



# RAPPORT DES RESULTATS 2013

## PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISTERE DE LA SANTE (AIMS)

BEN0801711



<b>ACRONYMES .....</b>	<b>4</b>
<b>1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES).....</b>	<b>7</b>
1.1 FICHE D'INTERVENTION .....	7
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE .....	8
1.2.1. CONTRIBUTION BELGE (EN EUR) .....	8
1.2.2. CONTRIBUTION NATIONALE.....	9
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE .....	9
1.3.1 <i>Pertinence</i> .....	9
1.3.2 <i>Efficacité</i> .....	10
1.3.3 <i>Efficiéce</i> .....	10
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i> .....	10
1.4 CONCLUSIONS .....	11
<b>2 MONITORING DES RESULTATS .....</b>	<b>12</b>
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE .....	12
2.1.1 <i>Contexte général</i> .....	12
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i> .....	12
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> .....	13
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i> .....	13
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME .....	15
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	15
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	19
2.2.3 <i>Impact potentiel</i> .....	20
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1.....	22
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	22
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	26
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	26
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	28
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	28
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	30
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	30
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	32
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	32
2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	35
2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	35
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	37
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i> .....	37
2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> .....	38
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	38
2.7 THEMES TRANSVERSAUX .....	40
2.7.1 <i>Genre</i> .....	40
2.7.2 <i>Environnement</i> .....	40
2.7.3 <i>Gouvernance</i> .....	40
2.7.4 <i>Le VIH et le Sida</i> .....	40
2.8 GESTION DES RISQUES .....	41

<b>3</b>	<b>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....</b>	<b>43</b>
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES .....	43
3.2	RECOMMANDATIONS .....	43
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES .....	44
<b>4</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>45</b>
4.1	CRITERES DE QUALITE .....	45
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	48
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR .....	53
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS .....	53
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....	54
4.5.1.	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS » : CONTRIBUTION BELGE .....	54
4.5.2.	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS » : CONTRIBUTION NATIONALE.....	61
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION.....	62
4.7	JOURNAL DES INCIDENCES ET JOURNAL DES STRATEGIES .....	63

## Acronymes

<b>AD</b>	Atacora/Donga
<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>AIMS</b>	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
<b>AMCES</b>	Association des Œuvres Médicales Privées Professionnelles et Sociales au Bénin
<b>ANAM</b>	Agence Nationale d'Assurance Maladie
<b>ANTS</b>	Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine
<b>AOF</b>	Attributions, Organisation et Fonctionnement
<b>ARM3</b>	Réduction de la Morbidité et de la Mortalité dues à la Malaria
<b>AT</b>	Assistants Techniques
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CDTS AD</b>	Centre Départemental de Transfusion Sanguine Atacora/Donga
<b>CDTS MC</b>	Centre Départemental de Transfusion Sanguine Mono/Couffo
<b>CHPP/PSM</b>	Country Health Policy Program/ Politique Sanitaire en Mouvement
<b>CNEEP</b>	Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
<b>CNTS</b>	Centres Nationaux de Transfusion Sanguine
<b>CODIR</b>	Comité de Direction
<b>CSC</b>	Cahier Spécial des Charges
<b>CSP</b>	Comité Spécial des Partenaires
<b>CTB</b>	Agence Belge de Développement
<b>CUS</b>	Couverture Universelle en Santé
<b>DCT</b>	Directions Centrales et Techniques
<b>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>DDS AD</b>	Direction Départementale de la Santé Atacora/Donga
<b>DDS MC</b>	Direction Départementale de la Santé Mono/Couffo
<b>DHAB</b>	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
<b>DIEM</b>	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la maintenance
<b>DIP</b>	Direction de l'Informatique et du Pré-archivage
<b>DIRO</b>	Développement Institutionnel et Renforcement Organisationnel
<b>DNSP</b>	Direction Nationale de la Santé Publique
<b>DPMED</b>	Direction des Pharmacies et du Médicament
<b>DPP</b>	Direction de la Programmation et de la Prospective
<b>DRFM</b>	Direction des Ressources Financières et du Matériel
<b>DSME</b>	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>DTF</b>	Dossier technique et Financier

<b>EMP</b>	Evaluation Mi-Parcours
<b>FAREC</b>	Fonds d'Appui à la réalisation d'Etudes et de Consultances
<b>FBR</b>	Financement Basé sur les Résultats
<b>FIT</b>	Financial Information Tool
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>GTT</b>	Groupe Thématique de Travail
<b>HARMO</b>	Harmonisation
<b>HQ</b>	Head Quarter/ siège
<b>IHP+</b>	International Health Partnership
<b>LMG</b>	Leadership, Management et Gouvernance
<b>LOGI GRH</b>	Logiciel de Gestion des Ressources Humaines
<b>MBB</b>	Marginal Budgeting for Bottlenecks
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>MSH</b>	Management Sciences for Health
<b>MUSA</b>	Mutuelles de Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OPP</b>	Organe Paritaire de Partenariat secteur public-secteur privé
<b>PALI</b>	Partenaires Limitrophes
<b>PARZS</b>	Projet d'Appui au Renforcement des départements et Zones Sanitaires
<b>PASS</b>	Programme d'Appui Secteur de la Santé
<b>PASTAM</b>	Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle dans les départements de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo
<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
<b>P4H</b>	Providing For Health
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PISAF</b>	Projet Intégré de Santé Familiale
<b>PITA</b>	Plan Intégré de Travail Annuel
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PRPSS</b>	Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé
<b>PSER</b>	Plan de Suivi Evaluation Revue
<b>PSL</b>	Produits Sanguins Labiles
<b>PTA</b>	Plan de Travail Annuel
<b>PTF</b>	Partenaire Technique et Financier
<b>PTD</b>	Plan Triennal de Développement
<b>PTS</b>	Poste de Transfusion Sanguine
<b>PV</b>	Procès-verbal

<b>RAC</b>	Revue Annuelle Conjointe
<b>RAMU</b>	Régime d'Assurance Maladie Universelle
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>ROBS</b>	Réseau des ONG Béninoises de Santé
<b>RSS</b>	Renforcement du Système de Santé
<b>SDTS</b>	Service Départementaux de Transfusion Sanguine
<b>SIGFIP</b>	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
<b>SGM</b>	Secrétariat Général du Ministère
<b>SMCL</b>	Structure mixte de concertation locale
<b>ST</b>	Services de Transfusion
<b>SWOT</b>	Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats
<b>TdR</b>	Termes de Références
<b>UAC</b>	Unité d'Appui Conseil
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>ZS</b>	Zone Sanitaire

# 1 Aperçu de l'intervention (max. 2 pages)

## 1.1 Fiche d'intervention

<b>Nom du projet</b>	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé - AIMS
<b>Code du projet</b>	BEN 08 017 11
<b>Emplacement</b>	Niveau central du Ministère de la Santé
<b>Budget</b>	5 721 621 € (dont 603 149 de la contribution nationale)
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé
<b>Date de la Convention de mise en œuvre</b>	26.01.2009
<b>Durée (mois)</b>	48 mois (+ 20 mois de prorogation) : 68 mois ; jusqu'au 30/09/2014
<b>Groupes cibles</b>	Cadres des services centraux du MS et du niveau intermédiaire
<b>Impact<sup>1</sup></b>	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
<b>Outcome</b>	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
<b>Outputs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées</li><li>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)</li><li>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</li><li>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</li></ol>

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

## 1.2 Exécution budgétaire

### 1.2.1. Contribution belge (en EUR)

	Budget	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année 2013
		Années précédentes (2009 à 2012)	Année couverte par le rapport (2013)		
<b>Total</b>	<b>5 118 473</b>	<b>3 821 621</b>	<b>851 675</b>	<b>445 177</b>	<b>91%</b>
<b>Output 1</b>	956 305	701 144	107 860	<b>147 301</b>	84%
<b>Output 2</b>	337 872	264 740	44 904	<b>28 228</b>	91%
<b>Output 3</b>	146 771	108 701	35 490	<b>2 580</b>	98%
<b>Output 4</b>	674 667	493 117	141 658	<b>39 892</b>	94%
<b>Moyens généraux</b>	3 002 858	2 253 919	521 763	<b>227 176</b>	92%

L'exécution financière du projet à la fin de l'année sous-revue est bonne : 91%. Ce taux pour tous les résultats a connu la même tendance, hormis l'output 1 qui n'est que de 84,6%.

Pour l'exercice de 2013, le PTA vQ12013 du projet était de 1.145.923 € pour une exécution financière de 851.676 €, soit un taux de réalisation de 74%. En effet, la Commission Mixte de 1 mars 2013 a approuvé une nouvelle prolongation du projet pour une durée additionnelle de 9 mois. Cette situation a eu comme conséquence, le réajustement du PTA 2013 pour assurer que les ressources disponibles couvrent la prolongation de la mise en œuvre des activités jusqu'au 30/09/2014. Le PTA 2013 vQ3 a donc été revu pour réduire le montant initial 1.145.923 € à 870.650 €.

Le taux d'exécution de 74% a été obtenu en comparant le montant des dépenses à la programmation initiale.

Par ailleurs, le montant des dépenses de 2013 diffère de celui dans FIT de 45.539 € (voir rubriques 4.5.) du fait que le second a tenu compte des paiements effectués en fin du mois de décembre 2013 par le siège pour le compte du projet et dont les pièces justificatives des paiements par le Siège (PHQ) ne sont pas encore disponibles au niveau du projet (au moment de la rédaction du rapport).

## 1.2.2. Contribution nationale

	Libellés	Budget initial	Total dépenses au 31/12/2012	Exécution 2013	Total dépenses au 31/12/2013	Solde au 31/12/2013	% Exéc.
<b>1</b>	<b>Frais de personnel</b>	<b>62 971 872</b>	<b>39 357 420</b>	<b>15 742 968</b>	<b>55 100 388</b>	<b>7 871 484</b>	<b>87%</b>
	Responsable National du projet	31 485 936	2 623 828		2 623 828	28 862 108	8%
	Chirurgiens formateurs (mise à disposition bureaux pour 2 ATR PARZS pour 24 mois)	31 485 936	36 733 592	15 742 968	52 476 560	- 20 990 624	166%
<b>2</b>	<b>Fonctionnement</b>	<b>332 963 773</b>	<b>108 807 037</b>	<b>44 968 749</b>	<b>153 775 786</b>	<b>179 187 987</b>	<b>46%</b>
	Exonération de Taxe sur véhicule	137 750 970	30 033 290		30 033 290	107 717 680	21%
	Loyer du bureau central (mis à disposition bureaux UAC AIMS pour 48 mois)	37 783 123	22 040 155	9 445 781	31 485 936	6 297 187	83%
	Mise à disposition de local au niveau intermédiaire (bureaux mis pour ATI niveau DDS PARZS)	62 971 872	36 733 592	15 742 968	52 476 560	10 495 312	83%
	Visite de supervision intégrée	94 457 808	20 000 000	19 780 000	39 780 000	54 677 808	42%
	<b>TOTAL</b>	<b>395 935 645</b>	<b>148 164 457</b>	<b>60 711 717</b>	<b>208 876 174</b>	<b>187 059 471</b>	<b>52%</b>

La contribution nationale, évaluée à un montant de 395 935 645 CFA soit 603 600 €, comprend essentiellement des contributions en nature, notamment les locaux et les exonérations sur les matériels acquis en début de projet. Elle prévoit un appui en ressources supplémentaires pour appuyer les supervisions intégrées. Depuis 2011, il est mis annuellement à la disposition du projet un montant de vingt millions (20 000 000) de francs CFA pour financer la prise en charge de la participation des membres aux sessions de la SMCL et les supervisions du partenaire. En 2013, le montant des dépenses s'élève à 19 780 000 CFA soit un taux d'exécution de 98.9%. Les informations détaillées de l'exécution desdites ressources figurent dans le tableau en annexe (Rubrique 4.5.2)

## 1.3 Autoévaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

	<b>Performance</b>
<b>Pertinence</b>	A

L'intervention s'inscrit entièrement dans la stratégie sanitaire nationale (le PNDS) dont elle accompagne la mise en œuvre ; elle respecte les principes de la déclaration de Paris et répond aux besoins de la cible.

Bien que l'intervention soit pertinente, les différents avenants au DTF initial affectent la lisibilité de la logique d'intervention.

Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé (MS) reste l'ancrage institutionnel le plus approprié pour le projet. Il facilite les interactions du projet avec les directions centrales et techniques du MS et la coordination des groupes thématiques.

### 1.3.2 Efficacité

	<b>Performance</b>
<b>Efficacité</b>	C

L'année 2013 a été marquée par une réorganisation du Ministère de la Santé qui s'est traduite par la prise d'arrêtés portant attribution, organisation et fonctionnement (AOF) de plusieurs directions. La clarification des attributions des différentes structures facilite les interactions entre le projet et lesdites structures. Au plan de la coordination du secteur, la mise en place et le suivi d'un agenda des grandes instances du secteur ont favorisé une rationalisation des rencontres entre acteurs et réduit dans une certaine mesure les interférences dans la mise en œuvre des PTA du MS et du projet. Par ailleurs, la contribution des Groupes Techniques de Travail (GTT) dans la conduite d'un certain nombre de processus structurants du secteur tels que la politique sanitaire en mouvement (CHPP), la stratégie de financement du secteur, le Régime Assurance Maladie Universelle (RAMU) et l'évaluation du PTD 2010-2012 a été déterminante.

Les difficultés sont relatives à la faible effectivité de la planification, notamment de la planification ascendante et de la faible opérationnalisation du COMPACT. On note toujours un certain cloisonnement des directions centrales et techniques, et la faible régularité de la tenue du CODIR du SGM.

L'efficacité aurait été meilleure si les réformes recommandées par l'audit institutionnel et le Décret portant AOF du MS et le Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS) étaient mises en œuvre de façon satisfaisante et une validation plus précoce du PTD 2013-2015.

### 1.3.3 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	B

La plupart des livrables attendus au cours de la période sous revue ont été obtenus dans les délais. Un système de monitoring continu comprenant des revues bimestrielles et trimestrielles avec les partenaires permet d'ajuster régulièrement les inputs au contexte. Cependant, l'efficience a été affaiblie par les retards dans l'exécution de certains marchés d'acquisition de biens et services (respect des délais contractuels, validation des études,...), et dans le processus décisionnel par rapport aux approches méthodologiques d'exécution de certaines activités. C'est le cas notamment en ce qui concerne la réalisation de la carte sanitaire nationale et la politique de contractualisation.

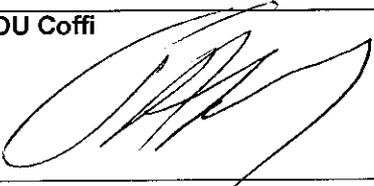
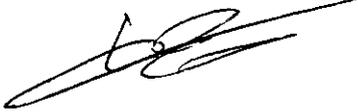
### 1.3.4 Durabilité potentielle

	<b>Performance</b>
<b>Durabilité potentielle</b>	C

Le niveau d'appui politique et l'intégration de l'intervention dans les structures institutionnelles a été jugé satisfaisant par les partenaires. Les compétences pratiques transférées assurent la continuité dans certains domaines appuyés par le projet. Cependant la durabilité financière peut être affectée au niveau de certaines directions si des dispositions adéquates ne sont pas prises pour consolider les acquis de l'intervention. C'est le cas en ce qui concerne la sécurisation de la disponibilité des intrants pour la sécurité transfusionnelle, la prise en compte des approches de financement du FBR, de la couverture universelle et la maintenance des équipements. En effet, la stagnation du budget de fonctionnement du MS et les difficultés de décaissement constituent encore un défi pour le secteur.

## 1.4 Conclusions

- L'année 2013 est l'avant-dernière année de l'intervention ;
- L'appropriation des GTT par le Ministère de la Santé s'est concrétisée par la mise sur pied de deux sous-groupes que sont le GTT-RAMU et le GTT santé communautaire ;
- La contribution de l'AIMS au fonctionnement des instances du secteur a abouti à la mise en place du Comité de Direction (CODIR) élargi aux PTF, ce qui constitue un levier important à la coordination du secteur ;
- L'évaluation finale du projet a mis en exergue l'efficacité satisfaisante de l'intervention, pour laquelle la pérennisation requiert sa consolidation à travers deux ou trois PIC complémentaires. Les constats et recommandations ont été pris en compte pour la formulation du nouveau programme ;
- Le budget de l'AIMS pour la période sous-revue a été exécuté à un taux de 74,32% (sur la base de la programmation financière du 1<sup>er</sup> trimestre 2013).

Fonctionnaire exécution nationale <sup>2</sup>	Fonctionnaire exécution CTB <sup>3</sup>
<b>AGOSSOU Coffi</b> 	<b>OUEDRAOGO Cheick Hamed Tidiane</b> 

<sup>2</sup> Nom et signature

<sup>3</sup> Nom et signature

## 2 Monitoring des résultats<sup>4</sup>

### 2.1 Évolution du contexte

#### 2.1.1 Contexte général

L'année sous-revue a été marquée par la stabilité au niveau de l'équipe dirigeante du Ministère de la Santé. Cette situation a facilité la continuité de l'exécution de l'intervention. Cependant, l'année sous revue a connu le départ massif à la retraite de nombreux cadres du secteur de la santé dont certains étaient à des postes importants de responsabilité et par ailleurs des interlocuteurs privilégiés du projet.

L'année a été aussi marquée par l'absence de perturbations sociales en raison notamment du bon fonctionnement du cadre de concertation MS-partenaires sociaux.

Le lancement du Régime d'Assurance Maladie Universelle comme stratégie de financement de la santé et d'accès aux soins constitue un acte politique majeur susceptible d'impacter positivement le fonctionnement du système de santé et sa performance. Cependant, le manque de clarification par rapport à la place des mutuelles de santé dans le dispositif et la couverture des soins au bénéfice des indigents restent une préoccupation majeure.

#### 2.1.2 Contexte institutionnel

Le contexte institutionnel a été marqué par les principaux changements ci-après :

- La mise en place en 2013 de l'observatoire des ressources humaines en santé. Cet organe est doté d'un ancrage technique et politique qui fait de lui une opportunité importante pour une mise en œuvre plus efficace des politiques et stratégies de développement des ressources humaines. Il représente également un creuset pour la consolidation et l'exploitation des acquis de l'appui du projet à cet important volet ;
- La mise en place du conseil d'administration et la nomination du directeur général adjoint de l'ANTS, ce qui renforcera la gouvernance de ladite structure ;
- Le démarrage en juillet 2013 du projet Leadership Management et Gouvernance de l'USAID pour lequel l'AIMS est impliqué à travers un consortium comprenant également le FNUAP ;
- L'organisation d'un test de recrutement de 1012 Agents Permanents de l'Etat au bénéfice du Ministère de la Santé, censé réduire dans une certaine mesure le déficit en ressources humaines qualifiées.

Sous l'égide du SGM, la coopération entre l'AIMS et les autres PTF s'est traduite par des axes de travail communs:

- La mise en œuvre du FBR et la méthodologie d'identification des indigents avec le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) ;
- La réalisation de la carte sanitaire nationale avec l'UNICEF ;
- La cartographie numérisée des interventions et des intervenants avec le FNUAP ;
- La cartographie numérisée des mutuelles de santé avec la coopération suisse.

---

<sup>4</sup> L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

Enfin l'AIMS a appuyé le Chef de file des PTF (OMS) dans de nombreux chantiers dont notamment le suivi de la mise en œuvre du Compact et de la plateforme de renforcement du système de santé (RSS), la stratégie de financement du secteur et la préparation des réunions MS-PTF.

### 2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

La structure de pilotage du projet a tenu les sessions ordinaires, dont la prise en compte des recommandations a contribué au déroulement harmonieux du projet au cours de la période sous-revue. Les autres modalités d'exécution du projet telles que définies dans le DTF demeurent pertinentes en dépit des changements intervenus au cours de l'année sous revue, notamment au regard de la prolongation de la convention spécifique qui a entériné les modalités déjà en vigueur. Par ailleurs, les évaluations et audits effectués au cours de ladite période n'ont pas relevé de problèmes majeurs imputables aux modalités d'exécution requérant leur modification.

### 2.1.4 Contexte HARMO

#### Harmonisation

Le projet AIMS a pris part à plusieurs initiatives visant l'harmonisation des approches d'intervention au sein du secteur de la santé. Au nombre de celles-ci figurent les rencontres techniques organisées sous l'égide du SGM relatives au RAMU et le FBR. Deux acteurs majeurs de ces stratégies que sont le PRPSS de la BM et le programme santé de la CTB, ont échangé entre autres autour des critères d'identification des indigents. Il en est de même en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations de la mission de P4H relatives notamment aux mutuelles de santé, même si des efforts restent à faire en ce qui concerne la participation des mutuelles de santé aux stratégies actuelles du MS.

Le projet AIMS a également pris activement part, aux côtés d'autres coopérations appuyant le MS, à la mise en place de la plateforme Country Health Policy Process (CHPP) visant à définir un cadre unique d'analyse continue du secteur pour tous les intervenants.

#### Alignement

Le projet a poursuivi la mise en œuvre d'un certain nombre d'activités avec les partenaires limitrophes (PALI) suivant les accords d'exécution. Cependant, l'alignement aux procédures du partenaire reste un défi, notamment en ce qui concerne les outils de programmation et de monitoring technique et financier.

#### Appropriation

La mise en place par le MS des groupes techniques de travail en 2013 démontre son appropriation de cette approche de travail dont le projet AIMS a contribué techniquement et financièrement à la mise en place. Il s'agit :

- du GTT santé communautaire, dont la contribution à la révision des directives de santé communautaire et à l'organisation du forum national sur la santé communautaire a été significative ;

- et du sous GTT régime assurance maladie universelle, qui est l'un des mécanismes mis en place pour faciliter le déploiement de la stratégie.

L'appropriation des processus par le partenaire a été facilitée par le rôle d'accompagnateur technique du projet.

## 2.2 Performance de l'outcome



### 2.2.1 Progrès des indicateurs

<b>Outcome:</b> 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	
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Baseline</b>
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).	Non déterminée
	<p><b>Valeur année 2012</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité manuel de planification prenant en compte le niveau central</li> <li>Existence d'un PTA sectoriel consolidé</li> <li>Disponibilité d'un PSER (plan de suivi évaluation revue) du PNDS sans plan d'action</li> <li>Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière</li> </ul>
	<p><b>Valeur année 2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel de procédure de planification ascendante révisé</li> <li>Application informatique finalisée et testée dans l'AD</li> <li>PTA 2013 unique intégré du MS disponible</li> <li>Plan d'action du PSER élaboré et validé</li> <li>Rapport de performance 2012 certifié par les services compétents en la matière</li> <li>Draft du PTD 2013-2015 disponible (à valider formellement par CODIR)</li> <li>Relecture du Compact 2010-2012 ébauchée et préparation du Compact 2013-2015</li> </ul>
	<p><b>Cible année 2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel de planification ascendante validé et utilisé</li> <li>Existence d'un PTA sectoriel unique intégré PSER du MS finalisé avec plan d'action et utilisé</li> <li>Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière</li> <li>PTD 2013-2015 élaboré</li> </ul>
	<p><b>Cible finale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Effectivité du processus de planification ascendante</li> <li>Plan d'action du PSER du MS mis en œuvre</li> <li>PTD 2013-2015 mis en œuvre</li> <li>Protocole d'accord du Compact actualisé</li> <li>Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière</li> </ul>

<b>Outcome:</b> 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				
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Base/ine</b>	<b>Valeur année 2012</b>	<b>Valeur année 2013</b>	
Inventaire des stratégies du MS validées se basant sur un travail participatif et répondant à un besoin de terrain	Non déterminée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directives nationales de supervision et monitoring</li> <li>Directives nationales d'évaluation de la fonctionnalité des ZS (testées sur le terrain)</li> <li>Protocoles de prise en charge des patients dans les hôpitaux</li> <li>Normes des soins infirmiers</li> <li>Actualisation des normes des équipements biomédicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directives nationales d'évaluation de la fonctionnalité des ZS (testées sur le terrain)</li> <li>Mise en place de GTT ad'hoc par le MS: GTT santé communautaire et RAMU</li> <li>Mise à disposition des hôpitaux des protocoles de prise en charge des patients</li> <li>Normes des soins infirmiers</li> <li>Actualisation des normes des équipements biomédicaux en cours</li> <li>Capitalisation des expériences du secteur santé</li> <li>Guide d'évaluation de la fonctionnalité et de la performance des zones sanitaires utilisé dans l'AD</li> <li>Politique d'assurance qualité dans le secteur de la santé validée</li> <li>Financement basé sur les résultats mis en œuvre</li> <li>Stratégie nationale de financement de la santé élaborée</li> </ul>	<p><b>Cible année 2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Validation et traduction opérationnelles des différentes stratégies de l'année 2012</li> </ul> <p><b>Cible finale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'évaluation annuelle de la fonctionnalité des ZS par les DDS est effective</li> <li>Effectivité de l'utilisation des stratégies élaborées</li> <li>Identification des nouveaux problèmes de fonctionnement</li> </ul>

<b>Outcome:</b> 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			
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Base/line</b>	<b>Valeur année 2012</b>	<b>Valeur année 2013</b>
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>	Non déterminée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le fonctionnement des GTT restructurés piétine (sauf GTT financement)</li> <li>Non effectivité du processus de planification ascendante</li> <li>Faible qualité des soins au sein des formations sanitaires</li> <li>Faible performance du système de santé dans son ensemble (d'où le FBR)</li> <li>Faible capacité de gestion des connaissances au sein du secteur</li> </ul>	<p><b>Cible année 2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de coordination du secteur/interférence du niveau central ; approche de solution: élaboration par le MS d'un agenda des grandes instances du secteur, concertation périodique entre SGM, DCT et AIMS pour harmonisation / recherche de synergie dans la mise en œuvre du PTA, CODIR élargis aux niveaux déconcentrés et aux PTF</li> <li>Faible synergie entre interventions (cas du FBR et Indigents): concertations / ateliers conjoints entre PRPSS/BM et CTB sur lesdites stratégies</li> <li>Faible implication des PTF dans la préparation et l'organisation de la revue annuelle de performance: approche: comité conjoint d'organisation de la RAC</li> <li>Insuffisance de diffusion des expériences de terrain : production d'un livret de capitalisation des expériences sur le FBR</li> </ul> <p><b>Cible finale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La planification ascendante pour le PITA 2014 est effective</li> <li>Le GTSS, comme instance de coordination, est fonctionnel</li> </ul>

<b>Outcome:</b> 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					
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Base/line</b>	<b>Valeur année 2012</b>	<b>Valeur année 2013</b>	<b>Cible année 2013</b>	<b>Cible finale</b>
Evolution des opportunités de financement : financement conjoint de plusieurs PTF / bailleurs	Non déterminée	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>Le projet d'appui au développement de Leadership, Management, Gouvernance a fait aussi l'objet d'un accord de financement conjoint USAID, CTB et FNUAP</li> <li>Idem avec l'exercice de planification ascendante, le projet d'élaboration de la carte sanitaire etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégie de financement de la santé pré-validée</li> <li>Financement conjoint de la phase de test de l'élaboration de la carte sanitaire nationale avec l'UNICEF</li> <li>Cofinancement état des lieux des mutuelles de santé par CTB/Coop suisse</li> <li>Echanges en cours entre le projet LMG et l'AIMS en vue d'un financement conjoint de la prise en compte de nouvelles cibles pour l'accompagnement en LMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etat des lieux des mutuelles de santé réalisé</li> <li>Les financements conjoints prévus dans l'année sont réalisés</li> </ul>	Les financements conjoints possibles sont réalisés dans le cadre d'une stratégie globale de financement du secteur

## 2.2.2 Analyse des progrès réalisés

La logique d'intervention du projet reste pertinente dans son ensemble dans le cheminement vers l'atteinte de l'outcome. L'output relatif à l'amélioration de l'offre et la qualité des produits transfusionnels demeure également pertinent pour aider le MS à élaborer et mettre en œuvre un plan directeur du sous-secteur de la transfusion.

Des progrès significatifs ont été enregistrés au regard des fonctions de planification, de suivi-évaluation et de coordination du MS pour une mise en œuvre efficace du PNDS. Ils sont relatifs à :

- L'adoption des arrêtés portant organisation et fonctionnement des directions centrales et techniques, conformément au nouveau décret réorganisant le Ministère de la Santé. Elle facilitera une meilleure structuration des interactions entre le projet et les structures concernées. Malgré tout, des ambiguïtés persistent sur les responsabilités concernant certains volets pouvant engendrer des conflits d'attribution, et par rapport auxquels la collaboration avec lesdites directions pourrait être délicate. Il s'agit par exemple du volet formation toujours partagé entre la DRF et la DRH, le partenariat public-privé partagé entre plusieurs services de la DNSP ou encore la gestion des connaissances entre le SGM et la DPP ;
- L'évaluation du PTD 2010-2012 et l'élaboration du PTD 2013-2015. La contribution des GTT au processus a été très appréciée par tous les acteurs qui soulignent la pertinence desdits groupes pour le secteur. Par ailleurs, il urge que le Compact soit relu en vue de l'arrimer au nouveau PTD afin d'assurer qu'il structure le soutien des PTF au secteur de la santé ;
- L'élaboration du plan intégré de travail du ministère intégrant les plans de travail de l'ensemble des acteurs, ce qui répond aux besoins exprimés clairement par le MS de doter le MS de cet outil de travail. Cependant, il s'agit plus d'une compilation de plans de travail qu'un plan issu d'un processus ascendant. En conséquence, il ne peut contribuer véritablement à réduire les interférences et les doubles emplois de ressources ;
- La finalisation du plan de suivi-évaluation revue dont les indicateurs ont été pour la première fois intégrés dans la matrice de la revue annuelle de performance du secteur. Beaucoup d'efforts restent cependant à faire dans le sens de l'utilisation des indicateurs du PSER par les acteurs pour le suivi des PTA et les revues de performances des différents niveaux de la pyramide ;
- La capitalisation des évidences générées par les expériences de terrain dans divers domaines de la couverture universelle en santé tels que l'identification des indigents et la mise en œuvre du FBR. La capitalisation des expériences du niveau stratégique est en cours. Il s'agit d'une dimension importante dans la constitution de la mémoire institutionnelle qui vient compléter les efforts du projet concrétisés à travers l'archivage, la mise en place des infrastructures de la communication et le renforcement du fonctionnement du centre de documentation du MS. En dehors de la documentation desdites expériences à travers un livret, le processus a permis de renforcer les capacités des acteurs de terrain en capitalisation. Malheureusement, l'appropriation de la Direction de la recherche et de la formation, partenaire institutionnel stratégique chargé dudit volet reste faible, en raison notamment de sa faible capacité en ressources humaines. La capitalisation des expériences du secteur prévue en 2014 dont elle aura la responsabilité de la conduite sera une occasion pour corriger cette insuffisance.

Les outputs ainsi obtenus indiquent une certaine avancée dans l'amélioration des processus des trois principales fonctions de gouvernance du secteur contenues dans l'outcome du projet.

La prise en compte de certains autres aspects pour le compte du PTA 2014 renforcera l'atteinte de l'outcome indiqué. Il s'agit de:

- La faible mise en œuvre des stratégies disponibles : l'absence d'un répertoire actualisé desdits documents et d'un mécanisme de suivi de leur mise en œuvre constitue une insuffisance et n'est pas de nature à assurer une traduction opérationnelle desdites stratégies ;
- La qualité de la planification opérationnelle sectorielle qui n'est pas encore optimale. En effet, la dimension ascendante n'est toujours pas effective, parce que peu maîtrisée. En outre, la consolidation des plans des différents niveaux reste artificielle et le suivi de l'exécution n'est pas fondé sur les indicateurs du PSER. La poursuite de l'appui à l'utilisation de l'application informatique de consolidation des PTA avec la prise en compte des aspects ci-dessus évoqués est impérative ;
- L'utilisation peu optimale des GTT comme instrument de réflexion et de coordination. Le peu d'intérêt de certains directeurs, présidents desdits groupes, et le non fonctionnement du GTSS en sont les principales raisons. L'engouement récent manifesté par le SGM à l'égard du GTSS, dont il est le président et dont certaines rencontres sont prévues en début d'année 2014, est de bon augure pour le fonctionnement de tout le mécanisme, étant donné la place qu'il occupe dans le dispositif ;
- L'absence d'une stratégie nationale de collaboration entre le MS et les institutions de recherches.

Par ailleurs, bien que le développement du site Web du MS soit un succès, il n'existe pas encore de base de données accessible pour les rapports, documents du secteur et rapports de recherches. Les problèmes d'accès à l'internet des cadres au sein du MS demeurent, de même que le fonctionnement optimal du centre de documentation du ministère.

La formulation participative du nouveau programme santé de la CTB a pris en compte la plupart des défis relevés.

### 2.2.3 Impact potentiel

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.

L'amélioration de l'état de santé de la population béninoise est l'impact auquel sont censées contribuer les actions de différents secteurs dont celui de 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 : dans ce cadre, s'inscrivent plusieurs actions dont notamment l'élaboration des normes de prise en charge de qualité dans les domaines de la pédiatrie, de la gynécologie, de la chirurgie et de la médecine générale. Par ailleurs, l'appui à l'ANTS et aux CDTS visant la mise à disposition de produits sanguins de qualité au profit des formations sanitaires et la vulgarisation de la méthode de récupération sanguine per opératoire sont des actions qui contribuent significativement à l'offre de soins de qualité dont les cibles prioritaires sont les femmes et les enfants ;
- Renforcer le partenariat pour la santé : plusieurs initiatives porteuses telles que l'élaboration de la politique de contractualisation n'ont pas abouti malgré les efforts soutenus de l'AIMS. Cependant, l'adoption par le MS (secteur public) de la méthode de récupération per opératoire (évoquée ci-dessus) développée par l'hôpital de Tanguiéta, hôpital confessionnel membre de l'Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales (AMCES) est une avancée en matière de partenariat public et privé. L'AIMS a soutenu le processus dans ses aspects d'évaluation et de vulgarisation. Par ailleurs, il faut noter la poursuite de la concertation régulière avec les PTF et autres partenaires dans le cadre de la mise en œuvre du Compact ;
- Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé à travers l'utilisation des outils de planification et de suivi-évaluation.

## 2.3 Performance de l'output 1



### 2.3.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la BaseLine	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale (2014)
Output 1 : L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées					
Nombre de directeurs accompagnés ayant effectivement, sur base des fiches de suivi, utilisé les outils et méthodes de gestion du changement	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mission briefing et orientation en LMG au MS par MSH Boston</li> <li>Mission exploratoire MSH en appui au consortium USAID /PISAF /UNFPA / AIMS</li> <li>Formation de cadres du MS sur les outils de LMG par l'USAID et ARM3</li> <li>Poursuite accompagnement en Outcome Mapping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Démarrage projet LMG pour développement capacités de 02 DCT et 02 programmes du MS en LMG</li> <li>identification/planification des besoins en renforcement des capacités en LMG</li> <li>Formation cadres du MS en développement organisation et renforcement institutionnel (DIRO)</li> </ul>	Tous les directeurs du MS et les DDS sont formés en LMG et savent utiliser les outils et méthodes appropriés	Tous les directeurs du MS et les DDS sont formés en LMG et savent utiliser les outils et méthodes appropriés
Prise des décrets et textes d'application de la réforme organisationnelle et institutionnelle du MS	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nouveau décret portant AOF du MS le 13 août 2012</li> <li>Projet des arrêtés des 11 directions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sur les 11 arrêtés attendus, 10 sont validés. Celui de la DNEHS est en cours de finalisation / validation</li> </ul>	Toutes les directions (11) disposent d'un arrêté conforme au décret portant AOF du MS	Toutes les directions (11) fonctionnent conformément aux dispositions des arrêtés

<b>Output 1 : L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées</b>				
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la BaseLine</b>	<b>Valeur année 2012</b>	<b>Valeur année 2013</b>	<b>Cible finale (2014)</b>
Les postes, les rôles et les résultats à obtenir sont décrits et clairs pour chaque service du MS central	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre organique du MS validé décrivant les postes et rôles de chaque service</li> <li>• Arrêtés décrivent les postes clés au sein des différentes directions</li> <li>• Lettre de mission du MS adressée à chaque DCT, indiquant clairement les résultats attendus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre organique du MS validé décrivant les postes et rôles de chaque service</li> <li>• Arrêtés décrivent les postes clés au sein des différentes directions</li> <li>• Lettre de mission du MS adressée à chaque DCT, indiquant clairement les résultats attendus</li> <li>• Mise en place de l'observatoire des RH en santé</li> </ul>	<p>Tous les postes au sein du MS disposent d'un descriptif et d'une lettre de mission</p> <p>Les lettres de mission sont évaluées</p> <p>Tenue effective des 2 réunions semestrielles de l'Observatoire</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettre envoyée en février 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettre envoyée en février 2013</li> </ul>	Lettre envoyée en février 2014
Nombre de plans opérationnels annuels issus de la planification ascendante participatifs et intégrés et revue annuelle	ND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les directions (11) ont élaboré un plan opérationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les directions (11) ont élaboré un plan opérationnel</li> <li>• Finalisation de l'application informatique de consolidation du PTA</li> <li>• Formation des responsables de planification des DDS avec l'appui de la DPP</li> </ul>	<p>Toutes les structures du MS disposent d'un plan opérationnel issu du PTA unique participatif, ascendant et consolidé du MS</p> <p>Existence d'un plan de travail intégré ascendant annuel du MS</p>

<b>Output 1 : L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées</b>				
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la BaseLine</b>	<b>Valeur année 2012</b>	<b>Valeur année 2013</b>	<b>Cible finale (2014)</b>
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 PTA unique agrégé du MS aligné sur le PNDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence d'un PTA unique intégré du MS aligné sur le PNDS et prenant en compte les PTA des partenaires</li> </ul>	PTA sectoriel unique participatif ascendant et consolidé aligné sur le PNDS
Définition et adoption d'un jeu d'indicateurs systémiques du PNDS (< 25)	Inexistence d'un jeu d'indicateur du PNDS	Draft du plan de suivi et revue validé comprenant 28 indicateurs systémiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de suivi évaluation revue validé comprenant 28 indicateurs systémiques</li> </ul>	Plan de suivi évaluation diffusé et utilisé pour le monitoring
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	01 stratégie élaborée: Document sur l'évaluation de la fonctionnalité et la performance des ZS. Une 2 <sup>ème</sup> a été ébauchée : état des lieux du financement du secteur de la santé en vue de l'élaboration des stratégies de financement du secteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document sur l'évaluation de la fonctionnalité et la performance des ZS finalisée après le test dans les différents départements.</li> <li>01 stratégie: stratégie de financement de la santé pré-validée</li> </ul>	Deux documents de stratégies sont élaborés : maintenance et réforme hospitalière
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	• Accès limité aux informations sanitaires sous forme papier dans les centres de documentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Archivage physique et électronique dans 03 directions facilitant l'accès à l'information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Archivage physique et électronique dans 03 directions (DRFM, DSME, DPMED) et SGM facilitant l'accès à l'information</li> <li>Site web du MS fonctionnel donnant</li> </ul>	Existence à la DIP d'un répertoire des documents de stratégies produits de 2010 à 2014

<b>Output 1 : L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées</b>				
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la BaseLine</b>	<b>Valeur année 2012</b>	<b>Valeur année 2013</b>	<b>Cible finale (2014)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas/faible accès aux informations sanitaires sous forme électronique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documents stratégiques, thématiques, opérationnels et rapports statistiques postés sur le site web du MS activé avec l'appui du projet</li> </ul>	accès aux documents stratégiques du secteur <ul style="list-style-type: none"> <li>Documents stratégiques, thématiques, opérationnels et rapports statistiques postés sur le site web du MS activé avec l'appui du projet</li> <li>Cartographie numérisée des interventions et intervenants du secteur de la santé</li> <li>Base de données numérisée dynamique des mutuelles de santé</li> <li>Livret capitalisation des expériences</li> </ul>	fonctionnel, centre documentaire du MS disposant des capacités opérationnelles optimales
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non disponibilité du document de supervision intégré révisé</li> <li>Système de prime de supervision non révisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité du document de supervision intégré</li> <li>Système de prime de supervision non révisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité du document de supervision intégré</li> <li>Système de prime de supervision non révisé</li> </ul>	Utilisation du document révisé de supervision intégrée
% des femmes qui participent aux formations et aux groupes de travail	<b>Non déterminé</b>	<b>20%</b>	<b>30% (*)</b>	<b>35%</b>

(\*) : Représentation féminine dans les GTT

### 2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>5</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Accompagner le renforcement des capacités des responsables des niveaux central et intermédiaire en gestion de changement		X		
2. Appuyer la mise en place d'un cadre organique conformément au nouveau décret			X	
3. Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau central		X		
4. Dynamiser la capacité de coordination du MS par la mise à disposition d'une expertise mixte positionnée au SGM		X		
5. Renforcer les capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation du Ministère de la Santé (GTT, CODIR, RAC, CNEEP)		X		
6. Appuyer la révision du système de supervision du niveau central et intermédiaire			X	
7. Renforcer la mémoire institutionnelle du Ministère de la Santé		X		

### 2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Au cours de la période sous revue, des progrès ont été notés pour l'atteinte de l'output :

- Par rapport à l'organisation interne du ministère :
  - Le renforcement des instances de coordination du ministère, que sont les comités de direction (CODIR), la revue annuelle de performance organisée par un comité conjoint MS-PTF, le renforcement de l'esprit d'équipe. En effet, hormis la tenue régulière des comités de directions du MS et des comités de directions élargis aux DDS et aux médecins coordonnateurs des zones sanitaires, il y a eu la tenue de la première session du CODIR élargi aux acteurs ci-dessus cités et les PTF. L'AIMS, a pris une part active à la préparation technique des CODIR élargis (définition de l'agenda, finalisation des présentations, compte rendu). Des efforts restent à faire pour en faire un creuset d'échanges et de prise de décision sur les questions stratégiques du secteur. L'AIMS appuiera le MS dans ce sens.
  - En ce qui concerne la revue annuelle conjointe de performance (RAC), elle a été préparée conjointement par les deux partenaires MS-PTF comme en 2012. L'activité est cependant confrontée :
    - aux problèmes récurrents de la qualité des données utilisées et de la fiabilité de leur source. Les données ne sont pas toujours identiques d'une source à l'autre, ce qui pose la question de leur fiabilité. La persistance des sous-systèmes d'information dont certains ne sont pas encore complètement arrimés au SNIGS explique cette situation. C'est le cas par exemple des données relatives aux activités à base communautaire et des maladies non transmissibles. Les efforts d'amélioration sont en cours à travers le plan de renforcement du SNIGS et la mise

<sup>5</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

- en œuvre des recommandations de l'enquête « Services Availability and Readiness Assessment » (SARA) ;
- à la faible cohérence de la RAC comme instance d'évaluation avec le PSER. En effet, les indicateurs du PSER ne sont pas de façon explicite utilisés comme base d'évaluation de la performance du secteur sur l'année sous-revue. L'utilisation d'une matrice composite d'indicateurs intégrant les indicateurs du plan de suivi évaluation revue (PSER) du secteur et des six piliers d'un système de santé de l'OMS en cours corrigera cette insuffisance.
  - o La définition d'un agenda des grandes instances du secteur et son respect au cours de l'année a permis une certaine rationalisation des rencontres dans le secteur. Il s'agit d'une initiative à renforcer en l'intégrant dans le PTA du MS dans un esprit systémique de façon à ce qu'elle contribue à réduire les interférences au sein des différents niveaux de la pyramide sanitaire.
  - o La prise des arrêtés portant attribution, organisation et fonctionnement (AOF) de la majorité des directions du MS au cours de la période sous revue répond à l'exigence d'une traduction opérationnelle des réformes structurelles recommandées par l'audit du MS de 2008 et à une amélioration de la gouvernance au sein du MS. Elle a permis au projet de mieux structurer ses interactions avec lesdites structures sur la base de leurs attributions. La direction nationale des établissements hospitaliers et de soins (DNEHS) et la Direction de l'Informatique et du pré-archivage (DIP) ne disposent cependant pas encore de textes actualisés. Cette dernière n'est pas encore opérationnelle, ce qui limite la coordination des efforts du projet dans le renforcement de la mémoire institutionnelle du MS.
- En ce qui concerne les interactions entre les directions, elles ont été renforcées au cours de l'année sous-revue par :
- o La poursuite des séances de concertations entre le secrétaire général et certaines directions centrales et techniques visant entre autres à harmoniser les approches d'intervention spécifiques. Il s'agit d'un creuset d'échanges techniques entre le SGM et les directions sur des thématiques d'intérêt du secteur nécessitant une certaine harmonisation et de synergie entre les directions concernées (carte sanitaire nationale, normes en matière de soins infirmiers et obstétricaux, normes des infrastructures, équipements et ressources humaines dans les formations sanitaires). La fluidité de ces interactions n'est pas encore optimale et doit être améliorée. Par ailleurs, cette initiative gagnerait en efficience à être intégrée dans les GTT concernés par les thématiques en question afin de réduire la fragmentation. L'AIMS y travaillera dans le cadre de la dynamisation des GTT et du GTSS en particulier.
  - o L'implication de nombre de directions dans les groupes de travail ad'hoc sur la santé communautaire et le RAMU. Il s'agit d'expériences très positives dans le sens du renforcement des interactions entre structures du MS d'une part et avec celles d'autres secteurs d'autre part. Cependant, les liens fonctionnels entre lesdits sous-groupes et les groupes techniques méritent d'être renforcés pour améliorer le processus de prise de décision au sein du MS.
  - o Le démarrage du projet Leadership Management et Gouvernance de l'USAID.

En dépit de ces progrès, le fonctionnement interne des directions et la coordination du MS dans son ensemble auraient pu être plus renforcés si le groupe technique sectoriel santé (GTSS) avait été opérationnel et si les acteurs avaient bénéficié plus tôt des outils et méthodes d'organisation (DIRO et LMG).

## 2.4 Performance de l'output 2

### 2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 :					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014
Le plan de formation du MS est élaboré avec la participation de tous les acteurs concernés, adopté et mis en œuvre	Plan inexistant	Finalisation et adoption du plan de formation (2012-2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation du plan de formation comme référence pour le renforcement des capacités du personnel du MS</li> <li>Mise en place et fonctionnement du LogiGRH</li> <li>Identification des besoins en RH en lien avec l'atteinte des OMD</li> <li>Adoption d'une approche innovante de parcours d'acquisition des compétences (dans le cadre du nouveau programme bourses de la coopération belge)</li> </ul>	Plan élaboré et adopté avec tous les acteurs et mis en œuvre	Plan mis en œuvre et évalué
Le niveau central appuie le processus de planification ascendante organisé par les DDS dès mars (1 fois / an)	Appui sporadique niveau central aux DDS	Actualisation du manuel du processus de planification	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finalisation application de consolidation des PTA</li> <li>Renforcement compétences acteurs DDS et ZS sur procédures planification ascendante (utilisant l'application)</li> <li>Accompagnement DDS AD pour la consolidation des PTA</li> </ul>	Processus annuel de planification DDS appuyé par niveau central	PITA des DDS disponibles et de qualité

Output 2 :						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014	
Nombre de supervisions du niveau central vers la DDS avec rapport et feedback	Supervisions non intégrées, non coordonnées et sans feed back	Formation des acteurs de terrain sur les nouvelles directives en matière de supervision et de monitoring et mise en œuvre	La formation des cadres du niveau central n'a pas encore eu lieu	Supervisions du niveau central aux DDS intégrées, coordonnées et avec feed back	Supervisions du niveau central aux DDS intégrées, coordonnées et avec feed back	
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	Données non disponibles	Les programmes verticaux participent aux supervisions intégrées	Les programmes verticaux participent aux supervisions intégrées	

## 2.4.2 État d'avancement des principales activités

Etat d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>6</sup>	État d'avancement			
	A	B	C	D
<b>A.21.</b> 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	
<b>A.23.</b> 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	
<b>A 2.4.</b> Appuyer la mise en œuvre des principales réformes recommandées par l'audit organisationnel et institutionnel des Directions départementales de la santé (DDS) et des Zones Sanitaires (ZS)		X		
<b>A 2.5.</b> 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		
<b>A 2.6.</b> 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	
<b>A 2.7.</b> 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

## 2.4.3 Analyse des progrès réalisés

L'output 2 est libellé comme suit : « 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) ».

Les fonctions normatives et réglementaires du MS ont connu un progrès substantiel au cours de l'année 2013. Les progrès concernent :

<sup>6</sup>

A : Les activités sont en avance

B : Les activités sont dans les délais

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

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

### 1. La planification :

- La mise en place par la DPP du logiciel de consolidation des PITA avec l'appui de l'AIMS. Ladite application a déjà fait l'objet de test dans le département de l'Atacora/Donga pour l'élaboration du PTA au titre de l'année 2014. L'exercice dans le Mono/Couffo n'a pas pu être exécuté au cours de la période sous-revue. Il est en cours et sera achevé en 2014. L'exercice, appuyé par l'AIMS, a révélé que l'application informatique a servi surtout à saisir les PTA des ZS pour leur consolidation au niveau de la DDS et puis au niveau national. Au-delà de l'avantage de consolidation des PTA de différents niveaux qu'offre le logiciel, il peut servir de porte d'entrée pour améliorer tout le processus de planification ascendante. Les leçons apprises du processus seront présentées au MS dans la perspective d'une mise à l'échelle ;
- L'élaboration du Logi GRH avec l'appui de l'USAID. Son déploiement a été facilité par l'AIMS dans les deux départements d'intervention de la coopération belge. Un suivi de l'utilisation réelle du logiciel, après un certain recul, par les acteurs de terrain est attendu afin de mesurer son apport dans la performance de la gestion des RH.
- Le plan de formation quinquennal du secteur sert toujours comme outil de programmation par excellence des formations au sein du MS. Cependant, sa diffusion demeure un des défis enregistrés à ce niveau au cours de la période sous revue.

### 2. La supervision intégrée du niveau central vers les DDS n'a pas connu d'évolution significative au cours de la période. Les défis sont relatifs à :

- La faible appropriation du concept de supervision intégrée par les acteurs du niveau central ;
- L'absence d'analyse et l'utilisation des données issues des supervisions et missions de terrain par les GTT aux fins d'alimenter les révisions des stratégies nationales.

Au cours de la phase transitoire, l'AIMS envisage d'organiser quelques supervisions thématiques ciblées impliquant des compétences de diverses structures du MS sous l'égide du SGM comme porte d'entrée à l'institutionnalisation pratique de la supervision intégrées du niveau central vers le niveau intermédiaire.

### 3. La capitalisation des expériences: avec l'appui de l'AIMS soutenu techniquement par le bureau KIT d'Amsterdam, des expériences de terrain relatives à la couverture en santé ont été documentées. Le livret offre une bonne base de réflexion sur le développement des expériences en cours par rapport à cette thématique. Cependant, l'appropriation du processus par le partenaire et des mécanismes de remontée de l'information pour des réflexions factuelles aurait pu être facilitée par une plus grande implication du partenaire dans la structure en charge de la recherche.

Par ailleurs, la mise en place d'un bon système suivi de la mise en œuvre des réformes permettra d'améliorer l'atteinte de l'output 2.

## 2.5 Performance de l'output 3

### 2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 :					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une réunion RAC/ an avec préparation conjointe MS-PTF</li> <li>• Réunions MS-PTF régulièrement tenue selon l'agenda des grandes instances</li> <li>• CODIR élargis trimestriels régulièrement organisés</li> <li>• Revue annuelle conjointe du PTA 2012 / consolidation conjointe PTA 2013</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une réunion RAC/ an avec préparation conjointe MS-PTF</li> <li>• 3 réunions MS-PTF tenues sur 4 prévues</li> <li>• 3 CODIR élargis sur 4 prévus</li> <li>• Satisfaction des acteurs sur la préparation conjointe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs satisfaits par rapport à la qualité des réunions diverses instances:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- RAC : 1</li> <li>- MS-PTF régulières tenue selon l'agenda des grandes instances : 4</li> <li>- CODIR élargis trimestriels régulièrement organisés : 4</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs satisfaits par rapport qualité réunions diverses instances:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- RAC régulières tenue selon l'agenda des grandes instances</li> <li>- MS-PTF régulières tenue selon l'agenda des grandes instances</li> <li>- CODIR élargis trimestriels régulièrement organisés</li> </ul> </li> </ul>
Disponibilité d'une cartographie actualisée et numérisée des interventions/intervenants	Inexistence cartographie des interventions / intervenants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité de la cartographie des interventions / intervenants (non numérisée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'une cartographie numérisée des intervenants</li> <li>• Cartographie des mutuelles de santé disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'une cartographie actualisée et numérisée des interventions / intervenants</li> <li>• Disponibilité cartographie des mutuelles de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie numérisée des interventions / intervenants actualisée et vulgarisée</li> <li>• Cartographie actualisée des mutuelles de santé et hébergée sur un site web</li> </ul>

**Output 3 :**

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale
Nombre de réunions de concertation (avec rapport) entre le MS et les partenaires/acteurs aux niveaux central et intermédiaire	Non déterminé	3 réunions MS-PTF se sont tenues selon l'agenda des grandes instances (assorties de rapport et plan de mise en œuvre des recommandations)	3 réunions MS-PTF	Une réunion trimestrielle MS/PTF	Une réunion trimestrielle MS/PTF assortie de rapport et plan de mise en œuvre des recommandations
Intégration des interventions des différents partenaires/acteurs dans le plan opérationnel du MS	PTA non consolidé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboration d'un plan sectoriel prenant en compte les interventions des partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan consolidé de travail annuel du MS (intégrant les interventions des partenaires) disponible</li> <li>Draft PTD 2013-2015</li> <li>Relecture du Compact</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboration du PITA sectoriel unique intégré</li> <li>Elaboration du PTD 2013-2015</li> <li>Effectivité du fonctionnement du comité conjoint de suivi et de pilotage du Compact</li> <li>Actualisation du protocole d'entente du Compact</li> <li>Poursuite des échanges autour de l'intégration des appuis institutionnels</li> </ul>	<p>Plan de travail du MS intégrant toutes les interventions des différents partenaires du secteur</p>
Degré de mobilisation de l'expertise requise en réponse aux besoins	Une mobilisation hésitante des experts	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'expertise est mobilisée conformément au besoin</li> <li>Plan directeur du secteur pharmaceutique</li> </ul>	Les principaux besoins en expertise exprimés par le MS ont bénéficié de mise à disposition d'expertise pertinente: stratégie financement, états des lieux mutuels de santé, forum santé communautaire, audit organisationnel et	L'expertise est mobilisée conformément aux besoins	<p>L'expertise est mobilisée conformément aux besoins</p> <p>Expertise à mobiliser pour : - Politique de maintenance</p>

Output 3 :

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale
Existence d'un cadre de contractualisation au sein du secteur	Absence cadre réglementaire contractualisation	Accord d'exécution avec AMCES pour la formation des acteurs du privé confessionnel  Accord avec ROBS pour renforcement capacités en plaidoyer	Pas de politique de contractualisation mais actions : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'AMCES pour la vulgarisation de la méthode de récupération sanguine per-opératoire (entonnnoir Tanguiéta)</li> <li>• Renforcement de la communication avec la société civile pour le don de sang</li> <li>• Accord d'exécution ROBS-DNSP-AIMS pour renforcement des capacités (sida, paludisme, PCIME, planning familial)</li> </ul>	Disponibilité d'une politique de contractualisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politique hospitalière</li> <li>- Stratégie genre</li> <li>- Etude baseline PASS Sourou</li> <li>- RAMU</li> </ul> <p>Disponibilité d'une politique de contractualisation dans le secteur de la santé</p> <p>Appui à la vulgarisation de l'entonnnoir Tanguiéta</p>

## 2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>7</sup>	État d'avancement			
	A	B	C	D
Soutenir une ONG faîtière dans son rôle de facilitation et d'appui des ONG nationales impliquées dans le secteur de la santé		X		
Appuyer l'AMCES dans son rôle de structure faîtière des structures confessionnelles et associatives		X		
Appuyer la réalisation de l'état des lieux des mutuelles de santé du Bénin			X	
Appuyer l'organisation de la revue conjointe de performance (RAC)		X		

## 2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les différentes catégories de partenaires a connu des avancées avec la réalisation des activités ci-dessus citées. L'accent a été mis sur le secteur privé associatif et confessionnel ainsi que sur les PTF. Les progrès réalisés sont les suivants :

- La poursuite de la préparation et de la tenue conjointes MS-PTF de la revue annuelle avec le choix des thématiques à aborder. Des efforts restent cependant à faire en ce qui concerne les aspects liés à la transmission à bonne date des documents et au suivi global des indicateurs du PNDS ;
- L'adoption de l'entonnoir Tanguiéta (initiative de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta) par le ministère et les PTF comme stratégie nationale lors du CODIR élargi aux PTF avec la recommandation forte de sa vulgarisation au niveau des hôpitaux : ce qui marque un progrès dans le partenariat avec du secteur privé confessionnel et une avancée notable dans le processus vers une politique de contractualisation ;
- L'appui du projet au Réseau des ONGs Béninoises de Santé (ROBS) a facilité l'obtention d'un accord-cadre MS-ROBS, qui se traduit sur le terrain par un intérêt de plus en plus marqué de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP), direction en charge du partenariat public-privé, pour les activités du réseau dans lesquelles elle s'implique ;
- Le renforcement des capacités du ROBS et de ses ONGs membres a permis de mieux les aligner sur les stratégies sectorielles en vigueur dans les domaines du Paludisme, du VIH/SIDA, de la planification familiale (PF) et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). La mise en application de ses stratégies sur le terrain par le ROBS suivant les normes nationales contribuera à l'élaboration d'une politique en matière de contractualisation ;
- La réalisation d'une base de données numérique et dynamique sur les mutuelles de santé. Son exploitation contribuera à nourrir les réflexions en vue de la place à occuper par les mutuelles de santé dans le dispositif du RAMU.

<sup>7</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Cependant quelques points méritent l'attention :

- L'appropriation du concept de contractualisation par les acteurs reste un défi pour l'adoption d'une politique en la matière ; le processus d'élaboration d'un cadre de contractualisation au sein du secteur est relativement lent. Le contrat-cadre signé par le Ministre de la Santé avec le Président du ROBS le 13 mars 2013 pour trois ans renouvelables et l'adoption de l'entonnoir Tanguiéta sont des portes d'entrée non négligeables pour progressivement asseoir le partenariat du MS avec les privés associatif et confessionnel. La mission d'évaluation de l'AIMS a recommandé de renforcer cette facette prometteuse du partenariat ;
- Le partenariat avec le privé lucratif reste un défi : l'organe paritaire public-privé (OPP) mis en place par le ministère est toujours peu fonctionnel. Il devrait travailler à asseoir et rendre opérationnelle une politique nationale de partenariat public-privé.

## 2.6 Performance de l'output 4

### 2.6.1 Progrès des indicateurs

Output 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						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Cible année 2013	Cible finale 2014	
Taux de satisfaction de la demande en Produits Sanguins Labiles dans les départements de l'Atacora et de la Donga	83%	94,6%	94,5%	90%	90%*	
Taux de satisfaction de la demande en Produits Sanguins Labiles dans les départements du Mono et du Couffo	75%	87,6%	93,9%	90%	90%*	
Nombre d'évaluations externes de la qualité (EEQ) par an pour les centres de transfusion	ND	3 évaluations externes de la qualité (EEQ) en 2012	2 EEQ en 2013	Au moins une EEQ par an	2 EEQ	
Proportion des poches qualifiées par rapport aux 4 affections (VIH, hépatites B et C, syphilis)	ND	100% des poches qualifiées pour les 4 affections	100% des poches qualifiées pour les 4 affections	100% des poches qualifiées pour les 4 affections	100% des poches qualifiées pour les 4 affections	
Taux de disponibilité des équipements critiques	ND	80%	AD:100% MC:95%	100%	100%	

Source de données : service des statistiques de l'ANTS (période du 04 janvier 2013 au 02 janvier 2014)

\* Normes de performance de l'ANTS

NB : L'indicateur initialement libellé « nombre d'anomalies relevées lors du contrôle de qualité des poches de sang » a été reformulé en 2 indicateurs prenant en compte le nombre d'évaluations externes de la qualité (EEQ) par an et la proportion des poches qualifiées par rapport aux 4 affections qui sont le VIH, les hépatites B et C et la syphilis.

## 2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>8</sup>	État d'avancement			
	A	B	C	D
Assurer la maintenance des équipements et logistique roulante			X	
Assurer la maintenance des équipements photovoltaïques			X	
Renforcer la communication sociale pour la promotion du don de sang		X		
Appuyer les audits qualité internes et externes des Centres de Transfusion Sanguine (CTS)		X		
Actualiser le plan directeur de l'ANTS			X	
Assurer l'extension de l'application de gestion informatisée des centres de transfusion sanguine		X		
Effectuer des missions de supervision			X	
Promouvoir l'utilisation rationnelle du sang		X		
Organiser la table ronde des partenaires de la transfusion sanguine				X
Renforcer la gestion informatisée des établissements de transfusion sanguine		X		
Impliquer de façon effective les utilisateurs des PSL dans la gestion du sous-secteur de la TS		X		
Faire le plaidoyer pour un financement durable du système de transfusion sanguine			X	

## 2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Le taux moyen de satisfaction de la demande en produits sanguins dans les formations sanitaires de l'AD et du MC est de 94,2%. Il est supérieur à la valeur moyenne nationale de 91,1%. Il est noté une divergence entre les données fournies par l'ANTS et celles fournies par le PARZS. Cette différence pose le problème de la qualité des sources de données et sera prise en compte lors des prochaines supervisions.

La disponibilité toute l'année des équipements critiques grâce à une maintenance efficace des équipements médico-techniques et la mobilisation sociale en faveur du don du sang appuyée par l'AIMS ont contribué à cette performance.

Cependant les efforts doivent être poursuivis en raison de la persistance de périodes de pénuries de ces produits. L'évolution du nombre d'anomalies lors des contrôles de qualité des poches de sang a été appréciée à travers le taux de poches de sang qualifiées par rapport aux marqueurs des 4 affections: VIH, hépatites B et C, syphilis et le nombre de missions d'Évaluation Externe de la Qualité (EEQ) effectuées par l'ANTS avec l'appui du projet. L'échange organisé par l'ANTS en 2013 sur les résultats de l'EEQ a renforcé la prise en charge par les DDS des questions de sécurité transfusionnelle dans leurs départements respectifs.

<sup>8</sup> A: Les activités sont en avance  
 B: Les activités sont dans les délais  
 C: Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D: Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Par ailleurs l'installation du Conseil d'Administration de l'ANTS intervenue durant le premier trimestre de l'année 2013 est un évènement capital dans le cadre de la gouvernance du sous-secteur.

Les difficultés enregistrées concernent essentiellement :

- Le bon taux de disponibilité des équipements de transfusion est en grande partie le résultat de l'accompagnement en maintenance assurée grâce au projet AIMS. Mais cette situation cache les problèmes de maintenance auxquels le sous-secteur est confronté, notamment en ce qui concerne la disponibilité d'une stratégie pérenne de maintenance. La prise en compte de ce volet dans le futur programme santé de la coopération bénino-belge est donc très pertinente ;
- Le retard de la tenue de la table ronde des partenaires dans le but de mobiliser un financement durable du sous-secteur, lié à une lenteur du processus d'actualisation du plan directeur de la transfusion sanguine par l'ANTS ;
- L'évaluation de la stratégie de maintenance est en cours avec l'ANTS en vue de trouver le mécanisme le plus efficient dans le cadre du transfert de compétence.

## 2.7 Thèmes transversaux

### 2.7.1 Genre

AIMS contribue au processus d'élaboration de la stratégie genre du ministère de la santé en collaboration avec le projet LMG/USAID (stades d'élaboration des termes de référence et d'identification du consultant en 2013). L'approche genre a été également prise en compte par la CTB à travers la mobilisation d'une expertise lors de la mission de formulation du nouveau programme santé.

### 2.7.2 Environnement

L'AIMS a convenu avec ses partenaires limitrophes la réduction du nombre de documents reprographiés au profit de l'utilisation du site web du ministère mis en place avec l'appui du projet.

### 2.7.3 Gouvernance

AIMS contribue au renforcement des directions partenaires à travers la formation en Développement Institutionnel et Renforcement Organisationnel (DIRO). Le suivi des outils mis à disposition lors de la formation permettra d'améliorer la gouvernance du secteur. Par ailleurs AIMS contribue à la réalisation par le projet LMG/USAID de l'étude sur l'identification des besoins en matière de leadership-management-gouvernance (LMG) des directions centrales et techniques du ministère.

### 2.7.4 Le VIH et le Sida

Le projet a aidé à la mise en œuvre de la politique de la CTB en matière de prévention du sida sur les lieux de travail. Dans ce cadre, un plan d'action a été élaboré, comprenant des activités de sensibilisation qui se sont déroulées dans tous les projets ainsi qu'à la Représentation de la CTB-Bénin. Lesdites séances ont été agrémentées par la mise à disposition d'affiches, de dépliants et de préservatifs masculins et féminins. Par ailleurs, la mise en œuvre du résultat relatif à la sécurité transfusionnelle a un effet direct sur la réduction de la transmission du VIH.

## 2.8 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	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Les grèves dans le secteur: existence de risque de perturbation de l'exécution de l'intervention (la menace pèse surtout sur les activités programmées en Q1 2014)	Q4 2013	OPS	Elevée	Elevé	<b>D</b>	Concertation trimestrielle avec les partenaires sociaux (syndicats)	MS	Continue	Les revendications, objet de grève, ne relèvent pas du secteur de la santé, donc peu vulnérable par le MS.	Ouvert
Stabilité du leadership au niveau du MS (départ à la retraite du SGM et du DPP)	Q4 2013	DEV	Moyenne	Moyen	<b>B</b>	Plaidoyer en direction des autorités sectorielles et politiques (dans le cadre du dialogue politique avec l'Ambassade)	RR/MS	Continue		Ouvert
Poursuite des supervisions verticales par les DCT et les programmes du MS	Q2 2013	OPS	Moyenne	Moyen	<b>B</b>	Organiser des supervisions intégrées thématiques (à titre pilote, exemple en transfusion sanguine impliquant ANTS, DIEM, DRFM) Susciter des besoins de supervision du terrain	SGM	Continue	Faible mise en œuvre de la supervision intégrée	En cours
Le GTSS n'est pas fonctionnel	Q1 2013	DEV	Moyenne	Moyen	<b>B</b>	Plaidoyer auprès du SGM Planification d'une auto-évaluation des GTT Participation au CODIR	SGM	Continue		En cours

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	Action(s)	Resp.	Date limite	Etat d'avancement	Statut
Persistance des interférences dans l'exécution des activités programmées avec risque de retard	Q2 2013	OPS	Moyenne	Moyen	<b>B</b>	Concertation régulière et revue du PTA, et participation au CODIR du SGM  Activer les cadres de concertation au sein du PASS pour harmoniser les interventions des deux projets	AIMS	Continue	Contribution du SGM à la mise en œuvre opérationnelle du projet  Feuille de route consensuelle issue du backstopping	En cours
Retard accusé par les fournisseurs et/ou prestataires des services dans l'exécution des marchés à eux confiés (Etats des lieux des mutuelles de santé, audit du secteur hospitalier)	Q2 2013	OPS	Moyenne	Moyen	<b>B</b>	Suivi de l'exécution des prestations par l'AIMS (à l'aide d'une fiche)  Rigueur dans l'application de pénalités en cas de retard			Quelques marchés ont été bouclés grâce à un suivi rigoureux  Mais quelques-uns sont actuellement en retard sur le planning	Clôturé
Insuffisance du personnel affecté aux CDTS. La situation impacte sur l'ensemble des activités, notamment les activités de mobilisation de donneurs de sang et de collecte mobile de sang.	DTF	DEV	Moyenne	Moyen	<b>B</b>	Affecter un personnel suffisant dans les CDTS AD et MC	MS	Clôture du projet	Recrutement en cours pour le niveau central. Les CDTS ne sont pas encore concernés	En cours

## 3 Pilotage et apprentissage

### 3.1 Réorientations stratégiques

Le projet AIMS prend fin le 30 septembre 2014 et le futur programme démarre en principe le 1<sup>er</sup> octobre de la même année. Les priorités dans la dernière année de mise en œuvre du projet AIMS consisteront essentiellement à :

- Suivi de la mise en œuvre des normes et stratégies déjà élaborées avec la réalisation et la documentation de phases pilotes de différentes stratégies ;
- La documentation et la capitalisation des expériences vécues ; une attention particulière sera accordée à l'appropriation par le partenaire du processus et des mécanismes de remontée de l'information. Un rôle plus actif des GTT et une collaboration avec les structures de recherche nationales pourraient y contribuer.  
La consolidation des acquis par une plus grande implication de l'AIMS à la mise en œuvre des actions de terrains et la promotion des supervisions intégrées au niveau des directions centrales ;
- La préparation du démarrage du prochain programme d'appui au secteur de la santé qui a intégré les principales leçons apprises de la mise en œuvre de l'AIMS et du PARZS lors du processus de formulation. La phase préparatoire inclut la réalisation d'études baseline couvrant entre autre l'étude sur la part relative de la contribution du programme santé de la CTB au budget de fonctionnement du MS.

### 3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
Opérationnaliser le Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS) afin qu'il appuie la consolidation des expériences/acquis du programma santé (AIMS/PARZS) et le fonctionnement des GTT	SGM	Q1 2014
Rendre fonctionnelle la Direction de l'Informatique et du Pré-archivage (DIP) dans le sens d'une meilleure gestion des connaissances	MS	Q3 2014
Assurer la régularité des réunions du CODIR du SGM afin de mieux structurer la synergie entre les intervenants ayant leur ancrage au SGM	SGM	Q1 2014
Elaborer un plan de mobilisation des expertises du MS afin de rationaliser les ressources, de nourrir les groupes de travail et de faciliter la complémentarité entre les intervenants	DPP	Q2 2014
Institutionnaliser le CODIR Elargi du MS aux PTF en vue de sa pérennisation (objectifs, membres, périodicité, mandat, modalités de fonctionnement)	SGM	Q1 2014
Procéder à la validation des études baseline / documents capitalisation d'AIMS / PARZS	Président / GTSS	Q3 2014
Etudier la portée réelle de l'apport financier de l'AIMS par rapport au budget du MS et aux apports des autres bailleurs	AIMS	Q2 2014

### 3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
<p>Le changement par les canaux institutionnels au niveau stratégique peut s'avérer difficile à opérer. L'utilisation des leviers opérationnels est parfois plus efficace.</p> <p>Les efforts du projet en vue de l'élaboration de la politique de contractualisation pour renforcer le partenariat public-privé n'ont pas abouti. Par contre, la technique de récupération per-opératoire de sang développée par l'hôpital confessionnel de Tanguiéta, vulgarisée avec l'appui de l'AIMS, a fait l'objet d'une décision de son utilisation par les hôpitaux publics, illustrant un bel exemple de partenariat entre le public et le privé.</p>	<p>AIMS Autres projets de la CTB</p>
<p>L'opportunité du double ancrage qu'offre le PASS n'a pas encore été suffisamment exploitée, en raison de la tendance à attendre une grande maturation des expériences avant de les capitaliser. En effet, en 2013, des stratégies développées au niveau central avec l'accompagnement technique et financier de l'AIMS ont connu un début de mise en œuvre dans les zones d'interventions. Il s'agit de l'approche d'évaluation de la fonctionnalité et de la performance des ZS et les directives de planification ascendante. Des leçons apprises desdites expériences peuvent déjà faire l'objet de remontées au niveau central pour améliorer lesdites stratégies. Ceci nous enseigne l'importance de capitaliser les 'petits pas' (processus, résultats préliminaires, effets..).</p>	<p>AIMS Autres projets de la CTB</p>
<p>La fonctionnalité du sous GTT RAMU enseigne que la responsabilisation d'un groupe technique de travail (GTT) sur base de livrables attendus avec un fort leadership du niveau central (SGM) et mise à disposition de ressources (expertise ciblée, conditions matérielles de travail) est un facteur d'amélioration des performances d'un GTT.</p>	<p>MS, CTB et autres PTFs</p>

## 4 Annexes

### 4.1 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.**

*Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : 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*

Évaluation de la PERTINENCE : note totale	A	B	C	D
	X			

**1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?**

X	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.
	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.
	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
	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 ?**

	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).
X	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.
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention 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.**

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

Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
		X		

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

	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
X	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.
	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.

**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.**

<b>2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?</b>	
	<b>A</b> Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
X	<b>B</b> La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
	<b>C</b> Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	<b>D</b> Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
<b>2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?</b>	
	<b>A</b> Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
X	<b>B</b> Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
	<b>C</b> Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	<b>D</b> La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

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

*Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : 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*

Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale	A	B	C	D
			X	

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

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

**3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?**

	<b>A</b> L'intervention 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.
X	<b>B</b> L'intervention 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.
	<b>C</b> L'intervention n'est pas totalement parvenue 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 à l'intervention la réalisation de son outcome.
	<b>D</b> L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

<b>4. 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).</b>					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : 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>					
<b>Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
				<b>X</b>	
<b>4.1 Durabilité financière/économique ?</b>					
	<b>A</b>	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.			
	<b>B</b>	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.			
X	<b>C</b>	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.			
	<b>D</b>	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.			
<b>4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>					
	<b>A</b>	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.			
	<b>B</b>	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux 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.			
X	<b>C</b>	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage 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.			
	<b>D</b>	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.			
<b>4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?</b>					
	<b>A</b>	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.			
X	<b>B</b>	L'intervention 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 gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.			
	<b>C</b>	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.			
	<b>D</b>	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.			
<b>4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>					
	<b>A</b>	L'intervention est intégrée 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).			
	<b>B</b>	La gestion de l'intervention 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.			
X	<b>C</b>	L'intervention 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.			
	<b>D</b>	L'intervention 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.			

## 4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision						Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut
1	Prendre les mesures idoines pour assurer que l'utilisation des crédits délégués et transférés est efficace (installation et utilisation de logiciel, contrôle et suivi, etc.).	Juillet 2013	SMCL	DRFM	Déc 2013	Activité programmée mais non encore réalisée pour harmonisation de la démarche méthodologique	ONGOING
2	Veiller à ce que le déploiement du personnel de santé qui sera mis à disposition du Ministère de la Santé dans le cadre des prochains recrutements couvre prioritairement les zones les plus défavorisées	Juillet 2013	SMCL	SGM/MS	Déc 2013	Processus de recrutement en cours : concours déjà réalisé, résultats et affectation attendus	ONGOING
3	S'assurer que les GTT sont utilisés par l'ensemble des acteurs du secteur et que les dispositions sont prises par le MS en vue de leur pérennisation	Juillet 2013	SMCL	SGM/MS	continue	Appropriation des GTT déjà évidente au niveau central (acteurs MS-PTF), dispositions pour pérennisations en cours	ONGOING

Décision							Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut	
4	En attendant l'effectivité du RAMU, rendre disponibles les ressources du FSI pour la prise en charge des indigents régulièrement identifiés	Juillet 2013	SMCL	DRFM/MS	Déc 2013	Des démarches auprès de la Direction de l'Exécution du Budget (DEB/MEF) ont abouti à l'accord de verser une partie de ce fonds dans le compte de l'ANAM	ONGOING	
5	Réduire les interférences notamment du niveau central et des partenaires dans l'exécution des plans de travail des niveaux déconcentrés (DDS, EEZS) en respectant le rôle régalien de chaque niveau	Juillet 2013	SMCL	SGM/DDS	continue	L'élaboration, l'adoption et la vulgarisation du chronogramme des grandes instances au cours de chaque année contribuent à remédier partiellement au problème mais une réduction sensible des interférences sera réalisée dès que le plan intégré de travail annuel (PITA) sera le repère de toute action ; l'appui au PITA est en cours dans les départements d'appui CTB	ONGOING	
6	S'assurer de la synergie opérationnelle entre les PTF au niveau des ZS et des DDS	Juillet 2013	SMCL	SGM/DDS	continue	La synergie entre les PTF est effective dans l'A/D et se construit dans le M/C	ONGOING	

Décision							Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut	
7	Assurer la planification à bonne date des activités à exécuter sur la contrepartie béninoise et le suivi de leur mise en œuvre effective	Juillet 2013	SMCL	AIMS/PARZS	continue	les activités sur la contre-partie sont inscrites dans le planning annuel AIMS transmis à la DPP/MS et le point de leur mise en œuvre est fait suivant les outils mis à disposition par la DPP/MS	ONGOING	
8	Mettre davantage le focus sur les chantiers prioritaires et les changements clés visés dans les projets en dernière année de leur phase opérationnelle	Juillet 2013	SMCL	AIMS/PARZS	Déc 2013	Les chantiers prioritaires ont été ciblés dans les dernières programmations des projets pour 2014	CLOSED	
9	Assurer le pilotage stratégique de l'approche FBR mis en place	Juillet 2013	SMCL	MS	continue	Le MS assure le pilotage et prend des initiatives allant dans le sens de la complémentarité entre les différentes approches en cours	ONGOING	
10	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.	Février 2012	SMCL	SG/MS	Avril 2012	Plan de formation certifié	CLOSED	

Décision							Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut	
11	Assurer la poursuite des visites de terrain de la mission conjointe MS-AIMS sur une base semestrielle	Février 2012	SMCL	SG/MS	Juillet 2012	Mission réalisée du 27 au 30/08/2013 Rapport diffusé	CLOSED	
12	Prendre en compte dans l'ensemble des projets le genre dans le cadre de l'exécution des activités programmées.	Février 2012	SMCL	Membres SMCL	Juin 2012	La stratégie genre du MS en cours d'élaboration par le projet LMG avec l'appui du projet AIMS et la DPP	ONGOING	
13	Validation du projet de changement budgétaire proposé par l'AIMS	Février 2013	SMCL	Membres SMCL	24 février 2013	Nouvelle version du budget AIMS	CLOSED	
14	Assurer la mobilisation des fonds de contrepartie nationale pour les 2 projets AIMS et PARZS	Juillet 2012	SMCL	Membres SMCL	Octobre 2012	Deux nouveaux régisseurs ont été nommés (un pour chaque projet) Les fonds ont été mobilisés pour les deux projets pour la période sous-revue	ONGOING	
15	Organiser des supervisions conjointes SGM/AIMS/DPP/GTT sur la base d'un calendrier consensuel négocié entre toutes les parties prenantes.	Juillet 13	SMCL	AIMS/PARZS		Aucune supervision n'a été organisée dans ce sens mais les dispositions sont en cours des supervisions intégrées en 2014	ONGOING	
16	Assurer la planification à bonne date des activités à exécuter sur la contrepartie béninoise et le suivi de leur mise en œuvre effective.	Juillet 13	SMCL	AIMS/PARZS	Q1 2014	Des activités sont planifiées pour le compte du PTA 2014	ONGOING	

Décision							Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut	
17	Mettre davantage le focus sur les chantiers prioritaires et les changements clés visés dans les projets en dernière année de leur phase opérationnelle.	Juillet 13	SMCL	AIMS/PARZS	Continue	Les PTA de 2014 ont mis l'accent sur les axes prioritaire définis suivant les recommandations de l'évaluation finale et la feuille de route issue du backstopping	ONGOING	
18	Faire un suivi de l'exécution des plans de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation et en faire un compte rendu aux prochaines sessions de la SMCL.	Juillet 13	SMCL	AIMS/PARZS	Continue	Une fiche de suivi de la mise en œuvre des recommandations a été faite en Q4 2013	ONGOING	
19	Présenter le plan de mise en œuvre des recommandations des audits aux prochaines sessions de la SMCL.	Juillet 13	SMCL	AIMS/PARZS	Continue	Plan de mise en œuvre élaboré. Sera présenté à la SMCL de février 2014	ONGOING	
20	Documenter le processus des marchés publics afin d'identifier les goulots d'étranglement et les différents niveaux de responsabilité et proposer des mesures adéquates	Juillet 13	SMCL	AIMS/PARZS	Q1 2014	Point focal marché public CTB en place au MS. Nettes améliorations dans les processus.	ONGOING	

### 4.3 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique n'a pas subi de changements significatifs pendant la période sous revue.

### 4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Indicateur résultat 4 : évolution du nombre d'anomalies remplacé par 2 indicateurs : <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre d'évaluations externes de la qualité (EEQ) par an pour les centres de transfusion</li><li>• Proportion des poches qualifiées par rapport aux 4 affections (VIH, hépatites B et C, syphilis)</li></ul>
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	NA. Baseline non élaborée
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	MTR réalisée en novembre 2011 Rapport disponible
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	ETR réalisée en mars 2013 Rapport disponible
Missions de backstopping depuis le 01/01/2013	2 (février, novembre)
Missions de suivi scientifique du KIT	3 (mars, mai, novembre)

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

### 4.5.1. Rapport « Budget versus Actuels » : contribution belge

Budget line	Activités	Fin Mbde	Budget vr. MDI approuvé par SMCL de Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	ProFin 2013 Q1	E.exécution 2013	%exéc PTA 2013	Total dépenses au 31/12/2013	%exéc au 31/12/2013	Solde théorique 31/12/2013 (H = F-G
R	Moyens spécifiques		2 115 614	547 261	367 419	329 330	90%	876 591	41%	1 239 024
R 1	L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les Directions au niveau central sont renforcées		956 305	701 143		107 861		809 003	85%	147 301
A_1_1	Accompagner le renforcement des capacités des responsables des niveaux central et intermédiaire en gestion de changement	REGIE	31 349	1 319	10 000	9 455	95%	10 774	34%	20 575
	Organiser la formation en DIRO					9 455		9 455		-9 455
A_1_3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau central, réaliser un plan opérationnel annuel du MS et développer des indicateurs systémiques du PNDS	COGESTION	218 133	159 356	46 000	4 165	9%	163 521	75%	54 613
	Appui à l'élaboration et à la consolidation PTA 2014					518		518		-518
	Finalisation élaboration application consolidation PITA					1 310		1 310		-1 310
	Appuyer l'élaboration d'une carte sanitaire					1 085		1 085		-1 085
	Appuyer les missions de formulation du PASS					1 252		1 252		-1 252
A_1_4	Dynamiser la coordination du MS par la mise à disposition d'un pool d'expertise mixte positionné au niveau du SGM	REGIE	57 154	32 673	17 500	6 473	37%	39 146	68%	18 008
	Organiser les retraites de suivi de la mise en œuvre des activités du PTA 2013 et Programmation 2014.					5 626		5 626		-5 626
	Appuyer la formation in situ et itinérante des techniciens de laboratoires des départements MC et AD sur le diagnostic biologique des maladies à potentiel épidémique			-652		847		195		-195

Budget line	Activités	Fin Mbde	Budget vr. MDI approuvé par SMCL de Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	ProFin 2013 Q1	Exécution 2013	%exec PTA 2013	Total dépenses au 31/12/2013	%exec au 31/12/2013	Solde théorique 31/12/2013 (H = F-G)
A_1_5	Renforcer les capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation du Ministère de la Santé (GTT, CODIR, RAC, CNEEP)	COGESTION	402 046	323 846	80 000	36 572	46%	360 417	90%	41 628
	Appui et contribution au fonctionnement des GTT					5 190		5 190		-5 190
	Appuyer la rencontre de concertation des différents acteurs impliqués dans la chaîne de passation des marchés en vue d'évaluer les activités menées					1 636		1 636		-1 636
	Appuyer la validation de l'annuaire des statistiques 2012					6 213		6 213		-6 213
	Appuyer la réalisation de l'audit organisationnel, institutionnel et fonctionnel du système hospitalier					423		423		-423
	Organiser des rencontres sectorielles					678		678		-678
	Organiser rencontres d'appui scientifique, poursuivre la RA sur le RAMU et le FBR et COGES					10 231		10 231		-10 231
	Participer à une formation sur le FBR					5 700		5 700		-5 700
	Appuyer la concertation des acteurs impliqués dans la passation des MP au MS					6 501		6 501		-6 501
A_1_6	Appuyer la révision du système de supervision du niveau central et intermédiaire	COGESTION	31 144	22 971	21 000	-	0%	22 971	74%	8 173
A_1_7	Renforcer la mémoire institutionnelle du Ministère de la Santé	REGIE	216 479	160 979	9 500	51 196	539%	212 175	98%	4 304
	Finaliser la mise en place d'un système d'archivage physique et numérique dans 03 DCT et SGM			0		15 533		15 533		-15 533
	Achever la réhabilitation de l'infrastructure réseau du bloc du cabinet et mettre en place un système collaboratif			0		35 663		35 663		-35 663
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)		337 872	264 740	0	44 904		309 644	92%	28 228
A_2_1	Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation du Ministère de la Santé	COGESTION	18 349	18 349	-	-		18 349	100%	0
A_2_2	Réaliser un audit organisationnel du niveau intermédiaire et de zone sanitaire, élaborer des fiches de postes, profils et rôle avec un suivi de la rédaction des procédures	COGESTION	22	1	-	-		1	5%	21

Budget line	Activités	Fin Mbde	Budget vr. MDI approuvé par SMCL de Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	ProFin 2013 Q1	Exécution 2013	%exec PTA 2013	Total dépenses au 31/12/2013	%exec au 31/12/2013	Solde théorique 31/12/2013 (H = F-G
A_2_3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire	COGESTION	700	663	-	-	95%	663	95%	37
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	COGESTION	1 407	1 335	-	-	95%	1 335	95%	72
A_2_5	Mobiliser l'expertise requise en réponse aux besoins de développement d'expériences novatrices ou de recherches actions	COGESTION	49 379	49 376	-	-	100%	49 376	100%	3
A_2_6	Renforcer les capacités de gestion administrative et financière	COGESTION	26 511	15 511	1 500	9 410	627%	24 921	94%	1 590
	Mettre en place une application de gestion de stock au magasin central du MS			0		9 323		9 323		-9 323
	Mise en place d'une application unique pour la gestion des ZS			0		87		87		-87
A_2_7	Organiser des ateliers de capitalisation des «expériences réussies» ou «meilleures pratiques» identifiées au sein de l'ensemble du système de santé	COGESTION	12 704	10 704	4 000	305	8%	11 009	87%	1 695
A_2_8	Appuyer l'élaboration et la diffusion/dissémination des normes et documents thématiques de politique et de stratégie	COGESTION	228 801	168 801	45 500	35 189	77%	203 990	89%	24 811
	Appuyer l'actualisation des normes d'effectif de Ressources Humaines en Santé, évaluation de l'utilisation du logiciel Logi GRH			0		12 457		12 457		-12 457
	Appuyer la formation des membres des EEZS et chefs des Services des DDS à l'évaluation de la performance et de la capacité fonctionnelle des zones sanitaires			0		364		364		-364
	Edition et dissémination des documents de normes de soins en chirurgie, en médecine interne, en gynécologie-obstétrique en en pédiatrie dans les établissements hospitaliers			0		6 385		6 385		-6 385
	Achever l'élaboration, la validation et la dissémination du Plan directeur du Sous-Secteur pharmaceutique			0		11 532		11 532		-11 532
	Appuyer la dissémination des différents documents			0		595		595		-595

Budget line	Activités	Fin Mbde	Budget vr. MDI approuvé par SMCL de Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	ProFin 2013 Q1	Exécution 2013	%exec PTA 2013	Total dépenses au 31/12/2013	%exec au 31/12/2013	Solde théorique 31/12/2013 = F-G
	stratégiques									
	Organiser la journée ouverte sur les MNT		0	3 857		3 857		3 857		-3 857
R 3	Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), collectivités locales, PTF et autres Ministère concerné par la santé sont clarifiés et intensifiés.	146 771	108 701	33 500	35 490	144 191	106%	144 191	98%	2 580
A_3_1	Actualiser la cartographie numérisée dynamique des interventions et des intervenants en santé	COGESTION 3 068	3 042	-	-	3 042	99%	3 042	99%	26
A_3_2	Promouvoir la vision systémique et le double ancrage (interactions, zones sanitaires, qualité centrée sur le patient) auprès des acteurs et partenaires.	COGESTION 24	0	-	-	-	0%	-	0%	24
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	COGESTION 37 045	14 582	10 000	26 538	41 121	265%	41 121	111%	-4 076
	Appuyer le renforcement de capacité des membres des instances du ROBS et des ONG membres du ROBS		0	13 595		13 595		13 595		-13 595
	Appuyer l'AMCES dans son rôle de structure faitière des structures confessionnelles et associatives		0	8 232		8 232		8 232		-8 232
A_3_4	Renforcer les plateformes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris les PTF et le privé	COGESTION 30 718	18 186	23 500	8 952	27 137	38%	27 137	88%	3 581
	Appuyer l'organisation de la revue conjointe de performance 2012				8 952	8 952		8 952		-8 952
A_3_5	Renforcer le partenariat public/privé dans le secteur de la santé	COGESTION 75 916	72 890	-	-	72 890	96%	72 890	96%	3 026
R 4	Les acquis du Projet d'Amélioration de la sécurité Transfusionnelle sont renforcés	674 667	493 117	98 919	141 658	634 775	143%	634 775	94%	39 892
A_4_1	Renforcer l'offre de produits sanguins labiles dans les formations sanitaires de l'Atacora/Donga et de Mono-Couffo	COGESTION 0		-11 699	-	-	0%	-	0%	0

Budget line	Activités	Fin Mbde	Budget vr. MDI approuvé par SMCL de Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	ProFin 2013 Q1	Exécution 2013	%exec PTA 2013	Total dépenses au 31/12/2013	%exec au 31/12/2013	Solde théorique 31/12/2013 (H = F-G)
A_4_2	Renforcer la gestion et la gouvernance du secteur de la transfusion sanguine	COGESTION	34 010	31 693		2 238		33 931	100%	80
A_4_3	Assurer la durabilité du financement du système de transfusion sanguine est garanti de manière durable	COGESTION	0			-		-		0
A_4_4	Assurer un plaidoyer pour des dépenses de transfusion sanguine à cours, moyen et long termes	COGESTION	7 196	4 034		1 329		5 362	75%	1 833
A_4_5	Les bonnes pratiques liées à la transfusion sanguine sont renforcées	COGESTION	13 800	0		-		-	0%	13 800
A_4_6	Assurer un fonctionnement optimal des installations et équipements de la transfusion sanguine	REGIE	69 007	20 800	28 618	22 883	80%	43 683	63%	25 323
A_4_7	Assurer la maintenance des équipements biomédicaux et logistique roulante			0		18 011		18 011		-18 011
A_4_8	Assurer la maintenance des systèmes photovoltaïques dans les 6 PTS concernés			0		4 872		4 872		-4 872
A_4_7	Assurer des services de transfusion de haute qualité	REGIE	389 000	383 390		4 650		388 040	100%	960
A_4_8	L'offre de PSL est renforcée dans les formations sanitaires de l'AVD et du M/C	COGESTION	90 703	51 285	46 500	55 778	120%	107 063	118%	-16 360
A_4_9	Renforcer la communication pour le don de sang (promotion du don de sang), appuyer les journées de fidélisation			0		18 594		18 594		-18 594
A_4_9	Appuyer des audits qualité interne et externe des ETS			0		37 184		37 184		-37 184
A_4_9	La gouvernance et la gestion du secteur de la transfusion sanguine sont renforcées	COGESTION	60 573	1 915	30 000	54 780	183%	56 695	94%	3 878
A_4_9	Elaborer le Plan Directeur du sous-secteur transfusion sanguine			0		1 108		1 108		-1 108
A_4_9	Extension de l'application de gestion des produits sanguins labiles			0		43 856		43 856		-43 856
A_4_9	Effectuer des missions de supervision			0		9 115		9 115		-9 115
A_4_9	Etude comparative des coûts d'acquisition du matériel et consommables			0		700		700		-700
A_4_10	Le financement du système de transfusion sanguine est garanti de manière durable	COGESTION	10 377	0	5 500	-	0%	-	0%	10 377

Budget line	Activités	Fin Mbde	Budget vr. MDI approuvé par SMCL de Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	ProFin 2013 Q1	Exécution 2013	%exéc PTA 2013	Total dépenses au 31/12/2013	%exéc au 31/12/2013	Solde théorique 31/12/2013 (H = F-G
Z	Moyens généraux		3 002 858	2 253 919	778 504	521 763	67%	2 775 682	92%	227 176
Z_01	Frais de personnel		2 055 879	1 469 736	492 556	377 202	77%	1 846 938	90%	208 940
Z_01_01	Assistant technique international	REGIE	795 344	534 178	173 298	156 516	90%	690 694	87%	104 650
Z_01_02	ATR Zones Sanitaires	REGIE	40 205	40 204,87		-	100%	40 205	100%	0
Z_01_03	RAF & AG	REGIE	297 776	236 136	72 780	41 352	57%	277 488	93%	20 288
Z_01_04	ATR Chirugiens CHD	REGIE	37 467	37 467		-	100%	37 467	100%	0
Z_01_05	Equipe finance et administration (AA + 3 CVA)	COGESTION	111 067	72 692	20 750	25 018	121%	97 711	88%	13 356
Z_01_06	Equipe technique - expertise	REGIE	638 872	466 572	195 887	128 342	66%	594 914	93%	43 958
Z_01_07	Equipe technique - Primes	COGESTION	890	890		-	100%	890	100%	0
Z_01_08	Autres frais	COGESTION	10 900	7 464	2 000	948	47%	8 412	77%	2 488
Z_01_09	Responsable du projet	COGESTION	123 358	76 010	27 841	25 026	90%	101 035	82%	22 322
Z_01_10	Programme Junior	REGIE		-1 877		-	-	1 877	-	1 877
Z_02	Investissements		389 552	385 646		13 953		399 598	103%	-10 047
Z_02_01	Véhicules	REGIE	255 278	255 117		-		255 117	100%	161
Z_02_02	Equipement bureau	REGIE	44 005	43 130		1 543		44 673	102%	-668
Z_02_03	Equipement IT	REGIE	27 259	25 787		2 294		28 081	103%	-822
Z_02_04	Aménagements du bureau	REGIE	63 010	61 613		10 115		71 728	114%	-8 718
Z_03	Frais de fonctionnement		254 418	188 908	28 596	54 406	190%	243 314	96%	11 103
Z_03_01	Services et frais de maintenance	COGESTION	7 600	4 436	2 200	141	-6%	4 294	57%	3 306
Z_03_02	Frais de fonctionnement des véhicules	COGESTION	123 758	87 801	12 500	33 370	267%	121 171	98%	2 587
Z_03_03	Télécommunications	COGESTION	14 226	10 093	1 870	2 847	152%	12 940	91%	1 286
Z_03_04	Fournitures de bureau	COGESTION	31 940	26 067	3 000	4 767	159%	30 833	97%	1 107
Z_03_05	Missions	COGESTION	39 959	30 634	6 500	7 227	111%	37 861	95%	2 108
Z_03_06	Frais de représentation et de communication externe	COGESTION	14 200	14 074		1 777		15 850	112%	-1 650
Z_03_07	Formation	COGESTION	3 567	3 433		193		3 625	102%	-58
Z_03_08	Frais financiers	COGESTION	2 110	1 025	600	437	73%	1 462	69%	648

Budget line	Activités	Fin Mbde	Budget vr. MDI approuvé par SMCL de Juillet 2013	Total dépenses au 31/12/2012	ProFin 2013 Q1	Exécution 2013	%exec PTA 2013	Total dépenses au 31/12/2013	%exec au 31/12/2013	Solde théorique 31/12/2013 (H = F-G)
Z_03_09	Autres frais de fonctionnement (électricité, eau, connexion internet)	COGESTION	17 047	11 347	1 926	3 930	204%	15 277	90%	1 770
Z_04	Audit et Suivi et Evaluation		303 011	209 629	257 352	76 202	30%	285 832	94%	17 179
Z_04_01	Atelier de démarrage	REGIE	5 491	4 703		368		5 071	92%	420
Z_04_02	Frais de suivi et évaluation	REGIE	119 921	62 711	49 000	44 770	91%	107 480	90%	12 441
Z_04_03	Audit	REGIE	47 823	23 771	27 352	5 783	21%	29 553	62%	18 269
Z_04_04	Backstopping : mission d'appui du siège (2 en 2013)	REGIE	23 275	12 148	11 000	10 841	99%	22 990	99%	286
Z_04_05	Suivi scientifique	REGIE	106 500	106 296	170 000	14 441	8%	120 737	113%	-14 237
		<b>REGIE</b>	<b>3 265 215</b>	<b>2 507 116</b>	<b>764 935</b>	<b>511 023</b>	<b>67%</b>	<b>3 018 138</b>	<b>92%</b>	<b>247 076</b>
		<b>COGESTION</b>	<b>1 853 258</b>	<b>1 314 504</b>	<b>380 988</b>	<b>340 654</b>	<b>89%</b>	<b>1 655 158</b>	<b>89%</b>	<b>198 100</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>5 118 473</b>	<b>3 821 620</b>	<b>1 145 923</b>	<b>851 676</b>	<b>74%</b>	<b>4 673 296</b>	<b>91%</b>	<b>445 177</b>

#### 4.5.2. Rapport « Budget versus Actuels » : contribution nationale

N°	ACTIVITES	Nature de dépense	Etat d'exécution	Indicateur de suivi	Taux d'exécution physique	Source de financement	Exécution financière en millions de FCFA			Localisation
							P	R	T	
1	Payer les frais de mission à la tenue des deux sessions de la structure mixte de concertation locale (SMCL-Comité de pilotage bénino-belge)	62	E	Nombre de sessions tenues	100%	BN	3	5,75	191,67%	Lokossa
2	Organiser deux visites de terrain du Cabinet/MS-SGM et Bureau -SMCL	"	E	Travail amélioré sur le terrain	50%	BN	5	3,565	71,30%	Mono
3	Acquérir des fournitures de bureau	"	E	SGM, Coordination fonctionnelle	100%	BN	2	2	100,00%	Cotonou
4	Payer les prestations de service (maintenance véhicule SGM et autres)	"	NE	Coordination fonctionnelle	0%	BN	3	0	0,00%	Cotonou
5	Organiser deux supervisions / monitoring des activités techniques de l'intervention bénino-belge sur le terrain	"	E	Nombre de supervisions	50%	BN	3	1,95	65,00%	Mono/Couffo et Atacora/Donga
6	Acquérir du carburant pour le fonctionnement et les activités de terrain	"	E	Bon déroulement des activités	100%	BN	4	5,92	148,00%	Cotonou
7	Elaborer et finaliser les documents relatifs à la concertation des acteurs impliqués dans la gestion des marchés publics dans le département du Mono	"	E	Bon déroulement des activités	100%	BN	-	0,595	-	Mono
	<b>TOTAL</b>				<b>71%</b>		<b>20</b>	<b>19,78</b>	<b>98,90%</b>	

## 4.6 Ressources en termes de communication

Au cours de l'année 2013, le projet a régulièrement produit des articles à la revue « clin d'œil » et « bulletin » de la CTB et diffusé un livret de capitalisation des expériences de terrain sur la couverture universelle en soins et la mise en œuvre du FBR en collaboration avec l'Institut Royal de santé publique d'Amsterdam (KIT). Des cassettes de mobilisation sociale pour le don de sang ont été produites avec des radios locales.

### Equipements médico-techniques critiques pour la transfusion sanguine

DESIGNATION	Centre Départemental de Transfusion Sanguine (CDTS)	Poste de Transfusion Sanguine (PTS)
Appareil à tension	X	X
Pèse-personne	X	X
Pèse-poches et/ou agitateurs de poches	X	X
Scelleuses ou soudeuses de poches	X	X
Chaine ELISA (laveur, lecteur et imprimante) ou automate pour sérologie	X	
Distillateur d'eau	X	X
Bain marie ou Incubateur sec	X	X
Centrifugeuse de table	x	x
Centrifugeuse réfrigérée	x	
Presse plasma	X	
Agitateur de plaquettes	X	
Blood bank ou réfrigérateur	X	X
Congélateurs	X	

#### 4.7 Journal des incidences et journal des stratégies

FEUILLE DE SUIVI N°2 : JOURNAL DES INCIDENCES DU SGM						
Incidences visée :						
Le SGM assure efficacement la coordination technique des DCT et le suivi évaluation des organismes sous tutelle du MS.						
Période d'octobre à décembre 2013.		Personne en charge de la collecte: PF SGM (C/ service informatique)				
Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:						
<b>Situation Inchangée (SI)</b> : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès						
<b>Faible (F)</b> : Timides initiatives vers la réalisation du marqueur						
<b>Moyen(M)</b> : Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus						
<b>Elevé (E)</b> : Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès						
N°	Marqueurs de progrès	Niv. réalisation	Principaux événements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports/documents
On s'attend à ce que le SGM :						
1	Clarifie les rôles et les mandats au sein de son équipe	M	Elaboration du draft du manuel des procédures	Juillet 2012	Validation du manuel des procédures du SGM	Manuel de procédures du SGM
2	Organise mensuellement le staff élargi à tout le personnel du SGM	SI	Echanges sur la périodicité de la réunion			Rapport CODIR SGM
3	Organise la réunion technique mensuelle du MS (CODIR des DCT)	SI	Envoi point trimestriel activités DCT au SGM	Continu	Relecture canevas de synthèse en cours Echanges/plaidoyer à l'endroit SGM pour tenue effective des CODIR SGM et DCT après synthèse mensuelle	Fiche synthèse de réalisation des activités mensuelles
4	Organise et anime le CODIR tous les 3 mois	E	CODIR élargis aux PTF et acteurs niveau décentralisé	Trimestriels (dernier 29-30)	Institutionnalisation du CODIR élargi Evaluation de la qualité des CODIR (préparation, contenu, déroulement, etc).	Rapports des CODIR élargis, planning annuel des grandes instances du MS,

					octobre 2013)		
<b>On souhaite que le SGM</b>							
5	Mobilise les ressources que requiert l'accomplissement de sa mission	F	Renforcement en personnel	Q1 2013	Affecter les ressources humaines en fonction des attributions du SGM		
6	Organise au mieux possible la gestion du courrier	E	Elaboration du manuel de procédures de gestion du courrier, Automatisation de la gestion du courrier	Mars 2012, Juillet 2012	Evaluation de l'efficacité du mécanisme actuel de gestion des courriers au SGM (satisfaction des cibles du MS)	Manuel de procédures de gestion du courrier, version numérique du logiciel de gestion du courrier (MS courrier)	
7	Joue pleinement son rôle de relais technique entre les partenaires du MS et le Cabinet	SI	Réunions trimestrielles avec les partenaires, audiences accordées aux différentes missions	Continu	Rendre fonctionnel le GTSS		
8	Joue pleinement son rôle d'interface technique pour la promotion des réformes au niveau du secteur (GTT, DCT, DDS, PTF)	M	Prise arrêtés AOF des DCT Processus harmonisation FBR,	Continu	Rendre fonctionnel le GTSS Renforcer le fonctionnement des GTT	Arrêtés AOF DCT et DDS Rapports réunion PTF intervenant sur FBR	
<b>On aimerait que le SGM</b>							
9	Revitalise toutes les instances de coordination aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	M	CODIR élargis CNEEP, CDEEP	Continu	Mettre en place comité préparatoire et démarrer à bonne date chacune des grandes instances	Décrets, arrêtés, notes de service	

**Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs**

- Existence de procédures écrites de gestion des courriers
- Existence d'une gestion informatisée du courrier
- Organisation de réunions de coordination et d'harmonisation avec les DCT

**Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites).**

- La construction de nouveaux bureaux pour le service des usagers
- Le réaménagement des bureaux du SGM pour créer un cadre de travail plus adapté

**Quelles stratégies d'appui de l'AIMS sont utiles et requièrent davantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période?**

- évaluation de l'efficacité des mesures pour améliorer la gestion des courriers
- appui à la fonctionnalité du GTSS et des GTT
- appui à l'organisation des instances de coordination (GTSS, CODIR élargis)
- Elaborer une grille d'évaluation de la qualité des réunions des instances du secteur
- briefing hebdomadaire avec le SGM

**Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès  
Synthèse des leçons apprises/recommandations**

Facteurs contribuant au progrès:

- Prise des arrêtés des DCT
- amélioration du climat de confiance entre MS et PTF

Facteurs limitants:

- Les interférences des interventions
- Les conflits d'attributions des DCT

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

**Incidences visée :**

**Les DCT disposent de capacités nécessaires pour la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des activités relatives à leurs missions respectives. A cet effet elles font preuve de leadership, d'esprit d'équipe, de disponibilité et d'obligation de résultat.**

**Période d'octobre 2013 à décembre 2013**

**Personne en charge de la collecte: Points focaux DCT**

**Echelle d'appréciation du niveau de réalisation:**

Situation Inchangée (SI) : Mise en œuvre non débutée, aucune initiative allant dans le sens du marqueur du progrès

Faible (F): Timides initiatives vers la réalisation du marqueur

Moyen(M) : Quelques réalisations, des efforts du Pali mais non suffisants pour induire les changements attendus

Elevé (E): Marqueur réalisé ou en voie de réalisation. Efforts substantiels des Pali indiquant de forte progression vers le marqueur de progrès

<b>N°</b>	<b>Marqueurs de progrès</b>	<b>Niv. réalisation</b>	<b>Principaux événements</b>	<b>Dates</b>	<b>Actions correctrices ou recommandation</b>	<b>Supports / documents</b>
-----------	-----------------------------	-------------------------	------------------------------	--------------	---	-----------------------------

On s'attend à ce que les DCT :

1	Les DCT organisent chaque semaine leur réunion de comité de direction et réunions techniques	M	La plupart des Directions tiennent des réunions techniques mais rarement des CODIR impliquant le représentant du personnel	Conti nu	Tenir un CODIR mensuel impliquant les représentants du personnel	Rapports de CODIR
2	Elaborent les plans stratégiques et déclinent les plans de travail annuels (PTA) en se basant sur ces plans	F	Les PTA ne sont pas toujours rattachés aux plans stratégiques des DCT quand ils existent	Conti nu	Doter les DCT de plan stratégique relatif à leur domaine respectif Assurer l'accompagnement technique des DCT par la DPP	Plans opérationnels des DCT
3	Assurent la mise en œuvre et le suivi évaluation de leurs PTA	E	Fiches de suivi de mise en œuvre du chronogramme, fiches bilan semestriel, Rapports mensuels, trimestriels	Conti nu	Mise à disposition à temps des ressources pour la mise en œuvre des PTA Suivre/évaluer la mise en œuvre des lettres de mission	Rapports périodiques

4	Assurent une bonne circulation de l'information au sein des équipes respectives pour une meilleure coordination des activités	M	Effort pour le partage d'information inter et intra DCT	Améliorer le partage des informations inter et intra DCT	
5	Assurent une meilleure relation fonctionnelle avec les autres acteurs (structures sous tutelle ONG, partenaires publics/privés)	F		Renforcer le cadre légal de partenariat public privé	
<b>On souhaite que les DCT</b>					
6	Rendent compte régulièrement de l'évolution de la mise en œuvre de leur PTA au CODIR du MS (état d'avancement, difficultés rencontrées/défis, perspectives)	F	Fiches mensuelles de synthèses envoyées au SGM. Pas de CODIR mensuels	Simplifier le canevas de rapportage Réactiver la tenue des CODIR du MS	
7	Utilisent les appuis/expertises techniques (GTT, Expertises mixtes) pour renforcer leurs capacités et améliorer leur performance	F		Rendre fonctionnel le GTSS	
8	En particulier la DPP s'investisse activement dans l'exercice de la planification ascendante devant déboucher sur un plan unique du secteur (outils, méthodes, formation)	M	Validation le manuel de planification ascendante (PA) Adoption du logiciel de PA Test/formation dans deux départements	Suivi/accompagnement de la DPP des acteurs à tous les niveaux	Manuel de PA Rapport validation manuel et logiciel Rapport formation sur la PA et logiciel
9	Particulièrement les directeurs promeuvent les principes de la gestion axée sur les résultats au sein de leurs équipes respectives et les appliquent	F		Lettre de mission déclinée au niveau des services et assurer le suivi Déléguer les tâches en rapport avec les lettres de mission	

**On aimerait que les DCT**

	Particulièrement les directeurs fassent preuve de leadership dans les domaines relevant de leur compétence technique	F	Groupes de réflexion thématiques (santé mère/enfant, etc)	Continue	Participation des DCT et intervenants aux GTT Qualité des points de discussion et produits	
10	Capitalisent les leçons apprises et des bonnes pratiques des expériences développées	F			Appui méthodologique aux DCT Inventaire des expériences/documents	
11	Assurent l'effectivité d'un système incitatif et de sanction, approprié au sein de leurs équipes	M	Lettre de félicitation aux méritants du MS (pour l'année 2013°	Janvier 2014		Documentaire

**Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs**

- la bonne organisation interne du GTT Ressources dénote d'une appropriation du concept de GTT du concept et leur engagement à travailler en équipe avec les personnes ressources du domaine concerné

**Quels sont les changements inattendus observés (changements non anticipés mais importants pour le programme. Mentionner si possible des données quantitatives et qualitatives pour appuyer les observations faites).**

**Quelles stratégies d'appui de l'AIMS sont utiles et requièrent davantage de suivi ou d'actions au cours de la prochaine période?**

- la promotion des supervisions intégrées au niveau des directions centrales ;
- réalisation et la documentation de phases pilotes de différentes stratégies ;
- évaluation rapide du fonctionnement des GTT
- révision de la configuration du fonctionnement des instances des acteurs en lien avec les nouveaux arrêtés des DCT
- évaluation de l'accompagnement du comité de revue et de validation des PTA du MS
- centrer l'évaluation de la performance des DCT sur la mise en œuvre collective de la lettre de mission

**Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès**

**Synthèse des leçons apprises/recommandations**

Facteurs contribuant au progrès

- La disponibilité et l'engagement du PTF (technique et financier), co-président du GTT, ont contribué à la performance des GTT

Facteurs limitants le progrès

- Non fonctionnalité du GTSS