

REPUBLIQUE DU BENIN

Fraternité-Justice-Travail

- - - - -

MINISTERE DE LA SANTE

- - - - -

SECRETARIAT GENERAL DU MINISTERE

- - - - -

DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSEPCTIVE

- - - - -

SERVICE DES ETUDES ET DE LA PROSPECTIVE

CELLULE DE SUIVI EVALUATION



PNDS

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2009-2018

PLAN DE SUIVI, EVALUATION ET REVUE

Cadre pays de redevabilité

Juin 2012

EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION

Mathias FINOUDE
Raymond K. AMOUSSOU
Pascal KORA BATA
Alphonse AKPAMOLI
Mathilde AGBODANDE HOTEYI
Cosme DJODJO KOUTON
Erick GNACADJA
Léandre HOUNHOU
Marguerite TOTONGNON ZOMAHOUN
Claude DECADJEVI
Solange GABA
Scholastique KUAKUVI

COMITE TECHNIQUE DE FINALISATION

Mathias FINOUDE
Raymond K. AMOUSSOU
Pascal KORA BATA
Alphonse AKPAMOLI
Mathilde AGBODANDE HOTEYI
Sanoussi ACAKPO
Dominique Do REGO
Cyrille E. ZOUNGAN
Cosme DJODJO KOUTON
Erick GNACADJA
Léandre HOUNHOU
Victor Djossè PADONOU
Agnès VISSOH AYADJI
Abou Bakary PIO
Gratien GBETOENONMON
Sirageou BAKARY
Moussa BACHABI
Boris MAMA DJIMA
Paulin GBEKAN
Clément AKPAMAGBO
Jean Sagbo AGOSSOU
Marguerite ZOMAHOUN
Adjimavo HOUNKPATIN

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé remercie les différents acteurs internes et externes du secteur de la santé qui se sont investis dans l'élaboration du présent document.

Ces remerciements vont à tous les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et en particulier à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), au Fonds Mondial, à la Coopération Technique Belge (CTB) à travers son projet "Appui Institutionnel au Ministère de la Santé (AIMS)" et à la Banque Mondiale à travers le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) pour leurs appuis technique et financier soutenus.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ACRONYMES	7
LISTE DES TABLEAUX	10
LISTE DES FIGURES	10
PREFACE	11
GLOSSAIRE	12
INTRODUCTION	16
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	18
CHAPITRE 1 : LA STRATEGIE SANITAIRE NATIONALE COMME BASE DES RESULTATS ET DE LA REDEVABILITE	21
1.1 Rappel des défis et enjeux du secteur de la santé	21
1.2 Objectifs de la stratégie sanitaire nationale	23
1.3 État actuel du système d'information sanitaire	24
1.4 But et objectifs du Plan de Suivi Evaluation et Revue du PNDS	27
1.4.1 But	27
1.4.2 Objectifs	28
1.4.3 Résultats attendus	28
1.5 Processus d'élaboration du plan de suivi, évaluation et revue du PNDS	29
CHAPITRE 2 : CAPACITES INSTITUTIONNELLES	30
2.1 Principaux mécanismes nationaux de coordination	30
2.1.1 Au niveau central	30
2.1.2 Au niveau intermédiaire	33
2.1.3 Au niveau périphérique	34
2.2 Rôles et responsabilités des principales institutions et parties prenantes du pays dans le suivi et l'évaluation du PNDS	36
2.3 Ressources humaines, matérielles et financières	38
2.4 Stratégie nationale de renforcement des capacités	39
CHAPITRE 3 : SUIVI-EVALUATION ET PERFORMANCE	43
3.1 Cadre de suivi et d'évaluation	43
3.2 Les indicateurs	43
3.2.1 Les indicateurs fondamentaux ou traceurs	43
3.2.2 Les indicateurs spécifiques aux structures	57
3.2.3 Les indicateurs du Compact	57
3.3 Sources de données	58
3.3.1 Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS)	59

3.3.2	Plan d'enquête pour le suivi et l'évaluation du PNDS 2009-2018	62
3.3.3	Le système d'enregistrement de l'Etat civil	67
3.3.4	Les rapports, études et enquêtes spécifiques	69
3.3.5	Les données administratives	70
3.3.6	Les revues des décès maternels	72
3.4	Gestion des données	74
3.4.1	Gestion des données de routine des formations sanitaires	74
3.4.2	Gestion des autres sources de données	75
3.5	Analyse, synthèse et qualité des données	76
3.5.1	Analyse et synthèse des données	76
3.5.2	Évaluations régulières des progrès et de la performance	77
3.5.3	Procédures d'assurance de la qualité des données	77
3.6	Diffusion et utilisation des données	81
3.6.1	Résultats et responsabilités concernant l'analyse	81
3.6.2	Communication pour le développement durable du secteur santé	82
CHAPITRE 4	: MECANISMES NATIONAUX DE REVUE ET D'ACTION	84
4.1	Système de revue périodique conjointe des progrès et de la performance aux fins de prise de décision	84
4.2	Liens entre les revues programmatiques et la revue générale du secteur de la santé	85
4.3	Composante évaluation	86
BUDGET		90
CONDITIONS DE SUCCES DU PSER		134
<i>La réussite de la mise en œuvre du Plan de Suivi Evaluation et Revue du PNDS passe nécessairement par un certain nombre de conditions qui doivent être réunies. Il s'agit de :</i>		134
CONCLUSION		134
ANNEXES		136

SIGLES ET ACRONYMES

AIMS	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
ANCB	Association Nationale des Communes
ARV	Anti Retro Viral
CCIA	Comité Consultatif Inter Agence
CCPH	Country Health Policy Dialog Process Portal
CDEEP	Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CEFOP	Centre de Formation et de Recherche en matière de Population
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIPEC	Centre d'Information de Prospective et de Conseil
CNC	Comité National de Coordination des projets/programmes financés par le Fonds Mondial
CNEEP	Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes et Projets
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CODIR	Comité de Direction
COGECS	Comité de Gestion du Centre de Santé
CREC	Centre de Recherche Entomologique de Cotonou
CREDESA	Centre de Recherche sur le Développement et la Santé
CTB	Coopération Technique Belge
DDS	Direction Départementale de la Santé
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	Direction des Ressources Humaines
EDS/EDSB	Enquête Démographique et de Santé / au Bénin
EEZS	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
ESDG	Enquête de Surveillance de Deuxième Génération
ETME	Elimination de la Transmission Mère-Enfant
FM	Fonds Mondial
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
IDS	Intrusion Detection System
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
LOGISIDA	Logiciel de Gestion des Données VIH du Secteur Santé
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling

MCZS	Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MIILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'action
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MIS	Malaria Indicators Survey
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine pour la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PCC	Plan de Consommation des Crédits
PFA	Paralyse Flaccide Aigue
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PIHI	Paquet d'Interventions à Haut Impact
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNLMT	Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLUB	Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli
PNT	Programme National contre la Tuberculose
PPM	Plan de Passation des Marchés
PSER	Plan de Suivi Evaluation et Revue
PTA	Plan de Travail Annuel
PTD	Plan Triennal de Développement
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RACPSS	Revue Annuelle Conjointe de Performance du Secteur de la Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RH	Ressources Humaines
S&E	Suivi et Evaluation
SARA	Measuring Service Availability and Readiness Assessment (Mesurer la Capacité Opérationnelle et la Disponibilité des Services)
SCRP	Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté

SPIRS	Service de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé
SGSI	Service de Gestion du Système d'Information
SIGFiP	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SILP	Suivi d'Impact Local Participatif
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
TDM	Traitement De Masse
TDR	Termes De Référence
TIC	Technique de l'Information et de la Communication
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
UNFPA	United Nations Fund for Populations Activities
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UP	Université de Parakou
USAID	United States Agency for International Development
UVS	Unité Villageoise de Santé
VDS	Vérification des Données sur Site
ZS	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs sanitaires de 2006 à 2011.....	19
Tableau 2 : Evolution de quelques indicateurs de ressources humaines de santé de 2006 à 2011.....	40
Tableau 3 : Classification des indicateurs selon le niveau des résultats et selon les domaines d'intervention ou maladies	44
Tableau 4 : Cadre de performance des indicateurs traceurs de suivi évaluation du PNDS 2009 2018.....	49
Tableau 5 : Organisation du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires	59
Tableau 6 : Plan d'enquête pour le suivi et l'évaluation du PNDS 2009-2018	62

LISTE DES FIGURES

Graphique 1 : Pyramide des âges du personnel médical et paramédical APE	41
<i>Graphique 2 : Chaîne de résultats présentant l'hiérarchisation des indicateurs par niveau ...</i>	<i>55</i>
<i>Graphique 3 : Circuit de l'information</i>	<i>74</i>
<i>Graphique 4 : Mécanisme de suivi/évaluation interne au Ministère de la Santé du Bénin</i>	<i>83</i>

PREFACE

Le présent document est le fruit d'une réflexion collective engagée au cours de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 dont il est partie intégrante. La fonction de suivi évaluation étant une faiblesse des politiques et stratégies précédentes, le présent Plan de Suivi, Evaluation et Revue se veut un outil opérationnel d'orientation pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS.

Le défi majeur de ce plan est de suivre et évaluer les progrès et les performances du système de santé par rapport aux objectifs du PNDS dans le but d'améliorer l'état de santé de la population béninoise. Il constitue un cadre de référence souple et flexible, régulièrement actualisable pour les 10 années de mise en œuvre du PNDS.

Le Plan de Suivi, Evaluation et Revue du PNDS spécifie ainsi les processus, les méthodes et les outils qui seront utilisés pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données afin d'améliorer la performance du secteur de la santé.

Je saisis cette occasion pour adresser mes félicitations à tous ceux qui se sont investis de près et de loin dans l'élaboration de ce document, et exprimer ma satisfaction et ma profonde gratitude à tous les Partenaires Techniques et Financiers pour leur appui constant à l'amélioration du système de santé du Bénin.

J'exhorte enfin tous les acteurs à différents niveaux de la pyramide sanitaire à s'engager pleinement dans la mise en œuvre des actions retenues dans ce plan.

 Le Ministre de la Santé

Prof. Dorothée A. KINDE-GAZARD

GLOSSAIRE

Pour une meilleure compréhension et utilisation de ce plan, certains concepts utilisés méritent d'être clarifiés.

♦ *Suivi*

Le suivi est la collecte méthodique et périodique de données afin de fournir aux responsables et aux acteurs d'une structure, des indications sur l'état d'avancement et la progression vers les objectifs retenus. C'est une activité interne à la structure.

C'est la collecte régulière d'informations dans le but de faciliter en temps utile la prise de décision, d'assurer la transparence et de servir de base à l'évaluation et à la capitalisation de l'expérience.

Il vise à répondre aux questions suivantes :

- Le plan de travail et le budget sont-ils suivis ?
- Existe-t-il une bonne collaboration avec les autres organisations et les communautés cibles ?
- Le personnel assume-t-il ses fonctions et responsabilités ?
- Les activités se déroulent-elles conformément au plan de travail ?
- Quels sont les problèmes rencontrés ?

Le suivi permet de contrôler les progrès pas à pas, d'assurer l'auto-évaluation et de détecter les dysfonctionnements.

Il est continu et centré sur les ressources, les processus et les produits. Il permet de :

- analyser les quantités, les qualités et les résultats des actions ;
- repérer et de mesurer les anomalies pendant l'exécution ;
- identifier les mesures correctives en vue d'améliorer le pilotage.

♦ *Evaluation*

L'évaluation est une appréciation de l'atteinte des objectifs d'une activité et de ses différentes composantes. Elle permet de façon périodique d'analyser les résultats obtenus par une structure et de donner des orientations stratégiques.

Elle pose des questions comme :

- la structure a-t-elle atteint les objectifs fixés (efficacité) ?
- les moyens utilisés ont-ils été conséquents (efficience) ?

- quel changement a-t-on obtenu (impact) ?
- les objectifs sont-ils toujours valables (adéquation) ?
- les changements obtenus ont-ils perduré dans le temps (durabilité) ?

Il existe plusieurs types d'évaluation :

- selon l'approche temporelle (ex-ante, à mi parcours et ex-post) ;
- selon l'objet recherché (rendement, efficacité, efficience, pertinence, adéquation ou impact) ;
- selon l'acteur (auto-évaluation, interne, externe...).

L'évaluation permet de :

- connaître tous les aspects liés à la mise en œuvre des activités programmées ;
- déterminer la valeur du projet ;
- décider d'éventuels réaménagements et efforts à consentir.

L'évaluation est périodique et limitée dans le temps. Elle permet d'analyser en profondeur les réalisations.

♦ **Complémentarité entre suivi et évaluation**

Une évaluation ne peut être fiable sans un suivi régulier. Le suivi facilite l'évaluation par la mise à disposition des données de base. L'évaluation peut recommander des méthodes additionnelles pour collecter de nouvelles données afin de faciliter le suivi.

Le Suivi permet d'atteindre un niveau de réalisation que l'Evaluation vient constater. Mais cette complémentarité ne saurait couvrir les différences entre ces deux concepts.

♦ **Monitoring**

Le monitoring est le suivi routinier de la performance grâce à la tenue régulière des rapports, et à des systèmes de surveillance et des enquêtes auprès des populations. C'est donc le suivi des hommes dans la mise en œuvre de leurs activités.

Le monitoring aide les gestionnaires à déterminer quels domaines exigent un plus grand effort et soulèvent des questions qui pourraient contribuer à une

meilleure réponse. Dans un système de monitoring et d'évaluation bien conçu, le monitoring participe à l'évaluation. Les outils de monitoring sont :

- Observation
- Surveillance
- Enquête

♦ **Supervision**

La supervision est une action continue d'information et de formation, d'instruction et de correction des erreurs. Elle permet la responsabilisation et la motivation des exécutants.

♦ **Audit**

L'audit est une activité de contrôle en matière de qualité, exercée de façon objective et indépendante, et destinée à améliorer les opérations d'une organisation et à en accroître la valeur. L'audit aide une organisation à atteindre ses objectifs grâce à une approche systématique et rigoureuse pour constater et améliorer l'efficacité de la gestion des risques, du contrôle et du processus de gouvernance.

♦ **Indicateur**

Un indicateur est un outil décisionnel qui permet de mesurer l'efficacité d'un dispositif mis en place. C'est un outil simple qui permet d'observer périodiquement les évolutions d'un phénomène, en le positionnant par rapport à des objectifs fixés. C'est donc un instrument de mesure. Un indicateur fournit des informations vitales pour la prise de décision à chaque niveau et à chaque étape de l'exécution d'un projet. Il peut être quantitatif ou qualitatif.

Il existe plusieurs types de mesure d'un indicateur. Un indicateur peut être sous forme de taux, ratio, indice, rapport, nombre, index composite.

Plusieurs méthodes permettent de mesurer un indicateur. Cette mesure peut se faire à partir du décompte ou du calcul ou d'expression ou de transcription.

♦ **Revue**

La revue est un examen entrepris pour déterminer la pertinence, l'adéquation et l'efficacité de ce qui est prévu pour atteindre les objectifs fixés.

♦ **Redevabilité**

La redevabilité est une notion large, elle revêt plusieurs dimensions et est souvent employée de diverses manières. Certains y voient un mécanisme permettant de tenir des individus et des organisations responsables, tandis que d'autres le voient comme un concept faisant référence à l'application et à la mise en œuvre effective de règles et de normes. La redevabilité dans un sens démocratique signifie qu'un individu occupant un poste public ou travaillant dans une institution doit répondre de ses actes, aux niveaux politique, administratif et financier.

INTRODUCTION

Le Plan National de Développement Sanitaire qui est la traduction opérationnelle de la Politique nationale en matière de santé a été adopté par le Gouvernement béninois le 1^{er} septembre 2010. Ce Plan est décliné en cinq (05) domaines prioritaires qui concourent à la réalisation de la vision du secteur. Cette vision stipule que « ***Le Bénin dispose en 2025 d'un système de sante performant base sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre a l'ensemble des besoins de sante du peuple béninois*** ».

Dans le processus de planification stratégique, le volet suivi et évaluation est une fonction centrale. Il décrit la manière dont les progrès seront mesurés à travers les résultats. Ainsi, pour assurer une mise en œuvre aisée du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, il apparaît donc indispensable de doter le secteur d'une boussole permettant de suivre et de mesurer les progrès réalisés en vue d'apprécier sa performance. Ceci explique l'intérêt de disposer d'un plan de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2009- 2018.

Ce plan intitulé «**Plan de Suivi, Evaluation et Revue (PSER) du PNDS 2009-2018**», se veut un cadre de référence, facilement actualisable au cours de la décennie de mise en œuvre du PNDS. Il est le produit d'un processus consensuel et définit le cadre de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (déconcentrés et communautaires).

Le Plan de Suivi, Evaluation et Revue du PNDS 2009-2018 se fonde sur un cheminement clair et logique dans la chaîne de résultats et garde les missions traditionnelles de tout système de suivi évaluation en santé en utilisant les outils générés par le système tels que les PTA, PCC, PPM, bilans mensuels et trimestriels, rapports des revues. Il prend en compte les indicateurs essentiels

liés aux domaines et programmes du PNDS et couvre parfaitement tous les indicateurs des OMD liés à la santé. Il comprend vingt huit (28) indicateurs retenus et définis de façon consensuelle par une équipe pluridisciplinaire sous la coordination de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé (DPP/MS).

Le présent plan aborde successivement (i) le contexte et la justification, (ii) les capacités institutionnelles, (iii) les objectifs visés, (iv) les indicateurs traceurs, (v) le cadre logique, (vi) les mécanismes de revue, les conditions de succès et enfin (vii) le plan d'action.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le secteur de la santé s'est doté du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018. Le PNDS est élaboré :

- dans la perspective de l'atteinte des OMD ;
- dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche sectorielle couronnée par la signature du COMPACT en 2011 (dont le but est de promouvoir la mise en application des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement dans le cadre des appuis sectoriels) visant à doter le secteur d'un plan unique (PNDS), d'une seule structure de coordination et d'un mécanisme unique de suivi ;
- dans le cadre de la référence à la production et à la mise en œuvre des documents stratégiques tels que le Plan Triennal de Développement (PTD), le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), le Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI) et autres stratégies nationales du secteur.

Pour faciliter la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 et rompre avec le constat fait sur les précédentes politiques et stratégies (faible présence de la fonction suivi et évaluation), il est apparu indispensable de mettre à la disposition du secteur un guide nommé "Plan de Suivi, Evaluation et Revue (PSER) du PNDS 2009-2018" qui va permettre le suivi et la mesure des avancées accomplies en vue d'apprécier sa performance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La situation sanitaire est définie par les indicateurs présentés dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs sanitaires de 2006 à 2011

Domaine	Indicateurs	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I	Mortalité infantile (‰)	67*	nd	nd	nd	nd	nd
	Mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	397*	nd	nd	nd	nd	nd
	Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes (%)	2	1,7	1,8	2	1,7	1,9
	Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+ (%)	86,1	87,5	89,2	90,4	90	91
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnées	20*	nd	56,3***	55,9****	64**	71*
	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnées	20*	nd	54,8***	68,7****	60**	76*
	Létalité due au paludisme tous âges (‰)	1,4	0,9	0,9	1,1	0,8	1,2
	Létalité due au paludisme 0-5 ans (‰)	2,4	1,4	1,4	1,7	1,5	2,27
	Taux de couverture vaccinale au Pentavalent 3 des enfants de 0-11 mois (%)	94,1	98,3	94,2	99	95	94,9
	Taux d'accouchement assisté par le personnel médical et para médical en maternité (%)	98	97	94,3	91	94,2	94,4
	Taux de consultation prénatale (%)	92,6	97,5	94	91,6	94	97,9
	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (%)	12,5	7,3	11,2	21,2	22,1	18,8
II	Nombre de Médecins pour 10000 Habitants	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
	Nombre d'Infirmiers pour 5000 Habitants	1,7	1,4	1,5	1,5	1,6	2
	Nombre de Sages-femmes pour 5000 Femmes en âge de procréer	4,98	4,76	5,13	4,62	4,39	2,9
IV	Poids du budget santé dans le budget général de l'Etat (%)	8,23	7,65	7,2	9	6,12	6,29
V	Nombre de zones sanitaires fonctionnelles	26	28	28	28	28	27
	Taux de fréquentation (%) (soins curatifs)	44	46	45,1	46,5	46,8	45,4
	Taux de fréquentation (soins curatifs) des enfants de 0 à 5 ans (%)	79	83,3	76,5	76	81,6	81,2

Sources : SNIGS/EDS/MIS/LQAS/Enquête de sérosurveillance de l'infection par le VIH et la syphilis du PNLS.

EDS ; ** MIS ; *** LQAS ; **** Rapport d'Etude sur les indicateurs de lutte contre le paludisme dans les formations sanitaires des départements du Bénin, août 2009

Le PSER prend en compte les indicateurs essentiels liés aux domaines et programmes du PNDS et couvre tous les indicateurs des OMD liés à la santé. Il

définit les mécanismes de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les différentes sources de données ont été exploitées (SNIGS, EDS, EMICOV, RGPH, et autres enquêtes etc.) pour définir les années et valeurs de base des indicateurs. Les cibles à atteindre dans le cadre du présent plan sont fixées dans l'hypothèse de l'atteinte des OMD en 2015 et de consolidation des acquis entre 2015 et 2018.

CHAPITRE 1 : LA STRATEGIE SANITAIRE NATIONALE COMME BASE DES RESULTATS ET DE LA REDEVABILITE

1.1 Rappel des défis et enjeux du secteur de la santé

Les défis du secteur de la santé issus des Etats Généraux de la Santé de novembre 2007 s'expriment en :

- prestation de qualité
- ressources humaines qualifiées disponibles et motivées
- système d'information et de gestion performant
- médicament, vaccin et technologie disponibles
- leadership et gouvernance

Le défi majeur du PNDS 2009-2018, est la réalisation des Objectifs 4, 5 et 6 du Millénaire pour le Développement (OMD). L'atteinte des OMD pourrait être compromise si des innovations majeures ne sont pas introduites pour :

- ancrer la culture de la performance dans le secteur de la santé (l'amélioration de la qualité des services est un défi incontournable du PNDS) ;
- intégrer les besoins prioritaires de santé nécessaires à l'atteinte des objectifs sectoriels fixés en conformité avec les OMD ;
- renforcer le système de santé et améliorer son utilisation (améliorer la performance du système de santé, son utilisation par les groupes les plus vulnérables, et assurer une participation effective des communautés dans la gestion du système de santé avec le maintien et le renforcement des acquis) ;
- disposer de ressources humaines motivées, en quantité et en qualité, dans toutes les formations sanitaires du pays (il s'agira de trouver des voies et moyens pour financer et mettre en œuvre le plan de développement des ressources humaines en santé) ;
- mettre en place les mécanismes nécessaires pour une gestion optimale des ressources matérielles et financières pour garantir :

- la disponibilité permanente des médicaments et consommables essentiels pour les différents niveaux de la pyramide, de soins à coût abordable ;
 - la mobilisation des ressources financières additionnelles suffisantes pour la mise en œuvre des interventions de santé à haut impact, et
 - la maintenance préventive et curative efficace des équipements sanitaires ;
- mettre en place un système de gestion axée sur les résultats pour assurer l'atteinte des indicateurs en matière de santé ;
 - assurer l'accès aux soins essentiels de qualité par niveau en visant les populations les plus vulnérables (femmes enceintes et enfants de 0 à 5 ans) et les démunis. Pour ce faire, plusieurs aspects seront pris en compte : (i) carte sanitaire prospective (prenant en compte la situation actuelle, les besoins et la projection sur le futur), (ii) tarification facilitant un accès financier aux plus pauvres et la généralisation des systèmes de couverture du risque maladie, (iii) continuité des soins de qualité ;
 - renforcer les capacités de planification, de coordination, de suivi et d'évaluation dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé, impliquant les acteurs nationaux et internationaux pour aboutir à :
 - l'implication des acteurs potentiels permettant une production efficace et un bon ciblage des priorités ;
 - une coordination et une intégration qui favorisent l'efficacité dans la mise en œuvre des actions ;
 - un SNIGS adapté à la production de données fiables dans les délais et qui répond aux nouvelles attentes de suivi et d'évaluation du secteur ;
 - des enquêtes nationales ou ciblées susceptibles de fournir les résultats exploitables et extrapolables à toute la population.

Ces différents enjeux trouveront une approche de solution dans la mise en œuvre efficace du PNDS.

1.2 Objectifs de la stratégie sanitaire nationale

L'objectif général du PNDS est d'***améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes*** ».

De façon spécifique, il s'agira pour les acteurs du secteur de :

- assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
- renforcer le partenariat pour la santé ;
- améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

Les objectifs de développement ci-dessus cités seront réalisés à travers l'opérationnalisation des cinq (05) domaines stratégiques ci-après :

1. la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins ;
2. la valorisation des ressources humaines ;
3. le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale ;
4. l'amélioration du mécanisme de financement du secteur et
5. le renforcement de la gestion du secteur.

Ces domaines stratégiques ont été déclinés en programmes dont la mise en œuvre efficiente permettra au secteur de la santé de relever les multiples défis.

1.3 État actuel du système d'information sanitaire

La collecte des données nécessaires pour le calcul des indicateurs retenus dans le Plan de Suivi, Evaluation et Revue du PNDS se fera en s'appuyant sur le système d'information du secteur qui est le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS).

Dans la pratique, les données qui alimentent le SNIGS proviennent des sous-systèmes suivants :

1. Sous-système d'information pour la surveillance continue des tendances (activités des formations sanitaires, suivi des tendances),
2. Sous-système de surveillance épidémiologique et de détection des épidémies,
3. Sous-système d'information des programmes,
4. Sous-système d'information de gestion administrative et financière,
5. Sous-système d'enquêtes périodiques,
6. Sous-système d'information à assise communautaire,
7. Sous-système d'état civil.

- **Sous-système d'information pour la surveillance continue des tendances**

Le sous-système des tendances permet le suivi et l'évaluation des prestations (couverture en Soins de Santé Primaire, utilisation des services et efficacité) des structures sanitaires. Il collecte la plus grande partie des statistiques sanitaires du pays. Le sous-système des tendances dispose de supports standardisés par type d'activités qui lui permettent de collecter l'information périodiquement (mensuellement, trimestriellement, semestriellement et annuellement) dans les formations sanitaires.

Toutes les formations sanitaires publiques participent à ce sous système. Mais une frange importante des centres de santé privés ne fournissent pas les informations. Les retards dans la transmission des rapports caractérisent actuellement ce sous-système. La périodicité mensuelle pour la notification des

cas est une faiblesse du sous-système car en cas d'épidémie le sous –système ne permet pas la remontée rapide de l'information au niveau des centres de décision situés à un niveau hiérarchique plus haut.

Les informations collectées par le sous-système des tendances sont complétées par celles d'autres sous-systèmes.

- **Sous-système de surveillance épidémiologique et de détection des épidémies**

Le sous-système pour la surveillance épidémiologique et de détection des épidémies ou Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte (SIMR) a été véritablement mis en place en 2003. Il dispose de fiche IDS (Intrusion Detection System) qui permet de collecter des informations individuelles sur toutes les maladies sauf celles relatives au cas de Paralysie Flasque Aigue (PFA) et de Tétanos Maternel et Néonatal. Ces deux affections disposent de fiches particulières dénommées respectivement fiches d'investigation des PFA et de TMN.

Tous ces supports ont été harmonisés avec les autres structures de surveillance. Pour la gestion du sous-système, les délais de transmission des données ont été définis et se présentent comme suit :

- de la commune à la zone sanitaire : tous les lundis matin ;
- de la zone sanitaire au département : tous les mardis matin ;
- du département au niveau central : tous les mardis soir ou au plus tard tous les mercredis matin.

Les données collectées sont gérées à l'aide d'une application sous Excel, ce qui permet de partager les informations entre les structures et partenaires (OMS, Plan Bénin, OOAS). Toutefois, ce sous-système est confronté à la faible intégration des maladies sous surveillance.

La gestion de ce sous-système est assurée notamment par la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP).

- **Sous-système d'information des programmes**

Les programmes mis en œuvre dans le secteur de la santé sont un ensemble d'actions, impliquant plusieurs structures ou ministères qui visent à éradiquer ou à réduire la prévalence de certaines affections. Pour le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre, des mécanismes de collecte de données sont mis en place au niveau desdits programmes et certaines directions techniques. Au nombre des programmes on peut citer le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), le Programme National contre la Tuberculose (PNT), le Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli (PNLLUB), etc. Même si la plupart de ces programmes disposent de supports standardisés et de délai de transmission, ils sont confrontés aux problèmes de promptitude, de complétude, de gestion de données, et d'insuffisance de ressources.

- **Sous-système d'information de gestion administrative et financière**

En dehors du sous-système des tendances, la grande partie des données administratives et financières est générée par deux directions : la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM). Les données sur le personnel sont produites par la DRH à travers l'élaboration des états d'effectif. Quant aux données financières, elles sont en partie générées par le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) ce qui ne facilite pas l'élaboration des comptes de la santé qui devraient fournir l'information sur les ressources financières engagées pour la santé.

- **Sous-système d'enquêtes périodiques**

Le sous-système des enquêtes regroupe les enquêtes périodiques (le RGPH et l'EDS) et les enquêtes spécifiques des projets et programmes du secteur de la santé et autres dont le secteur santé peut tirer des informations. Seuls les RGPH et EDS se font de façon périodique, mais il se pose un véritable problème de la mise à disposition à temps des résultats de ces deux opérations.

Quant aux enquêtes spécifiques, elles se font et utilisent des méthodologies qui varient d'une étude à une autre, ce qui ne permet pas toujours de faire des comparaisons dans les analyses.

- **Sous-système d'information à assise communautaire**

Au niveau des communautés, les projets et programmes ont mis en place des outils de collecte de données pour évaluer périodiquement leurs activités. Lesdites données sont collectées soit par les relais communautaires/Unités Villageoises de Santé (UVS), soit par les enquêtes légères ou à l'aide de l'outil Suivi d'Impact Local Participatif (SILP). A nos jours, ces différents outils mis sur le terrain n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation ni de standardisation pour leur intégration au SNIGS.

- **Sous-système d'état civil**

L'état civil, qui passe pour l'un des principaux sous-produits des actes administratifs au Bénin est encore mal organisé et ses services largement sous utilisés. Beaucoup d'évènements (naissances, décès, migrations) ne font pas l'objet d'enregistrement automatique. En effet, les naissances dans les formations sanitaires ne sont toujours pas déclarées et le cas échéant, les parents ne viennent souvent pas retirer les fiches de naissance.

1.4 But et objectifs du Plan de Suivi Evaluation et Revue du PNDS

1.4.1 But

Le but de ce plan est de fournir une plateforme solide et harmonisée pour la mise en œuvre du PNDS, permettant de faire le suivi des progrès et des performances du secteur de la santé aussi bien au niveau national qu'infranational et en partenariat avec toutes les parties prenantes.

Cette plateforme, qui s'appuie sur les efforts des pays et des mécanismes nationaux, réunit tous les éléments relatifs au S&E. Elle comprend également les processus de S&E relatifs à sa mise au point, les mécanismes de

coordination et les capacités institutionnelles du pays, les éléments techniques relatifs au S&E et les processus de revue dans le pays pour la planification et la prise de décision.

1.4.2 Objectifs

Les objectifs du plan de S&E sont :

1. assurer le renforcement des capacités nationales en gestion de l'information sanitaire et en suivi et évaluation ;
2. mettre en place des mécanismes garantissant la disponibilité à temps, l'exhaustivité et la qualité des données ;
3. améliorer le système d'enregistrement des naissances et des décès et promouvoir les technologies de l'information et de la communication ;
4. améliorer le suivi des résultats ;
5. mettre à l'échelle nationale la stratégie de revue des décès maternels et néonataux et l'évaluation de la qualité des soins ;
6. améliorer le suivi des ressources ;
7. améliorer le système actuel de revue et action dans le secteur ; et
8. renforcer le plaidoyer et la sensibilisation des acteurs.

1.4.3 Résultats attendus

1. le SNIGS et les mécanismes de suivi évaluation sont renforcés ;
2. les capacités (collecte, synthèse, analyse des données) en vue de la production de rapports de progrès et de performance de qualité sont renforcées ;
3. le système d'enregistrement d'état civil ainsi que les systèmes de collecte des données administratives (comptes nationaux, ressources humaines, logistiques etc.) sont renforcés ;
4. les données et les rapports sont accessibles (notamment via internet) ;
5. les méthodes et processus utilisés sont transparents ;
6. la stratégie de revue des décès maternels et néonataux est mise à l'échelle nationale et la qualité des soins est évaluée ;
7. les données sur les ressources sont mieux maîtrisées ;

8. les revues et actions dans le secteur sont systématisées et améliorées ;
9. le plan d'enquête de population et d'évaluations des établissements de santé est harmonisé ; et
10. les mécanismes pour l'évaluation régulière de la qualité des données sont établis.

1.5 Processus d'élaboration du plan de suivi, évaluation et revue du PNDS

Le Plan de suivi évaluation et revue du PNDS 2009-2018 a été réalisé suivant les phases ci-après :

- élaboration du draft0 : définition du plan de rédaction, actualisation du cadre logique et rédaction du contenu ;
- diffusion à tous les acteurs ;
- groupe de travail S&E ;
- validation du cadre logique ;
- sélection des indicateurs par les acteurs ;
- élaboration du cadre de performance (valeurs et année de base, source des données, valeurs cibles par année) ;
- élaboration des fiches techniques des indicateurs sélectionnés par les acteurs ;
- mission OMS/FM/GAVI juin 2011 ;
- mise en place du Comité de finalisation juillet 2011 ;
- rédaction du draft1 actualisé en septembre 2011 ;
- sélection des indicateurs traceurs septembre 2011 ;
- plan d'enquête en novembre 2011 ;
- atelier national sur la redevabilité, mars 2012 ; et
- validation nationale.

CHAPITRE 2 : CAPACITES INSTITUTIONNELLES

2.1 Principaux mécanismes nationaux de coordination

Le mécanisme de coordination de la mise en œuvre du PNDS à chaque niveau de la pyramide sanitaire se présente comme suit :

2.1.1 Au niveau central

- ❖ Le niveau central composé du cabinet du Ministre de la Santé et des Directions centrales et techniques, est le premier responsable de la conception et du suivi de la mise en œuvre des actions découlant de la politique définie par le Gouvernement en matière de santé. Il joue un rôle normatif, de conception, de coordination, de planification et de régulation de la mise en œuvre des activités. Ainsi:
 - le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes regroupant tous les 6 mois, outre les Directeurs Techniques et Centraux, les Directeurs Départementaux, les partenaires sociaux du Ministère de la Santé et les représentants des ministères ayant des rapports avec la santé, se réunit pour apprécier les progrès et les difficultés dans l'exécution du PNDS. Le CNEEP est essentiellement chargé de :
 - superviser la mise en œuvre effective des réformes du secteur santé telles que prévues dans les politiques et stratégies sanitaires nationales ;
 - veiller à l'harmonisation des actions des partenaires au développement sanitaire ;
 - approuver la mise en œuvre de la stratégie sanitaire en fonction des résultats attendus ;
 - étudier et approuver les rapports sur l'appréciation des bénéficiaires des Projets/Programmes du Secteur Santé ;
 - analyser les grandes questions préoccupantes du secteur.

- La Revue Annuelle Conjointe de Performance du Secteur de la Santé (RACPSS) regroupe chaque année les responsables nationaux et départementaux du système de santé, les représentants des autres ministères et institutions, les PTF, la Société Civile ainsi que le secteur privé. Il s'agit de l'instance de suivi la plus large et la plus représentative du PNDS. A l'issue de chaque revue, des recommandations sont formulées et une feuille de route est adoptée.

Outre la présentation des performances du secteur, chaque revue aménage des espaces pour :

- faire un compte rendu de la mise en œuvre des recommandations formulées lors de la dernière revue ;
- analyser les performances : les acquis et les insuffisances sont analysés pour tirer des leçons qui sont capitalisées pour l'ensemble du système ; et enfin
- formuler des recommandations qui engagent parfois plusieurs responsables. Ces recommandations sont transformées en activité et mises en œuvre suivant un chronogramme bien défini.

Pour avoir de façon exhaustive les préoccupations de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les Revues Annuelles Conjointes de Performance du Secteur de la Santé (RACPSS) départementales sont institutionnalisées. Ces RACPSS sont organisées en prélude à la RACPSS nationale sur le même format.

- La réunion trimestrielle des PTF : elle réunit les partenaires techniques et financiers du secteur santé autour du Ministre de la Santé et des Directeurs Techniques et Centraux. Elle permet d'échanger au haut niveau sur des sujets préoccupants du secteur afin de leur trouver des solutions et constitue également un creuset de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNDS.
- La revue annuelle de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRCP) chargée de faire le suivi des OMD, permettra de

présenter le point de la mise en œuvre du PTA, PCC et PPM à introduire par la suite en communication en Conseil des Ministres.

- La réunion trimestrielle du Comité de Direction élargie aux DDS (Directions Techniques, Centrales, Départementales, Projets/ Programmes) fait le point de la mise en œuvre des PTA, PCC et PPM du Ministère de la Santé. Son objectif est d'apprécier l'exécution trimestrielle de la mise en œuvre de ces plans.

Il existe d'autres mécanismes de coordination de la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau central. Ce sont entre autres :

- le **Comité National de Coordination (CNC)** des projets/programmes financés par le Fonds Mondial,
- le **Comité Consultatif Inter Agence (CCIA)** qui est une coordination au sein des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Au moins deux fois par an, la mission conjointe de suivi (Gouvernement-PTF) se rendra sur le terrain pour visiter les zones sanitaires identifiées selon les critères préalablement définis

- ❖ Les projets/programmes jouent également un rôle important dans le suivi évaluation du PNDS.

En effet, tous les indicateurs contenus dans le plan de suivi-évaluation du PNDS sont renseignés grâce aux projets/programmes, le SNIGS et autres structures. Il fonctionne sur la base de :

- données issues des supervisions et monitoring réalisés par les projets/programmes suivant les directives nationales en la matière ;
- rapports de suivi, de monitoring, les résultats d'enquêtes et d'études d'évaluations disponibles au niveau des structures et projets du Ministère ;
- l'envoi, suivant une périodicité bien maîtrisée par la DPP, de messages aux responsables de structures et de projets/programmes leur demandant de faire parvenir des documents à savoir : les Termes de Référence des activités à mener, les fiches bilan, les rapports d'avancement mensuels, les rapports trimestriels d'avancement du PIP,

les rapports semestriels d'auto-évaluation, le point de mise en œuvre des lettres de mission, le point des réformes en cours, le point de mise en œuvre des recommandations formulées lors de certaines assises, etc.

- la coordination de la tenue de toutes les réunions nécessaires pour suivre les activités des Directions et des Projets et Programmes (les réunions trimestrielles de suivi de la mise en œuvre des décisions prises lors des revues de performance et de la SCRP, des réunions des sous comités CNEEP et des assises du CNEEP, des réunions MS/PTF, des réunions du Comité de Suivi des Etats Généraux de la Santé).

Les différents plans de suivi évaluation des programmes spécifiques (PNT, PNLS, PNLP, PNLMT, PNLMNT, etc.) sont alignés sur celui du PNDS. Pour éviter un double système de collecte et de reporting des données, le SNIGS intègre dans son système la plupart des outils de collecte des différents programmes spécifiques qui sont les seuls habilités à collecter et à suivre les informations concernant leurs domaines d'intervention respectifs. Ces informations sont alors transmises périodiquement au SNIGS qui les analyse et les intègre dans l'annuaire national des statistiques sanitaires. Ce dernier document sert de rétro information aux acteurs à tous les niveaux.

2.1.2 Au niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire, représenté par la DDS, est chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le Gouvernement, de la programmation et de la coordination de toutes les activités des services de santé au niveau des départements. Au niveau intermédiaire, nous avons :

- Le Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CDEEP), structure départementale du CNEEP est l'instance déconcentrée du suivi placée sous le contrôle du Préfet. Il regroupe, les Chefs de Services de la DDS, les MCZS et les Directeurs Départementaux des ministères membres du CNEEP.
- Des réunions périodiques de concertation entre les PTF et EEZS de leurs zones d'intervention pour, d'une part, assurer la mise à niveau régulière des modalités de la mise en œuvre des stratégies opérationnelles, et

d'autre part, mettre en commun les ressources disponibles dans l'esprit de la complémentarité dans l'appui technique et matériel pour les zones sanitaires concernées (par exemple, procéder à la signature de simples mémorandums d'entente sur les ressources matérielles et les équipements etc.).

- CODIR Elargi aux MCZS, Médecins Chefs et autres acteurs. Cette instance regroupe les différents responsables du secteur santé du département pour faire le point de l'exécution trimestrielle du PTA, PCC et PPM. Elle permet également de débattre de sujets préoccupants du secteur au niveau du département.
- Réunion de concertation avec les partenaires. Elle réunit tous les partenaires du secteur santé intervenant dans le département. Cette réunion permet aux partenaires d'harmoniser leurs interventions et à la DDS de coordonner les actions des uns et des autres pour éviter les interférences.
- Revue conjointe de performance, cette revue est organisée conjointement par la DDS et les partenaires intervenant dans le département pour rendre compte de l'exécution du PTA, PCC et PPM et présenter les progrès réalisés ainsi que les difficultés rencontrées dans l'exécution du PTA, PCC et PPM afin de tirer des leçons pour améliorer les performances.

Pour recueillir de façon exhaustive les préoccupations de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'organisation des revues départementales est un atout. Celles-ci sont organisées en prélude aux évaluations nationales sur le même format.

2.1.3 Au niveau périphérique

L'EEZS est l'organe de coordination et de suivi de la mise en œuvre du plan opérationnel de travail dans son aire sanitaire.

Comme indiqué dans le PNDS :

- une réunion mensuelle de coordination est organisée par l'EEZS sous la responsabilité du Médecin Coordonnateur de la ZS et regroupe tous les responsables des formations sanitaires de la zone pour faire le bilan mensuel de l'exécution du plan de travail annuel. Ce bilan doit tenir

compte du niveau de réalisation des activités planifiées avec un accent particulier sur les difficultés rencontrées et les leçons apprises. Au terme du trimestre, un rapport est envoyé aux DDS, faisant le point de la mise en œuvre des activités selon un canevas déterminé.

- une revue annuelle de performance au niveau des zones sanitaires afin d'évaluer le niveau d'atteinte des indicateurs au titre d'une année donnée.

L'EEZS travaille de façon concertée avec les autres organes de suivi du niveau périphérique que sont, le Comité de Santé, les Comités de Gestion en collaboration avec le secteur privé pour l'atteinte des objectifs du plan de développement de la zone sanitaire en utilisant comme boussole, le plan opérationnel de travail.

L'EEZS organise la supervision formative dans toutes les formations sanitaires de sa juridiction (y compris le secteur privé), de façon régulière et selon les modalités et la périodicité en vigueur (cf. directives nationales sur la supervision 2010).

Les organes de gestion des aires de santé au niveau arrondissement assurent par délégation la supervision régulière des relais communautaires.

L'EEZS initie et supervise l'organisation des sessions semestrielles de monitoring/micro planification sur toute l'étendue de la ZS en se basant sur les indicateurs des interventions traceurs (cf. directives nationales sur le monitoring micro planification 2010). Elle encourage le monitoring / micro planification par les pairs dans son aire géographique.

Le monitoring des pratiques familiales essentielles (PFE) impliquant les relais communautaires, se fera par délégation, par les organes de gestion au niveau arrondissement.

Les résultats de ces monitorages/micro planification sont analysés, discutés d'abord au niveau local puis au niveau de la zone sanitaire ; une copie est adressée à la DDS, tout en assurant la rétro-information aux formations sanitaires. Ces résultats doivent être aussi envoyés au niveau national (SGSI/DPP service en charge du SNGS), qui doit s'en servir pour estimer périodiquement la couverture effective des populations cibles.

Pour garantir l'efficacité du mécanisme, le *SPIRS/DDS* doit assurer le suivi effectif de ces réunions et la production des rapports trimestriels en relation avec le service d'appui à la déconcentration des services de santé et au partenariat public et privé de la DNSP.

Les mécanismes de coordination actuels comportent quelques insuffisances dont les principales sont :

- non respect du calendrier de la tenue des assises de certaines instances ;
- faible représentativité et faible implication des acteurs des autres secteurs invités aux différentes instances ;
- insuffisance de clarifications des rôles et responsabilités de certains partenaires (OSC, secteur privé et PTF) dans la mise en œuvre des recommandations ;
- insuffisante participation des cadres avertis à certaines instances ;
- Retard dans la remontée ou non disponibilité des données pour l'analyse de la performance du secteur ;

2.2 Rôles et responsabilités des principales institutions et parties prenantes du pays dans le suivi et l'évaluation du PNDS

La responsabilité du suivi du PNDS revient au premier chef aux différentes structures du Ministère de la Santé au sein desquelles la DPP joue le rôle de cheville ouvrière. D'autres structures externes telles que celles des Ministères en charge des finances et du développement, en l'occurrence l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, pourvoyeur de données d'enquêtes que le secteur utilise pour des fins d'analyse contribuent également aux fonctions de suivi évaluation du PNDS. .

Le tableau qui suit présente les rôles et responsabilités des principales institutions impliquées dans le suivi de la mise en œuvre du PNDS.

Tableau 2 : Rôles et responsabilités des institutions

N°	INSTITUTS/INSTITUTIONS	ROLES ET RESPONSABILITES
1	Cabinet du Ministre	premier responsable de la conception et du suivi de la mise en œuvre des actions découlant de la politique définie par le Gouvernement en matière de santé
2	Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)	Appuyer les acteurs du secteur dans la production des données. Assurer la synthèse des données nationales.
3	Autres directions du Ministère	conception et suivi de la mise en œuvre des actions découlant de la politique définie par le Gouvernement en matière de santé
4	Directions Départementales	chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le Gouvernement, de la programmation et de la coordination de toutes les activités des services de santé au niveau des départements
5	Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires	coordination et suivi de la mise en œuvre du plan opérationnel de travail dans son aire sanitaire
6	PTF	Appuyer techniquement et financièrement la mise en œuvre du PSER PNDS à travers leur participation à l'apurement des indicateurs outils et processus, la mise en œuvre des activités retenues dans le plan et l'utilisation des résultats du PSER
7	Autres ministères	Concourent à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PNDS
8	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE)	• Mettre à disposition les bases de données nécessaires à la production des indicateurs ; • Fournir la documentation sur les indicateurs disponibles ; • Appuyer sur le plan technique toutes les structures du secteur dans la réalisation des enquêtes.
9	Centre de Recherche sur le Développement et la Santé (CREDESA)	• Appuyer les acteurs dans la recherche ; • Fournir la documentation nécessaire à la réalisation de certaines études spécifiques.

10	Institut Régional de Santé Publique (IRSP)	• Intervenir dans le renforcement des capacités des acteurs du secteur ; • Appuyer la recherche dans le domaine de la santé ; • Inciter le débat sur les thèmes à développer pour renforcer le système de santé.
11	Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFOP)	• Appuyer les acteurs du secteur de la santé dans la réalisation des enquêtes ; • Fournir la documentation nécessaire pour renseigner certains indicateurs.
12	Centre de Recherche Entomologique de Cotonou (CREC)	• Appuyer la recherche dans la lutte contre les maladies à vecteurs

2.3 Ressources humaines, matérielles et financières

Le mécanisme de suivi évaluation utilise différentes sortes de ressources pour son fonctionnement. A ce titre on distingue :

▪ Ressources humaines

- Le système de suivi évaluation est animé par plusieurs catégories de ressources humaines à savoir, les statisticiens, les planificateurs, les administrateurs, les démographes, les médecins, les paramédicaux, les cadres qui animent l'inspection générale du Ministère, les épidémiologistes et autres.

▪ Ressources matérielles

A tous les niveaux du système du suivi-évaluation il existe des matériels roulants et des matériels informatiques, communication (internet, téléphones,), logiciels et autres même si c'est insuffisant.

▪ Ressources financières

Les ressources financières utilisées pour le suivi-évaluation proviennent essentiellement du budget national et de l'appui des Partenaires Techniques et financiers.

Il faut noter que toutes ces différentes ressources utilisées par le mécanisme de suivi évaluation restent encore insuffisantes malgré les efforts consentis. Celles-ci méritent d'être renforcées pour espérer améliorer la performance du système.

2.4 Stratégie nationale de renforcement des capacités

Des efforts appréciables ont été fournis pour la mise en œuvre des réformes nécessaires à l'amélioration de la situation des ressources humaines dans le secteur de la santé. Cependant, il reste dans ce domaine des défis à relever en termes de disponibilité en quantité et en qualité des ressources humaines.

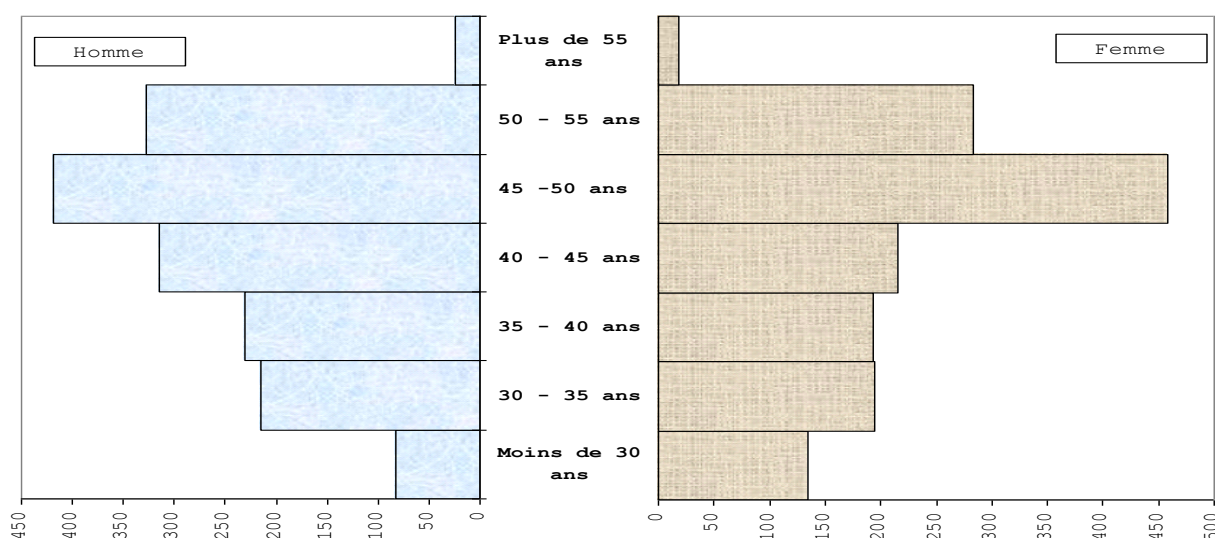
Tableau 3 : Evolution de quelques indicateurs de ressources humaines de santé de 2006 à 2011

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Population totale	7 839 914	8 122 395	8 224 644	8 497 827	8 778 648	9 067 076
	FAP	1 849 749	1 917 380	1 934 827	2 013 255	2 088 160	2 174 412
Médecin	Effectif	1088	1087	1095	1065	1084	1078
	Nbre d'hab/Méd	7 206	7 472	7 511	7 979	8 098	8 411
	Nbre de Méd pour 10000 Hab	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
Infirmier	Effectif	2714	2348	2529	2617	2831	3705
	Nb d'hab/Inf	2 889	3 459	3 252	3 247	3 101	2 447
	Nbre de Inf pour 5000 Hab	1,7	1,4	1,5	1,5	1,6	2
Sage-femme	Effectif	922	913	992	931	916	1270
	Nbre FAP/SF	2006	2100	1950	2162	2280	1712
	Nbre de SF/5000 FAP	4,98	4,76	5,13	4,62	4,39	2,9
Technicien de Laboratoire	Effectif	460	342	343	341	391	569
	Nbre de Hab/TL	17043	23750	23979	24920	22452	15935

NB : Les données du privé sont couvertes à 44% par le SNIGS (Selon le recensement des formations sanitaires privées du Bénin, décembre 2012)

Selon les normes de l'OMS, il faut 25 agents qualifiés (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour 10 000 habitants. En 2011, le Bénin dispose de 6,7 agents qualifiés pour 10 000 habitants. Ce qui indique que la situation des ressources humaines est encore loin de la norme recommandée par cet organisme.

Situation des effectifs à l'horizon 2015



Source : DRH/MS

Graphique 1 : Pyramide des âges du personnel médical et paramédical APE

D'après les données de la DRH, un nombre important des effectifs actuels sera à la retraite en 2015 du fait de l'âge ou de l'ancienneté.

Le renforcement des effectifs constitue un défi majeur que le secteur santé doit relever pour améliorer la qualité des soins et le niveau des indicateurs.

Pour satisfaire ces besoins en ressources humaines, un plan quinquennal de formation est en cours d'élaboration et des ateliers de renforcement des capacités sont également organisés périodiquement à l'intention des cibles bien définies dans le but d'améliorer la qualité des ressources humaines disponibles.

Cependant, la satisfaction des besoins en ressources humaines du Ministère de la Santé est sujette à plusieurs contraintes :

- le cadrage budgétaire et le niveau du "*Crédit recrutement*" qui est notifié chaque année au Ministère de la Santé par le Ministère des Finances et de l'Economie ;
- l'amenuisement des ressources financières intérieures ; et
- la pression exercée par les partenaires techniques et financiers dans le sens d'une stabilisation des charges salariales de l'Etat béninois.

Aussi, apparaît-il opportun, pour combler les déséquilibres prévisionnels, de mettre un accent particulier sur le renforcement des capacités du personnel disponible. Il s'agit en effet de compenser, ne serait-ce qu'en partie, les déficits quantitatifs prévisibles sur la période par une amélioration qualitative des ressources humaines existantes. Un tel objectif implique de consolider et d'élargir les compétences à travers le renforcement des capacités et le recrutement du personnel complémentaire.

CHAPITRE 3 : SUIVI-EVALUATION ET PERFORMANCE

3.1 Cadre de suivi et d'évaluation

Le processus de suivi/évaluation du PNDS 2009-2018 se fonde sur un cheminement clair et logique axé sur des résultats. Ce cadre global de suivi/évaluation comprend quatre grands domaines à savoir : les intrants et les processus, les produits/extrants, les effets et les impacts.

Le suivi évaluation montre que chaque domaine d'indicateurs est lié préférentiellement à une source de données et que les intrants (p. ex. financement, infrastructure) et les processus du système de santé se reflètent dans les résultats directs (disponibilité des services et des interventions), les résultats finals (couverture des interventions) et l'impact (amélioration des résultats sanitaires). Cette démarche va servir à démontrer l'efficacité des stratégies et interventions de mise en œuvre des cinq domaines programmatiques du PNDS.

Le suivi-évaluation non seulement facilite l'identification des indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultats mais il permet également de relier ces indicateurs à des méthodes de collecte des données. Il souligne la nécessité d'analyser et de synthétiser les données provenant de plusieurs sources et d'en évaluer la qualité. Il montre que les données doivent être utilisées pour servir à la prise de décision à différents niveaux.

3.2 Les indicateurs

3.2.1 Les indicateurs fondamentaux ou traceurs

Le plan de suivi et évaluation comprend 28 indicateurs traceurs dont la collecte et le suivi régulier contribueront à améliorer la performance du secteur de la santé. Ces indicateurs retenus dans le PNDS sont définis de façon consensuelle par tous les acteurs des structures techniques et centrales et les projets/programmes du secteur de la santé sous la coordination de la Direction de la Programmation et de la Prospective. Ils s'appuient sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les Orientations Stratégiques de Développement (OSD) et la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCRCP)

❖ Indicateurs fondamentaux par domaine

Le Plan National de Développement Sanitaire étant décliné en cinq domaines prioritaires, chaque domaine est subdivisé en programmes. Chaque programme intègre un ou plusieurs interventions. Pour ces dernières, des indicateurs sont définis pour mesurer le processus, les résultats intermédiaires et les impacts liés à la mise en œuvre des actions améliorant la santé des populations.

Le tableau qui suit présente la liste des indicateurs traceurs par domaine, Programme et sous-programme pour le suivi de la progression et de la performance du secteur de la santé. Ces indicateurs sont ceux déjà suivis ou qui seront suivis par les structures du Ministère de la Santé avec l'implication ou non des structures connexes à la santé.

Tableau 4 : Classification des indicateurs suivant les domaines, programmes et sous programmes

<i>Domaine</i>	<i>Programme et structure responsable</i>	<i>Sous programme</i>	<i>Indicateurs</i>
1. Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins	11. Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base (DNSP)	111. Viabilisation et assainissement du milieu	- Proportion de ménages utilisant des latrines améliorées
		112. Communication pour un changement de comportement	- Proportion de ménages disposant d'endroit pour se laver les mains.
	12. Amélioration de la santé de la reproduction (DSME)	121. Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	- Taux de mortalité maternelle - Taux de CPN4 - Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié - Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7
		122. Lutte contre la	- Taux de mortalité

<i>Domaine</i>	<i>Programme et structure responsable</i>	<i>Sous programme</i>	<i>Indicateurs</i>
	13. Lutte contre la maladie (DNSP)	mortalité infantile et juvénile	infantile - Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vaccinés
		131. Lutte contre les maladies prioritaires les IST/VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose	- Prévalence du VIH chez les femmes enceintes - Prévalence du VIH chez les jeunes et adolescents - Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives - Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans - Taux d'incidence du paludisme - Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête - Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+
		132. Lutte contre les autres maladies transmissibles	- Taux de couverture thérapeutique du TDM contre les MTN
		133. Lutte contre les maladies non transmissibles	- Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole
		134. Amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité a coût réduit	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		135. Promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS

<i>Domaine</i>	<i>Programme et structure responsable</i>	<i>Sous programme</i>	<i>Indicateurs</i>
		136. Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		137. Promotion de la santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		138. Promotion de la santé mentale	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		139. Promotion de la recherche en santé	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
	14. Développement hospitalier (DH)	141. Développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier	- Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins
		142. Renforcement des plateaux techniques	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		143. Reforme hospitalière	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		144. Organisation et renforcement de l'offre de soins	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
2. Valorisation des ressources humaines	21. Renforcement de la planification des ressources humaines (DRH)	211. Renforcement des effectifs des ressources humaines en santé	- Taux de couverture des besoins en RHS
		212. Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		213. Développement de la recherche sur les ressources humaines	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
	22. Amélioration de la production et du	221. Développement d'un plan consensuel de	Se référer aux indicateurs généraux du

<i>Domaine</i>	<i>Programme et structure responsable</i>	<i>Sous programme</i>	<i>Indicateurs</i>
	développement des compétences (DRH)	formation initiale du personnel du secteur	PNDS
		222. Développement des compétences du personnel du secteur	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
	23. Amélioration du système de management des ressources humaines (DRH)	231. Amélioration de la gestion de la carrière du personnel	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		232. Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel	- Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation
		233. Prévention et gestion des risques professionnels	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		234. Déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
3. Renforcement du partenariat dans le secteur, promotion de l'éthique et de la déontologie médicale	31. Renforcement du partenariat entre les acteurs (DNSP)	311. Partenariat entre le secteur public et le secteur privé	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		312. Partenariat entre le Ministère de la Santé, les élus locaux et les collectivités locales	- Nombre de convention spécifiques signés entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé
		313. Partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères	- Nombre de convention spécifiques signés entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé
	2. Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale (DRF)	2. Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale	- Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée

<i>Domaine</i>	<i>Programme et structure responsable</i>	<i>Sous programme</i>	<i>Indicateurs</i>
4. Amélioration du mécanisme de financement du secteur	41. Amélioration du financement du secteur (DRFM)	411. Promotion de l'assurance maladie	- Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS (%)
		412. Promotion des mutuelles de santé	- Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (Obligatoire ou volontaire)
	42. Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables (DRFM)	421. Renforcement de l'assistance médicale	Taux de consommation base engagement du budget santé (%)
		422. Mobilisation de l'épargne nationale et de l'épargne de la diaspora	Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat (%)
5. Renforcement de la gestion du secteur	51. Renforcement institutionnel (DPP, DIEM)	511. Renforcement des capacités de coordination de planification et d'évaluation	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
		512. Renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires	Se référer aux indicateurs généraux du PNDS
	52. Développement des zones sanitaires (DNSP)	521. Renforcement de la base de la pyramide sanitaire	- Proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI
		522. Développement des services à base communautaire	- Taux d'utilisation des soins curatifs

❖ **Indicateurs fondamentaux, valeurs de départ, périodicité des rapports**

Le tableau suivant présente la classification des indicateurs par type (impact, effet, extrant et intrant). Ces indicateurs sont ceux déjà suivis ou qui seront suivis par les structures du Ministère de la Santé avec l'implication ou non des structures connexes à la santé.

Tableau 5 : Cadre de performance des indicateurs traceurs de suivi évaluation du PNDS 2009 2018

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
1	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	Impact	2006	397	EDS, RGPH			-				125	-		125		
2	Taux de mortalité infantile (‰)	Impact	2006	67	EDS, RGPH			42				40			39	5	
3	Proportion de ménages utilisant des latrines améliorées (%)	Effet	2006	37	EDS, enquête ou autre	-	-	-	55	60	66	71	78	85	91	1	Ces valeurs ont été générées sur la base des valeurs existantes avec comme poids entre milieu rural et milieu urbain le nombre de ménage
4	Proportion de ménages disposant d'endroit pour se laver les mains (%)	Effet	2006	6	EDS, enquête ou autre	-	-	31,1	32	33	34	35	36	37	38		

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
5	Taux de CPN4 (%)	Effet	2006	61	EDS, enquête ou autre	ND	ND	65	70	72	74	76	78	80	80		
6	Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (%)	Effet	2006	78	EDS, enquête ou autre	-	-	84							90	1	
7	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (%)	Effet	2008	1,8	Rapport de séro surveillance du VIH et de la syphilis 2008	2	1,7	1,9	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	1	
8	Prévalence du VIH chez les jeunes & adolescents (%)	Effet	2008	0,2	ESDG	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	2	
9	Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans (‰)	Effet	2009	1,37 ‰	SNIGS			1,3	1,2	1	1	1,12	1	0,8	0,61	1	Annuaire des statistiques sanitaires DPP/MS
10	Taux d'incidence du paludisme (%)	Effet	2008	14,3	SNIGS	15,2	16,2	15,7	13	11	9	7	6	5	5	1	Annuaire des statistiques sanitaires DPP/MS
11	Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation (%)	Effet		ND				65	70	72	75	80	82	86	90	1	

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
12	Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (obligatoire ou volontaire) (%)	Effet	2011	ND												2	Enquête, Système d'information du RAMU
13	Taux d'utilisation des soins curatifs (%)	Effet	2008	45,1	Annuaire des statistiques Sanitaires, Document SCRP 2011-2015.	46,5	46,8	45,4	70	75	80	80	80	80	80	1	
14	Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7 (%)	Extrant	2010	7	Enquête SONU ou autre		7	ND	30	40	45	50	50	50	50		
15	Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vaccinés (%)	Extrant	2006	47	EDS			48					70	75	80	1	
16	Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives (%)	Extrant	2008	14	Rapport de l'étude sur l'efficacité de la PTME	11,4		-	-	-	10	<5	<5	<5	<5	1	

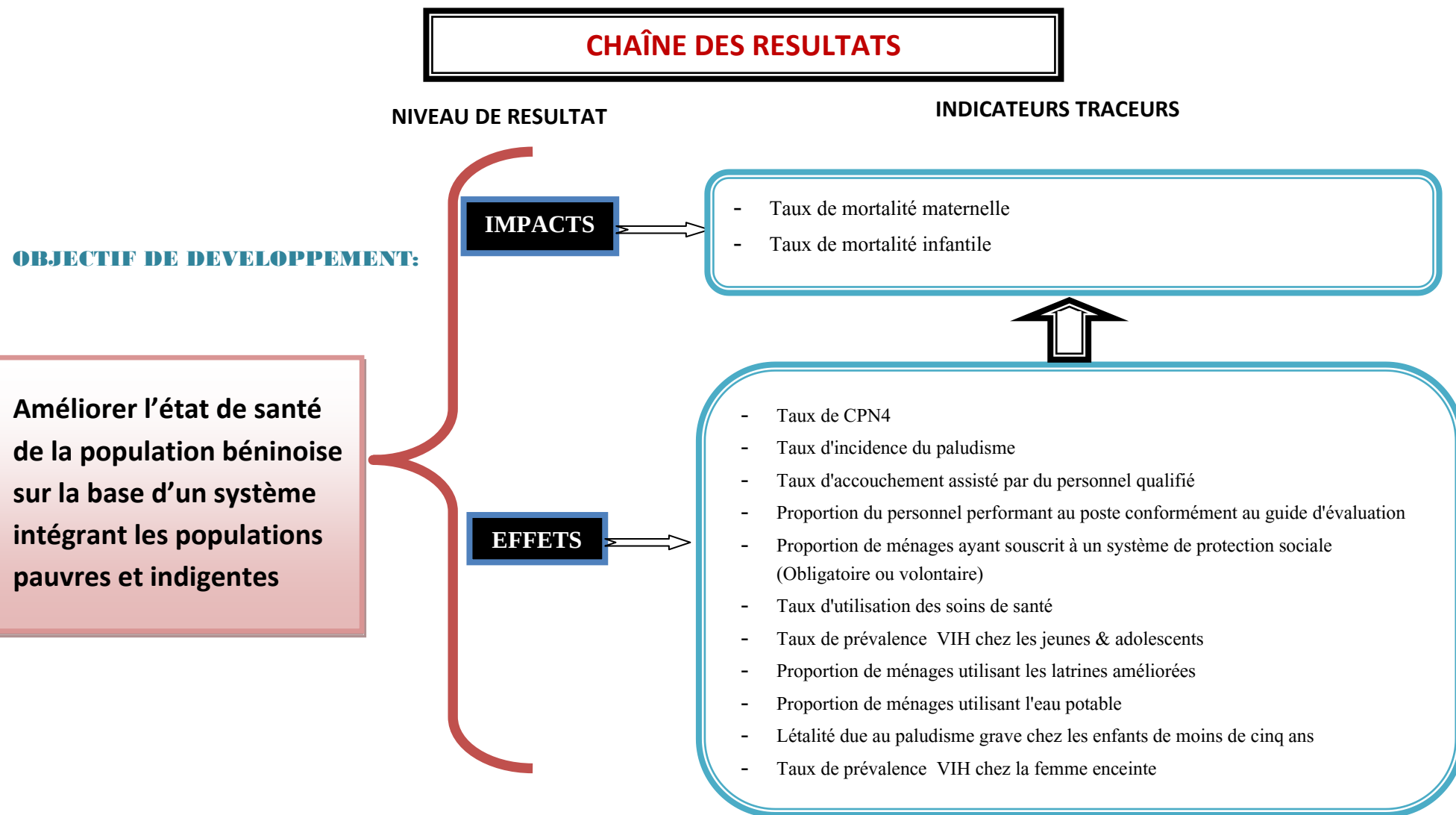
N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
17	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête (%)	Extrant	2008	54,8	EDS, MIS	ND	60	76	76	80	80	80	85	95	95	1	Des campagnes de distribution de masses sont prévues pour les années 2011, 2013 et 2017
18	Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+ (%)	Extrant	2007	87	Rapport Annuel PNT	89	90	91	90	87	87	87	87	87	87	1	Il s'agit ici de maintenir ce taux à un niveau raisonnable de 87 à partir de 2013 contre une cible de l'OMS de 85 en 2015.
19	Taux de couverture thérapeutique du TDM contre les MTN (%)	Extrant	2010	83	Rapport PNLMT	—	83	85	85	85	85	85	85	85	85	1	
20	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole (%)	Extrant		ND		ND	ND	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
21	Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%)	Extrant		ND	Rapport de supervision DNEHS	20	25	28	35	40	45	50	60	65	70	2	

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
22	Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée (%)	Extrant	2009	38	Rapport DNSP		38	50	55	60	65	70	75	80	80	1	
23	Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS (%)	Extrant	2009	56,55	Loi de finance	56,55	38,71	30	26,91	26,79	100	100	100	100	100	1	
24	Taux de consommation base engagement du budget santé (%)	Extrant	2008	59,63	Rapport de performance	48,34	30,86	69,95	87	90	92	95	95	95	95	1	
25	Proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI (%)	Extrant	2011	50	Aide mémoire revue, point de la mise en œuvre des recommandations de la revue SCRP 2012			50	70	100	100	100	100	100	100	1	
26	Taux de couverture des besoins en RHS (%)	Intrant	2010	64,33	Rapport DRH 2010		64,3	69	73	78	82	87	91	96	100	1	

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
27	Nombre de convention spécifiques signés entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé	Intrant	2011	0		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
28	Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat (%)	Intrant	2008	7,23	Loi de finance	8,99	6,12	6,29	6,56	6,87	10	15	15	15	15	1	

Le schéma suivant montre la chaîne de résultat qui présente l'hiérarchisation des indicateurs par niveau

Graphique 2 : Chaîne de résultats présentant l'hiérarchisation des indicateurs par niveau



OBJECTIF SPECIFIQUES

☐ Assurer un accès universel aux soins et services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

☐ Renforcer le partenariat pour la santé

☐ Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé

EXTRANTS

- Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7
- Nombre de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI
- Taux de consommation base engagement du budget santé (%)
- Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive (TPM+)
- Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives
- Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vacciné
- Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête
- Taux de couverture thérapeutique du TDM contre les Maladies Transmissives Négligées
- Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole
- **Proportion d'Hôpitaux respectant les normes en matière de soins(%)**
- **Proportion de formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée**
- Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS

INTRANTS

- Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat
- Taux de couverture des besoins en RHS
- Nombre de conventions spécifiques signées entre le MS, les autres ministères, les CL et le secteur privé

3.2.2 Les indicateurs spécifiques aux structures

En dehors des indicateurs traceurs sélectionnés pour la mesure de la performance, il existe des indicateurs additionnels utilisés par les structures techniques afin de mesurer les progrès dans leurs domaines d'intervention. Ces indicateurs sont disponibles en **Annexe 4** du présent document. D'une **liste d'environ deux cents**, ces indicateurs ont permis de sélectionner les indicateurs traceurs du PNDS (Tableau 5).

3.2.3 Les indicateurs du Compact

Outre le cadre commun d'évaluation de la performance de la mise en œuvre du PNDS, le suivi des engagements mutuels du Compact sera assuré grâce à la revue périodique des indicateurs suivants :

Indicateurs de suivi des engagements du Gouvernement

1. nombre de sessions annuelles d'arbitrage budgétaire tenues avec les PTF (y compris les signataires du Compact) au minimum une fois par an au cours du mois de janvier ou février ;
2. proportion du budget national alloué au secteur de la santé (15 recommandation d'Abuja) ;
3. proportion de budget de PTD allouée par niveau : (60 au niveau zone sanitaire, 25 au niveau intermédiaire et 15 au niveau central) ;
4. proportion de budget de PTD décaissée par niveau : (80 au niveau Zone sanitaire, 75 au niveau intermédiaire et 60 au niveau central) ;
5. production annuelle et à temps des différents annuaires des statistiques sanitaires ;
6. existence d'un plan d'activités prioritaires de développement des capacités (aux niveaux central, intermédiaire et périphérique) ;
7. existence et validation d'une revue des dépenses publiques et/ou rapport de suivi des dépenses jusqu'à destination.

Indicateurs de suivi des engagements des partenaires signataires

1. proportion de PTF signataires du Compact ;
2. pourcentage des apports d'aide destinés au secteur santé qui est comptabilisé dans le budget national / le pourcentage du financement extérieur non inclus dans le CDMT du Ministère des Finances ;
3. proportion de PTF respectant les procédures de passation de marché en vigueur au Bénin ;
4. volume d'aide respectant les procédures de passation de marché en vigueur au Bénin ;
5. nombre/proportion de PTF respectant le montant dans les délais de versement ;
6. nombre/pourcentage des PTF qui utilisent la revue sectorielle conjointe comme seule revue dans le secteur santé (voir engagement) ;
7. nombre de missions conjointes réalisées sur le terrain ;
8. nombre d'unités de gestions parallèles de projets existantes ;
9. nombre de PTF appuyant le plan d'activités prioritaires de renforcement des capacités (voir engagement).

3.3 Sources de données

Les données collectées pour les principaux indicateurs proviennent des sources ci-après :

- le SNIGS (données de routine des établissements sanitaires) ;
- les recensements/enquêtes (population et programmes spécifiques) ;
- le système d'enregistrement de l'état civil ;
- les rapports, études et enquêtes spécifiques ;
- les données administratives ;
- les revues des décès maternels et infantiles.

3.3.1 Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS)

Données de routine des établissements sanitaires

Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires s'appuie sur l'organisation pyramidale du système de santé. Chaque niveau a des attributions particulières pour la collecte, la synthèse et l'analyse de l'information qui le concerne.

Tableau 6 : Organisation du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires

Niveau		Attributions
Périphérique	Echelon : Centre de santé et Hôpital de zone	➤ Collecte et synthèse des données des activités de gestion, de soins curatifs et de SMI du centre ; ➤ Analyse de l'évolution des indicateurs du centre.
	Echelon : Bureau zone	➤ Collecte et synthèse des activités de gestion, de soins curatifs et de SMI de la Zone Sanitaire (ZS) ; ➤ Suivi et analyse de l'évolution des indicateurs de la Zone et de la contribution de l'Hôpital de Zone et de chaque CS dans la performance globale en vue de prendre des actions correctrices.
Intermédiaire		➤ Collecte et synthèse des données des activités de gestion, de soins curatifs et de SMI du département ; ➤ Suivi et analyse de l'évolution des indicateurs du département et de la contribution du CHD, de chaque Zone Sanitaire, puis des formations sanitaires et hôpitaux privés dans la performance globale en vue de prendre des actions correctrices.
Central		➤ Collecte et synthèse des données des activités de gestion, de soins curatifs et de SMI du pays ; ➤ Suivi et analyse de l'évolution des indicateurs du pays et de la contribution du CNHU et de chaque département dans la performance globale en vue de prendre des actions correctrices.

La collecte des informations se fait sur la base d'outils standardisés de deux grandes catégories à savoir :

- ✓ les outils exclusivement d'usage local (*registres, fiches, cartes et carnets*) servant à améliorer la qualité des services au niveau du centre de santé : gestion des ressources, suivi des patients ;
- ✓ et les outils de synthèses (les fiches de dépouillement et de

transmission d'un niveau à un autre) permettent l'établissement des rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels.

Ressources et produits du SNIGS

▪ Ressources humaines

- Au niveau central, le Service de Gestion du Système d'Information de la Direction de la Programmation et de la Prospective (SGSI/DPP) chargé d'animer le SNIGS est composé de médecin, de statisticiens, de démographes, de planificateurs, d'informaticiens et de documentalistes. Les services de suivi-évaluation de certains projets/programmes sont animés par des médecins, des épidémiologistes et/ou des statisticiens.

- Au niveau intermédiaire, le personnel est composé d'au moins un statisticien et/ou un planificateur, un informaticien et un archiviste dans les Services de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé des Directions Départementales de la Santé (*SPIRS/DDS*).

- A la périphérie, c'est-à-dire les zones sanitaires, la gestion de la base est confiée le plus souvent aux responsables du centre de surveillance épidémiologique et quelque fois à un agent technique de la statistique ou un technicien supérieur de la statistique. Dans les formations sanitaires, le remplissage des outils de collecte de données se fait par les infirmiers chefs de postes et les sages-femmes responsables des maternités.

▪ Ressources matérielles

Toutes les zones sanitaires sont équipées en matériels informatiques. Le traitement des informations se fait donc à tous les niveaux de façon automatique avec des logiciels (LogiSNIGS et LogiHOSP) adaptés aux outils de collecte.

▪ Ressources financières

Les activités du SNIGS sont programmées dans le plan d'action de la Direction de la Programmation et de la Prospective. Elles sont financées en

grande partie par le budget national. Mais d'autres partenaires (OMS, OOAS, Fonds Mondial, AIMS, UNICEF) apportent également des appuis financiers non négligeables aux activités du SNIGS.

Lacunes et faiblesses du SNIGS

Le SNIGS fonctionne relativement bien à tous les échelons administratifs et un programme régulier d'enquêtes sanitaires permet d'avoir les données pour la plupart des indicateurs.

En ce qui concerne le système de routine des établissements, la qualité des données reste le problème majeur avec des difficultés de promptitude, de complétude, d'actualisation et d'exactitude dans le recueil des données.

En plus du SNIGS, certains projets/programmes verticaux et directions mettent en place des systèmes complémentaires de collecte d'informations pour avoir les données en temps réel au risque de la duplication d'efforts et de l'augmentation d'erreurs dans les données collectées. Par ailleurs les données du secteur privé ainsi que les données communautaires sont très faiblement intégrées dans le SNIGS. Des bases de données existent au niveau des directions techniques, des départements et au sein de certains projets/programmes, mais leur accès reste limité. De plus, il n'existe pas une base de données consolidée pour l'ensemble du secteur de la santé.

Mesures à prendre

1. Renforcer le SNIGS en ressources humaines (un statisticien ou technicien supérieur en épidémiologie au niveau de chaque zone sanitaire) et en ressources matérielles (ordinateurs complets au niveau des EEZS, SPIRS, SGSI) ;
2. Intégrer dans le SNIGS les données de toutes les formations sanitaires privées, les données à base communautaire et les systèmes de collecte des données des programmes spécifiques ;
3. Rendre systématique le contrôle de la qualité des données produites par le SNIGS en développant des mécanismes d'assurance de la qualité des données collectées dans les établissements de santé (outil DQ score card) ;

4. Améliorer le mécanisme de vérification de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des établissements de santé (p. ex. enquête SARA) à fournir l'information pour les revues annuelles.

3.3.2 Plan d'enquête pour le suivi et l'évaluation du PNDS 2009-2018

Tableau 7 : Plan d'enquête pour le suivi et l'évaluation du PNDS 2009-2018

N°	INTITULE DE L'ENQUETE/ ETUDE	COMMAN DITAIRE	INDICATEURS TRACEURS	METHODO LOGIE	PERIODIC ITE DE REALISAT ION	DATE DERNIERE REALISATION	DATE PROCH AINE REALIS ATION	ACTEURS IMPLIQUES	SOURCES FINANCE MENT	OBSERVATIO NS
1	Etude sur le système de motivation du personnel de santé	DRH	Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation	Enquête documentaire, enquête de terrain	triennal			Directions centrales et techniques DDS, ZS		
2	Etude sur le financement des ressources humaines du secteur santé	DRH/DRFM	Taux de couverture des besoins en RHS	Enquête documentaire, Enquête dans toutes les structures de santé et au besoin enquête auprès des Partenaires Techniques et Financiers	triennal			Directions centrales et techniques DDS, ZS		
3	Audit de la gestion des ressources humaines	DRH	Taux de couverture des besoins en RHS Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation	Enquête dans toutes les structures de GRH et au besoin enquête auprès du personnel	quinquen nal			Directions centrales et techniques DDS, ZS		
4	Etude sur l'évaluation de la performance du personnel de santé au poste	DRH	Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation.							
5	Enquête d'évaluation des centres de santé et	DNEHS/DIE M	Proportion d'hôpitaux respectant les normes en	Entretien et observatio n	3 ans					

N°	INTITULE DE L'ENQUETE/ ETUDE	COMMAN DITAIRE	INDICATEURS TRACEURS	METHODO LOGIE	PERIODIC ITE DE REALISAT ION	DATE DERNIERE REALISATION	DATE PROCH AINE REALIS ATION	ACTEURS IMPLIQUES	SOURCES FINANCE MENT	OBSERVATIO NS
	des hôpitaux		matière de soins;							
6	Etude de l'offre gratuite des soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes, y compris la césarienne	DSME	Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié Taux de CPN4 Taux de mortalité maternelle Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans		5 ans			Cabinet SCEN AFRIK	PIP/PAAS R 2008,	
7	Enquête nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires	DSME	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole							
8	Etude de durabilité et d'efficacité des moustiquaires Olyset distribuées par le PNLP.	PNLP	Taux d'incidence du paludisme	Examens physique des MIILD Comptage et catégorisation des trous Dosage de l'insecticide Test en cône	Tous les 6 mois	2012	2013	DRF_CREC	PMI; USAID	
9	Surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides au Bénin.	PNLP	Taux d'incidence du paludisme	Des tests de sensibilité selon le protocole OMS sont réalisés pour noter le taux de sensibilité des anophèles aux insecticides .	Au début et à la fin de la saison pluvieuse	2012	2013	DRF_CREC ; AIRS	PMI; USAID	

N°	INTITULE DE L'ENQUETE/ ETUDE	COMMAN DITAIRE	INDICATEURS TRACEURS	METHODO LOGIE	PERIODIC ITE DE REALISAT ION	DATE DERNIERE REALISATION	DATE PROCH AINE REALIS ATION	ACTEURS IMPLIQUES	SOURCES FINANCE MENT	OBSERVATIO NS
10	Impact de la résistance des vecteurs du paludisme aux pyrèthrinoid es sur l'efficacité opérationnell e des moustiquaire s imprégnées au Bénin: Approche multidisciplin aire	PNLP	Taux d'incidence du paludisme	Un échantillon nage régulier des anophèles permet de suivre l'effet de la pulvérisati on sur la réduction éventuelle de la transmissio n.	3 ans	2012		CREC; PNL; Gates; OMS; FSS	Gates; OMS;	
11	Etude de l'impact de la résistance sur l'efficacité des MILD.	PNLP	Taux d'incidence du paludisme	Un échantillon nage régulier des anophèles permet de suivre l'effet de la pulvérisati on sur la réduction éventuelle de la transmissio n.	3 ans	2012		CREC; PNL; Gates; OMS; FSS	Gates; OMS;	
12	Enquête Démographiq ue et de Santé (EDS)	MS/ DPP	* Proportion de ménages utilisant de latrines améliorées * Taux de mortalité maternelle; * Taux de CPN4; * Taux d'accoucheme nt assisté par du personnel qualifié; * Taux de mortalité infantile; * Proportion d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés; * Pourcentage des femmes enceintes	Enquête nationale par sondage. Elle est rétrospecti ve et la 3ème édition s'est déroulée auprès de 18000 ménages. Elle a été par ailleurs couplée avec l'enquête EMICoV. Cette enquête a été conduite par un interview	5 ans	2011	2016	INSAE; MS; USAID	UNICEF; USAID(M acro); Fonds Mondial (PNLS; PNL; PMLS); UNFPA ; Budget National	

N°	INTITULE DE L'ENQUETE/ ETUDE	COMMAN DITAIRE	INDICATEURS TRACEURS	METHODO LOGIE	PERIODIC ITE DE REALISAT ION	DATE DERNIERE REALISATION	DATE PROCH AINE REALIS ATION	ACTEURS IMPLIQUES	SOURCES FINANCE MENT	OBSERVATIO NS
			ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête;	direct auprès des femmes de 15-49 ans, hommes de 15-64 ans et des enfants de moins de 5 ans. Trois types de questionnaires ont été utilisés : questionnaire ménage, questionnaire individuel femme, questionnaire individuel homme.						
13	Enquête d'évaluation des formations sanitaires privées	DNSP	*Proportion des formations sanitaires respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée	Observatio n et entretien	2 ans	2012	2014	DNSP	PTF, BN	Edition de 2012 est financée par le Fonds Mondial
14	Enquête auprès des ménages sur l'hygiène et la protection sociale	DNSP	* Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (obligatoire ou volontaire); * Proportion des ménages utilisant des latrines améliorées; * Proportion des ménages qui se lavent les mains à l'eau et au savon au moment critique	Questionn aire individuel						

N°	INTITULE DE L'ENQUETE/ ETUDE	COMMAN DITAIRE	INDICATEURS TRACEURS	METHODO LOGIE	PERIODIC ITE DE REALISAT ION	DATE DERNIERE REALISATION	DATE PROCH AINE REALIS ATION	ACTEURS IMPLIQUES	SOURCES FINANCE MENT	OBSERVATIO NS
15	Etude évaluative de la fonctionnalité des zones sanitaires	DNSP	Proportion des zones sanitaires fonctionnels avec PIHI; Taux d'utilisation des soins curatifs; *Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7jours/7	observatio n et entretien à l'aide d'une grille	1 an	2012	2013	DPP	BN	
16	Evaluation du partenariat entre le ministère de la santé et les autres acteurs intervenants	DPP	Nombre de convention spécifiques signées entre le MS, les autres ministères, les collectivités locales et le secteur privé;	Recruteme nt d'un consultant	3 ans	-	2014	DNSP/DSM E/ PTF	BN	
17	Revue documentair e sur les lois de finance	DPP	Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS; Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat; Taux de consommation base engagement du budget santé ()		1 an	2012	2013	DPP; DRFM; DGB	Sans incidence financière	
18	Recensemen t Général de la Population et de l'Habitation	Gouverne ment Béninois	* Taux de mortalité maternelle; * Taux de mortalité infantile		10 ans	2002	2012	INSAE; Ministères sectoriels	BN; UNFPA; Coop Suisse; etc.	
19	Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG)	PNLS	Prévalence du VIH chez les jeunes et les adolescents	Questionna ire individuel couplé de prélève ment	3 ans	2012	2015	DPP, DRF, CNLS, Plan Bénin, SEIB	Fonds Mondial	
20	Enquête de sero surveillance de l'infection	PNLS	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	Questionna ire individuel couplé de	1 an	2012	2013	DPP, DRF, CNLS, Plan Bénin, SEIB	Fonds Mondial/ BN	

N°	INTITULE DE L'ENQUETE/ ETUDE	COMMAN DITAIRE	INDICATEURS TRACEURS	METHODO LOGIE	PERIODIC ITE DE REALISAT ION	DATE DERNIERE REALISATION	DATE PROCH AINE REALIS ATION	ACTEURS IMPLIQUES	SOURCES FINANCE MENT	OBSERVATIO NS
	au VIH et à la Syphilis			prélèveme nt						
21	Enquête sur l'efficacité de la PTME	PNLS	Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives	Questionnaire individuel pour les mères couplé de prélèveme nt	1 an	2012	2014	DPP, DRF, CNLS, Plan Bénin, SEIB	Fonds Mondial/ BN	

Lacunes et faiblesses

- Le RGPH ne distingue que le milieu urbain du milieu rural dans la définition du milieu de résidence.
- L'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/ SIDA au Bénin ne permet pas d'atteindre toutes les cibles : (Prisons, ...)

Mesures à prendre

1. Faire des plaidoyers auprès de l'INSAE afin que d'autres milieux soient pris en compte dans la présentation des résultats des RGPH ;
2. Faire des plaidoyers auprès des régisseurs de prison pour que le milieu carcéral soit pris en compte lors des enquêtes de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/ SIDA.

3.3.3 Le système d'enregistrement de l'Etat civil

L'Etat Civil est la meilleure source d'enregistrement continue des données démographiques.

Acquis

Il existe un système national d'enregistrement des faits d'état civil avec la contribution des ministères en charge de l'Intérieur et de la sécurité publique, de la Décentralisation, de la Justice et des affaires étrangères. Le Ministère de la Santé contribue à travers les déclarations des naissances et des décès au niveau des formations sanitaires avec quelques expériences pilotes au niveau communautaire (initiative de Care-Bénin avec les relais communautaires qui déclarent systématiquement les cas de naissances et de décès dans la

communauté via un système de téléphonie mobile). La déclaration des naissances effectuées au centre de santé est faite mais n'est pas toujours enregistrée au niveau de l'officier d'état civil. Il en est de même des décès pour des raisons d'ignorance de l'importance et de l'utilité de cet enregistrement (facteurs socio culturels). Il n'existe pas un plan national d'état civil mais on note un accompagnement des PTF (UNFPA, UNICEF, CTB, ONG) pour la promotion des faits d'état civil. Le Gouvernement a organisé des campagnes de mobilisation sociale pour l'enregistrement des naissances avec l'appui de l'UNICEF et de Plan Bénin mais des actions concrètes et un suivi sont nécessaires. Il existe également un véritable problème de coordination entre les différents ministères.

Comme acquis on note :

- i) la mise en place des tableaux de bords sociaux avec l'appui de l'UNFPA, au niveau national (INSAE), départemental (DDPD) ainsi qu'au niveau de certaines mairies ;
- ii) l'installation des relais communautaires au niveau de 20 Zones sanitaires avec l'appui de l'UNICEF ;
- iii) les campagnes de mobilisation sociale pour l'enregistrement des naissances avec l'appui de l'UNICEF et de Plan Bénin.

Lacunes et Faiblesses

Au Bénin, le système d'état civil ne fonctionne pas encore de façon satisfaisante, faute de déclaration exhaustive des faits d'état civil (naissances, décès etc.). Toutes les naissances à domicile, dans des cabinets illégaux ne sont pas enregistrées. Il n'existe aucun site de surveillance démographique.

Le système d'enregistrement n'est pas informatisé au niveau de la plupart des communes. La notification des décès n'est pas obligatoire et les hôpitaux notifiant les décès n'ont pas connaissance de la classification internationale des maladies (CIM).

Mesures à prendre

1. Faire un état des lieux exhaustif de l'état civil au plan national en vue d'identifier la contribution attendue du Ministère de la Santé ;
2. Organiser un plaidoyer auprès des partenaires et les autorités politiques (autres ministères concernés, parlementaires, ...) pour l'amélioration du système d'enregistrement, y compris un système communautaire pour la notification des naissances et des décès ;
3. Renforcer les capacités du personnel de santé à l'utilisation de la classification internationale des maladies (CIM) ;
4. Mettre en place un système d'informatisation de l'enregistrement des naissances et des décès au niveau des communes ;
5. Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication autour de l'importance de la déclaration et de l'enregistrement des naissances et décès ;
6. Etendre au plan national, la stratégie des relais communautaires pour la notification des naissances et des décès par la téléphonie mobile ;
7. Mettre en place un observatoire de surveillance démographique

3.3.4 Les rapports, études et enquêtes spécifiques

Il existe deux types de rapports :

- les rapports d'activités des Directions Techniques et Centrales, des Agences, Projets/Programmes du Ministère et
- les rapports des rencontres bipartites MS et PTF.

Il s'agit entre autres de :

- rapport d'activité sur l'Hygiène et l'Assainissement de Base ;
- rapport d'activité de l'ANGC ;
- revue externe PEV / Rapport ANVSSP ;
- rapport conjoint OMS/UNICEF ;
- revue PCIME ;
- résultat de la collecte de la file active des PVVIH sous association thérapeutique ;
- rapport de PNLP/Revue de performance PNLP ;
- rapport annuel de contrôle de la tuberculose de l'OMS ;
- rapport Annuel PNT/ Rapport Monitoring PNT ;
- rapport/Evaluation SONU ;
- aide-mémoire de la revue de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP) ;
- acte de la revue conjointe de performance ;
- annuaire des statistiques sanitaires ;
- rapport PRPSS ;
- aide mémoire de la revue SCRPP .

Les études et enquêtes spécifiques constituent également des sources potentielles de données. Dans cette gamme, on peut citer entre autres :

- l'étude sur la couverture des besoins en personnel dans le secteur santé ;
- l'enquête spécifique auprès des ménages ;
- l'enquête spécifique dans les formations sanitaires ;
- le rapport d'étude sur la cartographie SMNI ;
- l'étude sur l'évaluation de la performance du personnel de santé au poste ;
- l'étude évaluative de la fonctionnalité des zones sanitaires.

3.3.5 Les données administratives

- **Les comptes nationaux de la santé (CNS)**

Ces dernières années deux exercices de comptes nationaux de la santé ont été réalisés. Il s'agit des CNS 2003 réalisés en 2006 et de ceux de 2008 produits en

2010. Les CNS 2009-2011 couplés des sous comptes de la santé de la reproduction et santé de l'enfant sont en cours.

Lacunes et faiblesses

On note des difficultés pour la collecte des données des PTF et du secteur privé. Les sous comptes de la SMNI n'existent pas encore.

Il existe une capacité limitée d'analyse des dépenses de santé, notamment de la SMNI. Les rapports ne sont pas produits régulièrement, les données ne sont pas accessibles et les méthodes ne sont pas documentées. Il n'existe pas une analyse d'efficacité des dépenses ni celle comparative dépenses/budget.

Mesures à prendre

1. Développer un plan pour renforcer l'institutionnalisation des CNS y compris les sous comptes de la SMNI ;
2. Renforcer les capacités de toutes les parties prenantes dans l'élaboration et la gestion du CNS et spécifiquement ceux du secteur dans l'analyse des allocations de ressources ;
3. Diffuser systématiquement les données et rapports disponibles sur le site internet du Ministère de la santé et autres canaux.

• Les données sur les ressources financières

Les données financières sont en partie générées par le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFiP) et celles produites par les formations sanitaires et les hôpitaux publics à travers les rapports financiers A12 (rapport financier mis en place par le SNIGS pour recueillir mensuellement les données financières).

Lacunes et faiblesses

- Les données fournies sur les supports standardisés ne sont pas toujours fiables ;
- La plupart des hôpitaux ne produisent pas le rapport A12 ;
- Manque de promptitude et de complétude dans la production des rapports.

Mesures à prendre

1. Former les acteurs dans la production des données fiables ;
2. Renforcer la supervision des acteurs ;
3. Rendre obligatoire la production des fiches A12 par les hôpitaux ;
4. Amener les acteurs à produire dans le délai les données de leur formation sanitaire.

- **Les données sur les ressources humaines**

Les données sur le personnel du secteur sont gérées par la Direction des Ressources Humaines. Actuellement un mécanisme de collecte est en train d'être mis en place, appuyé par un logiciel dénommé LogiGRH. Ce mécanisme permettra à terme d'avoir en temps réel les informations relatives aux ressources humaines et de façon désagrégée.

Lacunes et faiblesses

- Absence de données fiables sur les Ressources Humaines en Santé ;
- Faible suivi de la carrière des agents.

Mesures à prendre

1. Généraliser l'utilisation du LogiGRH et sa mise à jour régulière au niveau de toutes les structures du secteur ;
2. Recycler de façon périodique le personnel à l'utilisation du logiciel.

3.3.6 Les revues des décès maternels

Il existe une stratégie d'assurance qualité au Bénin et l'approche assurance qualité est en voie d'être mise à l'échelle avec l'appui des PTF Santé au niveau des ZS. Certains établissements disposent d'un système d'audit du décès maternel interne mais leurs données ne sont pas transférées au niveau national.

Lacunes et faiblesses

- Il n'existe pas de politique nationale requérant la notification obligatoire des décès maternels ;

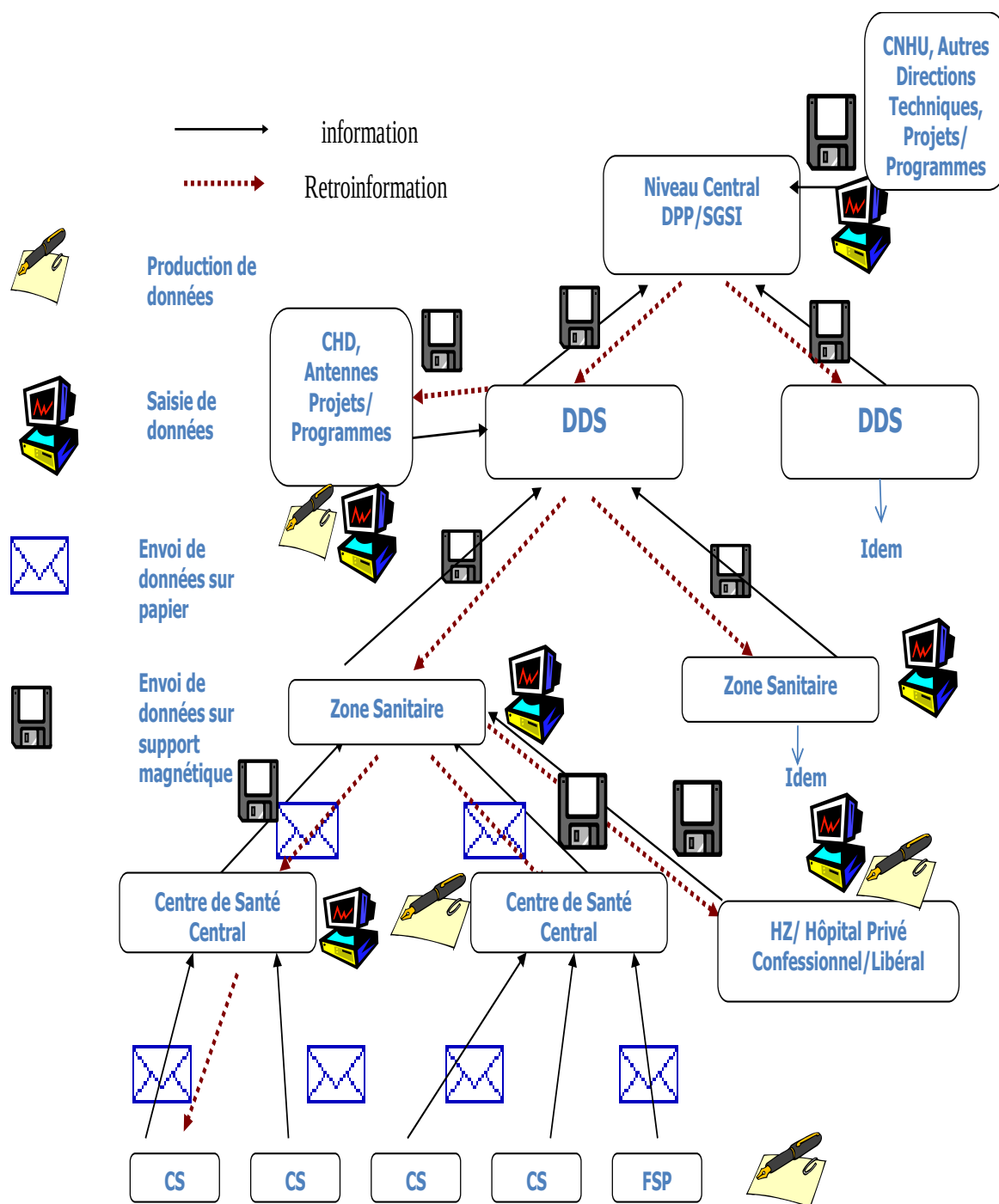
- Les notifications des décès maternels faites par les formations sanitaires sont incomplètes et ne précisent pas les causes des décès ;
- La non notification au niveau national, par certaines formations sanitaires des données sur les audits des décès maternels ;
- Les rapports de revue de décès ne sont pas utilisés par les structures d'audit et de revue pour la prise de décision et la dissémination des leçons apprises.

Mesures à prendre

1. Faire un plaidoyer à l'endroit des décideurs politiques pour la prise d'une loi sur la notification obligatoire des décès maternels dans les 24 heures ;
2. Renforcer les capacités de réalisation des audits/revues des décès maternels et périnataux au niveau communautaire et des formations sanitaires ;
3. Institutionnaliser les audits/revues des décès maternels et intégrer les activités de mise en œuvre dans le plan annuel de travail des zones sanitaires ;
4. Disséminer les résultats et documenter les leçons apprises des audits de décès maternels et périnataux en fonction des cibles ;
5. Amener les formations sanitaires qui pratiquent les audits des décès maternels à remonter l'information au niveau national.

3.4 Gestion des données

3.4.1 Gestion des données de routine des formations sanitaires



1

Graphique 3 : Circuit de l'information

La saisie des données collectées se fait au niveau de toutes les zones sanitaires. Les copies des bases de données statistiques des zones sanitaires sont envoyées mensuellement au niveau des Directions Départementales de la Santé qui à leur tour font la compilation et l'envoient au Service de la Gestion du Système d'Information du niveau central qui abrite la base nationale de données du SNIGS.

Le SNIGS produit les données de routine sur les activités des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, lesquelles sont complétées par celles des sous-systèmes du secteur de la santé notamment :

- le Sous-système d'alerte précoce qui gère les données de surveillance des maladies à potentiel épidémique (MPE);
- le Sous-système du Programme Elargi de Vaccination qui surveille les maladies cibles du PEV ;
- le Sous-système des programmes spécifiques (PNLS, PNT, PNLP) et d'autres programmes comme la lèpre, l'Ulcère de Buruli etc.
- le sous-système d'informations communautaires
- le Sous-système des données d'état civil
- le Sous système de gestion des ressources (DRH, DIEM, DRFM, etc.)
- le Sous système des enquêtes et recherches (RGPH, EDS, Enquêtes spécifiques, etc.)

Ces deux (2) groupes de données sont destinés au calcul des principaux indicateurs nécessaires à la planification, au suivi et à l'évaluation des actions mises en œuvre dans le secteur.

3.4.2 Gestion des autres sources de données

Les résultats des actions de suivi et d'évaluation doivent être consignés dans des rapports élaborés à cet effet à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le choix des modes de présentation et du niveau de précision souhaité pour chaque indicateur sera fonction de la nature de l'indicateur et des besoins du moment.

La DPP est la structure chargée de la centralisation des rapports de suivi et d'évaluation de tous les niveaux. Les sessions de CNEEP serviront de cadre d'appréciation des niveaux atteints et de prise de décision.

De la même façon, les sessions des CDEEP au niveau intermédiaire et des Comités de santé au niveau opérationnel serviront aussi de cadre d'appréciation de l'évolution des indicateurs afin de prendre les mesures appropriées pour améliorer les performances.

3.5 Analyse, synthèse et qualité des données

3.5.1 Analyse et synthèse des données

Les indicateurs de suivi et d'évaluation du PNDS doivent servir à mesurer l'évolution de la situation. Les structures du secteur pourront exploiter les acquis issus de la mise en œuvre des PTD pour les planifications à venir.

L'analyse des indicateurs doit permettre à chaque structure concernée de s'auto-évaluer et d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du PNDS, non seulement au niveau national, mais aussi, au niveau intermédiaire et périphérique.

Pour ce faire, les indicateurs doivent être calculés et analysés par le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central. Cette mesure a pour intérêt de permettre des comparaisons entre les structures d'un même niveau.

Outre l'analyse transversale, une analyse longitudinale devra permettre d'apprécier l'évolution des performances des différents niveaux.

L'analyse devra tenir compte des données quantitatives et/ou qualitatives recueillies pour chaque type d'indicateur.

La Direction de la Programmation et de la Prospective, sur la base d'outils élaborés à savoir l'annuaire des statistiques sanitaires, le rapport de

performance, les rapports sur l'état de la santé produira l'analyse de la performance du secteur à la fin de la mise en œuvre de chaque PTD.

3.5.2 Évaluations régulières des progrès et de la performance

L'évaluation des progrès sera réalisée à la mesure de l'évolution des indicateurs traceurs retenus pour le suivi et l'évaluation du PNDS 2009-2018 (Cf. plan d'enquête dans la section sur les Sources des données).

Il est prévu une évaluation à mi-parcours pour les indicateurs de couverture en fin 2015, une évaluation finale en 2018 puis une évaluation ex-post en 2021.

3.5.3 Procédures d'assurance de la qualité des données

L'assurance qualité des données est un impératif incontournable pour la crédibilité des données et leur utilisation effective dans le cadre du suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNDS. Cette assurance qualité se mesurera à travers le contrôle et l'évaluation de la qualité de données.

✓ Contrôle de la qualité des données

Le contrôle de la qualité des données sera rendu systématique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A cet effet, les actions de supervision seront renforcées et orientées davantage sur le contrôle de la qualité des données. Il en est de même pour le monitoring qui constitue une pratique généralisée dans toutes les Zones Sanitaires.

✓ Evaluation de la qualité des données

En dehors des supervisions et monitoring, il sera institué, l'élaboration des Rapports Internes sur la Qualité (RIQ) au niveau de chaque structure identifiée comme responsable sur la fiche technique des indicateurs retenus dans le cadre de la mesure de la performance du PNDS. Pour y parvenir, un questionnaire standard et adapté aux besoins et réalités du secteur sera adopté et devra porter sur les aspects pertinents des différents éléments de la qualité retenus dans la définition de la qualité des données. Au nombre de ces éléments, on note entre autres :

- l'exactitude ;
- l'actualité et la ponctualité ;
- l'exhaustivité.

Les méthodes retenues pour évaluer la qualité des données consistent en :

1. Un rapport annuel sur la qualité des données du SNIGS (Data Quality Score Card selon la méthode OMS)

Le SNIGS représente une des sources de données clés pour faire le suivi des indicateurs du PNDS. Il est donc essentiel de connaître la qualité de ces données et de savoir la confiance qui peut être accordée à ces chiffres. Il s'agit donc ici d'évaluer de façon régulière (annuelle) les données collectées et notifiées par les établissements de santé en terme de :

- complétude des rapports ;
- cohérence des données (notamment des dénominateurs de population) ;
- cohérence entre les données des taux de couverture fournis par le SNIGS, et celles des sources externes (données des programmes, ...).

2. Un système annuel d'évaluation des établissements de santé et de vérification des données (p.ex. enquête SARA)

Il est recommandé que chaque année avant la revue annuelle du secteur de la santé, une évaluation d'un échantillon d'établissements de santé soit effectuée afin d'examiner la qualité des données sanitaires ainsi que le degré de préparation des services.

La méthode consiste en une comparaison entre les données notifiées et un recomptage physique des valeurs (au niveau de l'infrastructure ou de la zone sanitaire).

3. Evaluation de la qualité des données des programmes spécifiques

Il existe au niveau des projets /programmes un système de contrôle et d'assurance qualité des données. Chaque projet met en œuvre son système de contrôle de données en s'appuyant sur les différents niveaux de la pyramide sanitaire :

- au niveau de la zone sanitaire, un contrôle est fait sur les données provenant des formations sanitaires ;
- au niveau intermédiaire, s'effectue un autre contrôle des données des ZS et de celles du CHD ;
- au niveau central, le contrôle de la qualité des données provenant des niveaux intermédiaire et périphérique s'effectue par la structure de coordination de ces projets/programmes.

La collecte et le contrôle de la qualité des données sur le terrain se font à travers la supervision, le monitoring et la validation des données collectées et saisies.

Pour le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), il est mis en place un Système National d'Information de Routine du Paludisme (SIRP). Ce système a pour mission l'obligation de fournir des informations nécessaires à la prise de décision pour le renforcement et la réorientation des politiques et stratégies de lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les délais indiqués dans les normes et standards. La fiabilité des informations collectées par le SIRP est obtenue à travers la supervision des agents de collecte et le contrôle de la qualité des données. Les supervisions se font à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les directives nationales en la matière.

Quant au **Programme National contre la Tuberculose**, les données de dépistage, de traitement, de la coïnfection et de l'alimentation des malades sont validées trimestriellement au cours des supervisions effectuées par des équipes conjointes (nationale et intermédiaire) vers le niveau opérationnel. En effet, ces supervisions s'intéressent à trois volets : clinique, laboratoire puis gestion des vivres et du matériel.

Le programme procède par sondage à une mission de vérification de données sur site (VDS). Cette mission confronte les fiches de rapport reçues de l'équipe de supervision avec celles disponibles sur le site voire avec les données sources. Il procède également à des descentes inopinées sur le terrain pour constater l'effectivité des activités notamment les activités communautaires.

Aussi depuis quelques années, une mission de vérification de données sur site (VDS) est organisée de concert avec le partenaire Fonds Mondial.

Pour le **Programme National de Lutte contre le Sida**, les données sont produites par les formations sanitaires qui sont érigées en sites de prise en charge des PVVIH par les ARV, en site de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), en site de conseil dépistage du VIH et en services adaptés pour la prise en charge des IST chez les groupes à haut risque (Travailleuses de sexe et leurs clients, les routiers...).

Avec l'appui du Fonds Mondial, les données sont collectées trimestriellement par les CIPEC qui sont les structures départementales de lutte contre le Sida sous tutelle des Directions Départementales de la Santé. Ces données collectées sont intégrées dans une base de données, le LOGISIDA installé au niveau de chaque CIPEC. Semestriellement, le PNLS procède par échantillonnage à un contrôle de qualité sur site des données collectées par les CIPEC en confrontant les données rapportées par les CIPEC aux données contenues dans les différents registres disposés sur les sites. Au cours d'un atelier national, ces données sont validées après un contrôle de cohérence et de complétude des bases. Une consolidation de ces bases départementales en base nationale est ensuite faite.

En perspective, le PNLS projette :

- pour 2013 de déléguer la collecte de données aux Equipes d'Encadrement de Zones Sanitaires puis le contrôle de qualité se fera par deux niveaux (1^{er} niveau, un contrôle de qualité trimestriel des données par les CIPEC, 2^{ème} niveau un contrôle de qualité semestriel par le PNLS).

- à partir de 2014, de remonter systématiquement les données (collecte passive) des sites vers les EEZS, des EEZS vers les DDS et CIPEC puis des DDS vers la DPP et le PNLS.

Pour le **Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles** les données sont collectées par des enquêtes spécifiques. Les résultats de ces enquêtes sont restitués et validés avant d'être transmis au SNIGS pour publication.

3.6 Diffusion et utilisation des données

Les produits issus du suivi de la mise en œuvre du PNDS notamment les annuaires des statistiques, les bulletins trimestriels de retro-information, les rapports de suivi des progrès, les rapports internes sur la qualité des données, les rapports de performance et les rapports des enquêtes seront présentés au cours des différentes rencontres périodiques : (les revues conjointes annuelles, les sessions de CNEEP, les réunions trimestrielles des PTF et via aussi les différents séances de dissémination et l'internet à travers le site web du Ministère de la Santé).

La Direction de la Programmation et de la Prospective est le premier responsable de diffusion de ces données. Ces informations seront utilisées dans le cadre de la prise de décision pour la disponibilité et l'amélioration des soins et services de santé.

3.6.1 Résultats et responsabilités concernant l'analyse

Les indicateurs de suivi et d'évaluation du PNDS doivent servir à mesurer les progrès réalisés. Les structures du secteur pourront exploiter les acquis issus de la mise en œuvre des plans triennaux du PNDS pour les planifications à venir.

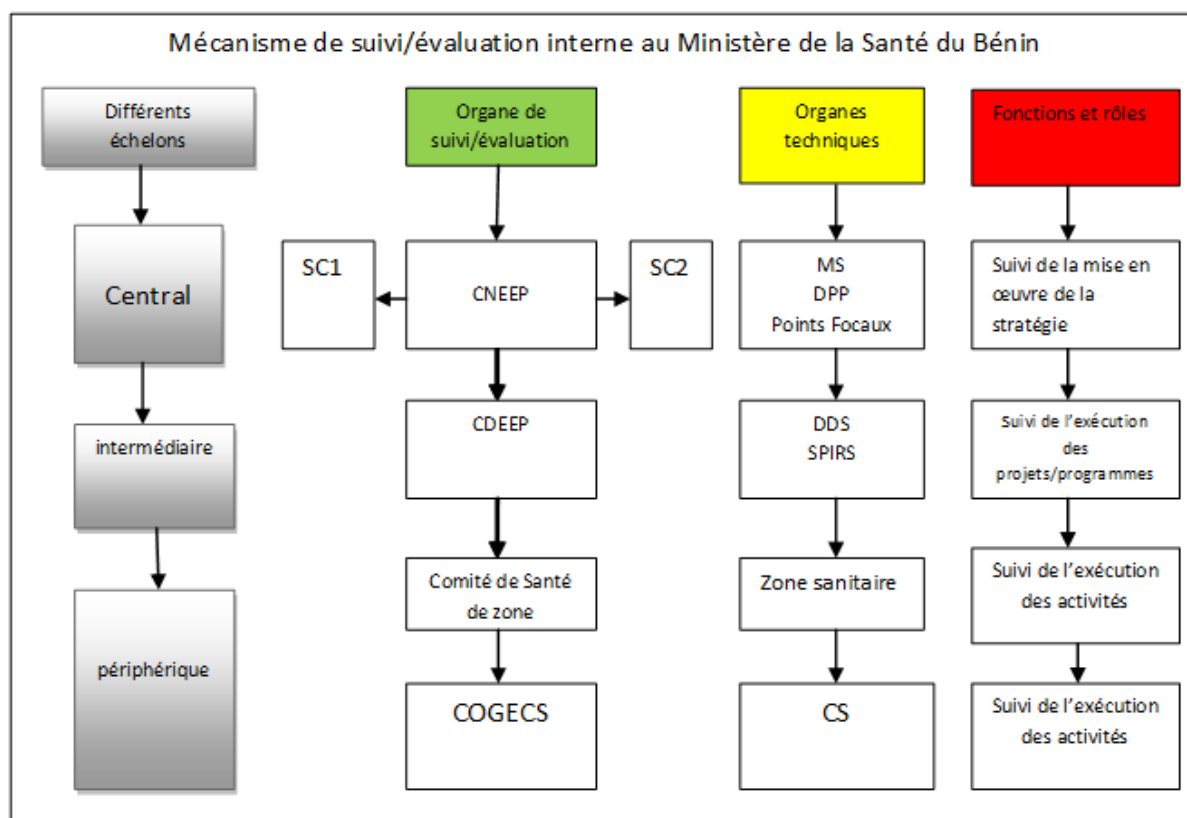
3.6.2 Communication pour le développement durable du secteur santé

Il s'agira de promouvoir la communication en appui aux interventions entre tous les acteurs du développement sanitaire en vue d'harmoniser les points de vue et les approches de résolution de problèmes qui se posent dans le secteur.

Il s'agira de veiller à :

- l'animation du système d'information et de retro information ;
- échanges constants sur les stratégies opérationnelles, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et les pratiques réussies ;
- l'utilisation accrue des radios de proximité et d'autres canaux traditionnels de communication en appui aux actions des relais communautaires en vue d'induire le changement de comportement en faveur de la santé dans les familles et la communauté.

Des revues conjointes Gouvernement, société civile et PTF seront organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces revues s'appuieront sur les travaux des groupes techniques/scientifiques (projet, programme, thématique) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec une coordination nationale (Cabinet/chef de file des PTF)



Graphique 4 : Mécanisme de suivi/évaluation interne au Ministère de la Santé du Bénin

CHAPITRE 4 : MECANISMES NATIONAUX DE REVUE ET D'ACTION

4.1 Système de revue périodique conjointe des progrès et de la performance aux fins de prise de décision

Ce système repose sur des revues annuelles conjointes de performance du secteur santé au niveau national, départemental et zone sanitaire. Au cours de ces revues tous les acteurs du secteur de la santé à ces différents niveaux analysent les forces et faiblesses enregistrées.

Faiblesses du système de revue

Les principales faiblesses identifiées se présentent comme suit :

- faible représentativité et faible implication des acteurs des autres secteurs invités à la revue ;
- insuffisance de clarifications des rôles et responsabilités de certains partenaires (OSC, secteur privé et PTF) dans la mise en œuvre des recommandations ;
- insuffisance dans la qualité et la complétude des données utilisées lors des revues ;
- faible couverture des données du secteur privé et du niveau communautaire ;
- manque d'effort d'harmonisation des données au sein des PTF ;
- insuffisance de coordination des revues de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile (Reproduction) et des programmes spécifiques avec la revue annuelle du secteur ;
- non anticipation dans la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la feuille de route de la revue sectorielle.

Mesures à prendre

- améliorer le processus d'organisation et de participation des revues ;
- alimenter la revue au niveau national par les données des revues des niveaux départemental et périphérique et celles des programmes spécifiques ;

- définir une clé de répartition des ressources allouées à la santé en fonction des priorités retenues lors des revues périodiques ;
- renforcer les capacités et compétences des acteurs afin qu'ils présentent les résultats de manière efficace et intégrée selon un processus concerté ;
- inciter les OSC, le MEF, l'ANCB, les grandes entreprises, les autres ministères impliqués à utiliser les résultats de la revue dans l'élaboration de leurs plans annuels ;
- élaborer une plateforme nationale de dialogue politique en matière de santé (p. ex. Country Health Policy Dialog Process Portal [CHPP]) ;
- renforcer les supervisions et les monitorings à tous les niveaux y compris dans les hôpitaux ;
- rendre disponibles les données sur les interventions des PTF.

4.2 Liens entre les revues programmatiques et la revue générale du secteur de la santé

En 2010, par note de service du Ministre de la Santé, il a été institué l'organisation de la revue départementale. Depuis lors, la tenue des revues est devenue une réalité : les six Directions Départementales de la Santé et certaines zones sanitaires organisent la revue dans leur aire géographique. Ces différentes revues connaissent une large participation des principaux acteurs tels que les responsables des formations sanitaires, les Directeurs Départementaux de la Santé, les Médecins Coordonnateurs de Zones Sanitaires, les acteurs du niveau central, les Partenaires Techniques et Financiers qui interviennent à ces différents niveaux. Elles visent les mêmes objectifs que la revue nationale et sont toutes réalisées avant cette dernière. Ainsi, les résultats des revues au niveau des zones sanitaires sont exploités pour les revues au niveau départemental et national.

Par ailleurs, il existe une autre revue appelée "revue SCRP" que la revue annuelle conjointe de performance alimente. Elle se tient au mois de juin de chaque année. Celle-ci regroupe les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et le Gouvernement. Elle constitue un cadre d'échange et de discussions du rapport d'avancement sur la mise en œuvre de la SCRP durant l'année précédente. A la fin de cette revue, une feuille de route est élaborée et sa mise

en œuvre fait l'objet d'un suivi périodique par un comité mixte Gouvernement-PTF en vue d'améliorer la performance du secteur au cours des prochaines années.

Il est à regretter que certains programmes spécifiques n'organisent pas à temps leur revue avant la revue nationale conjointe. Il en découle des difficultés pour renseigner certains indicateurs.

A contrario et à titre d'exemple le Programme National contre la Tuberculose (PNT) doit servir de modèle aux autres projets/programmes du secteur. En effet, le PNT avec l'appui de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICMR) procèdent chaque année à la revue complète du programme et des rapports d'évaluation sont produits. Elle permet le regard extérieur sur le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de lutte contre la tuberculose et aboutit à des recommandations pertinentes qui servent dans la planification et la reprogrammation des activités pour l'année suivante. Des problèmes de mobilisation de ressources financières additionnelles sont abordés en cas de besoin. Cette mission est effectuée par un consultant de l'Union accompagné de consultants de la Ligue pulmonaire suisse.

Du fait de l'appui du Fonds Mondial au PNT, l'Agent Local du Fonds Mondial (LFA) planifie sa revue programmatique semestrielle dans les domaines des finances et du suivi des activités et résultats.

Mesures à prendre

Organiser les revues de la SMNI, les revues des programmes spécifiques et revues thématiques avant la revue annuelle du secteur.

4.3 Composante évaluation

Le PNDS fera l'objet de deux évaluations : une à mi-parcours qui sera menée à la fin du deuxième plan triennal 2013-2015 et l'autre à la fin du troisième PTD 2016-2018. Ces deux évaluations porteront sur les indicateurs d'impact retenus.

L'évaluation à mi-parcours du PNDS se fera en fin 2015 et concernera essentiellement les indicateurs de couverture.

L'évaluation finale se fera en deux temps :

- 1^{er} temps : l'évaluation finale qui coïncidera exactement avec la fin du PNDS en 2018 par la mesure des progrès vers l'atteinte des objectifs du secteur
- 2nd temps : l'évaluation ex post qui coïncidera en 2021 avec l'EDSB VI, concernera aussi bien les indicateurs de couverture et renseignera sur l'atteinte des objectifs d'impact.

4.3.1 Indices de performance

Plusieurs outils seront utilisés pour mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du PNDS. Au nombre de ces outils nous avons les indices de performances.

Quatre indices vont servir à calculer les performances réalisées dans l'exécution des actions ou projets initiés pour atteindre les objectifs du PNDS. Il s'agit de l'indice (ou index) de performance des coûts (IPC), de l'indice de performance des prévisions ou de l'échéancier (IPE ou IPP), le pourcentage de la variation des prévisions et la variation des coûts (VC).

Notons qu'il ne serait pas aisé d'appliquer ces indices à tous les cas.

Indice (ou index) de performance des coûts (IPC)

Il indique le rapport entre les coûts budgétisés (ou planifiés) et les coûts réels du travail effectué jusqu'à la date d'état du projet ou jusqu'à la date du jour.

$$\text{IPC} = \text{CBTE} / \text{CRTE}$$

Il permet d'indiquer si on est en dépassement ou au dessous du budget à la date d'état.

Indice de performance des prévisions ou de l'échéancier (IPE ou IPP)

Cet indice indique le rapport entre le coût budgétisé du travail effectué et celui du travail planifié.

IPE=CBTE/CBTP

L'IPE sert à évaluer la date d'achèvement du projet. Cela permet de savoir si les tâches sont en avance ou en retard sur les prévisions.

Pourcentage de la variation des prévisions (VP%)

Cet indice affiche le rapport entre la variation des prévisions (VP) et le coût budgétisé du travail planifié (CBTP), exprimé en %.

$$\text{VP\%} = (\text{CBTE} - \text{CBTP}) / \text{CBTP}$$

La Variation des Coûts (VC)

Mesure l'écart sur les coûts jusqu'à la date de contrôle du projet.

L'écart budgétaire permet de mesurer le rendement de la productivité.

Elle s'obtient en faisant la différence entre le coût budgété du travail exécuté (CBTE) et du coût réel du travail exécuté (CRTE)

$$\text{CBTE} - \text{CRTE} = \text{VC}$$

Interprétation CV 0 —————> Sous les coûts

CV < 0 —————> dépassement des coûts

NB : Pour faciliter la compréhension des termes utilisés, il est utile d'apporter les clarifications suivantes :

Le Coût Budgétaire du Travail Planifié (CBTP)

Mesure du Travail qui aurait dû être fait à la date de contrôle selon la planification initiale. Coût estimé du travail selon le calendrier des travaux.

Le Coût Budgétaire du Travail Exécuté (CBTE) (La valeur acquise)

Mesure du travail qui a effectivement été réalisé à la date de contrôle en se basant sur l'avancement réel de la tâche selon le coût du budget.

Le Coût Réel du Travail Exécuté (CRTE)

Mesure les coûts encourus pour réaliser le travail.

La Variation de prévision (VS)

Mesure l'écart sur l'échéancier jusqu'à la date de contrôle du projet. L'écart sur échéancier donne une indication du degré d'avancement du travail. Elle s'obtient en faisant la différence entre le coût budgétaire du travail exécuté (CBTE) et du coût budgété du travail planifié (CBTP).

$$CBTE - CBTP = VS$$

Interprétation	SV > 0	—————→	en avance
	SV < 0	—————→	en retard

BUDGET

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				TOTAL			70 274	2 225 375	1 180 487	1 265 090	1 494 225	940 124	1 187 952	8 293 253	
OBJECTIFS 1 : Assurer le renforcement des capacités nationales en gestion de l'information sanitaire et en suivi et évaluation							70 274	101 871	214 745	101 871	214 745	71 850	244 766	949 849	
	Action 1.1 : Renforcement des capacités en gestion de l'information						70 274	30 021	129 603	30 021	129 603	0	159 624	478 872	
		DPP					70 274	30 021	122 016	30 021	122 016	0	152 037	456 112	
			1.1.1	Organiser 06 ateliers départementaux de formations des formateurs de 02 jours de 30 personnes sur la collecte et le remplissage des supports	Nombre d'agents formés/ Proportion d'agents formés	Rapports de supervision	10 413		10 413		10 413		10 413	31 239	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		ZS	1.1.2	Organiser 34 ateliers de formations (au niveau zone sanitaire) de 02 jours de 50 agents des centres de santé par ZS sur la collecte et le remplissage des supports	Nombre d'agents formés/ Proportion d'agents formés	Rapports de supervision	59 861		59 861		59 861		59 861	179 584	
			1.1.3	Organiser 06 ateliers départementaux de formation de 02 jours de 172 agents des 34 ZS, des Hôpitaux de zones et des CHD et hôpitaux spécialisés et des DDS sur le traitement et l'analyse des données	Nombre d'agents formés/ Proportion d'agents formés	Rapports de supervision			9 577		9 577		9 577	28 731	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			1.1.4	Former/recycler en 34 sessions de 15 personnes pendant 02 jours, 510 agents des ZS sur le traitement l'analyse des données et l'interprétation des résultats	Nombre d'agents formés/ Proportion d'agents formés	Rapports de supervision			22 886		22 886		22 886	68 659	
			1.1.5	Former/recycler en 6 sessions départementales de 02 jours chacune, 180 agents des structures du secteur privé autorisées et des ONG sur la collecte des données et le remplissage des supports	Nbre d'agents formés	Rapports de supervision			9 693		9 693		9 693	29 079	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			1.1.6	Former/recycler en 6 sessions départementales de 02 jours chacune, 90 agents des structures du secteur privé des ONG sur l'analyse des données	Nbre d'agents formés	Rapports de supervision			6 552		6 552		6 552	19 656	
			1.1.7	Faire dans les 06 départements le suivi post formation pendant 05 jours des agents formés sur les outils de collecte du SNIGS, du traitement et d'analyse des données	Nombre d'agents qui remplissent / correctement qui traitent , analysent et interprètent correctement les résultats	Rapport de mission de suivi			3 034		3 034		3 034	9 101	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			1.1.8	Former en une session de 02 jours 30 gestionnaires de données du niveau central sur l'utilisation de l'application Web pour la gestion des données du SNIGS	Nombre de gestionnaires de données formés	Rapport de supervision		2 116		2 116			2 116	6 348	
			1.1.9	Former en 06 sessions départementales de 03 jours chacune 240 gestionnaires de données sur l'utilisation de l'application Web pour la gestion des données du SNIGS	Nombre de gestionnaires de données formés	Rapport de formation		27 905		27 905			27 905	83 715	
		Cabinet MS + PTF					0	0	7 587	0	7 587	0	7 587	22 760	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			1.1.10	Recycler pendant 03 jours 20 cadres des Directions Techniques et Centrales du Ministère sur l'utilisation des résultats pour la prise de décision	Nombre de cadres formés à l'utilisation des résultats pour la prise de décision	Rapports de formation			3 158		3 158		3 158	9 473	
			1.1.11	Recycler pendant 02 jours 30 Directeurs centraux et Techniques, Coordonnateurs des P/P et membres du Cabinet MS sur l'utilisation des résultats pour la prise de décision	Nombre de responsables outillés à l'utilisation des résultats pour la prise de décision	Rapports de formation			4 429		4 429		4 429	13 288	
	ACTION 1.2. : Renforcement des capacités en suivi évaluation et reporting						0	71 850	85 142	71 850	85 142	71 850	85 142	470 976	
		<i>DPP</i>					0	0	12 397	0	12 397	0	12 397	37 190	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			1.2.1	Former en 06 sessions de 03 jours chacun 180 agents des DDS, des zones sanitaires, Hôpitaux de zones, CHD, hôpitaux spécialisés sur le processus de suivi évaluation et le reporting	Nbre d'agents formés	Rapports de formation			12 087		12 087		12 087	36 261	
			1.2.2	Valider au cours d'un atelier d'1 jour le canevas/guide sur la production de Rapports de Progrès (06 venant de l'Ouémé et l'Atlantique et 20 du niveau central)	Canevas/Guide réalisé				310		310		310	929	
ZS			1.2.3	Produire et transmettre semestriellement à la DPP les rapports de	Proportion de structures ayant transmis leurs Rapports de progrès à la DPP	Rapports de progrès transmis		0	0	0	0	0	0	0	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				Progrès											
		Cabinet MS + PTF					0	71 850	72 746	71 850	72 746	71 850	72 746	433 787	
			1.2.4	Organiser tous les 02 ans un atelier de formation/recyclage de 03 jours des Points Focaux du Budget Programme des structures du niveau central (DC, DT,P/P, Agences) sur le processus de suivi évaluation et le reporting, les analyses de progrès et de performance y compris les analyses d'équité	Nre de PF outillés	Rapports de formation			896		896		896	2 687	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			1.2.5	Doter en moyenne 15 structures par année en matériels nécessaires (Ordinateurs et accessoires, logiciels...) pour le suivi Evaluation et le reporting	Nombre de structures équipées de matériels adéquats	Bordereau de livraison		71 850	71 850	71 850	71 850	71 850	71 850	431 100	
OBJECTIF N°2 : Mettre en place des mécanismes garantissant la disponibilité à temps, l'exhaustivité et la qualité des données							-	1 078 706	572 494	838 798	877 240	591 575	467 787	4 426 599	
	ACTION 2.1 : Amélioration de la disponibilité à temps et de l'exhaustivité des données						-	1 013 911	512 174	819 000	861 918	576 254	452 465	4 235 723	
			2.1.1	Organiser 3 ateliers de 50 participants pendant 3 jours (sélection indicateurs, standardisation outils, mécanismes, guide) en vue d'intégration des	Outils standards du SNIGS communautaires disponibles	SNIGS		22 956	22 956					45 912	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				données communautaires dans le SNIGS avec toutes les parties prenantes											
			2.1.2	Organiser 1 atelier de 60 personnes sur le pré-test et la validation du manuel de collecte des données communautaires dans le SNIGS avec toutes les parties prenantes	Manuel de collecte des données communautaires est testé et validé	SNIGS		8 255						8 255	
			2.1.3	Actualiser le logiciel SNIGS aux fins d'intégrer les nouvelles données communautaires retenues	Logiciel SNIGS actualisé	SNIGS		4 500	4 500					9 000	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			2.1.4	Organiser 02 ateliers régionaux de 03 jours de formation chacun de 35 gestionnaires de données à l'utilisation du logiciel SNIGS actualisé	Nombre de gestionnaires formés	Rapport de Formation		8 880		8 880		8 880		26 641	
			2.1.5	Organiser 2 sessions de formation de 3 jours de 30 acteurs communautaires par zone sanitaire sur le remplissage des nouveaux outils de collecte au niveau communautaire	Nombre d'acteurs formés	Rapport de Formation		146 914		146 914		146 914		440 742	
			2.1.6	Acquérir 1 véhicule 4x4 de supervision pour la DPP et 6 véhicules pour le niveau départemental				140 000						140 000	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				(SPIRS)											
		DDS	2.1.7	Organiser en 02 jours par zone sanitaire des sessions trimestrielles de travail avec les structures communautaires en vue d'intégrer leurs données dans le SNIGS	Part des communautés dans les activités du système d'information	Annuaire des statistiques sanitaires		155 984	155 984	155 984	155 984	155 984	155 984	935 901	
			2.1.8	Mettre à jour tous les 2 ans par recensement le répertoire des formations sanitaires privées	Répertoire des formations sanitaire actualisé	Répertoire des formations sanitaires			77 259		77 259		77 259	231 777	
		DDS	2.1.9	Organiser au niveau départemental des sessions trimestrielles de validation de 02 jours sur les	Part du secteur privé dans les activités du système d'information	Annuaire des statistiques sanitaires		90 330	90 330	90 330	90 330	90 330	90 330	541 980	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				données entre les secteurs public et privé											
		DPP	2.1.10	Organiser une série de 3 ateliers de 03 jours chacun pour réviser les outils de collecte du SNIGS	Nombre d'outils révisés	Rapport d'atelier		17 747		17 747			17 747	53 241	
		Cabinet MS + PTF + DPP	2.1.11	Organiser des rencontres trimestrielles entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris le secteur privé en vue d'assurer la retro information	Nombre de rencontres organisées	Rapport de séances		31 146	31 146	31 146	31 146	31 146	31 146	186 875	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		Cabinet MS + PTF + DPP	2.1.12	Développer une application Web pour la gestion des données SNIGS et du PNDS aux trois niveaux de la pyramide sanitaire	Application Web fonctionnel	SNIGS		12 000						12 000	
		Cabinet MS + PTF + DPP	2.1.13	Mettre à jour périodiquement l'application Web de gestion des données SNIGS et du PNDS						3 000		3 000		6 000	
		Cabinet MS + PTF + DPP	2.1.14	Acquérir les équipements informatiques et réseaux nécessaires à l'utilisation de l'application				50 000						50 000	
		DRH	2.1.15	Réaliser une étude sur la couverture des besoins en personnel dans le secteur santé	taux de couverture des besoins en personnel actualisé	Rapport de l'étude	-	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	120 000	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		DRH	2.1.16	Réaliser une étude sur l'évaluation de la performance du personnel de santé au poste	Proportion personnel performant au poste connue	Rapport de l'étude		20 000		20 000		20 000		60 000	
		DNEHS	2.1.17	Organiser une enquête d'évaluation des hôpitaux	Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins connue	Rapport de l'enquête		20 000			20 000			40 000	
		DSME	2.1.18	Organiser une enquête nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires	Indicateurs sur nutrition disponibles et actualisés	Rapport de l'enquête			10 000		10 000		10 000	30 000	
		DPP+DSME+DNSP	2.1.19	Contribuer (appuyer) à l'organisation de l'Enquête Démographiques et de Santé (EDS)	Indicateurs santé disponibles et actualisés	Rapport					300 000			300 000	
		DPP + DNSP	2.1.20	Organiser une enquête d'évaluation des formations	Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du	Rapport de l'enquête			20 000			20 000		40 000	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				sanitaires privées (a réaliser en 2013)	cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée connu										
		DNSP + ANAM	2.1.21	Organiser une enquête auprès des ménages sur l'hygiène et la protection sociale	Indicateurs sur hygiène et protection sociale disponibles	Rapport de l'enquête			30 000			30 000		60 000	
		DPP + DSME + DNSP	2.1.22	Réaliser une étude évaluative de la fonctionnalité des zones sanitaire	Proportion de ZS fonctionnel avec PIHI connue	Rapport d'étude	-	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	120 000	
		DPP + DNSP	2.1.23	Evaluer le partenariat entre le ministère de la santé et les autres acteurs intervenants	Nombre de conventions spécifiques signées entre le MS, les autres ministères, les collectivités locales et le secteur privé connu	Rapport d'évaluation		25 000			25 000			50 000	
		PNLS	2.1.24	Organiser l'enquête de surveillance de l'infection par le VIH et la Syphilis	Taux de prévalence de l'infection au sein des femmes enceintes est actualisé	Rapport de l'enquête		58 000	-	58 000	-	-	-	116 000	Fonds Mondiale

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				au Bénin											
		PNLS	2.1.25	Organiser l'enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/SIDA au Bénin	Indicateurs VIH disponibles et actualisés	Rapport de l'enquête				167 000				167 000	Fonds Mondiale
		PNLS	2.1.26	Analyser l'efficacité de la Prévention de la Transmission Mère- Enfant	Indicateurs sur la PTME actualisés disponibles	Rapport de l'étude		32 200	-	-	32 200			64 400	Fonds Mondiale
		PNLP	2.1.27	Réaliser l'enquête MIS (Malaria Indicator Survey)	Indicateurs sur la prévention et la prise en charge paludisme actualisés et disponibles	Rapport de l'enquête		50 000			50 000		-	100 000	Banque Mondiale
		PNLP	2.1.28	Enquête ménages sur les indicateurs de prévention et de prise en charge du paludisme	Indicateurs sur la prévention et la prise en charge paludisme actualisés et disponibles	Rapport de l'enquête		50 000		50 000				100 000	USAID

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		ANVSSP	2.1.29	Réaliser une enquête de couverture vaccinale	Indicateurs de couverture vaccinale actualisés	Rapport de l'enquête		30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	180 000	
	ACTION 2.2 : Amélioration de la qualité des données						-	64 795	60 319	19 797	15 322	15 322	15 322	190 876	
		DPP+PTF	2.2.1	Valider avant la fin du 1er trimestre de chaque année les données SNIGS de l'année précédente	Nombre de données validées	rapport de validation des données		8 830	8 830	8 830	8 830	8 830	8 830	52 982	
		DPP+PTF	2.2.2	Elaborer les outils du rapport interne de qualité (RIQ)	Les outils de RIQ disponibles	Outils de RIQ		4 476		4 476				8 951	
		DPP+PTF	2.2.3	Organiser 6 ateliers départementaux de formation des acteurs sur la production du RIQ	nombre d'acteurs outillés	Rapport de supervision		44 998	44 998					89 996	
		DPP+PTF	2.2.4	Réaliser une fois par an le contrôle interne de qualité des données (Rapport interne	Information sur la qualité des données disponibles	Rapport de contrôle de qualité		6 491	6 491	6 491	6 491	6 491	6 491	38 948	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				de qualité) dans des structures publiques, privées et communautaires											
OBJECTIF 3 : Améliorer le système d'enregistrement des naissances et des décès et promouvoir les TIC							-	584 315	37 820	50 523	37 820	37 820	50 523	798 820	
	Action3.1 : Renforcement du système d'enregistrement des naissances et des décès						-	543 356	37 820	50 523	37 820	37 820	50 523	757 861	
		DSME +DPP	3.1.1	Actualiser/approfondir l'état des lieux du mécanisme d'enregistrement des naissances, des décès et causes des décès et établir des recommandations pour le renforcement du système	Recommandations pour renforcement du système d'enregistrement formulées	Rapport sur l'état des lieux		12 703	-	12 703	-	-	12 703	38 108	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		DSME +DPP	3.1.2	Recruter un consultant pour l'élaboration d'un document de plaidoyer auprès des autorités politiques et des partenaires pour l'amélioration du système d'enregistrement, y compris un système communautaire pour la notification des naissances et des décès	Document de plaidoyer disponible	Rapport de consultation		12 753	-	-	-	-	-	12 753	
		DSME +DPP	3.1.3	Organiser un plaidoyer auprès des autorités politiques et des partenaires (autres ministères, parlementaires, ...) pour l'amélioration du système	Nombre d'acteurs sensibilisés	Rapport de séances		17 271	-	-	-	-	-	17 271	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				d'enregistrement, y compris un système communautaire pour la notification des naissances et des décès											
		DSME +DPP	3.1.4	Mettre en place un système d'informatisation de l'enregistrement des naissances et des décès au niveau des communes				42 687	-	-	-	-	-	42 687	
		DSME +DPP	3.1.5	Coordonner et évaluer les projets des PTF impliquant la téléphonie mobile				6 580	6 580	6 580	6 580	6 580	6 580	39 480	
		DSME +DPP	3.1.6	Etendre la stratégie des relais communautaires et la téléphonie				420 123	-	-	-	-	-	420 123	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				mobile pour la notification des naissances et des décès											
		Cabinet MS +DPP +DSME	3.1.7	Mettre en place un observatoire de surveillance démographique				31 240	31 240	31 240	31 240	31 240	31 240	187 440	
ACTION 3.2 : Renforcement des capacités par la formation du personnel de santé à l'utilisation de la classification internationale des maladies (ICD)							-	40 960	-	-	-	-	-	40 960	
		DNSP + DPP	3.2.1	Organiser un atelier national de 50 participants de formation des formateurs pendant trois jours à l'utilisation de la classification internationale des maladies (ICD)				7 552	-	-	-	-	-	7 552	
		DNSP + DPP	3.2.3	Appuyer les 6 départements pour la démultiplication de la formation sur l'utilisation de				33 408	-	-	-	-	-	33 408	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				la classification internationale des maladies (ICD)											
OBJECTIFS 4 : Améliorer le suivi des résultats							0	35 739	45 538	30 969	45 538	8 507	80 634	246 925	
	Action 4.1: Amélioration du système de collecte des données, renforcement du SNIGS et harmonisation /alignement du système de collecte des données des programmes spécifiques						0	8 507	16 000	0	16 000	8 507	16 000	65 015	
		<i>DPP</i>					0	8 507	16 000	0	16 000	8 507	16 000	65 015	
			4.1.1	Organiser un atelier de 03 jours réunissant 50 acteurs de 3 niveaux de la pyramide sanitaire pour actualiser et valider les outils de collecte harmonisé intégrant les indicateurs des	Outils de collecte actualisé et validé	Rapports d'atelier de validation		8 507				8 507		17 015	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				programmes spécifiques											
			4.1.2	Imprimer tous les 02 ans les outils harmonisés et les mettre à la disposition des acteurs pour la collecte	Nombre de support de collecte imprimé	Bordereau de livraison			16 000		16 000		16 000	48 000	
	ACTION 4.2 : Mesure des progrès réalisés						0	27 232	29 538	30 969	29 538	0	64 634	181 911	
			4.2.1	Organiser des ateliers périodiques de formation/recyclage de 03 jours des agents des structures du secteur privé et	Nre de PF outillés	Rapports de formation			19 935		19 935		19 935	59 805	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				des ONG sur le processus de suivi évaluation et le reporting											
			4.2.2	Organiser une session de 05 jours de formation de 20 cadres du niveau national sur les analyses de progrès et de performance y compris les analyses d'équité	Nombre de personnes formées	Rapports de formation		5 288						5 288	
			4.2.3	Former en moyenne 20 personnes par département pendant 03 jours sur la production du Rapport des Progrès	Nombre de personnes formées	Rapports de formation			9 603		9 603		9 603	28 809	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			4.2.4	Réaliser une enquête ménage légère intégrant les interventions SMI		Résultat de l'enquête		21 944		21 944			21 944	65 831	
			4.2.5	Faire une évaluation à mi parcours du Plan de Suivi Evaluation y compris les indicateurs traceurs						9 025				9 025	
			4.2.6	Faire une évaluation finale du Plan de Suivi Evaluation y compris les indicateurs traceurs	Evaluation réalisée	Plan réaliser							13 152	13 152	
	DPP		4.2.7	Tenir deux séances par an du CNEEP (élargi au PTF & OSC, etc.) pour le suivi des actions inscrites au PNDS	Nombre de séance tenue par an	Compte rendu de séance		5 062	5 062	5 062	5 062	5 062	5 062	30 371	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
OBJECTIF 5 : Mettre à l'échelle nationale la stratégie de revue du décès maternel et néonatal et l'évaluation de la qualité des soins							-	221 087	152 174	106 085	152 174	106 085	152 174	889 779	
	Action5.1: Mobilisation des décideurs politiques et sanitaires pour une politique nationale requérant la notification obligatoire des décès maternel dans les 24h						-	72 623	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	322 623	
			5.1.1	Faire un plaidoyer auprès des décideurs politiques et sanitaires pour une politique nationale requérant la notification obligatoire des décès maternel dans les 24h				22 623						22 623	
			5.1.2	Prendre un arrêté ministériel pour la notification obligatoire dans les 24h des décès maternel et néonatal en s'appuyant sur le				-						0	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				système de surveillance intégrée des maladies et riposte											
			5.1.3	Appuyer le système de surveillance intégrée des maladies et riposte pour la mise en œuvre de la notification des décès maternel et néonatal				50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	300 000	
	Action 5.2: Renforcement des capacités des acteurs publics, privés et communautaires pour la revue des décès maternel et néonatal						-	148 465	102 174	56 085	102 174	56 085	102 174	567 156	
		DSME	5.2.1	Elaborer et valider des directives nationales et des modules de formation pour les audits/revues des décès maternels au niveau	Documents de directives et modules de formation disponibles	Rapport de validation		21 753						21 753	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				communautaire et des établissements de santé publics et privés											
			5.2.2	Editer et disséminer les directives nationales et des modules de formation pour les audits/revues des décès maternels au niveau communautaire et des établissements de santé publics et privés	de zones sanitaires couvertes par la dissémination	Rapport de dissémination		11 762						11 762	
			5.2.3	Organiser des formations pour le renforcement des audits/revues des décès maternels au niveau communautaire et des établissements	de structures sanitaires (publiques, privées et communautaires) couvertes par la formation	Rapport de formation			46 089		46 089		46 089	138 266	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				de santé publics et privés											
			5.2.4	Renforcer les capacités des hôpitaux pour la notification des décès maternels et les causes de décès, y compris une formation à l'utilisation de la Classification Internationale des Maladies (ICD)	d'hôpitaux (publics et privés) renforcés	Rapport d'activités		41 593						41 593	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			5.2.5	Intégrer au plan annuel de travail des zones sanitaires l'organisation des activités des audits/revues des décès maternels et l'approche qualité des soins	de zones sanitaires ayant intégré les audits / revues des décès maternels et l'approche qualité des soins dans leur PTA, PCC ET PPM	PTA, PCC ET PPM des zones sanitaires								0	
			5.2.6	Créer un cadre de dissémination des résultats d'audit des décès maternels en fonction des cibles.	Acte création du cadre de dissémination	Archives du SG/MS		18 660	18 660	18 660	18 660	18 660	18 660	111 960	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		DSME, DNEHS	5.2.7	Réaliser annuellement des évaluations sur la qualité des soins et faire le lien avec les revues des décès et la qualité des soins	Evaluations sur la qualité des soins et faire le lien avec les revues des décès et la qualité des soins réalisés	Rapport d'évaluation		17 271						17 271	
			5.2.8	Documenter et disséminer les résultats et leçons apprises des audits des décès maternels et néo-natals	des structures partenaires (publiques, privées et communautaires)	Rapport de dissémination		-	-	-	-	-	-	0	
			5.2.9	Organiser des sessions de concertation du réseau des hôpitaux pour la dissémination des rapports d'étude.	Nombre de sessions organisées	Rapport de session		22 725	22 725	22 725	22 725	22 725	22 725	136 350	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			5.2.10	Etendre l'approche qualité des soins sur toutes les zones sanitaires.	de zones sanitaires couvertes appliquant l'approche qualité des soins	Rapport de supervision		14 700	14 700	14 700	14 700	14 700	14 700	88 200	
OBJECTIF 6 : Améliorer le suivi des ressources							0	79 293	66 363	20 132	75 355	32 934	75 355	349 433	
	Action 6.1: Elaboration des outils de suivi des ressources publiques						0	21 794	19 463	0	28 455	12 802	28 455	110 969	
			6.1.1	Organiser un atelier de 3 jours, d'harmonisation des outils, mécanisme de collecte des données sur les dépenses et les Produits/intrants de santé pour 35 participants	Outils des dépenses/prod uits santé disponibles	Rapport d'atelier			6 509		6 509		6 509	19 528	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			6.1.2	Valider les données sur les dépenses et les produits/ intrants de santé (médicaments, sang, réactifs, MIILD, contraceptifs...)	Données des dépenses/prod uits santé validées	Rapport des dépenses/produ its santé disponibles		4 976						4 976	
			6.1.3	Réaliser les revues de dépenses publiques	Documents élaborés			21 794			21 794		21 794	65 381	
			6.1.4	Elaborer les enquêtes de suivi des ressources publiques	Documents élaborés				12 802			12 802		25 603	
			6.1.5	Elaborer régulièrement le suivi des ressources publiques de SMI avec l'outil GET	Rapport sur les dépenses publiques en SMI				6 662		6 662		6 662	19 985	
	Action 6.2: Renforcement des Comptes Nationaux de la Santé						0	45 278	33 146	12 887	33 146	12 887	33 146	170 491	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			6.2.1	Organiser deux (02) ateliers de 05 jours pour le renforcement des capacités réunissant 30 acteurs du niveau central et du niveau département sur la version 2011 des CNS et aux sous comptes SMNI	Nombre d'acteurs formés	Rapport de l'atelier		15 827						15 827	
			6.2.2	Réaliser et valider la nomenclature des activités du PNDS	Nomenclature disponible			5 992						5 992	
			6.2.3	Collecter chaque année les données sur les dépenses et les produits/ intrants de santé (médicaments, sang, réactifs, MIILD, contraceptifs...)	Données des dépenses/produits santé validées	Rapport des dépenses/produits santé disponibles		4 359	4 359	4 359	4 359	4 359	4 359	26 153	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			6.2.4	Collecter annuellement les données du secteur public suivant la nomenclature élaborée				8 528	8 528	8 528	8 528	8 528	8 528	51 171	
			6.2.5	Contribuer à la production des CNS 2011 couplé des Sous comptes Santé Mère Enfant	Rapport des CNS			8 163						8 163	
			6.2.6	Organiser un atelier de 02 jours réunissant 20 acteurs du niveau national pour l'élaboration d'un plan d'institutionnalisation des CNS y compris les sous-comptes de la SMI		Rapport de l'atelier		2 409						2 409	
			6.2.7	Produire tous les deux ans les CNS couplé de Sous comptes	Rapport des CNS				20 259		20 259		20 259	60 776	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
	Action 6.3: Production des rapports d'analyse financière permettant une meilleure prise de décision						0	7 245	7 245	7 245	7 245	7 245	7 245	43 470	
			6.3.1	Organiser chaque année 2 sessions de renforcement de capacités pour l'amélioration des analyses d'allocation des ressources et des estimations des dépenses (basées sur une méthodologie standard) et préparer un rapport pour utilisation lors de la revue annuelle du secteur de santé				566	566	566	566	566	566	3 396	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
			6.3.2	Produire annuellement les rapports d'analyses des séries temporelles qui comprennent les analyses d'équité, d'efficacité, d'analyse de budget et qui sont publics et soit systématiquement utilisés pour la prise de décision.				6 679	6 679	6 679	6 679	6 679	6 679	40 074	
			6.3.3	Diffuser systématiquement les données et rapports disponibles ainsi que les méthodes sur le site internet du Ministère de la santé				0	0	0	0	0	0	0	
OBJECTIF 7 : Améliorer le système actuel de revue et action dans le secteur							-	102 332	80 182	94 682	80 182	80 182	94 682	532 240	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
	Action 7.1: Amélioration du processus d organisation et de participation des revues						-	18 168	18 168	18 168	18 168	18 168	18 168	109 005	
		DPP	7.1.1	Mettre en place un comité/ sous comités technique conjoint de préparation des revues sous sectorielles / sectorielles de la santé (public, privé, OSC et PTF)	Acte pris pour l'institutionnali sation	Archives du SG/MS								0	
		DPP	7.1.2	Organiser un atelier de concertation sur la planification et l'organisation des revues du secteur de la santé	Chronogramme et objectifs et indicateurs des revues sectorielles définis	Rapport d'atelier		8 255	8 255	8 255	8 255	8 255	8 255	49 530	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		DPP	7.1.3	Apporter un appui technique à l'organisation et la documentation des différentes revues thématiques et sous sectorielles de la santé	Nombre de structures appuyées	Rapport d'activité		9 913	9 913	9 913	9 913	9 913	9 913	59 475	
	Action 7.2: Aligner les revues de la SMNI et des revues des programmes spécifiques et revue thématique avec la revue annuelle du secteur						-	73 724	59 224	73 724	59 224	59 224	73 724	398 844	
			7.2.1	Instituer l'organisation des revues annuelles des projets/programmes, Agences, Directions du ministère et des revues thématiques	Acte pris pour l'institutionnalisation	Archives du SG/MS		-						0	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT	
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)			
			7.2.2	Organiser en deux sessions un atelier de 50 personnes de renforcement des capacités des programmes/projets et directions sur l'organisation des revues de performance et la définition/identification des indicateurs clés	Projet des indicateurs de performance des structures disponibles	Rapport d'atelier		14 500		14 500				14 500	43 500	
			7.2.3	Editer et disséminer les résultats des revues à toutes les parties prenantes (OSC, ANCB, les grandes entreprises, partenaires	de structures partenaires couvertes par la dissémination	Rapport de dissémination		59 224	59 224	59 224	59 224	59 224	59 224	59 224	355 344	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
				sociaux, secteur privé, ordres et association, les autres ministères, PTF, structures secteurs santé)											
	Action 7.3: Mettre en place une plateforme nationale de dialogue politique dans le secteur de la santé (Country health Policy dialog process Portal [CHPP])						-	10 441	2 790	2 790	2 790	2 790	2 790	24 391	
		Cabinet MS	7.3.1	Recruter un consultant pour l'élaboration d'une plateforme nationale de dialogue politique	Document de plateforme élaboré	Rapport de consultation		3 611						3 611	
		Cabinet MS	7.3.2	Organiser un atelier de validation du document de plateforme nationale de dialogue politique	Document de plateforme validé	Rapport de validation		6 830						6 830	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		Cabinet MS	7.3.3	Organiser une session annuelle de la plateforme nationale de dialogue politique	Nombre de structures ayant participé	Rapport de session			2 790	2 790	2 790	2 790	2 790	13 950	
OBJECTIF 8 : Renforcer le plaidoyer et sensibilisation des acteurs							-	22 032	11 171	22 032	11 171	11 171	22 032	99 608	
	Action 8.1: Mobiliser les engagements pour atteindre les OMD 4, 5 et 6 à travers l'organisation d'un Compte à rebours national														
	Action 8.2: Communication du secteur santé basée sur les résultats de la revue						-	22 032	11 171	22 032	11 171	11 171	22 032	99 608	
		Cabinet MS	8.2.1	Elaborer /actualiser et valider un plan de communication du secteur santé basé sur les résultats de la revue	Plan de communication disponible	Rapport de validation		10 861		10 861			10 861	32 582	

PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION ET REVUE DU PNDS 2009-2018

OBJECTIFS	ACTIONS	RESPONSABLES	N° d'ordre	ACTIVITES	Indicateurs Objectivement Vérifiables	SOURCES DE VERIFICATION	COUTS ANNUELS							COUT TOTAL (En milliers)	SOURCES DE FINANCEMENT
							2012 (En milliers)	2013 (En milliers)	2014 (En milliers)	2015 (En milliers)	2016 (En milliers)	2017 (En milliers)	2018 (En milliers)		
		Cabinet MS	8.2.2	Organiser un atelier d'élaboration des messages et outils de communication du secteur santé basé sur les résultats de la revue	Messages et outils disponibles	Rapport de l'atelier		4 721	4 721	4 721	4 721	4 721	4 721	28 326	
		Cabinet MS	8.2.3	Mettre en œuvre le plan de communication du secteur de la santé basé sur les résultats de la revue	de diffusion des émissions radio, TV sur les défis de santé issus de la revue	Rapport d'activités des chaînes radio, TV		6 450	6 450	6 450	6 450	6 450	6 450	38 700	

CONDITIONS DE SUCCES DU PSER

La réussite de la mise en œuvre du Plan de Suivi Evaluation et Revue du PNDS passe nécessairement par un certain nombre de conditions qui doivent être réunies. Il s'agit de :

- ✓ Une gouvernance et un leadership affichés des décideurs du secteur de la santé
- ✓ L'appropriation de ce plan par chaque acteur reste le gage pour sa réussite et permettra l'atteinte des objectifs du PNDS 2009-2018
- ✓ Une adhésion de tous les acteurs dans la mise en œuvre du Plan de Suivi Evaluation et Revue du PNDS ;
- ✓ Une coordination intra et intersectorielle organisée,
- ✓ Une mise en œuvre effective du Plan de suivi évaluation et revue du PNDS
- ✓ La mobilisation effective des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du Plan de Suivi Evaluation et Revue du PNDS ;
- ✓ La résolution de tous les problèmes révélés par le diagnostic du système actuel ;

CONCLUSION

Le Plan de Suivi Evaluation et Revue (PSER) du PNDS 2009-2018 tire son fondement du large processus participatif de son élaboration. Le PSER du PNDS 2009-2018 est un véritable outil opérationnel d'orientation pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2009-2018. Il procède de l'inventaire de l'ensemble des mécanismes de suivi évaluation actuellement en cours dans le secteur. Tout en y apportant une amélioration, il s'appuie sur ceux-ci et prend en compte les indicateurs essentiels liés aux domaines et programmes du PNDS et couvre tous les indicateurs des OMD liés à la santé. A cet effet, il représente le cadre fédérateur des processus, des méthodes et des outils à utiliser pour le suivi et l'évaluation des performances du système de santé par rapport aux objectifs du PNDS dans le but d'améliorer l'état de santé de la population béninoise.

Le consensus qui a caractérisé son élaboration et sa validation constitue un atout majeur pour le succès de sa mise en œuvre.

Toutefois, des dispositions nécessaires devront être prises par les autorités à divers niveaux de la pyramide sanitaire pour réunir les conditions de succès inventoriées, gage de l'amélioration de l'état de santé de la population à travers la mise en œuvre efficiente du PNDS.

ANNEXES

Annexe 1 : FICHES TECHNIQUES DES INDICATEURS

FICHE TECHNIQUE DES INDICATEURS

PROGRAMME 1 : PROMOTION DE L'HYGIENE ET DE L'ASSAINISSEMENT DE BASE

Indicateur N°1	Proportion de ménages utilisant les latrines améliorées
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre de ménages utilisant les latrines améliorées par rapport au nombre total de ménages
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre total de ménages enquêtés utilisant les latrines améliorées)*100 Dénominateur: Nombre total de ménages enquêtés
Utilité	Permet de mesurer l'efficacité des différentes actions menées en direction de la population par les différents programmes de promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base
Méthode de collecte	Enquête auprès des ménages.
Sources de données	RGPH, EDS, EMICOV, Monitoring & enquêtes spécifiques du secteur
Niveau de mesure	Village, Arrondissement, Commune, Zone sanitaire, Département, Nation
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	Les déclarations des enquêtés peuvent être source de biais, Autres difficultés liées aux enquêtes ménages, Difficultés de mobilisation de ressources,
Responsable de la mesure	DPP, DNSP et INSAE
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (EDS2006)	37
Cible PNDS (2018)	91

Indicateur N°2	Proportion de ménages utilisant de l'eau potable
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre de ménages utilisant l'eau potable au moins pour la boisson par rapport au nombre total de ménages
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre total de ménages enquêtés utilisant l'eau potable au moins pour la boisson)*100 Dénominateur: Nombre total de ménages enquêtés
Utilité	Permet de mesurer l'efficacité des programmes de promotion de l'utilisation l'eau potable

Méthode de collecte	Enquête auprès des ménages.
Sources de données	RGPH, EDS, EMICOV, Monitoring
Niveau de mesure	Village, Arrondissement, Commune, Zone sanitaire, département, nation
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	Les déclarations des enquêtés peuvent être source de biais, Autres difficultés liées aux enquêtes ménages, Niveau de représentativité Difficultés de mobilisation de ressources,
Responsable de la mesure	DPP, DNSP et INSAE
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base	66
Cible PNDS (2018)	78

Indicateur N°3	Taux de mortalité maternelle
Types d'indicateur	Impact
Définition	Nombre de décès de femmes pour causes de complications de la grossesse, d'accouchement et des suites de couche (jusqu'à 42 jours après) et/ou d'interruption de la grossesse au cours d'une période par rapport aux naissances vivantes.
Mesure	Pour cent mille naissances vivantes
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre total de décès maternels)*100 000 Dénominateur: Nombre de Naissances vivantes
Utilité	Permet d'apprécier la qualité des interventions obstétricales et néonatales
Méthode de collecte	Collecte suivant le système routinier d'informations sanitaires ou au besoin, procéder à une recherche documentaire au niveau des FS. Enquête auprès des ménages
Sources de données	SNIGS, EDS, RGPH, Enquêtes spécifiques du secteur
Niveau de mesure	Arrondissement, commune, Zone sanitaire, département, nation
Périodicité de collecte	Annuelle, Quinquennale ou décennale
Limites et difficultés	Certaines informations pourraient échapper aux FS, du fait des décès non déclarés enregistrés dans les ménages, La qualité de l'indicateur dépend de la qualité de remplissage des registres de consultation et d'hospitalisation Difficulté de mesure au niveau ménage par défaut de diagnostic. Les déclarations des ménages sont des sources potentielles de biais.
Responsable de la	DPP, DSME & INSAE

mesure	
Norme/Objectif de référence (OMD 2015)	125 pour cent mille Naissances Vivantes
Valeur de base (EDS 2006)	397 pour cent mille Naissances Vivantes
Cible PNDS (2018)	125 pour cent mille Naissances Vivantes

Indicateur N°4	Taux de CPN 4
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre de femmes en état de grossesse ayant effectué au moins quatre CPN selon la norme avant l'accouchement par rapport au nombre total de femmes enceintes au cours de la période
Mesure	pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPN selon la norme) x 100 Dénominateur: Nombre total de grossesses attendues
Utilité	Contribue à mesurer l'efficacité des interventions de promotion de la CPN
Méthode de collecte	Collecte suivant le système routinier d'informations sanitaires ou au besoin, procéder à une recherche documentaire au niveau des FS. Enquête auprès des ménages
Sources de données	SNIGS, EDS
Niveau de mesure	Arrondissement, Commune, Zone sanitaire, département, national
Périodicité de collecte	Mensuel, trimestriel, semestriel, annuel
Limites et difficultés	La qualité de l'indicateur dépend de la qualité de remplissage des registres de consultation et d'hospitalisation
Responsable de la mesure	DPP, DSME & INSAE
Norme/Objectif de référence	80
Valeur de base (EDS 2006)	61
Cible PNDS (2018)	80

Indicateur N° 5	Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié par rapport au nombre total de grossesses attendues
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié)*100

	Dénominateur: Nombre total de grossesses attendues
Utilité	Permet de mesurer la qualité de prise en charge des accouchements
Méthode de collecte	Collecte suivant le système routinier d'informations sanitaires ou au besoin, procéder à une recherche documentaire au niveau des FS, Enquête auprès des ménages
Sources de données	EDS, SNIGS, Monitoring
Niveau de mesure	Arrondissement, commune, Zone sanitaire, département, nation
Périodicité de collecte	semestrielle, Annuelle, quinquennal
Limites et difficultés	La qualité de l'indicateur dépend aussi de la qualité de remplissage des registres de consultation et d'hospitalisation, Les déclarations des ménages sont des sources potentielles de biais.
Responsable de la mesure	DPP, DSME & INSAE
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (EDS 2006)	78
Cible PNDS (2018)	90

Indicateur N° 6	Taux de mortalité infantile
Types d'indicateur	Impact
Définition	Nombre de décès d'enfants enregistrés dans la population des enfants de moins d'un an au cours de la période de référence
Mesure	Pour mille
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre total de décès d'enfants âgés de moins d'un an)*1000 Dénominateur: Nombre total d'enfants âgés de moins d'un an
Utilité	Permet d'apprécier la qualité des interventions en direction des enfants de moins d'un an
Méthode de collecte	Collecte suivant le système routinier d'informations sanitaires ou au besoin, procéder à une recherche documentaire au niveau des FS, Enquête auprès des ménages
Sources de données	EDS, SNIGS, Enquêtes spécifiques, RGPH
Niveau de mesure	Arrondissement, commune, Zone sanitaire, département, nation
Périodicité de collecte	Annuelle, quinquennale, décennale

Limites et difficultés	Le principal biais ici réside dans le fait que certaines informations échappent aux hôpitaux du fait des décès d'enfants enregistrés dans les ménages après l'hôpital. La qualité de l'indicateur dépend aussi de la qualité de remplissage des registres de consultation et d'hospitalisation, Les déclarations des ménages sont des sources potentielles de biais.
Responsable de la mesure	DPP, DSME, INSAE
Norme/Objectif de référence	39‰
Valeur de base (EDS 2006)	67‰
Cible PNDS (2018)	39‰

Indicateur N°7	Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7
Types d'indicateur	Extrant
Définition	Nombre de formations sanitaires qui disposent du plateau technique permettant la prise en charge des complications obstétricales et néonatales d'urgence 24h/24 et 7j/7 par rapport au nombre total de formations sanitaires SONU existant
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre de formations sanitaires offrant les services SONU 24h sur 24 et 7j sur 7) * 100 Dénominateur: Nombre total de formations sanitaires offrant les SONU existant
Utilité	Permet de mesurer la disponibilité de l'offre des SONU
Méthode de collecte	Collecte suivant le système routinier d'informations sanitaires ou au besoin, procéder à une recherche documentaire au niveau des FS,
Sources de données	Registre SONU, Registre d'admission, etc
Niveau de mesure	Arrondissement, Commune, Zone sanitaire, Département, Nation
Périodicité de collecte	Mensuelle, Semestrielle, Annuelle, Quinquennale
Limites et difficultés	Qualité de remplissage des registres et supports de données, Mobilisation des ressources pour l'extension de la stratégie
Responsable de la mesure	DPP, DSME
Norme/Objectif de référence (2018)	50
Valeur de base (2010)	7
Cible PNDS (2018)	50

Indicateur N° 8	Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vaccinés
Types d'indicateur	Extrant
Définition	Nombre d'enfants cibles complètement vaccinés aux différents antigènes du PEV avant leur premier anniversaire par rapport au nombre d'enfants de moins d'un an
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre d'enfants cibles complètement vaccinés aux différents antigènes du PEV)*100 Dénominateur: Nombre d'enfants de moins d'un an
Utilité	Permet d'apprécier l'efficacité des interventions en matière de vaccination des enfants de moins d'un an
Méthode de collecte	Collecte suivant le système routinier d'informations sanitaires ou au besoin, procéder à une recherche documentaire au niveau des FS,
Sources de données	SNIGS, EDS, Monitoring
Niveau de mesure	Arrondissement, Aire sanitaire, Commune, Zone sanitaire, Département, Nation
Périodicité de collecte	Semestrielle, annuelle, quinquennale
Limites et difficultés	Mouvements migratoires, refus, Risque de d'inclusion des hors cibles
Responsable de la mesure	ANV-SSP
Norme/Objectif de référence	>=80
Valeur de base (2006)	47
Cible PNDS (2018)	80

Programme3 : Lutte contre la maladie

Indicateur N°9	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre de cas d'infection au VIH enregistrés dans la population des femmes enceintes
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives au cours de l'enquête)*100 Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes enquêtés
Utilité	Permet de mesurer d'une part la propagation du VIH au sein des femmes enceintes et d'autre part l'effort de prévention à l'infection au VIH au sein de cette même couche
Méthode de collecte	Collecte suivant le système de sui-évaluation du PNLS (Enquête sérosurveillance et autres)
Sources de données	PNLS.

Niveau de mesure	Commune, ZS, Département, Nation
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	La qualité du réactif peut constituer une source de biais
Responsable de la mesure	DPP, PNLS
Norme/Objectif de référence	< 2
Valeur de base (2008)	1,8
Cible PNDS (2018)	< 2

Indicateur N°10	Prévalence du VIH chez les jeunes & adolescents
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre de cas d'infection au VIH enregistrés dans la population des jeunes & adolescents
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre de jeunes et adolescents dépistés séropositifs au cours de l'enquête)*100 Dénominateur: Nombre total de jeunes et adolescents enquêtés
Utilité	Permet de mesurer la propagation du VIH au sein des jeunes et adolescents
Méthode de collecte	Collecte suivant le système de suivi-évaluation du PNLS (Enquête sérosurveillance et autres)
Sources de données	EDS, ESDG
Niveau de mesure	Commune, ZS, Département, Nation
Périodicité de collecte	Biennal, quinquennal
Limites et difficultés	La qualité du réactif peut constituer une source de biais
Responsable de la mesure	PNLS, INSAE
Norme/Objectif de référence	<0,2
Valeur de base (ESDG 2008)	0,2
Cible PNDS (2018)	< 0,2

Indicateur N°11	Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre d'enfants séropositifs nés de mères séropositives
Mesure	Pourcentage

Mode de calcul	La transmission α du VIH de la mère à l'enfant dans la population en général dépend des éléments ci-après : - T : proportion de femmes enceintes infectées par le VIH à qui l'on dispense un traitement antirétroviral. - μ : taux de transmission en l'absence de tout traitement - e : efficacité du traitement α est alors déterminé par la formule : $\alpha = T*(1-e) + (1-T)*\mu$
Utilité	Permet d'apprécier l'efficacité du traitement de la PTME selon les normes nationales
Méthode de collecte	Enquête spécifique sur la PTME
Sources de données	Rapport de l'Enquête spécifique sur la PTME
Niveau de mesure	National
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	La qualité du réactif peut constituer une source de biais
Responsable de la mesure	PNLS
Norme/Objectif de référence	<5
Valeur de base (Rapport annuel PNLIS 2008)	14
Cible PNDS (2018)	<5

Indicateur N°12	Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre de décès par paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires par rapport au nombre total de cas de paludisme grave enregistrés dans les formations sanitaires
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur : (Nombre de décès des enfants de moins de 5 ans dus au paludisme grave dans les formations sanitaires)*100 Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans enregistrés pour le paludisme grave dans les formations sanitaires
Utilité	Permet d'apprécier la qualité de la prise en charge du paludisme grave dans les formations sanitaires
Méthode de collecte	Dépouillement de supports de données dans les formations sanitaires, Enquêtes spécifiques
Sources de données	Rapport mensuel d'activité des Formations sanitaires
Niveau de mesure	National

Périodicité de collecte	Mensuel, Trimestriel, Semestriel sanitaires Fiabilité des données des Disponibilité des données à bonne date Sous représentation des FS privées dans le SNIGS
Responsable de la mesure	PNLP, DPP & INSAE
Norme/Objectif de référence	0
Valeur de base (SNIGS 2009)	1,37
Cible PNDS (2018)	0,61

Indicateur N°13	Taux d'incidence du paludisme
Types d'indicateur	Effet
Définition	Nombre de nouveaux cas de paludisme par rapport à la population au cours d'une période donnée
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur : (Nombre de nouveaux cas de paludisme au cours d'une période donnée)*100 Dénominateur : Population totale
Utilité	Permet d'apprécier l'ampleur du paludisme dans la population Permet d'apprécier l'efficacité des interventions de prévention
Méthode de collecte	Collecte suivant le système routinier d'informations sanitaires ou au besoin, procéder à une recherche documentaire au niveau des FS, Enquêtes spécifiques du secteur
Sources de données	SNIGS, EDS
Niveau de mesure	Village, Arrondissement, Aire sanitaire, Commune, Zone sanitaire, Département, Nation
Périodicité de collecte	Mensuel, Trimestriel, Semestriel, Annuel
Limites et difficultés	Sous représentation des FS privées dans le SNIGS
Responsable de la mesure	PNLP, DPP
Norme/Objectif de référence	5
Valeur de base (SNIGS 2008)	14,3
Cible PNDS (2018)	5

Indicateur N°14	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête
Types d'indicateur	Extrant
Définition	Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la veille de l'enquête par rapport au nombre total de femmes enceintes de l'échantillon
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la veille de l'enquête x 100 Dénominateur: nombre total de femmes enceintes de l'échantillon
Utilité	Permet d'apprécier le niveau d'utilisation des MIILD dans les ménages
Méthode de collecte	Enquête ménage (MIS), Collecte de routine
Sources de données	Rapport d'enquête MIS, SNIGS, EDS
Niveau de mesure	Village, Arrondissement, Aire sanitaire, Commune, Zone sanitaire, Département, Nation
Périodicité de collecte	Mensuel, Trimestriel, Semestriel, Annuel
Limites et difficultés	
Responsable de la mesure	PNLP, DPP & INSAE
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (MIS 2008)	54,8
Cible PNDIS (2018)	95

Indicateur N°15	Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+
Type d'indicateur	Extrant
Définition	Nombre de nouveaux cas d'une cohorte de patients TB enregistrés 1 an auparavant qui ont été déclarés guéris avec évidence bactériologique et ceux déclarés traitement terminé sans évidence bactériologique à la fin du traitement par rapport au nombre total de nouveaux cas enregistrés au cours de la même période
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur : (Nombre de nouveaux cas TPM+ d'une cohorte, enregistrés un an auparavant déclarés guéris + ceux déclarés traitement terminé)*100 Dénominateur : Nombre total de nouveaux cas TPM+ de la même cohorte, mis sous traitement 1 an auparavant
Utilité	Permet d'apprécier la qualité de PEC des cas de tuberculose TPM+ dans les structures de prise en charge.

Méthode de collecte	Collecte des données de routine à partir du système de surveillance des cas de tuberculose
Sources de données	Rapport trimestriel de cohorte des nouveaux cas TPM+, Registré TB, Cartes de traitement des malades
Niveau de mesure	Niveau Opérationnel*, Départemental, National
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	L'irrégularité au traitement observé chez certains patients tuberculeux influence beaucoup le niveau de cet indicateur et mérite une attention particulière de la part des acteurs de lutte antituberculeuse pour maintenir la performance actuelle.
Responsable de la mesure	PNT
Norme/Objectif de référence (OMS)	85 à l'horizon 2015
Valeur de base (Rapport annuel PNT 2007)	87
Cible PNDS (2018)	87

Indicateur N°16	Taux de couverture thérapeutique du TDM contre les MTN
Type d'indicateur	Extrant
Définition	Nombre de personnes traitées dans une zone endémique parmi la population de la zone pendant une année
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Population traitée dans une zone endémique par an)*100
	Dénominateur: Population totale de la zone endémique
Utilité	Permet de maintenir les acquis dans la lutte contre les MTN
Méthode de collecte	Dépouillement et acheminement des supports de collecte du TDM du village par les relais jusqu'au niveau central
Sources de données	FS, PNLMT
Niveau de mesure	Village, Arrondissement, commune, département et nation
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	La non exhaustivité de la couverture en TDM biaise les résultats de l'indicateur
Responsable de la mesure	DPP, PNLMT
Norme/Objectif de référence	85
Valeur de base (Rapport PNLMT 2010)	83
Cible PNDS (2018)	85

Indicateur N°17	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole
Type d'indicateur	Extrant
Définition	Nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée dépistés et pris en charge selon le protocole rapporté aux enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée dépistés
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée dépistés et pris en charge selon le protocole)*100
	Dénominateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée dépistés
Utilité	Permet de mesurer l'efficacité dans la prise en charge des cas de malnutrition modérée dépistée
Méthode de collecte	Collecte des données de routine à partir du système d'information sanitaire Enquêtes spécifiques
Sources de données	Monitoring, SNIGS
Niveau de mesure	Village, Arrondissement, commune, département et nation
Périodicité de collecte	Semestrielle, annuelle
Limites et difficultés	Absence de support de transmission de l'information
Responsable de la mesure	DPP, DSME
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (Rapport DSME 2010)	ND
Cible PNDS (2018)	100

PROGRAMME 4: DEVELOPPEMENT HOSPITALIER

Indicateur N°18	Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins
Type d'indicateur	Effet
Définition	Nombre d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins par rapport à l'ensemble des hôpitaux du territoire national
Mesure	pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins)*100
	Dénominateur: Nombre total d'hôpitaux au Bénin
Utilité	Permet d'apprécier l'effort fait pour le renforcement des capacités de prise en charge des hôpitaux

Méthode de collecte	Audit qualité
	Enquête de terrain
Sources de données	Rapport d'évaluation
Niveau de mesure	Département et Nation
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	
Responsable de la mesure	DPP, DNEHS
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base	ND
Cible PNDS (2018)	75

PROGRAMME 5: RENFORCEMENT DE LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES

Indicateur N°19	Taux de couverture des besoins en RHS
Type d'indicateur	Processus
Définition	Niveau de satisfaction des besoins en RHS dans le secteur de la santé
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre total de besoins en RHS satisfaits)*100
	Dénominateur: Nombre total des besoins recensés
Utilité	Permet d'apprécier le degré de satisfaction des besoins en RHS
	Permet une bonne planification des ressources humaines
Méthode de collecte	Recherche documentaire, enquête de terrain dans toutes les structures (administratives et de soins) de la pyramide sanitaire
Sources de données	Fichier du personnel, Rapports d'activité DRH, SNIGS
Niveau de mesure	ZS, Départemental, National,
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	Non maîtrise des données en RH du secteur privé
Responsable de la mesure	DRH, DPP, DDS, ZS
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (2010)	64,33
Cible PNDS (2018)	100

Indicateur N°20	Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation
Type d'indicateur	Effet
Définition	Nombre d'agents évalués répondant aux critères de performance définis dans le guide d'évaluation de la performance des RHS par rapport au nombre total d'agents évalués
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre total de personnel évalué performant conformément au guide d'évaluation de la performance)*100 Dénominateur: Total de personnel évalués
Utilité	Permet d'apprécier la performance des agents du secteur de la santé
Méthode de collecte	Enquête de terrain, Observation par les paires
Sources de données	Rapport DRH, DDS, ZS
Niveau de mesure	National, Départemental, ZS
Périodicité de collecte	Semestrielle, Annuelle
Limites et difficultés	
Responsable de la mesure	DPP, DRH, DDS, ZS
Norme/Objectif de référence	90
Valeur de base	ND
Cible PNDS (2018)	90

PROGRAMME8 : RENFORCEMENT DU PARTENARIAT ENTRE LES ACTEURS

Indicateur N°21	Nombre de conventions spécifiques signés entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé
Type d'indicateur	Intrant
Définition	Nombre total de conventions de collaboration signées entre le MS et les autres ministères (Service de Santé des Armées, Education Nationale, Travail, Intérieur, Environnement, Justice, Travaux Publics, Finances, Mines, énergie et eau, Affaires Etrangères, Communication, etc.) déterminant clairement les mécanismes de partenariat pour l'atteinte des objectifs nationaux de santé.
Mesure	Nombre
Mode de calcul	Dénombrement
Utilité	Permet d'apprécier le niveau de collaboration entre le MS et les différents ministères en vue d'une synergie des actions liées à la santé des populations du Bénin.
Méthode de collecte	Revue documentaire au niveau du SGM

Sources de données	Service de la documentation
Niveau de mesure	Niveau central
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	Faiblesse de la gestion de l'archivage
Responsable de la mesure	SGM
Norme/Objectif de référence	
Valeur de base (2011)	0
Cible PNDS (2018)	

PROGRAMME 9 : PROMOTION DE L'ETHIQUE ET DE LA RESPONSABILITE MEDICALE

Indicateur N°22	Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée
Type d'indicateur	Extrant
Définition	Nombre de formations sanitaires privées qui respectent les conditions d'exercice en clientèle privée par rapport à toutes les formations sanitaires privées recensées au Bénin
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre total de formations sanitaires privées qui respectent les conditions d'exercice en clientèle privée)*100
	Dénominateur: Total des formations sanitaires privées recensées au Bénin
Utilité	Permet d'apprécier le degré du respect des conditions d'exercice en clientèle privée par les formations sanitaires privées
Méthode de collecte	Enquête spécifique et recherche documentaire
Sources de données	DNSP, DPP, Formations sanitaires privées
Niveau de mesure	Commune, ZS, département, nation
Périodicité de collecte	Annuelle
Limites et difficultés	
Responsable de la mesure	DNSP, DPP
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (2009)	38
Cible PNDS (2018)	80

PROGRAMME10 : AMELIORATION DU MECANISME DE FINANCEMENT DU SECTEUR

Indicateur N°23	Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (Obligatoire ou volontaire)
Type d'indicateur	Effet
Définition	Nombre de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale par rapport au nombre total de ménages
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (Assurance maladie, Mutuelle de santé...) x100
	Dénominateur: Nombre total de ménages
Utilité	Permet d'apprécier la couverture des ménages par un système de protection sociale
Méthode de collecte	Rapports d'activités des structures de protection sociale, Enquête Nationale
Sources de données	Registres RAMU, Enquêtes Ménages INSAE
Niveau de mesure	Département, nation, ZS
Périodicité de collecte	Annuel
Limites et difficultés	
Responsable de la mesure	DPP, DNSP, SGM, INSAE
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (2011)	ND
Cible PNDS (2018)	100

Indicateur N°24	Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS.
Type d'indicateur	Extrant
Définition	Ressources mobilisées pour le financement du PNDS au cours d'une année par rapport aux ressources totales budgétisées.
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Total des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PNDS pour une année donnée)*100
	Dénominateur: Total des ressources budgétisées du PNDS pour la même année
Utilité	Permet d'apprécier le niveau de mobilisation des ressources par les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PNDS
Méthode de collecte	Revue documentaire
Sources de données	DPP, DRFM
Niveau de mesure	ZS, Département, Nation
Périodicité de collecte	Annuel
Limites et difficultés	La difficulté de collecter l'information relative aux ressources extrabudgétaires directement dépensées par les PTF pour le financement du PNDS.
Responsable de la	DPP

mesure	
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (2009)	56,55
Cible PNDS (2018)	100

PROGRAMME 11 : RENFORCEMENT DE L'ASSISTANCE MEDICALE AUX PAUVRES, INDIGENTS ET COUCHES VULNERABLES

PROGRAMME 12 : RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL

Indicateur N°25	Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat
Type d'indicateur	Intrant
Définition	Part du budget du secteur de la santé par rapport au budget général de l'Etat
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Budget secteur santé) x 100 Dénominateur: Budget Général de l'Etat
Utilité	Permet d'apprécier l'effort du gouvernement à financer les actions de santé des populations.
Méthode de collecte	Revue documentaire
Sources de données	DPP, DRFM
Niveau de mesure	Nation
Périodicité de collecte	Annuel
Limites et difficultés	RAS
Responsable de la mesure	DPP
Norme/Objectif de référence	15
Valeur de base (2008)	7,23
Cible PNDS (2018)	15,0

PROGRAMME 13 : DEVELOPPEMENT DES ZONES SANITAIRES

Indicateur N°26	Taux de consommation base engagement du budget santé ()
Type d'indicateur	Extrant
Définition	Total des ressources budgétaires engagées au titre d'un exercice par rapport au budget alloué au Ministère de la Santé
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Total de ressources engagées dans le secteur) x 100
	Dénominateur: Total de crédit alloués
Utilité	Permet d'apprécier la capacité de consommation des ressources financières du Ministère de la Santé
Méthode de collecte	Revue documentaire
Sources de données	DPP, DRFM
Niveau de mesure	Nation
Périodicité de collecte	Annuel
Limites et difficultés	RAS
Responsable de la mesure	DPP
Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (2008)	59,63
Cible PNDS (2018)	95

Indicateur N°27	Nombre de zones sanitaires fonctionnelles avec les Paquets d'Interventions à Haut Impact.
Type d'indicateur	Extrant
Définition	Nombre de zones sanitaires fonctionnelles assurant de façon intégrée et continue les paquets d'interventions à haut impact parmi les zones sanitaires.
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (Nombre total de ZS fonctionnelles assurant de façon intégrée et continue les paquets d'intervention à haut impact)*100
	Dénominateur: nombre total de zones sanitaires
Utilité	Permet d'apprécier le degré de fonctionnalité des ZS
Méthode de collecte	Monitoring, Enquête d'évaluation
Sources de données	DPP, DNSP
Niveau de mesure	communes, ZS, Département, Nation
Périodicité de collecte	semestrielle
Limites et difficultés	RAS
Responsable de la mesure	EEZS, DDS, DNSP, DPP

Norme/Objectif de référence	100
Valeur de base (2011)	50
Cible PNDS (2018)	100

Indicateur N°28	Taux d'utilisation des soins curatifs
Type d'indicateur	Extrant
Définition	Le nombre de cas reçu en soins curatifs dans les formations sanitaires rapporté à la population générale
Mesure	Pourcentage
Mode de calcul	Numérateur: (nombre de cas reçu en soins curatifs dans les formations sanitaires)*100
	Dénominateur: Population totale
Utilité	Permet d'apprécier l'importance du recours des populations aux services de santé
Sources de l'information	SNIGS
Niveau de mesure	arrondissement, commune, Zone sanitaire, département, nation
Périodicité de collecte	Annuel
Limites et difficultés	RAS
Responsable de la mesure	EEZS, DDS, DPP
Norme/Objectif de référence	85
Valeur de base (2008)	45,1
Cible PNDS (2018)	80

Annexe 2. Rapport annuel sur les progrès et les performances dans le secteur de la santé : exemple d'ébauche

Résumé d'orientation

Chapitre 1 : Introduction

- Buts et objectifs de la stratégie sanitaire nationale
- Méthodologie d'élaboration du rapport sur les progrès et les performances et questions relatives à la qualité des données

Chapitre 2 : Mesure des performances dans le secteur de la santé

- Analyse des progrès et de l'évolution des indicateurs fondamentaux (à partir des valeurs initiales et des cibles correspondant aux indicateurs fondamentaux de la stratégie sanitaire nationale)
- L'argent a-t-il été dépensé comme prévu ? Les politiques ont-elles été modifiées ?
- La mise en œuvre se passe-t-elle comme prévu ?
- L'accès et le recours aux services se sont-ils améliorés ? La qualité des services s'est-elle améliorée ?
- La couverture par les interventions s'est-elle améliorée ? Les conduites à risque sont-elles plus rares ?
- Les résultats sanitaires et l'équité se sont-ils améliorés ? Les services répondent-ils aux besoins des usagers ? Les gens sont-ils protégés des risques financiers ? La prestation de services est-elle efficace (rapport valeur/ressources) ?

Chapitre 3 : Synthèse des conclusions, recommandations et mesures proposées

Annexe 3 – Cadre original des indicateurs fondamentaux (traceurs)

Intrants et processus				Extrant	Résultats	Impact
DOMAINES DES INDICATEURS	GOUVERNANCE	FINANCEMENT	INFRASTRUCTURES, INFORMATION SANITAIRES, RESSOURCES HUMAINES, CHAINES D'APPROVISIONNEMENT	ACCES AUX INTERVENTIONS ET DISPONIBILITE / PREPARATION DES SERVICES INTERVENTION, QUALITE ET SURETE	COUVERTURE DES INTERVENTIONS PREVALENCE DES COMPORTEMENTS A RISQUE ET DES FACTEURS DE RISQUE	AMELIORATION DES RESULTATS DE SANTE ET DE L'EQUITE PROTECTION DU RISQUE SOCIAL ET FINANCIER REACTIVITE EFFICIENCE
INDICATEURS RETENUS	Nombre de convention spécifiques signés entre le MS, les autres ministères, les CL et le secteur privé	Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat	Taux de couverture des besoins en RHS	Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7 Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7 Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vaccinés Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive (TPM+) Taux de couverture thérapeutique du TDM contre les Maladies Transmissibles Négligées Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole Proportion d'hôpitaux respectant les normes (qualité, RH, Equipement, Infrastructures, gouvernance, maintenance...) Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée Taux de consommation base engagement du budget santé () Nombre de ZS fonctionnelles avec PIHI	Proportion de ménages utilisant les latrines améliorées Proportion de ménages utilisant l'eau potable Taux de CPN4 Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes Taux de prévalence VIH chez les jeunes & adolescents Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans Taux d'incidence du paludisme Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (Obligatoire ou volontaire) Taux d'utilisation des soins de santé	Taux de mortalité maternelle Taux de mortalité infantile

Annexe 4 – Cadre des indicateurs spécifiques aux fondamentaux

CADRE DE PERFORMANCE POUR LE SUIVI ET L'EVALUATION DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2009-2018

Programme 1 : Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base

N° de l'Indicateur	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
1	Proportion de ménages utilisant des latrines améliorées en milieu rural	Effet	2006	18	EDSB3	-	-	-	44	51	60	69	78	87	96	Le taux d'utilisation est supérieur au taux de couverture du fait que plusieurs ménages utilisent en commun les ouvrages
2	Proportion de ménages utilisant l'eau potable en milieu rural	Effet	2007	47	livre bleu Bénin	-	-	-	60	63	65	67	70	73	75	
3	Taux de couverture en ouvrage adéquats d'évacuation des excréta en milieu scolaire rural	Effet	2004	54	Rapport BPO DNSP	71	77	81	86	91	96	100	100	100	100	
4	Taux de couverture des ménages en ouvrage adéquats d'évacuation des excréta en milieu rural	Effet	2002	12	RGPH2	19	24	34	41	48	57	66	75	84	93	
5	Proportion des ménages qui se lavent les mains à l'eau et au savon après les toilettes. (aux moments critiques)	Effet	2006	6	EDSB3	-	-	-	26	31	36	41	46	48	50	
6	Proportion de ménages utilisant les latrines améliorées	Effet	2006	66	EDSB3	-	-	-	72	73	74	75	78	81	84	Le taux d'utilisation est supérieur au taux de couverture du fait que plusieurs ménages utilisent en commun les ouvrages
7	Proportion de ménages utilisant l'eau potable en milieu urbain et périurbain	Effet	2007	52	livre bleu Bénin	-	-	-	65	69	72	75	79	83	86	
8	Taux de couverture en ouvrage adéquats d'évacuation des excréta en milieu scolaire urbain et périurbain	Effet	2004	54		71	77	81	86	91	96	100	100	100	100	
9	Taux de couverture des ménages en ouvrage adéquats d'évacuation des excréta en milieu urbain et périurbain	Effet	2002	59	RGPH2	-	-	-	66	68	71	75	78	81	84	
10	Proportion de communes mettant en œuvre leur plan d'hygiène et assainissement communal	Effet	2008	1	Rapport d'activités DNSP	5	9	16	23	30	36	43	50	57	64	Les communes à statut particulier ne sont pas éligibles au Plan d'hygiène et d'assainissement communal
11	Proportion de FS disposant d'incinérateurs fonctionnels		2010	38	Rapport Etude sur Cartographie SMNI, UNICEF 2010		38	43	48	53	58	63	68	73	75	

Programme 2 : Amélioration de la santé de la reproduction

N° de l'indicateur	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
12	Taux de mortalité maternelle	Impact	2006	397 pour 100000 NV	EDS III			?????					?????		125 pour 100000 NV	
13	Taux de mortalité néo natale	Impact													21‰	
14	Taux de mortalité infantile	Impact													39‰	
15	Taux de mortalité infanto-juvénile	Impact													65‰	
16	Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	Effet														Voir DSME
17	Proportion de Sages-femmes qualifiées présentes à la naissance															
18	Taux de létalité obstétricale	Effet	2003	3,50	Rapport/Evaluation SONU		1,60	ND	1,50	1,50	1,30	1	1	1	1	
19	Taux de décès imputables aux actes de césarienne	Effet					ND									
20	Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7	Extrant			R/SONU 2010		7	ND	30	40	45	50	50	50	50	
21	Proportion de formations sanitaires qui font l'audit des décès maternels	Effet														
22	Proportion des formations sanitaires qui assurent les 7 fonctions SONU	Effet														
23	Proportion des formations sanitaires qui assurent les 9 fonctions SONUC	Effet														
24																
25	Taux de couverture en césarienne	Effet	2009	4,60	SNIGS		5,10	ND	5	5	5	5	5	5	5	SNIGS/Rap SONU
26	Taux d'accouchement par césarienne	Extrant	2009	5	SNIGS		ND	ND	6	6	8	8	10	10	10	
27	Proportion des mères qui séjournent pendant 48 heures après l'accouchement	Extrant	2010	19	Rapport SONU	24	33	40	50	55	60	70	75	80	90	
27	Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception	Effet	2006	22	EDS III	ND	ND	ND	25	27	28	30	30	30	30	
29	Taux de prévalence contraceptive	Effet	2006	6	EDS III	ND	ND	11	12	13	14	15	15	15	15	
30	Intervalle inter génésique	Effet	2006	35	EDS III	ND	ND	DN	≥ 35	≥ 35	≥ 35	≥ 35	≥ 35	≥ 35	≥ 35	
31	Taux de fréquentation des services de PF	Extrant	2009	21	SNIGS		ND	ND	25	30	35	40	45	50	50	
32	Taux de CPN	Extrant	2006	88	EDS III	93 SNIGS 2009	ND	ND	95	95	95	95	95	95	95	EDSIII/SNIGS
33	Taux de CPN4	Extrant	2006	61	EDS III	ND	ND	65	70	72	74	76	78	80	80	
34	Pourcentage de ZS ayant un taux d'enfants complètement vaccinés ≥ 80	Extrant	2008	26	Revue externe PPEV	32	38	44	50	56	62	68	74	80	80	c'est une enquête spécifique (revue externe) qui permettra de déterminer les valeurs de 2009 et

																2010. Les valeurs cibles ont été définies en supposant que 2 ZS additionnelles atteignent annuellement les 80 d'enfants complètement vaccinés
35	Proportion de ZS ayant un taux d'enfants complètement vaccinés >=80		2008	26	Revue externe PPEV	ND	ND	44	50	56	62	68	74	80	80	
36	Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vaccinés >=80 en fin 2018	Extrant	2010	95	Rapport DNPEV		95	100	100	100	100	100	100	100	100	
37	Taux d'abandon entre le Pentavalent1 et le Pentavalent3	Effet	2008	12	Revue externe PPEV	12	12	11	11	10	10	10	10	10	10	
38	Nombre de nouveau cas de poliomyélite enregistré par année		2008	6	Rapport PPEV	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	les 20 sont dû à une épidémie
39	Taux de PFA non poliomyélite	Effet	2010	2,4 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	Rapport PPEV	3,1	2,4	≥ 2 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	≥ 2 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	≥ 2 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	≥ 2 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	≥ 2 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	≥ 2 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	≥ 2 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	≥ 2 pour 100 000 hbts de 0 à 15 ans	le souhait est que cette valeur soit tjrs supérieur ou égale a 2cas de PFA non polio pour 100 000 hbts (0 à15ans)/ an
40	Proportion des communes ayant notifié au moins un cas de tétanos néo-natal pour mille naissances vivantes avec riposte	Effet	2008	14 soit 14	Données DNPEV	4 soit 2	3 soit 3,52	Moins d'1 cas pour 1000 NV dans 100 des communes								
41	Taux de prévalence de la rougeole	Effet	2008	2,4 pour 100 000 hbts	RAE MS	5,3 pour 100 000 hbts	3 pour 100 000 hbts	2	2	1	1	0,75	0,75	0,5	< 1 pour 100 000 hbts	
42	Incidence de la fièvre jaune	Effet	2008	0	Rapport DNEV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
43	Prévalence de l'hépatite virale B	Effet														Confère DEDTS et les DNEHS
44	Prévalence des infections à hémophilus	Effet														Confère DEDTS et DNEHS
45	Taux de couverture vaccinale au VAR des enfants de 0 à 11 mois	Extrant	2008	70	PPAC	78	84	87	90	92	94	95	95	95	95	
46	Couverture vaccinale en pentavalent 3	Extrant	2008	80	Revue externe de 2008	97	98	92	94	95	96	97	98	98	98	
47	Taux de traitement antibiotique pour les enfants suspects de pneumonie	Extrant														
48	Proportion des formations sanitaires qui assurent le traitement des IRA communautaires	Extrant														
49	Proportion de FS offrant les prestations de la PCIME	Extrant	2010	88	REVUE PCIME			DN	85	90	95	100	100	100	100	

50	Proportion du personnel qualifié formé sur la stratégie PCIME	Extrant	2010	60	REVUE PCIME			DN	65	68	70	75	77	80	80	
51	Proportion de relais communautaires formés et équipés pour la mise en œuvre de la PCIME	Extrant	2010	27	CARTO/UNICEF			DN	35	40	45	50	60	70	80	
52	Taux de fréquentation par les adolescents et jeunes des services réorganisés conviviaux de SR	Extrant														non intégré dans cadre logique
53	Taux de grossesses non désirées chez les adolescentes et jeunes dans les centres d'écoute	Extrant														non intégré dans cadre logique
54	Pourcentage de décès maternels enregistrés	Extrant														
55	Pourcentage de structures/ONG fonctionnelles intervenant en SRAJ	Extrant														non intégré dans cadre logique
56	Taux d'Allaitement Maternel Exclusif pendant 6 mois (pourcentage d'enfants de 0 à 5 mois nourris exclusivement au sein)	Effet	2006	46	EDS 2006	50	55	60	65	70	75	80	85	90	90	

Programme 3 : Lutte contre la maladie

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
57	Pourcentage de jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Effet	2008	0,50	ESDG				0,25		0,20		0,20		0,20	Source : cadre de performance Round 9
58	Pourcentage de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Effet	2008	0,20	ESDG				0,20		0,20		0,20		0,20	Source : cadre de performance Round 9
59	Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes	Effet		ND		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
60	Taux de prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives pour éviter la transmission verticale du VIH	Effet														
61	Taux de prévalence du VIH chez les travailleurs de sexe	Effet	2008	27	ESDG				18		16		14		12	Source : cadre de performance Round 9 Disponible tous les deux ans
62	Taux de prévalence VIH chez les jeunes & adolescents	Effet	2008	0,2	ESDG	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	Source : cadre de performance Round 10
63	Proportion de ZS couvertes en interventions de prise en charge qualitative des IST des groupes vulnérables	Extrant	2010	82	Rapport de monitoring PNLS		82	85	87	90	92	94	96	98	100	Au T4 2010, le PNLS a couvert 28 zones sanitaires sur les 34 existants dans le domaine de la prise en charge des IST des GHR. Le PNLS prévoit

																couvrir 90 des ZS d'ici 2013 et les 100 en 2018
64	Nombre de cas d'IST diagnostiqués dans les centres de santé et traités conformément au protocole de prise en charge	Extrant	2009	8 308	Rapport de monitoring PNLS	8308	10942	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	Le nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement dans les centres de santé est calculé par un cumul annuel. Le programme prévoit prendre en charge 10 000 cas d'IST chaque année.
65	Proportion de ZS couvertes en PTME	Extrant	2010	100	Rapport de monitoring PNLS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	Le programme a déjà couvert toutes les zones sanitaires en PTME
66	Pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant un cours complet de prophylaxie anti virale pour réduire le risque de transmission mère enfants	Extrant	2010	46	Rapport de monitoring PNLS		46	70	80	85	90	90	95	95	95	Le numérateur est constitué des gestantes séropositives ayant bénéficié de la PTME. Source : cadre de performance Round 9; Le dénominateur est donné par les besoins nationaux c'est à dire les gestantes séropositives ayant un besoin de PTME.
67	Nombre de personnes dépistées volontairement et ayant reçu le résultat	Extrant	2010	2E+05	Rapport de monitoring PNLS		202 972	262 739	330 301	340 000	340 000	340 000	340 000	340 000	340 000	De 2010 à 2011, les cibles proviennent du cadre de performance. Le programme prévoit pour maintenir la même performance que celle des années antérieures couvrir 85 000 personnes en termes de dépistage par trimestre soit donc 340 000 par an.
68	Proportion des structures transfusionnelles (SNTS, SDTS et les postes de transfusion périphérique) ayant connus une rupture en matériels adéquats pour le test de dépistage VIH (Genscreen, Détermine, Génie II, réactifs de dépistage de l'hépatite B, réactifs de dépistage) au cours ds douze derniers mois	Extrant	2010	100	Rapport de monitoring PNLS		100	95	95	95	95	95	95	95	95	Le programme prévoit approvisionner chaque année 95 des sites SDTS.

69	Proportion des agents sensibilisés sur les risques liés aux déchets médicaux	Extrant														Cf. DNSP
70	Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives	Extrant	2008	14	PNLS annual reports			13	12	10	8	5	5	5	5	Source : cadre de performance Round 9
71	Proportion d'enfants sous ARV	Extrant	2009	879	Résultat de la collecte de la file active des PVVIH sous association thérapeutique	32	27	35	42	50	57	63	65	67	70	Le numérateur de l'indicateur est le nombre d'enfant PVVIH recevant les ARV. Compte tenu des expériences antérieures et des résultats obtenus, le programme prévoit un recrutement annuel de 300 nouveaux PVVIH enfants. Le dénominateur est le nombre d'enfant PVVIH ayant besoin d'ARV (source: Sérosurveillance 2010, page 38).
72	Proportion d'adultes et d'enfants infectés par le VIH mis sous traitement douze mois après l'initiation à la thérapie anti virale	Extrant	2008	90	Etude spéciale			90	92	93	94	95	95	95	95	Source : cadre de performance Round 9
73	Proportion de ZS couvertes en prise en charge médicale des PVVIH, y compris les enfants, notamment l'accès aux antirétroviraux	Extrant	2010	100	Rapport de monitoring PNLS		100	100	100	100	100	100	100	100	100	Le PNLS a déjà couvert toutes les zones sanitaires en PEC
74	Nombre d'adultes et d'enfants recevant actuellement des traitements par combinaison anti rétro virale selon le protocole de traitement	Extrant	2009	15401	Rapport de monitoring PNLS	15401	18348	22348	26348	30348	34348	38348	42348	46348	50348	Source : cadre de performance Round 9
75	Nombre de cas d'infections opportunistes diagnostiquées et traités conformément au protocole national	Extrant	2009	8983	Rapport de monitoring PNLS	8983	9500	11571	13642	15713	17784	19855	21926	23997	26068	Les cibles de 2010 à 2012 proviennent du cadre de performance.
76	Nombre de malades coinfectés TB/VIH recevant actuellement la trithérapie ARV selon le protocole national.	Extrant	2008	261	Rapport Monitoring PNT	261	78	358	368	378	388	398	408	418	428	Source : cadre de performance Round 9
77	Proportion du personnel de laboratoire formés/recyclés sur le diagnostic du suivi biologique du VIH	Extrant														CF. CNTS
78	Nombre d'OEV ayant reçu "un paquet de soutien de base" (au moins un appui)	Extrant	2009	12136	Report Round 5 activities	12136		14161	15261	16261	17261	18261	19261	20261	21261	
79	Pourcentage de PVVIH bénéficiant d'un appui nutritionnel (alimentaire et conseils nutritionnels)	Extrant	2009	37	Rapport du Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale	37		50	60	70	80	80	85	85	90	

80	Proportion de laboratoires où la démarche qualité est correctement mise en œuvre.	Extrant														
81	Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans	<i>Effet</i>	2009	1,37 pour 1000	SNIGS			1,3 pour 1000	1,2 pour 1000	1 pour 1000	1 pour 1000	1,12 pour 1000	1 pour 1000	0,8 pour 1000	0,61 pour 1000	
82	Létalité due au paludisme confirmé	<i>Effet</i>	2009	0,73 pour 1000	SNIGS			0,7 pour 1000	0,6 pour 1000	0,5 pour 1000	0,5 pour 1000	0,54 pour 1000	0,5 pour 1000	0,4 pour 1000	0,37 pour 1000	
83	Incidence du paludisme chez les femmes enceintes au niveau des formations sanitaires	<i>Effet</i>		ND		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
84	Incidence des cas cliniques de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	<i>Effet</i>		ND		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
85	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête	Extrant	64	2010	MIS		64	70	75	80	80	80	85	90	95	Des campagnes de distribution de masses sont prévues pour les années 2011, 2013 et 2017
86	Proportion de ménages disposant d'au moins deux MIILD	Extrant	17	2010	MIS		17	80	80	80	90	90	90	95	95	Des campagnes de distribution de masses sont prévues pour les années 2011, 2013 et 2017
87	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête	Extrant	60	2010	MIS		60	70	75	80	80	80	85	95	95	Des campagnes de distribution de masses sont prévues pour les années 2011, 2013 et 2017
88	Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse	Extrant	35	2010	MIS		35	45	60	75	80	80	85	90	95	Meilleure disponibilité de S. P.
89	Taux d'incidence du paludisme	<i>Effet</i>														
90	Proportion de personnes ayant dormi sous MIILD la nuit ayant précédé l'enquête	Extrant		ND	EDS et MIS					75		80		85		Des campagnes de distribution de masses sont prévues pour les années 2011, 2013 et 2017
91	Létalité due au paludisme grave chez les enfants âgés de moins de 5 ans dans les centres de référence	<i>Effet</i>														
92	Proportion de personnes reçues pour paludisme grave ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires	Extrant	2010	80	Revue de performance		80	80	80	80	80	80	85	90	100	Remise à niveau continue, intrants disponibles et supervisions régulières.
93	Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires	Extrant	2010	95	Revue de performance			95	95	95	95	95	95	100	100	Remise à niveau continue, intrants disponibles et supervisions régulières.
94	Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans la	Extrant	2010	25	MIS		25	40	60	70	75	80	90	90	95	

	communauté															
95	Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme	Extrant	2010	33	Revue de performance		33	45	60	75	80	80	90	95	100	Remise à niveau continue, intrants disponibles et supervisions régulières.
96	Taux de détection des TPM+	Extrant	2006	86	Rapport annuel de contrôle de la tuberculose de l'OMS	78	77	84	84	85	85	85	85	85	85	L'objectif est de maintenir ce taux à un niveau de 84 en 2011 et 2012 puis à 85 au-delà de ces deux années. Les valeurs de 2009 et 2010 sont les réalisations de ces deux années.
97	Pourcentage d'associations départementales d'anciens tuberculeux fonctionnelles et bénéficiant d'appui technique et financier.	Extrant	2008	0	Rapport de supervision des associations d'anciens tuberculeux	50	75	100	100	100	100	100	100	100	100	La fonctionnalité des associations dépendant principalement de la motivation des membres dans l'accompagnement de leurs pairs. L'objectif est de rendre fonctionnelles toutes ces associations d'ici 2018.
98	Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+	Extrant	87	2007	Rapport Annuel PNT	90	87	87	87	87	87	87	87	87	87	Il s'agit ici de maintenir ce taux à un niveau raisonnable de 87 contre une cible de 85 pour les OMD en 2015. La valeur de 90 en 2009 est extraordinairement exceptionnelle
99	Nombre de suspects de la tuberculose ayant bénéficiés des examens microscopiques de crachats par an	Extrant	2008	19 452	Rapport Annuel PNT	19 782	19 261	20 224	22 246	24 471	26 918	29 610	32 571	35 828	39 411	L'objectif est d'obtenir un accroissement annuel de 5 en 2011 puis de 10 pour les années suivantes. Les valeurs de 2009 et 2010 sont les réalisations.
100	Nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues dépistés par an	Extrant	2008	3977	Rapport Annuel PNT	3987	3841	4186	4304	4894	5384	5922	6514	7166	7882	Hypothèse de 20 de positivité parmi les

																suspects bénéficiant des examens microscopiques des crachats
101	Pourcentage de CDT n'ayant pas connus de rupture de stock de médicaments anti tuberculeux de première ligne au cours des douze derniers mois	Extrant	2008	100	Rapport de supervision des CDT	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	Maintenir la performance à 100 dans tous les CDT en s'appuyant en cas de nécessité sur les fonds de réserves de médicaments disponibles en permanence auprès de l'Union.
102	Taux d'acceptation du test de dépistage du VIH au sein des patients tuberculeux	Extrant	2008	96	Rapport Annuel PNT	96	98	95	95	95	95	95	95	95	95	L'objectif est de maintenir ce taux à 95. Les valeurs de 2009 et 2010 sont les réalisations pour ces deux années.
103	Proportion de patients co-infectés TB/VIH mis sous CTM	Extrant	2005	10	Rapport Annuel PNT	98	92	92	92	95	95	95	95	95	95	L'objectif est de maintenir cette proportion à 92 de 2009 à 2012 puis d'atteindre et de maintenir à 95 de 2013 à 2018. La valeur de 2009 est la réalisation de cette année.
103	Proportion de laboratoires performants dans le réseau de microscopie	Extrant	2008	84	Rapport de contrôle de qualité du réseau de microscopie	66	88	100	100	100	100	100	100	100	100	L'objectif est de rendre performants tous les laboratoires du réseau de microscopie de 2010 à 2018. Les valeurs de 2009 et 2010 sont les réalisations faites au cours de ces deux années.
105	Nombre de Centres de diagnostic microscopique (CDM) fonctionnel	Extrant	2008	0	Rapport de création	0	4	12	21	25	25	25	25	25	25	04 CDM en 2010 ; 08 CDM en 2011 ; 09 CDM en 2012 ; 04 CDM en 2013 ; Les cibles sont cumulatives.
106	Nombre de nouveaux cas de Lèpre	Effet	2009	673	Rapport PNLLUB	673	572	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
107	Taux de prévalence de la Lèpre	Effet	2009	0	Rapport PNLLUB	0,22	0,21	0,21	0,21	0,21	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
108	Pourcentage des infirmités parmi les nouveaux cas	Effet	2009	20	Rapport PNLLUB	20	20	20	15	14	12	10	9	7	5	

109	Nombre de nouveaux cas de l'Ulcère de Buruli	Effet	2009	673	Rapport PNLLUB	673	572	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
110	Prévalence du trachome	Effet	2005	42	Rapport PNLMT						27				21	Valeur de base à vérifier
111	Nombre de nouveaux cas de Trypanosomiase Humaine Africaine	Effet	2009	0	Rapport PNLMT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
112	Nombre de nouveaux cas de Dracunculose	Effet	2010	0	Rapport PNLMT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
113	Taux de prévalence de l'onchocercose	Effet	2010	<5	Rapport PNLMT	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5	
114	Taux de prévalence des shistosomoses	Effet	2003	26	Rapport PNLMT	—	—	—	—	—	19	—	—	—	12	
115	Taux de prévalence des géo helminthiases	Effet			Rapport PNLMT											Voir les données de Dr TOKO
116	Incidence de la Filariose Lymphatique	Effet	2009	0	Rapport PNLMT	0	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	< 0,1	
117	Taux de couverture géographique du TDM contre les MTN	Extrant	2010	93	Rapport PNLMT	—	93	100	100	100	100	100	100	100	100	
118	Taux de couverture thérapeutique du TDM contre les MTN	Extrant	2010	83	Rapport PNLMT	—	83	85	85	85	85	85	85	85	85	
119	Proportion des cas de drépanocytose correctement pris en charge	Extrant														
120	Proportion des cas (THA, dracunculose) prise en charge conformément au protocole de PEC	Extrant	—	—				100	100	100	100	100	100	100	100	
121	Proportion des cas trachome prise en charge conformément au protocole de PEC	Extrant														Voir Dr OGBE
122	Pourcentage de malades guéris sans séquelles de l'Ulcère de Buruli catégorie 3	Extrant	2009	43	Rapport PNLLUB	43	40	35	30	25	20	15	10	10	10	
123	Taux de dépistage précoce et traitement des cas de la lèpre	Extrant	2009	100	Rapport PNLLUB	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
124	Taux de dépistage précoce de l'Ulcère de Buruli	Extrant														Voir PNLLUB (Mme Gracia)
125	Charge Microfilarienne de la Communauté	Extrant	2009	< 0,5	Rapport PNLMT	< 0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5	< 0,5	
126	Prévalence de l'HTA	Extrant	2008	27,50	RAPPORT STEPS 2008						25				20	L'enquête STEPS se réalise tous les 5 ans
127	Prévalence du diabète	Extrant	2008	2,60	RAPPORT STEPS 2008						2,30				1,80	
128	Taux de consommation de tabac	Extrant	2008	16	RAPPORT STEPS 2008	—	—	—	—	—	14	—	—	—	12	
129	Taux de surcharge pondérale	Extrant	2008	20,50	RAPPORT STEPS 2008	—	—	—	—	—	18	—	—	—	15	
130	Taux de l'obésité	Extrant	2008	9,40	RAPPORT STEPS 2008	—	—	—	—	—	9	—	—	—	8	
131	Incidence des cas de traumatisme due aux accidents de la circulation	Effet	2009	0,60	Annuaire statistique sanitaire 2009	0,60	0,55	0,55	0,53	0,51	0,50	0,47	0,45	0,43	0,40	
132	Taux de mortalité due aux accidents de circulation.	Effet														
133	Incidence des cancers dans les zones de couvertures des registres	Extrant	2011	ND	—						1	2	3	4	5	valeur et année de base non disponibles: se renseigner auprès des pays de la sous région (Mali, Guinée C)

134	Proportion de Zones sanitaires où le matériel de prise en charge des MNT est disponible	Extrant	2011	12	RAPPORT STEPS 2011	ND	ND	12	26	40	50	60	75	85	100	
135	Taux de rupture de stock par type de médicaments génériques prioritaires et par formation sanitaire	Extrant	–	ND	–	ND	ND	3,00	2	1,80	1,50	1,30	1	1	1	
136	Proportion des agents de santé qui adoptent les bonnes pratiques en matière d'usage rationnel des médicaments	Extrant		nd	–	–	–	65	70	75	80	85	90	90	90	
137	Taux de satisfaction des demandes en ABM dans les structures assurant les examens de laboratoire	Extrant														
138	Proportion du personnel qualifié du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des médicaments disponible par rapport aux besoins.	Extrant	2008	36,66	LNCQ	40,00	43,33	50,00	56,66	63,33	70	77	83	90	97	
139	Proportion de médicaments testés par le laboratoire de contrôle de qualité.	Extrant	2008	96,93	LNCQ, Statistiques annuelles	95,54	97,50	98	98	99	99	99	99	100	100	
140	Taux de satisfaction des demandes en produits sanguins de qualité dans les structures assurant la transfusion sanguine	Extrant	2009	81,29	Rapport CNTS	81,29	83	81	83	85	88	90	92	94	95	
141	Proportion de formations sanitaires disposant d'un laboratoire fonctionnel selon les normes par niveau de soins.	Extrant														
142	Proportion de formations sanitaires disposant d'un servi d'IM fonctionnel selon les normes par niveau de soins.	Extrant														Voir le service d'Imagerie Médicale
143	Taux de donneurs prélevés par an	Effet	2009	1,62	Rapport CNTS	1,62	1,54	1,61	1,65	1,70	1,74	1,77	1,81	1,85	1,89	
144	Proportion de structures de transfusion sanguine disposant d'infirmiers ou de sages-femmes spécialisés en transfusion sanguine	Extrant	2010	0	Rapport CNTS	0	0	0	10	25	40	50	60	70	80	
145	Taux de rejet de poches après qualification	Extrant	2009	9,45	Rapport CNTS	9,45	9,45	9,45	9	8,50	7	5	4,50	4	3,50	
146	Proportion de structures sanitaires utilisatrices de Produits Sanguins disposant de comité d'hémovigilance fonctionnel	Extrant	2010	0	Rapport CNTS	0	0	0	25	50	75	100	100	100	100	
147	Proportion d'accidents/incidents survenus lors de la transfusion	Extrant	2010	nd	Rapport CNTS	nd	nd	0	0	0	0	0	0	0	0	
148	Proportion du personnel de l'IM ayant des connaissances en matière de radioprotection	Extrant														Voir le service d'Imagerie Médicale
149	Proportion du personnel de l'IM disposant de matériels de protection	Extrant														Voir le service d'Imagerie Médicale
150	Proportion des travailleurs directement affecté sous rayon-X disposant d'un dosimètre à lecture directe .	Extrant														Voir le service d'Imagerie Médicale
151	Proportion des recettes traditionnelles inventoriées et ayant subi un contrôle de qualité	Extrant	2010	100	ND	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
152	Proportion de la population ayant recours aux recettes traditionnelles comme moyen curatif et préventif des maladies	Effet	2002	80	OMS: stratégie de l'OMS pour la Médecine traditionnelle pour 2002-2005 (pg 9)					85				90		réaliser l'enquete en 2013 et en 2017
153	Nombre de monographies réalisés sur les plantes utilisées en Médecine Traditionnelle pour le traitement des différentes affections (diabète, hypertension artérielle, IST/VIH sida, paludisme simple etc.)	Extrant	2008	0	Rapport PNPMT	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	Aucune monographie de plantes n'a été réalisée jusqu'en 2008, Réaliser 1 tte

																les 2 ans à partir de 2011
154	Nombre de protocoles de traitement basé sur les pratiques traditionnelles par affection rédigés	Extrant	2008	0	Rapport PNPMT	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	
155	Proportion des recettes traditionnelles inventoriées et ayant subi un contrôle de qualité	Extrant	2010	100	ND	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
156	Proportion des recettes traditionnelles ayant subi un contrôle de qualité et déclarées conformes aux directives de l'OMS	Extrant	2010	55		–	55	70	75	80	80	85	87	90	95	
157	Nombre d'unités expérimentales de production des médicaments traditionnels construites au profit des associations de praticiens de la Médecine Traditionnelle	Extrant	2005	100	Rapport PNPMT	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	
158	Taux d'infection parasitaire en milieu scolaire, universitaire et professionnel	Effet	2008	5	DNSP	5	4,60	3,80	3,20	2,60	2	1,40	0,80	0,20	0	
159	Nombre de recherches organisées sur l'identification des produits traditionnels efficaces dans la prise en charge des affections courantes	Extrant	2005	100	Rapport PNPMT/3eme étape Ahouansori	1	1	1	2	2	3	3	4	4	4	
160	Proportion de communes disposant de jardins de plantes médicinales bien aménagés	Extrant	2009	9	Rapport de supervision des jardins	9	9	43	50	60	70	80	90	95	100	
161	Pourcentage des écoles promotrices de la santé	Extrant	2009	0	DNSP	0	1	2	3	3	4	4	5	5	6	
162	Pourcentage de communautés qui participent à la promotion de la santé à l'école	Extrant	2010	1	DNSP	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	
163	Proportion de recherche dont les travaux ont porté sur les thèmes prioritaires du secteur en recherche en santé au Bénin	Extrant	2010	86	rapport DRF	–	86	90	90	92	94	96	98	100	100	
164	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole	Extrant	–	–				100	100	100	100	100	100	100	100	

Programme 4 : Développement hospitalier

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
165	Taux de mortalité hospitalière	Impact														
166	Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins	effet		ND					7	15	25	35	50	65	75	
167	Taux d'exécution du plan national de développement des plateaux techniques	extrant									5	15	30	40	50	
168	Proportion d'hôpitaux dont les services disposent d'équipements critiques fonctionnels sur une période donnée	effet		ND					20	33	46	59	72	85	100	
169	Proportion d'hôpitaux dont les équipes des urgences sont formés	extrant		ND						15	30	50	65	80	100	
170	Proportion des centres hospitaliers ayant un taux de complétude/promptitude des informations hospitalières supérieur à 80	Extrant		ND					15	30	50	65	75	85	100	

Programme5: Renforcement de la planification des ressources humaines

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
171	Nombre de professionnels de la santé pour 10000 habitants	Extrant														
172	Pourcentage d'agents inscrits au fichier du personnel	Extrant	2010	38,87	Tableau de bord DRH 2010			90	100	100	100	100	100	100	100	
173	Taux de couverture des besoins en RHS	Effet	2010	64,33	Rapport DRH 2010			69	73	78	82	87	91	96	100	

Programme 6: Amélioration de la production et du développement des compétences

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
174	Taux de couverture des besoins en formation	Effet	2010	36	Rapport DRH 1010										100	

Programme7: Management des ressources humaines.

N° de l'Indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
175	Taux de satisfaction au travail chez le personnel	Effet	2005	26,82	Source: Rapport revue sectorielle Sante Lemièr Grd Popo v27oct2008			33,47	40,12	46,76	53,41	60,06	66,71	73,35	80	
176	Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation	Effet		nd				65	70	72	75	80	82	86	90	
177	Pourcentage des agents dont les actes de carrière sont à jour	Extrant		nd				60	65	70	72	75	75	80	80	
178	Pourcentage d'agents maintenus au poste par catégorie et par zone sanitaire déshéritée (Retenu sous réserve de mise en place de mécanisme incitatif spécial)	Extrant		nd				60	65	70	72	75	75	80	80	
179	Taux d'accidents de travail chez le personnel	Extrant		nd				0,25	0,2	0,18	0,15	0,12	0,1	0,08	0,05	
180	Taux de Maladie Professionnelle chez le personnel	Extrant		nd				0,04	0,04	0,03	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	

Programme 8 : Renforcement du partenariat entre les acteurs

N° de l'Indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
181	Nombre de convention spécifiques signés entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé	Extrant	2011	0				0	4	10	16	16	16	16	16	
182	Proportion de Zones Sanitaires dont les actions respectent le cadre règlementaire de gestion et de développement des actions de santé entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base	extrant	2009	76	Enquête spécifique Rapport du comité de santé	76		76	80	83	87	90	93	97	100	
183	Taux de satisfaction des populations de la qualité des soins	Effet	2011	DND	Enquête de satisfaction DNEHS			ND								
184	Proportion de formations sanitaires privées ayant subi l'inspection médicale	Extrant	2009	50	Enquête spécifique, Rapports DNSP, DPMED, IGM/MS		49	50	60	65	70	75	80	80	80	

Programme9 : Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
185	Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée	Extrant	2009	38,60			38	50	55	60	65	70	75	80	80	

Programme10 : Amélioration du mécanisme de financement du secteur

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
186	Proportion de ménages ayant souscrit au RAMU	Effet	2011	0		50			0							Enquête, Système d'information du RAMU
187	Proportion de ménages ayant souscrit à une mutuelle de santé	Effet	2011	5		80			5							Enquêtes, rapport des Mutuelles de santé
188	Nombre d'arrondissements disposant d'une Mutuelle de santé fonctionnelle	Effet	2011	AR		1500			AR							Rapports DNSP
189	Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (Obligatoire ou volontaire)	Effet	2011	ND												
190	Dépenses totales en santé par habitant	Extrant														
191	Dépenses des administrations publiques en santé en des dépenses des administrations publiques	Extrant														

Programme11 : Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
192	Proportion de pauvres, indigents et couches vulnérables ayant accès aux soins de santé	Effet	2011	ND		60			ND							Rapports DRFM et DNSP, Enquête spécifique

Programme 12 : Renforcement institutionnel

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
193	Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS.	Effet	2011	30		100			30							
194	Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat	Extrant	2010													
195	Taux de consommation base engagement du budget santé ()	Extrant	2007	91	Rapport de performance 2008	35	100	100	100	100	100	100	100	100	100	La valeur de 34 de 2009 est la valeur atteinte en cette année de crise économique internationale.
196	Proportion de structures de la pyramide sanitaire (FS & BZ) utilisant les informations du SNIGS pour la planification ou pour la mise en œuvre des interventions.	Effet	2011	0		100			0							
197	Proportion de zones sanitaires avec équipements, matériels ou infrastructures disponibles au cours d'une année	Effet	2011	4		5			4							

Programme13 : Développement des zones sanitaires

N° de l'indicateur	Indicateurs de performance	Type d'indicateur	Base			Valeurs cibles par année										Observations
			Année	Valeur	Source de l'information	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
198	Proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI	Extrant	2011	0,00				0	0			100				
199	Taux d'utilisation des soins curatif	Effet	2009	47,00												
200	Taux de fréquentation des services de santé	Effet	2009	46,5		85			46,5							

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
1	Proportion de ménages utilisant des latrines améliorées (%)	Effet	2006	37	EDS, enquête ou autre	-	-	-	55	60	66	71	78	85	91	1	Ces valeurs ont été générées sur la base des valeurs existantes avec comme poids entre milieu rural

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
																	et milieu urbain le nombre de ménage
2	Proportion de ménages utilisant de l'eau potable (%)	Effet	2006	66	EDS, enquête ou autre	-	-	71	72	73	74	75	76	77	78		
3	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	Impact	2006	397	EDS, RGPH			-				125	-		125	5	
4	Taux de CPN4 (%)	Effet	2006	61	EDS, enquête ou autre	ND	ND	65	70	72	74	76	78	80	80	1	
5	Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (%)	Effet	2006	78	EDS, enquête ou autre	-	-	84							90	1	
6	Taux de mortalité infantile (‰)	Impact	2006	67	EDS, RGPH			42				40			39	5	
7	Proportion de FS disposant des services SONU 24h/24h et 7 jours/7 (%)	Extrant	2010	7	Enquête SONU ou autre		7	ND	30	40	45	50	50	50	50	1	
8	Proportion d'enfants de moins d'1 an complètement vaccinés (%)	Extrant	2006	47	EDS			48					70	75	80	1	
9	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (%)	Effet	2008	1,8	Rapport de séro surveillance du VIH et de la syphilis 2008	2	1,7	1,9	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	1	

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
10	Prévalence du VIH chez les jeunes & adolescents (%)	Effet	2008	0,2	ESDG	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	2	
11	Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives (%)	Extrant	2008	14	Rapport de l'étude sur l'efficacité de la PTME	11,4		-	-	-	10	<5	<5	<5	<5	1	
12	Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans (‰)	Effet	2009	1,37 ‰	SNIGS			1,3	1,2	1	1	1,12	1	0,8	0,61	1	Annuaire des statistiques sanitaires DPP/MS
13	Taux d'incidence du paludisme (%)	Effet	2008	14,3	SNIGS	15,2	16,2	15,7	13	11	9	7	6	5	5	1	Annuaire des statistiques sanitaires DPP/MS
14	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MIILD la nuit précédant l'enquête (%)	Extrant	2008	54,8	EDS, MIS	ND	60	76	76	80	80	80	85	95	95	1	Des campagnes de distribution de masses sont prévues pour les années 2011, 2013 et 2017
15	Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+ (%)	Extrant	87	2007	Rapport Annuel PNT	89	90	91	90	87	87	87	87	87	87	1	Il s'agit ici de maintenir ce taux à un niveau raisonnable de 87 à partir de 2013 contre une cible de l'OMS de 85 en 2015.
16	Taux de couverture thérapeutique du TDM contre les	Extrant	83	2010	Rapport PNLMT	—	83	85	85	85	85	85	85	85	85	1	

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
	MTN (%)																
17	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole (%)	Extrant		ND		ND	ND	100	100	100	100	100	100	100	100	1	
18	Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%)	Extrant		ND	Rapport de supervision DNEHS	20	25	28	35	40	45	50	60	65	70	2	
19	Taux de couverture des besoins en RHS (%)	Intrant	2010	64,33	Rapport DRH 2010		64,3	69	73	78	82	87	91	96	100	1	
20	Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation (%)	Effet		ND				65	70	72	75	80	82	86	90	1	
21	Nombre de convention spécifiques signés entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé	Intrant	2011	0												1	

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
22	Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée (%)	Extrant	2009	38	Rapport DNSP		38	50	55	60	65	70	75	80	80	1	
23	Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (obligatoire ou volontaire) (%)	Effet	2011	ND												2	Enquête, Système d'information du RAMU
24	Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS (%)	Extrant	2009	56,55	Loi de finance	56,55	38,71	30	26,91	26,79	100	100	100	100	100	1	
25	Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat (%)	Intrant	2008	7,23	Loi de finance	8,99	6,12	6,29	6,56	6,87	10	15	15	15	15	1	
26	Taux de consommation base engagement du budget santé (%)	Extrant	2008	59,63	Rapport de performance	48,34	30,86	69,95	87	90	92	95	95	95	95	1	
27	Proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI (%)	Extrant	2011	50	Aide mémoire revue, point de la mise en œuvre des recommandations de la revue SCRP 2012			50	70	100	100	100	100	100	100	1	

N°	Libellé des indicateurs	Type d'indicateur	Base		Source de l'information	Valeurs cibles par année										Périodicité des rapports (an)	Observation
			Année	Valeur		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
28	Taux d'utilisation des soins curatifs (%)	Effet	2008	45,1	Annuaire des statistiques Sanitaires, Document SCRP 2011-2015.	46,5	46,8	45,4	70	75	80	80	80	80	80	1	