été déployés pour améliorer le fonctionnement interne des DDS et renforcer les stratégies d'accompagnement des zones sanitaires. Le leadership exercé par les DDS a contribué entre autres à l'amélioration de la planification des activités, la coordination et la communication entre les ZS et les DDS (facilité par la mise en place de la flotte téléphonique et l'internet). Le projet a redynamisé les équipes de recherche au niveau de la DDS et des ZS et a mis en place des mécanismes de documentation systématique qui faciliteront la capitalisation des acquis du PARZS. Les DDS jouent pleinement leur rôle dans la pyramide sanitaire et dans la dynamique de développement des ZS. Tout cet ensemble concoure au renforcement de la gouvernance et de la gestion du système de santé local.</li> <li>- <u>R3 : la contribution de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée</u> Les activités menées au niveau communautaire permettent d'améliorer sensiblement l'accessibilité aux soins de santé. La structuration de la demande depuis la base au travers du renforcement des structures existantes permet de relayer auprès de l'offre les attentes des populations en matière de qualité des soins et de préparer une bonne implication de la société civile dans le FBR. La mise en œuvre d'une stratégie genre prépare une plus grande intégration des préoccupations des femmes, notamment à travers les groupements de femmes, dans l'offre de soins. L'appui au système mutualiste améliore de façon significative l'accessibilité, des indigents et des travailleurs du secteur informel aux soins tout en contribuant fortement à la structuration de la demande, le dialogue entre celle-ci et l'offre. Ceci contribue à l'implantation du Régime d'Assurance Maladie Universel. Les organes de cogestion maîtrisent mieux leur rôle et fonctionnement, ce qui les permet de participer de manière plus proactive et efficace dans les activités de promotion de la santé</li> <li>- <u>R4 : les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DD sélectionnées</u> Il existe des cadres de concertation communales entre les élus locaux, les organes de cogestion (réflexions et identification de solutions pour la promotion de la santé des populations). La tenue régulière des sessions de la table ronde des partenaires au développement avec suivi des recommandations. Bonne implication des PTF dans la préparation et l'exécution des revues de performances des Zones et des DDS. Renforcement des ressources humaines dans les formations sanitaires avec des fonds propres et des élus locaux. Echanges avec les institutions de recherche (IRSP et KIT) dans le cadre de l'appui scientifique au PASS.</li> </ul>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lenteur des procédures dans les marchés publics (infrastructures, fourniture, services).</li> <li>- Le processus de changement de comportement est laborieux et de longue haleine.</li> <li>- L'adhésion des bénéficiaires à la responsabilité mutuelle portant sur l'outcome et l'output est encore faible.</li> <li>- Le leadership est encore l'effet d'individu et non généralisé aux équipes.</li> <li>- La synergie entre les PTF est encore au niveau stratégique et non réellement opérationnel.</li> </ul>
<p><i>Résultats inattendus :</i></p>	<p>Sur les 5 ZS, 2 ZS (DCO et KTL) sont les mieux classées dans le pays, ce que nous n'attendions pas à ce stade-ci. Le renforcement de la participation communautaire : les organes de cogestion maîtrisent mieux leurs rôles et leurs fonctionnements et s'impliquent davantage dans les activités de promotion de la santé au sein des communautés (identification des problèmes de santé et des mesures correctrices, mobilisation des ressources, implication dans le suivi des chantiers /infrastructures).</p>

## 2.2.2 Gestion des risques

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Descript. du risque	Période d'identi.	Catégorie de risque	Proba.	Impact potentiel	Total <sup>9</sup>	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Faiblesse dans l'élaboration et le suivi des PTA au niveau des zones sanitaires	Q2	Dév.	Moyen	Moyen	B	Mise en place du système de bilan (évaluation) trimestriel et actualisation des PTA	DDS	Continu	Satisfaisant	Actuel
						Définition du quota d'activités mensuelles	DDS	Continu	Satisfaisant	
						Délégation des activités au sein des EEZS	MCZS	Continu	Satisfaisant	
						Suivi à travers le CODIR mensuel	DDS	Continu	Satisfaisant	
Retard dans la mise en œuvre du FBR	Q2	Dév.	Moyen	Moyen	B	Elaboration du document d'orientation du FBR (EEZS, HZ, CS) + vulgarisation aux parties prenantes	Direction du projet	Sept. 2012	Satisfaisant	Actuel
						Elaboration et signature des AP des EEZS en Q4	Direction du projet	Nov. 2012	Satisfaisant	
						Elaboration des AP des CS et HZ pour signature en Q1 2013	Direction du projet	Jan. 2013	En cours	
Faiblesse dans l'organisation des activités et la délégation des tâches au sein des EEZS	Q2	Dév.	Moyen	Moyen	B	Réflexion au niveau de la DDS	DDS	Continu	Amélioration des planifications trimestrielles	Actuel
						Autoévaluation semestrielle de chaque EEZS				
						Rencontre entre la DDS et les EEZS				
						Appui de proximité des points focaux auprès des EEZS				
Déficit important de la synergie opérationnelle entre	Q2	Dév.	Moyen	Moyen	B	Recherche de solution lors des sessions trimestrielles du groupe technique santé de la table ronde des partenaires au	DDS	Continu	Consensus sur l'harmonisation des activités des RC dans	Actuel

<sup>10</sup> A = Très bonne performance, B = Bonne performance, C = Faible performance, D = Problématique



Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Descript. du risque	Période d'identi.	Catégorie de risque	Proba.	Impact potentiel	Total <sup>9</sup>	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avance ment	Statut
les PTF au niveau des ZS (agendas non consensuels)						développement au niveau de l'AD			tout l'AD	
						Participation de tous les PTF à la session de validation du PTA unique			Les contraintes des procédures propres à chaque PTF entraîne des perturbations dans la mobilisation, décaissements d'où le retard dans l'exécution des activités (danger pour le PARZS de se substituer aux PTF défaillants)	
Tendance des chefs de service à privilégier des activités hors PTA au détriment des activités prioritaires de la DDS (instances de coordination)	Q2	Dév.	Moyen	Moyen	B	Rappel à l'ordre par les DDS et exercice de leadership	DDS	Continu	Réduction des activités hors PTA	Actuel
									Régularité des chefs services dans les rencontres du Département	
Peu de délégation des tâches comme moyen de fonctionnement au sein des DDS (dans les services et entre les services) Nuisance à l'instauration d'un esprit d'équipe	Q2	Dév.	Moyen	Moyen	B	Constats des états des lieux et proposition des mesures correctrices	DDS	Continu	Amélioration dans la délégation des tâches	Actuel
									Meilleure organisation de la participation aux rencontres/séminaires/activités de proximité	

Identification du risque		Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque		
Descript. du risque	Période d'identi.	Catégorie de risque	Proba.	Impact potentiel	Total <sup>9</sup>	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Délocalisation des sites comme approche majeure d'exécution des activités	Q2	Dév.	Moyen	Elevé	C	Conscientisation des partenaires sur les méfaits par rapport aux valeurs de la CTB, la consommation du budget et le risque de certaines activités sans ressources	DDS	Continu	Les services sont sensibilisés Réduction avec la mise en place du FBR	Actuel
Déficit en personnel qualifié ne trouve pas toujours de solution		Dév.	Elevé	Elevé	D	Fonds propres des formations sanitaires Elus locaux Plaidoyers permanents des DDS auprès du MS	DDS	Continu	Le recrutement par la Fonction Publique est toujours attendu	Actuel
Le retard dans l'exécution de Marchés Publics (MP) de certaines infrastructures (à l'image des CS Tohou, Singre et Anandana), de services (ONG et appui aux mutuelles) et fournitures (équipements biomédicaux)	Q3	Dév.	Moyen	Faible	A	Suivi de proximité par la Représentation, le Projet, et AIMS Identification des points focaux dans les ministères concernés Recrutement des ingénieurs Bureaux de contrôles afin d'améliorer le suivi, de minimiser les risques dans l'exécution des ouvrages  Mise en place des outils de suivi mensuel	DDS	Continu	<u>Infrastructures</u> : MC : 5/25 avec risque moyen et 1/25 avec risque important. 17 réceptions provisoires déjà effectuées AD : 3/12 avec risque moyen (2) à élevé (1). 5 réceptions provisoires déjà effectuées.	Actuel

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Descript. du risque	Période d'identi.	Catégorie de risque	Proba.	Impact potentiel	Total <sup>9</sup>	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Les Maires ne s'impliquent pas suffisamment dans les activités du PARZS	Q3 et Q4	Dév.	Moyen	Moyen	B	Impliquer les préfets	O/D	Q3 et Q4	Action non amorcée	
						Sensibiliser les Maires et les autres acteurs				
Les indemnités proposées aux acteurs communautaires créent des tensions et démobilisent ces derniers	Q3 et Q4	Dév.	Elevé	Moyen	C	Instaurer un système forfaitaire minimaliste équitable VS application des règles destinées à des agents sanitaires	RR	Fin Q2	Le problème a été signalé à l'atelier sur les procédures	
<b>Risques inscrits dans le DTF</b>										
Insuffisance de volonté des acteurs de rationaliser les soins	2010	Dév.	Moyen	Moyen	B	Elaboration des PEH avec l'appui d'AIMS (2 CHD, 4 HZ)	DDS	Continue	Atelier sur le rôle de l'HZ de Bassila en mars 2013	5
						Etude de rationalisation de l'HZ de Bassila				
Certaines conditions préalables qui ont trait à une bonne gestion des RH ne sont pas respectées	2010	Dév.	Moyen	Elevé	C	Fonds propres des formations sanitaires Elus locaux	DDS	Continu	Le recrutement par la Fonction Publique est toujours attendu	Actuel
						Plaidoyers permanents des DDS auprès du MS				
Retard dans la mise en œuvre de la planification ascendante par le MS	2011	Dév.	Elevé	Moyen	C	Opportunité du FBR	DDS	Continu	Actions en cours	Actuel
						Formation MBB en Q1				

Identification du risque		Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque		
Descript. du risque	Période d'identi. de risque	Catégorie de risque	Proba.	Impact potentiel	Total <sup>9</sup>	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avance ment	Statut
La gestion des ressources humaines non-maîtrisée par les responsables en périphérie	2010	Dév.	Elevé	Elevé	D	RAS: peu vulnérable au niveau du projet	MS	Continu		Actuel

## 2.2.3 Impact potentiel

L'impact ne peut être apprécié sans une étude d'impact. Mais on estime que l'état d'avancement du projet permet de dire qu'il contribuera à l'atteinte de l'impact.

## 2.2.4 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 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 checked="" 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.
	<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 checked="" 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.

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

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère 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

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

<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 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 checked="" 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.

#### 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) ?

<input 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 checked="" 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.

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

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère 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

#### 3.1 Durabilité financière/économique ?

<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 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 checked="" 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.
	<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 checked="" 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 type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
	<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 checked="" 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 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 checked="" 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.

Critères	Note <sup>10</sup>
Pertinence	A
Efficacité	C
Durabilité	C
Efficiences	C

<sup>10</sup> A = Très bonne performance, B = Bonne performance, C = Faible performance, D = Problématique

## 2.3 Output 1<sup>11</sup> L'offre de soins de santé de qualité dans les ZS de Comé, KTL, ADD, Bassila et DCO a été renforcée

### 2.3.1 Analyse des progrès réalisés

Output 1 : L'offre de soins de santé de qualité dans les ZS de Comé, KTL, ADD, Bassila et DCO a été renforcée						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> (2011-PSE)	Progrès année 2011 (annuaires statistiques)	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale 2014	Commentaires
Létalité du paludisme pour 1000 cas	M : 0,1%	MC : 0,1	MC : 0,2	MC : 0,09	MC : 0,07	<ul style="list-style-type: none"> <li>MC: on constate une hausse de la létalité qui nécessiterait d'instaurer des audits cliniques en vue d'améliorer d'une part la prise en charge précoce aussi bien au niveau communautaire que des FOSA particulièrement l'hôpital pour les cas graves</li> <li>AD: amélioration des 2 ZS, en particulier Bassila</li> </ul>
	AD : 1,7	AD : 1,7	AD : DCO : 1,17% Bassila : 0,68	AD : 0,9	AD : 0,69	
Nombre de décès maternel intra hospitalier	MC : Couffo : 06 Mono : 29	MC : 35	MC : 24	MC :	MC :	<ul style="list-style-type: none"> <li>MC: le nombre des décès maternel a baissé par rapport à 2011 mais reste quand même préoccupant en dépit des efforts d'amélioration réalisés par les HZ dans le recrutement des spécialistes et l'organisation des services de permanence, de garde et des soins intensifs</li> <li>AD: pas de spécialiste (chirurgien ou obstétricien) stable à Bassila, toujours en attente du recrutement par la MS.</li> <li>DCO : plusieurs mauvais cas (beaucoup de retard avant la référence) venant de Bassila concourent à l'augmentation des chiffres à l'HZ Ordre de Malte.</li> </ul>
	AD : Donga :19	AD :148,5	AD : DCO : 16 Bassila : 06	AD :	AD :	
Proportion de décès maternels	MC : ND	MC : ND	MC : 89%	MC : 75 %	MC : 100 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>MC: Les efforts sont soutenus pour auditer tout cas de décès maternels. La ZS KTL qui ne le faisait</li> </ul>
	AD : ND	AD :	AD :	AD : 75%	AD : 100%	

<sup>11</sup> Le template prévoit jusqu'à 3 outputs (chapitres 2.2, 2.3 et 2.4). Si l'intervention compte plus d'outputs, simplement copier et coller les chapitres supplémentaires relatifs aux outputs. Si l'intervention compte moins de 3 outputs, simplement supprimer les chapitres désuets)



audités par zone sanitaire		Bassila: ND DCO: 13%	Bassila: 16,6% (1/6) DCO : 2,5% (2/16)			pas a été appuyé par celle d'ADD pour cet exercice qui va s'étendre également à Lokossa (HZ et CHD) • AD: personnels formés en Q2 2012, les comités sont en place toutefois la fonctionnalité n'est pas encore effective
Proportion de CS qui assurent les 7 fonctions SONU-B 24h sur 24 et 7 jours sur 7 par zone sanitaire	MC : 2%	MC :	MC : 39%	MC :	MC :	• MC: Les résultats sont encourageants et vont s'améliorer avec la dotation d'équipements (ventouse) • AD: éléments manquants (ventouses, formation en AMUI à Bassila et certains personnels de DCO, sulfate de Magnésium) dans une évaluation de TOUT ou RIEN. Priorité pour 2013.
	AD : 3%	AD : 3%	AD : Bassila: 0 /13 DCO : 0/38	AD :	AD :	
Proportion des HZ qui assurent les 9 fonctions SONU-C 24h sur 24 et 7j sur7) dans les départements du Mono/Couffo et Atacora/Donga	MC : 2/3	MC :	MC : 3/3	MC :	MC :	• MC: tous les 3 HZ assurent les 9 fonctions SONUC  • AD: 2/2 HZ + 1 Hôpital confessionnel
	AD : 3/2	AD : 2/6	AD : Bassila : 1/1 DCO : 1/1			
Proportion de zones sanitaires assurant de façon intégrée et continue les paquets d'interventions à haut impact.	MC : ND	MC : 80%	MC : 80%	MC : 80%	MC : 100%	• MC: résultats obtenus du dernier monitoring 2ème semestre 2012 Cet indicateur sera renseigné à partir de 2013, selon le service SEPS AD (planification & suivi)
	AD : ND	AD :	AD :	AD : 80%	AD : 100%	
Proportion de FS couvertes en PTME	MC : 18%	MC : 55%	MC : 55%	MC : 80%	MC : 100%	• MC; la couverture est restée la même par rapport à 2011 • AD: la couverture en PTME ne suit pas toujours l'amélioration de la couverture physique
	AD : Bassila: 86% DCO: 85%	AD : 55%	AD : Bassila :42,9% DCO : 71,1%	AD : 80%	AD : 100%	
Taux de couverture en CPN4	MC : ND	MC : ND	MC : ND	MC : 70%	MC : 74%	• MC: Ne pourra être calculé qu'en 2013 (n'était pas renseigné systématiquement) Cet indicateur sera renseigné à partir de 2013, selon
	AD : ND	AD :	AD :	AD : 70%	AD : 74%	

						le service SEPS (planification & suivi)
Taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié	MC : 105%	MC : 78%	MC : 71,2%	MC : 87%	MC : 97%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MC: Ce taux évolue en dents de scie et n'affiche pas encore une évolution ascendante</li> <li>• AD: atteinte de la cible nationale par les 2 ZS</li> </ul>
	AD : 103%	AD : 64%	AD : Bassila : 87,2% DCO : 87 %	AD : 87%	AD : 97%	
Taux d'accouchement par césarienne	MC : 7,8%	MC : 4,9%	MC : 4,2	MC : 8%	MC : 8%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MC: le taux stagne autour de 4% depuis 2 ans malgré le recrutement des spécialistes par les HZ</li> <li>• AD : taux très bas à Bassila (pas de spécialiste permanent).</li> </ul>
	AD : 5,3%	AD : 4%	AD : 3,4% Bassila : 1,8% DCO : 5,4%	AD : 6%	AD : 8%	
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception	MC : 12,7	MC : 2,2%	MC : 6,0	MC : 12%	MC : 14%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MC: Le taux est monté à 6% grâce aux efforts combinés entre les 2 volets du Projet (sensibilisation orientée et prestation adaptée)</li> <li>• AD: nette amélioration par rapport à 2011, les efforts se poursuivent pour atteindre la cible nationale de 14%</li> </ul>
	AD : 5%	AD : 6,9 %	AD : 9,8% Bassila : 7,9% DCO : 9 %			
Taux de satisfaction des demandes en produits sanguins de qualité dans les structures assurant la transfusion sanguine	MC : 88%	MC : 88%	MC : 86%	MC : 83%	MC : 88%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MC : 4582 poches de sang ont été prélevées par l'équipe mobile et dans les 6 centres avec un taux de rejet de l'ordre de 8,8%</li> <li>• AD : taux généralement bons, taux de rejet autour de 10% à cause d'une prévalence importante des porteurs sains de l'antigène hépatite B (Ag HB)</li> </ul>
	AD : 98%	AD : 96%	AD : Bassila: 99,9% DCO : 94,5%	AD : 83%	AD : 88%	
Taux d'occupation des lits hospitaliers dans les HZ et CHD	MC : 35,5 %	MC : 25,5 %	MC : 40,2	MC : 50%	MC : 70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MC: le taux d'occupation de lit commence à remonter indiquant une amélioration de l'image de l'hôpital dans le chef des patients</li> <li>• AD: chiffres au-dessus des cibles nationales</li> </ul>
	AD : 34,2 %	AD : 66%	AD : Bassila : 111,7% DCO : 77.1%	AD : 50%	AD : 70%	
Durée de séjour moyen dans les HZ et CHD	MC : 7,7	MC : 4	MC : 4	MC : 4	MC : 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MC: stable sur les 2 dernières années</li> <li>• AD : durée de séjour prolongée en chirurgie car le suivi des malades est entre les mains d'un généraliste et des infirmiers.</li> </ul>
	AD : 3,4	AD : 6	AD : Bassila: 7,4 DCO : 4	AD : 4	AD : 4	
Taux de	MC : 59%	MC : 59%	MC :	MC :	MC :	Cet indicateur n'est pas disponible en 2012 ;

satisfaction des utilisateurs de la qualité des soins	AD : 59%	AD : 59%	AD :	AD :	AD :	toutefois avec l'introduction du FBR en 2013, son calcul sera un résultat à acheter au niveau des centres de santé et des HZ
---	----------	----------	------	------	------	--

### Les marqueurs de progrès

Défi	On s'attend à ce que	On souhaiterait que	On aimerait que
Les acteurs concernés au niveau de la ZS/DDS comprennent le concept d'une ZS intégré (sans vides ou chevauchements dans l'offre des services et avec un flux optimal des patients et de l'information) et orienté vers l'utilisateur des services et organisent leurs activités suivant cette vision.	Une série de modules de formation par rapport au modèle de ZS, adapté au contexte béninois, est élaboré et utilisée pour former les différents acteurs  Situation Inchangée (SI) de façon globale en 2012	Les différents acteurs développent des stratégies opérationnelles pour mettre en œuvre le concept des ZS intégrée	Des centres d'excellence (en premier lieu au niveau des Centres de Santé, HZ) sont développés pour illustrer les principes du ZS et servir de lieu de stages ou peer-review

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>12</sup>	État d'avancement				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 : Améliorer la couverture physique des services au 1° et 2° échelon			x		Equipements et infrastructures livrés en fin d'année 2012, ainsi l'effet n'est pas perceptible en 2012. Les audits des décès maternels ne sont pas encore systématiques dans l'AD, la disponibilité en MEG n'est pas permanente (ruptures fréquentes dans les CS)
2 : Rationaliser les soins et l'offre de santé (PMA, PCA) dans les centres de santé et à l'Hôpital de Zone (HZ) en y intégrant aussi les activités des programmes verticaux là où c'est utile et faisable			x		L'harmonisation des activités des relais communautaires n'est pas effective du point de vue pratique, le déficit en personnel qualifié ne permet pas un paquet global de la stratégie avancée
3 : Rationaliser les soins communautaires : maternités isolées, UVS, stratégie avancée, relais communautaires			x		la rationalisation est en cours (étapes de mise en œuvre) et pas encore concrète.
4 : Renforcer le système de référence et de contre-référence au niveau de la ZS jusqu'au niveau du CHD			x		Les 2 ZS de la Donga doivent rendre effective les réflexions théoriques

<sup>12</sup>

A : Les activités sont en avance

B : Les activités sont dans les délais

C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.

D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

CTB, Agence belge de développement, Projet BEN 09 021 11-PARZS, Rapport des Résultats 2012

5 : Intégrer et/ou consolider les acquis du programme PASTAM au niveau de chaque ZS			x		Nécessité de l'étendre dans toutes les 5 ZS, actuellement 2/5
6 : Instaurer un système assurance globale de la qualité des soins au niveau de la ZS		x			
7 : Mettre en place un système de gestion des déchets médicaux et non-médicaux au niveau des Centres de santé et l'HZ		x			
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b> <i>Analyse de la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</i>					
<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>Les activités de renforcement des capacités des agents mise en œuvre en 2012 (formation pratique et théorique, suivi des agents formés) ont eu pour préoccupation majeure de doter les Formations Sanitaires (FS) en prestataires compétents et motivés de manière à offrir aux clients externes des meilleures prestations. La mise en œuvre du processus d'assurance qualité vient compléter la réalisation des activités mentionnées en mettant une stratégie d'évaluation continue des performances réalisées par les FS en recherchant en permanence les mesures d'amélioration pour satisfaire aux attentes et aux besoins des patients. Des dispositions ont été prises pour améliorer l'hygiène hospitalière et la prévention des infections afin d'éviter aux clients externes (patients et accompagnants) de développer des infections nosocomiales. Les travaux de réhabilitation et de constructions qui ont démarré en 2012 ont pour objectif de transformer les Formations Sanitaires en structures appropriés permettant d'offrir des soins de qualité dans un cadre approprié et sécurisant inspirant toute confiance dans la manière dont les soins y sont offerts. En plus l'intégration du Financement Basé sur la Performance (FBR) prenant en compte aussi bien les aspects quantitatifs que qualitatifs concourent à améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire des populations.</p> <p>La mise à disposition des usagers des bâtiments réhabilités et équipés en agents compétents et motivés, disposant d'équipements biomédicaux adéquats contribue assurément à l'instauration non seulement des soins de santé de qualité mais aussi à enraciner une culture de qualité prenant en compte les attentes des usagers. Toutes ces actions et stratégies développées pour permettre une prise en charge appropriée des usagers dans nos Formations Sanitaires contribuent assurément quoique progressivement à l'atteinte de l'output.</p>				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p>La prise de responsabilité des prestataires dans le processus d'amélioration de l'accueil des usagers à travers des formations orientées vers le renforcement des compétences techniques et interpersonnelles indiquent que les prestataires sont dans un processus d'adoption des bons comportements via les monitorings avec restitution aux clients externes pour prendre en compte leurs attentes mais aussi lors des audits des décès maternels pour améliorer la qualité de la prise en charge des femmes enceintes.</p>				

<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>La non disponibilité d'indicateurs pour 2012 ne permet pas d'apprécier complètement le niveau d'atteinte du résultat malgré les bonnes tendances constatées auprès des prestataires sensibilisés sur la prise en compte des droits et devoirs des patients.</p> <p>Le retard enregistré dans l'acquisition d'équipements biomédicaux et les travaux de réhabilitation des FS ont minimisé l'effet sur l'output en 2012. Nous avons également enregistré des ruptures fréquentes des médicaments sans oublié le dysfonctionnement du système de référence et de contre référence. En dépit des efforts enregistrés en 2012, l'accueil n'est pas encore adéquat dans les 5 ZS.</p>
<p><i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i></p>	<p>Bonne appréciation des avantages comparatifs de l'appui du PARZS par rapport à d'autres partenaires intervenant dans le secteur.</p>

## 2.3.2 Exécution budgétaire

RAPPORT FINANCIER PAR RESULTAT AU 31/12/2012 Cur. €				Budget	Total Dépenses au 31/12/11	Exécution 2012	Total dépenses au 31/12/12	% Exec au 31/12/12
RÉSULTATS ACTIVITÉS	ATTENDUS	ET	DOMAINES	7 456 149	459 315	2 811 703	3 271 018	44%
<b><i>L'offre de soins de santé de qualité dans les zones sanitaires de Comé, KTL, ADD, Bassila et DOC a été renforcée</i></b>				<b>3 355 267</b>	<b>259 048</b>	<b>2 053 926</b>	<b>2 312 975</b>	<b>69%</b>
Améliorer la couverture physique des services au 1° et 2° échelon.				29 843		1 446 766	1 476 609	
Rationaliser les soins et de l'offre de santé (PMA, PCA) dans les centres de santé et à l'Hôpital de Zone (HZ) en y intégrant aussi les activités des programmes verticales là où c'est utile et faisable				1 182		-	1 182	
Rationaliser les soins communautaires : maternités isolées, UVS, stratégie avancée, relais communautaires.				6 000		41 352	47 352	
Renforcer le système de référence et de contre-référence au niveau de la ZS et vers le CHD ; développer le rôle d'appui de l'hôpital de la ZS aux formations sanitaires de premier niveau.				7 394		68 372	75 766	
Intégrer et/ou consolider les acquis du programme PASTAM au niveau de chaque ZS				16 179		23 155	39 334	
Instaurer un système assurance globale de la qualité des soins au niveau de la ZS.				125 174		343 445	468 619	
Mettre en place un système de gestion des déchets médicaux et non-médicaux au niveau des Centre de santé et l'HZ				73 276		130 836	204 113	

Au 31/12/2012, le résultat 1 de l'intervention qui vise le renforcement de l'offre de soins de santé de qualité dans les zones sanitaires concernées par le projet, doté d'un budget de 3 355 267 € connaît une exécution financière de 2 312 975 € soit 69 %. Il faut noter que la contribution des constructions et réhabilitation des formations sanitaires est de 1 251 527 € soit 54% des dépenses de ce résultat. Ainsi, le résultat 1 réalise 71 % de l'ensemble de l'exécution financière des quatre résultats.

## 2.3.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	C
Efficacité	C
Durabilité	C

## 2.4 Output 2 : La gestion et la gouvernance des 5 ZS et 2 DDS appuyées ont été renforcées

### 2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 : La gestion et la gouvernance des 5 ZS et 2 DDS appuyées ont été renforcées						
Indicateurs	Valeur de la Baseline (2011-PSE)	Progrès année 2011 (annuaires statistiques)	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale 2014	Commentaires
Taux de recouvrement des coûts de fonctionnement par ZS	MC : 1,02	MC : 1,03%	MC : 1,03	MC : 1,2%	MC : 1,5%	
	AD : 1,02	AD : 1,1%	AD : Bassila : 1,05% DCO : 1,0%	AD : 1,2%	AD : 1,5%	
Taux de disponibilité en MEG	MC : ND	MC : ND	MC : 61%	MC : 100%	MC : 100%	
	AD : ND	AD :	AD : Bassila : 93% DCO : 98%	AD : 100%	AD : 100%	
Proportion de zones sanitaires avec système de référence et de contre référence fonctionnel (fiches de référence, fiches de contre référence, fonctionnalité des ambulances, réunion périodique de synthèse du système)	MC : ND	MC : ND	MC :	MC : 50%	MC : 90%	AD : Document de MEO existe mais l'effectivité tarde à se réaliser, priorité pour 2013
	AD : ND	AD :	AD : Bassila : 0/1 DCO : 0/1	AD : 50%	AD : 90%	
Taux de consommation base engagement du budget santé (%)	MC : 91,7%	MC : 68,6%	MC : 96,4%	MC : 100%	MC : 100%	
	AD : 79,4%	AD : 79,4%	AD : Bassila : 95,2% DCO : 95,4%	AD : 100%	AD : 100%	

**Marqueurs pour le comportement-clé 'gestion scientifique'**

<i>Défi</i>	<i>Situation de départ</i>	<i>On s'attend à ce que</i>	<i>On souhaiterait que</i>	<i>On aimerait que</i>	
Les différents acteurs concernés au niveau de la ZS/DDS s'engagent dans une démarche de qualité de gestion basée sur un processus d'analyse (auto-) critique et de réflexion concertée autour des questions-clé concernant le fonctionnement et le développement de la ZS. Par la suite, ces acteurs devraient arriver à réaliser des manuels de gestion dans les différents domaines (planification, suivi-évaluation, gestion patrimoine, financière), et à tester et documenter des stratégies opérationnelles. Tous ces produits devront être remontés au niveau central pour la capitalisation et l'adaptation continue des politiques de santé aux besoins du niveau opérationnel	Disponibilité de manuels de procédures de gestion élaborés par le niveau national et à tester au niveau opérationnel. Formation a eu lieu pour la ZS de Bassila. Organiser le suivi et évaluer afin de proposer des amendements/a améliorations	Chaque DDS instaure une série de groupes de travail thématiques fonctionnels autour des défis clés : (1)Points focaux pour l'accompagnement des ZS ; (2) Point Focal Recherche Action, Documentation et Capitalisation (PF/RADC) (3) Personnes ressources DDS et ZS pour documentation systématique (4)Pool de formateurs pour organes de cogestion	Chaque DDS met en place un manuel de gestion et des recommandations opérationnelles pour améliorer la qualité du fonctionnement de la ZS et les évaluer : (1)Evaluation de la fonctionnalité des ZS dans AD et KTL en utilisant des outils du MS ; (2)Auto-évaluation des EEZS dans le MC avec outil élaboré	Chaque DDS est en mesure de documenter le travail/analyse basée sur les évidences et faire remonter les produits de la réflexion suivant des critères de qualité conforme à la recherche-action Accompagnement de KIT : (1) compétences des équipes dans l'élaboration des protocoles de recherche ; (2) thèmes de recherche identifiés ; (3) protocoles en cours d'élaboration : AD (6) ; MC (2)	
<b>État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>13</sup></b>	<b>État d'avancement :</b>				<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 : Appuyer la réforme au niveau des organes de gestion au sein du DDS et ZS en clarifiant/actualisant/vulgarisant les textes et en testant des modes d'organisation interne alternatifs			x		La représentativité des femmes au sein des organes de gestion n'est pas encore une réalité. L'effectivité de la connaissance des rôles et la participation effective à la prise des décisions restent faibles.
2 : Stimuler une dynamique de travail en équipe et la gestion style 'accompagnateur' d'une équipe au niveau des EEZS, DDS, COGES, COGEHZ, COSA		x			
3 : Clarifier le concept du développement de ZS, avec		x			

<sup>13</sup>

A : Les activités sont en avance

B : Les activités sont dans les délais

C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.

D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

CTB, Agence belge de développement, Projet BEN 09 021 11-PARZS, Rapport des Résultats 2012



l'élaboration d'une vision stratégique à moyen terme au niveau de chaque ZS en tenant compte du rôle des communes (organiser l'intercommunalité')					
4 : Renforcer les capacités managériales des EEZS/DDS, notamment en planification, suivi et évaluation, et gestion des marchés publics		x			
5: Développer des stratégies opérationnelles à la portée des ZS pour assurer la présence d'un personnel motivé et compétent			x		Beaucoup d'encadrement, de supervision, de concertation FBR, certes, mais l'implication à la prise de décision, la mise en place de stratégie de motivation et de maintien au poste se heurtent aux manœuvres politiques
6 : Améliorer la transparence et l'efficacité dans la gestion financière et la tarification			x		Audits quasi inexistant, début de contrôle interne des SC et HZ en 2012
7 : Mettre en place une stratégie (jusqu'au niveau départemental) par rapport à la maintenance et la gestion du patrimoine				x	
8 : Renforcer la disponibilité des MEG de bonne qualité au niveau de la ZS		x			
9 : Mettre en place un circuit documenté d'analyse, de réflexion et de capitalisation, basé sur de l'information fiable.			x		Point Focaux ZS créés mais pas encore très fonctionnels. Le rapportage vers la DDS se fait et les thèmes ont été retenus avec KIT. Mais les Groupes de Travail (GdT) de capitalisation utile pour stratégie nationale restent à activer

**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>Les activités menées pour l'atteinte de ce résultat ont permis de clarifier les rôles et les attributions de chaque acteur concerné par la santé au niveau des ZS et de la DDS. Nous avons noté un renforcement du rôle de coordination de la DDS et du dispositif d'accompagnement des EEZS pour une gestion efficace et concertée. Les membres des organes de cogestion nouvellement élus maîtrisent leur rôle et cela influe positivement sur le fonctionnement de ces organes en vue de leur participation effective à la gestion du SYLOS.</p> <p>La coordination des activités par les DDS ainsi que les mécanismes mis en place pour assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des PTA ont permis aux EEZS de prendre conscience de leur capacité réelle d'exécuter les activités et la nécessité de faire une sélection rationnelle des activités pertinentes et susceptibles d'améliorer les performances.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intégration du FBR est une opportunité pour les EEZS de cultiver le travail en équipe, l'entraide et la gestion orientée vers les résultats. De plus en plus les DDS et les EEZS se transforment en institutions d'apprentissage avec la mise en place des Points Focaux (UGV) et des personnes ressources (niveaux DDS et ZS) à tous les niveaux pour systématiser la documentation en vue de capitaliser les connaissances générées par le PARZS pour renforcer le système de santé.</li> <li>- Ces différentes activités ont contribué à l'amélioration de la gestion et la gouvernance au sein des ZS et DDS</li> </ul>
---	--

<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Progrès notoires au niveau de la planification, de la coordination, de l'accompagnement des EEZS par les DDS. Redynamisation des comités de recherche au niveau départemental et élaboration de mécanismes pour la documentation systématique dans les ZS et les DDS. Les équipes maîtrisent la méthodologie de la recherche et élaborent des protocoles ; certains d'entre eux sont en cours d'exécution.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Facteurs défavorables : - L'absence d'un système de maintenance au niveau des ZS et des DDS. - Interférence des activités du niveau supérieur due à une insuffisance de coordination entre les trois niveaux du système - Absence de politique nationale de maintien des agents au poste dans les zones enclavées Facteur favorable : - Le maintien au poste des MCZS et DDS est un facteur favorable, vu l'influence des mutations politiques dans le pays
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	RAS

## 2.4.2 Exécution budgétaire

RAPPORT FINANCIER PAR RESULTAT AU 31/12/2012 Cur. €	Budget	Total Dépenses au 31/12/11	Exécution 2012	Total dépenses au 31/12/12	% Exec au 31/12/12
RÉSULTATS ATTENDUS ET DOMAINES ACTIVITÉS	7 456 149	459 315	2 811 703	3 271 018	44%
<b>La gestion et la Gouvernance des 5 ZS et des 2 DDS ont été renforcées</b>	<b>2 013 160</b>	<b>148 904</b>	<b>410 570</b>	<b>559 474</b>	<b>28%</b>
Appuyer la réforme au niveau des organes de gestion au sein du DDS et ZS en clarifiant/actualisant/vulgarisant les textes et en testant des modes d'organisation interne alternatifs		27 851	21 534	49 385	
Stimuler une dynamique de travail en équipe et la gestion style 'accompagnateur' d'une équipe au niveau des EEZS, DDS, COGES, COGEHZ, COSA		30 420	44 094	74 514	
Clarifier le concept du développement de ZS, avec l'élaboration d'une vision stratégique à moyen terme au niveau de chaque ZS en tenant compte du rôle des communes (organiser l'intercommunalité)		239	1 096	1 335	
Renforcer les capacités managériales des EEZS, notamment en planification		36 910	113 528	150 438	
Développer des stratégies opérationnelles à la portée des ZS pour assurer la présence d'un personnel motivé et compétent		3 111	31 549	34 661	
Améliorer la transparence et l'efficacité dans la gestion financière et la tarification		3 223	52 663	55 886	
Mettre en place une stratégie (jusqu'au niveau départemental) par rapport à la maintenance et la gestion du patrimoine		1 140	5 170	6 310	
Renforcer la disponibilité des MEG de bonne qualité au niveau de la ZS		1 524	4 477	6 002	
Mettre en place un circuit documenté d'analyse, de réflexion et de capitalisation, basé sur de l'information fiable.		44 485	136 458	180 943	

Avec un budget de 2 013 160 € soit 27% du budget des résultats, le résultat 2 a réalisé au 31/12/12 un montant de dépenses de 559 474 soit 28% d'exécution financière. Les activités engendrées par cette dépense découlent du financement des PTA des ZS dans la réalisation d'activités concourant à l'atteinte du résultat. Il faut noter au passage que le résultat 2 concerne essentiellement le renforcement de la performance des EEZS pour une amélioration globale des ZS. Les dépenses concernent essentiellement l'organisation des ateliers, la formation du personnel pour le renforcement de capacité.

## 2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note <sup>14</sup>
Effizienz	C
Efficacité	C
Durabilité	C

<sup>14</sup> A : Très bonne performance

B : Bonne performance

C : Performance assortie de problèmes ; des mesures doivent être prises

D : Manque de performance / difficultés majeures ; des mesures doivent être prises

## 2.5 Output 3<sup>15</sup> La contribution de la population à la structuration de la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée

### 2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3 : La contribution de la population à la structuration de la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> (2011)	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale 2014	Commentaires
Niveau de fonctionnalité des organes de cogestion	ND	ND	COSA : 78% COGECS : 49%	COSA : ND COGECS : ND	Niveau de fonctionnalité des COSA atteint 80%	Un système de suivi et de coaching des organes de gestion est mis en place et sera étendu en 2013
Un cadre formel ou informel d'accompagnement et de défense des utilisateurs des formations sanitaires est actif dans les zones d'intervention	MC : 1/4	MC : 1/4	MC : 1/4	MC : 1/4	MC : 4	Activités préalables à la mise en place du cadre par la conscientisation, la formation, l'intégration de la demande dans les activités et les processus de décision liés à la santé
	AD : 0/2	AD : 0/2	AD : 0/2	AD : 0/2	AD : 2	
Degré d'implication de la communauté dans le FBR	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Nombre de recommandations émises lors du comité de pilotage effectivement appliquées
Nombre d'arrondissements ayant procédé à l'identification active des indigents sur base d'un modèle communautaire efficace et durable	N/A	N/A	26	27	30	
Niveau de fonctionnalité des mutuelles appuyées	ND	ND	ND	ND	ND	

<sup>15</sup> Si le cadre logique contient plus de 3 outputs, copier-coller le chapitre 2.4 et créer le 2.6 pour l'output 4, le 2.7 pour l'output 5, etc.  
CTB, Agence belge de développement, Projet BEN 09 021 11-PARZS, Rapport des Résultats 2012

Marqueurs de progrès du DTF						
Défi	Situation de départ					
Les différents acteurs au niveau de la ZS et de la DDS ont acquis de meilleures capacités d'écoute, de communication, de dialogue, de facilitation, de négociation, de travail en équipe, de gestion des conflits, de travail en réseau	Peu d'empathie des prestataires pour les utilisateurs et peu de satisfaction des usagers quant aux services de santé délivrés Absence de négociation entre prestataires et communautés	3 catégories d'acteurs ont acquis des capacités sur le dialogue valorisant  5 catégories formées pour une amélioration du dialogue entre l'offre et la demande au travers des organes de cogestion	7 catégories d'acteurs formés sur le dialogue communautaire Au moins 2 facilitateurs par catégorie d'acteurs répondent aux critères d'un facilitateur/accompagnateur  Nombre de prestataires ayant amélioré leurs pratiques dans la relation soignant/soigné			
État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>16</sup>			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B	C	D
Renforcer et améliorer le fonctionnement des organes de gestion (COSA, COGEHZ, COGECS)						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un programme/curriculum de formation des organes de cogestion selon approche andragogique favorisant le dialogue entre l'offre et la demande.</li> <li>- Information des populations sur le rôle et le fonctionnement des organes</li> <li>- Formation et suivi des membres des organes (COSA, COGECS, COGEHZ)</li> <li>- Appui aux activités communautaires des organes de Cogestion</li> <li>- Identification et analyse d'expériences en matière de cogestion des formations sanitaires</li> <li>- Appui à la relecture des textes qui régissent les organes de cogestion</li> </ul>				X		
Instaurer une attitude d'écoute et d'empathie vis-à-vis de la population au niveau des prestataires des services de santé et gestionnaires de la ZS pour renforcer la demande				X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration mise en œuvre et évaluation d'un plan de renforcement par acteurs</li> <li>- Appui à la mise en place et à l'animation d'un cadre de concertation trimestrielle entre les prestataires et la</li> </ul>						

<sup>16</sup>

A : Les activités sont en avance

B : Les activités sont dans les délais

C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.

D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

CTB, Agence belge de développement, Projet BEN 09 021 11-PARZS, Rapport des Résultats 2012

<p>PSCS et les mutuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de commissions santé chargées d'identifier les attentes des populations</li> <li>- Appui à la diffusion et mise en œuvre du guide des normes des bonnes pratiques (MS)</li> <li>- Information sur le contenu, l'utilisation et le cout du Kit d'accouchement, planning familial, gratuité des soins.</li> <li>- Identification des attentes des populations</li> <li>- Renforcement des interfaces entre l'offre et la demande</li> </ul>					
<p>Instaurer une attitude d'écoute et d'empathie vis-à-vis de la population au niveau des prestataires des services de santé et gestionnaires de la ZS pour renforcer la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration mise en œuvre et évaluation d'un plan de renforcement par acteurs</li> <li>- Appui à la mise en place et à l'animation d'un cadre de concertation trimestrielle entre les prestataires et la PSCS et les mutuelles</li> <li>- Mise en place de commissions santé chargées d'identifier les attentes des populations</li> <li>- Appui à la diffusion et mise en œuvre du guide des normes des bonnes pratiques (MS)</li> <li>- Information sur le contenu, l'utilisation et le cout du Kit, planning familial, gratuité des soins.</li> <li>- Identification des attentes des populations</li> <li>- Renforcement des interfaces entre l'offre et la demande</li> </ul>		X			
<p>Appuyer des stratégies alternatives de financement des soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'un atelier sur FSI</li> <li>- Sensibilisation des populations sur l'existence du Fonds des Indigents</li> <li>- Elaboration d'un modèle d'identification active des indigents, des outils nécessaires et MEO</li> <li>- Formation sur le système mutualiste des divers acteurs (OSC, élus locaux, prestataires, COGECS) et susciter leur implication dans les activités de sensibilisation</li> <li>- Appui à l'exécution du plan d'affaire des mutuelles existantes et renforcement des compétences</li> <li>- Appui à l'organisation des AGC préparatoire et à l'AGC d'une mutuelle</li> </ul>		X			

<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>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>La différence entre leur niveau de scolarisation des membres COSA/COGECS et celui des prestataires de soins crée un déséquilibre. Le PARZS a renforcé les organes de cogestion afin qu'ils se départissent d'une attitude de travailler « sous l'autorité » des EEZS pour devenir effectivement l'organe de décision de la zone sanitaire. L'appui au renouvellement a amélioré leur représentativité (2011 et 2012) et le renforcement (2012) a augmenté leur niveau de fonctionnalité. Par voie de conséquence, la contribution des communautés à la structuration de la demande est améliorée. La formule de formation retenue (mélanges des catégories : représentants des usagers-prestataires-élus locaux) implique un dialogue offre-demande.</p> <p>La demande de soins a besoin de s'organiser, d'induire un mouvement, une dynamique afin d'assurer une réelle participation et un pouvoir de négociation réel des communautés avec l'offre de soins. Dès lors, l'organisation de la demande inclut différents types d'Organisations de la Société Civile (OSC) partant des villages pour se structurer progressivement vers l'arrondissement et les communes. Les jalons ont été posés pour démarrer cette structuration. Les activités 2012 portaient également sur le renforcement des organisations existantes. Une étude sur les OSC a permis d'identifier les organisations « porteuses ». La définition des attentes des populations renseigne sur la perception des populations en matière de qualité des soins. Elle orientera le FBR pour une approche ciblée sur le patient.</p> <p>Toutes les activités citées précédemment contribuent à la structuration de la demande. Celle-ci, une fois bien organisée, pourra devenir un interlocuteur éclairé de l'offre au sein d'un espace d'échange et de dialogue. Les activités réalisées visent à poser les jalons pour la mise en place de cadre de concertation d'une part et d'autre part pour travailler avec les prestataires et augmenter la compréhension mutuelle à partir d'activités concrètes. Les activités genre s'inscrivent dans cet axe et vise à intégrer, dans les cadres de concertation, des personnes ayant mené une réflexion sur les enjeux « genre » et donc capables de mieux relayer, auprès de l'offre, les préoccupations et attentes des femmes.</p> <p>En ce qui concerne les systèmes alternatifs de financement de la santé, les activités réalisées sont liées à la mise en place de mutuelles communautaires, à leur consolidation et leur structuration. Les mutuelles de santé étant des organisations d'économie sociale nées d'une dynamique communautaire contribuent largement à la structuration de la demande. Au travers de leurs représentants les communautés sont en concertation et négociation avec l'offre de soins. En couvrant les dépenses de santé de ses membres, elles contribuent également à l'outcome en améliorant l'accessibilité financière. Le PARZS a par ailleurs développé un modèle d'identification active communautaire des indigents validé par l'ANAM.</p>
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs)</i>	<p>Au niveau des indicateurs pour lesquels des données de base étaient disponibles, les activités menées en 2012 ont globalement induits des progrès significatifs avec l'atteinte des cibles prévues pour cette année. Lorsqu'on considère les valeurs visées en fin de projet pour les indicateurs, le niveau atteint en 2012 est une bonne performance. En particulier pour le renforcement des organes de cogestion dont l'indicateur composite mesurant le niveau de fonctionnalité</p> <p>Les communautés sont également largement impliquées dans le FBR. La mise en place des cadres de concertation proposés dans les indicateurs nécessite au préalable la structuration de la demande et la mise en place des mutuelles de santé</p>
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	<p>L'essentiel des activités de 2012 devraient être réalisés au travers de partenaires de la société civile. Malheureusement les appels d'offre ont pris beaucoup plus de temps que prévu et, pour la plupart ont abouti seulement en fin d'année. Cette situation a obligé les équipes de la facilité à réaliser directement les activités. C'est à ce prix qu'il y a eu des résultats en 2012.</p> <p>L'avènement du RAMU a fouetté les résultats au niveau la promotion des mutuelles de santé.</p>

<i>(positive négative)</i> <i>ou</i>	
<i>Résultats inattendus (positifs négatifs) :</i> <i>ou</i>	Intérêt de l'autorité de tutelle (Préfet) à l'identification et la prise en charge correcte des indigents



## 2.5.2 Exécution budgétaire

<b>RAPPORT FINANCIER PAR RESULTAT AU 31/12/2012 Cur. €</b>	<b>Budget</b>	<b>Total Dépenses au 31/12/11</b>	<b>Exécution 2012</b>	<b>Total dépenses au 31/12/12</b>	<b>% Exec au 31/12/12</b>
RÉSULTATS ATTENDUS ET DOMAINES ACTIVITÉS	7 456 149	459 315	2 811 703	3 271 018	44%
<b>La contribution de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée</b>	<b>1 192 984</b>	<b>38 867</b>	<b>325 443</b>	<b>364 309</b>	<b>31%</b>
Renforcer et améliorer le fonctionnement des organes de gestion		1 927	124 133	126 060	
Développer une dynamique de réseautage communautaire afin d'assurer une réelle participation et un pouvoir de négociation significatif		17 462	114 973	132 435	
Instaurer une attitude d'écoute et de recevabilité au niveau des prestataires des services de santé vis-à-vis de la population pour renforcer la demande		11 233	57 494	68 727	
Appuyer des stratégies alternatives de financement des soins de santé		8 244	28 843	37 088	

Le résultat 3 vise l'organisation de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité à travers les UGV facilité. Avec un budget opérationnel de 1 192 984 € soit 16% du budget total alloué aux activités qui contribuent directement à l'atteinte des résultats de l'intervention, le résultat 3 réalise au 31/12/2012 un taux d'exécution financière de 31%.

## 2.5.3 Critères de qualité

<b>Critères<sup>17</sup></b>	<b>Note</b>
<b>Efficience</b>	B
<b>Efficacité</b>	B
<b>Durabilité</b>	B

<sup>17</sup>

A : Très bonne performance

B : Bonne performance

C : Performance assortie de problèmes ; des mesures doivent être prises

D : Manque de performance / difficultés majeures : des mesures doivent être prises

Si un critère ne peut pas être évalué (parce que le projet vient tout juste de démarrer, par ex.), attribuer la note X au critère. Expliquer pour quelle raison le critère n'a pas été évalué

## 2.6 Output 4 : Les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DDS sélectionnées

### 2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Output 4 : Les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DDS sélectionnées						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> (2011- <i>PSE</i> )	Progrès année 2011 (annuaires statistiques)	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale 2014	Commentaires
Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée	MC : ND	MC :	MC : 34%	MC :	MC :	AD: les domaines de collaboration sont identifiés afin d'améliorer les chiffres (supervision, monitoring, renforcement des compétences, SNIGS, renforcement des équipements...etc.) ; les rencontres sont + régulières
	AD : ND	AD :	AD : Bassila : 0/9 DCO :13/47 (27,7)	AD :	AD :	
Proportion de Zones Sanitaires dont les actions respectent le cadre réglementaire de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base	MC : ND	MC :	MC : ND	MC :	MC :	AD: collaboration existe mais nécessité d'un cadre de planification conjointe + concret
	AD : ND	AD :	AD : ND	AD : 0/2	AD :	

**Marqueurs pour le comportement-clé 'approche systémique'**

<i>Défi</i>	<i>Situation de départ</i>	<i>On s'attend à</i>	<i>On souhaiterait que</i>	<i>On aimerait que</i>		
Les acteurs concernés au niveau de la ZS et de la DDS arrivent à entretenir des interactions constructives et exercer une influence pour améliorer la santé de la population	Niveau 0	Chaque acteur concerné comprend son rôle dans le système local de santé et celui des autres partenaires <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataires de services/soins : M</li> <li>• Mairies : F</li> <li>• Organes/cogestion : M</li> <li>• Mutuelles/santé : M</li> <li>• Sectoriels : F</li> <li>• PTF : M</li> </ul>	Les différents acteurs sont représentés dans des interfaces de concertation existantes ou nouvelles <ul style="list-style-type: none"> <li>• CDEEP : oui</li> <li>• CAD : oui</li> <li>• Table ronde : oui</li> <li>• RAC : oui</li> <li>• Instances de coordination/DDS : oui</li> </ul>	La qualité du dialogue des interfaces de concertation en termes de préparation, conduite, outputs et suivi des outputs est bonne. CDEEP, RAC et instances de coordination : ou Des opportunités qui se présentent dans l'environnement des ZS sont saisies et exploitées ('quick wins') par les acteurs pour atteindre les objectifs de développement de ZS : Pas encore		
<b>État d'avancement des principales activités <sup>18</sup></b>		<b>État d'avancement :</b>				<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)
		A	B	C	D	
1. Dynamiser la concertation au niveau départemental			x			
2. Renforcer la synergie et collaboration avec les services publics décentralisés et les communes				x		L'engagement politique reste un handicap pour une gestion réelle des compétences accordées aux structures décentralisées
3. Renforcer l'échange des expériences et le développement des stratégies novatrices avec d'autres PTF et des institutions de recherche (CRAMS, LASDEL, IRSP, FSS, UP, bureaux d'études)				x		Faible, quelques synergies dans le cadre de l'harmonisation des activités des RC ; l'interaction avec les instituts de recherche est à ses débuts (KIT, IRSP)
4. Améliorer le lien secteur public – secteur privé en termes de régulation, concertation, collaboration (synergie et complémentarité)				x		Faible ; quelques rencontres mais pas de définitions claires de domaines de collaboration
5. Améliorer la qualité des interactions en renforçant la capacité en plaidoyer			x			

<sup>18</sup>  
A : Les activités sont en avance  
B : Les activités sont dans les délais  
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

<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>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>La collaboration se manifeste dans le cadre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène et l'assainissement avec les mairies et autres PTF</li> <li>- rencontres de concertation entre les EEZS et les tradi-thérapeutes (ZS Comé et DCO) et entre le secteur public et le secteur privé</li> <li>- Cadres de concertation communale avec les organes de cogestion et les comités de développement</li> <li>- Animation des cadres de concertation au niveau départemental : CDEEP, CAD, table ronde dans l'AD</li> <li>- Restitution aux élus locaux par les EEZS</li> </ul>
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redynamisation de certains cadres de concertation qui n'étaient pas fonctionnels (ex : entre secteur public et privé)</li> <li>- Naissance de cadres de concertation communale ; avec les organes locaux de développement</li> </ul>
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Collaborations encore informelles dans la majorité des cas. Le PARZS ne joue pas un rôle de facilitation mais est en première ligne.
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Consensus sur l'harmonisation des activités des RC

## 2.6.2 Exécution budgétaire

RAPPORT FINANCIER PAR RESULTAT AU 31/12/2012 Cur. €	Budget	Total Dépenses au 31/12/11	Exécution n 2012	Total dépenses au 31/12/12	% Exec au 31/12/ 12
RÉSULTATS ATTENDUS ET DOMAINES ACTIVITÉS	7 456 149	459 315	2 811 703	3 271 018	44%
<b>Les liens de collaboration des EEZS ont été renforcés</b>	<b>894 738</b>	<b>12 496</b>	<b>21 764</b>	<b>34 260</b>	<b>4%</b>
Dynamiser la concertation au niveau départemental		12 496	4 142	16 638	
Renforcer la synergie et collaboration avec les services publics décentralisés et les communes		-	5 873	5 873	
Renforcer l'échange des expériences et le développement des stratégies novatrices avec d'autres PTF et des institutions de recherche (CRAMS, LASDEL, IRSP, FSS, UP, bureaux d'études)		-	-	-	
Améliorer le lien secteur public – secteur privé en termes de régulation, concertation, collaboration (synergie et complémentarité)		-	7 976	7 976	
Améliorer la qualité des interactions en renforçant la capacité en plaidoyer		131	-	131	
FBR EEZS			3 772		

Avec un budget de 894 739 € soit 12% du budget des résultats, le résultat 4 a réalisé au 31/12/2012 un montant de dépenses de 34 260 soit 4% d'exécution financière. Les activités engendrées par cette dépense découlent du financement des PTA des zones sanitaires dans la réalisation d'activités concourant à l'atteinte du résultat. Il faut noter de passage que le résultat 4 concerne essentiellement le renforcement de la performance des EEZS pour une meilleure performance globale des ZS. Les dépenses concernent essentiellement l'organisation des ateliers, la formation du personnel pour le renforcement de capacité.

## 2.6.3 Critères de qualité

Critères <sup>19</sup>	Note
Efficiences	C
Efficacité	C
Durabilité	C

<sup>19</sup>

A : Très bonne performance

B : Bonne performance

C : Performance assortie de problèmes ; des mesures doivent être prises

D : Manque de performance / difficultés majeures : des mesures doivent être prises

Si un critère ne peut pas être évalué (parce que le projet vient tout juste de démarrer, par ex.), attribuer la note X au critère. Expliquer pour quelle raison le critère n'a pas été évalué

## 3 Thèmes transversaux

### 3.1 Genre

Après la mise en place d'une cellule de coordination, les partenaires du volet demande Mono Couffo (les organes de cogestion, de l'association MIALEBOUNI, des mutuelles de santé et des ONG) ont été formés sur la façon d'intégrer le genre dans les activités quotidiennes de leur organisation. La démarche se base sur les bonnes pratiques endogènes et part donc d'aspects positifs relevant d'expérience facilement replicables. Par la suite, les informations collectées et leur analyse ont permis de définir les enjeux genre, les bonnes pratiques et les stratégies. Sur cette base un plan d'action genre spécifique a été élaboré pour chacun des partenaires. Enfin, le processus d'institutionnalisation du genre a été amorcé, par le renforcement du personnel à tous les niveaux. Récemment le forum ENOUMAMA, un espace d'échange réunissant tous les membres formés, l'équipe de projet et les partenaires a été créé.

Dans l'Atacora-Donga, l'évaluation des plans d'action des organes de cogestion a montré que l'aspect genre a été pris en compte par ces derniers. Cela a été favorisé par l'intégration du genre dans la formation des COGECS et plusieurs formations à l'endroit des acteurs communautaires

L'appui simultané sur l'offre et la demande de soins représente des atouts majeurs du projet PARZS. L'exploitation de cette opportunité a permis d'améliorer l'accès des femmes aux méthodes contraceptives. Les intrants (méthode contraceptive, consommables...) ont été fournis par le volet offre du PARZS parallèlement à la formation d'une soixantaine des sages-femmes dans toutes les zones sanitaires du Mono Couffo. Le volet demande a présenté un module sur les aspects communautaires et mobilisé les populations pour assurer l'utilisation des services lors de la phase pratique de la formation. Ainsi, plus de 700 femmes se sont présentées, 98% ont adopté la méthode à longue durée (insertion de DIU ou du Jadelle).

Chaque sage-femme a pu mettre en pratique la théorie en plaçant une dizaine de dispositifs contraceptifs (DIU et implant). Selon le médecin gynécologue, les sages-femmes devaient attendre 3 à 4 semaines pour avoir l'opportunité de placer deux dispositifs. Cette tendance était confirmée par le niveau central, invité à participer aux activités.

Une étude réalisée sur le "genre et l'accessibilité aux soins dans la Donga" a permis d'identifier les facteurs qui réduisent l'accès aux soins des groupes vulnérables. La mise en œuvre des recommandations de cette étude a permis de favoriser l'accès aux soins de santé.

Enfin, les activités de sensibilisation ont permis d'établir une bonne relation entre les sages-femmes et leurs clientes. Par exemple à Comé plus de 90% des femmes interrogées se sont montrées satisfaites et de l'accueil et de la prise en charge.

### 3.2 Environnement

Le PARZS a entrepris un certain nombre d'activités bénéficiant à l'environnement :

- Déchets Biomédicaux (DBM) :
  - Construction de 22 fosses d'enfouissement des déchets biomédicaux et de 35 incinérateurs dans le MC.
  - Etude sur l'environnement et la gestion des DBM.
  - Mise en place du plan de gestion des DBM dans les FS
- Lavage des mains :
  - Appui du PARZS dans la mise en place du système de lavage des mains dans les lieux publics dans la ZS DCO suite à l'épidémie de choléra
  - Mise en place du système de lavage des mains dans les FS
- Eau :
  - Opérations de traitement des puits
  - Amélioration de la disponibilité en eau

Tableau 1 : Amélioration de la couverture en eau potable et en énergie électrique

	2011		2012	
	Eau	Electricité	Eau	Electricité
ZS Bassila	46%	23%	64%	29%
ZS DCO	46%	54%	61%	44%*

\*réduction due à la mise en service de nouveaux centres qui ne sont pas encore électrifiés

### 3.3 Autres

#### **VIH/SIDA :**

Appui du PARZS au programme PTME pour l'amélioration de la qualité des données statistiques et renforcement des compétences du personnel de santé des sites.

Appui à l'organisation de la journée mondiale du VIH/SIDA et de la journée de la femme (dépistage du VIH, du cancer du col utérin et du sein).

#### **Droit des enfants/Marketing social :**

Poursuite de l'initiative de faciliter la déclaration des naissances du PAPDC par le PARZS. Intégration dans le paquet d'activité des relais communautaires, la déclaration des naissances et remise des actes de naissances aux parents après élaboration par les mairies (Note de service déjà émise par le maire de Bassila).

Des sensibilisations ont été réalisées auprès des femmes venues pour la planification familiale et une feuille de route a été réalisée avec les Maires, les services de l'état civil, les ONG et les COSA.

Le PARZS contribue également à optimiser l'accès des plus vulnérables aux soins de santé, en général, mais plus spécifiquement dans le cadre de l'assurance maladie universelle.

## 4 Pilotage et apprentissage

### 4.1 Plan d'action

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
<b>OUTPUT 1</b>			
Renforcer la qualité des soins y compris la sécurité transfusionnelle	2.3.1	MCZS	En continu
Rendre le Système de R/CR réellement fonctionnel dans les 5 ZS	2.3.1	MCZS	Q2 2013
Rendre les centres de formation en SONUC : mise en place et formation, suivi des activités SONU par le MS/ATR Chirurgiens	2.3.1	Direction PARZS	Q3 2013
<b>OUTPUT 2</b>			
Poursuivre la R/A commencée en 2012 et documenter les thèmes identifiés et les activités porteuses	2.5.1	PARZS, OSC	Q4 2013
Mettre en place le FBR dans les 5 ZS y compris la fonctionnalité du comité de pilotage	2.3.1 ; 2.6.1		Q1 2013
Accompagner la mise en place du RAMU	?	DDS	Q2 2013
Assurer la maintenance des infrastructures et des équipements	2.4.1	DDS	Q2 2013
Accompagnement des EEZS dans le développement des ZS	2.4.1	DDS	En continu
Initier le processus de planification ascendante	2.4.1	DDS	Q1-Q2 2013
<b>OUTPUT 3</b>			
Renforcer les capacités des membres COSA afin de leur donner les éléments nécessaires pour la prise des décisions au niveau de la ZS et étendre l'action aux COGECS	2.5.1	ATI Facilité	Q4 2013
Proposer au niveau central le programme de formation des organes de cogestion élaboré et validé dans les zones PARZS	2.5.1	ATI Facilité	Q3 2013
Accompagner les OSC et OBC à remplir leur fonction dans le FBR tout en poursuivant la structuration à partir de la base et en consolidant l'existant.	2.5.1	ATI Facilité	Q4 2013
Renforcer l'offre et la demande en vue d'améliorer les CAP des uns et des autres et d'engager un dialogue constructif entre les différentes parties prenantes	2.5.1	PARZS, DDS, MCZS	Q2 2013
Poursuivre la mise en place et la consolidation des mutuelles de santé et amorcer leur mise en réseau	2.5.1	PARZS	Q3 2013
Engager le processus d'identification et de PEC des indigents	2.5.1	ATI Facilité	Q3 2013
<b>OUTPUT 4</b>			
Renforcement des acteurs communautaires : organes de cogestion, RC, GF, MUSA	2.6.1	DDS	Q2 2013
Renforcer la Collaboration entre l'association des communes et les DDS d'une part, puis entre les ZS et les mairies d'autre part.	2.6.1	DDS	En continu



## 4.2 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Le leadership exprimé par un responsable a un effet d'entraînement sur le reste de l'équipe et favorise positivement l'état d'exécution des activités du projet	MS, DDS, EEZS
L'effectivité de la stratégie d'Accompagnement rendrait les ZS + performantes, à titre d'exemple : rationalisation dans l'élaboration des plans d'action	DDS, EEZS
Les acteurs communautaires du PARZS sont des privés, non-salariés, qui vivent de ce qu'ils produisent au quotidien. Prendre en compte les « gains manqués » lors de leur participation aux activités du projet	RR, équipe
Le double ancrage du programme santé de la CTB au Bénin est très bénéfique pour le niveau périphérique qui est sollicité par le niveau central à apporter son appui aux réflexions stratégiques au niveau central.	Equipe du projet, Ministère de la santé, DDS, EEZS, RR
Considérer la méthode de forfait pour la PEC des partenaires qui participent aux activités de la Facilité afin d'éviter des frustrations dans la disparité des mécanismes actuels de PEC/motivation	RR
Avec un minimum d'appui, les représentants des populations au sein des COSA, les organes de cogestion peuvent se dynamiser et bien jouer leur rôle.	Equipe de projet, EEZS, DDS, Ministère de la santé
Dans le cadre du processus de mise en place de la mutuelle de santé à Grand-Popo, il y a une réelle implication des prestataires des centres de santé. Ceci est notamment dû au fait que le médecin-chef de commune est un employé de la mairie. Ce dernier l'a instruit pour accompagner ce processus. (statut d'agent non fonctionnaire !!!)	Maires, PTF, DDS
Le processus de contractualisation avec les partenaires de la facilité a pris du temps notamment pour des questions de procédures. De même, les conditions de pris en charge des acteurs du secteur informel sont peu équitables. Les procédures de la CTB ne sont pas adaptées aux contrats avec les acteurs de la société civile et du secteur informel qui sont pourtant les partenaires du projet	RR, CTB
Une approche pragmatique du genre a permis en peu de temps une prise de conscience par rapport à la situation actuelle hommes femmes, les enjeux qui en découlent et les stratégies potentielles à mettre en œuvre.	Equipe du PARZS, AIMS, RR, EEZS, DDS, Elus locaux

## 5 Annexes

### 5.1 Cadre logique d'origine

Cadre Logique			
Titre du programme : PROGRAMME D'APPUI AU RENFORCEMENT DES ZONES SANITAIRES			
Objectifs et résultats	Indicateurs et marqueurs de progrès indicatifs (pour liste complète cf. DTF)	Moyens de vérification	Hypothèses
<b>Objectif Général</b>	L'état de santé de la population est amélioré dans les cinq zones sanitaires appuyées par le projet.		
<b>Objectif Spécifique :</b> L'accessibilité des populations des zones sélectionnées, en particulier des groupes les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité est améliorée.	<b>Indicateurs du PNDS/PTD (+ cibles pour 2012)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de fréquentation des services de soins</li> <li>Taux de recouvrement des coûts de fonctionnement hors salaire par département</li> <li>Létalité du paludisme pour 1000 cas : réduction de 31%</li> <li>Taux de couverture vaccinale du PEV (DTCP3) : de 82 à 90%</li> <li>Taux de couverture vaccinale du PEV (VAR)</li> <li>Taux de couverture en consultation prénatale : de 42 à 70%</li> <li>Taux d'accouchements assistés: de 13 à 82%</li> <li>Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes chez les femmes de 15 - 49 ans : de 7 à 15%</li> </ul>	Rapports SNIGS Rapports SNIGS  Rapports DRFI/DIEM Rapports DRF  Rapports DRF  Rapports PNLS/SNIGS Rapports SNIGS/DNPEV Rapports SNIGS Rapports SNIGS Rapports DSF/PNLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptation par le MS du cadre législatif et réglementaire, en tenant compte de la décentralisation administrative</li> <li>Mandat d'un véritable leadership et autonomie locale des EEZS</li> <li>Le lien hiérarchique et fonctionnel entre EEZS et HZ est affirmé</li> <li>Les cinq EEZS et 2 DDS sont dirigés par des MC qui sont suffisamment qualifiés, expérimentés et qui ont fait leur preuve de bonne gestion</li> <li>Les Directeurs des HZS sont qualifiés selon les normes du MS</li> <li>Présence du personnel qualifié dans la ZS, DDS, et l'accompagnement technique</li> <li>Les 2 ATI prévus suite aux</li> </ul>
Objectifs et résultats	Indicateurs et marqueurs de progrès indicatifs (pour liste complète cf. DTF)	Moyens de vérification	Hypothèses
			recommandations de l'audit institutionnel et organisationnel des DDS et ZS (2009) pour développer le rôle des DDS seront installés et opérationnels au moment du démarrage du projet <ul style="list-style-type: none"> <li>Le statut de « ZS pionniers » des cinq ZS du PARZDS est affirmé formellement</li> <li>Volonté des acteurs de s'engager dans une approche d'apprentissage permanente et de capitalisation</li> <li>Capacités au niveau opérationnel pour documenter les expériences</li> <li>Ouverture de la part du MS/DDS à capitaliser les expériences de terrain.</li> <li>Les thèmes transversaux sont systématiquement pris en compte.</li> </ul>
<b>Résultat 1 :</b> L'offre de soins de santé de qualité dans les ZS de Comé, KTL, ADD, Bassila et DOC a été renforcée	<b>Indicateurs du SIS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>% accouchements assistés : 82%</li> <li>le taux de césarienne</li> <li>le taux d'utilisation en consultation curative : 55%</li> <li>durée moyenne de séjour d'hospitalisation : 5j</li> </ul>	Plan Triennal (PT) et le SIS -Info par ZS : DCO 61%, Bassila 75%, KTL 50%, ADD 57% vers 82% -Mono (2%), Couffo (2,9%) -DCO 23% Bassila 37% KTL 23% ADD 24%, Comé 34%  DCO 5,5 Bassila 3,9 KTL 5 ADD 5,5 COME 3,8	<ul style="list-style-type: none"> <li>La volonté des acteurs aux différents échelons de rationaliser les soins ;</li> <li>La priorité donnée aux soins et à la clinique (qui constitue la base de la crédibilité du système des soins de santé) ;</li> <li>Des marchés publics (suivant les procédures nationales) qui sont attribués à temps et à des</li> </ul>

Objectifs et résultats	Indicateurs et marqueurs de progrès indicatifs (pour liste complète cf. DTF)	Moyens de vérification	Hypothèses
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps attente lors recours aux soins insatisfaisants : 30% -&gt;10%</li> <li>• /..... (à confirmer et compléter à partir un choix des indicateurs du SIS lors du démarrage du projet)</li> </ul> <p><b>Marqueurs pour le comportement-clé 'une approche intégré des ZS'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation minimale ('Expect to see'):modules de formation par rapport au modèle de ZS, adapté au contexte béninois, élaborées et utilisées</li> <li>• Réalisation attendue ('Like to see') : Présence des stratégies opérationnelles développées par les acteurs locaux qui mettent en œuvre le concept de ZS intégrée</li> <li>• Réalisation optimale:('Love to see') Des centres d'excellence fonctionnels (CS, HZ) pour illustrer les principes du ZS et servir de lieu de stages ou peer-review</li> </ul> <p><u>NB:</u> Des marqueurs par acteur seront précisés au démarrage du projet</p>	<p>ADD 5,5 COME 3,8</p> <p>Enquête de satisfaction</p> <p>Modules et rapports d'évaluations des formations</p> <p>Stratégies documentées</p> <p>Rapport d'inspection des centres d'excellence</p>	<p>personnes/organisations compétentes, et suivis d'une façon adéquate ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacité de la maîtrise d'ouvrage déléguée de respecter ses engagements du contrat (surtout pour les marchés de réhabilitations) ;</li> </ul>
Résultat 2 : La gestion et la gouvernance des 5 ZS et 2 DDS appuyées ont été renforcées	<p><b>Indicateurs du SIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de ruptures de stock de médicaments (traceur gestion des médicaments) : 15% (2006) à 5%</li> <li>• FoSa avec personnel selon normes : 80 à 90%</li> <li>• Le coût réel d'un accouchement simple dans les normes</li> <li>• /..... (à confirmer et compléter à partir un choix des indicateurs du SIS lors du démarrage du projet)</li> </ul> <p><b>Marqueurs pour le comportement-clé 'gestion scientifique'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation minimale:('Expect to see') : Une série de groupes de travail thématiques fonctionnels autour des défis clés dans chaque DDS.</li> </ul>	<p>PV Revue Sectorielle (RS), Enquêtes, études spécifiques, rapports Fosa</p> <p>Etude des coûts</p> <p>PV groupes thématiques, documents stratég. (OP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volonté et motivation du MS et des DDS/EEZS de mener des réformes importantes, notamment par rapport à la décentralisation et au développement d'une motivation intrinsèque de tous les acteurs pour améliorer la performance du système local de santé. Cette motivation est conditionnée par l'adoption à court terme d'une politique globale de développement et de gestion des RH par le</li> </ul>
Objectifs et résultats	Indicateurs et marqueurs de progrès indicatifs (pour liste complète cf. DTF)	Moyens de vérification	Hypothèses
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation attendue:('Like to see') : Inventaire des recommandations et mesures opérationnelles dans chaque DDS pour améliorer et suivre la qualité du fonctionnement de la ZS</li> <li>• Réalisation optimale:('Love to see') : Présence de dossiers de documentation des expériences/recherche-action basée sur les évidences et avec feedback vers le niveau central</li> </ul> <p><u>NB:</u> Des marqueurs par acteur seront précisés au démarrage du projet</p>	<p>Dossiers de recherche-action/expériences présentées au niveau central</p>	<p>Gouvernement béninois/MS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation par le MS du cadre législatif et réglementaire, en tenant compte de la décentralisation administrative ;</li> <li>• Ouverture de la part du MS à la vérification de la pertinence des normes nationales, entre autres en matière de populations cibles, cadres organiques, PMA/plateau technique, infrastructures ;</li> <li>• Respect des textes concernant le gradient de compétence et d'expérience dans les affectations: un MC par exemple ne peut pas appuyer/superviser l'HZ, si son niveau de qualification et expérience n'est pas supérieure à celui du Directeur de l'HZ ;</li> <li>• Engagement du MS à mettre en œuvre les recommandations de l'audit organisationnel au niveau décentralisé (2009);</li> <li>• Volonté d'une_rationalisation des organigrammes au niveau DDS et ZS, avec une "dé-verticalisation" du système. Responsabilités polyvalentes, selon une organisation intégrée/horizontale ;</li> <li>• Engagement du MS/DDS dans la</li> </ul>

Objectifs et résultats	Indicateurs et marqueurs de progrès indicatifs (pour liste complète cf. DTF)	Moyens de vérification	Hypothèses
			<ul style="list-style-type: none"> <li>planification ascendante conforme au Mamel (2006) ;</li> <li>Disponibilité des cadres aptes à initier et soutenir la vision du MS : pour pouvoir réaliser le développement des ZS et adopter des bons comportements, il faut avoir des cadres disponibles, compétents et motivés ;</li> <li>Stabilité des cadres au niveau du DDS et ZS : arrêt de l'interférence d'affectations irrationnelles (politiques) et mutations trop fréquentes ;</li> <li>Réduction dans le nombre de grèves qui paralysent le secteur de la santé au Bénin ;</li> <li>Pouvoir effectif du MC et des Chefs de Poste pour la gestion des RH ;</li> <li>Disponibilité de l'information fiable pour la prise de décision ;</li> <li>La séparation des fonctions comptables, gestionnaires, ordonnateur ;</li> <li>La disponibilité des fonds publics pour le système de santé au niveau décentralisé ;</li> <li>Une harmonisation des primes entre PTF</li> </ul>
Objectifs et résultats	Indicateurs et marqueurs de progrès indicatifs (pour liste complète cf. DTF)	Moyens de vérification	Hypothèses
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Ouverture de la part du MS/DDS à capitaliser les expériences de terrain.</li> </ul>
<b>Résultat 3 : La contribution de la population à la structuration de la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée</b>	<p><b>Indicateurs du SIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'utilisation en consultation curative : 45% (2008) à 55%</li> <li>Taux d'occupation lits hospitaliers : 75%</li> <li>/..... (à confirmer et compléter à partir un choix des indicateurs du SIS lors du démarrage du projet)</li> </ul> <p><b>Marqueurs pour le comportement-clé 'dialogue interpersonnel'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation minimale ('Expect to see') : nombre d'acteurs clés dans la ZS et de la DDS formés par rapport à un cycle de formation orienté vers le savoir-faire (dialogue communautaire en particulier)</li> <li>Réalisation attendue : ('Like to see') : % des superviseurs ('interviseurs') et des directeurs (DDS/ZS) répondant aux critères d'un accompagnateur et d'un facilitateur</li> <li>Réalisation optimale : ('Love to see') : nombre d'acteurs de côté de l'offre (formations sanitaires) et de la demande (société civile) répondant aux critères d'un accompagnateur et d'un facilitateur par rapport à sa gestion interne et ses relations envers les autres acteurs ou les personnes et communautés utilisatrices des services (consultation centrée vers le patient, intervision, facilitation de l'équipe et du réseau communautaire....)</li> </ul> <p><b>NB :</b> Des marqueurs par acteur seront précisés au démarrage du projet</p>	<p>SIS</p> <p>DCO : 69% Bassila :47% KTL 43%, ADD 45% (2008)</p> <p>Modules et rapports de formation</p> <p>Interview des acteurs, rapports d'activité de l'assistance technique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le cadre général de la co-gestion communautaire et le rôle des communes est revu et spécifié.</li> <li>Volonté mutuelle de la part des prestataires et des utilisateurs de s'engager dans un dialogue constructif ;</li> <li>Réelle représentativité des représentants de la population ;</li> </ul>

Objectifs et résultats	Indicateurs et marqueurs de progrès indicatifs (pour liste complète cf. DTF)	Moyens de vérification	Hypothèses
Résultat 4 : Les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DDS sélectionnés	<b>Indicateurs du SIS</b> <i>Pas des indicateurs définis dans le SIS en relation avec ce résultat</i>	Document avec TdR des différents partenaires  PV réunions  PV réunions Inventaire des activités conjointes dans les rapports d'activité des différents secteurs de la commune	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volonté des programmes verticaux de s'aligner sur le système de supervision intégrée au niveau intermédiaire (DDS) ;</li> </ul>
	<b>Marqueurs pour le comportement-clé 'approche systémique'</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation minimale : ('Expect to see') : chaque acteur concerné comprend son rôle dans le système local de santé et celui des autres partenaires</li> <li>Réalisation attendue : ('Like to see') : les différents acteurs sont représentés dans des interfaces de concertation existantes/nouvelles.</li> <li>Réalisation optimale : ('Love to see') : i) bonne qualité du dialogue des interfaces de concertation en termes de préparation, conduite, outputs et suivi des outputs ; ii) des opportunités qui se présentent dans l'environnement des ZS sont inventoriées, saisies et exploitées ('quick wins') par les acteurs pour atteindre les objectifs de développement de ZS</li> </ul>		
	<b>NB :</b> Des marqueurs par acteur seront précisés au démarrage du projet		

Activités	Moyens	Coût (euro)
<b>R 1 : L'offre des soins de santé de qualité dans les ZS de Comé, KTL, ADD, Bassila et DOC a été renforcée</b>	Dans chacune des départements :	<b>6 395 000</b>
A 1.1 Améliorer la couverture physique des services au 1 <sup>o</sup> et 2 <sup>o</sup> échelon.	- Budget d'investissements pour les ZS pour des réhabilitations, gestion des déchets, achat d'équipement médical et bureautique, achat voitures et motos	
A 1.2 Rationaliser les soins et de l'offre de santé (PMA, PCA) dans les centres de santé et à l'Hôpital de Zone (HZ) en y intégrant aussi les activités des programmes verticaux là où c'est utile et faisable	- Budget pour contribution aux frais de fonctionnement du CHD, HZ, CS complémentaire au budget d'Etat	

A 1.3 Rationaliser les soins communautaires : maternités isolées, UVS, stratégie avancée, relais communautaires.	complémentaire au budget d'Etat - Ressources humaines : acteurs concernés, AG, secrétaire, chauffeur, AT en appui technique aux ZS, AT chirurgien (CHD), expertise perle et ponctuelle, budget formation continue  - Software : protocoles thérapeutiques, documents d'organisation des soins, textes législatifs, rapports, études, documents de référence santé publique (développement d'une ZS) ...	
A 1.4 Renforcer le système de référence et de contre-référence au niveau de la ZS jusqu'au niveau du CHD		
A 1.5 Intégrer et/ou consolider les acquis du programme PASTAM au niveau de chaque ZS		
A 1.6 Instaurer un système assurance globale de la qualité des soins au niveau de la ZS.		
A 1.7 Mettre en place un système de gestion des déchets médicaux et non-médicaux au niveau des Centre de santé et l'HZ		
<b>R2 : La gestion et la gouvernance des 5 ZS et 2 DDS appuyées ont été renforcées</b>	Dans chacun des départements :	<b>3 880 000</b>
A 2.1 Appuyer la réforme au niveau des organes de gestion au sein du DDS et ZS en clarifiant/actualisant/vulgarisant les textes et en testant des modes d'organisation interne alternatifs	- Budget d'investissements pour service de maintenances, services administratifs dans les DDS/ZS pour des petites réhabilitations, achat d'équipement et bureautique, achat voitures et motos	
A 2.2 Stimuler une dynamique de travail en équipe et la gestion style 'accompagnateur' d'une équipe au niveau des EEZS, DDS, COGES, COGEHZ, COSA	- Budget pour contribution aux frais de fonctionnement des équipes de gestion au niveau du DDS et au sein de la ZS	
A 2.3 Clarifier le concept du développement de ZS, avec l'élaboration d'une vision stratégique à moyen terme au niveau de chaque ZS en tenant compte du rôle des communes (organiser l'intercommunalité)	- Ressources humaines : acteurs concernés, AG, secrétaire, chauffeur, AT en appui technique au DDS, AT en appui aux ZS, expertise perle et ponctuelle, budget formation continue	
A 2.4 Renforcer les capacités managériales des EEZS/DDS, notamment en planification, suivi et évaluation, et gestion des marchés publics	- Software : textes législatifs, procédures, rapports, études, documents de référence en gouvernance, gestion, dynamique d'équipe, et en santé publique...	
A 2.5 Développer des stratégies opérationnelles à la portée des ZS pour assurer la présence d'un personnel motivé et compétent		

A 2.6	Améliorer la transparence et l'efficacité dans la gestion financière et la tarification		
A 2.7	Mettre en place une stratégie (jusqu'au niveau départemental) par rapport à la maintenance et la gestion du patrimoine		
A 2.8	Renforcer la disponibilité des MEG de bonne qualité au niveau de la ZS		
<b><u>R3 : La contribution de la population par rapport à la demande des soins de santé de qualité est mieux organisée</u></b>		Pour chaque département : - Budget d'investissement pour équipement de bureau et matériel roulant - Budget pour contribution aux frais de fonctionnement des activités de la demande - Ressources humaines : acteurs concernés de l'offre et de la demande, AG, secrétaire, chauffeur, AT en appui au volet demande, expertise perle et ponctuelle, budget formation continue - Software : rapports, études, documents de référence sociologiques et santé publique (organisation volet demande)	<b>2 2465 000</b>
A 3.1	Renforcer et améliorer le fonctionnement des organes de gestion		
A 3.2	Développer une dynamique de réseautage communautaire afin d'assurer une réelle participation et un pouvoir de négociation significatif		
A 3.3	Instaurer une attitude d'écoute et d'empathie vis-à-vis de la population au niveau des prestataires des services de santé et gestionnaires de la ZS pour renforcer la demande		
A.3.4	Appuyer des stratégies alternatives de financement des soins de santé		
<b><u>R 4 : Les liens de collaboration sont renforcés entre tous les acteurs concernés par la santé dans les ZS et DDS appuyées</u></b>		Pour chaque département : - Budget d'investissement pour équipement de bureau - Budget pour contribution aux frais de fonctionnement des activités de la mise en réseau - Ressources humaines : tous acteurs concernés par la santé au niveau des ZS/DDS, appui par l'ensemble des AT, expertise perle et ponctuelle, budget formation continue	<b>1 779 000</b>
A 4.1	Dynamiser la concertation au niveau départemental		
A.4.2	Renforcer la synergie et collaboration avec les services publics décentralisés et les communes		
A 4.3	Renforcer l'échange des expériences et le développement des stratégies novatrices avec d'autres PTF et des institutions de recherche (CRAMS, LASDEL, IRSP, FSS, UP, bureaux d'études)		
A 4.4	Améliorer le lien secteur public – secteur privé en termes de régulation, concertation, collaboration (synergie et complémentarité)	formation continue - Software : textes législatifs, rapports, études, documents de référence gouvernance et santé publique ...	
A 4.5	Améliorer la qualité des interactions en renforçant la capacité en plaidoyer		

## Marqueurs de progrès

FEUILLE DE SUIVI N°2 : JOURNAL DES INCIDENCES : DDS						
<b>Incidences visée :</b>						
La DDS renforce son fonctionnement interne et les mécanismes de suivi-évaluation des activités vis-à-vis de tous les acteurs du SYLOS. Elle apporte l'appui technique aux ZS et au CHD et assure la coordination de toutes les activités départementales dont le processus de planification ascendante. Elle joue son rôle de médiation entre le niveau central et la ZS en termes de clarification des textes et la capitalisation des initiatives porteuses.						
Période de janvier à décembre 2012			Personne en charge de la collecte: ATI Coresponsable PARZS AD			
<b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:</b>						
<b>Situation Inchangée (SI) :</b> Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
<b>Faible (F):</b> Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
<b>Moyen(M) :</b> Quelques réalisations, des efforts du PaLi mais non suffisants pour induire les changements attendus						
<b>Elevé (E):</b> Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des PaLi indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N° M P	Marqueurs de progrès	Niveau de réalis.	Principaux événements	Date s	Actions correctrices ou recommandation	Support s/ documents
On s'attend à ce que la DDS :						
1	Adopte un style d'accompagnateur des ZS (Points focaux, document d'accompagnement, les cahiers des charges des PF, description des postes, élaboration du calendrier des grandes instances....)	E				
2	Élabore un recueil de textes de référence actualisés et mis à la disposition des acteurs-clefs du SYLOS	E				
3	Organise la documentation systématique des bonnes pratiques et des initiatives;	M				
4	Fasse un plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des élus locaux, du MS et des PTF pour leur répartition équitable	E				

On <u>souhaite</u> que la DDS					
1	Elabore et mette en œuvre un plan de suivi-évaluation	E			
2	Appuie à l'élaboration et à la mise en œuvre des micro-plans et plans de résolution issus respectivement des monitorings et des supervisions	E			
3	Fasse le contrôle de gestion financière, matérielle et administrative au niveau des CS, HZ, BZ et du CHD	M (en cours au niveau des hôpitaux seulement)			
4	Organise annuellement une journée d'échange pour la capitalisation des bonnes pratiques	F (retraites bilan de la DDS)			
5	Forme les agents suivant un plan de formation préalablement élaboré	SI			
6	Élabore et mette en œuvre un plan de maintenance des infrastructures et des équipements des FS	SI			
On <u>aimerait beaucoup</u> que la DDS					
1	Coordonne l'élaboration des PTA/PTD uniques consolidés intégrant toutes les structures en utilisant la méthode de planification ascendante	F			Formation MBB prévue en 2012 mais non réalisée à cause des campagnes de vaccination de décembre
2	Tienne régulièrement les réunions statutaires départementales conformément au calendrier des grandes instances	E (95% de rencontres tenues)			Existence d'un calendrier des grandes instances à l'image de celui du MS
3	Retienne les initiatives porteuses pour alimenter les politiques nationales et les disséminer à l'interne	F			
<b>Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs</b>					
<b>Stratégie d'accompagnement des ZS par l'équipe de la DDS (fonctionnement et développement) ; renforcement organisationnel et institutionnel : réduction significative (de X%) des dysfonctionnements dans la DDS et ses relations avec son environnement</b>					
<b>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites).</b>					



**FEUILLE DE SUIVI N°2 : JOURNAL DES INCIDENCES : EEZS**

**Incidences visée :**  
Les EEZS organisent régulièrement les réunions statutaires, assurent le suivi des décisions prises, réalisent la supervision et le monitoring, la planification ascendante conformément au manuel de procédures conçu à cet effet. Pour ce faire, elles renforcent le lien avec le sous-système du SYLOS.

**Période de ... à ...** **Personne en charge de la collecte:**

**Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:**  
**Situation Inchangée (SI) :** Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès  
**Faible (F):** Timides initiatives vers la réalisation du marqueur  
**Moyen(M) :** Quelques réalisations, des efforts du PaLi mais non suffisants pour induire les changements attendus  
**Elevé (E):** Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des PaLi indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès

N° M P	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation.	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports /document
--------------	----------------------	------------------------	-----------------------	-------	--	--------------------

On **s'attend** à ce que l'EEZS:

1	Organise les réunions statutaires de coordination avec implication de tous les acteurs.	M			Comité de santé, réunions mensuelles EEZS, restitution aux élus locaux (Bassila), comité de gestion HZ, CODIR communaux. Pas de calendrier des instances intégrant celles du MS, ni de la DDS	
2	Elabore un plan de gestion des déchets biomédicaux, le mette en œuvre, le suivre et l'évaluer	F			Plans des CS élaborés, formation des agents effectuée. Pas de suivi ni évaluation	
3	Organise les supervisions/monitorings, élabore des micro-plans et plans de résolution issus respectivement des monitorings et supervisions ainsi qu'à leur mise en œuvre et fasse la restitution aux différents acteurs.	M			Monitoring classique oui, supervisions non. Formation sur les nouveaux outils de supervision/monitoring en 2012 + LQAS dans la ZS DCO dans AD et les 3 ZS du MC. Amélioration avec l'introduction du monitoring + à partir de 2013	
4	Assure la disponibilité en médicaments essentiels, vaccins et produits sanguins	F			Disponibilité en MEG est réelle mais IOV pas calculé ni suivi	
5	Mette en place un système de référence et de contre référence fonctionnel	F			Système de référence non suivi, non documenté Responsabiliser les ATR-C et AG ZS	

On **souhaite** que l'EEZS :

1	Fasse la restitution systématique des résultats des supervisions et monitorings aux acteurs dans les délais requis,	M			Monitoring 2 fois/an dans les ZS ; toutefois suivi des résolutions des problèmes non systématique La supervision est irrégulière, non documentée et sans suivi	
---	---	---	--	--	---	--

2	Organise un inventaire périodique du dépôt répartiteur, des pharmacies de gros et de détails et fasse le suivi des activités du poste de transfusion sanguine	M			Aspects financiers oui mais toutefois la documentation sur la disponibilité des intrants reste faible	
3	Réalise des contrôles de gestion réguliers	M			CS oui mais pas HZ	
4	Analyse les données collectées avec rétro-information aux différents acteurs	M			Monitorings et inventaires, revue des performances, CDEEP Pas de restitution régulière aux élus locaux ni aux services déconcentrés de l'Etat comme la DDS le fait à la CAD	
5	Analyse périodique des données collectées sur la référence et la contre référence avec rétro-information aux différents acteurs	SI			Analyse est faite mais le rythme est irrégulier	
6	Assure l'appui technique des formations sanitaires périphériques	F			Absence de plan de F/R, formations spécifiques périodiques surtout par les PTF/ONG. Pas de supervisions régulières, HZ ne joue pas son rôle d'appui technique aux CS	
On <b>aimerait beaucoup</b> que l'EEZS :						
1	Atteigne un niveau optimal de management des rencontres (Respect du calendrier des réunions statutaires, gère efficacement le temps, procède à des prise de décisions claires et participatives, communique efficacement, exécute les décisions et recommandations issues des réunions...)	F				
2	Gère de façon intégrée les déchets biomédicaux.	SI				
3	Que le Monitoring soit couplé au LQAS et assure la mise en œuvre à temps des recommandations issues de toutes les activités de suivi au niveau de la ZS	F				
<b>Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs</b>						
<b>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites).</b>						

**FEUILLE DE SUIVI N°2 : JOURNAL DES INCIDENCES : CHD**

**Incidences visée :**  
 En sa qualité d'hôpital de deuxième niveau de référence, le CHD organise et gère correctement les références/contre-références, la prise en charge des cas obstétricaux-chirurgicaux, et assure l'accompagnement technique requis des HZ.

**Période de .... à ....** **Personne en charge de la collecte:**

**Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:**  
**Situation Inchangée (SI) :** Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès  
**Faible (F):** Timides initiatives vers la réalisation du marqueur  
**Moyen(M) :** Quelques réalisations, des efforts du PaLi mais non suffisants pour induire les changements attendus  
**Elevé (E):** Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des PaLi indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès

N° M P	Marqueurs de progrès	Niveau de réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandations	Supports/ documents
--------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	-------	---	---------------------

On **s'attend** à ce que :

1	Les prestataires du CHD connaissent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins et d'accueil.	M	Formation sur l'accueil, guide de bonnes pratiques disponible.			
2	Les prestataires du CHD sont à l'écoute des clients.	?				
3	Le CHD présente des rapports financiers transparents et à bonne date.	F				
4	Le CHD forme ses prestataires sur l'importance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales, et met à disposition de ses services les supports adéquats.	M				

On **souhaite** que :

1	Les prestataires du CHD décrivent l'importance des normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	F				
2	Les prestataires de soins du CHD assurent un meilleur accueil des usagers en général et dans les consultations en particulier.					
3	Le CHD met en place un système d'analyse des plaintes et suggestions des clients.	SI				
4	Le CHD assure une gestion efficace de ses services.	M				
5	Le CHD dispose d'un système de référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales fonctionnel.	F				

On <b>aimerait beaucoup</b> que :						
1	Les prestataires du CHD appliquent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	?				
2	Les prestataires de soins du CHD assurent un accueil satisfaisant des usagers.	F				
<b>Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs</b>						
<b>Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites).</b>						
<b>FEUILLE DE SUIVI N°2 : JOURNAL DES INCIDENCES : HZ</b>						
<b>Incidences visée :</b>						
En sa qualité d'hôpital de premier niveau de référence, l'HZ organise et gère correctement les références/contre-références, assure la gestion des ressources, la prise en charge des malades et participe à l'accompagnement technique requis des CS.						
<b>Période de ... à ...</b>			<b>Personne en charge de la collecte:</b>			
<b>Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:</b>						
<b>Situation Inchangée (SI) :</b> Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
<b>Faible (F):</b> Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
<b>Moyen(M) :</b> Quelques réalisations, des efforts du PaLi mais non suffisants pour induire les changements attendus						
<b>Elevé (E):</b> Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des PaLi indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
<b>N°</b>	<b>Marqueurs de progrès</b>	<b>Niv. réalisation</b>	<b>Principaux évènements</b>	<b>Dates</b>	<b>Actions correctrices ou recommandation</b>	<b>Support s/ documents</b>
On <b>s'attend</b> à ce que :						
1	Les prestataires de l'HZ connaissent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins et d'accueil.	M	Formation sur l'accueil, guide de bonnes pratiques disponibles			
2	L'HZ met en place un système d'écoute client.	F				
3	L'HZ présente des rapports financiers transparents et à bonne date.	F				
4	L'HZ forme ses prestataires sur l'importance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales, et met à disposition de ses services les supports adéquats	M				
On <b>souhaite</b> que :						

1	Les prestataires de l'HZ décrivent l'importance des normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	M				
2	Les prestataires de soins de l'HZ assurent un meilleur accueil des usagers en général et dans les consultations en particulier.	M				
3	L'HZ met en place un système d'analyse des plaintes et suggestions des clients.	F				
4	L'HZ assure une gestion efficace de ses services.	M				
5	L'HZ dispose d'un système de référence/contre-référence des urgences obstétricales et chirurgicales fonctionnel.	M				
<b>On aimerait beaucoup que :</b>						
1	Les prestataires de l'HZ appliquent les normes éthiques et déontologiques en matière de soins.	M				
2	Les prestataires de soins de l'HZ assurent un accueil satisfaisant des usagers.	M				
<b>Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs</b>						

## 5.2 Cadre logique mis à jour

Actualisation des indicateurs (cf Plan de suivi/évaluation du PARZS)

## 5.3 Aperçu des MoReResults

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Oui
Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Non
Planning de l'EMP	Mrs 2013
Planning de l'évaluation finale	Q4 2014 NA
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	Mars et Juillet 2012

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

Voir annexes jointes au rapport

## 5.5 Ressources

- **Etudes :**
  - Genre et l'accessibilité aux soins (AD),
  - Financement communautaire comme alternative du financement du système de santé
  - OSC
  - Evaluation de l'organisation des services de l'HZ de Comé
- **Plans :**
  - Plan de suivi évaluation du PARZS
  - Plan de Promotion Santé (ZS Comé)
- **Evaluation**
  - Système de référence (ZS Comé)
- **Matériel audiovisuel :**
  - Documentaire PASS
  - Film sur les journées des RC
  - Film sur la journée internationale de la femme rurale (ZS ADD)
  - Films et photographies des constructions (avant-après)
  - Emission radio, brochures et affiches, collecte de témoignages pour les activités de PF (MC)
- **Articles :**
  - Article sur le site internet du MS : Rencontre des points focaux documentation et capitalisation des zones sanitaires du Mono Couffo
  - Articles dans le bulletin mensuel de la CTB : Des infrastructures sanitaires qui changent la vie des communautés ! La sécurité transfusionnelle en pédiatrie et à la maternité : Un défi pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement au Bénin ; Genre et planification familiale au Bénin : Un défi pour tous
  - Articles dans le clin d'œil: Genre et mutuelle : La recette miracle ? Cap sur la déclaration des naissances au PARZS ; Bientôt le FBR dans les Zones Sanitaires du PARZS ;
  - Articles dans le livret KIT : 13 articles parmi lesquels on peut citer : Une approche communautaire d'identification des indigents ; Stratégie de collecte des cotisations pour les mutuelles par les agents commerciaux ; Amélioration de la disponibilité des produits sanguins

## 5.6 Décisions prises par la SMCL et suivi

Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	Période d'identif	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Indiquer dans les différents rapports annuels des Projets les taux d'exécution physique financière des contributions des deux parties belges et béninoises	24 Fév 2012		Rapports trimestriel	PARZ S AIMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration faite des taux financiers</li> <li>Le canevas du rapport n'inclut plus les taux physiques</li> </ul>	Coordinateur technique PARZS	20 janv. '13	Réalisé	Actuel
Accélérer les procédures de mise en place des accords d'exécution et organiser une communication efficace à ce sujet.	24 Fév 2012			PARZ S CTB	Accords d'exécution remplacés par les Accords de Performance (AP)	RR		AP avec EEZS signés en octobre '12	Actuel
Assurer le respect strict de la feuille de route relative à la réalisation des infrastructures élaborée à l'issue de la rencontre de Bohicon du 02 décembre 2011	24 Fév 2012		Document de Bohicon disponible	AIMS PARZ S SGM MEF	Suivi de proximité en collaboration avec : Représentation, AIMS, points focaux MS, MEF	SGM	En continu	Il a été impossible de suivre la feuille de route, toutefois amélioration du traitement des dossiers MP	Actuel
Prendre les dispositions pour que le FBR soit mis en œuvre par le PARZS	24 Fév 2012	Q2-Q3	Rapports	PARZ S	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboration de documents d'orientation</li> <li>Imprégnation des EEZS, mairies, DDS</li> <li>Elaboration des AP et signatures</li> </ul>	RR	En continu	AP des EEZS signés, plans de résultats des CS et HZ en préparation lancement officiel en janvier 2013	Actuel
Initier/ et ou maintenir une communication permanente avec les différents acteurs locaux dans la mise en œuvre du PARZS afin	24 Fév 2012			PARZ S	Réaliser : restitutions aux élus locaux + autres acteurs du SYLOS par les EEZS. Par équipe DDS lors	Coordinateur technique PARZS	En continu	Réalisé : au moins 10 forum de restitution	Actuel

Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	Période d'identif	Timin g	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
d'obtenir l'appui de l'ensemble desdits acteurs à la mise en œuvre des actions du projet, notamment les élus locaux, maires, la CAD					des CDEEP, CAD, table ronde des partenaires.				
Procéder au lancement de tous les marchés publics prévus pour le compte de l'année 2012 avant la fin du premier trimestre 2012	24 Fév 2012			PARZ S/AIMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi de proximité des étapes avec l'appui de la représentation et AIMS</li> <li>• Recrutement des ATN/MO</li> </ul>	Direction PARZS	En continu	Réalisé à 50%	Actuel
Assurer la désignation d'un Point Focal (PF) au sein du MS qui sera chargé du suivi des marchés publics des projets CTB en vue d'accélérer le processus	24 Fév 2012	Cf. AIMS		PARZ S/AIMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nomination faite</li> <li>• PF très active</li> <li>• Suivi amélioré des dossiers</li> </ul>			Réalisé	Terminé
Faire le point récapitulatif de tous les marchés publics avec des propositions de mode de passation à soumettre à l'autorisation du MEF	24 Fév 2012			AIMS et PARZ S	Le PARZS est resté dans la cogestion avec suivi de proximité (PARZS + AIMS) avec appui de la représentation et des points focaux des Ministères concernés	Direction PARZS	En cas de nécessité	Prise de mesures conservatrices pour rester dans la cogestion	Actuel
Prendre en compte dans l'ensemble des projets le genre dans le cadre de l'exécution des activités programmées.	24 Fév 2012			AIMS/PARZ S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation sur le genre dans le cadre des activités de la demande</li> <li>• Prise en compte dans le renouvellement des organes de cogestion</li> </ul>	Direction PARZS		Réalisé	Actuel



Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	Période d'identif	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
					• Réalisation d'1 étude				
Explorer la possibilité de construire un autre type d'incinérateurs plus performants dans les FOSA	24 Fév 2012			PARZ S/ AIMS	(Monfort amélioré) : 25 livrés, 9 : processus en cours	Direction PARZS		Réalisé	Actuel
Appliquer recommandations des différentes missions d'audit par les équipes de projet concernées à travers une feuille de route dûment établie	24 Fév 2012	Toute l'année		AIMS / PARZ S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration d'une fiche de recommandations</li> <li>• MEO progressive</li> <li>• Suivi régulier par la direction PARZS</li> </ul>	Direction PARZS		Réalisé	Terminé
Veiller à un rapportage succinct et cohérent de l'état d'avancement du projet en mettant l'accent sur les résultats à obtenir et les retards dans l'exécution	20 juillet 2012	Q3-Q4		PARZ S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi des différents canevas</li> <li>• Accent sur résultats, facteurs favorables et dysfonctionnements + mesures correctrices</li> </ul>	Direction PARZS		Réalisé	Actuel
Organiser le suivi rapproché de l'exécution des marchés publics jusqu'à leur aboutissement	20 juillet 2012	Q3-Q4		AIMS / PARZ S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recrutement des ATN/MO</li> <li>• Recrutement de bureaux de contrôle</li> <li>• Contacts réguliers avec Points Focaux des ministères</li> <li>• Contact permanent avec équipe de la représentation</li> </ul>	Direction PARZS		Réalisé	Actuel
Mettre en place un mécanisme d'information/implication des Préfets dans le suivi de l'exécution des marchés publics	20 juillet 2012	Q3-Q4		PARZ S/AIMS	Transmission de documents aux préfets	Direction PARZS		Réalisé	Actuel

Décision à prendre					Action		Suivi		
Décision à prendre	Période d'identif	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Elaborer les cahiers de charge des ATR Chirugiens dans la perspective du renouvellement de leur contrat	20 juillet 2012	Q3		PARZ S	<ul style="list-style-type: none"> <li>TdR élaborés et validés par le MS et la représentation</li> <li>Contrats renouvelés pour une 2ème phase de 18 mois</li> </ul>	Direction PARZS		Réalisé	Terminé

## Annexes

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

Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111						
Project Title : <b>Projet d'appui au renforcement des zones de santé</b>						
Planning Version: <b>2012Q4</b>						
End date last closing : <b>31/12/2012</b>						
Currency : <b>EUR</b>						
Status	Fin Mode	Forecast 2012 (version 2012Q4)	Actual Expenses YtM	Planning vs actuals	% Exec	
	REGIE	58,02	54,48	1,54	97%	
	COGES	0,94	2,74	-1,80	291%	
	COGES	189,83	228,59	-38,96	121%	
	COGES	102,40	117,08	-14,68	114%	
<b>02 L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la</b>		<b>238,27</b>	<b>205,28</b>	<b>33,01</b>	<b>86%</b>	
	REGIE	0,00	0,00	0,00	?	
	COGES	2,93	2,93	0,00	100%	
	COGES	31,95	32,08	-0,11	100%	
	COGES	203,39	170,27	33,12	84%	
<b>03 L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la</b>		<b>277,96</b>	<b>243,78</b>	<b>34,18</b>	<b>88%</b>	
	REGIE	14,84	14,78	0,06	100%	
	COGES	0,00	0,00	0,00	?	
	COGES	0,24	-0,93	1,17	-388%	
	COGES	262,88	229,93	32,95	87%	
<b>04 L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la</b>		<b>202,97</b>	<b>181,69</b>	<b>21,28</b>	<b>90%</b>	
	REGIE	15,59	15,40	0,19	99%	
	COGES	0,82	0,12	0,70	15%	
	COGES	15,46	12,32	3,14	80%	
	REGIE	1.776,32	1.630,85	145,47	92%	
	COGEST	2.621,91	2.763,64	-141,73	105%	
<b>TOTAL</b>		<b>4.398,23</b>	<b>4.394,49</b>	<b>3,74</b>	<b>100%</b>	

Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111 Printed on vrijdag 25 januari 2013 page: 2

Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111						
Project Title : <b>Projet d'appui au renforcement des zones de santé</b>						
Planning Version: <b>2012Q4</b>						
End date last closing : <b>31/12/2012</b>						
Currency : <b>EUR</b>						
Status	Fin Mode	Forecast 2012 (version 2012Q4)	Actual Expenses YtM	Planning vs actuals	% Exec	
<b>A VOLET SOUS-PROJET DONGA</b>		<b>474,44</b>	<b>441,98</b>	<b>32,46</b>	<b>93%</b>	
<b>01 L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la</b>		<b>222,77</b>	<b>227,65</b>	<b>-4,88</b>	<b>102%</b>	
	REGIE	45,85	43,69	2,16	95%	
	COGES	4,84	4,56	0,28	94%	
	COGES	143,09	152,05	-8,96	106%	
	COGES	28,99	27,35	1,64	94%	
<b>02 L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la</b>		<b>174,23</b>	<b>149,98</b>	<b>24,25</b>	<b>86%</b>	
	REGIE	24,25	24,10	0,15	99%	
	COGES	1,86	2,55	-0,69	137%	
	COGES	53,70	58,47	-4,77	109%	
	COGES	94,42	64,86	29,56	69%	
<b>03 L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la</b>		<b>77,44</b>	<b>64,35</b>	<b>13,09</b>	<b>83%</b>	
	REGIE	0,00	0,00	0,00	?	
	COGES	0,00	0,27	-0,27	?	
	COGES	6,53	6,53	0,00	100%	
	COGES	70,91	57,55	13,36	81%	
<b>B VOLET SOUS-PROJET MONO COUFFO</b>		<b>1.088,19</b>	<b>1.033,62</b>	<b>34,57</b>	<b>97%</b>	
<b>01 L'offre des soins de santé de qualité (R1), la gestion et la</b>		<b>348,99</b>	<b>402,89</b>	<b>-53,90</b>	<b>115%</b>	
	REGIE	1.776,32	1.630,85	145,47	92%	
	COGEST	2.621,91	2.763,64	-141,73	105%	
<b>TOTAL</b>		<b>4.398,23</b>	<b>4.394,49</b>	<b>3,74</b>	<b>100%</b>	

Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111 Printed on vrijdag 25 januari 2013 page: 1

## Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111

Project Title : **Projet d'appui au renforcement des zones de santé**

Planning Version: **2012Q4**  
 End date last closing : **31/12/2012**  
 Currency : **EUR**

	Status	Fin Mode	Forecast 2012 (version 2012Q4)	Actual Expenses YtM	Planning vs actuals	% Exec
04 Accords d'exécution ZS Alphahoué		COGES	171,10	153,85	17,25	90%
<b>C VOLET SOUS-PROJET FACILITÉS</b>			<b>457,23</b>	<b>484,69</b>	<b>-27,46</b>	<b>106%</b>
01 La contribution de la population par rapport à la			250,00	238,93	11,07	96%
01 Personnel local (AG, secrétaire, chauffeur)		REGIE	44,37	44,02	0,35	99%
02 Maintenance et entretien véhicules		REGIE	5,16	7,28	-2,12	141%
03 Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)		REGIE	40,32	47,69	-7,37	118%
04 Accords d'exécution société civile + expertise		REGIE	160,15	139,94	20,21	87%
02 La contribution de la population par rapport à la			207,23	245,76	-38,53	119%
01 Personnel local (AG, secrétaire, chauffeur)		REGIE	59,59	58,43	1,16	98%
02 Maintenance et entretien véhicules		REGIE	2,24	4,52	-2,28	202%
03 Fonctionnement (incl missions, séminaires, formations)		REGIE	41,03	47,67	-6,64	116%
04 Accords d'exécution société civile + expertise		REGIE	104,37	135,14	-30,77	129%
<b>D VOLET COMMUN</b>			<b>1.589,09</b>	<b>1.627,90</b>	<b>-38,81</b>	<b>102%</b>
01 Investissements directs ZS + Investissements équipes de			1.589,09	1.627,90	-38,81	102%
01 Constructions et réhabilitations ZS		COGES	1.013,05	1.243,19	-230,14	123%
02 Equipements médicaux ZS + centres de maintenance		COGES	97,83	112,53	-14,90	115%
03 Matériel roulant ZS		COGES	0,94	0,94	0,00	100%
04 Informatique / Bureautique ZS		COGES	124,21	83,83	40,38	67%
		REGIE	1.776,32	1.630,85	145,47	92%
		COGEST	2.621,91	2.763,64	-141,73	105%
		<b>TOTAL</b>	<b>4.398,23</b>	<b>4.394,49</b>	<b>3,74</b>	<b>100%</b>



Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111 Printed on vrijdag 25 januari 2013

page: 3

## Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111

Project Title : **Projet d'appui au renforcement des zones de santé**

Planning Version: **2012Q4**  
 End date last closing : **31/12/2012**  
 Currency : **EUR**

	Status	Fin Mode	Forecast 2012 (version 2012Q4)	Actual Expenses YtM	Planning vs actuals	% Exec
05 Equipements bureaux des DDS, ZS et Facilités		REGIE	23,50	23,90	-0,40	102%
06 Véhicules DDS (2), ZS (5) et Facilités (2)		REGIE	307,26	121,26	186,00	39%
07 Matériel roulant ZS		REGIE	0,00	10,87	-10,87	?
08 Suivi et contrôle maîtrise d'oeuvre des constructions		REGIE	22,50	31,38	-8,88	139%
<b>( RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX 5% TOTAL ACTIVITÉS)</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>?</b>
01 Réserve budgétaire			0,00	0,00	0,00	?
01 Réserve budgétaire COGESTION		COGES	0,00	0,00	0,00	?
02 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	0,00	0,00	0,00	?
<b>I MOYENS GÉNÉRAUX</b>			<b>809,28</b>	<b>808,30</b>	<b>2,98</b>	<b>100%</b>
01 Assistance Technique			793,76	790,08	3,68	100%
01 Assistants techniques DDS, Facilités		REGIE	541,05	541,52	-0,47	100%
02 Assistants techniques ZS et CHD		REGIE	247,75	241,56	6,19	98%
03 Assistant Technique Junior		REGIE	4,96	7,00	-2,04	141%
02 Audit, suivi et évaluation			15,52	16,22	-0,70	105%
01 Evaluation (2 experts/mission) y compris baseline thèmes		REGIE	1,00	1,00	0,00	100%
02 Audit		REGIE	14,50	14,50	0,00	100%
03 Backstopping		REGIE	0,02	0,72	-0,70	3800%
04 Communication for development		REGIE	0,00	0,00	0,00	?
		REGIE	1.776,32	1.630,85	145,47	92%
		COGEST	2.621,91	2.763,64	-141,73	105%
		<b>TOTAL</b>	<b>4.398,23</b>	<b>4.394,49</b>	<b>3,74</b>	<b>100%</b>



Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111 Printed on vrijdag 25 januari 2013

page: 4

## Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111

Project Title : **Projet d'appui au renforcement des zones de santé**  
 Planning Version: **2012Q4**  
 End date last closing : **31/12/2012**  
 Currency : **EUR**

	Status	Fin Mode	Forecast 2012 (version 2012Q4)	Actual Expenses YtM	Planning vs actuals	% Exec
<b>99 Conversion rate adjustment</b>			0,00	0,00	0,00	?%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,00	0,00	?%
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00	0,00	0,00	?%

		REGIE	1.776,32	1.630,85	145,47	92%
		COGEST	2.621,91	2.763,64	-141,73	105%
		<b>TOTAL</b>	<b>4.398,23</b>	<b>4.394,49</b>	<b>3,74</b>	<b>100%</b>



Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of BEN0902111 Printed on vrijdag 25 januari 2013

page: 5