

## **Rapport Annuel 2004**

de janvier au 30 septembre 2004  
pour  
USAID/Bénin  
*Contract No. 680-C-00-04-00039-00*

Soumis par  
University Research Co., LLC  
Janvier 2005

### **Distribution:**

Francine Nicoué, USAID/Benin  
Kathleen Bridges, USAID  
Modupe Broderick, USAID/Benin  
Pascal Zinzindohoue, USAID/Benin  
Emmanuele Houndekon, ABPF  
Abdoulaye Souley, DDSP/Borgou/Alibori  
Aguima Tankoano, PROSAF *Phase Transitoire*  
Médecins Coordinateurs, Borgou/Alibori  
Siri Wood, PATH  
Jim Cawley, CLUSA  
Jim Alrutz, CLUSA  
Tisna Veldhuyzen van Zanten, URC  
File

Table de Matière

<b>SIGLES</b> .....	<b>III</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>2. REVUE ET ANALYSE DES PERFORMANCES</b> .....	<b>5</b>
2.1 RESULTAT INTERMEDIAIRE 1 : ENVIRONNEMENT POLITIQUE AMELIORE .....	8
2.2 RESULTAT INTERMEDIAIRE 2 : L'ACCES AUX SERVICES ET AUX PRODUITS DE SANTE FAMILIALE EST ACCRU .....	38
2.3 RESULTAT INTERMEDIAIRE 3 : LA QUALITE DES SERVICES EST AMELIOREE .....	46
2.4 RESULTAT INTERMEDIAIRE 4 : LA DEMANDE DES SERVICES ET DES MESURES PREVENTIVES DE SANTE FAMILIALE EST ACCRUE .....	53
<b>3. GESTION DU PROGRAMME</b> .....	<b>62</b>
3.1 APPUI A LA DDSP ET AUX ZONES SANITAIRES .....	62
3.2 PERSONNEL .....	63
3.3 GESTION DES EQUIPEMENTS ET DU MATERIEL .....	63
3.4 GESTION DES CONSULTANTS ET AUTRE APPUI TECHNIQUE.....	63
3.5 GESTION DES CONTRATS.....	64

**TABLEAUS**

TABLEAU 1: STRUCTURES SANITAIRES DU SECTEUR PUBLIC(106) ET PRIVE(19) QUI RAPPORTENT DES DONNEES AUX EEZS .....	11
TABLEAU 2: INDICE DE PERFORMANCE DES EQUIPES D'ENCADREMENT DES ZONES SANITAIRES.....	25
TABLEAU 3: NOMBRE DE COGEA AYANT UN PLAN D' ACTION BUDGETISE .....	27
TABLEAU 4: ZONES SANITAIRES QUI INCLUENT LES SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE DANS LEUR OUTIL DE SUPERVISION ET DANS LA DESCRIPTION DES TACHES DES AGENTS DE SANTE.....	30
TABLEAU 6: AGENTS DE SANTE FORMES EN PCIME DANS LES QUATRE ZONES SANITAIRES RESTANTES PROPORTION D' AGENTS DE SANTE FORMES EN PCIME PAR ZONE SANITAIRE.....	52
TABLEAU 7: PERFORMANCE EN SUPERVISION FORMATIVE DES CENTRES DE SANTE PAR ZONE SANITAIRE DU BORGOU-ALIBORI AU COURS DU PREMIER, DEUXIEME ET TROISIEME TRIMESTRE 2004 .....	53
TABLEAU 8: COMMUNAUTES/VILLAGES QUI ONT SIGNE UN PROTOCOLE D'ENTENTE AVEC LES CENTRES DE SANTE DANS LES ZONES DE NON-CONCENTRATION .....	58
TABLEAU 9: COGEA/CVS DISPOSANT DE PLANS D' ACTION 2004 & 2005 PAR ZONE SANITAIRE DE NON-CONCENTRATION.....	59
TABLEAU 10: POINT DE LA MISE EN PLACE DES STRUCTURES D'OFFRE DE SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE .....	59
TABLEAU 11: PROPOSITIONS INNOVANTES SUR LES ACTIVITES GENERATRICES DE REVENUS.....	62

## Sigles

AQ	Assurance Qualité
AGR	Activité Génératrice de Revenu
AS	Agent de Santé
ASBC	Agents de Services é Base Communautaire
CADZS	Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CHD	Centre Hospitalier Départemental
COGEA	Comité de Gestion de l'Arrondissement
COGEC	Comité de Gestion de la Commune
CPN	Consultation Prénatal
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé de l'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de la Commune
CVS	Comité Villageois de Santé
DDSP	Directeur Départemental de la Santé Publique
DSF	Direction de la Santé Familiale
EEZS	Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires
ENIAB	Ecole National des Infirmiers et Infirmières du Bénin
IEC	Information, Education, Communication
MCDI	<i>Medical Care Development International</i>
MCDZS	Médecins Coordonnateurs des Zones Sanitaires
MS/CCC	Mobilisation Social/Communication pour le Changement de Comportement
MSP	Ministère de la Santé Publique
OBC	Organisations á base communautaires
ONG	Organisation non-gouvernemental
OIS	Offre intégrée des services de santé familiale
OMS	Organisation Mondiale de Santé
ORTB	Office de Radiodiffusion et Télécommunications du Bénin
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PMP	<i>Performance Monitoring Plan</i>
PROSAF	Programme de Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et L'Alibori
PSS	Projet Santé Suisse
SBC	Services à base communautaire
SEPD	Service d'Etude, Planification et Documentation
SNIGS	Système National d'Information de Gestion Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSF	Services de Santé Familiale
URC	<i>University Research Co, LLC</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

## INTRODUCTION

La mission du Programme de Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou/Alibori (PROSAF) Phase Transitoire est de consolider les acquis de PROSAF et d'aider pérenniser certains résultats ainsi que l'utilisation de certains outils. Mais la pérennisation des résultats de PROSAF passe nécessairement par une appropriation des interventions et outils par les acteurs du système sanitaire du Borgou/Alibori, et en priorité la Direction Départemental de la Santé Publique (DDSP). PROSAF a incorporé cet aspect dans la conception et la mise en œuvre de cette Phase Transitoire.

En effet, dans le cadre de l'élaboration de la proposition d'URC, une rencontre a été organisée avec chaque chef de service de la DDSP du Borgou/Alibori, de l'Ecole National des Infirmiers et Infirmières du Bénin (ENIAB) et du Centre Hospitalier Départemental en vue de recueillir d'une part les impressions de chaque responsable vis-à-vis de la mise en œuvre de la première phase de PROSAF (les points forts et les points faibles), d'autre part de recueillir les domaines prioritaires qui nécessitent une attention particulière de PROSAF dans le cadre d'une prolongation éventuelle du programme. Les attentes des uns et des autres ont été prises en compte dans la proposition élaborée par URC et soumis à l'USAID.

Lors du démarrage de cette Phase Transitoire, l'équipe technique de PROSAF a procédé de la façon suivante :

1. Traduction de tous les documents du programme en français en vue de faciliter leur exploitation par les partenaires.
2. Désignation d'un homologue pour chaque technicien de PROSAF au niveau de la DDSP et des zones sanitaires avec descriptions des responsabilités de chaque homologue.
3. Présentation de l'équipe technique de PROSAF *Phase Transitoire* à la DDSP, au Projet Santé Suisse et à *Medical Care Development International* (MCDI).
4. Présentation du plan d'action, des indicateurs et des *milestones* à la DDSP et aux Médecins Coordonateurs des Zones Sanitaires (MCDZS).
5. Organisation d'une séance d'intégration des activités du PROSAF dans les plans stratégiques et les plans d'action des zones sanitaires et de la DDSP.
6. Rencontre de concertation avec les homologues de la DDSP et les techniciens des autres projets partenaires : Projet Santé Suisse (PSS) et MCDI.
7. Orientation des homologues au niveau des zones sanitaires sur les stratégies de PROSAF en mobilisation communautaire et de communication pour le changement de comportement.
8. Développement d'un cadre méthodologique d'institutionnalisation pour les différents résultats intermédiaire de PROSAF. Ce cadre été utilisé pour les homologues pour la planification des activités.

Cette démarche a permis d'établir un climat de confiance entre la DDSP et la Coordination de PROSAF Phase Transitoire et à en même temps faciliter l'appropriation des activités de PROSAF par la DDSP et les zones sanitaires. La séance d'intégration des activités de PROSAF Phase Transitoire a été décidée par la DDSP et cette séance s'est tenue sous son leadership et avec sa participation effective. De même, le partage des documents de base du programme traduits en Français a facilité la communication entre les différents acteurs et a permis à tout le monde d'être au même niveau d'information dès le départ. Toute activité appuyée par PROSAF est désormais initiée par l'homologue de la DDSP et de la zone sanitaire et le rôle des techniciens du PROSAF consistant à coacher l'homologue et si besoin apporter l'appui financier nécessaire à sa réalisation.

C'est de ce constat que nous avons initié les activités de la Phase Transitoire de PROSAF avec la pleine participation des acteurs du système sanitaire du Borgou/Alibori, condition sine qua none d'une pérennisation des acquis de PROSAF.

## 2. REVUE ET ANALYSE DES PERFORMANCES

Le Rapport Annuel 2004 de PROSAF *-Phase Transitoire* documente et résume les progrès enregistrés par le programme et ses activités techniques majeures durant cette année, en fonction des quatre Résultats Intermédiaires (RI) de PROSAF et des sous-résultats s'y rapportant. Les principales réalisations accomplies par chaque Résultat Intermédiaire sont présentées dans un tableau de l'annexe 1 pour montrer leur contribution spécifique aux Résultats Intermédiaires de l'USAID/Bénin. Des citations de partenaires de PROSAF à tous les niveaux ont été reprises en encadrées dans tout le rapport pour faire ressortir l'impact de certaines activités mises en œuvre durant l'année. De par le fait que cette phase transitoire devra assurer la consolidation des acquis de PROSAF et constituer le début de la pérennisation de certaines stratégies et outils, un tableau sur "les éléments à pérenniser" a été élaboré et constitue l'annexe 2 dans le quel "ce qui reste à faire" pourrait être considéré comme les défis auxquels nous devons faire face durant l'année 2005 qui devra consacrer la fin des activités de la Phase Transitoire.

**Principaux Résultats selon les Résultats Intermédiaires de l'OS2 de l'USAID/Bénin**

<b>RI. 1 : Amélioration de l'environnement politique</b>	<b>RI. 2 : Accès accru aux services et produits de santé familiale</b>	<b>RI.3 : Amélioration de la qualité des services</b>	<b>RI.4 : Augmentation de la demande des services et produits de santé familiale et des mesures préventives</b>
<p>La capacité de gérer de manière plus efficace les ressources humaines, financières et matérielles au niveau de la DDSP et des zones sanitaires est accrue</p> <p>55% des AS des 7 ZS formés en gestion des ressources financières humaines et matérielles</p>	<p>La disponibilité des services et des produits à base communautaire est accrue</p> <p>57% de villages desservis par des ASBC offrant le Paquet minimum de SSF dans les zones</p>	<p>Institutionnalisation de l'Assurance Qualité à tous les niveaux du système de santé du Borgou et l'Alibori</p> <p>100% des hôpitaux du Borgou et Alibori mènent des activités AQ à travers les réseaux d'amélioration clinique et de gestion administrative</p>	<p>Les connaissances et les attitudes favorables aux mesures préventives et aux comportements appropriés sont améliorées*</p> <p>20.000 spectateurs sensibilisés sur le SIDA et la Planification Familiale dans 65 villages à travers à théâtre en langues locales</p> <p>Diffusion de 9 spots et de trois chansons sur la prévention de la diarrhée, les Signes de dangers chez la femme enceinte par six radios communautaires</p>
<p>La capacité de planification et de coordination des activités est renforcée à tous les niveaux du système sanitaire du Borgou/Alibori</p> <p>Indice de Performance des EEZS : 86%</p> <p>96% de structures sanitaires rapportant régulièrement les données aux EEZ</p> <p>La participation de la société civile dans le secteur de la santé est accrue</p> <p>100 % de structure sanitaires avec COGEC</p> <p>100% de COGEA avec un plan</p>	<p>Les capacités de gestion des produits de santé familiale sont accrues au niveau des zones sanitaires</p> <p>71% de points de prestation de service qui estiment correctement et soumettent à temps les commandes de produits clés de santé familiale</p> <p>Les capacités des prestataires des centres de santé public et privé à offrir le paquet minimum de service de santé sont renforcées</p> <p>18% d'agents de santé formés sur l'offre intégrée des services de santé</p>	<p>La capacité des agents de santé à offrir des soins de qualité est accrue</p> <p>42% de prestataires formés en PCIME dans les 4 zones sanitaires à couvrir</p> <p>18 % de prestataires formés sur les nouveaux protocoles intégrés de SF et à l'OIS</p> <p>60 prestataires formés en SONU</p> <p>La supervision formative est institutionnalisée dans le Borgou et l'Alibori</p>	<p>La capacité des EEZS à encadrer les agents de santé et les ASBC pour faire la communication pour le changement de comportement est accrue.</p> <p><b>16 formateurs en IEC/CCC des ASBC formés au curriculum CCC élaboré</b></p> <p><b>Un curriculum sur la prévention du SIDA élaboré et pré-testé par 2 ONGs</b></p> <p><b>5.000 posters et 2.200 cartes conseils sur prévention de la diarrhée produits et distribués aux AS et aux ASBC dans le B/A</b></p> <p><b>13 animateurs radios et 9 chanteurs/griots formés en techniques d'élaboration de spots et de chansons sur la santé familiale</b></p>

d'action	familiale	Indice de performance du système de supervision : 82%	
73% de COGEA qui organisent une réunion formative mensuelle	82% des centres de santé publics et privés du Borgou Alibori offrent le paquet minimum services intégrés de santé familiale		

**\*L'enquête CAP planifiée pour Mai/Juin 2005 nous donnera le niveau de connaissances, les attitudes et pratiques des populations en SF**

## 2.1 Résultat Intermédiaire 1: Environnement Politique Amélioré

### *Principaux résultats*

- Plans pour l'institutionnalisation de la planification ascendante et le renforcement des capacités opérationnelles des zones sanitaires développés et adoptés
- Appui technique au Ministère de la Santé Publique (MSP) en synergie avec PHRplus pour le renforcement de la décentralisation et l'adoption d'une planification intégrée de ses programmes
- Elaboration d'un plan d'institutionnalisation des Services à base communautaire (SBC) et révision des outils de monitoring et de supervision des centres de santé
- Auto évaluation pour l'institutionnalisation des SBC
- Finalisation du *Performance Monitoring Plan* (PMP) et de ses outils de collecte des données
- 24 gestionnaires et comptables des bureaux de zone sanitaire, hôpitaux de zone et centres de santé de commune formés au SYSCOHA
- Procédures et outils de contrôle de la qualité des données des zones sanitaires élaborés
- 23 agents de santé (MCDZS, Statisticiens et responsables de aux statistiques des zones sanitaires du Borgou/Alibori et du Centre Hospitalier Départemental formés au contrôle de qualité des données SNIGS
- 36 Plans d'action budgétisés de Comité de Gestion de l'Arrondissement (COGEA) pour 2005 élaborés à travers des diagnostics participatifs communautaires.
- 91 COGEA ont été renouvelés dans les sept zones sanitaires,
- 212 membres de 30 COGEA formés sur leurs rôles et responsabilités et en gestion et contrôle de gestion.
- Elaboration du module de formation des COGEA sur le plaidoyer
- Suivi des réunions mensuelles des COGEA

### **2.1.1 Sous-Résultat Intermédiaire 1.1 : Les politiques et stratégies sanitaires et leurs mécanismes de mise en œuvre améliorées**

La capacité de gérer de manière plus efficace les ressources humaines, financières et matérielles au niveau de la DDSP et des zones sanitaires est accrue

PROSAF a, au cours de cette année, mis l'accent sur le renforcement des compétences des responsables de la gestion dans les zones sanitaires et leur coaching.

**Renforcement des compétences en gestion.** Vingt quatre (24) gestionnaires et comptables venus de cinq (5) bureaux de zone, quatre (4) hôpitaux de zone et dix (10) centres de santé de commune ont été formés sur le Système Comptable OHADA (SYSCOHA). Les thèmes développés vont des opérations courantes aux états financiers annuels et prévisionnels. La formation a été facilitée par le cabinet de consultation CEPAG. Cette formation a été cofinancée par PROSAF et le Projet Santé Suisse (PSS). Le but visé avec le SYSCOHA est d'harmoniser les pratiques et comportement des Equipes d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS), des hôpitaux de zone et centres de santé de commune par une formation des acteurs sur les mêmes procédures et outils en matière de gestion financière et comptable. Cette formation complète celles antérieures qui ont permis à toutes les zones sanitaires d'automatiser leur gestion financière et matérielle avec la mise en place et l'utilisation des logiciels PERFECTO (gestion financière) et IMO (gestion du matériel). PROSAF et PSS espèrent ainsi garantir la transparence dans la gestion financière et du matériel des zones sanitaires qui est élément de soutien fondamental pour la performance de ces structures.

Le coaching des responsables de la gestion : Il est réalisé régulièrement par PROSAF lors des réunions mensuelles des EEZS et sessions trimestrielles de revue des activités et des indicateurs au cours

desquelles la gestion des crédits délégués et le bilan financier des formations sanitaires prennent une place importante.

**Exemple de performance des zones sanitaires en gestion des activités de santé :**

Au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre, la Directeur Départemental de la Santé Publique (DDSP) et les zones sanitaires ont eu l'opportunité de démontrer leur capacité de gérer les activités de santé lors de la visite de prise de contact du nouveau directeur de l'USAID/Bénin. Cette visite a concerné les activités du dépôt CAME de Parakou, la boutique de INA financée par les Activités Génératrices de Revenu (AGR), la visite du Centre de Santé de la Commune (CSC) de Gamia et une séance de travail avec l'EEZS de Bembèrèkè/Sinendé.

A Ina, le Directeur de l'USAID a pu apprendre que les bénéfices générés par la boutique du Comité de Gestion de la Commune (COGEC) servaient déjà à financer des activités de sensibilisation sur la santé dans les villages. L'entretien avec l'EEZS de Bembèrèkè/Sinendé lui a permis d'appréhender les connaissances acquises par ses membres et les autres agents de santé à travers les différentes activités organisées par PROSAF (sessions de formation en Assurance Qualité, planification, gestion, monitoring des données, équipement informatique et de bureau, supervision formative, etc.). La gestionnaire de l'EEZS a exprimé tout cela en ces termes : « En 1999, quand je suis arrivée ici, je ne savais que faire la gestion. Aujourd'hui, je sais élaborer un plan d'action budget et même discuter des questions de santé à tel point que les sages femmes m'appellent doyenne croyant que je suis sage femme alors que je ne suis que gestionnaire. Tout cela je l'ai appris grâce à l'appui du PROSAF ».



A Gamia (Centre de santé réfectionné avec l'appui de USAID à travers PROSAF), la propreté des locaux, le taux de fréquentation du centre qui a presque quadruplé, l'enthousiasme des agents de santé et des membres COGEC ont fini de convaincre le Directeur de l'impact positif réel des appuis de PROSAF sur les populations. Notons que le COGEC de Gamia, à partir des recettes de son centre rénové a acquis un moulin avec dynamo qui assure l'éclairage du centre pendant la nuit. Cette réalité s'est exprimée à travers les propos suivants de la

sage femme de Gamia : « *La nuit, notre centre est appelé Petit Paris que tout le monde souhaite visiter* »

Cette visite a été une occasion de constater que les efforts faits en matière de gestion des activités de santé ont contribué à l'amélioration des prestations de santé.

Le renforcement de la gestion administrative de la DDSP : Une séance de travail a été organisée avec le chef du service Secrétariat à l'initiative du DDSP Borgou/Alibori qui a souhaité l'amélioration de la qualité des prestations de son secrétariat en vue de donner le bon exemple aux autres services et structures sanitaires placés sous sa responsabilité. Durant cette séance, le point des activités d'amélioration de la qualité des services de secrétariat de la DDSP et de toutes les zones sanitaires a été fait. Il ressort de ce point les éléments suivants :

- La collecte des données devant permettre de mesurer le respect des normes en matière de gestion d'un secrétariat a déjà été réalisée dans tous les bureaux de zones du Borgou/Alibori par le chef secrétariat de la DDSP.
- La collecte des données sur la satisfaction des clients internes du secrétariat de la DDSP est planifiée pour la première semaine du mois d'octobre 2004.
- L'analyse des données collectées s'effectuera durant le mois d'octobre et permettra d'identifier les problèmes prioritaires et fixer les objectifs d'amélioration des services offerts par les secrétariats des structures sanitaires du Borgou/Alibori après avoir défini le profil d'un secrétariat modèle.

Le PROSAF continuera à fournir son assistance technique sous forme de suivi rapproché et de renforcement des capacités du service de secrétariat à travailler en équipe et à conduire une démarche d'amélioration rapide et continue de la qualité de ses prestations.

***La visite des activités du PROSAF par le Comité de Suivi des projets USAID/Bénin*** : Elle a permis au MSP de mieux s'imprégner des réalisations de PROSAF et a fait des recommandations allant dans le sens d'une meilleure implication des EEZS et de la DDSP dans la planification des interventions des partenaires en vue d'une appropriation de ces interventions par les structures décentralisées du MSP pour une pérennisation.

La DDSP et les sept (7) zones sanitaires font régulièrement le monitoring et le reportage de données plus fiables sur les indicateurs de santé familiale

PROSAF a continué son coaching en direction des EEZS afin que les réunions trimestrielles de revue des activités et indicateurs du tableau de bord se tiennent. En dehors de Banikoara qui a déjà tenu sa 2<sup>ème</sup> réunion trimestrielle, toutes les autres l'ont intégré à la réunion de restitution des résultats du monitoring du 1<sup>er</sup> semestre04 prévu en juillet-août04. Par ailleurs, PROSAF a fourni un appui technique aux réseaux d'amélioration (PCIME, SONU, Prévention des infections nosocomiales, Satisfaction des clients) en cours d'implantation dans les zones sanitaires et au Centre Hospitalier Départemental pour qu'ils collectent les données nécessaires pour le calcul des indicateurs de santé familiale qui leur serviront de point de départ pour apprécier l'impact des changements introduits.

Les procédures de collecte des données pour les indicateurs de santé familiale dans les structures sanitaires publiques et privées sont améliorées

*Tableau 1 : Structures sanitaires du secteur public(106) et privé(19) qui rapportent des données aux EEZS*

TABLEAU N°1: INDICE DE PERFORMANCE DES EEZS				
Indicateurs de performance	1 <sup>er</sup> trimestre 2004*	2 <sup>ème</sup> trimestre 2004	3 <sup>ème</sup> trimestre 2004	Observation
Performance EEZS (le critère est rempli)	93%	96%	96%	Parakou N'dali a recruté son statisticien au 3 <sup>ème</sup> trimestre. Le statisticien de Kandi est parti au 3 <sup>ème</sup> trimestre et un nouveau a été recruté en fin de trimestre. Les zones sanitaires de Tchaourou et Bembèrèkè Sinendé n'ont toujours pas de statisticien.

\* Au 1<sup>er</sup> trimestre04, la performance a été évaluée sur 105 structures sanitaires publiques et 14 privées

Le nombre de structures sanitaires du secteur privé qui rapporte des données aux EEZS est passé de 14 au 1<sup>er</sup> trimestre, à 19 au 2<sup>ème</sup> trimestre.

Toutefois il faut noter que seulement 16% des cliniques privées officiellement déclarées et agréées participent à ce processus. La difficulté des EEZS et de la DDSP à mobiliser ces structures est liée au caractère lucratif de ces dernières qui trouvent peu leur compte dans la participation à la collecte des données (cela leur coûte du temps et des ressources additionnelles, voire leur cause des manques à gagner) Beaucoup d'amélioration reste à faire dans ce domaine et les prochaines activités de coaching de PROSAF iront dans ce sens.

***Elaboration des normes, procédures et outils de contrôle de la qualité des données du Système National d'Information de Gestion Sanitaire (SNIGS).***

PROSAF a commis un consultant qui a analysé la qualité des données du SNIGS qui sont collectées par les services de santé publics et privées. Les résultats de cette consultation ont été restitués aux techniciens de PROSAF et aux différents chefs services de la DDSP dont le responsable des données du SNIGS, le SEPD. Il ressort de cette analyse que le degré de fiabilité des données collectées par la zone sanitaire la plus performante en matière de complétude des données du SNIGS (N'Dali/Parakou) n'était que de 56%. Ce faible niveau de qualité des données du SNIGS a amené les différents chefs services de la DDSP à prendre conscience de la nécessité de disposer des données fiables pour supporter les décisions qui sont faites en matière de santé. Ils ont souhaité que PROSAF les appui afin de leur permettre d'avoir des données plus fiables. A cet effet, des normes procédures et outils de contrôle de la qualité des données du SNIGS ont été développés par le consultant qui les a formalisés sous la forme d'un module de formation pour le contrôle de la qualité des données.

***Le processus de contrôle de la qualité des données*** à travers l'utilisation des procédures, normes et outils d'évaluation du niveau de qualité des données SNIGS enseigné aux Médecins Coordonnateurs des Zones Sanitaires (MCDZ) et aux responsables de la gestion des statistiques consiste à vérifier l'inexistence d'erreurs évidentes sur l'échantillon des supports de transmission choisis, de même à vérifier le bon remplissage des registres à usage local pour cet échantillon et enfin à vérifier la cohérence des compilations successives liées à cet échantillon. Pour cela, la méthode la plus appropriée qui a été enseignée est le **LQAS (Lot Quality Assurance Sampling)**. Son mode opératoire présente l'avantage de se fonder sur un échantillonnage aléatoire à faible effectif. Dans le cas précis des données du SNIGS, et ce, pour atteindre un degré de qualité de 95%, l'effectif maximum est de 19 outils remplis. L'étude de ces 19 outils permettra de décider avec un risque d'erreur de 7%, si le niveau de qualité de 95% est atteint ou pas. Ainsi pour cet objectif de 95 %, le nombre minimum d'outils sans erreur est de 16 sur 19 outils sélectionnés. La stratégie proposée pour l'évaluation périodique de la qualité est la suivante :

- dresser une liste exhaustive des outils disponible
- faire un échantillonnage aléatoire de 19 outils;
- faire la vérification exhaustive des cellules de ces outils et prendre la décision sur la qualité.

#### ***Formation des MCDZS, infirmiers et sages femmes de zone, statisticiens des zones ainsi que ceux du Centre Hospitalier Départemental au contrôle de la qualité des données du SNIGS***

Le module élaboré a été par la suite utilisé par le SEDP de la DDSP pour former 23 agents composés de MCDZ, de statisticiens des bureaux de zone et hôpitaux de zone des zones sanitaires du Borgou y compris le Centre Hospitalier Départemental, au contrôle de la qualité des données du SNIGS. Cette formation s'est déroulée sous la supervision effective du DDSP lui-même. Il reste à former ceux de l'Alibori au 4<sup>ème</sup> trimestre 04. Nous espérons que les connaissances acquises seront mises à profit pour permettre au système sanitaire du Borgou/Alibori de disposer désormais des données de qualité et servir ainsi d'exemple pour le niveau national.

Par ailleurs, ces formations renforceront les compétences des principaux acteurs des réseaux d'amélioration qui sont mis en place particulièrement dans les hôpitaux de zone et pour lesquels la collecte des données fiables pour mesurer et suivre les améliorations est cruciale.

#### ***Collecte et analyse des données de l'ERPA3***

La 3<sup>ème</sup> édition de ERPA a été organisée cette année conjointement par PROSAF et les sept zones sanitaires sous un mode de cofinancement des activités. PROSAF a, à cet effet, recruté un consultant qui a orienté avant le démarrage de la collecte les équipes de collecte de données des zones sanitaires sur le remplissage des outils de collecte révisés et sur l'utilisation d'un masque de saisie harmonisé et installé dans chaque bureau de zone sanitaire. Les données ont été collectées dans chaque zone sanitaire par une équipe composée de quatre (4) personnes dont le MCDZ qui est le chef d'équipe, l'infirmier et la sage femme de zone ayant l'expérience de ERPA ou EQGSS et le conducteur de véhicule. L'évaluation s'est concentrée sur les mêmes centres de santé que lors des deux éditions précédentes, toutefois les sept zones sanitaires ont évalué, cette fois ci, les quatre (4) domaines : PCIME, CPN, CpoN, Accouchement. Les questionnaires remplis ont été directement acheminés à PROSAF où ils ont été saisis par une équipe de trois opérateurs de saisie après vérification de leur complétude sous la supervision du consultant. Une double saisie des données a été réalisée pour supprimer toute erreur de saisie et assurer la qualité des données. L'analyse des données a été faite par le consultant conformément au plan d'analyse utilisé pour les deux éditions précédentes. Il est prévu que les questionnaires remplis retournent dans chaque zone sanitaire après leur exploitation afin que chaque zone sanitaire saisisse et analyse ses propres données. Les résultats préliminaires sont présentés dans les tableaux de synthèse ci-dessous.

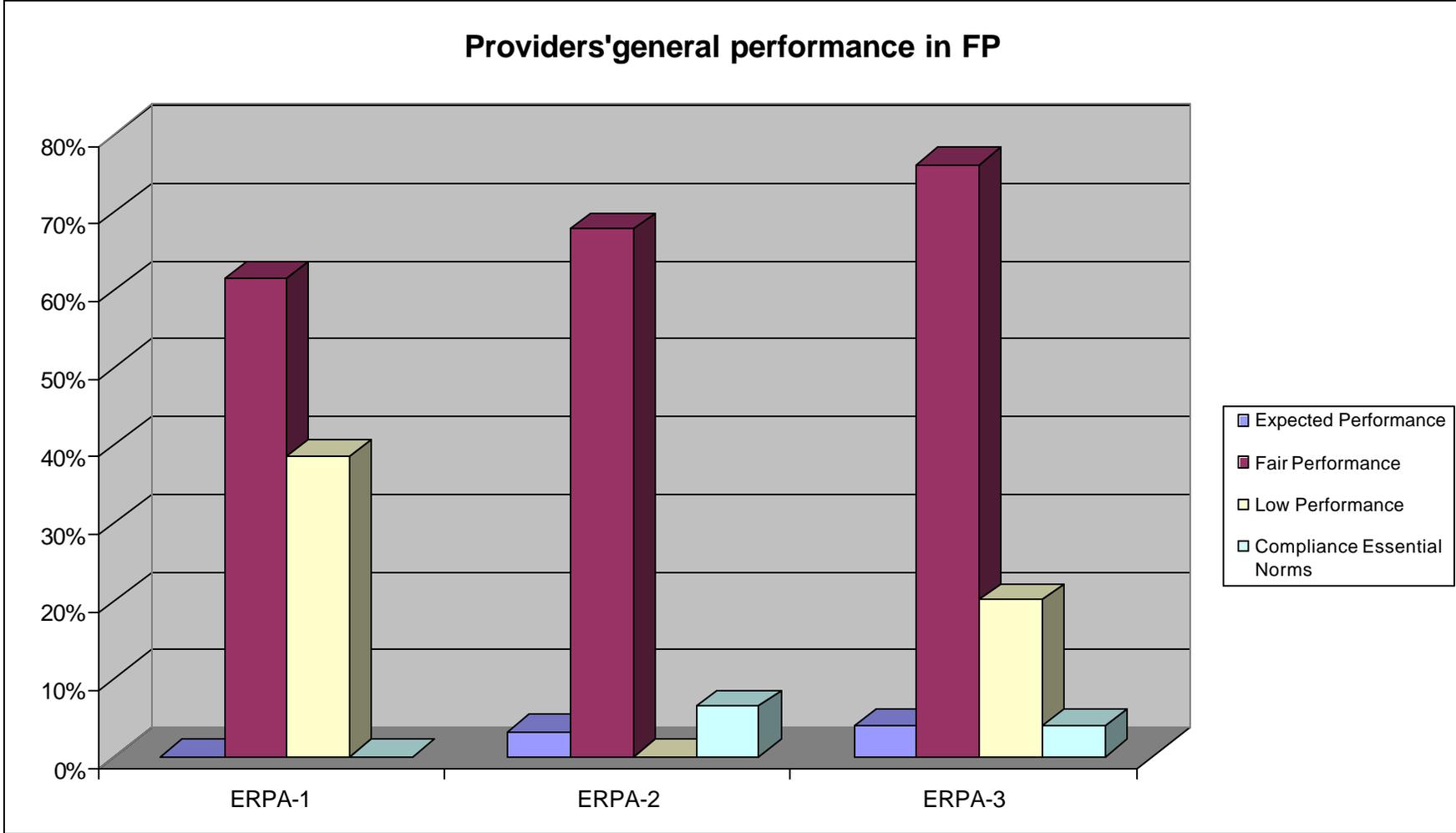
### Providers' general performance in Family Planning (FP)

Indicateurs		Banikoara	BKE-SDE	KGS	MK	Nikki-K-P	P-N	Tchaourou	Total
Expected Performance	ERPA1 Mars03	0/5=0%	0/3=0%	0/12=0%	0/5=0%	0/3=0%	0/5=0%	0/6=0%	<b>0/39=0%</b>
	ERPA2 Déc03	1/1=100%	0/2=0%	0/2=0%	0/15=0%	0/2=0%	0/9=0%		<b>1/31=3,2%</b>
	ERPA3 Nov04	0/1=0%	1/7=14,3%	0/6=0%	0/8=0%	0/3=0%			<b>1/25=4%</b>
Low Performance	ERPA1 Mars03	1/5=20%	3/3=100%	1/12=8%	2/5=40%	1/3=33%	3/5=60%	4/6=66,7%	<b>15/39=38,5%</b>
	ERPA2 Déc03	0/1=0%	1/2=50%	0/2=0%	0/15=0%	1/2=50%	7/9=77,8%		<b>9/31=29,0%</b>
	ERPA3 Nov04	0/1=0%	2/7=28,6%	1/6=16,7%	1/8=12,5%	1/3=33,3%			<b>5/25=20%</b>
Fair Performance	ERPA1 Mars03	4/5=80%	0/3=0%	11/12=91,7%	3/5=60%	2/3=66,7%	2/5=40%	2/6=33%	<b>24/39=61,5%</b>
	ERPA2 Déc03	0/1=0%	1/2=50%	2/2=100%	15/15=100%	1/2=50%	2/9=22,2%		<b>21/31=67,7%</b>
	ERPA3 Nov04	1/1=100%	4/7=57,1%	5/6=83,3%	7/8=87,5%	2/3=66,7%			<b>19/25=76%</b>
Compliance with essential norms for FP (CEN)	ERPA1 Mars03	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0%</b>
	ERPA2 Déc03	1/1=100%	0/2=0%	0/2=0%	1/15=6,7%	0/2=0%	0/9=0%		<b>2/31=6,5%</b>
	ERPA3 Nov04	0/1=0%	1/7=14,3%	0/6=0%	0/8=0%	0/3=0%			<b>1/25=4%</b>

**EP = Provider comply with all the norms; LP= Provider comply with less than 50% of the norms ; Fair P= Provider comply with more than 50% but less than 100% of the norms; CEN= Provider comply with all the norms selected as essential**

Concernant la PF on note une amélioration progressive de la performance des prestataires dans les catégories Performance Attendue et Performance Moyenne tandis que la proportion des prestataires démontrant une faible performance décroît progressivement. ERPA-3 révèle que 76% des prestataires appliquent maintenant au moins 50% des normes PF. Toutefois la proportion de ceux qui appliquent les normes essentielles de PF reste toujours faible.

Providers' general performance in FP

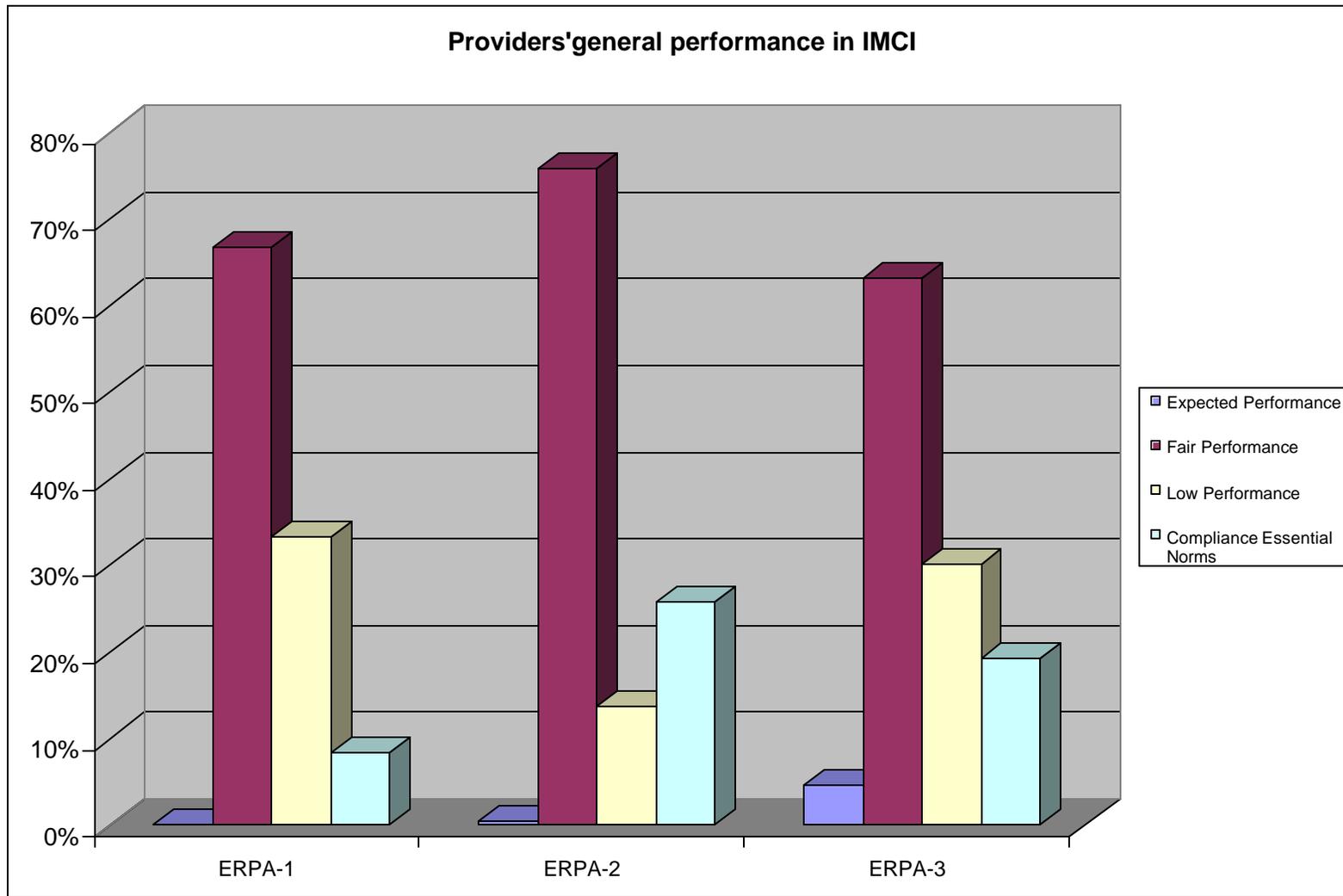


### Providers' general performance in IMCI

Indicateurs		Banikoara	BKE-SDE	KGS	MK	Nikki-K-P	P-N	Tchaourou	Total
Expected Performance	ERPA1 Mars03	0/42=0%	0/14=0%	0/15=0%			0/11=0%	0/14=0%	<b>0/96=0%</b>
	ERPA2 Déc03	8/22=36,4%	0/9=0%	0/18=0%		1/22=4,5%	4/41=9,8%	0/12=0%	<b>13/124=10,5%</b>
	ERPA3 Nov04	6/19=31,6%	0/17=0%	0/32=0%	0/19=0%	0/28=0%	0/13=0%	1/21=4,8%	<b>7/149=4,7%</b>
Low Performance	ERPA1 Mars03	15/42=35,7%	13/14=92,9%	2/15=13,3%			2/11=18%	0/14=0%	<b>32/96=33,3%</b>
	ERPA2 Déc03	0/22=0%	0/9=0%	0/18=0%		7/22=31,8%	8/41=19,5%	2/12=16,7%	<b>17/124=13,70%</b>
	ERPA3 Nov04	0/19=0%	0/17=0%	6/32=18,8%	18/19=94,7%	16/28=57,1%	5/13=38,5%	0/21=0%	<b>45/149=30,2%</b>
Fair Performance	ERPA1 Mars03	27/42=64,3%	1/14=7%	13/15=86,7%			9/11=81,8%	14/14=100%	<b>64/96=66,7%</b>
	ERPA2 Déc03	14/22=63,6%	9/9=100%	18/18=100%		14/22=63,6%	29/41=70,7%	10/12=83,3%	<b>94/124=75,8%</b>
	ERPA3 Nov04	12/19=63,2%	17/17=100%	26/32=81,3%	1/19=5,3%	12/28=42,9%	6/13=46,2%	20/21=95,2%	<b>94/149=63,1%</b>
Compliance with essential norms for FP (CEN)	ERPA1 Mars03	0/42=0%	0/14=0%	4/15=26,7%			4/11=36,4%	0/14=0%	<b>8/96=8,3%</b>
	ERPA2 Déc03	9/22=40,9%	0/9=0%	0/18=0%		1/22=4,5%	12/41=29,3%	10/12=83,3%	<b>32/124=25,8%</b>
	ERPA3 Nov04	14/19=73,7%	2/17=11,8%	0/32=0%	0/19=0%	7/28=25%	4/12=33,3%	1/19=5,3%	<b>28/146=19,2%</b>

**EP = Provider comply with all the norms; LP= Provider comply with less than 50% of the norms ; Fair P= Provider comply with more than 50% but less than 100% of the norms; CEN= Provider comply with all the norms selected as essential**

Dans l'ensemble du Borgou Alibori, plus 60% des prestataires appliquent au moins 50% des normes PCIME. Ils sont environ 20% à respecter toutes les normes essentielles de la PCIME (plus de 40 normes). Cette performance est faible dans les zones « PCIME » telles que Kandi-Gogounou-Segbana et Nikki Kalalé- Pèrèrè où tous les prestataires ont été formés à la PCIME clinique et ont bénéficié de suivi post formation. Par contre dans les zones de concentration de PROSAF (Banikoara et Bembèrèkè-Sinende) la performance est meilleure principalement liée au fait que d'une part les prestataires dans ces deux zones ont bénéficié en plus d'une formation à la communication interpersonnelle, et d'autre part les médecins coordonnateurs font preuve d'un leadership fort dans le suivi et la supervision des agents de santé.



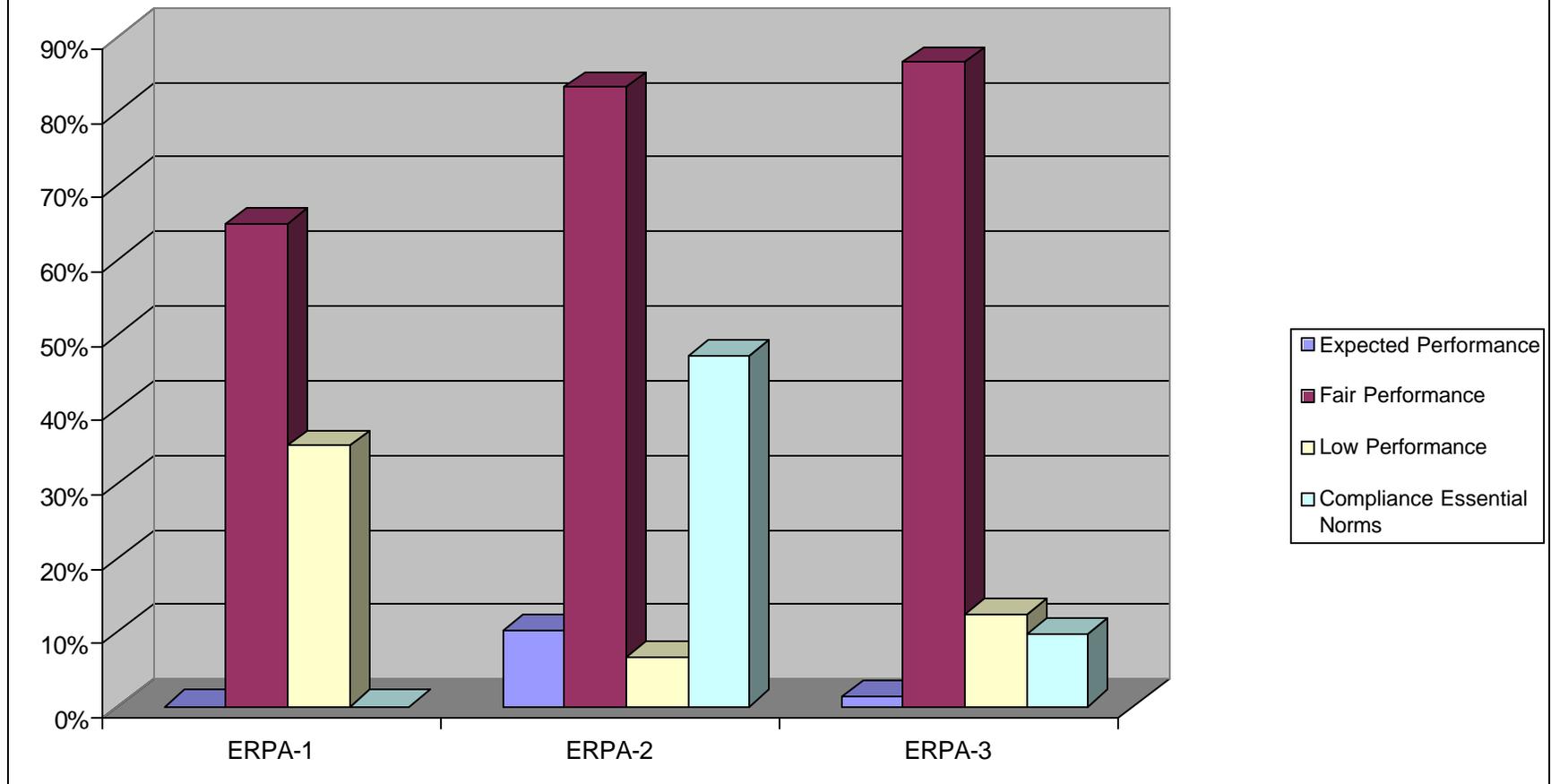
### Providers' general performance in Prenatal Care

	Indicateurs	Banikoara	BKE-SDE	KGS	MK	Nikki-K-P	P-N	Tchaourou	Total
Expected Performance	ERPA1 Mars03	0/20=0%	0/30=0%		0/18=0%	0/40=0%	0/23=0%	0/11=0%	<b>0/142=0%</b>
	ERPA2 Déc03	8/19=42,1%	31/2=6,5%		2/21=9,5%	0/21=0%	2/35=5,7%	0/10=0%	<b>14/137= 10,2%</b>
	ERPA3 Nov04	0/17=0%	0/21=0%	0/32=0%	1/23=4,3%	1/30=3,3%	0/18=0%	0/14=0%	<b>2/155=1,3%</b>
Low Performance	ERPA1 Mars03	1/20=5%	24/30=80%		4/18=22%	14/40=35%	1/23=4%	6/11=54,5%	<b>50/142= 35%</b>
	ERPA2 Déc03	1/19=5,3%	1/31=3,2%		0/21=0%	3/21=14,3%	4/35=11,4%	0/10=0%	<b>9/137= 6,6%</b>
	ERPA3 Nov04	2/17=11,8%	1/21=4,8%	6/32=18,8%	0/23=0%	5/30=16,7%	5/18=27,8%	0/14=0%	<b>19/155=12,3%</b>
Fair Performance	ERPA1 Mars03	19/20=95%	6/30=20%		14/18=77,8%	26/40=65%	22/23=95,7%	5/11=45,5%	<b>92/142= 64,8%</b>
	ERPA2 Déc03	10/19=52,6%	28/31=90,3%		19/21=90,5%	18/21=85,7%	29/35=82,9%	10/10=100%	<b>114/137= 83,2%</b>
	ERPA3 Nov04	15/17=88,2%	20/21=95,2%	26/32=81,3%	22/23=95,7%	24/30=80%	13/18=72,2%	14/14=100%	<b>134/155=86,5%</b>
Compliance with essential norms for PNC (CEN)	ERPA1 Mars03	0/20=0%	0/30=0%		0/18=0%	0/40=0%	0/23=0%	0/11=0%	<b>0/142= 0%</b>
	ERPA2 Déc03	10/19=53%	15/31= 49%		12/21=57,1%	10/21= 48%	16/35= 46%	4/10=40%	<b>65/137= 47%</b>
	ERPA3 Nov04	4/17=23,5%	0/21=0%	1/32=3,1%	8/23=34,8%	0/29=0%	0/18=0%	2/14=14,3%	<b>15/154=9,7%</b>

**EP** comply with all the norms selected as essential= Provider comply with all the norms ; **LP**= Provider comply with less than 50% of the norms ; **Fair P**= Provider comply with more than 50% but less than 100% of the norms; **CEN**= Provider

En soins prénatals, la proportion des prestataires qui respectent plus de la moitié des normes a significativement progressé. Elle est passée de 64,8% en mars 2003 à 86,5% en novembre 2003. Toutefois, les prestataires n'arrivent toujours pas à respecter toutes les normes essentielles bien que les supervisions formatives n'aient pas baissé d'intensité (sauf à Nikki-Kalalé-Pèrèrè). Ceci est peut être lié au nombre important de normes essentielles (plus de 40 ) que les prestataires doivent appliquer au cours d'une même interaction prestataire client.

### Providers' general performance in Prenatal Care



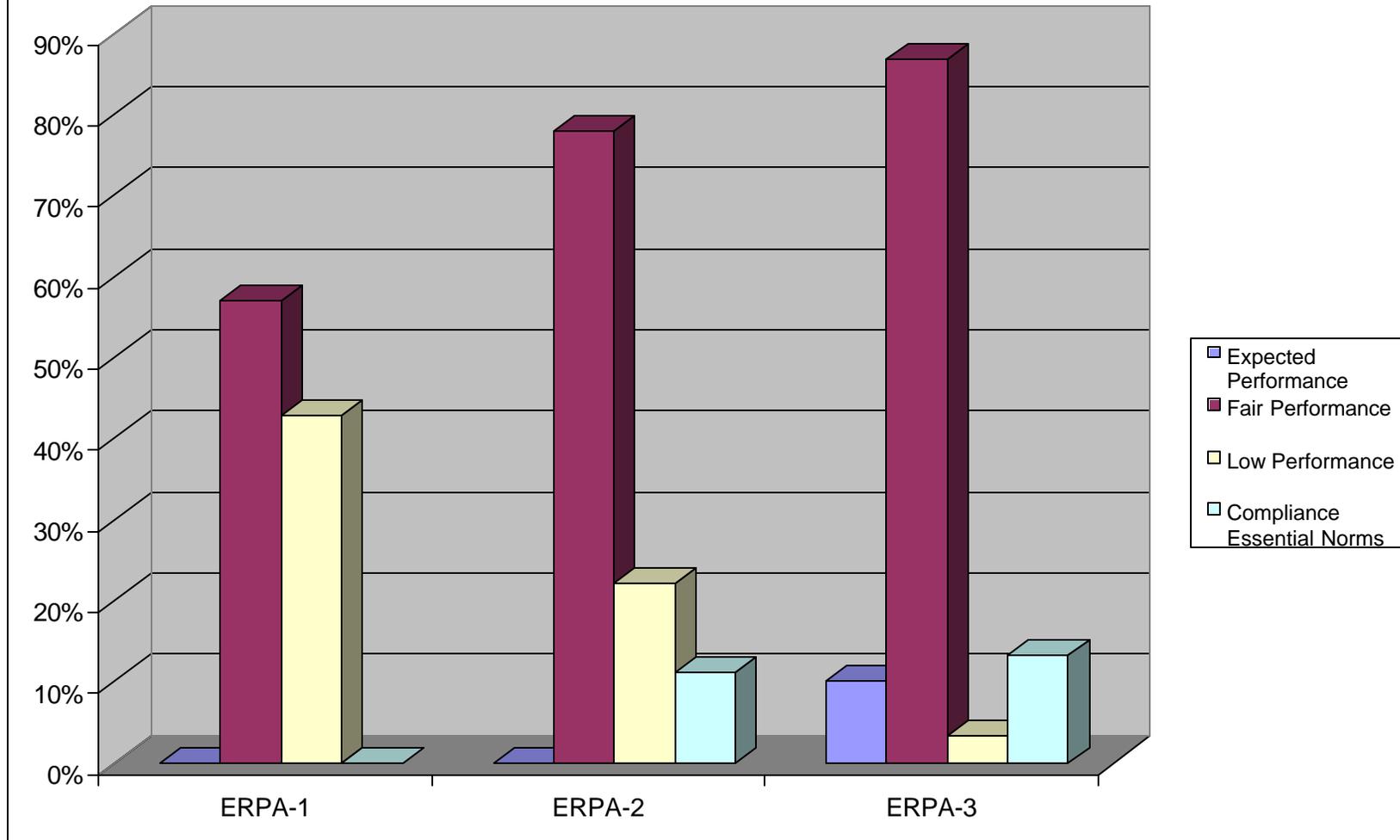
### Providers' general performance in Post Natal Care

Indicateurs		Banikoara	BKE-SDE	KGS	MK	Nikki-K-P	P-N	Tchaourou	Total
Expected Performance	ERPA1 Mars03			0/16=0%		0/5=0%			0/21=0%
	ERPA2 Déc03	0/2=0%	0/4=0%	0/16=0%		0/5=0%	0/4=0%	0/5=0%	0/36=0%
	ERPA3 Nov04	1/2=50%	0/5=0%	0/8=0%	0/2=0%	2/11=18,2%	0/2=0%		3/30=10%
Low Performance	ERPA1 Mars03			6/16=37,5%		3/5=60%			9/21=42,9%
	ERPA2 Déc03	0/2=0%	0/4=0%	0/16=0%		1/5=0%	1/4=25,0%	0/5=0%	8/36=22,2%
	ERPA3 Nov04	0/2=0%	0/5=0%	0/8=0%	0/2=0%	0/11=0%	1/2=50%		1/30=3,3%
Fair Performance	ERPA1 Mars03			10/16=62,5%		2/5=40%			12/21=57%
	ERPA2 Déc03	2/2=100%	4/4=100%	10/16=62,5		4/5=80,0%	3/4=75,0%	5/5=100%	28/36=77,8%
	ERPA3 Nov04	1/2=50%	5/5=100%	8/8=100%	2/2=100%	9/11=81,8%	1/2=50%		26/30=86,7%
Compliance with essential norms for FP (CEN)	ERPA1 Mars03			0/16=0%		0/5=0%			0/21=0%
	ERPA2 Déc03	1/2=50%	0/4=0%	0/16=0%		0/5=0%	0/4=0%	4/5=80%	4/36=11,1%
	ERPA3 Nov04	1/2=50%	0/5=0%	1/8=12,5%	0/2=0%	2/11=18,2%	0/2=0%		4/30=13,3%

**EP** = Provider comply with all the norms; **LP**= Provider comply with less than 50% of the norms; **Fair P**= Provider comply with more than 50% but less than 100% of the norms; **CES**= Provider comply with all the norms selected as essential

Les soins post natals constituent le domaine où la performance des prestataires a progressé à tous les niveaux. La proportion des prestataires qui appliquent toutes les normes essentielles est passée de 0% en mars 2003 à 13,3% en novembre 2004. Ils sont actuellement 86,7% à appliquer au moins la moitié des normes alors qu'ils n'étaient que 57% à le faire en mars 2003.

### Providers' general performance in Post Natal Care



### Providers' general performance in Childbirth care

Indicateurs		Banikoara	BKE-SDE	KGS	MK	Nikki-K-P	P-N	Tchaourou	Total
Expected Performance	ERPA1 Mars03								
	ERPA2 Déc03		0/2=0%		0/6=0%	0/1=0%	0/3=0%		0/12=0%
	ERPA3 Nov04	0/2=0%	0/1=0%	0/1=0%		1/3=33,3%	0/3=0%		1/10=10%
Low Performance	ERPA1 Mars03								
	ERPA2 Déc03		0/2=0%		0/6=0%	0/1=0%	0/3=0%		0/12=0%
	ERPA3 Nov04	0/2=0%	0/1=0%	1/1=100%		0/3=0%	1/3=33,3%		2/10=20%
Fair Performance	ERPA1 Mars03								
	ERPA2 Déc03		2/2=100%		6/6=100%	1/1=100%	3/3=100%		12/12=100%
	ERPA3 Nov04	2/2=100%	1/1=100%	0/1=0%		2/3=66,7%	2/3=66,7%		7/10=70%
Compliance with essential norms for FP (CEN)	ERPA1 Mars03								
	ERPA2 Déc03		0/2 = 0%		1/6=16,7%	0/1=0%	0/3=0%		1/12=8,3%
	ERPA3 Nov04	1/2=50%	0/1=0%	0/1=0%	0/1=0%	1/3=33,3%	0/3=0%		2/10=20%

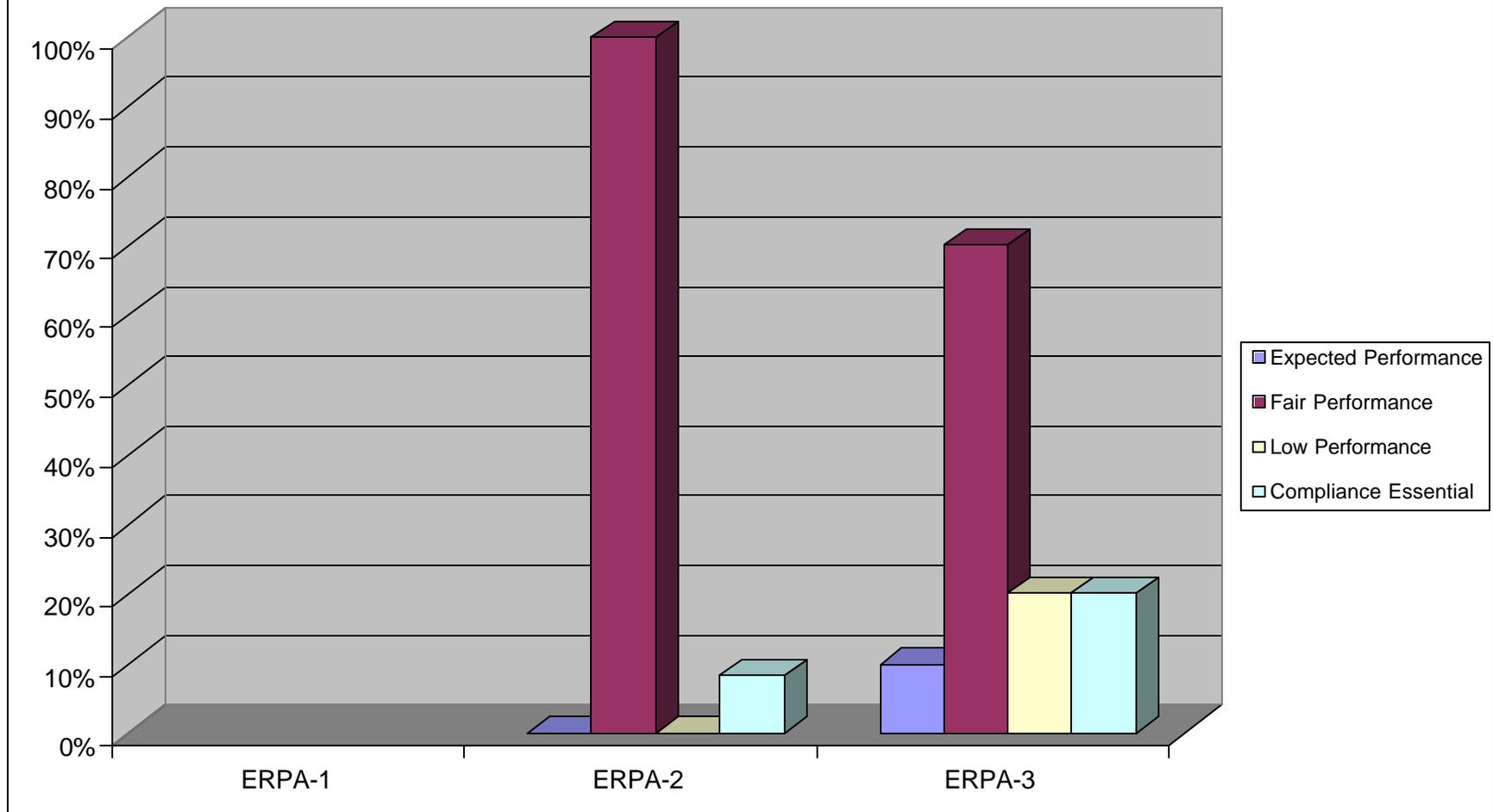
**EP = Provider comply with all the norms; LP= Provider comply with less than 50% of the norms; Fair P= Provider comply with more than 50% but less than 100% of the norms; CES= Provider comply with all the norms selected as essential**

Concernant l'accouchement assisté, il est difficile de se faire une idée précise compte tenu du nombre faible d'accouchements (10) enregistré au cours de la période de huit (8) jours que couvre généralement l'ERPA. Toutefois les chiffres de ERPA-3 montrent que dans 70% des cas, plus de la moitié des normes de l'assistance à l'accouchement sont respectées par les prestataires. Ils ne sont que 20% à respecter toutes les normes essentielles.

En conclusion, la comparaison entre les résultats de ERPA1, ERPA2 et ERPA3 montre que la proportion des prestataires qui appliquent plus de la moitié des normes (Performance Moyenne) a significativement progressé entre mars 2003 et novembre 2004 et s'établit autour de 66% tous domaines confondus comme le montrent les graphes ci-dessous.

Par ailleurs, le respect par les prestataires de toutes les normes essentielles des différents services (environ 40 normes essentielles par service) évalués reste un défi. Toutefois, la performance dans l'application des normes est plus importante dans les zones sanitaires où les prestataires, en plus de la formation en PCIME clinique, ont bénéficié des compétences en communication interpersonnelle, et où le médecin coordonnateur démontre un leadership fort.

### Providers' general performance in Childbirth Care



### ***La logistique du suivi des données***

PROSAF a continué au cours de cette année 2004 le renforcement du système de suivi des données qu'il a commencé à mettre en place les années précédentes. Ce système comprend 1) un Plan de Monitoring de la Performance (PMP) de PROSAF-Phase Transitoire composé de 39 indicateurs avec des outils appropriés pour la collecte et la synthèse des données, 2) des mécanismes de renforcement des compétences des agents de santé tels que : la formation et le coaching des EEZS dans l'utilisation des données pour la prise de décision et l'appui à toutes les zones sanitaires pour la revue trimestrielle des indicateurs, 3) la création de nouvelles bases de données telles que, « Tableau de bord », « ERPA », « Supervision formative », « Réseaux d'amélioration ».

Les données collectées sont utilisées pour la prise de décision à tous les niveaux du système de santé publique et privée du Borgou/Alibori

### ***Coaching des EEZS dans l'utilisation des données***

PROSAF a continué à coacher les EEZS dans la réalisation des réunions trimestrielles de revue des activités et des indicateurs afin de prendre les décisions pertinentes pour l'amélioration de la qualité des prestations de soins et de la gestion des services. PROSAF saisit souvent l'opportunité de sa participation aux réunions mensuelles d'évaluation et de micro planification des EEZS et à leurs réunions trimestrielles de revues des activités et indicateurs pour motiver et fournir aux EEZS l'appui technique requis. Les données collectées par les EEZS pour documenter les effets des changements introduits avec la mise en œuvre du modèle collaboratif en 2003, ont été exploitées lors de deux ateliers importants organisés au cours de cette année. Il s'agit de l'atelier de validation des plans d'institutionnalisation des acquis de PROSAF au cours duquel les réalisations en matière d'Assurance Qualité dans les Centres de Santé et quelques hôpitaux de zone sanitaires ont été présentées à travers les données collectées, et l'atelier de planification de la mise en œuvre des réseaux d'amélioration.

La DDSP et le PROSAF ont fait deux sorties conjointes pour assurer le suivi de la mise en œuvre des réseaux d'amélioration dans les hôpitaux de zone. Ces sorties ont également permis de faire prendre conscience aux agents de santé de l'importance de la prise de décision basée sur les données et de leur démontrer comment le faire.

### ***Finalisation, installation et test des tableaux de bord***

PROSAF a également au cours de cette année finalisé les tableaux de bord des indicateurs de santé familiale (application sur Excel). Cette application fut ensuite installée dans les bureaux de zone sanitaire. PROSAF a eu une séance de travail dans chaque bureau de zone sanitaire avec le statisticien de zone sanitaire pour tester le logiciel des tableaux de bord. Ces séances ont permis de :

- Faire l'état des lieux de la base de données existante installée par Projet Santé Suisse pour les indicateurs de monitoring,
- comparer la formulation des indicateurs existants, leur méthode de calcul et les outils de collecte de données par rapport aux fiches descriptives des indicateurs.
- identifier les indicateurs qui se trouvent sur les fiches descriptives qui sont inexistantes dans le logiciel,
- Explorer les masques de saisie à travers lesquelles les données seront saisies et de procéder à quelques saisies.

Les statisticiens des zones sanitaires continueront seuls les saisies pour ce familiariser avec cet outil.

Atelier de dissémination des résultats de l'étude sur la pérennisation des acquis de PROSAF

l'USAID a organisé un atelier de dissémination des résultats sur l'évaluation du processus de pérennisation des acquis du PROSAF auquel ont pris part les représentants du MSP (Secrétaire Général,

DSF, DPP, CADZS), le DDSF et chefs services, les représentants des MCDZS, les représentants de Projet Santé Suisse et MCDI et l'Equipe santé USAID. Suite à la présentation des résultats, quatre groupes ont travaillé chacun sur un thème relatif à la mise en œuvre de la pérennisation de PROSAF au niveau national : 1) les meilleures pratiques et acquis de PROSAF à pérenniser, 2) le financement de cette pérennisation, 3) la validation du Plan d'action de pérennisation proposé par les évaluateurs, 4) les responsabilités des principaux acteurs de cette pérennisation. Les résultats de chaque groupe de travail ont été présentés et amendés en plénière. Ces résultats sont les principaux outputs de cet important atelier qui seront intégrés au « Country Strategic Plan » de l'USAID en cours d'élaboration et utilisés pour le plaidoyer et le dialogue politique avec le MSP et les autres bailleurs du secteur santé au Bénin. Il est important de noter que PROSAF est désormais perçu comme un concept que le MSP voudrait bien s'approprier pour sa mise en œuvre dans toutes les autres zones sanitaires du Bénin.

### ***2.1.2 Sous-Résultat Intermédiaire 1.2: La capacité de gestion, de planification et de coordination est renforcée à tous les niveaux du système de santé***

La DDSF et les sept (7) zones sanitaires améliorent la mise en œuvre de leurs plans stratégiques et leurs plans d'action annuels (opérationnels)

PROSAF, après la mise en place du plan d'institutionnalisation du processus ascendant de planification, a mis l'accent sur le coaching des EEZS et de la DDSF dans la mise en œuvre de leurs plans stratégiques et annuels. Ainsi, chaque EEZ a pu faire la revue trimestrielle de son plan d'action 2004. Elle consiste à faire le point des activités prévues et exécutées au cours du trimestre concerné, à identifier les goulots d'étranglement et les opportunités puis à programmer les activités réalisables lors du prochain trimestre. La DDSF a pris le leadership dans ce domaine en exigeant systématiquement de chaque zone sanitaire une revue trimestrielle de son plan d'action annuel assorti d'un rapport qui lui est adressé. C'est dans cette logique que le premier CODIR de l'année 2004 a été organisé (ceux du premier et du deuxième trimestres ayant été reportés pour cause d'épidémie de méningite et de choléra). Présidé par la DDSF en personne, ce CODIR a vu la participation de tous les Médecins Coordonnateurs de Zones Sanitaires, des chefs services de la DDSF et des partenaires que sont le Projet Santé Suisse et PROSAF. Chaque MCDZS a fait le point des activités exécutées durant le premier semestre 2004 ainsi que le niveau de consommation des crédits délégués dont ils ont désormais la responsabilité de la gestion, ainsi que les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de leurs activités et les solutions suggérées. La DDSF a fait le point sur le niveau d'exécution de son plan d'action avec une présentation du SPPS qui a montré les performances du Borgou/Alibori en matière de couverture vaccinale ainsi que la stratégie mise en place pour gérer les épidémies avant de conclure par les difficultés rencontrées. Il ressort que Sinendé est la commune qui enregistre le plus fort taux de couverture vaccinale et de complétude des données du SNIGS. A cet effet il a été proposé de féliciter l'équipe de santé de cette commune pour sa performance. Il s'agit là d'une incitation à la performance qui est un élément clé des plans d'institutionnalisation.

Le PROSAF a saisi l'opportunité de ce CODIR pour restituer les résultats du premier suivi de la mise en œuvre des réseaux SONU et PCIME qui a constaté un degré d'engagement élevé des acteurs sur le terrain. Des initiatives louables ont été notées notamment à l'hôpital de Papané de la zone sanitaire de Tchaourou où les agents de cet hôpital qui ont été formés comme formateurs avec les protocoles révisés de santé familiale ont organisé des sessions de restitution avec leurs collègues. Ceci a permis de commencer l'application du contenu de ces nouveaux protocoles en ce qui concerne le volet SONU sans attendre une formation formelle de tous les prestataires de l'hôpital sur les SONU.

Les partenaires de la DDSF ont recommandé l'organisation régulière des CODIRs qui doit d'ailleurs permettre d'échanger sur la gestion d'une épidémie quand elle survient (au lieu de reporter le CODIR quand survient une épidémie). En outre le DDSF a identifié quatre défis majeurs qu'il souhaite que lui et

ses collaborateurs relèvent : 1) l'appropriation des acquis de PROSAF ; 2) une bonne gestion des crédits délégués aux ZS ; 3) une bonne surveillance épidémiologique afin de maîtriser le choléra et le virus polio sauvage et enfin 4) une mise en œuvre et un suivi régulier des réseaux SONU et PCIME du collaboratif.

Enfin, PROSAF a continué à monitorer la performance des EEZS et la tendance pour cette année est la suivante:

Tableau No. 2 : *Indice de Performance des Equipes d'Encadrement des Zones Sanitaires*

TABLEAU No 2 : INDICE DE PERFORMANCE DES EEZS				
Indicateurs de performance	1 <sup>er</sup> trimestre 2004	2 <sup>ème</sup> trimestre 2004	3 <sup>ème</sup> trimestre 2004	Observation
<b>Performance EEZS (Tous les critères sont remplis)</b>	71%	71%	86%	Calculé à partir du score de 3 critères* rapportés au score total attendu.

\* (1) Au moins une réunion de l'EEZS a été tenue au cours du trimestre précédent, (2) Au moins 75% des activités prévues au trimestre précédent ont été exécutées, (3) Les données de routine sur les informations sanitaires du trimestre précédent ont été compilées pour chaque zone.

Les résultats ci-dessus indiquent que la Performance des zones sanitaires s'est améliorée au cours de cette année 2004. Elle est passée de 71% au 1<sup>er</sup> trimestre à 86% au 3<sup>ème</sup> trimestre. En dehors de Tchaourou qui n'arrive pas à réaliser au moins 75% des activités planifiées (du fait des multiples interférences du niveau central liées à sa position stratégique dans la lutte contre le Polio virus sauvage au Bénin) toutes les autres zone sanitaire ont atteint une performance de 100%. Le souci d'exécuter toutes les activités planifiées, de tenir les réunions de coordination et de mieux gérer les données sanitaires de routine est désormais rentré dans les habitudes des EEZS. Les zones sanitaires ont acquis une certaine autonomie financière depuis la mise en œuvre effective des crédits délégués et par conséquent une plus grande liberté dans la mise en œuvre de leurs plans d'action. Elles prennent de plus en plus d'initiatives et gèrent mieux les interférences.

Le processus ascendant de conception et de mise en œuvre des plans stratégiques et opérationnels est institutionnalisé

Le renforcement des capacités de la DDSP et des zones sanitaires en planification a été marqué cette année par l'appui de PROSAF à l'élaboration, la validation et la dissémination d'un plan d'institutionnalisation du processus ascendant de conception et de mise en œuvre des plans stratégiques et opérationnels. Plusieurs activités ont conduit à cette importante réalisation. Ce sont :

1. L'auto évaluation de la pratique du processus ascendant de planification au niveau des sept zones sanitaires et de la DDSP à partir d'une grille inspirée du cadre conceptuel de l'institutionnalisation de l'Assurance Qualité. Cette première étape fut suivie de l'analyse et de la synthèse des données recueillies. Ensuite il y a eu l'ébauche par le staff technique de PROSAF d'un plan d'institutionnalisation qui met l'accent sur les actions à mettre en œuvre pour combler les déficiences révélées par l'auto évaluation assorties d'indicateurs de performance.
2. La validation du plan d'institutionnalisation du processus ascendant de planification lors d'un



atelier départemental au cours duquel d'autres plans d'institutionnalisation des acquis de PROSAF ont été validés. Cet atelier a connu la participation des MCDZS, des chefs services de la DDSF, les partenaires de la DDSF ainsi que les responsables de MSP tels que la Direction de la Santé Familiale (DSF), le Coordonnateur du Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires (CADZS) et le Conseiller du MSP à la Qualité des services de santé.

L'élaboration de tableaux de synthèse des actions et indicateurs de suivi de la mise en œuvre des plans d'institutionnalisation y compris le processus ascendant de planification opérationnelle et stratégique. Deux types de tableaux de synthèse ont été élaborés, l'un destiné aux chefs service de la DDSF et aux MCDZS (cf. annexe 3), et l'autre qui est l'instrument de suivi et de monitoring du DDSF présenté à l'annexe 4.

#### Elaboration des plans d'action et budget des centres de santé d'arrondissement

Dans le cadre du renforcement du partenariat entre centre de santé et communauté, PROSAF a pour mandat de renforcer les capacités des COGEA et COGEC du Borgou/Alibori à participer d'avantage à la gestion des questions de santé. Pour cela, PROSAF a apporté, au cours de l'année 2004, un appui technique et financier aux zones sanitaires du Borgou-Alibori pour l'élaboration des plans d'action des centres de santé. L'élaboration de ces plans a suivi un processus que nous avons appelé auto diagnostic du fonctionnement des Centres de Santé de l'Arrondissement (CSA) et des COGEA. Cette activité a entièrement été réalisée dans les zones sanitaires de Malanville-Karimama, Kandi-Gogounou-Ségbana et Tchaourou. Elle se poursuivra dans les zones sanitaires de Nikki-Kalalé-Pèrèrè et Parakou-N'dali au cours du quatrième trimestre 2004.

La démarche d'auto diagnostic des COGEAs et des CSA comporte trois principales étapes : la préparation de l'auto diagnostic, la réalisation de l'auto diagnostic et la validation des plans d'action. La première phase avait pour but de réunir tous les intrants nécessaires à la réalisation de l'auto diagnostic. La seconde phase qui s'est déroulée en atelier de 2 jours par centre de santé a permis d'élaborer un projet de plan d'action et de budget qui a été validé au cours d'une assemblée générale. Ce projet de plan d'action couvre une période de dix huit mois, allant du deuxième semestre 2004 à décembre 2005. Dans l'ensemble des zones sanitaires où cette activité a eu lieu, 524 personnes dont 123 femmes ont participé activement aux ateliers

L'auto évaluation des performances des COGEAs/COGECs a révélé, sur les sept domaines évalués, que les principaux domaines de sous performance des structures communautaires de cogestion sont : *i) les pratiques de gestion, ii) la durabilité, iii) les ressources financières, et iv) les relations extérieures.* L'analyse des sous performances liées à l'offre de services et à la couverture sanitaire a également permis d'identifier les problèmes prioritaires de santé qui sont relatifs à *l'accouchement à domicile* avec pour conséquences la mortalité maternelle et néonatale, le *faible taux de fréquentation des centres*, la *faible couverture en vaccination infantile* et le *faible taux de CPN*. L'analyse des causes de l'ensemble de ces facteurs a permis de déterminer des actions qui ont été inscrites dans les plans d'action.

Il faut noter que dans l'ensemble des plans d'actions et budgets, les activités communautaires telles que la formation et la supervision des agents de services à base communautaire (ASBC), la formation des membres des COGEAs et Comité Villageois de Santé (CVS) sont prévues pour être financées par le financement communautaire.

Le nombre des COGEA des zones de non-concentration disposant actuellement de plans d'action et de budgets se présente comme suit :

*TABLEAU No 3: Nombre de COGEA ayant un plan d'action budgétisé*

	Malanville/ Karimama	Parakou/ N'dali	Nikki/ Kalalé/ Pèrèrè	Kandi/ Gogounou / Segbana	Tchaouou	Total
Nombre de COGEA ayant un plan d'action	<b>09</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>09</b>	<b>36</b>
Nombre total de COGEA	<b>09</b>	<b>13</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>06</b>	<b>84</b>

L'appui à l'élaboration des plans d'action des COGEA/COGEC se poursuivra au cours du quatrième trimestre 2004 aussi bien dans les anciennes zones de concentration que dans les zones de non concentration pour répondre à l'impératif des zones sanitaires d'élaborer les planifications de manière ascendante.

Appui à l'opérationnalisation de la politique de décentralisation et des stratégies de planification du MSP

***Participation au Forum sur le Financement des services de santé de base dans le contexte de la décentralisation au Bénin :***

Ce forum, organisé par le MSP avec l'appui technique et financier de PHRplus a vu la participation des Maires des communes du Bénin, de certains médecins coordonnateurs et DDSP et des nombreux partenaires au développement. A travers diverses communications suivies de débats, et des travaux de groupes, le forum a permis de : i) informer les acteurs locaux sur l'organisation de la prestation des services de santé au niveau des zones sanitaires et sur les contraintes, sur les coûts, les sources, les mécanismes de financement des services de santé de base et les contraintes ; ii) Discuter des compétences des communes en matière de santé et des modalités de leur prise en charge dans le nouvel environnement créé par la réforme de l'administration territoriale ; iii) Discuter des rôles des anciens et nouveaux acteurs dans le financement et la gestion des services de santé de base et de proposer des mécanismes de partenariats entre les différents acteurs institutionnels pour une utilisation optimale des opportunités offertes par la création des communes ; iv) Modéliser l'implication des communes dans le financement des services de santé de base et les interventions sanitaires dans leur juridiction ; v) Adapter les modes d'intervention du Ministère de la santé publique et des partenaires extérieurs dans les communes vi) Définir l'implication des communes dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions sanitaires dans les zones ; vii) Spécifier les rôles des acteurs dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions sanitaires dans les zones.

Au total, les participants ont été mieux informés sur les enjeux de la collaboration des acteurs du secteur santé et des élus locaux dans le contexte de la décentralisation A l'issue des travaux de ce forum, les Maires ont pris l'engagement d'allouer 5 à 15% du budget communal aux activités de santé de la commune et de faire la restitution des résultats du forum aux maires absents et aux membres des conseils communaux sous l'égide de l'Association Nationale des Communes du Bénin (ANCB).

Le voyage d'étude au Sénégal et la justification de l'organisation du forum ;  
 L'organisation du système de santé et réforme de décentralisation ;  
 les résultats de l'étude sur l'organisation, le coût et le financement des services de santé de base dans les zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé et de Banikoara ;  
 Les résultats de l'évaluation des capacités budgétaires des communes de Banikoara et de Bembèrèkè-Sinendé ;  
 Les mutuelles de santé au Bénin : Situation et perspectives  
 Le rôle des communes dans la création et le développement des mutuelles de santé  
 L'expérience de cofinancement des services de santé de base par l'USAID et les collectivités locales au Sénégal  
 Les opportunités de la coopération décentralisée

#### Enjeux et intérêt de ce forum pour PROSAF

- ce forum a été une tribune pour partager les expériences d'implication des élus locaux et des communautés dans la gestion des problèmes de santé dans les zones de concentration.
- la planification ascendante a été reconnue par tous comme étant une méthode appropriée pour faciliter la participation des élus locaux et des populations dans la gestion des services de santé communaux.
- L'implication des élus locaux renforce la participation communautaire. Ils mobiliseront des ressources financières pour la santé à travers les budgets communaux ou les mutuelles de santé, ce qui contribuera à la pérennisation des actions entreprises avec l'appui du PROSAF.

Au cours de la présentation des travaux de groupes en plénière, la déclaration suivante a été faite par un maire prenant part au forum: *«Nous élus locaux, nous sommes favorable au modèle de planification ascendante présenté par le représentant de PROSAF qui associe pleinement les communautés et nous les élus locaux. Au moins ce modèle nous donne l'opportunité de n'être plus tenu à l'écart de ce qui se mène dans nos communes dans le domaine de la santé et s'inscrit pleinement dans le contexte de la décentralisation »* (Maire de Banikoara)

Participation aux sessions de travail du Sous Comité technique «Planification et Intégration des Programmes » du Comité de Suivi des recommandations du Forum sur le Secteur Santé et la Décentralisation

PROSAF a appuyé le MSP dans ses efforts de trouver une meilleure stratégie de planification à travers des sessions de travail sur la planification et l'intégration des programmes. Les termes de références de ces sessions de travail étaient de : i) Actualiser les textes relatifs aux rôles, responsabilités et attribution de chaque niveau de la pyramide sanitaire; ii) Restructurer le MSP, notamment aux niveaux central et intermédiaire pour l'adapter aux exigences d'opérationnalité qu'induit la réforme de la décentralisation du système de santé; iii) Créer un cadre de concertation pour la mise en œuvre intégrée des programmes au niveau opérationnel. Ces TDR ont été élaborés à partir des constats faits lors du forum sur la décentralisation du système sanitaire. Ces constats sont: une application incorrecte des rôles, responsabilités et prérogatives des différents niveaux de la pyramide sanitaire; une inadéquation de la structure du MSP et des DDSB à la réforme de la base de la pyramide sanitaire; une exécution fortement centralisée des programmes qui ne sont pas intégrés contrairement à l'esprit de la réforme.

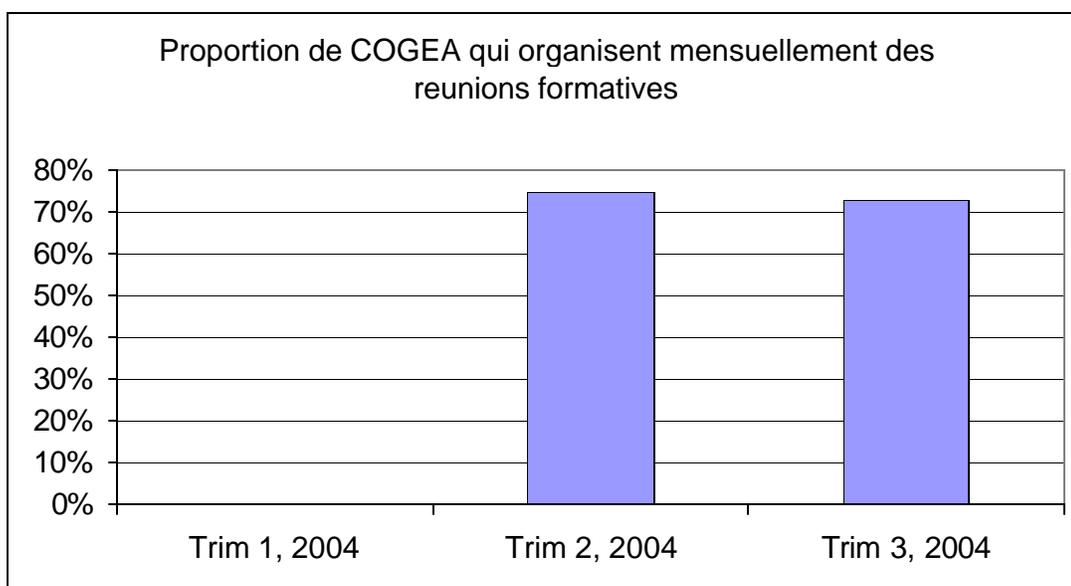
Au cours des travaux, les pratiques en vigueur (actuellement) au MSP en relation avec les différents constats faits ont été passées en revue, et les documents clés pouvant apporter un éclairage sur ces constats ont été recensés en vue de les rendre disponibles pour chaque membre du sous comité. Deux groupes de travail ont ensuite analysé d'une part, les textes relatifs aux rôles et responsabilités des différents niveaux ainsi que la structure du niveau central et intermédiaire, et d'autre part, les pratiques en vigueur au niveau du MSP en matière de planification et de mise en œuvre des activités. Afin de partager les expériences en cours dans le Borgou Alibori, le DDSB/BA a présenté l'expérience de mise en œuvre de la planification ascendante avec l'appui du PROSAF, et le représentant de PROSAF a présenté des propositions d'harmonisation des plans d'action au niveau départemental avec la participation des différents partenaires et des programmes centraux.

Les différents groupes de travail présenteront leurs travaux au cours du quatrième trimestre pour permettre au cabinet du MSP d'élaborer des décrets à partir des analyses techniques faites.

### **2.1.3. Sous-Résultat Intermédiaire 1.3 : La participation de la société dans le secteur de la santé est accrue**

Les réunions formatives sont tenues par les centres de santé et les Comités de Gestion de la Commune (COGEC)/Comités de Gestion de l'Arrondissement (COGEA) mensuellement

Les chargés de MC/CCC (Mobilisation Communautaire/Communication pour le Changement de Comportement) ont effectué, au cours de cette année, le suivi de la tenue des réunions mensuelles des COGEA dans chaque centre de santé. Le constat est qu'au départ, les réunions mensuelles ne sont pas tenues régulièrement dans les cinq zones sanitaires de non-concentration. La fonctionnalité des COGEA dans ces zones sanitaires se limite aux activités de décaissement que viennent assurer les présidents et les trésoriers. Le processus d'auto analyse du partenariat avec la communauté qui a eu lieu a permis aux COGEA d'élaborer un plan d'action intégrant la tenue des réunions formatives mensuelles. La mise en œuvre de ce plan devrait permettre d'améliorer progressivement la performance des COGEA dans ce domaine.



Au 2<sup>e</sup> trimestre 2004, 75% des COGEA du Borgou-Alibori ont tenu régulièrement leurs réunions statutaires. Au cours du 3<sup>e</sup> trimestre, cette performance a quelque peu baissé 73% du fait du renouvellement de tous les membres COGEA. La mise à niveau des nouveaux membres des COGEA démarre dans certaines zones sanitaires au cours du quatrième trimestre, ce qui pourra relever cette performance. Un *Check List* joint en annexe a été élaboré pour faciliter le coaching des COGEA au cours de ces réunions par les chargés de mobilisation sociale et de communication pour le changement de comportement.

Un mécanisme pour planifier, coordonner et superviser les services de santé à base communautaire est institutionnalisé au niveau de la DDSP et des sept zones sanitaires

PROSAF a soutenu le processus d'élaboration d'un plan d'institutionnalisation de la coordination et de la supervision des Service à Base Communautaire (SBC) à l'échelle des sept zones sanitaires. Un exercice d'auto évaluation a alors été proposé à chaque zone sanitaire. Cette auto évaluation a été faite au niveau de chaque zone sanitaire par l'EEZS qui, à partir d'une grille d'auto évaluation, a décrit sa situation actuelle par rapport à la situation désirée, identifié les écarts à combler puis planifié les actions pour combler ces écarts. La grille est composée de huit composantes identifiées comme critères d'institutionnalisation et de cinq étapes comme étape de tout processus d'institutionnalisation. Chaque EEZS a analysé sa propre situation en identifiant à quelle étape elle se trouve par rapport à chacune des huit composantes. A l'issue de cette analyse, un plan d'institutionnalisation de la coordination et de la supervision des SBC de chaque zone sanitaire a été finalisé et validé au cours d'un atelier départemental.

Une étape importante vers le développement de la capacité des responsables en mobilisation communautaire est d'une part l'inclusion des activités à base communautaire dans les guides de supervision et de monitoring de la DDSP et des zones sanitaires et, d'autre part, l'inclusion des services à base communautaire dans la description des tâches des personnels des centres de santé. Le tableau ci-dessous présente la performance des zones sanitaires dans ce domaine

*TABLEAU No 4: Zones sanitaires qui incluent les services à base communautaire dans leur outil de supervision et dans la description des tâches des agents de santé*

	Bembèrèkè/ Sinendé	Banikoara	Malanville/ Karimama	Parakou/ N'dali	Nikki/ Kalalé/ Pèrèrè	Kandi/ Gogounou/ Segbana	Tchaourou	Total
Activités SBC inclues dans les outils de supervision de l'EEZS	1	1	1	0	0	0	0	3
Activités SBC inclues dans la description de tâches des agents de santé des Centres de Santé de la Commune (CSC) et Centres de Santé de la Sous- Préfecture (CSS)	1	1	1	0	0	0	0	3
<b>Performance EEZS (tous les critères sont remplis)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>43%</b>

Le niveau de performance est resté à 43%, soit trois (3) zones sanitaires sur sept (7), depuis le deuxième trimestre 2004. Le processus se poursuivra dans les autres zones sanitaires avec le démarrage effectif de la PCIME communautaire

Les COGEC des zones de non-concentration sont formés pour faire le plaidoyer des problèmes de santé y incluses les mesures préventives

L'auto diagnostic des COGEA réalisé dans le Borgou et l'Alibori a révélé en effet le besoin de formation en plaidoyer pour la santé. Le module de formation est en cours d'élaboration et les formations sont incluses dans les plans d'action 2005 des COGEA.

## Appui au renouvellement des COGEA dans le Borgou/Alibori

L'auto diagnostic des COGEA réalisé a montré que le cumul des fonctions et le non renouvellement des membres au terme du mandat sont entre autres les raisons de leur dysfonctionnement. Un arrêté<sup>1</sup> ministériel portant Règlement Intérieur des Comités de Gestion des Centres de Santé d'Arrondissement modifiant la composition des COGEA pour l'adapter au contexte de la décentralisation territoriale intervenue en 2003 est venu faciliter la mise en œuvre de cette activité. Conformément donc à ce texte, les EEZS ont procédé avec l'assistance technique de PROSAF au renouvellement de 91 COGEAs sur les 109 que compte actuellement le Borgou/Alibori. Ce renouvellement crée un nouveau besoin de renforcement des capacités des nouveaux membres pour les rendre aptes à jouer pleinement leurs rôles. Dans toutes les concernées, le renouvellement s'est effectué conformément aux statuts et aux règlement intérieur des COGEA. Tous les membres ayant effectué déjà 2 mandats consécutifs ont été remplacés. Les 18 autres COGEA seront renouvelés au cours du quatrième trimestre.

### Formation des COGEA sur leurs rôles et responsabilités et en gestion et contrôle de gestion

Après le renouvellement des COGEA, des formations ont été entreprises afin de renforcer les capacités des nouveaux membres pour assumer convenablement leur mission. La formation a concerné les zones sanitaires de Kandi-Gogounou-Ségbana et de Banikoara. L'objectif général était de présenter quelques concepts de base et les fondements de la politique nationale en matière de santé aux membres de Comité de Gestion. De façon spécifique, il s'agissait de :

- expliquer ce que c'est que les Soins de Santé Primaires (SSP) et les différentes stratégies pour leur mise en œuvre ;
- présenter les objectifs et les stratégies de la politique nationale en matière de santé et expliquer les différents niveaux de la pyramide sanitaire au Bénin ;
- expliquer les principes de la participation communautaire, la cogestion et ses différents organes ;
- rappeler les rôles et responsabilités des différents acteurs dans la cogestion ;
- présenter les tâches de chaque membre COGEA ;
- déterminer les principes d'un bon fonctionnement du COGEA ;
- déterminer les principes du travail en équipe et ses manifestations au niveau du Centre de Santé de l'Arrondissement (CSA).



Au total, 212 membres de 30 COGEAs des deux zones sanitaires ont pris part à ces formations qui ont été assurées par les membres des EEZS avec un appui technique et financier de PROSAF. Dans la zone sanitaire de Kandi-Gogounou-Ségbana le financement a été assuré par le PBA.

Par ailleurs, la zone sanitaire de Banikoara a organisé la formation des membres des COGEA sur la gestion financière, comptable et matérielle des centres de santé. Cette formation qui a regroupé les présidents, les secrétaires et les trésoriers des COGEA, soit 28 participants, avait pour objectifs de développer les capacités des différents acteurs de la cogestion des centres de santé à assurer la gestion et le contrôle de la gestion des centres de santé. Il s'agissait notamment de :

- clarifier les procédures de gestion des médicaments et des finances dans un Centre de Santé d'Arrondissement (CSA)

<sup>1</sup> Arrêté N°6723/MSP/DC/SGM/CT/DIVI/DNPS/DNPEV-SSP/CADZ/SA

- initier les participants à la tenue des différents outils de recettes et de dépenses ;
- déterminer les différentes règles à respecter pour assurer une bonne gestion quantitative et qualitative des médicaments ;
- initier les participants au contrôle de la gestion budgétaire, des finances et des médicaments.

A l'issue de cette formation les participants ont identifié et intégré au plan d'action de chaque CSA, les tâches de gestion et de contrôle qui les incombent dont ils n'avaient pas conscience jusque-là.

#### ***2.1.4 Sous-Résultat Intermédiaire 1.4 : Renforcement de la coordination et de la collaboration avec les partenaires***

Coordination et collaboration avec le MSP

Au niveau central, PROSAF a, en plus des rencontres du comité de suivi des recommandations sur la décentralisation du MSP, eu plusieurs séances de concertation avec la CADZS, la DPP, la DRFM et la DSF. PROSAF a fait le plaidoyer auprès de la DRFM et de la DPP pour que les MCZS soient responsabilisés dans la gestion des crédits délégués aux zones sanitaires en vue de faciliter la mise en œuvre des activités au niveau de la zone sanitaire. En outre PROSAF a souhaité que les membres des EEZS soient formés en gestion financière.

Par ailleurs PROSAF a participé à des rencontres et ateliers tels que :

- L'atelier de restitution des documents de PNLS dont celui sur les résultats de 1) l'enquête nationale de séroprévalence à VIH de 2002 et 2) et le document de Stratégies, normes et procédures en communication pour le changement de comportement.
- La rencontre de négociation de « manuels pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales » à la Maternité Lagune de Cotonou. Il s'est agit d'une rencontre avec la directrice de cette maternité en vue de négocier la mise à disposition du PROSAF, 16 manuels sur les SONU élaborés sous la direction du personnel technique de cette maternité et qui devra servir à la formation des agents des Hôpitaux de Zone du Borgou/Alibori dans le cadre du modèle collaboratif SONU. La directrice a accepté nous livrer ces manuels au prix promotionnel de 2000 FCFA par manuel.
- Le plaidoyer auprès de la DSF, DPP, CADZS sur (i) les enjeux de la réunion des partenaires sur la mise en place des dépôts de zone sanitaire dans le Borgou Alibori prévue à Parakou le mercredi 06 octobre04, (ii) l'importance de leur participation pour la réussite de cette rencontre. Toutes les institutions rencontrées ont félicité l'initiative de cette réunion et rassuré le PROSAF de leur présence.

PROSAF a mené des activités intenses de concertation avec la CADZ, la DRFM, la DPP et la DSF au cours de l'année 2004 en vue de renforcer la capacité des MCZS à mieux planifier et à gérer les services de santé. Toutes ces activités témoignent du niveau de collaboration technique qui s'est établi entre PROSAF et le MSP et celle-ci se renforcera au cours de l'année 2005.

Cette bonne collaboration a été couronnée par le financement par PROSAF de la participation du MSP (travers le DSF) et du DDSP des départements du Borgou et de l'Alibori à la conférence « Gobar Health Council » qui a eu lieu à Washington au cours du mois de Juillet 2004. Cela a été une occasion pour le Bénin d'avoir des séances de travail avec des techniciens de l'USAID/Washington qui sont intéressé par le programme santé du Bénin d'une part et d'autre part de rencontrer l'ancien directeur de la mission USAID/Bénin, M Harry Lightfoot actuellement en poste à Washington.

Collaboration avec l'USAID/Bénin

#### ***Rencontres avec l'Equipe Santé Familiale de l'USAID***

Plusieurs rencontres ont eu lieu cette année avec l'équipe de FHT.

La première a porté sur la revue du contrat (post-award conference) qui a permis de clarifier les termes du contrat de PROSAF-phase transitoire et a débouché sur le réajustement du niveau de certains indicateurs. La deuxième rencontre a consisté à passer en revue les activités du workplan 2004 de PROSAF-phase transitoire (Activities Implementation Review) pour faire le point du niveau de réalisation de ces activités et surtout d'identifier les difficultés majeures rencontrées dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. Cet exercice permet à FHT de voir la contribution qu'elle peut apporter à la facilitation de la mise en œuvre des activités sur le terrain à travers le dialogue politique avec le MSP.

La troisième rencontre avait pour objet de discuter de la répartition du budget de PROSAF selon les sources de financements des fonds alloués par USAID à PROSAF au cours du 1<sup>er</sup> contrat et de celui en cours (PROSAF-phase transitoire). S'il semble plus aisé de faire la répartition selon les sources de financement pour le contrat en cours, cela n'est pas le cas pour le contrat passé compte tenu du nombre de CLINs que le budget comprenaient et des nombreuses modifications qui ont eu lieu durant l'exécution de ce contrat.

#### ***Réunion des partenaires santé de l'USAID/Bénin***

Elle a permis aux différents projets financés par USAID/Bénin de discuter sur des difficultés relatives à la planification et à la mise en œuvre des plans élaborés avec les partenaires que sont les zones sanitaires, les DDSF et les directions centrales et techniques du MSP. Cette réunion a vu la participation de URC-PROSAF, PSI, PROLIPO, CRS, INTRAH/PRIME, JHPIEGO, PHRplus, BHAPP, la DDSF/Borgou/Alibori, la DPP et les membres de FHT. Les différents partenaires ont présenté les activités réalisées d'octobre 2003 à juin 2004 et ressorti les difficultés rencontrées ainsi que certaines solutions proposées. Les points ayant focalisé les discussions sont i) la mobilité du personnel; ii) le problème du taux bas des perdiems versés aux agents de l'état; iii) l'insuffisance des supervisions conduites par les DDSF; iv) la pérennisation des interventions des projets et v) la collaboration entre partenaires de FHT.

Les échanges entre les différents partenaires sur chaque sujet ont permis de clarifier les points suscités et de faire des propositions concrètes sur la question des perdiems pour lesquels il a été recommandé de faire une analyse des différents taux de perdiems pratiqués par chaque partenaire en relation avec le niveau de vie de chaque localité du pays en vue de faire des recommandations à l'USAID. La formule pratiquée par PROSAF pour l'allocation des perdiems à son personnel pourrait servir de modèle. Il est important de souligner que la DDSF du Borgou/Alibori a dépêché un représentant à cette importante réunion et a assuré la prise en charge de ce représentant.

#### ***Présentation des résultats de PROSAF (première phase) et du niveau d'exécution de PROSAF-phase transitoire au nouveau directeur de l'USAID/Bénin***

Les objectifs, les stratégies et les résultats des activités exécutées par PROSAF de janvier 1999 en décembre 2003 ont été passés en revue ainsi que les défis auxquels le staff a fait face pour lesquels des propositions de solutions ont été formulées. Ensuite les objectifs, la démarche, l'organisation pratique de la mise en œuvre de PROSAF-phase transitoire ainsi que le niveau de réalisation des activités à travers les indicateurs de performance ont constitué le second volet de la présentation. Des questions pertinentes de la part du nouveau directeur ont reçu des réponses claires et précises de la part de l'équipe de PROSAF. Ce qui lui a permis de mieux comprendre ce programme.

#### ***Participation à la réunion de l'équipe santé USAID sur la décentralisation de la CAME***

La réunion a eu lieu dans les locaux de l'USAID. Les institutions représentées hormis l'USAID sont : PROSAF, PNUD, CAME Cotonou, DPED/MSP, Coopération Suisse, Coopération Française. L'objectif de cette réunion était de discuter et de clarifier les TDR de l'étude de faisabilité de la décentralisation du système de gestion de la CAME élaborés par USAID afin d'aboutir à une compréhension commune de ces TDR avant leur finalisation et le recrutement des consultants. Le chef de l'équipe santé USAID a présenté le contexte de l'étude et des attentes et insisté sur le fait que si l'expérience du dépôt de Parakou

réussi, ce modèle pourrait être transféré dans d'autres départements. Le DPED a clarifié la position du MSP en précisant que l'esprit de la décentralisation est la déconcentration des responsabilités de gestion et non pas la création d'une CAME- bis. Les autres institutions représentées ont reconnu et accepté la pertinence de cette étude de faisabilité qui fournira les arguments nécessaires à l'implantation des dépôts départementaux dans les autres régions du pays.

PROSAF a profité de l'opportunité pour informer les participants de la réunion des partenaires sur la mise en place des dépôts de zone sanitaire dans le Borgou Alibori prévue à Parakou.

Collaboration avec PHRplus

L'année 2004 a vu la collaboration entre PHRplus et PROSAF s'intensifier tant sur le plan technique qu'administratif.

#### ***Au plan administratif :***

Dans le but de faciliter le travail de PHRplus sur le terrain, PROSAF-phase transitoire a rétrocédé l'un de ces véhicules à PHRplus. Cela a facilité le déplacement sur le terrain du technicien qui suit la mise en œuvre des activités des mutuelles de santé à Bembèrèkè/Sinendé et à Banikoara. En outre un bureau a été mis à la disposition de PHRplus dans les locaux de PROSAF-phase transitoire pour faciliter le relais entre le technicien et le bureau de PHRplus à Cotonou.

PROSAF-phase transitoire qui n'a pas de bureau relais à Cotonou et qui y effectue des missions fréquemment utilise les services de PHRplus en cas de besoin et de nécessité.

#### ***Au plan technique :***

*Choix des sites pour les activités des mutuelles appuyées par PHRplus*

Compte tenu des acquis énormes en terme de mobilisation et de participation communautaire enregistrés dans les deux zones de concentration de PROSAF (Banikoara et Bembèrèkè/Sinendé), PROSAF-phase transitoire a pensé que toute activité sur les mutuelles de santé financée par USAID/Bénin devrait profiter de ces acquis pour maximiser les chances de succès. De ce fait donc, il a fortement recommandé à PHRplus de mener ses activités dans ces deux zones sanitaires. Les études de faisabilités et les activités préliminaires menées ont confirmé l'analyse des techniciens de PROSAF. Ce qui a contribué à augmenter le degré de collaboration technique entre les deux programmes qui travaillent en synergie.

#### ***Participation aux travaux des sous comités du suivi de la mise en œuvre des recommandations du forum sur la décentralisation***

PHRplus étant mandaté par USAID/Bénin d'appuyer le MSP dans le domaine de la décentralisation, il a assuré le rôle d'appui technique au MSP dans la conduite des activités de décentralisation du système sanitaire en tenant compte de la décentralisation de l'administration. PROSAF de part son expérience de terrain au Bénin apporte des suggestions à la conduite des activités de décentralisation surtout en ce qui concerne la planification et la gestion décentralisées du système sanitaire. La participation de PROSAF-phase transitoire aux différentes activités de décentralisation ont été décrites plus haut.

#### ***Préparatifs de l'atelier sur le financement de la santé dans le cadre de la décentralisation planifié par PHRplus en août 2004***

Une séance de travail a consisté à analyser les possibilités de synergie entre les acquis de PROSAF et les interventions de PHRplus au niveau des anciennes zones de concentration. Le modèle de planification des activités appuyé par PROSAF a été présenté au cours de l'atelier en vue d'une adoption éventuelle de ce modèle pour la planification des activités des mutuelles de santé.

Ce forum s'est tenu avec succès et est décrit plus haut dans la section « processus de planification ascendante »

La collaboration entre PROSAF-Phase Transitoire et PHRplus entreprise au cours de cette année est citée par FHT/Bénin comme un modèle à suivre dans le cadre de la synergie recherchée par USAID au niveau de ses partenaires.

#### Collaboration avec Plan Bénin

Au cours de cette année, PROSAF a reçu la visite du responsable du volet Pratiques alimentaires et nutritionnelles de PLAN BENIN qui a séjourné à Parakou durant toute une semaine pour échanger avec PROSAF et MCDI. Au cours de ce séjour, plusieurs rencontres ont été organisées pour discuter des approches d'intervention au niveau communautaire des trois institutions et des visites des activités de terrain réalisées.

#### Collaboration avec MCDI

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet SURVIE DE L'ENFANT, MCDI et PROSAF ont signé un protocole d'entente (MOU) relatif à la mise en œuvre des activités communautaires telles que la mise en place des ASBC et la PCIME-C dans les communes de Tchaourou et N'dali. PROSAF appuiera le renforcement de la capacité AS à mieux gérer les services de santé et particulièrement ceux à base communautaire et financera toutes les activités relatives au diagnostic participatif communautaire, au recrutement des ASBC. MCDI, après cette phase prendra la relève pour financer la formation et l'équipement des ASBC.

Signalons que MCDI a mis en place une équipe de formateurs au niveau de ses zones sanitaires d'intervention. Cette équipe a pour mission principale de réviser et valider les modules de formation des ASBC et des Mères VISA. Elle regroupe les responsables des deux zones sanitaires, la DDSF, les représentants des partenaires intervenant dans lesdites zones.

#### Collaboration avec le Projet Santé Suisse (PSS)

PROSAF-phase transitoire et PSS ont renforcé leur collaboration cette année à travers plusieurs activités allant de la planification des activités d'intérêt commun aux réunions techniques sur la mise en œuvre des activités. Après la présentation de son workplan à PSS, les deux programmes se sont retrouvés pour discuter de la mise en œuvre des activités de mobilisation communautaire –notamment la cogestion qui intéresse beaucoup PSS et de communication pour le changement de comportement dont PSS apporte un appui financier et le PROSAF-phase transitoire l'appui technique.

***Dans le cadre des activités CCC***, PSS a participé au test de recrutement des Facilitateurs –SIDA et a financé la mise en œuvre des sensibilisations sur le SIDA à partir d'un curriculum élaboré avec l'appui technique de PROSAF-Phase Transitoire.

Dans le cadre de la mise en œuvre des réseaux collaboratifs SONU et PCIME, PSS a travaillé avec PROSAF-phase transitoire sur les aspects techniques ce qui lui a permis d'appuyer la mise en œuvre des réseaux dans les Zou/Collines. Les deux programmes organisent ensemble des ateliers sur l'Assurance Qualité et échangent les informations techniques nécessaires pour le succès des réseaux.

#### ***Participation à l'atelier d'analyse des références et contre-référence dans les zones sanitaires appuyées par le PSS à Dassa***

Les objectifs de cet atelier sont : i) apprécier le rapport d'analyse des références et contre-référence de chaque zone sanitaire, ii) partager les acquis et les difficultés de chaque zone sanitaire en matière

d'analyse des références et contre références, iii) aider les zones sanitaires dans la mesure du possible à surmonter les difficultés subsistantes.

Au cours de l'année prochaine, les deux programmes vont travailler à créer les conditions d'une poursuite des activités de PROSAF dans les zones sanitaires appuyées par PSS au terme des activités de PROSAF-phase transitoire.

#### Collaboration avec l'ABPF

Deux rencontres ont eu lieu principalement cette année avec l'ABPF.

Dans le cadre de la restructuration de l'ABPF, un administrateur provisoire a été désigné par l'IPPF. PROSAF étant l'un des partenaires importants de l'ABPF et compte tenu de l'existence d'un nouveau contrat entre les deux institutions, une séance de travail a été sollicitée par l'administrateur provisoire. Cette séance qui a vu la participation du directeur des programmes de l'ABPF a permis de :

- d'informer l'administrateur provisoire des objectifs de PROSAF I et de la Phase Transitoire
- passer en revue les questions liées au contrat antérieur
- discuter du contenu du nouveau contrat signé entre l'ABPF et URC dans le cadre de la mise en œuvre des activités de PROSAF-phase transitoire
- clarifier les attentes du PROSAF vis-à-vis de l'ABPF et des voies de communications à utiliser pour faciliter une communication transparente.

Cette séance de travail a permis à l'administrateur provisoire de mieux appréhender la gestion de l'ABPF et des efforts à fournir par l'ABPF en vue de respecter ses engagements dans le cadre du nouveau contrat avec URC.

En vue de faciliter la compréhension de l'équipe administrative de l'ABPF sur les procédures de gestion du contrat qui la lie à l'URC, une séance de travail a été initiée par le Coordonnateur de PROSAF qui a rencontré le comptable et le directeur des programmes. Cette rencontre a permis de faire le point sur le niveau d'exécution du sous contrat ABPF et de passer en revue le contenu des fiches comptables requises pour les appels de fonds. Cette rencontre a permis à ces deux membres de l'administration de l'ABPF de mieux appréhender le rôle des différents outils de gestion utilisés dans le cadre de ce sous contrat ainsi surtout de mieux comprendre son utilisation. Cela permettra d'éviter à l'avenir les retards constatés dans la soumission des requêtes de fonds par l'ABPF.

#### Collaboration avec Intrah Health International

Cette collaboration s'est traduite dans la fourniture du CD contenant les modules révisés des protocoles de santé familiale. Cela a permis à PROSAF-phase transitoire de les reproduire et engagé la formation de 850 agents de santé (y compris les aides soignants) du Borgou/Alibori sur ces protocoles révisés.

Intrah Health a contribué à la formation des ASBC de la zone sanitaire de Malanville/Karimama sur les SONU communautaires.

#### Collaboration avec l'UNFPA

PROSAF a participé à l'atelier sur les résultats de l'évaluation du système de sécurisation des produits de santé familiale organisé conjointement par le UNFPA et la DSF-MSP. Au cours de cet atelier le point sur le processus d'intégration des produits contraceptifs aux médicaments essentiels génériques a été également fait. Et le constat était que la situation n'a pas évolué depuis que des condoms ont été mis à la disposition de la CAME. Beaucoup d'efforts et de chemins restent à faire par les partenaires au niveau central afin que cette intégration devienne une réalité. Dans le cadre de la mise en place des dépôts répartiteurs de zone sanitaire dans le Borgou et l'Alibori, PROSAF a également eu plusieurs séances de plaidoyer avec la responsable des programmes du UNFPA en faveur de la participation de l'UNFPA au financement de l'implantation et de l'équipement des dépôts de zone en commençant par leur

participation à la réunion des partenaires à ce sujet. L'UNFPA a reconnu et félicité l'efficacité du leadership de PROSAF dans le renforcement de la sécurisation des produits de santé familiale et souhaité que cette collaboration étroite se poursuive en 2005.

L'équipe du bureau décentralisé du UNFPA à Parakou conduite par son coordonnateur a rendu une visite de courtoisie à PROSAF au cours de laquelle elle a présenté ses objectifs, ses stratégies et activités ainsi que leurs sites d'interventions. PROSAF a profité de cette occasion pour leur faire le point des activités en cours dans le Borgou Alibori en matière de sécurisation des produits contraceptifs et médicaments essentiels ainsi que la mise en œuvre des stratégies telles que les SONU. Les deux partenaires ont convenu de conjuguer leurs efforts pour assurer un approvisionnement continu en contraceptifs et la mise à disposition de kits SONU, Césarienne et autres matériels requis.

#### Coordination et collaboration au niveau intermédiaire

PROSAF a coaché la DDSP en vue de l'amener à rappeler au niveau central de la nécessité que celui-ci tienne compte de leur planification. De plus, il a eu plusieurs séances de travail avec le DDSP.

Les points suivants ont été discutés :

1. L'organisation de la réunion des bailleurs de fonds sur le financement des dépôts répartiteurs des zones sanitaires du Borgou/Alibori avec partage des expériences de mise en œuvre des dépôts de Banikoara et de Kandi : la date du 6 octobre a été retenue et le DDSP et le coordonnateur PROSAF se sont accordés sur le lieu de sa tenue, la liste des responsables du MSP et des bailleurs de fonds à inviter.
2. La contribution des COGEC/COGEA au financement des activités de formation des membres COGEA et des ASBC : dans une optique de pérennisation, PROSAF a exprimé la nécessité que cette contribution puisse être effective pour les prochaines activités de formation des ASBC. Le DDSP instruira les MCDZS dans ce sens lors de leur réunion pour la mutation des agents de santé.
3. L'opérationnalisation des actes administratifs contenus dans les plans d'institutionnalisation adoptés par consensus avec la participation de représentants du MSP : le DDSP a souhaité que PROSAF puisse appuyer la DDSP dans la formulation de ces actes administratifs. L'équipe technique de PROSAF travaillera sur ces textes en vue de permettre au DDSP d'en disposer le plus vite possible.
4. La nécessité de trouver une solution aux reports répétés de la formation des MCDZS et de leurs gestionnaires en gestion des ressources humaines, travail en équipe et leadership. Cette formation a été reportée plusieurs fois à cause de la non-disponibilité des MCDZS durant ce trimestre du aux différentes interférences qui les mobilisent pour d'autres activités. Le DDSP a promis que cette formation sera menée en fin novembre/début décembre compte tenu de la mise en œuvre prochaine des JNV.

Compte tenu du fait que la zone sanitaire de Malanville a été retenue pour être le site d'expérimentation de la mise en œuvre du modèle de formation de six jours sur la PCIME clinique, le DDSP et le coordonnateur PROSAF ont effectué ensemble un déplacement et rencontré les membres EEZS de cette zone sanitaire pour les en informer et recueillir leur adhésion à cette proposition. L'EEZS a bien accueilli la nouvelle et a souhaité que toutes les dispositions soient prises pour que cette zone ne reste pas à la traîne par rapport aux six autres zones sanitaires du Borgou/Alibori dont les agents ont bénéficié de formation à la PCIME contrairement à eux. Dès le mois de janvier 2005, les activités de mise en œuvre de cette formule écourtée de formation en PCIME démarreront pour nous donner assez de temps pour assurer le suivi et l'évaluation des performances des agents formés avant la fin du programme.

## **2.2 Résultat Intermédiaire 2: L'Accès aux services et aux produits de santé familiale est accru**

Ces résultats de PROSAF-phase de transition correspondent au résultat intermédiaire 2 de l'USAID/Bénin qui est « l'élargissement de l'accès aux services et aux produits ». Les principales activités de ces résultats comprennent : le renforcement du système d'approvisionnement et de distribution des produits, l'amélioration de l'offre des services intégrés de santé familiale et l'accroissement de la disponibilité des services et des produits au niveau des communautés

Cette année PROSAF a poursuivi ses efforts pour accroître l'accès aux services de santé familiale en mettant l'accent sur:

- ◆ L'élaboration et la dissémination du plan d'institutionnalisation de l'offre intégrée des services
- ◆ La formation de tous les prestataires des sept zones sanitaires à l'offre intégrée des services de santé familiale,
- ◆ La dynamisation du processus d'implantation des dépôts répartiteurs de zone ainsi que le *coaching* et la supervision des prestataires en gestion de la logistique par les EEZS
- ◆ Le développement et le renforcement continu des services à base communautaire (SBC) à travers son extension aux zones de non-concentration.

### ***Principaux résultats***

- Plan pour l'institutionnalisation de l'offre intégrée des services de santé familiale dans les structures sanitaires privées et publiques développé
- Expériences de mise en place de dépôt de zone à Banikoara et Kandi documentées
- Logiciel PIPELINE pour la gestion des produits de santé familiale et la projection des besoins installé dans les sept zones sanitaires
- Grille d'évaluation de l'excellence en matière d'offre intégrée des services de santé familiale dans les centres de santé élaborée
- 22 gestionnaires et responsables de la gestion des produits de santé familiale des CSC, HZ et bureaux de zone venus des sept zones sanitaires ont été formés pendant deux jours à l'utilisation du logiciel PIPELINE.
- 146 prestataires de soins dont 75 aides soignant(e)s des zones sanitaires de Parakou N'dali et Banikoara ont été formés à l'offre intégrée des services de santé familiale.
- 23 enseignants de l'Ecole National des Infirmiers et Infirmières du Bénin (ENIAB) ont été formés au concept de l'offre intégrée des services de SF pendant cinq jours.
- 38 protocoles d'entente (MOUs) signés entre 38 Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) et les villages de leurs aires de santé Réalisation du Diagnostic Participatif Communautaire dans trois zones sanitaires.
- Supervision des ASBC

### **2.2.1 Sous-Résultat Intermédiaire 2.1: Le système d'approvisionnement et de distribution des produits est amélioré**

Soutenir la DDSP et les zones sanitaires dans la création des dépôts des zones sanitaires

PROSAF a fourni son soutien à deux niveaux : appui à la documentation des expériences de mise en place de dépôt de zone à Banikoara et Kandi, et plaidoyer auprès des partenaires potentiels au niveau central.

PROSAF a coaché le comité ad hoc mis en place par le DDSP pour documenter les expériences de dépôt de zone en cours dans le Borgou Alibori. Deux sorties sur le terrain ont été réalisées, pour apprécier les deux dépôts expérimentaux et discuter avec les principaux acteurs qui les gèrent (*cf. photo ci dessous* :).

Les informations recueillies sur le terrain et celles tirées des documents disponibles ont été ensuite analysées à l'aide d'un canevas proposé par PROSAF. Ce processus a abouti à un document qui décrit de façon analytique et comparatif les deux expériences ainsi que les principales leçons qu'on peut en tirer pour la création des dépôts de zones sanitaires dans le Borgou et l'Alibori.



Discussion avec la gestionnaire du dépôt de zone de Banikoara

PROSAF a, parallèlement à la documentation, identifié et rencontré quelques partenaires potentiels qui pourraient éventuellement être intéressés à participer au financement de la mise en place des dépôts de zone. Il s'agit de la Banque Mondiale, de l'USAID, de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) Cotonou, du Ministère de la Santé Publique. Il est ressorti des différentes discussions que la mise en place des dépôts de zone sanitaire est un des maillons essentiels du processus de décentralisation du système sanitaire en cours, et comme tel, est une priorité partagée par tous. La Banque Mondiale pourrait l'inscrire dans son programme d'appui financier au Gouvernement Béninois si le besoin est formellement exprimé par le MSP comme une priorité. Le Service des Etudes Stratégies et Prospective de la DPP-MSP s'est engagé à constituer un dossier dans ce sens. La CAME Cotonou est favorable à fournir les dotations initiales en produits de SF, assurer les stages de formation des gérants des dépôts de zone sanitaire à Parakou et Cotonou, mettre à disposition les outils de gestion et veiller au respect des normes en matière d'agencement des bâtiments et locaux devant abriter les stocks. L'Equipe Santé de l'USAID a déjà planifié une étude de faisabilité de la décentralisation du système d'approvisionnement en produits de santé familiale et en particulier celle de la gestion du dépôt régional de Parakou. Les résultats de cette étude serviront d'intrants à l'analyse de la faisabilité technique et financière de la mise en place des dépôts de zone sanitaire. Toutes ces intentions exprimées et initiatives augurent d'un environnement favorable à la mise en place des dépôts de zone sanitaire et méritent un suivi attentif de PROSAF et de la DDSP B/A au cours des prochains mois.

### ***Termes de Référence (TDR) pour une étude de faisabilité sur la décentralisation de la gestion de la CAME***

PROSAF a fait sur la demande de l'équipe santé de l'USAID la revue des TDR d'une étude de faisabilité sur la décentralisation de la gestion de la CAME qu'elle a planifié de réaliser. Le but visé est d'apprécier les conditions dans lesquelles la gestion de l'approvisionnement et de la distribution des produits de SF au dépôt départemental pourrait être décentralisée et participative afin de mieux contribuer à l'amélioration de la santé des populations.

Pour plus d'information, prière de voir Résultat Sub-Intermédiaire 1.4.

### ***Plaidoyer auprès des partenaires du MSP et de la DDSP BA pour la mise en place des dépôts de zone sanitaire***

PROSAF a saisi l'opportunité de la présence du DG CAME à Parakou (venu pour le démarrage des travaux d'extension du dépôt départemental) pour discuter avec lui de la documentation des expériences de dépôt de zone sanitaire à Banikoara et Kandi ainsi que de l'évolution du processus de mise en place des dépôts de zone sanitaire dans le Borgou et l'Alibori. Le DG CAME a profité de l'occasion pour réaffirmer l'engagement de la CAME à : i) pré financer et mettre en place les stocks de démarrage, ii) apporter son appui au recrutement et à la formation des personnels de gestion des dépôts de zone sanitaire et iii) soutenir le renforcement des compétences des EEZS et gestionnaires des zones sanitaires en matière de gestion des produits de santé familiale. A la suite de cette discussion les deux interlocuteurs ont convenu de rencontrer le DDSP de Borgou/Alibori pour solliciter son appui non seulement à l'extension du dépôt départemental mais aussi son leadership dans la relance et la conduite du processus de mise en place des dépôts de zone sanitaire. La séance avec le DDSP de Borgou/Alibori a abouti à la décision

d'organiser une réunion des partenaires de la DDSP BA intéressés par la mise en place des dépôts de zone sanitaire dans le Borgou/Alibori le 06 Octobre04 à Parakou.

PROSAF a également profité de sa présence à Cotonou pour la réunion de l'USAID sur les TDR de l'étude de faisabilité sur la décentralisation de la gestion de la CAME pour rencontrer certains partenaires tels que l'UNICEF, FNUAP, DPED/MSP et DSF/MSP. Le plaidoyer a porté sur (i) les enjeux de la réunion des partenaires sur la mise en place des dépôts de zone sanitaire dans le Borgou/Alibori prévue à Parakou, (ii) l'importance de leur participation pour la réussite de cette rencontre. Toutes les institutions rencontrées ont félicité l'initiative de cette réunion et rassuré le PROSAF de leur participation à la réunion.

Renforcer la gestion du système logistique

### ***Acquisition et installation du logiciel PIPELINE***

PROSAF a appuyé la DDSP à installer dans ses structures sanitaires le logiciel PIPELINE pour renforcer la capacité de gestion du système logistique des EEZS. L'équipe qui a installé le logiciel était composée en plus du représentant de PROSAF, de deux Chefs Service de la DDSP : Service Etude Planification et Documentation (SEPD) et Service des Pharmacies et Exploration Diagnostiques (SPED). Sept bureaux de ZS, six hôpitaux de zone, trois centres de santé de commune, quatre services de la DDSP et le CHD disposent actuellement de cet outil de gestion.



*Orientation du Médecin Directeur de l'hôpital de Zone de Malanville à l'utilisation du PIPELINE par le*

*Installation du logiciel PIPELINE dans l'ordinateur de gestionnaire-comptable de l'hôpital de zone de Malanville par le C/SPED assis en présence du C/SEPD et du gestionnaire*

Dans chaque zone sanitaire les membres EEZS présent ont bénéficié d'un briefing sur l'utilisation du logiciel : son lancement et l'accès aux différents menus. Le PIPELINE permettra aux gestionnaires et comptables des zones sanitaires, du Centre Hospitalier Départemental et de la DDSP d'automatiser d'avantage leurs procédures de gestion et surtout de faire des projections des besoins des zones sanitaires et de la DDSP en produits de santé familiale.

Ceci est congruent avec la nouvelle politique de contractualisation que la CAME Cotonou cherche à établir avec les zones sanitaires et les DDSP pour mieux faire correspondre l'offre à la demande.

Formation des gestionnaires et comptables des zones sanitaires à l'utilisation du logiciel PIPELINE

Vingt et deux (22) gestionnaires et responsables de la gestion des produits de santé familiale des CSC, HZ et bureaux de zone venus des sept zones sanitaires ont été formés à l'utilisation du logiciel PIPELINE sur ordinateur pendant 2 jours. Cette formation a été facilitée par le C/SEPD et C/SPED de la DDSP.

La formation vise l'amélioration de la gestion des produits de santé dans les formations sanitaires à travers la familiarisation des responsables au système d'Information pour la gestion des Approvisionnements et à leur formation à l'utilisation du logiciel Pipeline. La 1<sup>ère</sup> journée fut consacrée à une orientation sur le Système d'information pour la Gestion et l'Approvisionnement (SIGA) et à la découverte des menus, du fonctionnement ainsi que des limites de son logiciel PIPELINE. Au cours de la 2<sup>ème</sup> journée, les représentants de chaque zone sanitaire ont saisi leurs données dans le PIPELINE pour apprendre à faire le suivi des stocks et des approvisionnements et générer des prévisions ainsi que des graphes sur les prévisions et les réalisations.

A la fin de la formation, les apprenants ont sollicité de la DDSF et de PROSAF un suivi régulier afin que l'utilisation du PIPELINE soit effective dans toutes les zones sanitaires et sert à améliorer les performances en matière de gestion des produits de santé familiale.

### ***Suivi post formation***

Ce suivi a concerné les zones sanitaires de Nikki Kalalé Pèrèrè, Parakou N'dali et Kandi Gogounou Segbana. Les gestionnaires et comptables formés ont effectivement commencé l'utilisation du PIPELINE dans les bureaux de zone de Parakou N'dali et Nikki K P selon les directives reçues lors de la formation. Les données sur tous les produits commandés et utilisés sont saisies dans le logiciel. Toutefois ils ont des difficultés à réaliser les graphes et courbes d'évolution des consommations réelles et prévues. A chaque requête, le logiciel génère des graphes «décalsés » qui ne permettent pas une analyse d'ensemble des tendances. L'utilisation du logiciel n'a pas encore démarré dans les HZ et au bureau de zone de Kandi. A l'hôpital de Boko, le logiciel n'aurait pas encore été installé alors qu'à Nikki et Kandi la surcharge de travail n'aurait pas permis aux gestionnaires formés de l'utiliser. PROSAF avec le C/SPED et le C/SEPD (formateurs) fourniront un coaching aux zones sanitaires pour les amener à utiliser au mieux le PIPELINE. La maîtrise par les zones sanitaires de cet important outil de gestion des produits de santé familiale est essentielle à la viabilité des dépôts de zones sanitaires que le MSP a l'intention d'implanter dans les zones sanitaires.

### ***Performance en Gestion de la Commande des Produits de Santé Familiale***

PROSAF a continué le monitoring trimestriel de la performance des centres de santé en matière de gestion de la logistique en collaboration avec le SEPD/DDSP et les statisticiens des zones sanitaires. Elle est mesurée par Centres de Santé à partir de deux critères : 1) l'estimation de la quantité de produits de SF à commander est correcte, 2) les bons de commande sont envoyés avant la rupture de stock. Un CS est jugé performant lorsque les 2 critères sont remplis. L'évolution de la performance pour cette année est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Points de prestation de service qui estiment correctement et soumettent à temps les commandes de produits clés de santé familiale

PERFORMANCE DES CENTRES DE SANTE			
Indicateur de performance	1 <sup>er</sup> trimestre 2004 (105 CS)	2 <sup>ème</sup> trimestre 2004 (107 CS)	3 <sup>ème</sup> trimestre 2004 (105 CS)
Estiment correctement leurs besoins	62	69	75
Soumettent à temps les bons de commandes avant la rupture de stock	99	176	105
<b>Indice de gestion des commandes des produits de santé familiale</b>	<b>59%</b>	<b>64%</b>	<b>71%</b>

La performance des Centres de Santé en gestion des commandes des produits de santé familiale s'est amélioré au fil des trimestres. Comme le montre le tableau ci-dessous elle est passée de 59% au 1<sup>er</sup> trimestre 2004 à 71% au 3<sup>ème</sup> trimestre 2004.

Seule la zone sanitaire de Nikki Kalalé Pèrèrè continue d'avoir des difficultés dans ce domaine probablement parce que les supervisions ont été délaissées au profit de la lutte contre l'épidémie de choléra sur instruction du DDSB BA. Les gestionnaires et comptables de toutes les zones sanitaires ayant été formés à l'utilisation du logiciel PIPELINE il est permis d'espérer l'acquisition de cette nouvelle compétence contribuera certainement à relever le niveau de performance de Nikki Kalalé Pèrèrè et celui de l'ensemble des zones sanitaires.

### ***2.2.2 Sous-Résultat Intermédiaire 2.2: Améliorer l'offre des services intégrés de santé familiale***

PROSAF a au cours de cette année mis l'accent sur, d'une part l'institutionnalisation de l'offre intégrée des services de santé familiale (OIS) à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'institutionnalisation, et d'autre part l'extension de l'OIS dans les centres de santé des sept zones sanitaires du Borgou-Alibori.

Extension de la disponibilité de services intégrés de santé familiale

#### ***Formation des prestataires des sept zones sanitaires y compris les aides soignants sur l'offre intégrée de santé familiale combinée à l'utilisation des protocoles de santé familiale révisés***

Concernant l'extension de l'OIS dans les centres de santé, PROSAF a eu une séance de travail avec les points focaux OIS dans chaque zone sanitaire. Les discussions ont porté d'une part sur les mécanismes de formation à l'OIS de tous les agents de santé qualifiés et de tous les aides soignant(e)s y compris les agents nouvellement affectés dans la zone sanitaire. A ce sujet, les différentes approches de transfert rapide et efficace de compétences (telles que le tutorat, la formation sur le site, le *coaching* et la supervision par les pairs) ont été passées en revue. Chaque zone sanitaire devra soumettre à la DDSB et à PROSAF son plan de formation en OIS. D'autre part, PROSAF a discuté avec les points focaux de l'identification d'un centre de santé d'excellence en matière de pratique d'OIS qui sera renforcé pour

servir de modèle dans chaque zone sanitaire. Un centre d'excellence où les agents de santé et des autres Centres de Santé viendront apprendre l'organisation et la pratique de l'OIS. A ce sujet, PROSAF a élaboré une grille d'évaluation de l'excellence dans les Centres de Santé en matière d'OIS. Cette grille est en cours de validation par un groupe de trois médecins coordonnateurs de zone sanitaire et deux médecins chefs de commune, le point focal OIS de la DDSF ainsi que par l'équipe technique de PROSAF. Chaque zone sanitaire a utilisé la grille validée pour identifier son Centre de Santé d'excellence en OIS.

PROSAF a également fourni un appui technique et financier aux zones sanitaires pour préparer et exécuter une formation des prestataires des sept zones sanitaires portant à la fois sur l'OIS et l'utilisation des protocoles de santé familiale. PROSAF visait à la fois l'intégration des transferts des compétences surtout si ce sont les mêmes cibles qui sont concernées, et la prise en main réelle des activités de formation par les équipes de formation des zones sanitaires. L'organisation de la formation a connu deux étapes principales :

#### ***Réunion conceptuelle et de planification***

Cette séance a permis de clarifier le contenu de la formation (Offre intégrée des services de santé et Protocole de santé familiale révisés), les cibles (Infirmiers, Sages femmes, Aides soignants des Centres de Santé et HZ), la période (septembre), la durée de chaque session de formation (3 jours), les rôles et responsabilités des EEZS (organisation pratique des sessions sur le terrain, prise en charge des pertes des formateurs et des frais de transport des participants), du DDSF (supervision) et de PROSAF (coaching des équipes de formateurs lors de la préparation et du déroulement des sessions). L'effectif maximum par session a été également discuté et fixé à 24 prestataires.

***Négociation avec chaque EEZS*** d'une période pendant laquelle l'équipe de formateurs de la zone sanitaire ne s'occupera que des sessions de formation

***Elaboration et distribution aux zones sanitaires de documents de référence génériques*** tels que le guide du formateur (inspiré du document élaboré par la zone sanitaire de Parakou N'dali), le guide du prestataire (inspiré du document élaboré par la zone sanitaire de Banikoara), le programme type de déroulement d'une session et le répertoire des études de cas. L'objectif visé est que chaque zone sanitaire s'inspire de ces documents de référence pour élaborer ses propres documents didactiques

***Coaching des équipes de formateurs dans les zones sanitaires dans l'adaptation du contenu de la formation*** pour mettre l'accent sur les domaines de sous performance, la finalisation des documents didactiques, des exercices de démonstration et d'application en situation réelle, et le choix des études de cas.

D'une façon générale, une session de formation de trois (3) jours est structurée de la manière suivante : le 1<sup>er</sup> jour est consacré à la clarification des concepts appuyée d'exemples tirés de la pratique quotidienne des prestataires dans les centres de santé, à l'apprentissage de la technique de lecture du protocole de santé familiale. Au cours du 2<sup>ème</sup> jour sont réalisés les études de cas pratiques en groupes de travail et jeux de rôle. Le 3<sup>ème</sup> jour est celui des pratiques sur des cas concrets par les apprenants dans un centre de santé suivie de feedback immédiat des facilitateurs, et de l'identification par les apprenants des actions concrètes qu'ils exécuteront dès leur retour au poste.

Jusqu'en fin septembre 2004, 146 prestataires dont 78 aides soignant(e)s ont été formés à l'OIS combinée aux protocoles de santé familiale dans les zones sanitaires de Parakou N'dali et Banikoara. Toutes les autres zones sanitaires ont programmé leurs sessions de formation pour 4<sup>ème</sup> trimestre 04.

## Institutionnaliser l'Offre Intégrée des Services de Santé Familiale

### ***Elaboration et Mise en œuvre du plan d'institutionnalisation de l'OIS***

Cette année a été consacrée au développement d'un plan pour l'institutionnalisation de l'offre intégrée des services de santé familiale (OIS) dans les structures sanitaires privées et publiques du Borgou/Alibori. Ce plan a été développé selon les étapes suivantes : i) consensus entre PROSAF et le staff technique de la DDSP sur le cadre conceptuel de l'institutionnalisation de l'OIS et sur les outils d'évaluation du niveau d'institutionnalisation actuel dans les zones sanitaires et à la DDSP, ii) auto-évaluation du niveau d'institutionnalisation atteint à la DDSP par les chefs services et dans chaque zone sanitaire par l'EEZS, iii) analyse des résultats obtenus par le staff technique de PROSAF et élaboration du plan d'institutionnalisation de l'OIS pour l'ensemble du Borgou Alibori. Ce plan a été élaboré selon les axes : Leadership, Politiques, Valeurs fondamentales, Organisation, Information/Communication, Ressources, Incitation. Les actions pour soutenir et améliorer l'OIS aux niveaux DDSP et zones sanitaires selon ces différents axes sont intégrées dans ce plan, iv) Validation du plan lors d'atelier départemental.

Concernant la mise en œuvre de l'institutionnalisation de l'OIS, les actions à mettre en œuvre ainsi que les indicateurs de suivi des progrès sont identifiés et inclus dans les tableaux de synthèse des actions et indicateurs de suivi du processus de mise en œuvre des plans d'institutionnalisation des acquis de PROSAF. Par la suite, PROSAF a orienté les sept Médecins Coordonnateurs de zone sanitaire sur la mise en œuvre du plan d'institutionnalisation de l'offre intégrée des services de santé familiale. Cette orientation a été faite sous la forme d'une réunion technique au cours de laquelle le tableau synthèse des principales actions et indicateurs de suivi pour l'institutionnalisation de l'OIS, conçu par PROSAF et remis à chaque MCDZ, a été passé en revue et sa faisabilité analysée. Il reste à chaque EEZS de micro planifier cette mise en œuvre.

### ***Evaluation continue de l'excellence dans les Centres de Santé en matière d'offre intégrée des Services de Santé Familiale***

PROSAF a discuté avec les MCDZ et les équipes de formateurs des sept EEZS des modalités d'application de la grille d'évaluation de l'excellence en matière de pratique de l'OIS. Toutes les zones sanitaires ont décidé d'attendre la fin de la formation de tous les prestataires à l'OIS, d'accorder au moins six semaines aux prestataires formés pour qu'ils appliquent l'OIS avant de procéder à l'application de la grille pour évaluer le niveau d'excellence des Centres de Santé en OIS.

### ***Intégration de l'OIS dans le curriculum de formation de l'ENIAB***

PROSAF a appuyé, au cours de cette année, la DDSP et l'ENIAB dans la mise en œuvre de la 1<sup>ère</sup> phase de l'intégration de l'OIS dans le curriculum de formation de l'ENIAB. Cette 1<sup>ère</sup> phase a consisté en la formation des enseignants de l'ENIAB sur l'OIS et les points d'ancrage possible de cette stratégie de fourniture de services de santé dans leur curriculum de formation. L'objectif général de cette formation est d'amener les enseignants à maîtriser les techniques d'enseignement pour d'une part préparer des sessions de formation sur la gestion de l'offre intégrée des services de santé familiale, et d'autre part animer les sessions de formation sur la gestion de l'offre intégrée des services de santé familiale en vue d'amener les futurs prestataires sortis de l'ENIAB à offrir des services de santé familiale intégrés et accessibles aux populations.

Les objectifs d'apprentissage exigeaient des enseignants de l'ENIAB d'être capables de :

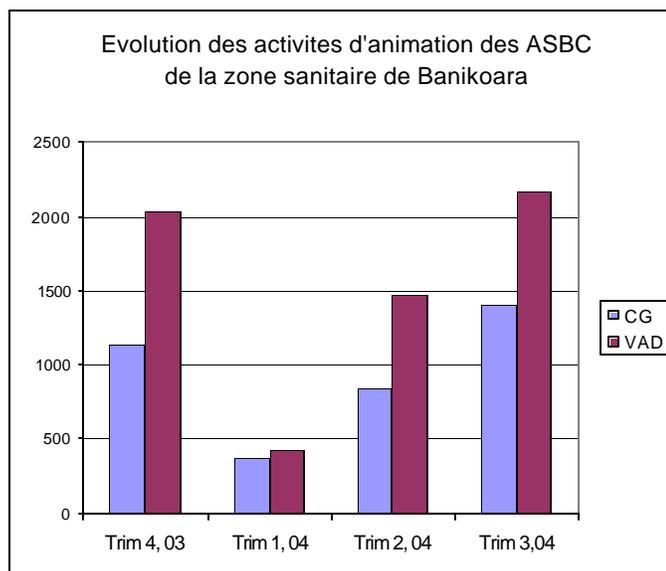
- Expliquer les étapes et les outils des techniques d'enseignement (TE)
- Expliquer les principaux concepts liés à l'offre intégrée des services de santé familiale (OIS)
- Décrire les liens logiques entre les différents concepts de l'OIS
- Appliquer les techniques d'enseignement à l'enseignement de l'OIS
- Elaborer des fiches pédagogiques sur les thèmes relatifs à l'OIS
- Animer une session de micro enseignement
- Evaluer une session de micro enseignement.

Vingt et trois (23) enseignants de l'ENIAB ont bénéficié de cette formation de cinq jours. Au cours des 3 premiers jours les thèmes suivants ont été développés : 1) les étapes, techniques et outils d'enseignement, 2) l'Assurance Qualité et l'offre intégrée des Services de Santé Familiale, 3) l'organisation des services pour l'OIS, 4) la gestion du travail en équipe, 5) le CIP et le CCC pour l'OIS. Les 4ème et 5ème jours de la formation ont été consacrés à l'élaboration par les apprenants d'unités pédagogiques sur des sujets tirés des thèmes développés au cours des 3 premiers jours, et à la présentation de ces unités pédagogiques sous la forme de micro enseignements. Ces micro enseignements ont permis aux membres de l'encadrement d'apprécier la maîtrise par les enseignants de l'ENIAB des concepts de l'OIS et leur capacité à les intégrer dans des unités pédagogiques et à les transmettre lors de sessions d'enseignement. La prochaine phase de ce processus sera consacrée à l'intégration par les enseignants formés des thèmes relatifs à l'OIS dans le curriculum de formation de l'ENIAB.

### **2.2.3 Sous-Résultat Intermédiaire 2.3: La disponibilité des services et des produits à base communautaire est accrue**

Supervision des Agents de Services à Base Communautaire (ASBCs) dans les anciennes zones de concentration

Le réseau de service à base communautaire mis en place dans les zones sanitaires de Banikoara et Bembèrèkè-Sinendé avec l'appui technique et financier du PROSAF a connu des difficultés de fonctionnement au cours du premier trimestre 2004. Tel que le montre le graphique ci contre dans la zone sanitaire de Banikoara, les activités des ASBC ont décliné. Cette baisse de performance serait liée à l'irrégularité des supervisions des ASBC par les agents de santé. Toutefois avec le début de mise en œuvre du plan d'institutionnalisation de la coordination et de la supervision des activités à base communautaire, l'on constate une reprise progressive des performances des ASBC aussi bien dans les zones sanitaires de Banikoara que de Bembèrèkè-Sinendé.



A présent, la supervision est tant bien que mal entièrement réalisée par les agents de santé dans lesdites zones sanitaires. Elle se renforcera en 2005 avec le coaching de PROSAF aux EEZS.

### **2.3 Résultat Intermédiaire 3: La qualité des services est améliorée**

Ce résultat contribue directement aux résultats intermédiaires de l'USAID/Bénin qui est « l'Amélioration de la qualité des services ». Les activités de ce résultat comprennent : le renforcement de la capacité des agents de santé à gérer les services de santé à travers l'institutionnalisation de l'assurance de qualité, l'amélioration de la performance des agents de santé à tous les niveaux à travers la formation, la supervision formative et le coaching.

#### ***Principales Réalisations***

- Elaboration et mise en œuvre du plan d'institutionnalisation de l'Assurance Qualité dans les départements du Borgou et Alibori.
- Extension de l'approche Assurance de Qualité à toutes les zones sanitaires des départements du Borgou et Alibori.
- Opérationnalisation du modèle collaboratif d'amélioration par réseaux.
- Formation de 146 prestataires (agents de santé de toutes les catégories professionnelles y inclus les aides soignants) aux protocoles révisés des services de santé familiale des départements du Borgou et Alibori.
- Formation de 60 prestataires en SONU et 48 en PCIME.
- Développement du plan de transfert des compétences à la DDSP pour la mise en œuvre du monitoring de la performance du système de santé.
- Elaboration et suivi de la mise en œuvre du plan de transfert des compétences à la DDSP pour développer et mettre en œuvre la supervision formative intégrée des agents de santé.

#### **2.3.1 Sous-Résultat Intermédiaire 3.1: La capacité des agents de santé à gérer les services de santé est accrue**

Institutionnalisation de l'Assurance Qualité à tous les niveaux du système de santé dans le Borgou/Alibori

##### ***Elaboration du plan d'institutionnalisation de l'assurance qualité***

En matière d'Assurance Qualité, PROSAF *Phase Transitoire* a pour mission de consolider les acquis de PROSAF, étendre et pérenniser les processus et résultats ayant eu un effet probant sur la qualité des soins et services. Le renforcement et l'ancrage des acquis dans le tissu organisationnel du système sanitaire dépendent de la bonne conduite du processus d'institutionnalisation.<sup>2</sup> Pour ce faire, l'équipe technique de PROSAF *Phase Transitoire* a travaillé avec les cadres techniques de la DDSP et les équipes d'encadrement de zone sanitaire pour réaliser une évaluation rapide de la situation. Ceci a conduit à la mise en évidence des facteurs influençant l'avancement des sept zones sanitaires vers la pérennisation de l'assurance qualité.

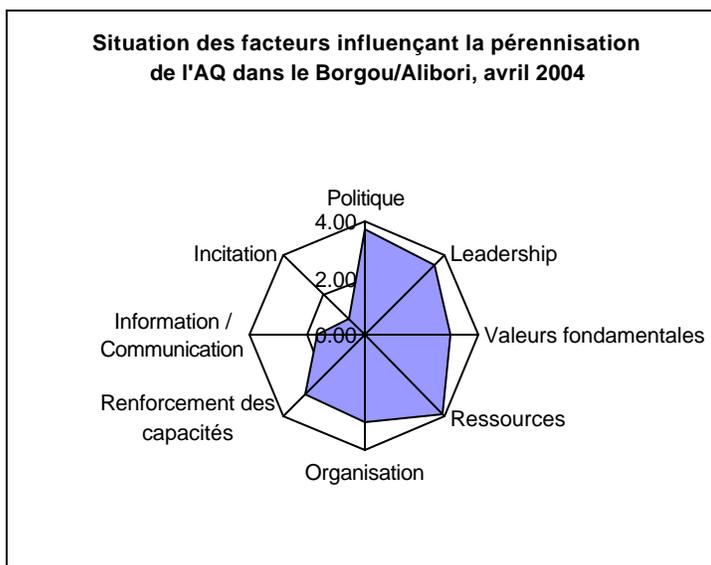
---

<sup>2</sup> **Institutionnalisation** : processus par lequel l'ensemble des activités et des valeurs d'une approche ou d'une stratégie devient partie intégrante et durable du système ou de l'organisation et fait partie des activités et routines quotidiennes (le personnel a les compétences et est engagé pour les actions subséquentes ; les valeurs et politiques organisationnelles sont alignées en support au but poursuivi).

La situation des huit facteurs présentée dans la figure a été évaluée à partir d'une échelle de pondération de 0 à 5 correspondant aux étapes suivantes : situation de départ sans aucune initiative (0 point) ; prise de conscience (1 point) ; expérimentation (2 points) ; expansion (3 points) ; consolidation (4 points) et maturité (5 points). Ces résultats ont été présentés et validés au cours de l'atelier tenu en mai 2004 sur les plans de pérennisation de méthodes et résultats de PROSAF. A cette occasion voici ce que mentionne un participant. « *A partir de ces résultats, je vois qu'au Bénin nous n'avons pas de problème de ressources, c'est surtout l'incitation, le partage d'information qui font défaut; les résultats reflètent la réalité béninoise. Comment faire travailler les gens ? Qu'est-ce qui valorise l'homme ? Qu'est qui intéresse les gens ?* ».

Suite à cet atelier de validation, un plan d'institutionnalisation a été rédigé en début juillet 2004. Ce plan vise principalement à renforcer les facteurs qui soutiennent le processus d'amélioration de la qualité selon le modèle collaboratif en cours d'expérimentation dans les départements du Borgou et de l'Alibori. Ces facteurs sont notamment :

- 1) l'appui politique continu
- 2) le leadership,
- 3) les valeurs fondamentales,
- 4) les ressources,
- 5) l'organisation,
- 6) le renforcement des capacités,
- 7) l'information et la communication et
- 8) l'incitation/motivation.



La mise en oeuvre de ce plan fait partie des principales préoccupations de l'équipe technique de PROSAF *Phase Transitoire*. Le plan de travail développé s'articule autour de quatre axes : (i) développement des capacités en Assurance de Qualité de base ; (ii) renforcement de la gestion de la qualité ; (iii) développement des améliorations cliniques à travers le modèle collaboratif ; (iv) pérennisation des méthodes, outils et résultats de la mise en oeuvre de l'Assurance Qualité.

Des initiatives sont notées au niveau des zones sanitaires concernant le renforcement des facteurs de pérennisation tels que le leadership pour l'Assurance Qualité. A cet égard, quatre faits marquants sont à retenir :

- La désignation par le Directeur Départemental de la Santé Publique du Borgou et de l'Alibori d'un point focal pour la qualité à la DDSP.
- La création des réseaux d'amélioration en collaboration avec les départements voisins du Zou et Collines.
- L'implication de plus en plus forte du DDSP dans les visites de suivi des réseaux au cours desquelles il rappelle l'engagement politique du Ministère de la Santé Publique du Bénin pour l'Assurance Qualité.
- L'inscription du suivi des activités des réseaux dans les points de discussion des CODIR élargis.

De plus certaines zones sanitaires ont développé et expérimenté des systèmes d'incitation de leur personnel ce qui est un facteur important susceptible d'influencer de façon durable les pratiques des prestataires dans la délivrance des soins et services de qualité.

Enfin, l'année 2004 est consacrée essentiellement au renforcement des capacités à travers des ateliers de partage de concepts de base de l'Assurance Qualité ou des visites de *coaching*.

### ***Extension de l'approche Assurance de Qualité à toutes les zones sanitaires des départements du Borgou et Alibori.***

L'approche Assurance Qualité est aujourd'hui étendue à toutes les sept zones sanitaires couvrant tant les centres de santé que les hôpitaux. Chaque zone sanitaire dispose d'une équipe initiée aux concepts de base de l'Assurance Qualité. Les travaux d'amélioration couvrent deux domaines cliniques, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Deux domaines transversaux sont également pris en compte, à savoir : la prévention des infections nosocomiales et la satisfaction des clients.

S'agissant de l'extension de l'approche Assurance Qualité, il convient de noter que l'expérience développée dans les départements du Borgou et Alibori a d'ores et déjà inspiré les départements du Zou et Collines. Ces deux départements travaillent actuellement en réseau sur les deux domaines cliniques et transversaux.

### ***Opérationnalisation du modèle collaboratif d'amélioration par réseaux.***

La création des réseaux d'amélioration est devenue le cadre idéal d'expérimentation du modèle collaboratif. Après des débuts difficiles, actuellement les équipes des hôpitaux sont opérationnelles. Chaque hôpital a mis en place les structures adéquates pour la conduite des activités d'amélioration autour des domaines retenus. Les équipes ont collecté les données de base et la plupart ont introduit des changements rapides et planifié d'autres changements exigeant plus de ressources ou de temps pour la mise en œuvre. Voici le témoignage du médecin chef de l'hôpital de zone de Banikoara sur l'utilité d'introduire des changements qui conduisent à des améliorations :

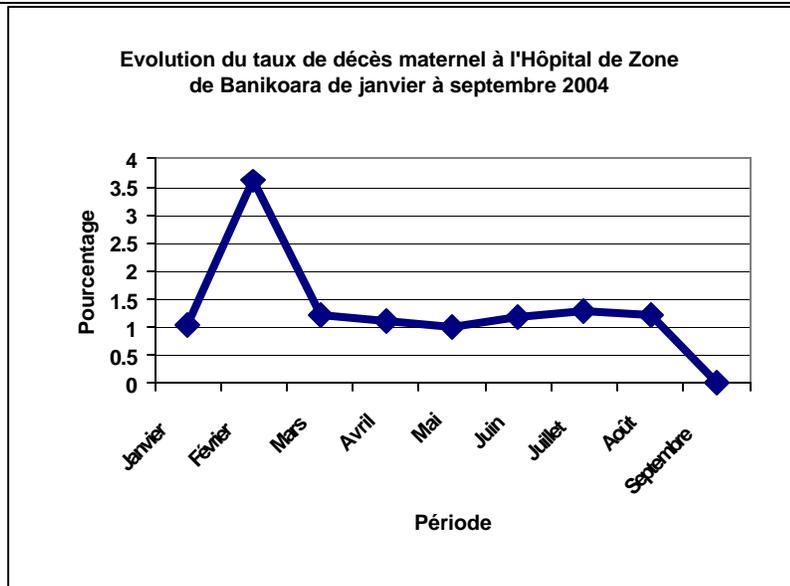
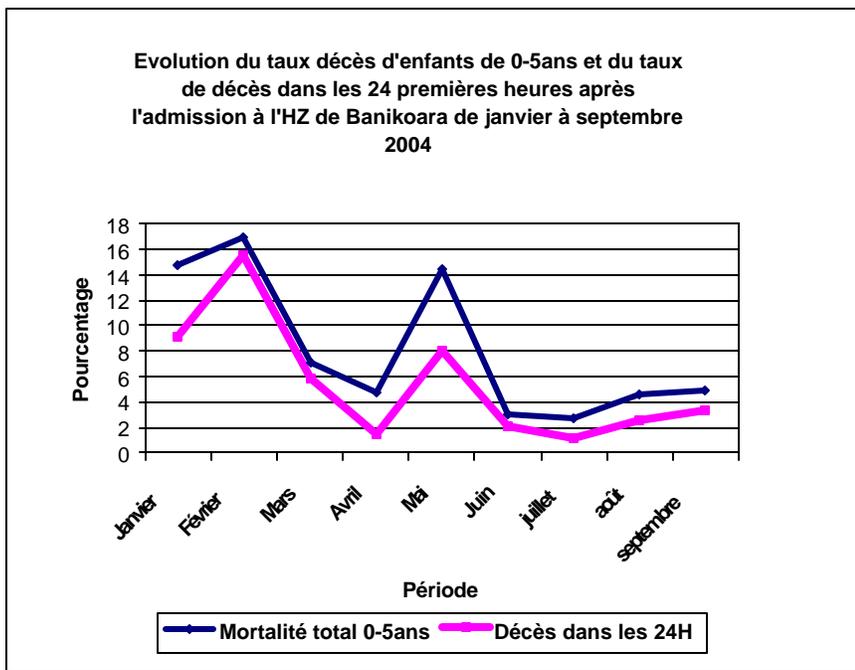
« Avant, les enfants et les adultes étaient hospitalisés dans les mêmes salles du pavillon de médecine interne. Mais à la suite du premier atelier sur les réseaux d'amélioration tenu en mai 2004, nous avons décidé de réaménager nos salles d'hospitalisation. Cela nous a permis de dégager une salle de 16 lits qui fait actuellement office de notre service de pédiatrie. Dans la même logique nous avons pris en compte les recommandations issues de l'atelier de lancement des réseaux d'amélioration de juin 2004 pour créer un système de Triage, Evaluation et Traitement des Urgences Pédiatriques. Nous avons transformé une partie d'une salle de garde en service de soins intensifs pour la prise en charge adéquate des urgences pédiatriques. En documentant les taux de décès d'enfants de 05 ans dans les 24 premières heures après leur admission, nous avons constaté une tendance à la réduction à partir du mois de juillet, dès que le service de soins intensifs des urgences pédiatriques est devenu opérationnel. »

soins pour les enfants malades.

Le réseautage est devenu un moyen de développer le partenariat pour la qualité. Ainsi le Projet Santé Suisse et le PROSAF Phase Transitoire ont conjugué leurs efforts pour accroître l'efficacité de leurs interventions dans le processus d'amélioration de la qualité. Ce partenariat a permis de rendre accessibles à toutes les zones sanitaires et au Centre Hospitalier Départemental de Parakou, la documentation et les formations requises dans les domaines de la prévention des infections nosocomiales, des SONU, de la PCIME/Triage, Evaluation et Traitement des Urgences Pédiatriques.



Des résultats significatifs commencent à être enregistrés suite aux changements introduits. Par exemple, lorsque l'équipe de l'hôpital a créé un service de pédiatrie et un service consacré aux soins intensifs d'urgence pour les enfants malades, alors que ceux-ci étaient mélangés aux malades adultes, il en a résulté une nette amélioration de la prise en charge traduite par une tendance à la réduction des taux de décès d'enfants de 0 à 5 ans et dans les 24 premières heures à l'hôpital de zone de Banikoara, telle que l'illustre le graphique ci-après.



En matière d'amélioration des soins obstétricaux, un accès particulier a été mis sur l'application systématique des gestes qui sauvent, la réorganisation des services et du système de collecte des données pour enregistrer les renseignements relatifs aux différents délais de prise en charge. La disponibilité des médicaments dans les salles d'accouchement, des troussees chirurgicales pour les césariennes, le respect des normes de préventions des infections dans les maternités, toutes ces mesures ont eu pour conséquence une réduction sensible des taux de décès maternels.

La mise en œuvre des réseaux d'amélioration a renforcé les équipes collaboratives existantes depuis 2003. Ainsi dans le cadre du continuum d'amélioration, chaque équipe de zone sanitaire a eu à développer des initiatives pour assurer la continuité des activités d'amélioration initiées dans les centres de santé. Les collaboratifs sur l'amélioration des vaccinations ou des prestations de CPN, Accouchement, CPoN, PF continuent à être mis en œuvre par les équipes des centres de santé. Voici la façon dont une sage femme utilise le modèle collaboratif pour développer les capacités de ces collègues à offrir des soins de qualité. « Dans le cadre de la mise en œuvre du modèle collaboratif d'amélioration, nous avons appris qu'un processus de prise en charge ne peut s'améliorer que si tous les acteurs qui interviennent dans son déroulement le comprennent de la même façon. Alors de retour dans notre maternité, j'ai réuni mes collaboratrices incluant sage-femme, infirmière et aide-soignante. Nous avons discuté ensemble sur les étapes que nous devons suivre dans la consultation prénatale, l'assistance aux accouchements et la planification familiale. Cela nous a amené à identifier les étapes inutiles et celles qui sont indispensables mais manquantes. Nous avons reconfiguré les trois processus sous forme de modèle de soins. Et depuis nous nous référons toutes à ces modèles pour chaque cas que nous prenons en charge. Ceci s'est traduit rapidement par une réduction significative des variations dans la qualité de prise en charge des consultations prénatales, du suivi de l'accouchement et des prestations de planification familiale. » (Zone sanitaire Malanville-Karimama).

### **2.3.2 Sous-Résultat Intermédiaire 3.2: La performance des agents de santé est améliorée**

Protocoles et offre proactive intégrée des services de santé familiale

#### ***Extension de la formation aux protocoles révisés des services de santé familiale à toutes les catégories professionnelles des départements du Borgou et Alibori.***

La formation aux protocoles révisés de soins et services de santé familiale a été étendue à toutes les catégories professionnelles des départements du Borgou et Alibori. Elle a été considérée comme une activité clé pour la promotion de la qualité des soins et services. Ce faisant, un programme de formation prenant en compte les médecins, infirmiers, sages femmes et aides soignants a été élaborés et mis en œuvre au niveau de chaque zone sanitaire des deux départements. Les objectifs assignés à ces formations visaient à renforcer les compétences du personnel pour :

1. Standardiser les soins et services de santé familiale dans toutes les formations sanitaires
2. Renforcer l'intégration du PMA/Services de Santé Familiale dans les formations sanitaires
3. Améliorer la performance des prestataires
4. Rationaliser les soins et services offerts à chaque niveau, et en assurer la continuité du niveau communauté au niveau hôpital de zone
5. Rendre disponible et accessibles les documents de protocoles à tous les niveaux
6. Vulgariser les nouvelles pratiques professionnelles en faveur de la qualité des services en santé de la reproduction

Au 30 septembre 2004 sur un total de 826 prestataires prévus, 146 ont reçu la formation sur ces protocoles révisés soit un taux de réalisation de 18%. Le quatrième trimestre verra la réalisation complète de ces formations selon le calendrier établi. Ainsi pour la première fois au Bénin, tous les agents de santé de deux départements y inclus les aides soignants, sont formés au contenu des protocoles révisés de santé familiale qui inclus tous les éléments du PMSSF avec une place de choix pour la PCIME et les SONU.

Etendre la formation des sages femmes en SONU et des infirmiers (ères) en PCIME

### ***Formation en SONU***

Le PROSAF Phase Transitoire a contribué à la formation de 20 sages-femmes et infirmières aux Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (de la zone sanitaire de Tchaourou) et Projet Suisse Santé a financé la formation de 40 sages-femmes et infirmières de la zone sanitaire de Nikki/Kalalé/Pèrèrè soit 60 agents formés (42% de réalisation) sur un total de 143 sages-femmes et infirmières recensées pour être formés au cours de l'année 2004. Cependant, la formation sur les protocoles révisés qui a couvert toutes les catégories professionnelles, a pris compte le volet SONU dans les zones sanitaires n'ayant jamais bénéficié de formation dans ce domaine auparavant. A la fin de l'année 2004, tous les prestataires de santé du Borgou/Alibori auront bénéficié d'une formation sur les SONU y inclus les aides soignants qui jouent un rôle important dans le système de soins du Borgou/Alibori

Le suivi post-formation des agents formés a été régulièrement effectué par les équipes d'encadrement de zone. On note une utilisation effective des aptitudes acquises par les agents ayant bénéficié de cette formation. Pour exemple, le témoignage de cette infirmière non formée auparavant et qui raconte son expérience immédiatement après son retour de la formation SONU :

« ...je n'avais aucune idée auparavant de ce que je dois exactement faire face à une hémorragie de la délivrance. Mais voilà que juste après ma formation en pratique SONU, je rencontre un cas typique. J'ai appliqué tous les gestes qui sauvent pour faire la délivrance artificielle, l'abord veineux avec couverture antibiotique et j'ai transporté sur une moto la patiente à la maternité de référence. Nous étions à trois sur la moto, le conducteur, la femme et moi, qui tenais le flacon de glucosé. La femme a ainsi été sauvée.... » (Zone sanitaire Tchaourou)

### ***Formation en PCIME***

Au 30 septembre 2004, 48 prestataires sur 129 recensés ont été formés en PCIME soit un taux de réalisation de 37%. Le suivi post-formation des agents formés en PCIME se fait régulièrement par l'équipe des formateurs. La formation de tous les agents de santé du Borgou/Alibori aux protocoles révisés de SF qui contiennent un module PCIME est un atout pour le renforcement des compétences des prestataires (y inclus les aides soignants) à offrir des soins qui respectent les normes PCIME .

Le lancement récent des réseaux d'amélioration dont celui orienté sur l'amélioration de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant constitue le cadre concret de mise en oeuvre du collaboratif dans les centres de santé et les hôpitaux de référence pour augmenter le pourcentage des agents respectant les normes PCIME. Un intérêt particulier a été donné à la prise en charge des cas référés des centres de santé vers les hôpitaux de zone et le Centre Hospitalier Départemental. A cet effet le module de formation sur le "Triage, Evaluation et Traitement des Urgences" (PCIME pour les centres de référence) a été mis à la disposition de chaque zone sanitaire et le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Départemental de Parakou.

Tableau 6 : Agents de santé formés en PCIME dans les quatre zones sanitaires restantes Proportion d'agents de santé formés en PCIME par Zone Sanitaire

	Bembèrèkè Sinendé	Banikoara	Malanville Karimama	Nikki Kalalé Pèrèrè	Kandi Gogounou Segbana	Total
Nombre d'agents de santé des 5 zones sanitaires non-PCIME formés en PCIME	24	19	0	0	05	48
Nombre total d'agents de santé de ces 5 zones sanitaires recensées pour être formées en PCIME	36	19	37	32	05	129
<b>Performance (le critère est rempli)</b>	<b>66,66%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>37,2%</b>

#### Renforcer et institutionnaliser la supervision formative

Dans le cadre de sa mission de consolidation des acquis de PROSAF, PROSAF Phase Transitoire a aidé la DDSF du Borgou/Alibori à développer un plan pour la mise en œuvre du monitoring de la performance du système de santé (voir en annexe modèle intégré de mesure de la performance des agents au niveau des départements du Borgou et Alibori) et mise en œuvre la supervision formative intégrée des agents de santé. Ces plans ont été validés en mai 2004 au cours d'un atelier national.

La supervision formative est le processus consistant à diriger et à appuyer le personnel de santé pour qu'il puisse assumer ses responsabilités selon les normes et protocoles de prise en charge et de gestion. Le processus de supervision formative vise à améliorer les performances des agents en agissant à la fois sur les compétences, la motivation et l'environnement de travail des agents de santé à leurs postes de travail et pendant les prestations de soins. La supervision formative privilégie la rétro information immédiate sur les comportements observés et sur les déficiences constatées dans la maîtrise de la tâche ou d'une série de gestes composant la tâche.

Au cours de l'année 2004, on note que 51% des centres de santé ont bénéficié de la supervision formative au premier trimestre, 78,2% au deuxième trimestre et 66% au troisième trimestre. Les variations sont en grande partie expliquées par les perturbations intervenant fréquemment dans le calendrier d'activités des EEZS conséquentes à la gestion des épidémies.

Tableau 7 : Performance en supervision formative des centres de santé par zone sanitaire du Borgou-Alibori au cours du premier, deuxième et troisième trimestre 2004

Période	Bembèrèkè Sinendé	Banikoara	Malanville Karimama	Parakou N'dali	Nikki Kalalé Pèrèrè	Kandi Gogounou Segbana	Tchaourou	Total 7 Zones Sanitaires
Trimestre 1	2/13 (15%)	10/10 (100%)	5/10 (50%)	12/12 (100%)	0/31 (0%)	20/23 (87%)	5/6 (90%)	54/105 (51%)
Trimestre 2	13/13 (100%)	11/11 (100%)	10/10 (100%)	13/15 (93%)	17/31 (53%)	18/23 (78%)	4/7 (57%)	86/110 (78,2%)
Trimestre 3	11/13 (84,6%)	8/11 (72,7%)	6/10 60%	15/15 100%	8/31 (0%)	18/23 78,3%	7/7 100%	73/110 (66%)

Par ailleurs certaines zones sanitaires dont celle de Malanville/Karimama omettent souvent de rapporter dans les cahiers et rapports de supervision que les agents de santé ont été observés au cours des prestations de soins (un critère essentiel de la supervision formative). Ce critère n'étant pas rapporté dans les principales sources d'information, les visites de supervision ne sont pas considérées formatives.

La supervision formative sert aujourd'hui le cadre pour renforcer les compétences des agents dans la prise en charge des cas compliqués obstétricaux. Voici le témoignage du médecin coordonnateur de la zone sanitaire Bembèrèkè-Sinendé «... A partir du moment où notre zone sanitaire a décidé de s'inscrire dans le réseau d'amélioration de la prise en charge des SONU, nous avons commencé par dépouiller toutes les fiches de références des cas reçus des centres de santé d'arrondissement de janvier à juin 2004. Cela nous a permis d'identifier les déficiences liées à la non maîtrise du processus de prise en charge, particulièrement les gestes à faire et les gestes à ne pas faire. A partir des données compilées, nous avons établi un programme de supervision formative. Maintenant les gestes requis avant la référence des cas commencent à rentrer dans les réflexes des sages-femmes ou infirmières travaillant dans les maternités des centres de santé périphériques. Grâce à cette expérience nous avons décidé de faire une formation structurée et pratique à la maternité de notre hôpital de zone ».

#### **2.4 Résultat Intermédiaire 4: La Demande des Services et des Mesures Préventives de Santé Familiale est Accrue**

Ce résultat intermédiaire contribue à l'atteinte du résultat intermédiaire 4 de l'USAID/Bénin, l'augmentation de la demande des services de santé et des mesures préventives. Les activités de ce résultat comprennent : l'amélioration des connaissances et des attitudes favorables aux mesures préventives et aux comportements appropriés des populations et l'amélioration de l'environnement socioculturel favorisant l'utilisation des services et des mesures préventives.

### ***Principales réalisations***

- 20.000 spectateurs de 65 villages sensibilisés sur la prévention du VIH/SIDA et sur la Planification Familiale en langues Bariba et Boo
- 9 spots radios élaborés, enregistrés et diffusés par sept radios dans 4 langues locales
- 7 Chargés de mobilisation sociale et Communication pour le Changement de Comportement (CCC) orientés en IECC/CC et
- Curriculum CCC élaboré, adopté et intégré au curriculum de formation des ASBC
- 16 formateurs formés en au curriculum CCC
- Un curriculum ‘Etapas participatives contre le SIDA’ élaboré et testé par 2 ONG
- 3 chansons sur les SONU et la PCIME communautaires élaborées et diffusées par radio
- 5.000 posters et 2.200 cartes conseils sur la prévention de la diarrhée élaborés, testés, reproduits et distribués
- 38 protocoles d’entente signés à travers 134 ateliers communautaires

Au cours de cette année, beaucoup d’efforts ont été déployés pour mener des activités de communication pour le changement de comportement dans un contexte de pérennisation des acquis de PROSAF. Des stratégies innovatrices de communications, culturellement appropriées ont été utilisées dans une approche globale de forte responsabilisation des responsables de la communication à différents niveau du départements et des zones sanitaires ainsi et une forte implication des différents de communication au niveau communautaire (agents de santé, animateurs des radios, comédiens, griots et chanteuses, des relais communautaires et des animateurs des ONG). Les chapitres qui suivent décrivent les stratégies utilisées, les activités menées et les réalisations enregistrées en attendant que l’enquête CAP 2005 viennent nous donner le niveau de l’impact de ces activités au sein des populations du Borgou/Alibori.

#### ***2.4.1 Sous-Résultat Intermédiaire 4.1: La connaissance et les attitudes favorables aux mesures préventives et aux comportements appropriés sont améliorées***

Renforcer et étendre les activités de communication pour le changement de comportement dans toutes les communes des départements du Borgou/Alibori

##### ***Le théâtre communautaire pour sensibiliser les populations***

Pour augmenter la demande des populations, des tournées de sensibilisation avec deux pièces théâtrales ont été effectuées et une troisième a démarré. La pièce « Luttons Contre le SIDA » a été présentée devant 10.000 spectateurs dans 30 villages des communes de Pèrèrè, Nikki, Kalalé et Gogounou qui n’étaient pas couvert en 2003. Les populations ont augmenté de plus de 50% leurs connaissances de chacun des trois moyens majeurs d’éviter le SIDA. La pièce « Espaçons les naissances » a été traduite en Boo et présentée dans 35 villages devant 10.000 spectateurs. L’enquête participative rapide démontre une diminution importante de la taille de la famille désirée (idéale) parmi les spectateurs Boo. Aussi la connaissance de trois méthodes de contraception est passée de 32% à 87% au cours de cette enquête participative menée avant et après les présentations théâtrales. Une pièce sur les SONU communautaires et les raisons d’avoir confiance dans les méthodes modernes de la planification familiale a été élaborée et présentée dans les 7 premiers villages programmés pour la tournée qui se poursuit.

Beaucoup d’efforts ont été développés pour renforcer les compétences existantes en matière de théâtre communautaire dans le Borgou/Alibori. En effet la troupe Bio Guerra a monté des pièces accompagnées des animations de groupe et des enquêtes participatives rapides avec de moins en moins d’assistance technique. Pour la pièce SIDA, le secrétaire et le gestionnaire de la troupe ont appris à élaborer les questions et faire l’analyse des données de l’enquête participative rapide manuellement et sur Excel. A partir des modules SONU et planification familiale du *Curriculum CCC*, la troupe a élaboré la pièce SONU/Planification Familiale sans un atelier d’élaboration. En plus, l’ABPF a initié la réplification de la

pièce « Espaçons les Naissances » pour les populations Boo. Elle a arrangé la traduction et l'adaptation et formé un théâtre communautaire en Boo qui a reçu de l'assistance technique pour la mise en scène.

### ***L'utilisation des radios rurales pour diffuser des spots et des chansons***

Les radios sont un moyen de communication très efficace pour toucher le maximum de la population et contribuer ainsi à augmenter les connaissances de la population. Ce qui contribue à motiver les demandes de services et mesures préventives étant donné que plus de 64% des femmes et 84% des hommes écoutent la radio plusieurs fois dans la semaine. Des contrats de diffusion des spots et chansons ont été signés avec sept radios. Elles ont diffusé dans quatre langues locales (Dendi, Bariba, Peuhl et Boo) des spots sur le condom dont les populations sont invitées à l'utiliser en plus des autres méthodes contraceptives dans une optique de double protection (protection contre les grossesses non désirées et protection contre les IST et le VIH/SIDA). Des chansons sur les signes de danger SONU et les moyens d'éviter la diarrhée ont été développées.



*Groupe de femmes pendant l'atelier de conception des chansons*

Pour renforcer les compétences des animateurs radios dans le domaine de la PCIME et des SONU-communautaires, un atelier d'élaboration de spots et de chansons portant sur ces thèmes a été organisé. Ont pris part à cet atelier des animateurs de quatre radios locales partenaires, deux nouvelles radios locales et un groupe folklorique de l'une des radios locales partenaires. A l'issue de l'atelier, neuf spots ont été enregistrés en Bariba, huit en Dendi, six en Boo et six en Peuhl ainsi que cinq chansons chantées dans au moins quatre langues parlées dans le Borgou/Alibori.

Les spots et les chansons ont porté sur les thèmes suivants, tous importants dans la mise en œuvre de la PCIME et des SONU communautaires : la vaccination, la diarrhée et les signes de danger chez l'enfant, les moyens de prévenir la diarrhée, les rumeurs sur les effets secondaires de la planification familiale. Ces spots et chansons sont diffusés dans les communautés du Borgou/Alibori par des campagnes radios, des griots et même des groupes de femmes et se poursuivra durant tout le premier semestre 2005.

Durant cette année, suite aux efforts de sensibilisation des acteurs de la santé sur la nécessité de travailler avec les acteurs de communication dans le cadre de la sensibilisation des populations sur les thèmes de santé, trois zones sanitaires ont établi un partenariat avec les radios locales pour la diffusion de messages sur la santé. Ce sont les zones sanitaires de Banikoara (qui a depuis des années financé des émissions radios avec les fonds communautaires), de Bembèrèkè/Sinendé et de Tchaourou (dont les chargés de Mobilisation Sociale –Communication pour le Changement de Comportement (MS-CCC) ont commencé à produire et diffuser des émissions sur des thèmes de santé familiale en partenariat avec les radios locales). Cette attitude s'inscrit en droite ligne dans la pérennisation des activités de CCC qui trouvent une source de financement et des compétences capables de les gérer grâce à l'appui technique de PROSAF.

Renforcer la communication entre les acteurs, les agents de santé, les COGECS et les CVS, et la capacité d'entreprendre des activités de CCC et de mobilisation sociale

La pérennisation dépend aussi de la capacité des agents de communication à poursuivre la promotion des changements de CAP sans assistance technique. La formation des Chargés de MS/CCC mis en place comme point focal au niveau zone a permis de leur donner des compétences nécessaires pour assurer la continuité des activités de MS et CCC au niveau des zones. Un atelier d'orientation les a initiés en gestion, aux concepts de CCC et à l'intégration des activités CCC dans l'offre intégrée des services à base communautaire. Pendant cette session, ils ont également complété et intégré les activités MS/CCC dans les plans d'action des zones sanitaires pour l'année 2004.

Le *Curriculum CCC* et le *Curriculum de Formation des Relais Communautaires* qui intègre le *Curriculum CCC* ainsi que les supports IEC sur la PCIME et les SONU Communautaires (voir en dessous) permettent aux agents de santé et les structures communautaires de mieux communiquer et promouvoir les comportements de santé familiale. L'atelier de développement et de validation du *Curriculum CCC* a regroupé des agents de santé, des ONG, des partenaires et les agents de terrain de PROSAF. Ce curriculum contient un guide d'utilisation, les techniques de facilitation, des modules interactifs sur la CCC et les principaux thèmes de santé familiale. Sept Chargés de MS-CCC et neuf animateurs de zone de l'ABPF ont été formés sur le Curriculum comme formateurs des formateurs et ont aussi apporté des améliorations au curriculum.

Le chef Division IEC de la DDSP/B-A et une enseignante de l'ENIAB, avec l'appui technique de l'équipe CCC de PROSAF, a formé 23 Enseignants de l'ENIAB en CCC et communication interpersonnelle (CIP) au cours de leur formation en O.I.S. L'EEZS de Parakou-N'Dali a également formé en CIP les agents de santé de l'Hôpital de Boko.

Renforcer la capacité des volontaires communautaires et des membres des organisations communautaires de base, les groupements féminins et les associations locales et les ONG, à mettre en œuvre des activités CCC

Un curriculum de formation des relais communautaires sur la lutte contre le SIDA, *Les Etapes Participatives Contre le Sida*, a été élaboré et a servi à former les membres des ONGs CAPID, GRADE, ABPF et Bio Guerra. Les ONG GRADE et CAPID l'expérimentent avec l'assistance technique de PSS et PROSAF dans quatre villages et quartiers de ville des communes de Nikki, Kalalé et N'Dali. Le draft de la deuxième partie du curriculum est en cours d'élaboration avec la participation de la cellule du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) de B/A.

#### ***2.4.2 Sous-Résultat Intermédiaire 4.2: L'environnement socioculturel favorisant l'utilisation des services et des mesures préventives est amélioré***

Soutenir la mise en œuvre de la PCIME et des SONU communautaires dans le Borgou/Alibori en collaboration avec d'autres partenaires

PROSAF et les autres intervenants en matière de PCIME communautaire (MCDI et PSS) et de SONU (IntraHealth International ) ont eu différentes rencontres en vue d'harmoniser les approches de mise en œuvre de ces stratégies. Dans chaque zone sanitaire, les activités suivantes ont été mises en œuvre avec l'assistance technique et/ou financière de ces différents partenaires :

- ◆ Elaboration d'un protocole de mise en œuvre ;
- ◆ Identification des centres de santé pour la mise en œuvre de chacune des stratégies ;
- ◆ Identification des personnes devant jouer le rôle de facilitateurs communautaires (FaC) ;
- ◆ Formation des facilitateurs communautaires ;
- ◆ Négociation du partenariat avec les communautés.
- ◆ Diagnostic participatif communautaire

Chaque zone sanitaire a identifié des centres de santé dans lesquels les actions ci-dessus citées ont été développées à titre pilote. Dans la zone sanitaire de Malanville/Karimama, les SONU communautaires (SONU-c) ont couvert les villages de des aires de santé de CSA tandis que les zones sanitaires de NikKi/Kalalé/Pèrèrè (six CSA), Kandi/Gogounou/Segbana (trois CSA), Parakou/N'Dali (deux CSA) et Tchaourou (trois CSA) ont mis en œuvre la PCIME communautaire (PCME-c). Au total quatre CSA ont mis en œuvre les SONU communautaires et 14 CSA la PCIME-c.

Pour accompagner la mise en œuvre du processus dans ces formations sanitaires, et conformément à la plate-forme multisectorielle préconisée dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIME communautaire, 18 équipes de Facilitateurs Communautaires comptant 97 personnes ont été mises en place. Ces équipes sont composées globalement de l'infirmier chef poste, de la sage femme, des agents du CARDER, des leaders communautaires, des animateurs d'ONG locales et des animateurs de zone de l'ABPF. Ces équipes ont été formées selon un système itératif pour conduire l'ensemble des étapes du processus. Au cours de cette année, les principales étapes réalisées sont la négociation du partenariat avec la communauté et le diagnostic participatif communautaire.



#### Négociation du partenariat avec les communautés

La négociation du partenariat avec la communauté est subdivisée en quatre étapes : le stage d'immersion, la prise de contact avec les autorités au niveau de l'arrondissement, les réunions de recherche d'adhésion au niveau des villages et la réunion au niveau de l'arrondissement pour confirmer l'adhésion des villages au programme. 81 réunions ont été tenues aussi bien au niveau des villages que des arrondissements avec la participation de 5405 personnes dont 1256 femmes. A l'issue de ces réunions, un engagement formel de tous les 123 villages et hameaux ciblés pour les SONU ou la PCIME communautaire a été obtenu.

#### Le diagnostic participatif communautaire

Le diagnostic participatif communautaire est l'étape au cours de laquelle le problème de la mortalité et morbidité élevées des enfants de 0-5 ans, pour les zones sanitaires mettant en œuvre la PCIME communautaire, et la mortalité maternelle et néo-natale pour la zone sanitaire mettant en œuvre la composante communautaire des SONU sont analysées. Cette analyse s'effectue suivant l'approche de résolution rapide des problèmes en équipe dans chaque village. En effet chaque village forme une équipe constituée des autorités locales, des personnes ressources des différents secteurs intervenant dans le milieu de même que les leaders d'opinion, les représentants des corporations et associations. Cette équipe collecte et analyse les données de base indispensables pour la



formulation du problème. Il s'agit entre autre des données collectées par l'équipe de facilitation au moment de l'immersion, des données du SNIGS, des données disponibles au niveau des Centres de Promotion Sociale (CPS) et des ONG, les enquêtes (EDS), et des données complémentaires collectées au sein de la communauté. Sur la base des données recueillies, chaque équipe dans le village formule le problème, recherche les causes, et les vérifie pour en retenir les causes principales. Au terme de cette étape, chaque équipe élabore des solutions, définit les priorités les plus pertinentes, identifie les actions à tester et à mettre en œuvre et élabore un plan de mise en œuvre. Ce plan comporte les actions à mettre en œuvre au niveau du village mais aussi inscrira les actions qui relèvent du niveau de l'arrondissement et qui vont être inscrites dans le plan d'actions du centre de santé de l'arrondissement. Ces plans d'actions intègrent aussi bien l'offre des services à base communautaire que la promotion intégrée des pratiques clés et le renforcement du partenariat communautaire.

Au total, 134 ateliers qui ont connu la participation de 3055 personnes dont plus de 300 femmes ont été tenus pour réaliser ce processus. Dans l'ensemble, sur 85 centres de santé d'arrondissement des zones sanitaires de non concentration, 38 ont élaboré et signé chacun un protocole d'entente avec les communautés relevant de son aire sanitaire (38 MOU signés). Ce protocole est la matérialisation officielle de l'engagement donné au cours de la phase précédente. Le point des villages ayant signé des protocoles d'entente avec les centres de santé dans les zones sanitaires de non concentration se présente comme suit :

*Tableau 8 : Communautés/villages qui ont signé un protocole d'entente avec les centres de santé dans les zones de non-concentration*

:PERFORMANCE DES COGECs						
	Malanville Karimama	Parakou N'dali	Nikki Kalalé Pèrèrè	Kandi Gogounou Segbana	Tchaourou	Total
Nombre de villages des zones de non-concentration qui ont signé un protocole d'entente avec leurs centres de santé	<b>72</b>	<b>79</b>	<b>0</b>	<b>108</b>	<b>43</b>	<b>302</b>
Nombre total de villages recensés dans les zones de non-concentration	<b>72</b>	<b>79</b>	<b>217</b>	<b>123</b>	<b>43</b>	<b>534</b>
<b>Performance (le critère est rempli)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>88%</b>	<b>100%</b>	<b>57%</b>

Le produit final du diagnostic participatif communautaire est l'élaboration de plans d'action pour résoudre les problèmes identifiés. Les centres de santé et les villages disposant à l'étape actuelle, de plans d'action 2004 et 2005 dans les cinq zones sanitaires de non-concentration se présente comme suit :

TABLEAU No 9 : COGEA/CVS disposant de plans d'action 2004 & 2005 par zone sanitaire de non-concentration

	Malanville/ Karimama	Kandi/ Gogounou/ Ségbana	Tchaourou	Nikki/ Kalalé/ Pèrèrè	Parakou/ N'Dali	Total
Nombre COGEA disposant de plans d'action <sup>3</sup>	9/9	21/24	6/6	0/33	2/13	38/85
Nombre de villages (CVS) disposant de PA dans les arrondissements concernés	25/25	19/37	24/24	0/51	10/10	78/147

La mise en œuvre de ces plans d'action a démarré dans les localités concernées avec la mise en place des services à base communautaire. Le processus se poursuivra dans les localités ne disposant pas encore de plans d'action au cours du quatrième trimestre 2004.

#### Identification des ASBC, CVS et autres structures communautaires

Le choix des ASBCs constitue l'une des premières activités de l'offre des services qui est l'un des trois éléments du cadre conceptuel de mise en œuvre de la composante communautaire de la PCIME. Au fur et à mesure de la réalisation des diagnostics participatifs communautaires et des plans d'action des villages, les différentes structures de mise en œuvre des services à base communautaire sont mises en place. Elles viennent s'ajouter au dispositif déjà mis en place au cours de la première phase de PROSAF. A ce jour, le point de la mise en place de ces structures dans les anciennes zones de non concentration, se présente comme suit :

TABLEAU No 10: Point de la mise en place des structures d'offre de services à base communautaire

	Malanville/ Karimama	Kandi/ Gogounou/ Ségbana	Tchaourou	Nikki/ Kalalé/ Pèrèrè	Parakou/ N'Dali	Total
Nombre ASBC	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>ND</b>	<b>12</b>	<b>66</b>
Nombre de CVS	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>ND</b>	<b>12</b>	<b>61</b>
Nombre de Maman visa	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>ND</b>	<b>30</b>	<b>62</b>
Total ASBC dans la zone sanitaire	<b>54</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>ND</b>	<b>36</b>	<b>176</b>
Total CVS dans la zone sanitaire	<b>49</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>135</b>

#### Développement et production de support IEC pour la PCIME et les SONU communautaires

Pour soutenir la PCIME et les SONU communautaires, des chansons et des supports imprimés ont été élaborés. Les chansons aident la population à prévenir la diarrhée et à connaître les signes de danger chez

<sup>3</sup> y compris les arrondissements ne mettant pas en œuvre les composantes communautaires de la PCIME et des SONU



l'enfant et chez la femme en maternité. Elles ont été élaborées en forme de support IEC participative pour permettre à la population de les chanter elle-même et de véhiculer les messages pour leur propre plaisir sans l'intervention d'une assistance spécialisée en communication. La chanson SONU est quotidiennement diffusée par 5 radios locales. Un guide d'enseignement de cette chanson a été élaboré pour permettre aux ASBC de l'enseigner aux populations. Ce guide est complété par un jeu de gestes sur ces signes de danger. La chanson, le guide et le jeu de gestes ont été intégrés au *Curriculum de Formation des Relais Communautaires*.

Pour mieux faire passer les messages sur la prévention de la diarrhée, des posters et cartes conseils ont été élaborés à partir des images du *Livret de santé de l'enfant*. En tout, 5000 posters (2500 posters sur le cycle de contamination et 2500 sur la prévention- *images ci-contre*) et 2200 cartes conseils ont été imprimés en couleur. Les Chargés MS/CCC ont reçu les lots de cartes conseils des ASBC qui seront distribués lors de leur formation sur le curriculum des relais communautaires.

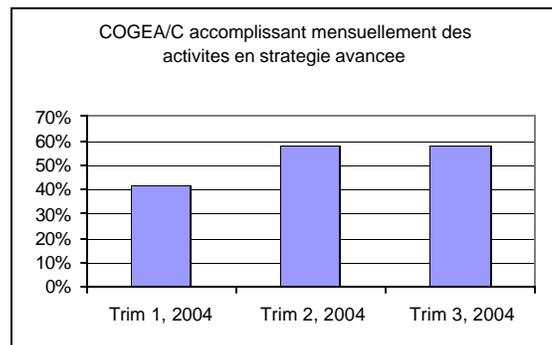
La pièce sur les SONU et les rumeurs et sur les effets secondaires de la PF élaborée par la troupe Bio Guerra sera diffusée dans les deux zones sanitaires (Banikoara, Bembéréké-Sinendé) qui ont choisi les SONU et aussi dans quelques villages de Nikki, N'Dali et Pèrèrè au cours du quatrième trimestre 2004 et tout le premier semestre 2005.

Renforcer la capacité des COGEA et CVS pour l'amélioration de leur participation aux activités de santé y inclus les activités génératrices de revenus

**Participation des COGEA aux activités en stratégie avancée**

PROSAF s'est intéressé à la participation effective des COGEA à l'exécution mensuelle des activités en stratégie avancée telles que les vaccinations, IEC/CCC, la consultation des enfants sains, la surveillance nutritionnelle et la consultation prénatal. La performance atteinte en la matière est demeurée au même niveau les deux derniers trimestres de l'année tel que l'indique le graphique ci-contre.

Plus de la moitié des COGEA dans les sept zones sanitaires accomplissent mensuellement des activités en stratégie avancée en collaboration avec les équipes de santé. Cette



performance sera améliorée au fur et à mesure du renforcement des capacités opérationnelles des COGEA dans les zones de non-concentration.

Le suivi des Activités Génératrice de Revenu (AGR) dans les zones sanitaires de Banikoara et de Bembèrèkè/Sinendé

Les sept centres de santé d'arrondissement pilotes des zones sanitaires de Banikoara et Bembèrèkè-Sinendé puis le centre de santé de Toura qui s'est ajouté ont reçu chacun plusieurs visites d'appui des chargés de mobilisation sociale et de communication pour le changement de comportement et des Assistants techniques de PROSAF. Les AGR menées dans ces centres sont la Boutique villageoise à Ina, la Commercialisation de pétrole (qui constitue 50% des AGR) à Kokey, Founougo, Ounet et Toura, la production et la commercialisation de glace alimentaire et de sucettes à Sèkèrè, la cantine à Fo-Bouré et le « Taxi-brousse » à Gamia. Sur l'ensemble des besoins de financement pour la mise en œuvre



de ces activités, les communautés ont contribué à une hauteur de 33 %. Une AGR, celle de Toura a été entièrement financée sur les ressources internes mobilisées au niveau de l'arrondissement de Toura, structure décentralisée de la commune de Banikoara. Quatre (4) AGR ont fait l'objet d'un cofinancement entre les communautés et le PROSAF et trois (3) ont entièrement été financées par le PROSAF.



Le démarrage des activités dans les sept premiers centres avait coïncidé avec la fin de PROSAF. Actuellement six AGR sur huit fonctionnent normalement. Elles pourraient atteindre un rendement optimum avec un peu plus de systématisation dans la supervision et le contrôle de gestion. Les AGR des deux autres centres de santé connaissent des difficultés et ont suspendue les opérations pour mieux les redéfinir. Les principales difficultés recensées : la non application rigoureuse des règles et procédures de gestion, le manque de supervision de la part l'EEZS dans la zone sanitaire de Bembèrèkè-Sinendé ; l'irrégularité de l'approvisionnement en produits pétroliers par la SONCOP dans la zone sanitaire de Banikoara. A la suite des visites de supervision effectuées, un certain nombre de recommandations ont été faites : la relecture commune des procédures de gestion des AGR ; l'intégration des AGR dans la supervision de la gestion des centres de santé, restructuration des comités non performants, application effective des plans de remboursement.

Malgré les contraintes que connaissent certains AGR, cette activité connaît de plus en plus d'engouement et les membres des EEZS prennent de plus en plus en main le suivi desdites activités. Durant la planification des activités 2005, 8 COGEA des zones sanitaires de Bembèrèkè-Sinendé, Parakou-Ndali et Tchaourou ont manifesté un intérêt à expérimenter des AGR à travers la budgétisation d'une activité AGR.

La performance des COGEC en matière de nouvelles propositions d'AGR est présentée ci-dessous.

Tableau No. 11 : Propositions innovantes sur les activités génératrices de revenus

PERFORMANCE DES COGEA								
	Bembèrèkè Sinendé	Banikoara	Malanville Karimama	Parakou N'dali	Nikki/ Kalalé/ Pèrèrè	Kandi/ Gogounou / Segbana	Tchaourou	Total
Nombre de propositions innovantes sur les activités génératrices de revenus rédigées par les COGECs et envoyées aux EEZS	<b>06</b>	<b>04</b>	<b>0</b>	<b>04</b>	<b>0</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>16</b>
Nombre total de COGEAs/COGE Cs	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>06</b>	<b>106</b>

### 3. GESTION DU PROGRAMME

#### 3.1 Appui à la DDSF et aux zones sanitaires

La Direction Départementale de la Santé Publique, ses structures affiliées et les sept zones sanitaires ont bénéficié au cours de cette année, de l'appuis technique et financier de PROSAF Phase Transitoire. Au titre de cet appuis on peut citer :

- Evaluation des besoins de la DDSF et de la mise à disposition des accessoires informatiques pour renforcer la capacité des ordinateurs en vue de la mise en réseau de leur système informatique.
- Appui à la DDSF et aux sept zones sanitaires d'un lot de matériel informatique composé de sept (7) ordinateurs portables et accessoires, d'un (1) ordinateur de table, d'un (1) onduleur, d'un (1) rétroprojecteur pour transparent et d'un (1) rétroprojecteur numérique multi média pour renforcer la capacité en planification et en gestion de données.
- L'Ecole Nationale des Infirmiers et infirmières Adjoints du Bénin (ENIAB) basée à Parakou a aussi bénéficié au cours de la période d'un appui technique et financier de PROSAF pour la mise en place d'un système de communication basé sur les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) et aussi d'un lot d'équipements informatiques et de matériel multimédia composés d'un (01)Laptop IBM ThinkPad plus accessoires, d'un (01) Sac pour portables, d'un (01) InFocus LCD Projector Model, d'un (01) Rétroprojecteur à transparent Overhead , d'un (01) Multiprise APC et d'un (01) Régulateur de tension.
- Participation à la conférence Global Health Council tenue aux Etats Unis du 28 mai au 11 Juin 2004 à Washington d'une délégation du Ministère de la Santé Publique, conduite par le Directeur

de la Santé Familiale du Ministère et constituée du Directeur Départemental de la Santé Publique du Borgou /Alibori (DDSP/BA) et deux membres de l'équipe technique de PROSAF-phase transitoire

### **3.2 Personnel**

L'équipe nécessaire pour la mise en œuvre du PROSAF Phase Transitoire est complètement mise en place . A ce jour, il y a au total quarante deux (42) agents disponibles pour assurer la gestion administrative et technique de PROSAF Phase Transitoire.

### **3.3 Gestion des équipements et du matériel**

Dans le cadre de la gestion du programme, les équipements informatiques des techniciens et des agents administratifs du bureau de PROSAF à Parakou ont été tous renouvelés à l'issue de la livraison des équipements commandés aux Etats Unis.

Deux (02) nouveaux véhicules ont été acquis et trois (03) anciens véhicules acquis durant la première phase (vieux de 5 ans) ont été réparés pour mieux renforcer le parc automobile et faciliter le déplacement des techniciens sur le terrain .

Pour faire face aux problèmes de délestages que connaît la ville de Parakou, trois (03) groupes électrogènes ont été commandés, réceptionnés et installés dans trois (03) résidences de PROSAF.

Des réparations et entretiens ont été aussi faits sur les motos des Assistants Techniques et des animateurs ABPF pour leur redéploiement dans les zones sanitaires ;

### **3.4 Gestion des consultants et autre appui technique**

Au cours de l'année 2004, le programme a reçu la visite de six (06) personnes ressources. Il s'agit :

- Volkan Cakir consultant venu appuyer PROSAF dans l'élaboration de son Plan de Pérennisation.
- Tonja R. Cullen, Program Officer URC/ PROSAF qui a séjourné deux (02) fois au sein de l'équipe de PROSAF : 1) pour fournir un appui technique à la mise en œuvre du programme, au recrutement et à l'orientation du nouveau administrateur, à la finalisation du Plan de Monitoring de la Performance de PROSAF Phase Transitoire, et à l'élaboration du premier draft du rapport de fin de projet PROSAF Première Phase. et 2) pour aider à développer des "job aids" et entreprendre une recherche opérationnelle sur les incitations.
- Fritz BAFOUR consultant, qui a séjourné tout d'abord du 20 au 25 juin 2004 dans le cadre de la reconnaissance des sites dans lesquels le tournage du documentaire vidéo devra être fait, approfondir la connaissance sur l'histoire du PROSAF, identifier les sites dans lesquels le tournage pourrait se faire, corriger le scénario du documentaire et actualiser le chronogramme du tournage de la vidéo et du 18 au 25 juillet 2004 pour réaliser le tournage du documentaire vidéo dans le domaine de mobilisation Communautaire.
- Thierry GOUTONDI consultant national qui est venu appuyer PROSAF dans l'élaboration de Module de formation et d'outils de mise en œuvre du contrôle de la qualité des données sanitaires.
- SIRI WOOD, technical back stop de PATH pour l'IEC/CCC, qui a séjourné du 05 au 18 septembre 2004 pour assister l'équipe de CCC d'une part dans la planification des activités du 4<sup>ème</sup> trimestre 2004 et d'autre part sur l'amélioration du curriculum CCC élaboré pour la formation des ASBC .
- Cyrille ZOUNGAN consultant, qui est venu appuyer l'équipe de PROSAF Phase transitoire dans l'analyse des données de l'Evaluation Rapide de la performance des Agents de Santé 2<sup>ème</sup> édition (ERPA-2) au niveau Départemental.

### **3.5 Gestion des contrats**

Les contrats de location du bureau et des résidences du Coordonnateur Adjoint, du Spécialiste AQ et du Coordonnateur ont été renouvelés et signés par URC.

Dans le cadre de la gestion des consultants locaux, un contrat a été élaboré et signé avec le consultant Thierry GOUTONDI dans le cadre de son appui à PROSAF pour l'élaboration de Module de formation et d'outils de mise en œuvre en matière de contrôle de la qualité des données sanitaires et un autre contrat avec le consultant Cyrille ZOUNGAN pour matérialiser l'engagement pris par PROSAF dans le cadre de l'appui à apporter par ce dernier pour la réalisation de l'analyse des données de ERPA 2 au niveau départemental.

Pour permettre la mise en œuvre des activités de diffusion de spots sur les thèmes de santé familiale par le RI4-CCC, des contrats ont été élaborés et signés avec ORTB (la Radio Régionale de Parakou) et six (06) radios communautaires implantées dans les départements du Borgou et de l'Alibori.

En vue de mener la sensibilisation sur les soins néo-nataux d'urgence et la planification familiale (SONU/PF) avec la pièce théâtrale « Protégeons nos mères et enfants » dans les villages de l'Alibori et du Borgou, un contrat a été aussi élaboré et signé avec la troupe théâtrale BIO GUERRA pour la mise en œuvre du pré test et de la tournée avec la pièces dans soixante quatre (64) villages ciblés.

Tous ces contrats sont bien suivis et les décaissements effectués suivant les clauses édictées dans chaque contrat.