



CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2012

PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL AU
MINISTÈRE DE LA SANTÉ (AIMS)

BEN0801711



AIMS

Appui Institutionnel au Ministère de la Santé

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION	7
1.1 FICHE PROJET	7
1.2 PERFORMANCES DU PROJET	7
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE	8
1.4 RESUME	9
2 ANALYSE DE L'INTERVENTION	10
2.1 CONTEXTE	10
2.1.1 Contexte général.....	10
2.1.2 Contexte institutionnel.....	10
2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution.....	11
2.1.4 Contexte HARMO	11
2.2 OUTCOME	13
2.2.1 Analyse des progrès réalisés	13
2.2.2 Gestion des risques.....	19
2.2.3 Impact potentiel	22
2.2.4 Critères de qualité	22
2.3 OUTPUT 1	26
2.3.1 Analyse des progrès réalisés	26
2.3.2 Exécution budgétaire	35
2.3.3 Critères de qualité	35
2.4 OUTPUT 2	36
2.4.1 Analyse des progrès réalisés	36
2.4.2 Exécution budgétaire	42
2.4.3 Critères de qualité	42
2.5 OUTPUT 3	43
2.5.1 Analyse des progrès réalisés	43
2.5.2 Exécution budgétaire	49
2.5.3 Critères de qualité	49
2.6 OUTPUT 4	50
2.6.1 Analyse des progrès réalisés	50
2.6.2 Exécution budgétaire	52
2.6.3 Critères de qualité	52
3 THEMES TRANSVERSAUX	53
3.1 GENRE	53
3.2 ENVIRONNEMENT	53
4 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	54
4.1 PLAN D'ACTION	54
4.2 ENSEIGNEMENTS TIRES	54
5 ANNEXES	56
5.1 CADRE LOGIQUE D'ORIGINE.....	57
5.2 CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	64
5.3 APERÇU DES MOERESULTS	64

5.4	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	64
5.5	RESSOURCES	69
5.6	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI	70

Acronymes

AFD	Agence Française de Développement
AIMS	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
AMCES	Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales au Bénin
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
ANTS	Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine
AOF	Arrêté d'organisation et de fonctionnement
ARM3	Réduction de la Morbidité et de la Mortalité dues à la Malaria
AT	Assistants Techniques
BM	Banque Mondiale
CDTS AD	Centre Départemental de Transfusion Sanguine Atacora/Donga
CDTS MC	Centre Départemental de Transfusion Sanguine Mono/Couffo
CHPP/PSM	Country Health Policy Program/ Politique Sanitaire en Mouvement
CNEEP	Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CNTS	Centres Nationaux de Transfusion Sanguine
CODIR	Comité de Direction
CSC	Cahier Spécial des Charges
CSP	Comité Spécial des Partenaires
CTB	Agence Belge de Développement
CUS	Couverture Universelle en Santé
DCT	Directions Centrales et Techniques
DDS	Direction Départementale de la Santé
DHAB	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la maintenance
DIP	Direction de l'Informatique et du Pré-archivage
DIRO	Développement Institutionnel et Renforcement Organisationnel
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DTF	Dossier technique et Financier
EMP	Evaluation Mi-Parcours
FAREC	Fonds d'Appui à la réalisation d'Études et de Consultances
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FIT	Financial Information Tool
GTT	Groupe Thématique de Travail
HARMO	Harmonisation

HQ	Head Quarter/ siège
IHP+	International HealthPartnership
LMG	Leadership, Management et Gouvernance
LOGI GRH	Logiciel de Gestion des Ressources Humaines
MBB	Marginal Budgeting for Bottlenecks
MS	Ministère de la Santé
MSH	Management Sciences for Health
MUSA	Mutuelles de Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPP	Organe Paritaire de Partenariat secteur public-secteur privé
PARZS	Projet d'Appui au Renforcement des départements et Zones Sanitaires
PASS	Programme d'Appui Secteur de la Santé
PASTAM	Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle dans les départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo
P4H	Providing For Health
PISAF	Projet Intégré de Santé Familiale
PITA	Plan Intégré de Travail Annuel
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRPSS	Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé
PSER	Plan de Suivi Evaluation Revue
PSL	Produits Sanguins Labiles
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTD	Plan Triennal de Développement
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PV	Procès-verbal
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RH	Ressources Humaines
ROBS	Réseau des ONG Béninoises de Santé
RSS	Renforcement du Système de Santé
SDTS	Service Départementaux de Transfusion Sanguine
SIGFIP	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SGM	Secrétariat Général du Ministère
SMCL	Structure mixte de concertation locale
ST	Services de Transfusion
SWOT	Strenghts, Weaknesses, Opportunities,Threats

TdR	Termes de Références
UAC	Unité d'Appui Conseil
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone Sanitaire

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche projet

Nom du projet	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé - AIMS
Code du projet	BEN 08 017 11
Emplacement	Niveau central du Ministère de la santé
Budget	5 721 621 € (dont 603 149 de la contribution nationale)
Institution partenaire	Ministère de la santé
Date de la Convention de mise en œuvre	26.01.2009
Durée (mois)	48 mois (+ 7 mois de prorogation) : 55 mois
Groupes cibles	Cadres des services centraux du MS et du niveau intermédiaire
Impact¹	L'état de santé de la population béninoise est amélioré à travers le renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de mise en œuvre du PNDS
Outcome	Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces
Outputs	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées 2. Les fonctions normatives et réglementaires du MS sont assurées sur base de décisions appuyées par l'expérience du terrain issue de la mise en œuvre du PNDS (fonctions régaliennes) 3. Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public, les PTF, les différents ministères impliqués dans la santé et entre offre et demande sont clarifiés et intensifiés 4. Les acquis du projet d'amélioration de la sécurité transfusionnelle dans les départements de l'Atacora/Donga et du Mono/Couffo (PASTAM) sont renforcés

1.2 Performances du projet

Tableau logique d'intervention.²

	Effizienz	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique : Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du MS sont opérationnelles et efficaces	B	A	B
Résultat 1 : L'organisation interne du MS et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées	B	A	A

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

² A = Très bonnes performances, B = Bonnes performances, C = Faibles performances, D = Problématique

	Efficienc	Efficacit	Durabilit
Résultat 2 : Les fonctions normatives et réglementaires du MS sont assurées sur base de décisions appuyées par l'expérience du terrain issue de la mise en œuvre du PNDS (fonctions régaliennes)	B	B	B
Résultat 3 : Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public, les PTF, les différents ministères impliqués dans la santé et entre offre et demande sont clarifiés et intensifiés	B	B	C
Résultat 4 : Les acquis du projet d'amélioration de la sécurité transfusionnelle dans les départements de l'Atacora/Donga et du Mono/Couffo (PASTAM) sont renforcés	B	A	B

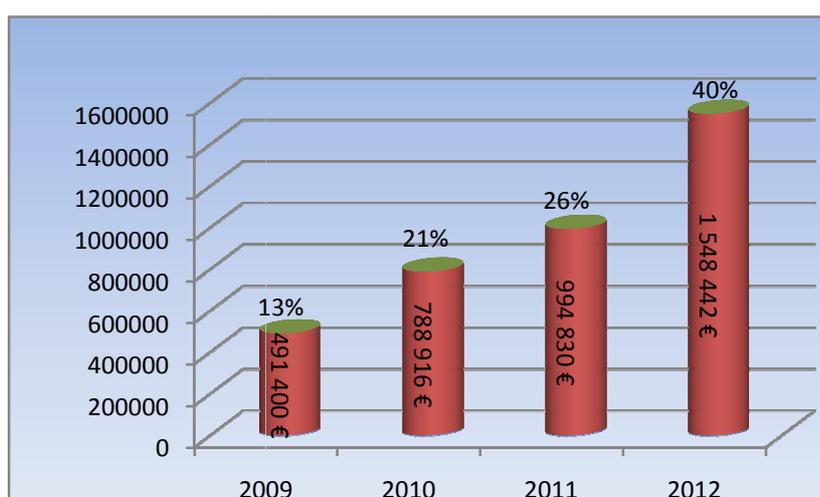
1.3 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année 2012	Dépenses totales au 31/12/12	Solde	Taux de décaissement total
5.118.472,43 €	1.548.442€	3 823 588€	1.294.884 €	75 %

Aux dépenses encodées dans FIT, il faut ajouter deux PHQ décaissés en 2012 dont la comptabilisation dans FIT n'interviendra qu'en 2013 avec incidence sur la comptabilité de 2012. Le premier PHQ concerne 198 000 € décaissés pour l'acquisition de trois véhicules de collecte mobile de sang au bénéfice de l'Agence Nationale de Transfusion Sanguine (ANTS), le second paiement est relatif à la dernière mission de l'appui scientifique de KIT pour un montant de 25 877 €. Ces 2 PHQ ont été pris en compte dans le calcul du taux d'exécution réel de 2012 mais ne seront enregistrés dans le FIT qu'en février 2013 au compte de 2012 (pour régularisation). Ce qui explique la différence de taux d'exécution 2012 qui est de 75% sur la base des décaissements réels mais seulement de 70% dans le FIT.

Performance financière de l'exercice 2012 :

Fig. : Part relative annuelle dépenses totales AIMS



Les dépenses 2012 représentent 40% de la totalité des dépenses AIMS depuis son démarrage. Sur un budget total de 1 454 286 € (du PTAAIMS 2012), 1 549 564 € ont été déboursés au 31/12/2012, soit un taux d'exécution de 107%.

Synthèse budgétaire par résultat au 31/12/2012

Budget line	Activités	Fin Mode	Budget vr. K01 (A) approuvé par SMCL de Juil.2012	Total dépenses au 31/12/2012	% Exécution financière au 31/12/2012
	Moyens spécifiques		2 152 354	1 567 702	73%
R 1	L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les Directions au niveau central sont renforcées		923 443	701 144	76%
R 2	Les fonctions normatives et réglementaires du MS sont assurées sur base de décisions appuyées par l'expérience du terrain issue de la mise en œuvre du PNDS (fonctions régaliennes)		317 373	264 740	83%
R 3	Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public collectivités locales, PTF et autres Ministères concerné par la santé sont clarifiés et intensifiés.		172 371	108 701	63%
R 4	Les acquis du Projet d'Amélioration de la sécurité Transfusionnelle sont renforcés		739 167	493 117	67%
Z	Moyens généraux		2 963 069	2 393 392	81%
		REGIE	3 240 926	2 509 084	77%
		COGESTION	1 877 547	1 314 504	70%
		TOTAL	5 118 472	3 823 588	75%

1.4 Résumé

<ul style="list-style-type: none"> Sensé clôturer en mai 2013, AIMS a été prorogé jusque fin novembre 2013 (+ 7 mois)
<ul style="list-style-type: none"> Les GTT ont fait l'objet d'une restructuration avec comme éléments nouveaux leur arrimage aux domaines stratégiques du PNDS et la coprésidence par les PTF. Les GTT restructurées ont été responsabilisés pour le développement de l'approche Country Health Policy Process (CHPP/PSM) au Bénin.
<ul style="list-style-type: none"> L'effectivité du cycle d'apprentissage institutionnel avec publication d'un livret sur les réflexions et perspectives relatives au développement du RAMU
<ul style="list-style-type: none"> L'ancrage de l'AIMS au sein du Secrétariat Général du Ministère de la santé lui a permis d'avoir accès à un certain nombre d'instances importantes du secteur (CODIR SGM, CODIR élargi, revue annuelle PITA 2012 du MS et perspectives etc.) auxquelles les autres coopérations n'ont habituellement pas accès.
<ul style="list-style-type: none"> Le taux d'exécution de l'AIMS au cours de la période sous revue a été 107% comparativement à la ProFin 2012Q1 et de 93% comparativement à la ProFin 2012Q2

Fonctionnaire exécution nationale ³	Fonctionnaire exécution CTB ⁴
Coffi AGOSSOU	Evariste LODI-Okitombahe

³ Nom et signature

⁴ Nom et signature

2 Analyse de l'intervention⁵

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

La diminution du budget national du secteur par rapport à 2010 et 2011 (suite à la faible trésorerie de l'Etat) et les problèmes liés à la fonctionnalité du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) ont entraîné une augmentation de demandes d'appuis complémentaires au projet au cours de l'année sous revue.

Le décret du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé a créé une 4^{ème} Direction centrale, celle de l'informatique et du pré-archivage (DIP) en charge de la conception, la mise en œuvre, la coordination et le suivi-évaluation d'actions intégrées visant à la gestion des connaissances au sein du secteur. Cette Direction clé aurait pu contribuer au renforcement du cycle d'apprentissage institutionnel (cheval de bataille du Programme d'Appui au Secteur de la Santé) si elle était devenue fonctionnelle au cours de la période sous revue.

2.1.2 Contexte institutionnel

L'ancrage institutionnel est et demeure très approprié (pertinent). Le projet a eu accès aux CODIR (Comité de Direction) « élargis » trimestriels du Ministère de la Santé (MS) qui se sont tenus régulièrement au cours de l'année sous revue. Il a aussi pris part aux CODIR du Secrétariat Général du Ministère (SGM) qui n'ont malheureusement pas été très réguliers en 2012. Les rencontres trimestrielles avec le SGM et les Directions Centrales et Techniques (DCT) du MS pour le suivi de la mise en œuvre du plan de travail annuel (PTA) AIMS ainsi que celles bimensuelles avec les points focaux AIMS auprès des DCT se sont globalement tenues comme prévu. Ces quatre instances, en plus des réunions trimestrielles MS/partenaires techniques et financiers (PTF), les réunions PTF santé, la revue annuelle des performances, la revue du plan intégré de travail annuel (PITA) MS 2012 et la planification 2013 du MS et autres coopérations etc. ont permis d'échanger suffisamment et de vive voix avec les acteurs clés du secteur sur la situation de ce dernier. Ce qui a naturellement contribué à l'opérationnalisation et à l'efficacité des fonctions de coordination, de planification et de suivi évaluation que l'AIMS appuie dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire (PNDS).

Les groupes techniques de travail (GTT) ont été restructurés avec comme éléments nouveaux leur arrimage aux différents domaines prioritaires du PNDS et leur présidence assurée conjointement par les Directions Centrales et Techniques et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). La co-présidence des GTT vise entre autres un niveau d'appropriation par les acteurs, ce qui devrait en principe réduire l'appui de l'AIMS à leur fonctionnement.

Les missions P4H (Providing for health) et la participation des responsables nationaux et AT de l'AIMS et PARZS aux journées sectorielles santé à Bruxelles sur la couverture universelle en santé (CUS) ont renforcé l'engagement du PASS dans le développement du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).

Le fait que l'USAID ait monté un projet tout entier (de ~2,5 millions \$ US) d'appui du MS en Leadership, Management et Gouvernance (LMG) a entraîné la révision à la baisse de l'appui AIMS à cette thématique.

⁵ Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

L'amélioration du dialogue avec les partenaires sociaux a évité des mouvements sociaux qui auraient pu perturber le cours normal de l'intervention AIMS comme cela a été le cas dans le passé.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Les modalités d'exécution du projet telles que définies dans le DTF sont **très bien appropriées**. Le bilan des effets de ces modalités d'exécution sur le déroulement de l'intervention est globalement positif.

En effet, le cadre légal et responsabilités administratives qu'est la Convention Spécifique relative à l'intervention "AIMS" est rigoureusement respecté par les deux parties. Il en est de même pour les responsabilités techniques et administratives qui sont assumées de façon conjointe par les parties béninoise et belge. Le niveau de fonctionnement des structures d'orientation et de suivi (SMCL, revue annuelle conjointe (RAC), Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CNEEP) etc.) est globalement satisfaisant. La SMCL se réunit régulièrement et l'Unité d'Appui Conseil (UAC) du projet fonctionne de façon satisfaisante.

Les responsabilités financières sont également correctement assumées de sorte que l'audit administratif et financier dont le projet a fait l'objet au cours de l'année sous revue n'a relevé aucun problème majeur.

2.1.4 Contexte HARMO

Harmonisation

Le projet a fait partie de l'équipe du MS qui a représenté le Bénin à la quatrième réunion des équipes chargées du secteur de la santé à Nairobi dans le cadre du IHP+ avec comme thème "Accélérer les progrès, pérenniser les résultats". L'objet de la réunion était de convenir des moyens permettant au Partenariat IHP+ d'améliorer plus rapidement les résultats sanitaires en renforçant l'efficacité de l'aide. Au cours de cette réunion, l'accent a été mis entre autres sur le recensement des obstacles et facteurs d'incitation en matière d'harmonisation et d'alignement et les mesures à prendre afin d'accélérer les progrès et d'atteindre les résultats.

Le projet a pu prendre part, aux côtés d'autres coopérations aux deux missions P4H d'appui au dispositif du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). C'est dans ce cadre qu'il s'est engagé (à travers un plan d'appui conjoint) à renforcer les compétences des cadres de l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) au développement du RAMU (cf formations COOPAMI en Belgique et au Niger, atelier à Marrakech sur comment cibler les plus démunies) et l'appui à la réalisation de l'état des lieux national des mutuelles de santé.

Le fait de prendre part et d'inviter les autres coopérations (UNICEF, USAID, Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé/Banque Mondiale, FNUAP, Agence Française de Développement) aux sessions de revue des PTA 2012 et planification 2013 fait partie des efforts d'harmonisation et de complémentarité entre intervenants.

L'organisation des rencontres régulières présidées par le SGM autour de l'intégration des appuis institutionnels vise à renforcer également l'harmonisation.

Alignement

Les procédures suivies pour les marchés publics sont celles de la Belgique pour les marchés en régie et celles du Bénin pour les marchés en cogestion.

Point d'alignement important: le projet AIMS n'a pas d'activités propres. Il soutient certaines activités des PTA des directions et programmes pertinentes aux résultats du projet et formatées selon les exigences de suivi de la CTB.

Le MS n'a pas mis en place un système unique de rapportage des réalisations des projets. Le projet AIMS suit donc les modèles de la CTB, approuvés par le Comité de pilotage (SMCL).

La perspective de « contrats d'exécution » avec les CDTS de Lokossa et Natitingou, avec AMCES et ROBS est un autre élément important d'alignement (et d'appropriation). Un contrat d'exécution permet qu'une partie des moyens apportés par un projet soit gérée directement par une institution bénéficiaire. Le contrat définit ainsi les dispositions générales et administratives relatives à la mise en œuvre de certaines activités par cette institution.

Appropriation

Le renforcement du leadership du MS est l'objectif central du projet. Le projet s'abstient rigoureusement de toute substitution et dépend des mécanismes de prise de décision du MS lui-même, sauf en ce qui concerne les financements des activités des PTA, qui sont soumis à une série de critères définis par le projet en fonction de l'objectif spécifique du DTF.

L'institution partenaire (le MS) exerce son leadership dans la mise en œuvre du projet au jour le jour à travers le responsable national du projet aussi pleinement lors des séances de travail hebdomadaires entre les responsables du projet et le SGM, lors des rencontres de suivi de la mise en œuvre du projet par le SGM et DCT, lors des sessions de SMCL etc.

2.2 Outcome

2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Outcome : Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes du MS						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2011 ⁶	Progrès année 2012 ⁷	Cible année 2012 ⁸	Cible finale ⁹	Commentaires
Qualité de la planification et du suivi de la mise en œuvre des PTA sectoriels intégrés (processus de la planification ascendante, qualité du PTA et du rapport de performance).	<ul style="list-style-type: none"> Non déterminé 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité manuel procédures planification ascendante ne prenant pas en compte le niveau central Existence d'un PTA sectoriel (résultat de l'agrégation de plusieurs plans) Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité manuel de planification prenant en compte le niveau central Existence d'un PTA sectoriel consolidé Disponibilité d'un PSER du PNDS sans plan d'action Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière 	<ul style="list-style-type: none"> Manuel de planification ascendante validée et utilisée Existence d'un PTA sectoriel unique intégré PSER du MS finalisé avec plan d'action et utilisé Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière (PTD 2013-2015 élaboré) 	<ul style="list-style-type: none"> Effectivité du processus de planification ascendante Plan d'action du PSER du MS mis en œuvre PTD 2013-2015 mis en œuvre Protocole d'accord du Compact actualisé Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière 	<p>L'AIMS ne dispose pas de Baseline. C'est le rapport de l'audit organisationnel du MS réalisé en 2008, sur base duquel le projet a été formulé qui est considéré comme Baseline.</p> <p>Bien qu'en cours de validation au niveau national, le manuel de PA a pu être finalisé et l'application d'intégration est encore en cours d'élaboration. A la fin 2013, on s'attend à ce que la PA soit effective et que le PSER du PNDS soit également validé et mis en œuvre</p>

⁶ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N-1.

⁷ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

⁸ La valeur cible à la fin de l'année N.

⁹ La valeur cible à la fin de l'intervention.

Outcome : Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes du MS

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2011 ⁶	Progrès année 2012 ⁷	Cible année 2012 ⁸	Cible finale ⁹	Commentaires
Inventaire des stratégies du MS validées se basant sur un travail participatif et répondant à un besoin de terrain	Non déterminé	<p>Deux stratégies ont été élaborées (avec l'appui de l'AIMS):</p> <p>Directives nationales de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - supervision - monitoring 	<p>Directives nationales de supervision et monitoring</p> <p>Directives nationales d'évaluation de la fonctionnalité des ZS (testées sur le terrain)</p> <p>Protocoles de prise en charges des patients dans les hôpitaux</p> <p>Normes des soins infirmiers</p> <p>Actualisationnormes des équipements biomédicaux</p>	Validation et traduction opérationnelles des différentes stratégies de l'année N	<p>L'évaluation annuelle de la fonctionnalité des ZS par les DDS est effective</p> <p>Effectivité de l'utilisation des différentes stratégies élaborées</p>	

Outcome : Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes du MS

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2011 ⁶	Progrès année 2012 ⁷	Cible année 2012 ⁸	Cible finale ⁹	Commentaires
<p>Inventaire des problèmes de fonctionnement au sein du MS et d'interactions avec le terrain ainsi que les autres acteurs du secteur <u>pour lesquels une solution satisfaisante a été trouvée</u></p>	<p>Non déterminée</p>	<p>Faible qualité de la supervision et du monitoring</p> <p>Insuffisance du suivi évaluation au sein du secteur</p>	<p>Difficulté de fonctionnement et inefficacité des GTT</p> <p>Non effectivité du processus de planification ascendante</p> <p>Faible qualité des soins au sein des formations sanitaires</p> <p>Faible performance du système de santé dans son ensemble (d'où le FBR)</p> <p>Faible capacité de gestion des connaissances au sein du secteur</p>	<p>Non effectivité du processus de planification ascendante</p> <p>Le fonctionnement des GTT restructurés piétine</p> <p>Le système de suivi évaluation demeure faible</p> <p>Le processus de gestion des connaissances n'est pas encore optimal</p>	<p>Identification des nouveaux problèmes de fonctionnement</p>	<p>Cet indicateur est en lien étroit avec le précédent</p>

<p>Evolution des opportunités de financement : financement conjoint de plusieurs PTF / bailleurs</p>	<p>Non déterminée</p>	<p>La plateforme Renforcement du Système de Santé, à laquelle AIMS a travaillé, offre un cadre général à plusieurs partenaires pour soutenir l'approche de paiement basé sur la performance des structures sanitaires</p>	<p>A travers un plan d'appui conjoint au RAMU, il y a eu un accord de financement conjoint de l'état des lieux des MUSA (CTB, coopération suisse et PISAF)</p> <p>Le projet d'appui au développement de Leadership, Management, Gouvernance a fait aussi l'objet d'un accord de financement conjoint USAID, CTB et UNFPA</p> <p>Idem avec l'exercice de planification ascendante, le projet d'élaboration de la carte sanitaire etc.</p>	<p>Etat des lieux des mutuelles de santé réalisé</p> <p>Les financements conjoints prévus dans l'année sont réalisés</p>	<p>Les financements conjoints possibles sont réalisés</p>	
<p>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome : Analyse de la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome</p>						
<p><i>Lien entre les outputs et l'outcome : (Comment) les outputs contribuent-ils (toujours) à l'atteinte de l'outcome ?</i></p>	<p>Une bonne organisation interne des services centraux et des interactions entre eux à travers des instances de concertation/échanges prévus à cet effet sont des préalables à la coordination technique, voire à la planification et suivi évaluation conjoints de la mise en œuvre du PNDS.</p> <p>La prise en compte/valorisation des évidences générées des expériences de terrain dans la définition des politiques et stratégies sectorielles, des normes et réglementation permet au niveau central du MS de mieux jouer son rôle régalién, particulièrement en ce qui concerne l'exercice des fonctions de planification, de coordination et de suivi évaluation dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS.</p> <p>Le partenariat, qu'il soit public/privé, avec les collectivités décentralisées ou les PTFs, creuset du Compact et donc de l'approche sectorielle se matérialise à travers les fonctions de planification, de coordination et de suivi-évaluation du secteur.</p> <p>Le renforcement des acquis du PASTAM est un output ciblé. Il passe par celui des fonctions de planification, de coordination</p>					

	<p>et de suivi-évaluation du sous-secteur de la transfusion sanguine qui est un des segments du système de santé.</p> <p>L'un dans l'autre, c'est l'opérationnalisation et l'efficacité des fonctions objet de l'intervention AIMS qui sont visées.</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>La qualité de la planification opérationnelle sectorielle n'est pas encore optimale mais elle s'est nettement améliorée (en termes de processus et du produit – PTA sectoriel consolidé). De nombreux chantiers sont en cours pour pouvoir l'améliorer davantage (planification ascendante intégrée à l'aide d'une application informatique conçue à cet effet). Le rapport de performance est quant à lui produit chaque année et certifié par les instances compétentes. Le processus du suivi évaluation est celui qui nécessite encore beaucoup d'efforts. Bien que le Plan de Suivi Evaluation Revue (PSER) du PNDS soit produit et validé (avec amendement), son plan d'action n'est pas encore élaboré. Autrement dit, le PSER attend toujours sa traduction opérationnelle.</p> <p>Bon nombre de stratégies sectorielles répondant aux besoins de terrain ont été produites de façon participative et certaines d'entre elles validées (cf supra). Leur traduction opérationnelle est en cours. Les progrès au niveau de cet indicateur sont significatifs par rapport à l'outcome. En effet, c'est à partir des exercices de suivi évaluation, d'analyse des bilans (rapports de performances), des divers échanges (cf interfaces de concertation aux différents paliers de la pyramide sanitaire) que sont identifiés des besoins de développement des stratégies ciblées. Ces dernières sont planifiées, élaborées et ensuite développées de façon participative.</p> <p>Bon nombre de problèmes de fonctionnement ont été identifiés au cours de l'année sous revue (cf supra), problèmes auxquels des solutions idoines ont été apportées ou sont en cours de l'être. Comme pour l'indicateur précédent, c'est à partir des exercices de suivi évaluation, d'analyse des bilans (rapports de performances) et des divers échanges (cf interfaces de concertation aux différents paliers de la pyramide sanitaire) que sont identifiés des problèmes de fonctionnement pour lesquels il est identifié des solutions correctrices qu'on retrouve dans les (micro)plans semestriels ou annuels.</p> <p>Au cours de l'année sous-revue, il a été identifié au moins quatre principales opportunités de financement conjoint des PTF (cf supra). Ces opportunités ont fait l'objet des accords tacites de financement conjoint qui sera effectif courant 2013 (cf supra). En même temps, il sera procédé à l'identification des nouvelles opportunités de financement lors des ateliers de revue de performance et de planification conjointes.</p>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La baisse du budget national au cours de l'année sous revue et les difficultés habituelles de fonctionnement du SIGFIP n'ont pas été sans influence négative sur le déroulement du projet en termes d'accroissement des requêtes d'appui adressées à l'AIMS ; • L'ancrage de l'AIMS au sein du SGM et son implantation physique dans l'enceinte du MS lui confèrent des avantages

	<p>(pour son déroulement) que les autres coopérations n'ont pas toujours;</p> <ul style="list-style-type: none"> • La restructuration des GTT permet non seulement d'améliorer leurs productions mais aussi de renforcer le dialogue politique et technique et la coordination technique au sein du secteur ; • La régularité de l'organisation des grandes instances du MS au cours de l'année sous revue a visiblement contribué à l'amélioration de beaucoup d'aspects de planification et de coordination technique sectorielles ; • Les opportunités d'appui financier conjoint ont contribué à l'amélioration de l'harmonisation entre partenaires ; • Des échanges soutenus avec les partenaires sociaux courant 2012 ont évité des mouvements sociaux qui auraient pu perturber le cours normal de l'AIMS ; • La participation des PTF à la validation du PITA 2013 du MS, aux revues annuelles et exercices de planification de chacun d'eux a contribué au renforcement de l'harmonisation et de l'alignement.
<i>Résultats inattendus :</i>	<p>Le plus grand résultat inattendu a été la naissance du projet d'appui au renforcement des capacités des cadres du MS en Leadership, Management et Gouvernance par l'USAID (~2,5 millions de dollars US) suite aux efforts/démarches d'appui à cette thématique par l'AIMS.</p>

2.2.2 Gestion des risques

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total ¹⁰	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Les grèves à répétition dans le secteur: existence de risque de perturbation de l'exécution de l'intervention, comme c'est le cas au cours des années antérieures (2010 et 2011 en partie)	Q1 2012	Risque pour le développement	Moyenne	Elevé	C	Concertation trimestrielle avec les partenaires sociaux (syndicats)	MS	Continue	Toutes les concertations prévues ont eu lieu Aucune grève n'a eu lieu au cours de la période sous-revue	Risque persistant. Suivi à poursuivre
Réticence palpable de certains acteurs (notamment certains PTF) de s'inscrire dans la dynamique des groupes de travail sectoriels (défi de coordination technique)	Q1 2012	Risque pour le développement	Moyenne	Moyenne	B	Appui technique aux DCT (présidents des GTT) Poursuite de l'appui au SGM pour le suivi du fonctionnement des GTT	SGM	Continue	Nombreux PTF se sont inscrits dans les GTT et participent à leur animation Trois GTT (sur 7) fonctionnent actuellement	Risque persistant. Suivi à poursuivre
Réticence apparente de certains acteurs de s'inscrire dans la logique d'un plan	Q1 2012	Risque pour le développement	Moyenne	Moyenne	B	Appui à l'actualisation des directives de planification ascendante	DPP	Continue	Volonté affirmée du MS PTA intégré unique du secteur en cours de validation	Risque faible

¹¹ A = Très bonne performance, B = Bonne performance, C = Faible performance, D = Problématique

de travail annuel unique consolidé du secteur (défi de coordination technique)						Appui AIMS pour la consolidation du PTA du secteur			La majorité des PTF ont adhéré au processus	
Poursuite des supervisions verticales par les DCT et les Programmes du MS	Q2 2012	Risque pour le développement	Elevée	Faible	B	Formation des acteurs aux nouvelles directives de supervision intégrée	SGM	Continue	Faible mise en œuvre de la supervision intégrée	Risque faible mais persistant
						Suivi de la mise en œuvre de l'approche de supervision intégrée				
Persistance des interférences dans l'exécution des activités programmées avec risque de retard	Q2 2012	Risque opérationnel	Moyenne	Elevée	C	Réunions mensuelles de suivi du PTA avec les Points Focaux des directions	AIMS	Continue	Meilleur suivi de l'exécution du PTA	Risque persistant
						Retraites trimestrielles AIMS/DCT de suivi de l'exécution du PTA de l'AIMS	SGM			
Retard accusé par les fournisseurs et/ou prestataires des services dans l'exécution des marchés à eux confiés	Q1 2012	Risque opérationnel	Moyenne	Elevée	C	Suivi de l'exécution des prestations par l'AIMS (à l'aide d'une fiche)	AIMS	Continue	Quelques marchés ont été bouclés grâce à un suivi rigoureux. Mais quelques-uns sont actuellement en retard sur le planning	Risque persistant
						Rigueur dans l'application de pénalités en cas de retard	AIMS			

Insuffisance du personnel affecté aux CDTS	DTF	Risque pour le développement	Moyenne	Moyen	B	Affecter un personnel suffisant dans les CDTS AD et MC	MS	Clôture du projet	Compte tenu de la pénurie générale de personnel de l'Etat il est envisagé un recrutement par l'ANTS dont l'équipe est quasi-totale depuis novembre 2012 et l'installation du Conseil d'Administration attendue.
--	-----	------------------------------	---------	-------	---	--	----	-------------------	---

2.2.3 Impact potentiel

L'amélioration de l'état de santé de la population béninoise est l'objectif général auquel sont censées contribuer les actions de différents secteurs dont la santé. La contribution du secteur de la santé à cet objectif général est déclinée à travers les trois objectifs sectoriels du PNDS, à savoir :

- 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

L'AIMS a pour mission de contribuer à la mise en œuvre du PNDS à travers l'appui aux fonctions de planification, de coordination et de suivi-évaluation. Le renforcement de ces principales fonctions contribue à l'atteinte des objectifs sectoriels, donc à l'amélioration de la performance du système de santé. Cela est naturellement en complémentarité et synergie avec d'autres appuis dans une démarche globale d'approche sectorielle.

2.2.4 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?		
<input checked="" type="checkbox"/>	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?		
<input type="checkbox"/>	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
<input checked="" type="checkbox"/>	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
<input type="checkbox"/>	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.
2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)		

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?

<input type="checkbox"/>	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input checked="" type="checkbox"/>	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
<input type="checkbox"/>	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
<input type="checkbox"/>	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.

2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?

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

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

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

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

<input type="checkbox"/>	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
<input checked="" type="checkbox"/>	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input type="checkbox"/>	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?

<input checked="" type="checkbox"/>	A	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
<input type="checkbox"/>	B	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

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

Critères	Note¹¹
Pertinence	A
Effcience	B
Efficacité	B
Durabilité	B

¹¹ A = Très bonne performance, B = Bonne performance, C = Faible performance, D = Problématique

2.3 Output 1

2.3.1 Analyse des progrès réalisés

Output 1: L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2011	Progrès 2012	Cible 2012	Cible finale	Commentaires
Nombre de directeurs accompagnés ayant effectivement, sur base des fiches de suivi, utilisé les outils et méthodes de gestion du changement	N/A	Recherche d'une expertise en LMG pour accompagner le MS. Négociations avec MSH Boston pour un accompagnement en LMG	Mission exploratoire MSH en appui au consortium USAID/PISAF/UNFPA/ AIMS Formation de cadres du MS sur les outils de LMG par l'USAID et ARM3	Cycle complet d'accompagnement des DCT en Leadership, Management et Gouvernance (LMG)	Tous les directeurs du MS et les DDS sont formés en LMG et savent utiliser les outils et méthodes appropriés	Il n'y a pas eu de valeur de Baseline pour cet indicateur. Les rapports de l'audit du MS 2008 et des Etats généraux de la santé de 2007 qui ont servi de base à la formulation du projet ont souligné les insuffisances de gouvernance au sein du secteur et recommandé notamment la nécessité de renforcer les capacités des cadres du MS en leadership et management. L'AIMS a recherché la synergie avec d'autres partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de cette activité. La thématique a suscité l'intérêt particulier de l'USAID (membre du consortium), qui depuis la mission exploratoire a décidé d'en faire un projet sur plusieurs années au

						profit du MS d'une valeur de plus de \$2,5 millions. Le MS en a fait aussi une priorité, qui s'est traduite en 2012 par 02 formations au profit des cadres (par ARM3 et le PISAF). Le projet AIMS, après concertation avec le MS, se concentrera pour la suite (en 2013) sur les cadres des DDS.
Prise des décrets et textes d'application de la réforme organisationnelle et institutionnelle du MS	Non déterminé	Prise de 10 arrêtés sur 10 attendus portant organisation et fonctionnement des DCT du MS (Décret mars 2010)	- Nouveau décret portant AOF du MS le 13 août 2012 - Arrêtés des 11 directions en cours de validation	Toutes les directions (11) disposent d'un arrêté conforme au décret portant AOF du MS.	Toutes les directions (11) disposent d'un arrêté conforme au décret portant AOF du MS.	Pas de valeur Baseline pour cet indicateur. L'audit institutionnel du MS de juin 2008 a recommandé une réorganisation du niveau central du MS que l'AIMS a pour mission d'appuyer. Un second décret réorganisant le MS a été pris en août 2012 après celui de mars 2010. Ce qui explique la reprise des textes d'application qui sont en cours de validation.

Les postes, les rôles et les résultats à obtenir sont décrits et clairs pour chaque service du MS central	Non déterminé	- lettre de mission du MS adressée à chaque DCT, indiquant clairement les résultats attendus - Arrêtés décrivent les postes clés au sein des différentes directions - Elaboration cadre organique du MS	- Cadre organique du MS validé décrivant les postes et rôles de chaque service - Arrêtés décrivent les postes clés au sein des différentes directions	Tous les postes au sein du MS disposent d'un descriptif et d'une lettre de mission	Tous les postes au sein du MS disposent d'un descriptif et d'une lettre de mission	L'absence de valeur de Baseline s'explique par les mêmes raisons.
Lettre d'orientation envoyée (fin février) pour l'élaboration participative du plan d'action annuel sectoriel intégré à la mi-mai (1 fois / an)	Lettre envoyée en mai	Lettre envoyée en février	Lettre envoyée en février	Lettre envoyée en février	Lettre envoyée en février	
Nombre de plans opérationnels annuels issus de la planification ascendante participative et intégrée et revue annuelle	Non déterminé	Toutes les directions (11) ont élaboré un plan opérationnel à partir des priorités sectorielles	Toutes les directions (11) ont élaboré un plan opérationnel chacune son PTA à partir des priorités sectorielles	Toutes les structures du MS disposent chacune d'un plan opérationnel intégré dans le PTA consolidé du MS.	Toutes les structures du MS disposent d'un plan opérationnel intégré dans le PTA sectoriel unique élaboré de façon ascendante	

Disponibilité d'un plan d'action intégré et participatif au niveau du MS et en lien avec le PNDS	Inexistence d'un PTA intégré du secteur	Existence d'un document unique de PTA issu de l'agrégation des différents PTA par la DPP	Existence d'un PTA unique agrégé du MS aligné sur le PNDS	PTA sectoriel unique consolidé issu d'un processus ascendant et participatif (2013)	PTA sectoriel unique participatif ascendant et consolidé aligné sur le PNDS.	La volonté du MS de disposer d'un plan de travail unique a été maintes fois réaffirmée par le Ministre. Mais le processus actuel permet d'avoir un plan agrégé plutôt qu'un PTA intégré. L'opérationnalisation du manuel de procédures de planification ascendante avec l'application informatique de consolidation permettra d'avoir en 2013 un PTA intégré.
Définition et adoption d'un jeu d'indicateurs systémiques du PNDS (< 25)	Inexistence d'un jeu d'indicateur du PNDS	Définition d'un jeu de 28 indicateurs pour le suivi du PNDS	Plan de suivi et revue validé comprenant 28 indicateurs systémiques	Existence d'un plan de suivi validé comportant 28 indicateurs pour le suivi du PNDS	Plan de suivi du PNDS comportant 28 indicateurs	
Nombre de stratégies / normes élaborées au niveau central avec l'appui des groupes thématiques répondant aux vrais besoins de terrain et validées par les organes de décision (CODIR, CNEEP, RAC)	Inexistence de stratégies et normes élaborées grâce au GTT	02 stratégies élaborées	01 stratégie élaborée: Document sur l'évaluation de la fonctionnalité et la performance des ZS. Une 2 ^{ème} a été ébauchée : état des lieux du financement du secteur de la santé en vue de l'élaboration des stratégies de financement du secteur	Non déterminé	Non déterminé	
Les cadres du MS ont accès aux mises à jour	- Accès limité aux	Disponibilité d'un plan de mise en	- Archivage physique et électronique dans	- L'accès à l'information	Les cadres du secteur	L'appui de l'AIMS consiste en une stratégie globale de

des statistiques / stratégies / normes / procédures du MS ainsi que des rapports de supervision / rapports annuels des partenaires / rapport des groupes thématiques / expériences documentées sous forme papier ou électronique	informations sanitaires sous forme papier dans les centres de documentation - Pas/faible accès aux informations sanitaires sous forme électronique	place de système d'archivage physique et électronique pour 11 DCT	03 directions facilitant l'accès à l'information - Documents stratégiques, thématiques, opérationnels et rapports statistiques postés sur le Site Web du MS activé avec l'appui du projet	sanitaire sous forme papier et électronique de 11 directions du MS est amélioré à travers l'archivage physique et électronique - Les cadres du secteur ont accès à l'information sanitaire sous forme électronique via le site web du MS	ont accès à l'information sanitaire actualisée sous forme papier et électronique	gestion des connaissances au MS : site web actif, archivage, renforcement du fonctionnement du centre documentaire du MS, etc.
Le document stratégique par rapport au concept de la supervision intégrée sur des objectifs systémiques, avec une révision du système de prime des supervisions centrales, est développé et validé	- Non disponibilité du document de supervision intégré révisé -Système de prime de supervision non révisé	-Disponibilité du document de supervision intégré -Système de prime de supervision non révisé	-Disponibilité du document de supervision intégré -Système de prime de supervision non révisé	- Non déterminé	Disponibilité du document de supervision intégrée révisé	La révision de primes de supervision n'a plus été prioritaire pour le MS et n'a pas fait l'objet d'action dans le cadre de l'intervention.
% des femmes qui participent aux formations et aux groupes de travail	Non déterminé	18%	20% (selon une estimation du service de la DPP en charge du volet genre)	Non déterminé	Non déterminé	Aucune valeur de référence n'existe pour cet indicateur dont l'objet est en partie (groupes de travail) mis en place par l'intervention.

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹²	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
A.1.1. Accompagner le renforcement des capacités des responsables des niveaux central et intermédiaire en gestion de changement		X			
A.1.2.Appuyer la mise en place d'un cadre organique conformément au nouveau décret			X		<p>Deux contraintes expliquent la faible exécution de cette activité :</p> <p>Le retard dans la finalisation et la validation du plan triennal de formation du MS. Des problèmes liés à la remise en cause de la méthodologie d'élaboration dudit plan par une partie des acteurs, la lenteur du processus de certification du plan par le ministère en charge de la fonction publique sont à la base de ce retard.</p> <p>La faisabilité de la dissémination du cadre organique a été jugée difficile compte tenu du volume du document qui est de 4000 pages.</p>

¹²

A : Les activités sont en avance

B : Les activités sont dans les délais

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

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

A.1.3. Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau central		X			
A.1.4. Dynamiser la capacité de coordination du MS par la mise à disposition d'une expertise mixte positionnée au SGM	X				
A.1.5. Renforcer les capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation du Ministère de la Santé (GTT, CODIR, RAC, CNEEP)	X				
A.1.6. Appuyer la révision du système de supervision du niveau central et intermédiaire	X				
A.1.7. Renforcer la mémoire institutionnelle du Ministère de la Santé	X				
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : <i>Analyse de la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output</i>					
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	<p>Au cours de l'année sous revue, l'exécution des activités planifiées a permis de créer/renforcer une dynamique susceptible de contribuer à l'obtention de l'output visé. La dynamique observée est relative à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un meilleur esprit d'équipe au sein des directions techniques et centrales du MS et une tendance plus accrue à la délégation de tâches/responsabilités, grâce notamment au renforcement des capacités des cadres en management, leadership et gouvernance (Activité A.1.1); - Un accès plus aisé à l'information sanitaire et une meilleure gestion/partage de l'information au sein et entre les directions grâce notamment à l'accès à l'internet, au site web du ministère (où sont postés les documents stratégiques du MS) et à l'archive numérique et physique dans certaines directions (Activité A.1.7). - Un renforcement des interactions entre les directions du MS, une tendance plus accrue à rechercher une harmonisation et une synergie dans l'exécution des actions des différentes structures, en partie grâce aux GTT (Activité A.1.5), aux réunions de coordination de la mise en œuvre du PTA de l'AIMS (Activité A.1.3) et aux séances de concertations entre le SGM et les directions centrales et techniques (Activité A.1.4). <p>Cette dynamique relevée par les participants à l'atelier de monitoring des résultats (comme changements obtenus au cours de l'année sous revue) contribue ainsi au renforcement de l'organisation interne du MS et des interactions entre les DCT (output concerné).</p>				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p>Les indicateurs de l'output 1 (à l'image de la plupart des indicateurs du projet) sont qualitatifs. Le progrès enregistré ne peut donc se mesurer que sur base de critères qualitatifs. Considérant les progrès réalisés depuis le début de l'intervention au titre de l'output 1, 05 des 11 indicateurs ont déjà été réalisés à hauteur de la cible attendue. Il s'agit notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise des décrets et textes d'application de la réforme organisationnelle et institutionnelle du MS ; 02 décrets et tous les 				

	<p><u>arrêtés correspondant ont été pris.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les postes, les rôles et les résultats à obtenir sont décrits et clairs pour chaque service du MS central : <u>les arrêtés pris et le cadre organique validé définissent les postes et les rôles</u> - Lettre d'orientation envoyée (fin février) pour l'élaboration participative duplan d'action annuel sectoriel intégré à la mi-mai (1 fois / an): <u>réalisée depuis 2010</u> - Définition et adoption d'un jeu d'indicateurs systémiques du PNDS (< 25) : 28 indicateurs ont été définis et validés par le MS - Le document stratégique par rapport au concept de la supervision intégrée sur des objectifs systémiques : <u>réalisé</u> <p>Cinq (05) des indicateurs qui n'ont pas de valeur Baseline prédéfinie ont été largement réalisés. C'est le cas notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de directeurs accompagnés ayant effectivement, sur base des fiches de suivi, utilisé les outils et méthodes de gestion du changement : <u>tous les directeurs centraux et techniques ont été formés.</u> - Nombre de plans opérationnels annuels issus de la planification ascendante participatifs et intégrés et revue annuelle: <u>tous les plans opérationnels sont issus du PTA unique du MS</u> - Les cadres du MS ont accès aux mises à jour des statistiques / stratégies / normes / procédures du MS ainsi que des rapports de supervision / rapports annuels des partenaires / rapport des groupes thématiques / expériences documentées sous forme papier ou électronique: <u>réalisé (site web du MS, archivage électronique et physique)</u> - Nombre de stratégies / normes élaborées au niveau central avec l'appui des groupes thématiques répondant aux vrais besoins de terrain et validées par les organes de décision (CODIR, CNEEP, RAC) : <u>03 stratégies élaborées (supervision, monitoring, guide d'évaluation des ZS)</u> - % des femmes qui participent aux formations et aux groupes de travail : <u>20%</u> <p>Un seul indicateur est faiblement réalisé bien que le processus devant aboutir à sa réalisation est suffisamment avancé. Il s'agit de la « Disponibilité d'un plan d'action intégré et participatif au niveau du MS et en lien avec le PNDS »: <u>le document des directives actualisé, l'outil informatique de consolidation en cours de réalisation</u></p>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>Les contraintes dans l'exécution du PTA au cours de l'année sous-revue sont de trois ordres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retard de certains processus dû notamment à des lourdeurs administratives: c'est le cas notamment de tous le processus de validation du plan de formation du MS et de sa dissémination, l'aboutissement du processus de restructuration des GTT, les études diverses (audit du secteur hospitalier notamment); - L'absence de consensus et donc de décision du MS sur certains sujets, ce qui n'a pas permis d'avancer dans le processus de leur réalisation : c'est le cas notamment de la réalisation de la carte sanitaire et/ou hospitalière, le plan d'équipement des formations sanitaires; - Relative lourdeur du processus de marchés de services (prestations intellectuelles essentiellement), lourdeurs liées entre autres aux délais de traitement et d'émission des avis de non objection par la représentation de la CTB, à la disponibilité des partenaires limitrophes pour la réalisation des prestations mais aussi au non-respect (pour multiples raisons) du délai contractuel par l'un ou l'autre prestataire.

<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Le grand intérêt des acteurs pour l'accompagnement du MS en LMG. En effet, l'initiative de l'AIMS a concouru, au-delà des formations organisées au profit des cadres du MS, au montage d'un accompagnement sous forme d'un projet de plusieurs années au profit du MS qui sera financé par l'USAID.
--	---

2.3.2 Exécution budgétaire

Les dépenses au titre de l'output 1 s'élèvent à € 217 467 contre une prévision de € 210 948, soit un taux d'exécution financière de 103%. Ce bon taux d'exécution est à mettre à l'actif de la réalisation de deux principales activités que sont « Renforcer la mémoire institutionnelle » (Activité A.1.7) et « Renforcer des capacités de suivi évaluation du MS » (Activité A.1.4) qui totalisent 88% du taux d'exécution financière dudit output avec des dépenses respectives de €117 991 et de €72026.

2.3.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	A
Durabilité	A

2.4 Output 2

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 : Les fonctions normatives et réglementaires du Ministère de la Santé sont assurées sur la base de décisions appuyées par l'expérience du terrain issue de la mise en œuvre du PNDS (fonctions régaliennes)						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible année 2012	Cible finale	Commentaires
Le plan de formation du MS est élaboré avec la participation de tous les acteurs concernés, adopté et mis en œuvre	Plan inexistant	Démarrage de l'élaboration	Finalisation et adoption du plan de formation	Plan finalisé, vulgarisé et début de mise en œuvre	Plan élaboré adopté avec tous acteurs et mis en œuvre	
Le niveau central appuie le processus de planification ascendante organisé par les DDS dès mars (1 fois / an)	Appui sporadique niveau central aux DDS	Restructuration du PNDS et élaboration du PTD (documents de référence et de base de toute planification)	Actualisation du manuel du processus de planification	Rendre disponible le manuel et le logiciel de consolidation des données pour le PTA unique	Processus annuel de planification DDS appuyé par niveau central	
Nombre de supervisions du niveau central vers la DDS avec rapport et feedback	Supervisions non intégrées, non coordonnées sans feedback	Relecture et actualisation des outils de supervision et de monitoring	Formation des acteurs de terrain sur les nouvelles directives en matière de supervision et de monitoring et mise en	Organiser des visites de terrain et des missions de suivi-évaluation de la mise en œuvre des nouvelles directives par le secrétariat	Supervisions niveau central aux DDS intégrées, coordonnées et avec feedback	La supervision du niveau central vers les DDS sera intégrée dès que le processus de planification ascendante parviendra à un plan véritablement consolidé avec un mécanisme de suivi évaluation adopté assorti de chronogramme largement partagé où tous les acteurs des différents niveaux se retrouvent aisément

			œuvre	général du ministère avec l'appui de l'AIMS		
Nombre de programmes verticaux participant à la supervision intégrée centrale	Les supervisions ne sont pas intégrées	Relecture et actualisation des outils de supervision et de monitoring	Formation des acteurs de terrain sur les nouvelles directives en matière de supervision et de monitoring et mise en œuvre	Il est prévu la formation des acteurs du niveau central	Les programmes verticaux participent aux supervisions intégrées	Les programmes verticaux doivent être des cibles privilégiées de la formation des acteurs du niveau central sur les nouvelles directives en matière de supervision et de monitoring

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹³	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
A.2.1. Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation du Ministère de la Santé (Appuyer la dissémination du plan stratégique de formation du personnel du secteur santé ; Appuyer la formation sur l'utilisation du logiciel LOGI RH)			X		Le plan a été élaboré ; les acteurs des ressources humaines ont été formés à l'utilisation du LOGI GRH (logiciel de gestion des RH). La validation du plan par le ministère de la fonction publique a pris plus de temps que prévu ; ce qui a retardé la dissémination ; cependant le draft du plan validé à l'interne par le ministère de la santé sert de base à la programmation opérationnelle des formations
A.2.2. Réaliser un audit institutionnel et organisationnel du niveau intermédiaire et de zone sanitaire, élaborer des fiches de postes, profils et rôle avec un suivi de la rédaction des procédures.	X				Activité menée par AIMS en 2009-2010
A.2.3. Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire (Elaboration des outils de consolidation des PTA ; Actualiser le fascicule de planification ascendante du MS ; Diffuser/former les différentes parties prenantes de la planification ascendante)			X		Après la restructuration du PNDS et l'élaboration du plan triennal de développement (PTD), il était prévu pour 2012 l'actualisation du manuel du processus de planification et la conception du logiciel de consolidation des

¹³

A : Les activités sont en avance

B : Les activités sont dans les délais

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

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

					données pour le PTA unique et former les parties prenantes. Le manuel a été actualisé mais le processus de conception du logiciel a été retardé.
A 2.4. Appuyer la mise en œuvre des principales réformes recommandées par l'audit organisationnel et institutionnel des Directions départementales de la santé et des Zones Sanitaires		X			
A 2.5. Mobiliser l'expertise requise en réponse aux besoins de développement d'expériences novatrices ou de recherche action (Renforcer les capacités des cadres du MS par le suivi scientifique de l'institut KIT)		X			
A 2.6. Renforcer les capacités de gestion administrative et financière (Formation du Personnel de la DRFM et services assimilés sur les logiciels du Microsoft office ; faire l'étude de l'impact des crédits délégués ; Former par département des acteurs sur les outils de gestion ; mettre en place un logiciel de gestion des stocks du magasin central ; Former les directeurs sur les actes administratifs)			X		Sur les 5 sous activités prévues 2 n'ont pu être réalisées dans le temps : faire l'étude de l'impact des crédits délégués et former par département des acteurs sur les outils de gestion.
A 2.7. Organiser des ateliers séminaires nationaux (un par un) de capitalisation des expériences réussies ou meilleures pratiques identifiées au sein de l'ensemble du système de santé			X		Cette activité a été retardée en 2012 à cause des préalables notamment le renforcement des capacités des acteurs par l'institut KIT assorti de productions et de compilation des écrits sur les meilleures pratiques.
A 2.8. Appuyer l'élaboration et la diffusion/dissémination des normes et documents thématiques de politique et de stratégie			X		Il était prévu pour 2012 de disséminer la plupart des documents stratégiques ou thématiques élaborés les années antérieures ainsi que quelques

					actualisations de documents. La plupart des sous activités prévues ont été réalisées. Mais d'autres ont été retardées notamment celles relevant de la Direction des ressources humaines et de la Direction de la mère et de l'enfant ; ceci pour des raisons de disponibilité des initiateurs pour leur mise en œuvre ; par ailleurs la pertinence de certaines sous activités a été remise en cause après l'acquisition du logiciel LOGI GRH.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : <i>Analyse de la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output.</i>					
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	<p>L'output 2 est libellé comme suit : « les fonctions normatives et réglementaire du Ministère de la Santé sont assurées sur la base de décisions appuyées par l'expérience du terrain issue de la mise en œuvre du PNDS (fonctions régaliennes) ».</p> <p>Les activités déroulées sont relatives à l'élaboration ou l'actualisation et la dissémination de documents normatifs, l'élaboration de directives de manuels pour coordonner et accompagner les autres niveaux de la pyramide dans le processus de planification, le renforcement des capacités des responsables des différents niveaux ainsi que la mobilisation de l'expertise internationale pour accompagner la capitalisation et la promotion des bonnes pratiques. Toutes ces activités concourent à l'exercice par le ministère de la santé (le niveau central) de ses fonctions normatives et régaliennes. L'implication des acteurs des niveaux déconcentrés et opérationnels en plus des rapports qui remontent du terrain, permettent de prendre en compte des expériences et leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS sur le terrain</p>				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p>Les progrès réalisés au niveau des indicateurs au cours de l'année 2012 se présentent comme suit : Finalisation et adoption du plan de formation, actualisation du manuel du processus de planification, formation des acteurs de terrain sur les nouvelles directives en matière de supervision et de monitoring. Alors que les cibles pour l'année 2012 étaient respectivement : Plan de formation finalisé, vulgarisé et début de mise en œuvre, rendre disponible le manuel et le</p>				

	<p>logiciel de consolidation des données pour le PTA unique, organiser des visites de terrain et missions de suivi-évaluation de la mise en œuvre des nouvelles directives (par le secrétariat général du ministère) avec l'appui de l'AIMS.</p> <p>A l'analyse on se rend compte que la performance est moyenne par rapport aux cibles de 2012.</p>
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>La non disponibilité des initiateurs des activités est la principale difficulté qui retarde l'exécution desdites activités et perturbe les chronogrammes de mise en œuvre du plan de travail annuel. Le LOGI GRH acquis avec l'appui de l'USAID au profit du secteur était une opportunité que l'AIMS a saisi pour contribuer à la formation des utilisateurs (notamment les responsables gestionnaires des ressources humaines en santé) en vue de leur permettre de générer à partir de cet outil toutes formes d'informations utiles pour les prises de décision relative aux ressources humaines.</p>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	Néant

2.4.2 Exécution budgétaire

Le taux de 123% d'exécution de ce résultat est lié globalement à la sous-estimation des montants prévisionnels de certaines lignes lors de la programmation budgétaire mais aussi à l'une ou l'autre activité non prévue initialement. A cela faut-il ajouter notamment l'appui à la formation sur l'utilisation du LOGIGRH et déontologie en gestion des RH initialement non prévue mais jugée pertinente et considérée pour appui au cours de la période sous revue

2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note ¹⁴
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	B

14

A : Très bonne performance

B : Bonne performance

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

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

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

2.5 Output 3

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3 :Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), collectivités locales, PTF et Ministères concernés par la santé est clarifié et intensifié						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N+1	Cible finale	Commentaires
Degré de satisfaction des participants aux réunions de concertation au niveau central (RAC, réunion MS-PTF) par rapport à la pertinence des sujets traités, le contenu de la discussion, la qualité de la réunion et des décisions prises.	Non déterminée.	<p>Organisation de la réunion annuelle conjointe de performance</p> <p>Option d'organiser chaque trimestre une réunion MS-PTF</p>	<p>1-une réunion RAC/an avec préparation conjointe MS-PTF</p> <p>2-réunions MS-PTF régulières tenue selon l'agenda des grandes instances</p> <p>3-CODIR élargis trimestriels régulièrement organisés</p> <p>4-revue annuelle conjointe du PTA 2012/ consolidation conjointe PTA 2013</p>	Idem progrès année N	Idem cible année N	Cet indicateur est très difficile à mesurer de manière objective si on n'utilise pas des questionnaires de satisfaction à la fin de chaque activité, selon une méthode rigoureuse évitant le bâclage de cette évaluation. Raison pour laquelle il a été réduit à la tenue des 4 réunions importantes du secteur dont la cible finale a été atteinte en 2012
Disponibilité d'une cartographie actualisée et numérisée des interventions/intervenants	Inexistence de la cartographie des interventions/	Démarrage de l'élaboration de la cartographie des	Finalisation de l'élaboration cartographie des interventions/intervenants	-	-	La cartographie des interventions et des intervenants a été réalisée par le MS avec l'appui AIMS. Elle a été complétée par une cartographie dynamique numérisée élaborée par UNFPA.

	intervenants	interventions /intervenants	Elaboration cartographie dynamique numérisée par UNPA			Il appartient maintenant à chaque coopération de l'alimenter régulièrement avec des informations la concernant
Nombre de réunions de concertation (avec rapport) entre le MS et les partenaires/acteurs au niveau central et intermédiaire	Non déterminé	Elaboration du calendrier de la tenue des instances statutaires du MS	Les réunions MS-PTF se sont tenues selon l'agenda des grandes instances	Une réunion trimestrielle MS/PTF	Une réunion trimestrielle MS/PTF	L'organisation des rencontres trimestrielles MS/PTF a été effective grâce au leadership affirmé du nouveau ministre de la santé nommé avril 2011. Les acteurs du niveau intermédiaires ne prennent habituellement pas part à ces réunions. Par contre, ils participent aux CODIR élargis auxquels les PTF ne sont pas invités
Intégration des interventions des différents partenaires/acteurs dans le plan opérationnel du MS	PTA non consolidé	Efforts considérables d'opérationnalisation du Compact à travers la plateforme RSS Superposition/ agrégation des plans sous forme d'un sectoriel	Efforts considérables d'opérationnalisation du Compact à travers la plateforme RSS Prise d'un arrêté mettant en place un comité conjoint de suivi et de pilotage de la mise en œuvre du Compact Elaboration d'un plan sectoriel relativement	Elaboration du PITA sectoriel unique intégré Elaboration du PTD 2013-2015 Effectivité du fonctionnement du comité conjoint de suivi et de pilotage du compact Actualisation du protocole d'entente du Compact	Idem progrès année N	La signature de la Lettre d'Entente RSS piétine

			consolidé Cadre d'échanges autour de l'intégration des appuis institutionnels	Poursuite des échanges autour de l'intégration des appuis institutionnels			
Degré de mobilisation de l'expertise requise en réponse aux besoins	Une mobilisation hésitante des experts	L'expertise est mobilisée conformément au besoin	L'expertise est mobilisée conformément au besoin	L'expertise est mobilisée conformément au besoin	L'expertise est mobilisée conformément au besoin	L'AIMS a contribué à mobiliser l'expertise requise pour répondre aux besoins du secteur	
Existence d'un cadre de contractualisation au sein du secteur	N'existe pas	Aucune évolution	TdR élaborés et diffusés pour avis	Disponibilité d'un document de stratégie nationale de contractualisation pour le secteur de la santé	-	Bien que reconnaissant l'inexistence d'un document de stratégie nationale de contractualisation, les autorités du MS n'ont affiché aucun intérêt à son élaboration. Cela suite aux antécédents avec les partenaires sociaux qui s'étaient autrefois opposés à l'idée d'élaboration de cette stratégie, l'interprétant comme étant une tendance à la privatisation des services publics	
État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹⁵			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
A 3.1. Créer et mettre en place unecartographie numérisée dynamique des interventions et des intervenants en santé				X			
A 3.2. Promouvoir la vision systémique et le double ancrage (interactions, zones sanitaires, qualité centrée sur le patient) auprès des acteurs et partenaires.				X			

¹⁵
A : Les activités sont en avance
B : Les activités sont dans les délais
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

A 3.3. Soutenir une ONG faîtière dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé	X				
A 3.4. Renforcer les plates-formes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris avec les PTF et le privé.	X				
A 3.5. Renforcer le partenariat public/privé dans le secteur de la santé				X	<p>Nombreux échanges ont eu lieu avec la DNSP autour de la collaboration public/privé</p> <p>Les TDR ont été rédigés sur la contractualisation (vue comme dévolution du service public) pour documenter les expériences en matière de contractualisation des services de santé et élaborer un cadre réglementaire régissant la contractualisation.</p> <p>Bien que reconnaissant l'importance et l'inexistence d'un document de stratégie nationale de contractualisation, les autorités du MS n'ont affiché aucun intérêt à son élaboration. Cela suite aux antécédents avec les partenaires sociaux qui se s'étaient catégoriquement opposés à l'idée d'élaboration de cette stratégie, l'interprétant comme étant une tendance à la privatisation des services publics. Etant dans le faire faire, la facilitation ou l'accompagnement des processus, il a été pris l'option d'abandonner carrément cette activité face au manque d'intérêt et donc d'engagement des partenaires limitrophes à pouvoir la réaliser.</p>

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyse de la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output.	
<p><i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>	<p>L'output vise à clarifier et à intensifier le partenariat public/privé, avec les collectivités (décentralisation) et les partenaires au développement du secteur. Ainsi formulés, les 5 principales activités ci-dessus concourent et de façon explicite à l'atteinte de l'output.</p> <p>Qu'il s'agisse de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'élaboration de la cartographie numérisée des interventions et des intervenants dans la cadre de la coopération bilatérale ou multilatérale, directe ou indirecte (base des données dynamiques accessible à tous les acteurs du secteur), • renforcement du rôle régalién du MS dans sa relation fonctionnelle avec les ONG intervenant dans le secteur via leurs structures faitières, • la promotion des interfaces de concertation/coordination entre différents groupes d'acteurs, • rendre <u>concret</u> le double ancrage des projets AIMS/PARZS en vue de permettre une approche systémique de certains problèmes au sein du secteur ou encore une fois de renforcer le rôle régalién du MS dans les arrangements contractuels publics/privés, <p>le lien avec l'output est plus qu'évident.</p> <p>Toutes ces activités n'ont pour but que de promouvoir un partenariat fécond en vue d'améliorer la performance du secteur.</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Il est estimé que les cibles des quatre indicateurs sur six ont été atteintes avec satisfaction en 2012 (cf tableau supra). Il s'agit du degré avec satisfaction des participants aux réunions de concertation (cf supra), de la disponibilité de la cartographie des interventions et des intervenants numérisée, du nombre de réunions de concertation MS/PTF et du degré de mobilisation des expertises. L'intégration des interventions a été partiellement réalisée (cf plans conjoints d'appui et PTA sectoriel 2013 consolidé). Par contre, le cadre de contractualisation n'a pas dépassé le niveau d'élaboration des TdR.</p>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>L'engagement du MS à travers la DNSP pour la promotion du partenariat public/privé a été quasi-inexistant au cours de la période sous-revue. Il en est de même de l'harmonisation des interventions entre les PTFs qui demeure malheureusement en deçà du niveau souhaité en dépit de l'une ou l'autre initiative isolée de complémentarité du genre « plan d'appui conjoint au RAMU » concocté lors de la 1^{ère} mission P4H. L'input du projet en Knowledge management aurait été plus significatif si la Direction centrale créée à cet effet aurait été rendue fonctionnelle au cours de la période sous-revue. Par ailleurs, l'ancrage institutionnel de l'AIMS et les modalités de gestion des projets de la CTB ont contribué de façon significative à la promotion du partenariat au sein du secteur au cours de la période sous revue.</p>

<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	La contribution substantielle de l'UNICEF, du PRPSS/BM et du FNUAP dans l'exercice de capitalisation des expériences relatives au développement du RAMU, exercice ayant conduit à l'écriture d'un livret en instance de publication à la fin de l'année sous revue est à apprécier dans le cadre du partenariat
--	---

2.5.2 Exécution budgétaire

Le taux de 160% d'exécution du résultat 3 est lié strictement à la sous-estimation des montants prévisionnels de certaines lignes lors de la programmation budgétaire, aux difficultés d'amputation de certaines dépenses (la frontière entre les activités n'étant pas toujours étanche) mais aussi à l'une ou l'autre activité initialement non prévue mais considérée au cours de la période sous revue. Au titre de cet output, AIMS a couvert les frais d'une activité qui devraient être normalement imputés sur le PARZS.

2.5.3 Critères de qualité

Critères ¹⁶	Note
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	A

¹⁶

A : Très bonne performance

B : Bonne performance

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

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

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

2.6 Output 4

2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Outcome : La sécurité transfusionnelle est améliorée dans les départements de l'Atacora, de la Donga, du Mono et du Couffo						
Indicateurs	Valeur de la Baseline¹⁷	Progrès année 2011¹⁸	Progrès année 2012¹⁹	Cible 2012²⁰	Cible finale²¹	Commentaires²²
Taux de satisfaction de la demande en Produits Sanguins Labiles dans les départements de l'Atacora et de la Donga	83%	92,1	94,6%	90%	90%	Indicateur défini en octobre 2011
Taux de satisfaction de la demande en Produits Sanguins Labiles dans les départements du Mono et du Couffo	75%	87,9	87,6%	90%	90%	Indicateur défini en octobre 2011
Evolution du nombre d'anomalies relevées lors du contrôle de qualité des poches de sang	ND	-	73,3% (diminution de 15 à 4)		0%	Les anomalies ont régressé de 73,3%
Taux de disponibilité des équipements critiques	ND	-	80% (5 appareils initialement en panne remis en service sur 6)		100%	Progrès pendant la période d'août à novembre 2012 (1er et 2e missions de maintenance)
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : <i>Analyse de la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output.</i>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?)</i>	Tous les volets concourant au renforcement de la sécurité transfusionnelle au Bénin et particulièrement dans les zones d'intervention de la CTB ont été pris en compte à savoir : l'amélioration de la disponibilité des produits sanguins prélevés auprès de donneurs de sang bénévoles, la qualification biologique de toutes les poches de sang collectées par rapport aux 4 marqueurs universellement retenus, l'utilisation rationnelle des					

¹⁷ La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

¹⁸ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N-1.

¹⁹ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

²⁰ La valeur cible à la fin de l'année N.

²¹ La valeur cible à la fin de l'intervention.

²² Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

	produits sanguins pour améliorer leur disponibilité et amoindrir les risques inhérents à la transfusion sanguine et l'appui à la mise en place d'un financement durable du système.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La satisfaction de la population en produits sanguins s'est améliorée : le taux de satisfaction moyen de la demande en produits sanguins au niveau des 2 zones d'intervention de la CTB est de 91,1%. Il est supérieur à la moyenne nationale qui est de 86,6% d'après les statistiques de l'ANTS pour l'année 2012. L'effort d'amélioration des performances doit cependant demeurer constant comme l'exige la sécurité transfusionnelle, étant donné que la totalité des demandes n'est pas satisfaite, surtout dans certaines urgences. - Les performances en termes de qualification dans les centres de transfusion sanguine se sont améliorées : le nombre d'anomalies relevées lors des contrôles de qualité dans les services de transfusion a régressé de 73,3% - La disponibilité des appareils critiques est renforcée : sur 6 appareils en panne lors de la première mission de maintenance, 5 ont été réparés lors de la seconde mission.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	L'équipe de l'ANTS est en place dans sa quasi-totalité à partir de novembre 2011. L'amorce de l'appropriation du contenu de l'appui de la CTB au sous-secteur de la transfusion sanguine qui était timide au départ s'est améliorée à partir de février 2012 avec l'organisation par l'AIMS d'un atelier qui a permis de mieux échanger avec l'ensemble de ces nouveaux responsables de l'ANTS par rapport au contenu du DTF additionnel de l'AIMS et par rapport aux procédures de mise en œuvre des activités.
<i>Résultats inattendus :</i>	

2.6.2 Exécution budgétaire

Le taux de 125% d'exécution du résultat 4 est essentiellement lié à un coût très élevé des bus de collecte mobile de sang par rapport aux prévisions et à la maintenance curative des équipements médico-techniques qui a permis la remise en service d'un certain nombre d'appareils en panne.

2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note ²³
Efficienc	B
Efficacit	A
Durabilit	A

²³ A = Très bonne performance, B = Bonne performance, C = Faible performance, D = Problématique

3 Thèmes transversaux

3.1 Genre

Au cours de la période sous revue, le projet a contribué au renforcement des compétences et à l'élaboration des stratégies et des normes visant une meilleure utilisation des soins de qualité au profit des femmes et des enfants qui sont les principaux grands utilisateurs des soins. Au nombre des stratégies figurent :

- le carnet de santé de la mère qui a été harmonisé pour l'utilisation de l'ensemble des prestataires
- documents des Normes de Soins en Chirurgie, en pédiatrie et Gynécologie/Obstétrique
- Promotion de l'utilisation rationnelle du sang

En ce qui concerne le plan stratégique genre du MS dont l'élaboration était prévue déjà en 2011, le partenaire n'en a pas fait une priorité au cours de la période sous-revue

3.2 Environnement

L'impact du projet sur l'environnement est peu évident. Cependant, le personnel est sensible à l'utilisation rationnelle du papier et aux ressources énergétiques (électricité, carburant).

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
Suspendre l'appui à l'élaboration de la stratégie de contractualisation (partenariat public/privé)	2.5.1	UAC/AIMS	Q1
Tout en continuant l'appui apporté au MS sur le renforcement des capacités en LMG, orienter une partie des ressources financières initialement destinées à cet appui à l'organisation d'une formation des acteurs institutionnels sur le DIRO	2.3.1	SGM	Q2
Accorder une attention particulière à la mise en place et à la collaboration avec la nouvelle direction de l'informatique et du pré-archivage (DIP) du MS notamment en termes de gestion des connaissances/cycle d'apprentissage	4.2	SGM	Q3
Donner priorité à l'appui au processus de planification ascendante (PITA et PTD) ainsi qu'au CHPP afin qu'ils deviennent effectifs en 2013	2.3.1	DPP/MS	Q3
Poursuivre l'appui au fonctionnement des GTT restructurés via le SGM	2.3.1	SGM	Q3
Tout mettre en œuvre pour organiser la table ronde des partenaires de la transfusion sanguine au cours du premier semestre 2013	2.6.1	ANTS	Q2
Dans le cadre de la capitalisation des principales actions techniques de l'intervention, donner priorité à la rédaction de notes synthèses/conceptuelles/stratégiques sous forme de livrables comme input à l'évaluation finale/dialogue politique et technique sectoriel/formulation du nouveau programme	2.3.1	SGM	Q2
Elaborer le rapport des résultats 2013		UAC/AIMS	Q4
Réaliser l'évaluation finale du projet		Q1-Q2	

4.2 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
La culture du MS en matière de gestion des connaissances est encore loin d'être optimale. L'appui progressif au dispositif de la mémoire institutionnelle au sein du MS (renforcement du service de pré-archivage, réhabilitation du système informatique dont le site web et la connexion internet, renforcement du centre de documentation de la DPP, cartographie dynamique des interventions et des intervenants et l'adoption du CHPP avec son portail informatique) a éveillé l'attention et l'intérêt des acteurs sur l'importance et l'avantage de l'utilisation des différents outils pour améliorer leur accès à l'information. Ceci est une indication qu'une meilleure gestion des connaissances constitue le socle pour une meilleure performance du secteur.	MS UAC/AIMS

<p>En mars 2010 il a été pris un décret portant attributions, organisations et fonctionnement du MS conformément aux recommandations de l'audit institutionnel du MS de juin 2008. Deux ans après (août 2012) un autre décret a été pris avec le même objet, supprimant une direction (DHAB), créant une autre (DIP) et modifiant des attributions de certaines DCT. Face à cette instabilité institutionnelle, l'UAC du projet doit faire preuve de réactivité, de pro activité et de créativité afin de continuer à apporter un appui adapté et cohérent au partenaire institutionnel. La flexibilité des interventions est et demeure un atout indéniable pour suivre s'adapter à l'évolution de l'environnement des interventions.</p>	<p>UAC/AIMS CTB (Bénin et HQ)</p>
<p>La relance de la supervision et du monitoring dans le secteur de la santé a mobilisé d'importantes ressources tant humaines, temporelles que financières et constitue l'une des plus importantes réformes du secteur ces dernières années. L'AIMS conjointement avec l'UNICEF a appuyé ce processus. Une évaluation sommaire effectuée récemment a noté une mise en œuvre insuffisante de la réforme sur le terrain. Ainsi, une chose est d'élaborer des politiques et des stratégies au niveau du secteur, mais une autre est de s'assurer de leur mise en œuvre effective sur le terrain. Ceci explique tout l'importance à accorder à l'accompagnement de la mise en œuvre des réformes initiées. Il est donc nécessaire de prévoir et de planifier l'accompagnement de la mise en œuvre des réformes au même titre que l'élaboration des politiques et des stratégies.</p>	<p>Ministère de la Santé</p>
<p>Prenant en compte les insuffisances habituellement relevées dans la capitalisation des expériences lors des évaluations antérieures, le PASS avec l'accompagnement de KIT a organisé l'atelier d'écriture participative des études de cas comme approche pour la rédaction d'un livret sur les réflexions relatives au développement du RAMU et du FBR. Cet exercice et le livret qui en est le produit final ont suscité un réel engouement des acteurs auteurs de la publication et une volonté évidente de capitaliser leurs savoirs.</p>	<p>Ministère de la santé</p>

5 Annexes

5.1 Cadre logique d'origine

	Logique d'intervention	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses
OS	Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes du MS.	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la planification et du suivi de la mise en œuvre des PTA sectoriels intégrés (processus de la planification ascendante, qualité du PTA et du rapport de performance) • Inventaire des stratégies du MS validées se basant sur un travail participatif et répondant à un besoin de terrain • Inventaire des problèmes de fonctionnement au sein du MS et d'interactions avec le terrain ainsi que les autres acteurs du secteur pour lesquels une solution satisfaisante a été trouvée • Evolution des opportunités de financement : financement conjoint de plusieurs PTF / bailleurs 	<ul style="list-style-type: none"> • PV réunions des organes de suivi du PNDS (CNEEP, RAC) ; • Arrêtés ministériels, rapports des revues, des réunions, des supervisions, des ateliers, des groupes thématiques et des évaluations (analyse SWOT) ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité sociale et politique; • Stabilité du leadership au niveau du MS ; • Le pool d'expertise à travers les groupes thématiques sont retenus comme la stratégie de redynamisation du MS ; • Les cadres aptes à engager et mener à bien la réforme du MS sont disponibles pour ce travail. • Ratification du PNDS 2009-2018 par le Conseil des Ministres.
R1	L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de directeurs accompagnés ayant effectivement, sur base des fiches de suivi, utilisé les outils et méthode de gestion du changement • Prise des décrets et textes d'application de la réforme 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches de suivi du cycle de formation en gestion du changement ; • Décrets et textes d'application de la réforme de l'organigramme du MS central ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement du MS de mettre en œuvre les recommandations de l'audit organisationnel : publication du décret et des textes d'application de réforme de l'organigramme du MS; • Engagement du MS dans

	Logique d'intervention	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses
		<p>organisationnelle et institutionnelle duMS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les postes, les rôles et les résultats à obtenir sont décrits et clairs pour chaque service du MS central ; • Lettre d'orientation envoyée (fin février) pour l'élaboration participative duplan d'action annuel sectoriel intégré à la mi-mai (1 fois / an) ; • Nombre de plans opérationnels annuels issus de la planification ascendante participatifs et intégrés et revue annuelle ; • Disponibilité d'un plan d'action intégré et participatif au niveau du MS et en lien avec le PNDS • Définition et adoption d'un jeu d'indicateurs systémiques du PNDS (< 25) ; • Nombre de stratégies / normes élaborées au niveau central avec l'appui des groupes thématiques répondant auxvrais besoins de terrain et validées par les organes de décision (CODIR, CNEEP, RAC) ; • Les cadres du MS ont accès aux mises à jour des statistiques / stratégies / 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'orientation annuelle et rapports des supervisions des DDS ; • Plans opérationnels annuels et revues annuelles du MS ; • Plan d'action annuel global du MS • Liste des participants des formations • Liste des indicateurs systémiques du PNDS ; • Stratégie et normes ministérielles, rapport des groupes thématiques ; • Bibliothèque des documents du MS en copie papier ou informatique ; • Décision de révision du système des primes de supervision centrale • liste des participants aux formations et PV des réunions des groupes de travaille 	<p>la planification ascendante conforme au Manuel (2006) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volonté des Directions de travailler suivant un seul plan d'action, un seul plan de formation et des indicateurs communs • Volonté des Directions de s'inscrire dans une dynamique de supervision intégrée sans interférences du terrain • Locaux disponibles pour la documentation et disponibilité d'internet • Composition des groupes thématiques basée sur l'expertise interne et externe au MS et l'input du terrain ; • Publication du décret et des textes d'application de réforme de l'organigramme du MS; • Engagement du MS dans une politique d'amélioration globale des RH du MS

	Logique d'intervention	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses
		<p>normes / procédures du MS ainsi que des rapports de supervision / rapports annuels des partenaires / rapport des groupes thématiques / expériences documentées sous forme papier ou électronique ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Le document stratégique par rapport au concept de la supervision intégrée sur des objectifs systémiques avec une révision du système de prime des supervisions centrales est développé et validé. <p>% des femmes qui participent aux formations et aux groupes de travail</p>		
A 1.1	Accompagner le renforcement des capacités des responsables des niveaux central et intermédiaire en gestion de changement			
A 1.2	Appuyer la mise en place d'un cadre organique conformément au nouveau décret			
A 1.3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau central			
A 1.4	Dynamiser la capacité de coordination du MS par la mise à disposition d'une expertise mixte positionnée au SGM.			
A 1.5	Renforcer les capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation du Ministère de la Santé (GTT, CODIR, RAC,			

	Logique d'intervention	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses
	CNEEP)			
A.1.6	Appuyer la révision du système de supervision du niveau central et intermédiaire			
A.1.7	Renforcer la mémoire institutionnelle du Ministère de la Santé			
R2	Les fonctions normatives et réglementaires du MS sont assurées sur base de décisions appuyées par l'expérience du terrain issue de la mise en œuvre du PNDS (fonctions régaliennes)	<ul style="list-style-type: none"> • Le plan de formation du MS est élaboré avec la participation de tous les acteurs concernés, adopté et mis en œuvre ; • Le niveau central appuie le processus de planification ascendante organisé par les DDS dès mars (1 fois / an); • Nombre de supervisions du niveau central vers la DDS avec rapport et feedback ; • Nombre de programmes verticaux participant à la supervision intégrée centrale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de formation • Rapports des supervisions du niveau central vers DDS et ZS ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté des Directions de travailler suivant un seul plan d'action, un seul plan de formation et des indicateurs communs • Volonté des Directions de s'inscrire dans une dynamique de supervision intégrée sans interférences du terrain.
A 2.1	Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation du ministère de la Santé			
A 2.2	Réaliser un audit institutionnel et organisationnel du niveau intermédiaire et de zone sanitaire, élaborer des fiches de postes, profils et rôle avec un suivi de la rédaction des procédures.			
A 2.3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire (DDS).			
A 2.4	Appuyer la mise en œuvre des			

	Logique d'intervention	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses
	principales réformes recommandées par l'audit organisationnel et institutionnel des Directions départementales de la santé et des Zones Sanitaires			
A 2.5	Mobiliser l'expertise requise en réponse aux besoins de développement d'expériences novatrices ou de recherches actions			
A 2.6	Renforcer les capacités de gestion administrative et financière.			
A 2.7	Organiser des ateliers/séminaires nationaux (un par an) de capitalisation des « expériences réussies » ou « meilleures pratiques » identifiées au sein de l'ensemble du système de santé			
A 2.8	Appuyer l'élaboration et la diffusion/dissémination des normes et documents thématiques de politique et de stratégie			
R3	Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), collectivités locales, PTF et Ministères concernés par la santé est clarifié et intensifié	<ul style="list-style-type: none"> • Degré de satisfaction des participants aux réunions de concertation au niveau central (RAC, réunion MS-PTF) par rapport à la pertinence des sujets traités, le contenu de la discussion, la qualité de la réunion et des décisions prises. • Disponibilité d'une cartographie actualisée et numérisée des interventions/intervenants • Nombre de réunions de concertation (avec rapport) 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire aux participants par rapport à la qualité du dialogue ; fiches de suivi ; • Curriculums écoles impliquées dans la formation du personnel de santé/gestionnaires • Inventaire, rapports annuels des partenaires / acteurs et documents techniques et financiers par rapport à leurs projets ; • Rapports des réunions 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparence et capacité gestionnaire de la part des partenaires / acteurs ; • Volonté de la part du MS au niveau central et intermédiaire pour se concerter avec les autres partenaires / acteurs. • Volonté des écoles de formation d'adapter leur curriculum

	Logique d'intervention	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses
		<p>entre le MS et les partenaires/acteurs au niveau central et intermédiaire ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration des interventions des différents partenaires/acteurs dans le plan opérationnel du MS ; • Degré de mobilisation de l'expertise requise en réponse aux besoins • Existence d'un cadre de contractualisation au sein du secteur 	<p>de concertation ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plans opérationnels annuels du département; • Contrat et rapports d'activités de l'IRSP dans la recherche action de la DDS / ZS. 	
A 3.1	Créer et mettre en place unecartographie numérisée dynamique des interventions et des intervenants en santé			
A 3.2	Promouvoir la vision systémique et le double ancrage (interactions, zones sanitaires, qualité centrée sur le patient) auprès des acteurs et partenaires.			
A 3.3	Soutenir une ONG faitière dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé			
A 3.4	Renforcer les plates-formes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris avec les PTF et le privé.			
A 3.5	Renforcer le partenariat public/privé dans le secteur de la santé			
R4	Les acquis du projet d'amélioration de la sécurité transfusionnelle dans les	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de satisfaction des demandes en produits sanguins labiles dans 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités des ST, rapports de 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité sociale et politique ;

	Logique d'intervention	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses
	départements de l'Atacora/Donga et du Mono/Couffo (PASTAM) sont renforcés	l'AtacoraDonga et le Mono/Couffo <ul style="list-style-type: none"> Evolution du nombre d'anomalies relevées lors du contrôle de qualité des poches de sang 	maintenance <ul style="list-style-type: none"> Rapports annuels des CDTs et du CNTS Rapports des évaluations Rapports d'activités des ST et du CNTS Rapports financiers du MS (DRFM) 	<ul style="list-style-type: none"> Stabilité du leadership au niveau du MS ; Le CNTS travaille dans une perspective systémique. Adhésion et volonté des responsables de la TS à appliquer les principes de gestion axée sur les résultats
A 4.1	Améliorer l'offre de PSL dans les formations sanitaires de l'AtacoraDonga et de Mono-Couffo			
A 4.2	Renforcer la gestion et la gouvernance du secteur de la transfusion sanguine			
A 4.3	Renforcer durablement le financement du système de transfusion sanguine			

5.2 Cadre logique mis à jour

Cette rubrique est sans objet pour la période sous-revue.

5.3 Aperçu des MoReResults

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Aucune modification apportée aux résultats et indicateurs au cours de la période sous-revue
Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Il n'y a pas eu de rapport Baseline pour l'AIMS. Cependant, c'est le rapport de l'audit organisationnel du MS réalisé en 2008 qui a toujours été considéré comme Baseline du projet
Planning de l'EMP	Réalisée en novembre 2011
Planning de l'évaluation finale	Mars 2013
Missions de Backstopping depuis le 01/01/2012	Février – mars 2012 Juin-juillet 2012 Octobre 2012

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

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN0801711

Project Title : **Appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS**

Budget Version : **K01**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

YtM :

Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

Status	Fin Mode	Amount	2012					Total	Total Exp.	Balance	% Exec	
			2011	Q1	Q2	Q3	Q4					
A LES ACTIVITÉS DE		2.155.403,02	745.461,70	112.062,24	135.648,80	75.819,30	300.709,54	624.239,87	1.369.701,57	785.701,45	64%	
01 amélioration des		923.443,38	493.325,81	35.326,82	72.112,12	22.059,89	78.318,86	207.817,70	701.143,50	222.299,88	76%	
	01 Mettre à disposition un	REGIE	74.849,00	457,35		862,56		862,56	1.319,91	73.529,09	2%	
	02 Compléter l'audit	REGIE	10.000,00	0,00					0,00	10.000,00	0%	
	03 Appuyer le processus de	COGEST	242.433,22	144.321,32	9.084,16	5.922,94		27,44	15.034,54	159.355,86	66%	
	04 Dynamiser la coordination	REGIE	64.654,00	28.321,49				4.351,16	4.351,16	31.981,35	51%	
	05 Développer les capacités	COGEST	319.073,00	254.273,45	26.238,08	24.354,01	7.443,63	11.536,38	69.572,10	323.845,55	101%	
	06 Appui à la révision du	COGEST	47.144,16	22.963,19				7,62	7,62	22.970,81	49%	
	07 Réaliser l'audit	REGIE	165.290,00	42.989,01	4,57	40.972,61	14.616,27	62.396,25	117.989,71	160.978,72	97%	
02 Les interactions et les		320.421,63	131.915,80	24.699,36	48.166,55	36.413,06	23.545,11	132.824,08	264.739,87	55.681,76	83%	
	01 Elaborer et mettre en	COGEST	10.400,00	5.536,42	10.015,35	2.636,39		160,83	12.812,58	18.349,00	176%	
	02 Réaliser un audit	COGEST	4.822,00	1,07					1,07	4.820,93	0%	
	03 Appuyer le processus de	COGEST	14.000,00	0,00			663,15		663,15	13.336,85	5%	
	04 Dynamiser la capacité de	COGEST	33.207,00	1.335,11						1.335,11	4%	
	05 Développer l'appui	COGEST	53.677,90	43.677,90		1.499,34	4.198,45		5.697,78	49.375,68	92%	
	06 Renforcer les capacités de	COGEST	30.490,00	0,00		14.437,79	836,27	236,68	15.510,73	15.510,73	51%	
	07 Organiser des	COGEST	3.048,98	0,00	3.567,31		2.503,84	4.633,27	10.704,41	10.704,41	351%	
	08 Appuyer l'élaboration et la	COGEST	170.775,75	81.365,30	11.116,70	29.593,04	28.211,35	18.514,33	87.435,42	168.800,72	99%	
03 Le partenariat entre le		172.371,01	80.034,14	13.992,90	9.376,85			5.297,04	28.666,79	108.700,93	63%	
	01 Intégrer les principes,	COGEST	27.068,00	2.928,09	114,34				114,34	3.042,43	11%	
		REGIE	3.240.925,83	1.352.309,96	157.952,74	142.568,95	247.491,01	382.865,53	930.878,23	2.283.188,19	957.737,64	70,00
		COGEST	1.877.547,20	919.793,63	116.002,84	113.000,39	78.237,06	87.469,92	394.710,21	1.314.503,83	563.043,37	70,00
		TOTAL	5.118.473,03	2.272.103,59	273.955,58	255.569,34	325.728,07	470.335,45	1.325.588,44	3.597.692,02	1.520.781,01	70,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN0801711 Printed on 23/01/2013

page: ?

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN0801711

Project Title : **Appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS**

Budget Version : **K01**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

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

Status	Fin Mode	Amount	2011	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				Q1	Q2	Q3	Q4				
02 Promouvoir la vision	COGEST	1.524,01	0,00						0,00	1.524,01	0%
03 Assurer la participation des	COGEST	30.245,00	0,00		9.376,85		5.205,57	14.582,42	14.582,42	15.662,58	48%
04 Renforcer les plateformes	COGEST	19.818,00	18.094,18				91,47	91,47	18.185,65	1.632,35	92%
05 Impliquer l'IRSP ainsi que	COGEST	93.716,00	59.011,87	13.878,56				13.878,56	72.890,43	20.825,57	78%
04 Les acquis du projet		739.167,00	40.185,95	38.043,16	5.993,27	17.346,34	193.548,53	254.931,31	295.117,27	444.049,73	40%
01 Assurer un fonctionnement	COGEST	0,00	0,00						0,00	0,00	2%
02 Renforcer les capacités	COGEST	42.610,35	10.416,27	3.896,37		6.585,35	10.794,83	21.276,55	31.692,82	10.917,53	74%
03 Assurer des services de	COGEST	0,00	0,00						0,00	0,00	2%
04 Mobiliser les ressources	COGEST	12.495,74	4.033,80						4.033,80	8.461,94	32%
05 Les bonnes pratiques liées	COGEST	0,00	0,00						0,00	0,00	2%
06 Assurer un fonctionnement	REGIE	36.406,97	6.406,97	3.353,88	33,54	3.293,74	7.712,03	14.393,19	20.800,16	15.606,81	57%
07 Assurer des services de	REGIE	360.000,00	0,00	24.044,00	10,67		161.335,34	185.390,01	185.390,01	174.609,99	51%
08 L'offre de PSL est renforcée	COGEST	226.702,90	19.328,91	6.748,92	5.949,06	7.467,26	11.790,96	31.956,20	51.285,11	175.417,79	23%
09 La gouvernance et la	COGEST	49.573,47	0,00				1.915,37	1.915,37	1.915,37	47.658,10	4%
10 Le financement du système	COGEST	11.377,57	0,00						0,00	11.377,57	0%
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX)		0,01	0,00						0,00	0,01	0%
01 Réserve budgétaire		0,01	0,00						0,00	0,01	0%
01 Réserve budgétaire	COGEST	0,00	0,00						0,00	0,00	2%
02 Réserve budgétaire Regie	REGIE	0,01	0,00						0,00	0,01	0%
Z MOYENS GÉNÉRAUX		2.963.070,00	1.526.641,89	161.893,35	119.920,54	249.908,77	169.625,91	701.348,57	2.227.990,45	735.079,55	75%
	REGIE	3.240.925,83	1.352.309,96	157.952,74	142.568,95	247.491,01	382.865,53	930.878,23	2.283.188,19	957.737,64	70,00
	COGEST	1.877.547,20	919.793,63	116.002,84	113.000,39	78.237,06	87.469,92	394.710,21	1.314.503,83	563.043,37	70,00
	TOTAL	5.118.473,03	2.272.103,59	273.955,58	255.569,34	325.728,07	470.335,45	1.325.588,44	3.597.692,02	1.520.781,01	70,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN0801711 Printed on 23/01/2013

page: 7

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN0801711

Project Title : **Appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS**

Budget Version : **K01**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

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

Status	Fin Mode	Amount	2011	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec	
				Q1	Q2	Q3	Q4					
01 Frais de personnel		2.037.189,57	1.005.709,95	94.806,35	103.818,12	129.024,87	136.328,24	463.977,58	1.469.687,53	567.502,04	72%	
	01 Assistant technique	REGIE	699.843,73	377.891,42	35.106,03	45.680,03	34.922,67	40.577,71	156.286,44	534.177,86	165.665,87	76%
	02 Assistant technique régional	REGIE	40.205,00	40.204,87						40.204,87	0,13	100%
	03 RAF	REGIE	311.775,86	165.240,16	17.239,46	15.097,58	18.673,45	19.885,49	70.895,98	236.136,14	75.639,72	76%
	04 Assistant technique	REGIE	37.467,00	37.466,76						37.466,76	0,24	100%
	05 Equipe finance et	COGEST	99.667,00	48.323,25	8.012,83	4.949,53	4.788,00	6.618,87	24.369,23	72.692,48	26.974,52	73%
	06 Equipe technique -	REGIE	733.172,00	280.504,64	27.508,40	32.452,41	64.670,55	61.387,30	186.018,66	466.523,30	266.648,70	64%
	07 Equipe technique - primes	COGEST	890,00	890,00						890,00	0,00	100%
	08 Autres frais	COGEST	8.400,00	7.451,95	311,38	-299,80			11,59	7.463,54	936,46	89%
	09 Responsable du projet	COGEST	105.768,98	50.640,54	6.408,72	5.688,18	5.688,18	7.584,24	25.369,32	76.009,86	29.759,12	72%
	10 Programme Junior	REGIE	0,00	-2.903,64	219,53	250,17	282,03	274,64	1.026,36	-1.877,28	1.877,28	?
02 Investissements			379.951,61	338.628,57		1.645,62	21.818,74	23.552,84	47.017,19	385.645,76	-5.694,15	101%
	01 Véhicules 8(4X4) & 1	REGIE	255.278,00	255.116,71						255.116,71	161,29	100%
	02 Equipement bureau	REGIE	44.004,80	40.193,05		969,96	1.281,27	685,49	2.936,71	43.129,76	875,04	98%
	03 Equipement IT	REGIE	28.759,28	24.948,28			838,47		838,47	25.786,75	2.972,53	90%
	04 Aménagements du bureau	REGIE	51.909,53	18.370,53		675,66	19.699,00	22.867,35	43.242,01	61.612,54	-9.703,01	119%
03 Frais de fonctionnement			218.618,17	145.201,50	16.610,14	8.893,05	9.851,58	8.352,07	43.706,85	188.908,34	29.709,83	86%
	01 Services et frais de	COGEST	13.600,00	6.911,63	-621,48	-725,32	-974,77	-154,45	-2.476,03	4.435,60	9.164,40	33%
	02 Frais de fonctionnement	COGEST	112.757,87	69.890,87	8.968,35	2.904,13	3.217,28	2.820,18	17.909,95	87.800,82	24.957,05	78%
	03 Télécommunications	COGEST	11.226,01	7.405,76	598,69	505,59	712,87	870,11	2.687,26	10.093,02	1.132,99	90%
		REGIE	3.240.925,83	1.352.309,96	157.952,74	142.568,95	247.491,01	382.865,53	930.878,23	2.283.188,19	957.737,64	70,00
		COGEST	1.877.547,20	919.793,63	116.002,84	113.000,39	78.237,06	87.469,92	394.710,21	1.314.503,83	563.043,37	70,00
		TOTAL	5.118.473,03	2.272.103,59	273.955,58	255.569,34	325.728,07	470.335,45	1.325.588,44	3.597.692,02	1.520.781,01	70,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN0801711 Printed on 23/01/2013

page: ?

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN0801711

Project Title : **Appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS**

Budget Version : **K01**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

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

	Status	Fin Mode	Amount	2012					Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				2011	Q1	Q2	Q3	Q4				
04 Aménagements du bureau		REGIE	51.909,53	18.370,53		675,66	19.699,00	22.867,35	43.242,01	61.612,54	-9.703,01	119%
03 Frais de fonctionnement			218.618,17	145.201,50	16.610,14	8.893,05	9.851,58	8.352,07	43.706,85	188.908,34	29.709,83	86%
01 Services et frais de		COGEST	13.600,00	6.911,63	-621,48	-725,32	-974,77	-154,45	-2.476,03	4.435,60	9.164,40	33%
02 Frais de fonctionnement		COGEST	112.757,87	69.890,87	8.968,35	2.904,13	3.217,28	2.820,18	17.909,95	87.800,82	24.957,05	78%
03 Télécommunications		COGEST	11.226,01	7.405,76	598,69	505,59	712,87	870,11	2.687,26	10.093,02	1.132,99	90%
04 Fournitures de bureau		COGEST	23.840,25	17.791,94	2.450,29	1.984,06	2.744,73	1.095,51	8.274,59	26.066,53	-2.226,28	109%
05 Missions		COGEST	32.269,44	20.526,14	1.704,68	2.723,04	3.654,74	2.025,29	10.107,75	30.633,89	1.635,55	95%
06 Frais de représentation et		COGEST	11.200,00	11.122,88	2.401,07	63,65		486,24	2.950,96	14.073,84	-2.873,84	126%
07 Formation		COGEST	3.067,00	2.820,46		612,29			612,29	3.432,75	-365,75	112%
08 Frais financiers		COGEST	610,60	340,78	175,96	199,04	184,37	125,04	684,41	1.025,19	-414,59	168%
09 Autres frais de		COGEST	10.047,00	8.391,04	932,58	626,57	312,37	1.084,14	2.955,66	11.346,70	-1.299,70	113%
04 Audit et Suivi et Evaluation			327.310,65	37.102,55	50.476,87	5.563,75	89.213,58	1.392,77	146.646,97	183.749,52	143.561,13	56%
01 Atelier de démarrage		REGIE	5.491,45	4.703,47						4.703,47	787,98	86%
02 Frais de suivi et évaluation		REGIE	104.421,00	15.695,17	44.525,51	1.043,62	1.446,28		47.015,41	62.710,58	41.710,42	60%
03 Audit		REGIE	51.122,76	12.090,00			11.680,50		11.680,50	23.770,50	27.352,26	46%
04 Backstopping		REGIE	6.275,44	4.613,91	5.921,63	1.500,45	112,49		7.534,57	12.148,48	-5.873,04	194%
05 Suivi scientifique		REGIE	160.000,00	0,00	29,73	3.019,69	75.974,30	1.392,77	80.416,49	80.416,49	79.583,51	50%
99 Conversion rate adjustment			0,00	-0,68	-0,01			-0,01	-0,02	-0,70	0,70	?%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	-0,19						-0,19	0,19	?%
99 Conversion rate adjustment		COGEST	0,00	-0,49	-0,01			-0,01	-0,02	-0,51	0,51	?%
		REGIE	3.240.925,83	1.352.309,96	157.952,74	142.568,95	247.491,01	382.865,53	930.878,23	2.283.188,19	957.737,64	70,00
		COGEST	1.877.547,20	919.793,63	116.002,84	113.000,39	78.237,06	87.469,92	394.710,21	1.314.503,83	563.043,37	70,00
		TOTAL	5.118.473,03	2.272.103,59	273.955,58	255.569,34	325.728,07	470.335,45	1.325.588,44	3.597.692,02	1.520.781,01	70,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of BEN0801711 Printed on 23/01/2013

page: ?

5.5 Ressources

La logistique roulante utilisée pour les campagnes de sensibilisation des donneurs de sang ainsi que les bus de collecte mobile de sang mis à disposition des centres départementaux de transfusion sanguine (CDTS) contribuent au renforcement de la disponibilité des poches de sang et donc à l'amélioration du taux de satisfaction des demandes en produits sanguins labiles. Il en est de même pour la dotation (au cours de la période sous revue) des CDTS en équipements biomédicaux destinés à la qualification du sang. Le matériel informatique, les vidéoprojecteurs, les flipcharts et valises zop ont été utilisés pour des ateliers (monitoring des résultats, écriture du livret de capitalisation, sessions de travail lors des missions d'appui scientifique ou de backstopping etc.) et sessions de formation. Nombreux rapports et documents divers dont le livret de capitalisation des expériences relatives au RAMU et FBR ont été produits et sont disponibles.

5.6 Décisions prises par la SMCL et suivi

					Action			Suivi	
Décisions prises	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Assurer la certification du Plan de Formation du MS dans les délais requis afin d'éviter une seconde année blanche qui pénaliserait les bénéficiaires potentiels de bourses de la coopération belge au titre de l'année 2012.					Réunion de certification	MTFP	Avril 2012	Réunion réalisée, plan de formation certifié sous de prise en compte des amendements proposés lors de la réunion de certification	
	Février 2012	3 mois	SMCL	SG/MS	Atelier du comité national de certification des plans de formation	MTFP	Mai 2012	Atelier organisé pour la prise en compte des amendements proposés lors de la réunion du comité de certification	
					Signature Plan de formation certifiée	Ministre du Travail et de la FP	Avril 2012	Plan de travail certifié mais non encore disséminé	
Assurer la poursuite des visites de terrain de la mission conjointe MS-AIMS sur une base semestrielle SG/MS					Préparer la mission (TdR et planning)	SG/MS	Juin 2012	Réalisé	
	Février 2012	1 ^{er} semestre 2012	SMCL	SG/MS	Réaliser la mission	Membres missions	Juillet 2012	Réalisé	Seule une mission de supervision a été réalisée sur les 2 prévues
					Rédiger et diffuser le rapport de la mission	AIMS	27/09/2012	Réalisé	La mission a eu lieu du 12 au 21 /09/2012

					Action			Suivi	
Décisions prises	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Prendre en compte dans l'ensemble des projets le genre dans le cadre de l'exécution des activités programmées.	Février 2012	2012	SMCL	Membres SMCL	Appuyer le développement des activités stratégiques de promotion 'genre et développement'	MS	Juin 2012	Non réalisé	Appui à l'élaboration de documents stratégiques et de normes d'offre de soins de qualité aux couches vulnérables, dont les mères et les enfants.
Validation du projet de changement budgétaire proposé par l'AIMS	Février 2012	-	SMCL	Membres SMCL	Utilisation de la nouvelle version validée du budget	AIMS	24/02 2012	Nouvelle version du budget AIMS	Budget AIMS nouvelle version

					Action			Suivi	
Décisions prises	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Assurer la mobilisation des fonds de contrepartie nationale pour les 2 projets	Juillet 2012	-	SMCL	Membres SMCL	Faire le suivi et lobbying pour la nomination des régisseurs	AIMS	Octobre 2012	Fonds AIMS ont été mobilisés avec l'ancien régisseur Ce qui n'a pas été le cas pour le PARZS Deux nouveaux régisseurs ont été nommés (un pour chaque projet)	Recommandation exécutée partiellement
Validation d'une nouvelle proposition de révision budgétaire faite par l'AIMS	Juillet 2012	-	SMCL	Membres SMCL	Utilisation de la nouvelle version validée du budget	AIMS	Août 2012	Nouvelle version du budget AIMS	Budget AIMS nouvelle version