

## Appui institutionnel du PASS S à la DDS

### Stratégie de MEO

#### 1. Introduction

Passage du PARZS (projet) vers le PASS SOUROU (programme), qui prend en compte un appui intégré au secteur de santé au Bénin, avec renforcement du DA (double ancrage) entre les NC et périphériques (NI & NO) de la pyramide sanitaire ;

Ainsi, le mode de fonctionnement et les modalités de gestion tant techniques qu'administratifs & financiers doivent connaître des évolutions et seront différents de ceux mis en place au cours de l'intervention du PARZS ;

PASS Sourou : division opérationnelle en 4 Bureaux d'exécution (BE), certes avec autonomie de gestion mais dans un cadre globale, avec un budget unique. Ainsi, la flexibilité légendaire de la CTB reste maintenue mais la marge de manœuvre est moins grande, moins élastique que dans l'exécution du PARZS (budget bien séparé entre les volets et les différentes structures de gestion comme DDS, ZS).

Les attentes visées par la proposition de ce dispositif est un renforcement des services centré sur les personnes i.e. le **coaching**, d'une part, coaching individuel des responsables (DDS, préfet, MCZS, maires mais d'autre part, celui des équipes (DDS et EEZS, CS...etc.). Il est question de jouer le rôle de conseillers afin de fournir matière à échanges lors des réunions sectorielles : focus sur ce que les responsables gagnent (individuellement et comme responsables politiques) dans la recherche des résultats

Le coaching : une interaction efficace, l'apprentissage mutuel, l'accès au même niveau d'information en vue de faciliter la documentation, le rapportage.

Coaching du DDS : rencontres hebdomadaires, parler du coaching du préfet au DDS, il doit aussi introduire l'idée auprès des MCZ (ce ne sera pas facile à ce niveau, être diplomate et choisir les mots et les occasions pour en parler) ; CTR responsable au niveau des ZS avec l'appui DDS et CTI.

Le but visé est d'aboutir à une équipe DDS plus performante pour jouer son rôle d'appui technique en général aux CHD, aux ZS et plus spécifiquement les EEZS.

#### 2. PASS SOUROU

- ❖ Objectif général : contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin.
- ❖ Objectif spécifique : augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui au MS en vue d'une efficience accrues des structures opérationnelles.
- ❖ Résultats Intermédiaires

R1 : l'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les DDS et ZS appuyées ;

R2 : la disponibilité du personnel compétent et motivé au niveau des ZS est améliorée ;

R3 : une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du RAMU est développée ;

R4 : la fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées ;

R5 : les capacités de coordination, planification et de S/E du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.

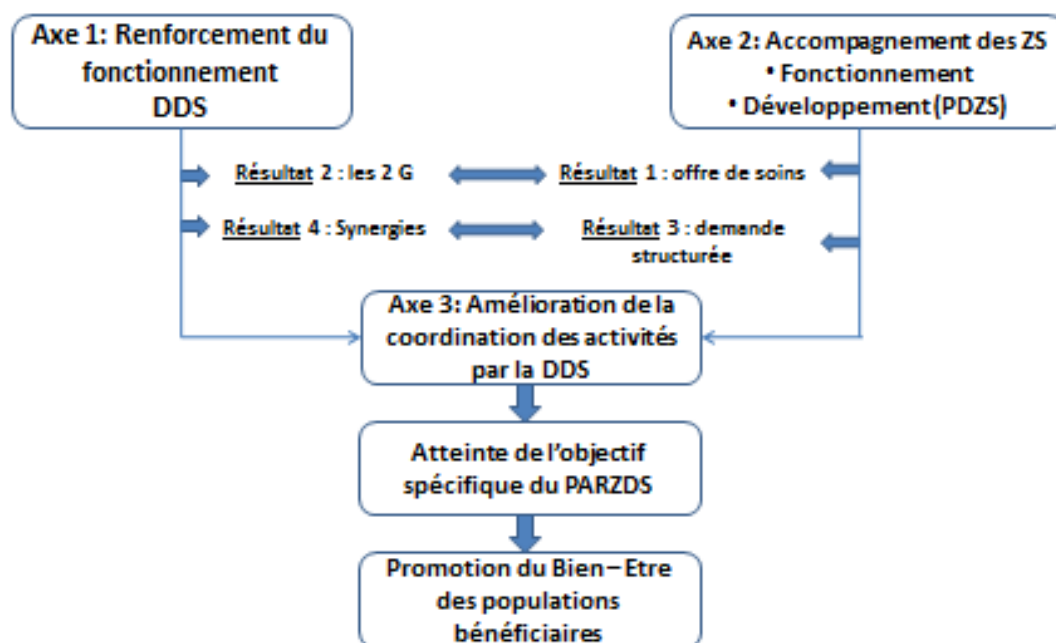
### 3. Ancrage de l'UF au sein de la DDS

Le concept : suivant le dictionnaire Français Larousse, la définition la plus appropriée au contexte

- Action d'ancrer quelque chose, fait d'être ancré : implantation, enracinement des membres du BE au sein de l'équipe DDS
- Disposition des abouts du chaînage d'une maçonnerie (ancrage) ou d'une armature de béton armé (crosse) pour assurer leur rôle de contention ; (afin que l'armature puisse supporter la charge de travail sans rompre (se braquer) afin de produire des changements escomptés
- Pour un alpiniste, fait de s'assurer un point d'appui solide sur la glace ou sur le rocher. L'équipe du BE voudrait un appui solide sur la DDS pour que le long voyage ensemble (5 ans) puisse générer des changements appropriés pour l'atteinte des objectifs du PASS S et le bien-être des populations de l'AD.

Dans une vision holistique d'appui du PASS afin de tendre vers une meilleure performance du PNDS, nous faisons une proposition d'un ancrage plus renforcé du programme au sein de la DDS afin de consolider les 3 stratégies d'appui élaborées lors de l'atelier de PORGA en 2011 et poursuivies tout au long de l'exécution du PARZS, selon le schéma ci-dessous :

## COHÉRENCE ENTRE DTF ET LES STRATÉGIES OPÉRATIONNELLES / NIVEAU DDS



18

#### 4. Quelques constats

Constats tout au long de l'exécution du PARZS dans l'AD, parmi les insuffisances remarquées, nous citons :

- ✓ Faiblesse interne dans le fonctionnement de certains services de la DDS (axe 1 du schéma) ;
- ✓ Absence d'une masse critique de chefs de service performants autour du DDS (5/11 en décembre 2014), en particulier les services suivants ont été globalement jugés non performants lors de la retraite bilan de 2014 à Parakou: SRFM, SIEM, SHAB, SRH,
- ✓ Ce non performance a des effets négatifs sur les 2 autres stratégies d'appui élaborés à PORGA
- ✓ Parmi les faiblesses importantes illustrées par l'évaluation finale du PARZS, il faut signaler la contre-performance dans la gestion des ressources humaines et l'absence de mécanismes de maintenance, ce qui a plongé vers le bas la performance générale du projet
- ✓ Au nombre de plaintes enregistrées lors des réunions de la DDS (staff, CODIR...etc.), nous citons : (i) les ZS n'envoient pas les rapports, (ii) non implication des points focaux (PF) de la DDS dans certaines activités des ZS, du ressort de leur cahier de

charge, (iii) les PF attendent d’être invités ou de recevoir l’information surtout par voie officielle), (iv) ils manifestent une pro-activité limitée à quelques-uns seulement.

- ✓ Le PARZS était plus considéré comme un pourvoyeur de ressources (expertise + logistique et financière) que d’une équipe ancrée réellement au sein de la DDS afin de conduire cette dernière vers une meilleure exécution du PNDS ; à titre d’exemples : (i) plusieurs services pensaient que le projet doit bénéficier des rapports pour seulement les activités financées par le PARZS, (ii) certaines informations maintes fois demandées par l’équipe du projet n’ont jamais été fournies comme la distribution du matériel d’exploitation et des équipements biomédicaux mis à disposition par le MS ; (iii) l’ancrage fonctionnel entre l’AG et le SRFM n’a jamais réellement pris racine pendant les 4 ans d’exécution du PARZS
- ✓ Insuffisance dans le suivi de la MEO des recommandations issues des rencontres ;

### 5. Modalités de l’ancrage

Face à ces constats, nous pensons que la réussite du PASS Sourou dans l’AD dépend, entre autre, d’un meilleur ancrage au sein de la DDS (cohésion plus renforcée entre le BE et les services de la DDS dans l’exécution et le suivi/évaluation des activités, afin de tendre vers une bonne atteinte des objectifs.

En plus, l’un des rôles de la direction du BE (responsable & coresponsable), au niveau conceptuel, est de proposer des inputs au programme en termes de stratégies opérationnelles innovants

Les potentialités de renforcement fonctionnel sont 2 ordres :

En interne dans les services : organisation, délégation de tâches, feedback régulier, valorisation des agents, rapportage, suivi des dossiers et des recommandations en équipe...etc.

Entre les services : réduire le cloisonnement, améliorer la collaboration en vue d’un effet multiplicateur sur les stratégies d’accompagnement et de coordination

Dans une démarche d’action réflexive, nous proposons de renforcer l’ancrage du BE du PASS Sourou au sein de certains services jugés moins performants.

1<sup>ère</sup> étape : organisation interne de l’UF avec répartition des responsabilités selon les RI

Résultats PASS S	Responsables UF	Observations
R 1	CTR_ SP	✓ R1 : Le CTI prendra la responsabilité pour le SYLOS et la sécurité transfusionnelle
R 2	CTI	
R 3	Le DDS, à discuter aussi avec la CTI Demande	
R 4	CTR GIE	✓ Ancrage sous la

R 5	CTI	coordination technique du DDS et du CTI
Autres aspects + spécifiques *S/E *Administration/Finances	AJ (à partir de mars 2015) AG	

### 2<sup>ème</sup> étape : ancrage avec les services de la DDS

Résultats du PASS S	Responsable UF	Ancrage/ services DDS	Observations
R 1 globalement	CTR_SP	SSME, SSIO,	SPIRS dans le volet FBR : c'est déjà effectif
R 1 : Sécurité transfusionnelle & SYLOS	CTI	CDTS Le PF SYLOS s'assurera de l'avancement de l'implication de toutes les parties prenantes dans la promotion de la santé selon les niveaux (aire, commune, ZS, département), toutefois ce n'est pas une obligation d'avoir un PF, nous allons nous débrouiller sans PF	Pas PF SYLOS à la DDS.
R 2	CTI	SRH	
R 3	DDS	SDSP	C/S est PF RAMU
R 4	CTR GIE	SIEM, SHAB	
R 5	CTI	SPIRS	Nous travaillons déjà en continu
Autres aspects *S/E *Administration/finances	AJ (dès mars '15) AG	SPIRS SRFM	

### 3<sup>ème</sup> étape : Modalités de MEO

1. Une session de partage de cette approche avec l'équipe de la DDS afin de s'assurer de l'adhésion de tout un chacun. Le DDS propose une présentation lors d'un CODIR prochain

2. Réorganisation des services afin d'assurer un bon suivi des dossiers et une redevabilité à tous les autres membres de l'équipe ;
3. Organisation de séances de travail hebdomadaires au sein des services avec production d'un PV (canevas déjà élaboré par le SPIRS) ; Ok partons des réunions mensuelles
4. Participation des C/S aux rencontres mensuelles de suivi des dossiers par l'UF (lundi PM), représentation du C/S en cas d'indisponibilité avec obligation de CR lors des séances de travail hebdo du service ou alors élaboration de mémo avec transmission à toute l'équipe ; ok pour les séances mensuelles
5. Participation des CT PASS S aux séances de travail hebdo (mensuels) des différents services de la DDS avec obligation de CR à la coordination technique (DDS & CTI) ;
6. Utilisation de la fiche Excel de suivi de l'exécution mensuelle des activités (fiche déjà élaborée) avec synthèse à la fin du mois ; ok Je préfère que tous les services responsabilisent un collaborateur pour le suivi de la fiche, par un acte des chefs de service
7. Suivi des lettres de mission des CS avec évaluation trimestrielle ; les PF aussi doivent suivre celles des MCZS
8. Suivi de la MEO des recommandations concernant les différents services et élaboration de mesures correctrices si besoin ; c'est l'une des plus grandes faiblesses de la DDS. C'est au moment des grandes instances que l'on commence à évaluer le taux de réalisation des recommandations. Il est question de faire un suivi des principales recommandations issues des grandes réunions. Par ailleurs, à chaque réunion, les recommandations antérieures sont remises en cause ; il faut s'en inquiéter et corriger le tir !!!
9. Elaboration d'une liste d'IOV de suivi (+/- existantes) et suivi trimestriel ; ces IOV permettront de voir le chemin parcouru et de pouvoir suivre l'évolution de toutes ces mesures.
10. Rapportage de l'évolution du fonctionnement et de la performance des services lors des rencontres de la DDS (CODIR, CODIR élargi, autres rencontres...etc.) ; 1 mémo ou PV sanctionne le travail effectué au cours du mois dans le cadre de l'amélioration du fonctionnement de la DDS. Je pense que ce n'est pas superflu. Le canevas de PV élaboré par le service SPIRS peut être utilisé
11. Revisiter le contenu des lettres de mission des chefs de service et le lier aux indicateurs FBR pour la DDS (cf. document de cadrage du PRPSS)

### 3<sup>ème</sup> étape : Modalités de réussite

1. Engagement des chefs de service : pour le service rendu à la population, c'est pour cela qu'ils sont agents de l'Etat
2. Concevoir un masque de suivi de la MEO pour faciliter l'évaluation ;

3. Désignation d'un responsable pour coordonner tous ces volets du processus et faire les feed back au staff ;

**Document évolutif et dynamique avec modifications après partage au sein du BE et avec l'équipe de la DDS**

Synthèse de la répartition des agents mis à disposition de la DDS AD par le MS

- Total agents : 231
- 20 MD (8,7%) dont 16 généralistes et 4 (1,7%) spécialistes (3 gynéco, 1 chirurgien)
- 11 Infirmiers spécialisés (4,8%) : inspecteurs d'action sanitaire et techniciens supérieurs
- IDE 36 soit 15,6%
- SFE 14 soit 6,5%
- IB 123 soit 53,2%
- AS 17 soit 7,4%
- 12, soit 5,2% agents n'ont pas encore rejoint leur poste d'affectation (2 SFE, 1 gynéco, 6 IB, 1 TL B, 1 agent d'hygiène, 1 AS)
- Personnel qualifiés représentent 205/231 soit 88, 7% des agents