



RAPPORT DES RESULTATS 2014

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

BEN0801711



ACRONYMES..... 4

1 APERÇU DE L'INTERVENTION..... 7

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

2 MONITORING DES RESULTATS..... 12

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.....	14
2.2.1	<i>Progrès des indicateurs</i>	14
2.2.2	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	18
2.2.3	<i>Impact potentiel</i>	19
2.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1.....	20
2.3.1	<i>Progrès des indicateurs</i>	20
2.3.2	<i>État d'avancement des principales activités</i>	24
2.3.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	24
2.4	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	26
2.4.1	<i>Progrès des indicateurs</i>	26
2.4.2	<i>État d'avancement des principales activités</i>	28
2.4.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	29
2.5	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	30
2.5.1	<i>Progrès des indicateurs</i>	30
2.5.2	<i>État d'avancement des principales activités</i>	32
2.5.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	32
2.6	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	33
2.6.1	<i>Progrès des indicateurs</i>	33
2.6.2	<i>État d'avancement des principales activités</i>	34
2.6.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	35
2.7	THEMES TRANSVERSAUX.....	36
2.7.1	<i>Genre</i>	36
2.7.2	<i>Environnement</i>	36
2.7.3	<i>Gouvernance</i>	36
2.7.4	<i>Le VIH et le Sida</i>	36
2.8	GESTION DES RISQUES.....	37

3	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....	39
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES	39
3.2	RECOMMANDATIONS	39
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES	40
4	ANNEXES.....	41
4.1	CRITERES DE QUALITE	41
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI	44
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	51
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS	51
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	52
4.5.1.	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS » : CONTRIBUTION BELGE	52
4.5.2.	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS » : CONTRIBUTION NATIONALE.....	58
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION.....	59
4.7	JOURNAL DES INCIDENCES ET JOURNAL DES STRATEGIES	60

Acronymes

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

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

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

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Nom du projet	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé - AIMS
Code du projet	BEN0801711
Emplacement	Niveau central du Ministère de la Santé
Budget	5.721.621 € (dont 603.149 € de la contribution nationale)
Institution partenaire	Ministère de la Santé
Date de la Convention de mise en œuvre	26.01.2009
Durée (mois)	48 mois (+ 20 mois de prorogation) : 68 mois (jusqu'au 30/09/2014)
Groupes cibles	Cadres des services centraux du MS et du niveau intermédiaire
Impact¹	L'état de santé de la population béninoise est amélioré à travers le renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de mise en œuvre du PNDS
Outcome	Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé sont opérationnelles et efficaces
Outputs	<ol style="list-style-type: none">1. L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées2. Les fonctions normatives et réglementaires du MS sont assurées sur base de décisions appuyées par l'expérience du terrain issue de la mise en œuvre du PNDS (fonctions régaliennes)3. Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public, les PTF, les différents ministères impliqués dans la santé et entre offre et demande sont clarifiés et intensifiés4. Les acquis du projet d'amélioration de la sécurité transfusionnelle dans les départements de l'Atacora/Donga et du Mono/Couffo (PASTAM) sont renforcés

¹ 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 initial (€)	Dépenses				Solde budgétaire au 31/12/2014	Taux d'exécution global au 31/12/2014
		Années précédentes (2009 à 2013)	Année 2014	PTA 2014	% EXE PTA 2014		
Total	5 118 473	4 675 700	420 083	440 222	95%	22 690	99,56%
Output 1	862 405	808 650	49 973	107 600	46%	3 783	99,56%
Output 2	345 273	309 645	37 942	26 500	143%	-2 314	100,67%
Output 3	145 071	143 866	704	3 000	23%	501	99,65%
Output 4	672 966	634 612	21 902	47 500	46%	16 452	97,56%
Moyens généraux	3 092 757	2 778 927	309 562	255 622	121%	4 269	99,86%

L'exécution budgétaire globale du projet à la fin de l'année 2014 est satisfaisante avec un taux de réalisation 99,56%.

Cette performance financière est la tendance générale pour toutes les rubriques budgétaires qui se composent de 4 résultats spécifiques et de moyens généraux.

Pour l'exercice de 2014, le PTA vQ12014 du projet était de 440 222 € pour une exécution financière de 420 083 €, soit un taux de réalisation de 95%.

La programmation financière de 2014Q4 a concerné essentiellement le paiement des engagements financiers non encore clôturés. Ainsi, tous les engagements financiers du projet ont été entièrement payés à la date du 31 décembre 2014, excepté un appui financier de 14 430 € prévu pour l'organisation de la table ronde des partenaires de l'ANTS.

Des dispositions sont examinées conjointement avec le siège pour trouver la meilleure modalité de financement de cette activité de l'ANTS dans les conditions de clôture du projet AIMS.

1.2.2. Contribution nationale

Libellés	Budget initial	Exécution 2013	Total dépenses au 31/12/2013	Exécution 2014	Total dépenses au 31/12/2014	Solde au 31/12/2014	% EXEC
Frais de personnel	62 971 872	15 742 968	55 100 388	15 742 968	70 843 356	- 7 871 484	112,50%
Responsable National du projet	31 485 936		2 623 828		2 623 828	28 862 108	8,33%
Chirurgiens formateurs (mise à disposition bureaux pour 2 ATR PARZS pour 24 mois)	31 485 936	15 742 968	52 476 560	15 742 968	68 219 528	- 36 733 592	216,67%
Fonctionnement	332 963 773	45 188 749	153 995 786	26 445 781	180 441 567	152 522 206	54,19%
Exonération de Taxe sur véhicule	137 750 970		30 033 290		30 033 290	107 717 680	21,80%
Loyer du bureau central (mis à disposition bureaux UAC AIMS pour 48 mois)	37 783 123	9 445 781	31 485 936	9 445 781	40 931 717	- 3 148 594	108,33%
Mise à disposition de local au niveau intermédiaire (bureaux mis pour ATI niveau DDS PARZS)	62 971 872	15 742 968	52 476 560	-	52 476 560	10 495 312	83,33%
Visite de supervision intégrée	94 457 808	20 000 000	40 000 000	17 000 000	57 000 000	37 457 808	60,34%
TOTAL	395 935 645	60 931 717	209 096 174	42 188 749	251 284 923	144 650 722	63,47%

La contribution nationale, évaluée à un montant de 395 935 645 CFA soit 603 600 €, comprend essentiellement des contributions en nature, notamment la mise à disposition des locaux et les exonérations sur les matériels acquis en début de projet. Elle prévoit des 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 2014, le montant de cette contribution a été 42 188 749 CFA dont 17 000 000 CFA en numéraire. Le cumul des dépenses au 31 décembre 2014 est de 144 650 722 CFA, soit un taux d'exécution de 63,47%.

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	A

L'intervention s'inscrit toujours 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.

Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé (MS) reste l'ancrage institutionnel le plus approprié pour le projet. Toutefois, la coordination des directions centrales et techniques du MS et des groupes techniques reste un défi.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	C

Au cours de l'année sous revue, la réorganisation du Ministère de la Santé, entamée depuis 2013, s'est poursuivie avec la prise d'arrêtés portant attribution, organisation et fonctionnement (AOF) de plusieurs directions. Un exercice de révision du cadre organique est en cours. Au plan de la coordination du secteur, l'agenda des grandes instances du secteur n'a pas pu être respecté. Cette situation reflète dans une certaine mesure les interférences dans la mise en œuvre des PTA du MS et du projet. Les activités liées à la préparation du 64^{ème} Comité régional que le Bénin a abrité et la préparation à la riposte d'une éventuelle épidémie d'Ebola dans la sous-région expliquent en partie cette situation. Par ailleurs, la contribution des Groupes Techniques de Travail (GTT) dans la conduite d'un certain nombre de processus structurants du secteur a été limitée cette année à l'exception du SGTT RAMU et du GTT santé de la mère et de l'enfant. Une réunion des GTT s'est tenue en fin septembre 2014 en prélude à la préparation de la tenue de la première réunion du GTSS.

Les difficultés sont relatives à la faible effectivité de la planification, notamment de la planification ascendante qui n'a pas connu d'avancées notables. Les discussions entre le Ministère de la Santé et des PTF sur la conclusion d'un COMPACT 2013-2015 n'ont pas débuté. On note toujours un certain cloisonnement des directions centrales et techniques. Le CODIR du SGM s'est régulièrement tenu en 2014 avec un suivi des décisions.

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

	Performance
Efficience	B

La plupart des livrables attendus au cours de la période sous revue ont été obtenus dans les délais. Faute d'accord des parties, les efforts du projet pour relancer le dossier de la mise en ligne de la base de données des mutuelles de santé sont restés vains. La tenue de la table ronde du sous-secteur de la transfusion sanguine prévue initialement pour octobre 2014 a été reportée en raison des conflits d'agenda avec l'organisation du 64^{ème} Comité régional de l'OMS. Outre cet aspect, la communication en Conseil des Ministres devant autoriser l'octroi d'un financement complémentaire n'a pu se faire dans les délais prévus.

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	C

La durabilité des principaux acquis du projet reste insuffisante. La continuité de l'appui à certains processus dans le PASS Sourou est un facteur potentiel de durabilité si les acquis sont renforcés. En ce qui concerne la transfusion sanguine, la table ronde dont mention est faite supra pourrait aboutir à des engagements pour un financement durable.



1.4 Conclusions

Le projet AIMS a renforcé la gouvernance du ministère par la production de plusieurs documents stratégiques de planification, de suivi évaluation, de normes et protocoles de soins, normes d'infrastructures et d'équipements.

L'année 2014 a été aussi marquée par l'évaluation de la mise en œuvre de certains documents normatifs essentiellement sur la qualité des soins.

La prise en compte des travaux des GTT dans l'animation des cadres de concertation a été amorcée.

Les conditions contextuelles de grèves à répétitions, de ressources humaines limitées, la lenteur du processus politique des réformes issues des audits organisationnels du MS ont limité les effets du projet. Ces domaines constituent des défis auxquels s'attaqueront en priorité le PASS Sourou.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
AGOSSOU Coffi 	OUEDRAOGO Cheick Hamed Tidiane 

2 Monitoring des résultats²

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

L'année 2014 a été marquée par les départs à la retraite du SGM et du DPP qui n'ont toujours pas été remplacés à leur poste. Le Directeur Général de l'ANAM admis à la retraite a été remplacé à titre intérimaire par la Directrice de l'ANVSSP cumulativement avec ses fonctions. Cette situation rend difficile la continuité de l'exécution de l'intervention, notamment crée une surcharge de travail aux intérimaires dont l'efficacité s'en trouve réduite.

Malgré le bon fonctionnement du cadre de concertation MS-partenaires sociaux, l'année a été marquée par des grèves à répétition des cadres médicaux et paramédicaux pour des revendications d'ordre salariale avec des répercussions sur le respect de la planification des activités.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle, comme stratégie de financement de la santé et d'accès aux soins, les comités de pilotage à différents niveaux de l'organisation administrative du pays ont été créés. En ce qui concerne le renouvellement de la direction de l'ANAM, le comité de sélection comprenant les PTF (OMS, PNUD, CTB) mis en place par le Ministre de la Santé en mars 2014, n'a jamais fonctionné.

Les indigents identifiés selon la méthode active ne bénéficient pas encore d'une prise en charge adaptée.

2.1.2 Contexte institutionnel

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

- La tenue sous l'égide de l'OMS de la première réunion de l'observatoire des ressources humaines en santé mis en place en août 2013. Des recommandations ont été formulées pour la mise en place et le renforcement de l'organe ;
- L'annulation du 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 et sa reprise. Un recrutement complémentaire de 172 agents est envisagé à court terme.

Sous l'égide du SGM, la coopération entre l'AIMS et les autres PTF s'est améliorée avec un accès aux informations sur les activités planifiées par les DCT. Ces échanges ont facilité la mise en œuvre d'activités conjointes telles que :

- L'utilisation de la méthode unique d'identification des indigents avec le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) ;
- L'élaboration du plan stratégique genre du MS en collaboration avec le projet Leadership Management and Gouvernance (LMG).

Par ailleurs, le dernier trimestre de l'année 2014 a connu le démarrage du futur programme d'appui au secteur de la santé dénommé PASS Sourou, pour lequel le personnel de l'AIMS a contribué un temps substantiel à l'exécution des activités.

Enfin, l'AIMS a appuyé le Chef de file des PTF (OMS) en assurant la préparation et le secrétariat des réunions des PTF. L'USAID a remplacé l'OMS dans la fonction de chef de file depuis septembre 2014.

² L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Les sessions régulières de la structure de pilotage du projet ont été tenues à l'exception de celle de juillet qui a été annulée en raison de l'agenda de la période de clôture du projet. Les autres modalités d'exécution du projet telles que définies dans le DTF n'ont pas connu de changement au cours de l'année sous revue. Deux réunions sectorielles se sont tenues en 2014. Par ailleurs, l'audit administratif et financier effectué en juin n'a pas relevé de problèmes majeurs imputables aux modalités d'exécution requérant leur modification. Il a formulé des observations en vue de préparer la mise en œuvre du PASS Sourou.

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 la participation du programme à toutes les rencontres techniques sur le thème du FBR organisées par le PRPSS de la BM. Ces rencontres bilatérales devront évoluer vers une réunion dans le cadre d'un comité technique unique sous le leadership du MS. Etant donné le rôle crucial de la mise en œuvre de l'assurance qualité dans la réalisation de l'outcome du projet, les interactions avec l'UNICEF ont été maintenues pour le monitoring des interventions, la qualité des soins obstétricaux et néonataux et l'approche de santé communautaire. Plusieurs autres chantiers d'harmonisation restent à explorer (multiplicité des outils de monitoring, de planification, d'évaluation du développement des zones sanitaires, de protocole et procédures de soin).

Le projet AIMS a également pris activement part, aux côtés d'autres coopérations à l'évaluation nationale de l'outil l'IHP+ pour l'année 2014 pour évaluer la mise en œuvre de mesures visant à améliorer l'efficacité de l'aide au Bénin.

Les activités financées par le programme souffrent du manque d'harmonisation des principes de prise en charge des ateliers et formations. En effet, contrairement à la CTB, plusieurs PTF signataires de la lettre relative à la prise en charge continuent à payer des frais de transport et de repas systématiquement pour des activités dans la ville de Cotonou et banlieue. Il sera crucial d'accorder une importance à cette question dans le cadre de la mise en œuvre du COMPACT en cours de négociation et dans le cadre de l'accord d'exécution prévu entre la CTB et l'APEFE relatif à la création du cycle de Master en sciences infirmières à l'INMeS.

Alignement

L'alignement aux procédures du partenaire reste un défi, notamment en ce qui concerne les outils de programmation et de monitoring technique et financier. En effet, le rapportage se fait encore sur deux (2) formats différents (CTB et national) avec une duplication des efforts. Il est souhaitable que la CTB aligne le rapportage sur la période nationale³.

Appropriation

Les groupes techniques de travail n'ont pas fonctionné cette année avec la régularité escomptée. Toutefois il faut signaler une dynamique croissante de la DSME pour la tenue des GTT, et l'utilisation des expériences du terrain pour les points de discussion aux CODIR du MS.

L'exercice d'élaboration du rapport de résultat 2013 en janvier 2014 a favorisé l'appropriation des actions par les partenaires limitrophes en plus d'une utilisation de plus en plus marquée du « faire avec » les DCT avec un rôle d'accompagnateur technique du projet.

³ Le rapport annuel est élaboré en avril de chaque année pour prendre en compte les délais de validation des données du SNIS. La CTB exige le dépôt du rapport en fin février.

2.2 Performance de l'outcome



2.2.1 Progrès des indicateurs

Outcome: Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé sont opérationnelles et efficaces					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
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	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité manuel de planification prenant en compte le niveau central Existence d'un PTA sectoriel consolidé Disponibilité d'un PSER (plan de suivi évaluation revue) du PNDS sans plan d'action Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière 	<ul style="list-style-type: none"> Manuel de procédure de planification ascendante révisé Application informatique finalisée et testée dans l'AD PTA 2013 unique intégré du MS disponible Plan d'action du PSER élaboré et validé Rapport de performance 2012 certifié par les services compétents en la matière Draft du PTD 2013-2015 disponible (à valider formellement par CODIR) Relecture du Compact 2010-2012 ébauchée et préparation du Compact 2013-2015 	<ul style="list-style-type: none"> Manuel de procédure de planification ascendante révisé prenant en compte le niveau central et les modalités de consolidation à tous les niveaux Finalisation application informatique pour consolidation des PTA dans 02 DDS pilotes PTA intégré unique du MS disponible depuis 2012 Plan d'action du PSER mis en œuvre Rapports de performance certifiés par les services compétents en la matière PTD 2010-2012 mis en œuvre et évalué, et le PTD 2015 transitoire est disponible Relecture du Compact 2010-2012 et préparation du Compact 2015 	<ul style="list-style-type: none"> Effectivité du processus de planification ascendante Plan d'action du PSER du MS mis en œuvre PTD 2013-2015 mis en œuvre Protocole d'accord du Compact actualisé Rapport de performance certifié par les services compétents en la matière

Outcome: Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé sont opérationnelles et efficaces					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
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"> • Directives nationales de supervision et monitoring • Directives nationales d'évaluation de la fonctionnalité des ZS (testées sur le terrain) • Protocoles de prise en charges des patients dans les hôpitaux • Normes des soins infirmiers • Actualisation des normes des équipements biomédicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Directives nationales d'évaluation de la fonctionnalité des ZS (testées sur le terrain) • Mise en place de GTT ad'hoc par le MS: GTT santé communautaire et RAMU • Mise à disposition des hôpitaux des protocoles de prise en charge des patients • Normes des soins infirmiers • Actualisation des normes des équipements biomédicaux en cours • Capitalisation des expériences du secteur santé • Guide d'évaluation de la fonctionnalité et de la performance des zones sanitaires utilisé dans l'AD • Politique d'assurance qualité dans le secteur de la santé validée • Financement basé sur les résultats mis en œuvre • Stratégie nationale de financement de la santé élaborée 	<ul style="list-style-type: none"> • Directives nationales de supervision et monitoring • Directives nationales d'évaluation de la fonctionnalité et de la performance des ZS (testées sur le terrain) • Mise en place de GTT ad'hoc par le MS: GTT santé communautaire et RAMU • Normes de prise en charge des patients dans les hôpitaux (sur base de protocoles) • Normes des soins infirmiers • Actualisation normes des équipements biomédicaux • Capitalisation des expériences du secteur santé • Guide d'évaluation externe de la qualité des prestations des centres de transfusion sanguine • Guide national d'identification active des indigents • Expérience de réseautage communautaire pris en compte dans la stratégie de santé communautaire en cours 	Non déterminée

Outcome: Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé sont opérationnelles et efficaces					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
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"> Le fonctionnement des GTT restructurés piétine (sauf GTT financement) Non effectivité du processus de planification ascendante Faible qualité des soins au sein des formations sanitaires Faible performance du système de santé dans son ensemble (d'où le FBR) Faible capacité de gestion des connaissances au sein du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> 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 Faible synergie entre interventions (cas du FBR et Indigents): concertations / ateliers conjoints entre PRPSS/BM et CTB sur lesdites stratégies Faible implication des PTF dans la préparation et l'organisation de la revue annuelle de performance: approche: comité conjoint d'organisation de la RAC Insuffisance de diffusion des expériences de terrain : production d'un livret de capitalisation des expériences sur le FBR 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de coordination du secteur/interférence du NC: approche de solution: élaboration par le MS d'un agenda des grandes instances du secteur, mise en place des GTT, CODIR élargis aux niveaux déconcentrés et PTF testé mais n'a pas prospéré Insuffisance de synergie entre interventions des acteurs (cas du FBR et Indigents): concertations/ateliers conjoints entre PRPSS/BM et PASS/CTB sur lesdites stratégies Faible implication des PTF dans la préparation et l'organisation de la revue annuelle de performance: approche: comité conjoint d'organisation de la RAC 	Identification de nouveaux problèmes de fonctionnement

Outcome: Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé sont opérationnelles et efficaces					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
Evolution des opportunités de financement : financement conjoint de plusieurs PTF / bailleurs	Non déterminée	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • 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 • Idem avec l'exercice de planification ascendante, le projet d'élaboration de la carte sanitaire etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie de financement de la santé pré-validée • Financement conjoint de la phase de test de l'élaboration de la carte sanitaire nationale avec l'UNICEF • Cofinancement état des lieux des mutuelles de santé par CTB/Coop suisse • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une stratégie de financement de la santé • Financement conjoint de la phase de test de l'élaboration de la carte sanitaire nationale 	Les financements conjoints possibles sont réalisés dans le cadre d'une stratégie globale de financement du secteur

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

Les processus de planification et de suivi-évaluation du secteur ont été renforcés au cours de l'année sous revue grâce notamment à l'élaboration de la version transitoire du Compact (qui comble ainsi le gap de l'absence d'un tel instrument depuis l'expiration du Compact 2010-2012) et l'actualisation du PTD 2013-2015. En ce qui concerne le secteur de la transfusion sanguine, le plan directeur de développement 2014-2018 a été validé et guidera les engagements des partenaires à soutenir le secteur qui seront pris à l'occasion de la table ronde dont la tenue est prévue au cours du dernier trimestre de l'année.

Des progrès enregistrés au cours de l'année sous revue concernent également:

- L'élaboration du plan de travail du ministère intégrant les plans de travail de l'ensemble des acteurs. La finalisation et la validation de l'application informatique de consolidation des PTA testée et validée dans les deux départements appuyés de la coopération bénino-belge est une contribution dans le même sens. L'utilisation dudit outil dans le processus de planification ascendante dans le secteur reste encore à construire, son appropriation par le partenaire qui a cependant piloté le processus ayant abouti à sa mise en place n'étant pas encore optimale.
- L'organisation et la tenue de la session 2013 de la RAC, dans le cadre du suivi évaluation, a bénéficié encore une fois d'une préparation conjointe MS-PTF par un comité mis en place par le MS. La participation des acteurs clés de la partie nationale à l'exercice mérite cependant d'être améliorée. Par ailleurs, la qualité des travaux de cette instance souffre de la faible complétude de l'information sanitaire. Le souci de l'amélioration de la qualité de cette instance s'est traduit par le test d'un mécanisme d'évaluation de ses différentes dimensions. Le feedback des participants sera ainsi pris en compte dans la perspective des RAC à venir. L'appui du projet a également concerné la tenue d'autres instances du secteur telles que le CNEEP et le CODIR élargi pour lesquels la contribution du projet aux sessions préparatoires a été importante.

Ainsi, les efforts de rationalisation, grâce aux appuis à une meilleure planification et suivi-évaluation, ont contribué également à une meilleure coordination du secteur, notamment à travers le fonctionnement régulier des instances de coordination. L'institutionnalisation de l'expérience du CODIR élargi aux PTF de 2013 était souhaitée, mais n'a pas bénéficié du soutien attendu en 2014. Un GTSS fonctionnel pourrait en partie combler cette insuffisance.

L'atteinte de l'outcome du projet reste un défi. Les points d'attention à améliorer dans la perspective du PASS Sourou concernent :

- La faible mise en œuvre des stratégies définies par le MS: l'absence 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.
- Le faible arrimage du système d'information sanitaire à la revue sectorielle (RAC) d'une part, et celle-ci à la planification d'autre part. Il n'est pas très évident de voir comment l'un alimente l'autre dans le contexte actuel. Le renforcement du système d'information avec l'approche du 'district health information system' (DHIS), approche en développement dans les zones du projet PRPSS de la Banque Mondiale est une opportunité. Ladite approche a en effet un potentiel pour améliorer la qualité du système d'information sanitaire notamment les aspects de complétude et de la promptitude des données et mérite donc d'être soutenue. Son extension dans les zones appuyées par la CTB est également opportune.
- Le processus de planification ascendante : il pourra aussi bénéficier du DHIS et des efforts en vue de l'utilisation de l'application informatique de consolidation des PTA doivent être poursuivis.

2.2.3 Impact potentiel

L'amélioration de l'état de santé de la population béninoise est l'impact ultime auquel sont censées contribuer les actions de différents secteurs dont celui de la santé. La contribution du projet AIMS au cours de l'année sous revue à cet impact s'est traduite, en dehors des appuis visant le renforcement aux trois principales fonctions de planification, de suivi-évaluation et de coordination du secteur, par :

- L'appui à la qualité des soins, notamment grâce à son soutien technique et financier à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le but d'appuyer l'application des normes de soins dans les formations sanitaires du Bénin. Cet appui vise plus largement la mise en œuvre de la politique d'assurance qualité. D'autres appuis du projet dans ce sens ont visé l'évaluation de la mise en œuvre des audits de décès maternels et néo-natals et l'évaluation externe de la qualité des processus transfusionnels dans les CDTs, dans le but de renforcer la qualité des produits sanguins labiles.
- La finalisation de la cartographie des mutuelles de santé dans la perspective de faciliter la couverture universelle en santé.
- L'appui à l'adoption d'un modèle béninois du FBR, avec les efforts du projet pour un apprentissage des expériences développées par les différents acteurs intervenants dans le domaine.

Le suivi de ces différents enjeux demandera un renforcement des compétences des membres de l'équipe du PASS.

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs

Output 1 : L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
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"> • Mission briefing et orientation en LMG au MS par MSH Boston • Mission exploratoire MSH en appui au consortium USAID /PISAF /UNFPA / AIMS • Formation de cadres du MS sur les outils de LMG par l'USAID et ARM3 • Poursuite accompagnement en Outcome Mapping 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarrage projet LMG pour développement capacités de 02 DCT et 02 programmes du MS en LMG • identification/planification des besoins en renforcement des capacités en LMG • Formation cadres du MS en développement organisation et renforcement institutionnel (DIRO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les directeurs ont été formés sur les méthodes et outils de gestion de changement • Formation cadres du MS en DIRO 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les directeurs du MS et les DDS sont formés en gestion de changements 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"> • Nouveau décret portant AOF du MS le 13 août 2012 • Projet des arrêtés des 11 directions 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur les 11 arrêtés attendus, 10 sont validés. Celui de la DNEHS est en cours de finalisation / validation 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 11 directions sont dotées d'un AOF. Celui de la DNEHS a été pris en avril 2014 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions (11) disposent d'un arrêté conforme au décret portant AOF du MS

Output 1 : L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
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"> • Cadre organique du MS validé décrivant les postes et rôles de chaque service • Arrêtés décrivent les postes clés au sein des différentes directions • Lettre de mission du MS adressée à chaque DCT, indiquant clairement les résultats attendus 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre organique du MS validé décrivant les postes et rôles de chaque service • Arrêtés décrivent les postes clés au sein des différentes directions • Lettre de mission du MS adressée à chaque DCT, indiquant clairement les résultats attendus • Mise en place de l'observatoire des RH en santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre organique du MS validé décrivant les postes et rôles de chaque service en révision • Arrêtés décrivant les postes clés au sein des différentes directions • Lettre de mission du MS adressée à chaque DCT, indiquant clairement les résultats attendus • Mise en place de l'observatoire des RH en santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les postes au sein du MS disposent d'un descriptif et d'une lettre de mission • Les lettres de mission sont évaluées
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"> • Lettre envoyée en février 2012 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre envoyée en février 2013 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre envoyée en février 2013 	<ul style="list-style-type: none"> • 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"> • Toutes les directions (11) ont élaboré un plan opérationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions (11) ont élaboré un plan opérationnel • Finalisation de l'application informatique de consolidation du PTA • Formation des responsables de planification des DDS avec l'appui de la DPP 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions (11) ont élaboré un plan opérationnel • Application informatique de consolidation du PTA disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan d'action pour le secteur (PTA) issu de l'agrégation des différents PTA par la DPP. Un plan d'action unique véritablement ascendant et intégré est attendu pour 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					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
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	Existence d'un PTA unique intégré du MS aligné sur le PNDS et prenant en compte les PTA des partenaires	Existence d'un PTA unique intégré du MS aligné sur le PNDS et prenant en compte les PTA des partenaires	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	Plan de suivi évaluation revue validé comprenant 28 indicateurs systémiques	Plan de suivi et revue validé comprenant 28 indicateurs systémiques	Existence d'un plan de suivi évaluation revue contenant 25 indicateurs sectoriels opérationnel
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 ^{ème} a été ébauchée : état des lieux du financement du secteur de la santé en vue de l'élaboration des stratégies de financement du secteur	<ul style="list-style-type: none"> Document sur l'évaluation de la fonctionnalité et la performance des ZS finalisée après le test dans les différents départements. 01 stratégie: stratégie de financement de la santé pré-validée 	<ul style="list-style-type: none"> Directives nationales de supervision et de monitoring Document sur l'évaluation de la fonctionnalité et la performance des ZS finalisée après le test dans les différents départements. 01 stratégie: stratégie de financement de la santé 	Non déterminé
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"> Archivage physique et électronique dans 03 directions facilitant l'accès à l'information 	<ul style="list-style-type: none"> Archivage physique et électronique dans 03 directions (DRFM, DSME, DPMED) et SGM facilitant l'accès à l'information Site web du MS fonctionnel donnant accès aux documents stratégiques du secteur 	<ul style="list-style-type: none"> Archivage physique et électronique dans 03 directions (DRFM, DSME, DPMED) et SGM facilitant l'accès à l'information Site web du MS fonctionnel donnant accès aux documents stratégiques du secteur 	Les cadres du secteur ont accès à l'information sanitaire actualisée sous forme papier et électronique

Output 1 : L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
	<ul style="list-style-type: none"> • Pas/faible accès aux informations sanitaires sous forme électronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents stratégiques, thématiques, opérationnels et rapports statistiques postés sur le site web du MS activé avec l'appui du projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents stratégiques, thématiques, opérationnels et rapports statistiques postés sur le site web du MS activé avec l'appui du projet • Cartographie numérisée des interventions et intervenants du secteur de la santé • Base de données numérisée dynamique des mutuelles de santé • Livret capitalisation des expériences 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents stratégiques, thématiques, opérationnels et rapports statistiques postés sur le Site Web du MS activé avec l'appui du projet • Cartographie numérisée des interventions et intervenants du secteur de la santé • Base de données numérisée dynamique des mutuelles de santé • Livret capitalisation des expériences 	
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"> • Non disponibilité document de supervision intégré • Système de prime de supervision non révisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du document de supervision intégré • Système de prime de supervision non révisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du document de supervision intégré • Système de prime de supervision non révisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du document de supervision intégrée • Système de prime de supervision non révisé 	Disponibilité du document de supervision intégrée révisé
% des femmes qui participent aux formations et aux groupes de travail	Non déterminé	20%	30% (*)	Non déterminé en 2014. Toutefois 17% de femmes ont bénéficié de bourses de formation belges de 2010 à 2014 avec une tendance globale à la hausse (5% en 2010 à 55% en 2014)	Non déterminé

(*) : Représentation féminine dans les GTT

2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴	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

L'année sous-revue a été caractérisée par la poursuite de l'appui à un certain nombre d'initiatives antérieures dans un but de renforcer les acquis. Il s'agit:

- Par rapport à l'organisation interne du ministère :
 - du plaidoyer pour la prise des arrêtés portant attribution, organisation et fonctionnement (AOF) des DCT restants. Lesdits arrêtés ont ainsi été pris pour la DNEHS et la DIP;
 - du 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. L'AIMS, a pris une part active à la préparation technique des CODIR élargis (définition de l'agenda, finalisation des présentations, évaluation, compte rendu). Des efforts restent à faire pour en faire une réelle instance d'échanges et de prise de décision sur les questions stratégiques du secteur. Le format actuel aborde un trop grand nombre de préoccupations qui ne sont pas forcément des questions de fond sur les priorités du secteur;

En ce qui concerne la revue annuelle conjointe de performance (RAC), elle est toujours confrontée, hormis les contraintes citées supra:

 - à la faiblesse de la dimension évaluation de la performance du secteur, principal objet de l'instance ; les difficultés liées à la qualité des données utilisées (données actualisées non souvent disponibles au moment de l'exercice, faible complétude, etc.) en réduisent sa capacité à remplir cette fonction. L'utilisation des indicateurs du PSER comme base d'évaluation de la performance du secteur sur l'année sous-revue pour ledit exercice reste également un défi ;

⁴ 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.

- de la définition d'un agenda des grandes instances, qui demeure un point positif ; mais le non-respect dudit agenda au cours de l'année sous revue reste un point d'attention.
- En ce qui concerne les interactions entre les directions, le projet a poursuivi son appui:
 - au renforcement des GTT, creuset d'échanges entre DCT du MS. En ce qui concerne le GTSS, les concertations pour son fonctionnement ont connu un aboutissement avec la première session prévue au dernier trimestre de l'année. Il s'agit d'efforts que le PASS Sourou pourra capitaliser ;
 - à la tenue des réunions des groupes de travail (sous-GTT) sur la santé communautaire et le RAMU ;
En dépit de ces progrès, le fonctionnement interne des directions et la coordination du MS restent un défi.
- En ce qui concerne la capitalisation des expériences et la mémoire institutionnelle:
 - le projet a appuyé le service de santé communautaire de la DNSP pour la remontée des expériences de réseautage communautaire développées dans les zones appuyées par la coopération bénino-belge pour alimenter la politique de santé communautaire du Bénin ;
 - Des efforts de capitalisation ont également été menés à travers des articles sur des thématiques de gouvernance (fonctionnement GTT, Compact). Par ailleurs, un appui a été fourni aux acteurs de terrain pour le partage des expériences du PARZS aux journées scientifiques de Bobo-Dioulasso.
Cette expérience reste cependant isolée. Un mécanisme plus systématisé et systémique de capitalisation est souhaitable. Dans le futur, une redéfinition d'une stratégie plus efficace pour la recherche action au niveau du programme PASS Sourou intégrée à un mécanisme au niveau institutionnel doit être envisagée. Une stratégie formalisée de collaboration entre le MS et les institutions de recherche pourrait être une approche.

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 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)					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible année 2014	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	<ul style="list-style-type: none"> Finalisation et adoption du plan de formation (2012-2014) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de formation validé disponible Mise en place et fonctionnement de l'application informatique de gestion des ressources humaines (LogiGRH) Identification des besoins en RH en lien avec l'atteinte des OMD Adoption d'une approche innovante de parcours d'acquisition des compétences (dans le cadre du nouveau projet de renforcement de capacité de la coopération belge) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan élaboré et adopté avec tous les acteurs et mis en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Actualisation du manuel du processus de planification 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement compétences acteurs DDS et ZS sur procédures planification ascendante (utilisant l'application informatique) *Accompagnement DDS pour la consolidation des PTA 	<ul style="list-style-type: none"> Processus annuel de planification DDS appuyé par niveau central 	<ul style="list-style-type: none"> PITA des DDS disponibles et de qualité
Nombre de supervisions du niveau central vers la DDS avec rapport et feedback	Supervisions non intégrées, non coordonnées et sans feed back	<ul style="list-style-type: none"> Formation des acteurs de terrain sur les nouvelles directives en matière de supervision et de monitoring et mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> Quatre (04) supervisions intégrées: audits décès maternels, utilisation des protocoles de prise en charge, la supervision de l'utilisation du LogiGRH, élaboration de carte sanitaires des ZS 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisions du niveau central aux DDS intégrées, coordonnées et avec feed back 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisions du niveau central aux DDS intégrées, coordonnées et avec feed back

Output 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)					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible année 2014	Cible finale 2014
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	Supervisions trimestrielles PNLS/DSME: Inventaire ME : PNLS/DPMED/CAME Enquêtes épidémiologiques : Collectes des données avec PNLS/DDS/ZS	Supervisions intégrées du niveau central (y compris les programmes verticaux) aux DDS intégrées, coordonnées et avec feed back	Les programmes verticaux participent aux supervisions intégrées

2.4.2 État d'avancement des principales activités ⁵

Etat d'avancement des <u>principales</u> activités ⁵	État d'avancement			
	A	B	C	D
A.2.1. Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation du Ministère de la Santé (Appuyer la dissémination du plan stratégique de formation du personnel du secteur santé ; Appuyer la formation sur l'utilisation du logiciel LOGI RH)		X		
A.2.3. Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire (Elaboration des outils de consolidation des PTA ; Actualiser le fascicule de planification ascendante du MS ; Diffuser/former les différentes parties prenantes de la planification ascendante)			X	
A 2.4. 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	
A 2.5. Mobiliser l'expertise requise en réponse aux besoins de développement d'expériences novatrices ou de recherche action (Renforcer les capacités des cadres du MS par le suivi scientifique de l'institut KIT)		X		
A 2.6. Renforcer les capacités de gestion administrative et financière (audit FBR par l'IGM, suivi de l'utilisation du FSI par la DRFM)		X		
A 2.7. Organiser des ateliers séminaires nationaux (un par un) de capitalisation des expériences réussies ou meilleures pratiques identifiées au sein de l'ensemble du système de santé		X		

⁵

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.

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Le projet a appuyé le développement des fonctions normatives et réglementaires du MS au cours de l'année 2014. Les progrès concernent :

- la définition de normes et stratégies : ainsi, le projet a fourni un appui technique et logistique à l'élaboration des normes et standards en matière d'infrastructures et équipements des formations sanitaires au niveau du premier échelon. Celle du niveau départemental est en cours avec l'appui du PRPSS. Un guide de réalisation des évaluations externes de la qualité dans le secteur de la transfusion a également été élaboré ;
- l'opérationnalisation de normes et stratégies définies par le MS. Celles qui ont reçu l'appui du projet concernent l'évaluation de la mise en œuvre de l'arrêté portant institutionnalisation des audits des décès maternels, néo-natals et des 'quasi-pertes', et les normes de soins en gynéco-obstétrique, en chirurgie, en pédiatrie et en médecine ;

Une évaluation de la gestion des ressources humaines grâce au logi-GRH a été appuyée par le projet en vue d'un renforcement de l'outil ;

- la capitalisation des expériences réussies: le projet a appuyé la direction en charge de la recherche dans le partage des expériences développées dans différentes zones sanitaires du pays dans une perspective d'apprentissage et de capitalisation. L'expérience a ainsi permis d'identifier des expériences porteuses en matière de rationalisation des soins utiles dans un contexte de faible disponibilité des ressources ;
- l'actualisation du cadre organique du secteur en cours en vue de l'élaboration du futur plan de formation quinquennal du secteur ;
- la supervision intégrée du niveau central vers les DDS : quelques expériences ont été concluantes, notamment en ce qui concerne les audits de décès maternels, avec une équipe des plusieurs directions (DSME, DNSP). Mais l'expérience doit être renforcée par la prise en compte des données de terrain dans les cercles de réflexions (GTT) pour alimenter les révisions des stratégies nationales ;
- dans le cadre des capacités gestionnaires, un audit des processus gestionnaires dont le FBR a été réalisé par l'IGM avec l'appui du projet. La mise en œuvre des recommandations faites permettront d'améliorer lesdits processus.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 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					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
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"> • Une réunion RAC/an avec préparation conjointe MS-PTF • Réunions MS-PTF régulièrement tenue selon l'agenda des grandes instances • CODIR élargis trimestriels régulièrement organisés • Revue annuelle conjointe du PTA 2012 / consolidation conjointe PTA 2013 	<ul style="list-style-type: none"> • Une réunion RAC/an avec préparation conjointe MS-PTF • 3 réunions MS-PTF tenues sur 4 prévues • 3 CODIR élargis sur 4 prévus • Satisfaction des acteurs sur la préparation conjointe 	<ul style="list-style-type: none"> • Degré de satisfaction des participants à la RAC 2013 (pour la 1ère fois sous l'initiative de l'AIMS): 24% sont satisfaits et 67% sont moyennement satisfaits 	<ul style="list-style-type: none"> • Acteurs satisfaits par rapport qualité réunions diverses instances: <ul style="list-style-type: none"> - RAC - MS-PTF régulières tenue selon l'agenda des grandes instances - CODIR élargis trimestriels régulièrement organisés
Disponibilité d'une cartographie actualisée et numérisée des interventions/intervenants	Inexistence cartographie des interventions / intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de la cartographie des interventions / intervenants (non numérisée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une cartographie numérisée des intervenants • Cartographie des mutuelles de santé disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie des intervenants réalisée par l'AIMS en 2012. La version numérisée réalisée par le FNUAP est en cours de finalisation (www.benin-health-map.org) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une cartographie actualisée et numérisée des interventions / intervenants
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	02 réunions MS/PTF tenues.	Une réunion trimestrielle MS/PTF assortie de rapport et plan de mise en œuvre des recommandations

Output 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					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale (2014)
Intégration des interventions des différents partenaires/acteurs dans le plan opérationnel du MS	PTA non consolidé	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'un plan sectoriel prenant en compte les interventions des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan consolidé de travail annuel du MS (intégrant les interventions des partenaires) disponible • Draft PTD 2013-2015 disponible • Relecture du Compact 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan intégré de travail annuel du MS (intégrant les interventions des partenaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de travail du MS intégrant toutes les interventions des différents partenaires du secteur
Degré de mobilisation de l'expertise requise en réponse aux besoins	Une mobilisation hésitante des experts	<ul style="list-style-type: none"> • L'expertise est mobilisée conformément au besoin • Plan directeur du secteur pharmaceutique 	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 institutionnel du sous-secteur hospitalier, etc.	Le projet a mobilisé des expertises des GTT pour accompagner les besoins du MS : évaluation des pratiques professionnelles pédiatrie, gynéco-obstétriques, chirurgie et médecine; évaluation de l'effectivité de l'arrêt institutionnalisant les audits des décès maternels et néo-natals.	L'expertise est mobilisée conformément aux besoins (accompagnement des réformes du secteur)
Existence d'un cadre de contractualisation au sein du secteur	Absence cadre réglementaire contractualisation	<p>Accord d'exécution avec AMCES pour la formation des acteurs du privé confessionnel</p> <p>Accord avec ROBS pour renforcement capacités en plaidoyer</p>	<p>Pas de politique de contractualisation mais actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appui à l'AMCES pour la vulgarisation de la méthode de récupération sanguine per-opératoire (entonnoir Tanguiéta) • Renforcement de la communication avec la société civile pour le don de sang • Accord d'exécution ROBS-DNSP-AIMS pour renforcement des capacités (sida, PCIME, paludisme, PF) 	Pas d'avancée en 2014 en dehors des initiatives contractuelles dans le secteur: FBR, gratuité de la césarienne (contrat avec les hôpitaux privés), RAMU: contrat avec les hôpitaux de zones publics et privés, convention de partenariat entre le MS et le ROBS et l'AMCES	Disponibilité d'une politique de contractualisation dans le secteur de la santé

2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁶	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 (validation du cadre des réformes hospitalières)		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 projet a appuyé le renforcement du partenariat entre le Ministère de la Santé et le secteur privé associatif et confessionnel, notamment à travers des supervisons conjointes MS-ROBS au profit des ONG de terrain. Lesdites supervisons qui ont concerné les départements du MC et de l'AD ont permis aux deux partenaires de prendre connaissance de la contribution des ONG de terrain à la mise en œuvre des stratégies du secteur. L'évaluation de la convention de partenariat entre le MS et le ROBS était également un point d'intérêt de ladite mission.

La finalisation de la base de données numérique et dynamique sur les mutuelles de santé a été également l'occasion de renforcer le partenariat entre le MS et la CONSAMUS, tous impliqués dans la conception de ladite base. La gestion de la base rencontre des contraintes relatives à l'absence d'accord des partenaires sur le domaine devant héberger ladite base.

Le projet a appuyé la révision des textes régissant le fonctionnement des COGECS, instances de partenariat au niveau local entre prestataires de soins et organisations communautaires. Le processus d'adoption du projet du nouveau texte fera l'objet de suivi par le PASS Sourou.

Cependant quelques points méritent l'attention:

- La prise en compte des privés lucratifs reste un défi, en l'absence d'une stratégie claire du MS. Une étude de faisabilité de l'extension du FBR aux privés lucratifs réalisée par le PRPSS pourrait être une porte d'entrée ;
- La faible implication de la société civile dans la définition des stratégies nouvelles notamment RAMU et FBR.

⁶ 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.

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 <i>Baseline</i>	Valeur année 2012	Valeur année 2013	Valeur année 2014	Cible finale 2014
Taux de satisfaction de la demande en Produits Sanguins Labiles dans les départements de l'Atacora et de la Donga	83%	94,7%	95,8%	92,1%	90%*
Taux de satisfaction de la demande en Produits Sanguins Labiles dans les départements du Mono et du Couffo	75%	87,2%	82,8%	ND	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	Pas d'EEQ en 2014, mais le projet a accompagné techniquement et financièrement l'élaboration d'un guide de réalisation des EEQ par les CDTS, activité qui a permis de renforcer leurs capacités.	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 2014 au 30 septembre 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 ⁷	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		
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		

⁷ 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.

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

La période sous-revue a connu un progrès des principaux indicateurs liés à cet output. Le taux de satisfaction de la demande dans l'AD est supérieur à la moyenne nationale et à la cible retenue pour le projet. La valeur de cet indicateur dans le MS n'est pas disponible au moment de la rédaction du présent rapport.

Sur le plan de la maintenance, des progrès ont été enregistrés, notamment en ce qui concerne les équipements biomédicaux et les installations photovoltaïques, dont la disponibilité toute l'année est satisfaisante. Le système de maintenance du sous-secteur reste toutefois précaire. Les équipements sont vétustes et indiquent le besoin de renouvellement des équipements critiques.

Il est à noter particulièrement, l'appui du projet qui a permis de doter le sous-secteur d'un guide de réalisation par le CDTs des évaluations externes de la qualité des établissements de transfusion sanguine. Il s'agit d'une initiative qui permet de décentraliser l'activité et le renforcement des compétences des acteurs du niveau intermédiaire.

La tenue de la table ronde, aboutissement des efforts du projet, vise à assurer le financement soutenu du sous-secteur pour les prochaines années. Sa réussite pourra permettre d'amoindrir les difficultés constatées au cours de l'année 2014 qui sont récurrentes. Il s'agit notamment de la persistance de pénuries des produits sanguins du fait des ruptures des stocks de réactifs.

2.7 Thèmes transversaux

2.7.1 Genre

AIMS a cofinancé avec le projet LMG/USAID l'élaboration du plan stratégique genre du ministère de la santé dont la validation est prévue courant octobre 2014. Les grands axes de travail pour l'opérationnalisation de cette stratégie feront l'objet de concertation avec les cadres de différents secteurs dont celui de la santé qui ont bénéficié d'une formation sur la thématique en Belgique dans le cadre de l'exécution du PASS Sourou. La disponibilité de ces compétences sera mise à contribution par le PASS pour accompagner la prise en compte de la thématique dans la mise en œuvre du programme.

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

Tous les acteurs des DCT formés en décembre 2013 en « Développement Institutionnel et Renforcement Organisationnel (DIRO) » avec l'appui du projet ont été fortement impliqués dans la dynamique d'élaboration de la rédaction du rapport de résultat. Le suivi des outils mis à disposition lors de la formation n'a pas été suivi avec la régularité voulue. La collaboration avec le projet LMG/USAID n'a pas permis cette année, pour des raisons d'agenda et de mobilisation des ressources prévues dans le cadre du consortium LMG, de débiter les activités de renforcement des capacités de leadership management et gouvernance de la DPP et de la DRH comme envisagé. Des contacts rapprochés avec l'inspection Générale du Ministère ont abouti à la réalisation d'un audit du Financement basé sur les résultats dans nos zones sanitaires avec l'appui financier de l'intervention qui a défini des principaux domaines prioritaires d'actions pour améliorer la gouvernance (faiblesse du contrôle hiérarchique, pas d'application des procédures, absence de budget, ...).

2.7.4 Le VIH et le Sida

Le projet a poursuivi ses efforts pour la mise en œuvre de la politique de la CTB en matière de prévention du sida sur les lieux de travail. Ainsi dans ce cadre, des sessions de renforcement des capacités ont été organisées à l'intention du personnel des divers projets de la CTB, avec la mise en place de dispositif de distribution de préservatifs. Etant donné qu'il n'est pas prévu le renouvellement du poste d'ATN pour la transfusion sanguine dans le PASS Sourou, un transfert de compétences vers le partenaire national et l'AT Junior en charge du dossier à la représentation de la CTB Benin a été effectué. La poursuite des activités ne sera pas significativement affectée.

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	D	Concertation trimestrielle avec les partenaires sociaux (syndicats)	MS	Continue	Pas d'avancée depuis plusieurs mois.	Ouvert
Stabilité du leadership au niveau du MS (départ à la retraite du SGM et du DPP)	Q4 2013	DEV	Moyenne	Moyen	B	Plaidoyer en direction des autorités sectorielles et politiques (dans le cadre du dialogue politique avec l'Ambassade)	RR/MS	Continue	Pas d'avancée. Les postes concernés ne sont pas encore pourvus.	Ouvert
Poursuite des supervisions verticales par les DCT et les programmes du MS	Q2 2013	OPS	Moyenne	Moyen	B	Organiser des supervisions intégrées thématiques (à titre pilote, DSME/DNSP, DNEHS DRFM)	SGM	Continue	Expérience concluante en 2014. Mérite d'être renforcée.	En cours
						Susciter des besoins de supervision du terrain				
Le GTSS n'est pas fonctionnel	Q1 2013	DEV	Moyenne	Moyen	B	Plaidoyer auprès du SGM Planification d'une auto-évaluation des GTT Participation au CODIR Concertation avec le PTF	SGM	Continue	Evaluation du fonctionnement des GTT, inventaire des productions, préparation tenue du GTSS	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
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	Affecter un personnel suffisant dans les CDTS AD et MC	MS	Clôture du projet	Recrutement effectué en août 2014. Mais les postes au niveau de l'AD ne sont couverts	En cours

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Pas d'orientations stratégiques majeures au cours de la période sous-revue. L'accent a été mis sur la collaboration étroite avec les acteurs, depuis la conception jusqu'à la réalisation.

Les priorités ont également concerné la préparation du démarrage du PASS Sourou. Elles sont relatives à:

- l'exploitation des résultats des évaluations de la mise en œuvre des normes et stratégies déjà élaborées (protocoles de soins dans les hôpitaux, logi GRH, logiciel planification-PITA);
- la documentation et la capitalisation des expériences de terrain avec la tenue d'un atelier national de capitalisation planifié en novembre 2014;
- une attention particulière accordée à l'appropriation par le partenaire du processus et des mécanismes de remontée de l'information avec un rôle plus actif des GTT;
- la définition de mécanismes pour améliorer la performance des recherches actions par une analyse des modalités de suivi scientifique, backstopping et une collaboration effective avec les structures nationales de recherche;
- La consolidation des acquis par une plus grande participation de l'assistance technique du niveau central à la mise en œuvre des actions de terrains et la promotion des supervisions intégrées au niveau des directions centrales.

3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite	Etat d'avancement
Opérationnaliser le Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS) afin qu'il appuie la consolidation des expériences/acquis du programme santé (AIMS/PARZS) et le fonctionnement des GTT.	SGM	Q1 2014	En cours
Rendre fonctionnelle la Direction de l'Informatique et du Pré-archivage (DIP) dans le sens d'une meilleure gestion des connaissances.	MS	Q3 2014	Non réalisée
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	Réalisée
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	Non réalisée
Institutionnaliser le CODIR Elargi du MS aux PTF en vue de sa pérennisation (objectifs, membres, périodicité, mandat, modalités de fonctionnement).	SGM	Q1 2014	Non réalisée
Procéder à la validation des études baseline / documents capitalisation d'AIMS / PARZS.	Président / GTSS	Q3 2014	Non applicable pour la période

Recommandations	Acteur	Date limite	Etat d'avancement
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	Abandonnée. N'est plus pertinent après la revue des dépenses publiques au Bénin

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Le backstopping comme moment d'échanges stratégiques au sein du programme permet de garder la cohésion de l'équipe et la ligne directrice d'actions concertées	RR/CTB Equipe PASS
L'opportunité de visite des expériences de terrain par les acteurs niveau central a facilité les échanges et l'appropriation desdites expériences dans le cadre du réseautage communautaire pour alimenter la politique de santé communautaire, ce qui est un exemple du double ancrage (peut servir au PASS)	Equipe PASS Sourou
L'appui des expertises du projet à toutes les phases du processus de réalisation des activités dans une approche de 'faire avec' les acteurs a permis de faire avancer plusieurs dossiers (évaluation des pratiques professionnelles, normes des infrastructures et équipements)	Equipe PASS Sourou RR/CTB

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.

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

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

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère 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 ?

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

	A 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 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.
	C 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.
	D 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.

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).				
<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>				
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	A	B	C	D
			X	
4.1 Durabilité financière/économique ?				
	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.		
	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.		
X	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.		
	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.		
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 ?				
	A	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	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	C	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.		
	D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.		
4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?				
	A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.		
X	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.		
	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.		
	D	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.		
4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?				
	A	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	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	C	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.		
	D	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

Tâches à accomplir	Resp.	Date limite	Produits attendus	Niveau d'exécution	Actions à entreprendre Appui sollicité
R. n°1 : Faire le point du processus de recrutement en cours et le plan de répartition du personnel attendu en privilégiant les zones les plus défavorisées					
<ul style="list-style-type: none"> Présenter la feuille de route de tout le processus du recrutement des 1012 agents Présenter le plan synthétique de répartition aux postes 	DRH	trim 2 2014	<ul style="list-style-type: none"> La feuille de route de tout le processus du recrutement des 1012 agents est élaboré et disponible Le plan synthétique de répartition aux postes est élaboré et disponible 	<ul style="list-style-type: none"> 1005 agents déjà recrutés en 2014 Il est prévu de recruter un complément de 172 agents sur le reliquat pour un total de 1177 au titre de 2014 	<ul style="list-style-type: none"> L'engagement fort affiché par la DRH doit être maintenu Le plaidoyer du MS au niveau politique mérite d'être renforcé
R. n°2 : Clarifier le mécanisme devant permettre la prise en charge des indigents en attendant l'effectivité du RAMU					
<ul style="list-style-type: none"> Ecrire une note sur la phase charnière de prise en charge des indigents avant le RAMU par le S/GTT-RAMU Rendre disponible la note 	SGM/MS	trim2 2014	<ul style="list-style-type: none"> Une note sur la phase charnière de prise en charge des indigents avant le RAMU est élaboré par le S/GTT-RAMU La note est rendu disponible 	<ul style="list-style-type: none"> La question a été abordée à la 3eme session du S/GTT-RAMU Reste : approfondir les réflexions et rendre la note disponible : l'option qui se dégage est l'utilisation des fonds FSI pour l'inscription et la prise en charge des indigents par le RAMU 	Engagement du SGM requis
R. n°3 : Prendre les dispositions pour le suivi de la mise en œuvre des recommandations incombant au MS et leur compte rendu aux sessions de la SMCL					
<ul style="list-style-type: none"> Faire le plan de mise en œuvre des recommandations Monitorer la mise en œuvre des recommandations aux rencontres périodiques avec les PaLi et aux retraites avec points focaux et DCT sous l'égide du SGM Faire un point à mi-parcours de mise en œuvre avant la session SMCL 	SGM/MS	Chaque trim	<ul style="list-style-type: none"> <i>plan de mise en œuvre des recommandations</i> <i>point fait à chaque monitoring (monop) et aux rencontres périodiques avec les PaLi et aux retraites avec points focaux et DCT sous l'égide du SGM</i> <i>point à mi-parcours de mise en œuvre avant la session SMCL fait</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Déclinaison et plans de mise en œuvre et de suivi élaboré Point d'avancement préliminaire fait à fin trim1 Point d'avancement de la mise en œuvre réalisé à fin juin 2014 Point d'avancement actualisé au 10 juillet 2014 puis au 10 octobre 2014 	L'attention du SGM est requise

Tâches à accomplir	Resp.	Date limite	Produits attendus	Niveau d'exécution	Actions à entreprendre Appui sollicité
R. n°4 : Faire systématiquement le point de l'utilisation des crédits prévus dans la contrepartie nationale du PARZS pour la prise en charge médicale des indigents					
<ul style="list-style-type: none"> Instruire les SRFM et CAR pour faire le point trimestriel, semestriel et annuel de l'utilisation du FSI chaque trim Insérer ce point dans les rapports à la SMCL 	DDS/PARZS	chaque trim	<ul style="list-style-type: none"> Les points trim, sem et annuels sont disponibles Les rapports pour la SMCL contient les points sem et annuel 	<ul style="list-style-type: none"> les responsables des EEZS sont instruits pour fournir les informations sur les coûts de la prise en charge des indigents dans les ZS PARZS ces points en cours seront pris en compte dans le rapport annuel de la DDS 	Engagement des DDS fortement sollicité
R. n°5 : Documenter l'expérience des activités génératrices de revenus en cours au niveau des groupes communautaires en vue du partage pour contribuer à la pérennisation					
<ul style="list-style-type: none"> Documenter l'expérience Partager la documentation avec les acteurs du PARZS et le niveau central 	PARZS AD	Juillet 2014	<ul style="list-style-type: none"> Un article/note sur l'expérience est écrit et partagé à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> Informations sont disponibles sur le début de la phase de mise en œuvre et sur les supervisions réalisées 	volonté des AT/PARZS et DDS requise
R. n°6 : La direction du projet au MC doit prendre le lead pour stimuler la concertation entre les PTF/ONG en s'inspirant de l'expérience de l'AD					
<ul style="list-style-type: none"> Faire une feuille de route pour le plaidoyer auprès des PTF et ONG et leur implication dans les cadres de concertations Mettre en œuvre la feuille de route 	DDS/MC	trim 2 2014	<ul style="list-style-type: none"> Une feuille de route pour le plaidoyer auprès des PTF et ONG et leur implication dans les cadres de concertations est disponible Le point de mise en œuvre de la feuille de route est fait à la SMCL 	<p><i>MC : réunion de concertation prévue en Q42013 n'a pas eu lieu et la dynamique doit-être relancée en 2014. Les ONG intervenant en santé sont identifiées mais le problème des PTF reste entier. En effet les PTF sont à Cotonou et ils ne répondent pas aux invitations de la DDS préférant travailler directement avec les ONG contractés par eux</i></p> <p><i>Néanmoins démarrage du leadership du PARZS à partir de la santé communautaire : dans ce cadre il y a eu la formation des formateurs dans la ZS KTL ; avec l'harmonisation des stratégies d'appui avec les autres PTF/ ONG</i></p>	Le leadership du DDS/MC est requis

Tâches à accomplir	Resp.	Date limite	Produits attendus	Niveau d'exécution	Actions à entreprendre Appui sollicité
R. n°7 : Procéder à la relecture de l'Arrêté relatif à l'utilisation des fonds sanitaire des indigents (FSI) :					
<ul style="list-style-type: none"> - Revoir le mode d'utilisation et de gestion du FSI en mettant l'accent sur un système de suivi transparent et le remboursement sur la base de la liste des indigents - S'assurer de la bonne utilisation des fonds FSI en lien avec les indigents déjà identifiés dans les ZS appuyées. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Revoir le mode d'utilisation et de gestion du FSI en mettant l'accent sur un système de suivi transparent et le remboursement sur la base de la liste des indigents • S'assurer de la bonne utilisation des fonds FSI en lien avec les indigents déjà identifiés dans les ZS appuyées. 	DRFM	trim3 2014	l'arrêté FSI est relu, signé et disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Une mission d'évaluation du FSI a été réalisée par la DRFM dans les départements • Les constats et recommandations issus de ladite mission seront exploités pour l'actualisation de l'arrêté 	volonté MS niveau politique requise
R. n°8 : Rendre fonctionnelle la Direction de l'Informatique et du Pré-archivage (DIP) dans le sens d'une meilleure gestion des connaissances					
Nommer un responsable à la tête de la DIP et mettre en place un staff	MS	trim3 2014	DIP fonctionnelle	en démarrage	volonté politique du MS
R. n°9 : Opérationnaliser le Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS) afin qu'il appuie la consolidation des expériences/acquis du programme santé (AIMS/PARZS) et le fonctionnement des GTT					
<ul style="list-style-type: none"> • programmer les sessions du GTSS • tenir les sessions programmées 	SGM/MS	trim1 2014	<ul style="list-style-type: none"> • le GTSS tient ses sessions 	<ul style="list-style-type: none"> • TdR pour réunions préparatoires élaborés et partagés avec DCT + documents de travail • Réunions préparatoires plusieurs fois reportées • Sessions programmées non tenues à cause des conflits d'agendas • Le point sur fonctionnement des GTT est fait à la dernière réunion des MS-PTF du 10/10/14PTF 	Volonté conjointe SGM, DCT et chef de file des PTF requise
R.n°10 : Assurer la régularité des réunions du CODIR du SGM afin de mieux structurer la synergie entre les intervenants ayant leur ancrage au SGM					
<ul style="list-style-type: none"> • suivre le calendrier des grandes instances élaboré pour 2014 	SGM	chaque trim	<ul style="list-style-type: none"> • calendrier des grandes instances est suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Le calendrier des grandes instances est élaboré • Un effort est fait pour la tenue des instances suivant le calendrier 	Le leadership très affirmé du SGM dans ce dossier mérite d'être poursuivi

Tâches à accomplir	Resp.	Date limite	Produits attendus	Niveau d'exécution	Actions à entreprendre Appui sollicité
R. n°11 : Institutionnaliser le CODIR Elargi du MS aux PTF en vue de sa pérennisation (objectifs, membres, périodicité, mandat, modalités de fonctionnement)					
<ul style="list-style-type: none"> faire le plaidoyer pour l'institutionnalisation de la réunion du CODIR élargie aux PTF 	SGM	trim 1	<ul style="list-style-type: none"> CODIR élargi aux PTF institué 	Des échanges entre le MS et les PTF se poursuivent sur le sujet	volonté politique du MS est sollicitée
R. n°12 : Renforcer le rôle de suivi du projet par le MS (pilotage stratégique, utilisation « zones pilotes »)					
<ul style="list-style-type: none"> garantir et concrétiser la forte implication de l'AIMS dans les interfaces stratégiques du secteur 	SGM	trim 2	<ul style="list-style-type: none"> L'AIMS fait partie prenante de toutes les instances 	L'AIMS avec son ancrage au SGM s'est affirmé comme acteur du pilotage stratégique	Volonté du SGM plus affiché
R n°13 : Assurer la tenue de réunions semestrielles régulières des acteurs intervenant dans le FBR (Création de la cellule FBR de la DPP);					
<ul style="list-style-type: none"> programmer et partager le calendrier des réunions des acteurs FBR mettre en place la cellule FBR 	SGM	trim 3	<ul style="list-style-type: none"> Le calendrier des réunions des acteurs FBR est disponible La cellule FBR est installée 	En démarrage	Diligence de la DPP s'impose
R n°14 : Accompagner le niveau périphérique et intermédiaire dans la documentation et capitalisation des expériences générées au cours de l'intervention					
<ul style="list-style-type: none"> répertorier des expériences générées documenter lesdites expériences Partager à l'atelier de capitalisation de fin d'intervention 	SGM/AIMS/ PARZS		<ul style="list-style-type: none"> Le répertoire des expériences générées est disponible La documentation desdites expériences est faite et partagée à tous les niveaux 	Relecture des textes COGECS, bonnes pratiques dans les zones de la CTB ; répertoire disponible dans l'AD : 9 expériences et 4 études Documentation en cours. 4 nouveaux thèmes : (1) Maintenance des infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux ; <ul style="list-style-type: none"> Goulots d'étranglement du processus de règlement des entreprises (déjà réalisé mais à améliorer après lecture de l'ATI) ; Processus d'exécution des marchés ; Evaluation des sanitaires de la coopération bénino-belge de 2010 à 2014 : cas des zones sanitaires de la Donga ; 	Engagement des acteurs de l'intervention exigé CRS ; Plan Bénin, CTB,

Tâches à accomplir	Resp.	Date limite	Produits attendus	Niveau d'exécution	Actions à entreprendre Appui sollicité
				<ul style="list-style-type: none"> objectifs vingtaine de thèmes ; capitalisation de quatre thèmes MC : un Thème de capitalisation retenu par ZS. le processus d'écriture en cours 	
R n°15 : Procéder à la validation des études baseline / documents capitalisation d'AIMS / PARZS					
<ul style="list-style-type: none"> faire une proposition de répertoire des études baseline à réaliser réaliser les études et faire valider le GTSS 	Pr GTSS	trim 3	<ul style="list-style-type: none"> le répertoire des études baseline à réaliser est disponible les études sont réalisées, validées par le GTSS et rendues disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> répertoire en cours de réalisation 	Diligence des acteurs de l'intervention requise
R n°16 Concrétiser la stratégie de la planification ascendante					
<ul style="list-style-type: none"> définir une feuille de route pour aller à la concrétisation Suivre la feuille de route pour la réalisation du PITA 	DPP	trim 2	PITA-MS disponible	<ul style="list-style-type: none"> processus en phase de passage à l'échelle suite expérience dans l'A/D et le MC 	il est utile que le SP/DPP s'approprie le dossier et affiche son lead
R n°17 Mettre en œuvre les recommandations du forum national sur la santé communautaire					
<ul style="list-style-type: none"> finaliser et rendre disponible les recommandations issues du forum mettre en œuvre la feuille de route élaborer la politique nationale de santé communautaire 	DNSP	trim 2	<ul style="list-style-type: none"> la liste des recommandations issues du forum est disponible la feuille de route est actualisée et mise en œuvre la politique nationale de santé communautaire est élaborée, validée et rendue disponible 	<ul style="list-style-type: none"> la liste des recommandations issues du forum est disponible les actes issus du forum sont validés l'élaboration de la politique est en cours 	Le C/SSC devra s'approprier le dossier
R n°18 : Etudier la portée réelle de l'apport financier de l'AIMS par rapport au budget du MS et aux apports des autres bailleurs					
<ul style="list-style-type: none"> faire le point de l'apport financier des autres PTF au MS ces 5 dernières années (dernier PIC) Faire le point de l'apport de l'AIMS (PARZS ?) pour la même période Rendre disponible les ratios par rapport au budget affecté au secteur santé 	AIMS	trim 2	les ratios budgétaires sont disponibles	en démarrage	Collaboration PTF, DRFM et DPP requise

Tâches à accomplir	Resp.	Date limite	Produits attendus	Niveau d'exécution	Actions à entreprendre Appui sollicité
R n°19 : Mettre à contribution le GTSS dans la remontée des expériences du terrain en vue de la (re)-formulation de politiques					
<ul style="list-style-type: none"> faire le point des productions des GTT devant monter pour l'appréciation du GTSS documenter l'utilisation finale des productions validées par le GTSS 	SGM (Pr-GTSS)	trim 2	les politiques sectorielles sont nourries par les productions des GTT via le GTSS	En démarrage	le fonctionnement constant des GTT conditionne la réussite de cette recommandation
R n°20 : 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					
<ul style="list-style-type: none"> voir R1 	DRH				
R n°21 : 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					
<ul style="list-style-type: none"> Voir R9 					
R n°22 : S'assurer de la bonne utilisation des fonds FSI en lien avec les indigents déjà identifiés dans les ZS appuyées.					
<ul style="list-style-type: none"> Voir R 4 et R7 					
R n°23 : S'assurer de la synergie opérationnelle entre les PTF au niveau des ZS et des DDS					
Voir R 6				synergie avec ARM3 et Africare sur l'AFBP ; opportunité d'échanges d'expériences entre les 2 DDS du septentrion avec PARZS chef de file du GT santé de la Table Ronde des partenaires au développement. Plaidoyer en cours pour intégrer UNICEF et ARM3 dans le groupe l'appui de l'UNICEF	
R n°24 : Intégrer le planning opérationnel et financier de la contrepartie nationale dans les plannings du projet.					
Intégrer systématiquement le planning dans les plannings lors des monitorings opérationnels et dans les rapports de la SMCL	PARZS	Chaque trim	Plannings contenant programmation contre partie béninoise	<ul style="list-style-type: none"> Processus démarré en 2013 A améliorer 	Engagement des DDS requis
R n°25 : Assurer le pilotage stratégique de l'approche FBR mis en place					
<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre l'organisation des rencontres entre acteurs de différentes approches Elaborer et suivre les feuilles de route 	SGM	Trim 2	Des réflexions sont menées au sein des GTT impliquant différents acteurs Les feuilles de route sont suivies	<ul style="list-style-type: none"> En cours 	Une franche collaboration des acteurs de différentes approches du FBR est requise
R n°26 : Organiser des supervisions conjointes SGM/AIMS/ DPP /GTT sur la base d'un calendrier consensuel négocié entre toutes les parties prenantes.					
<ul style="list-style-type: none"> Programmer et réaliser des supervisions intégrées 	SGM	Chaque sem.	Supervisions intégrées organisées	<ul style="list-style-type: none"> Des supervisions intégrées sont prévues au PTA 2014 	Leadership du SGM requis

Tâches à accomplir	Resp.	Date limite	Produits attendus	Niveau d'exécution	Actions à entreprendre Appui sollicité
R n°27 : Prendre en compte dans l'ensemble des projets le genre dans le cadre de l'exécution des activités programmées					
<ul style="list-style-type: none"> Contribuer à la réalisation du plan sectoriel genre Contribuer à sa mise en oeuvre 	PARZS	Trim 3	<p>Le plan sectoriel genre est disponible</p> <p>Le genre est pris en compte dans la mise en œuvre de l'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> Effort de prise en charge du genre AD : prise en compte systématique du genre dans la mise en place des réseaux et des cadres de concertation, formation sur le genre des différents acteurs communautaires (relais, groupements féminins, mutuelles, COGECS); identification des indigents ; étude sur le genre ; célébration des journées internationales de la femme MC: un Forum d'échange Enoumama créé et assure le cadre de regroupement et de partage entre des représentants des communautés 	
R n°28 : Capitaliser l'approche "équipe innovante" développée par la ZS KTL					
<ul style="list-style-type: none"> Décrire la bonne pratique de l'équipe innovante Partager avec tous les niveaux 	MCZS / KTL	Trim 2	La bonne pratique est documentée et partagée	<ul style="list-style-type: none"> Rédaction du document sur l'équipe innovante 	

4.3 Cadre logique mis à jour

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

4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
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 du 01/01/ au 30/09/ 2014	1 (juillet)
Missions de suivi scientifique du KIT	2 (mai, septembre)

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

4.5.1. Rapport « Budget versus Actuels » : contribution belge

Budget line	Activités	Fin Mode	Budget vr. N01 approuvé par SMCL d'octobre 2014	Total dépenses au 31/12/2013	PTA2014	Total dépenses 2014	% exécution PTA 2014	Total dépenses au 31/12/2014	Solde budgétaire au 31/12/2014	% Exec
	Moyens spécifiques		2 025 715,27	1 896 772,35	184 600,00	110 521,06	60%	2 007 293,41	18 421,86	99%
R 1	L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les Directions au niveau central sont renforcées		862 405,00	808 649,51	107 600,00	49 972,61	46%	858 622,12	3 782,88	100%
A_1_1	Accompagner le renforcement des capacités des responsables des niveaux central et intermédiaire en gestion de changement	REGIE	17 499	10 405	21 500	2 198	10%	12 603	4 896	72%
	Evaluer le niveau d'exécution des réformes recommandées par les audits des niveaux central et décentralisé				5 000	-				
	Suivre la mise en œuvre des réformes retenues par les autorités du MS				4 000	-				
	Participer au déploiement du projet LMG suivant la feuille de route validée avec le consortium				3 000	145				
	Organiser une 2ème session de formation sur le DIRO (+ suivi)				9 500	1 900				
	Appuyer le renforcement des capacités des cadres du niveau central et intermédiaires (DDS) en Management, leadership et gouvernance sanitaire				0	152				
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	197 533	163 536	20 000	32 119	161%	195 655	1 878	99%
	Appui au processus d'élaboration du PTA 2014				4 000	16 127				
	Appui à la consolidation des PTA 2014 à l'aide de l'application informatique				2 500	-				
	Appui à la mise en œuvre de l'évaluation du PSDRHS dont l'utilisation du LOGIGRH				6 000	7 706				

Budget line	Activités	Fin Mode	Budget vr. N01 approuvé par SMCL d'octobre 2014	Total dépenses au 31/12/2013	PTA2014	Total dépenses 2014	% exécution PTA 2014	Total dépenses au 31/12/2014	Solde budgétaire au 31/12/2014	% Exec
	Appuyer l'élaboration d'une carte sanitaire				7 500	8 287				
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	41 254	39 146	6 100	5 580	91%	44 726	-3 472	108%
	Organiser les retraites de suivi de la mise en œuvre des activités du PTA 2014			0	3 600	5 324				
	Organiser des rencontres bimestrielles de suivi de la mise en œuvre du PTA AIMS avec les points focaux			0	1 000	256				
	Appuyer le GTSS dans son rôle de coordination			0	1 500	-				
A_1_5	Renforcer les capacités d'analyse, de suivi et d'évaluation du Ministère de la Santé (GTT, CODIR, RAC, CNEEP)	COGESTION	370 596	360 417	32 000	9 852	31%	370 269	327	100%
	Appui et contribution au fonctionnement des GTT			0	9 000	3 982				
	Appuyer la validation de l'annuaire des statistiques 2013			0	1 000	-				
	Appuyer la réalisation de la supervision intégrée vers les DDS			0	7 000	-				
	Organiser des rencontres techniques sectorielles			0	3 000	261				
	Organiser rencontres d'appui scientifique, poursuivre la RA sur le RAMU et le FBR			0	0	120				
	Appuyer l'organisation de la RAC 2013			0	10 000	5 489				
	Appuyer l'actualisation de l'outil CHPP en vue de l'EMP du PNDS			0	2 000	-				
	Rencontre avec les directeurs			0	0	-				
A_1_6	Appuyer la révision du système de supervision du niveau central et intermédiaire	COGESTION	23 044	22 971	3 000	0	0%	22 971	73	100%
	Appuyer les missions du MS dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du statut de ZS pionnières				3 000	-				
A_1_7	Renforcer la mémoire institutionnelle du Ministère de la Santé	REGIE	212 479	212 175	25 000	223	1%	212 398	81	100%
	Appuyer la capitalisation des «expériences réussies» ou «meilleures pratiques» identifiées au sein de l'ensemble du système de santé (Atelier capitalisation, participation JSS Bobo)				25 000	245				
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)		345 273,00	309 645,04	26 500,00	37 942,24	143%	347 587,28	-2 314,28	101%

Budget line	Activités	Fin Mode	Budget vr. N01 approuvé par SMCL d'octobre 2014	Total dépenses au 31/12/2013	PTA2014	Total dépenses 2014	% exécution PTA 2014	Total dépenses au 31/12/2014	Solde budgétaire au 31/12/2014	% Exec
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	0	0		18 349	0	100%
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	0	0		1	21	5%
A_2_3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire	COGESTION	700	663	0	0		663	37	95%
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	0	0		1 335	72	95%
A_2_5	Mobiliser l'expertise requise en réponse aux besoins de développement d'expériences novatrices ou de recherches actions	COGESTION	73 079	49 376	4 000	27 020	675%	76 395	-3 316	105%
	Appuyer les études Baseline PASS-Sourou		0,00	0	0	27 020				
A_2_6	Renforcer les capacités de gestion administrative et financière	COGESTION	25 011	24 894	0	0		24 894	117	100%
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	11 104	11 009	5 000	0	0%	11 009	95	99%
A_2_8	Appuyer l'élaboration et la diffusion/dissémination des normes et documents thématiques de politique et de stratégie	COGESTION	215 601	204 018	17 500	10 923	62%	214 940	661	100%
	Accompagner la mise en œuvre des réformes issues de l'audit du sous-système hospitalier			0	7 500	57				
	Appuyer la finalisation des normes en matière d'infrastructures et équipements des CS et hôpitaux			0	10 000	6 597				
	Appuyer l'organisation des journées portes ouvertes MNT			0	0	4 269				
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.		145 071,00	143 865,93	3 000,00	704,31	23%	144 570,24	500,76	100%
A_3_1	Actualiser la cartographie numérisée dynamique des interventions et des intervenants en santé	COGESTION	3 068	3 042	0	0		3 042	26	99%
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		0	24	0%

Budget line	Activités	Fin Mode	Budget vr. N01 approuvé par SMCL d'octobre 2014	Total dépenses au 31/12/2013	PTA2014	Total dépenses 2014	% exécution PTA 2014	Total dépenses au 31/12/2014	Solde budgétaire au 31/12/2014	% Exec
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	41 845	40 796	0	704		41 500	345	99%
A_3_4	Renforcer les plateformes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris les PTF et le privé	COGESTION	27 218	27 137	0	0		27 137	81	100%
A_3_5	Renforcer le partenariat public/privé dans le secteur de la santé	COGESTION	72 916	72 890	3 000	0		72 890	26	100%
	Plaidoyer pour l'élaboration de la politique de contractualisation dans le secteur de la santé (rencontre avec les partenaires sociaux)				1 000	-				
	mise en place d'un partenariat entre Faculté de Médecine – MS – CTB pour la concrétisation des stages spécialistes en Chirurgie & Gynéco.				2 000	-				
R 4	Les acquis du Projet d'Amélioration de la sécurité Transfusionnelle sont renforcés		672 966,27	634 611,88	47 500,00	21 901,90	46%	656 513,77	16 452,50	98%
A_4_1	Renforcer l'offre de produits sanguins labiles dans les formations sanitaires de l'Atacora/Donga et de Mono-Couffo	COGESTION			0	0		0		
A_4_2	Renforcer la gestion et la gouvernance du secteur de la transfusion sanguine	COGESTION	34 010	33 931	0	0		33 931	79	100%
A_4_3	Assurer la durabilité du financement du système de transfusion sanguine est garanti de manière durable	COGESTION			0	0		0		
A_4_4	Assurer un plaidoyer pour des dépenses de transfusion sanguine à cours, moyen et long termes	COGESTION	5 696	5 362	0	0		5 362	334	94%
A_4_5	Les bonnes pratiques liées à la transfusion sanguine sont renforcées	COGESTION	8 800		13 000	8 529	66%	8 529	271	97%
	Réaliser un contrôle bactériologique des PSL dans les établissements de TS				4 000	3 753		3 753		
	Organiser une session d'évaluation externe de la qualité (EEQ) des 6 CDTS (+ renforcement capacités des CDTS en EEQ)				4 000	4 776				
	Organiser une session d'échange et d'analyse des résultats d'évaluations				5 000	-				
	Réaliser une supervision conjointe ANTS-AIMS pour les 2 CDTS + 13 PTS				0	-				
A_4_6	Assurer un fonctionnement optimal des installations et équipements de la transfusion sanguine	REGIE	50 107	43 683	12 500	6 373	51%	50 056	51	100%
	Assurer la maintenance des équipements et logistique roulante			0	9 500	6 373				

Budget line	Activités	Fin Mode	Budget vr. N01 approuvé par SMCL d'octobre 2014	Total dépenses au 31/12/2013	PTA2014	Total dépenses 2014	% exécution PTA 2014	Total dépenses au 31/12/2014	Solde budgétaire au 31/12/2014	% Exec
	Assurer la maintenance des systèmes photovoltaïques dans les 6 PTS concernés			0	3 000	-				
A_4_7	Assurer des services de transfusion de haute qualité	REGIE	389 000	388 404	0	0		388 404	596	100%
A_4_8	L'offre de PSL est renforcée dans les formations sanitaires de l'A/D et du M/C	COGESTION	110 903	106 536	1 500	3 793	253%	110 329	574	99%
	Organiser une collecte de sang lors de la journée mondiale du don de sang			0	1 500	3 793				
A_4_9	La gouvernance et la gestion du secteur de la transfusion sanguine sont renforcées	COGESTION	59 373	56 695	5 000	2 612	52%	59 307	66	100%
	Réaliser une supervision conjointe ANTS-AIMS pour les 2 CDTS + 13 PTS			0	5 000	2 612				
A_4_10	Le financement du système de transfusion sanguine est garanti de manière durable	COGESTION	15 077	0	15 500	595	4%	595	14 482	4%
	Organiser la table ronde des partenaires de l'ANTS sur le financement de la TS			0	15 000	595				
X	Réserve budgétaire		0		0,0	0,0				
X_01_01	Réserve budgétaire	COGESTION	0,00		0	-				
X_01_02	Réserve budgétaire	REGIE	0,01		0	-				
Z	Moyens généraux		3 092 757,39	2 778 927	255 622	309 562	121%	3 088 489	4 269	100%
Z_01	Frais de personnel		2 109 529	1 850 185	231 822	257 756	111%	2 107 941	1 587	100%
Z_01_01	Assistant technique international	REGIE	840 943,73	691 093	135 441	147 770	109%	838 863	2 081	100%
Z_01_02	ATR Zones Sanitaires	REGIE	40 205,00	40 205	0	-		40 205	0	100%
Z_01_03	RAF & AG (Salaire RAF sur budget PARZS à partir d'Août 2013)	REGIE	294 975,86	277 488	11 795	17 322	147%	294 810	166	100%
Z_01_04	ATR Chirurgiens CHD	REGIE	37 467,00	37 467	0	-		37 467	0	100%
Z_01_05	Equipe finance et administration	COGESTION	115 567,00	96 491	15 989	17 785	111%	114 276	1 291	99%
Z_01_06	Equipe technique - expertise	REGIE	644 922,00	597 678	47 319	52 586	111%	650 264	-5 342	101%
Z_01_07	Equipe technique - Primes	COGESTION	890,00	890	0	-		890	0	100%
Z_01_08	Autres frais	COGESTION	12 900,00	8 412	900	-	0%	8 412	4 488	65%
Z_01_09	Responsable du projet	COGESTION	123 357,97	102 255	20 378	22 294	109%	124 549	-1 191	101%
Z_01_10	Programme Junior	REGIE	-1 700,00	-1 793	0	-		-1 793	93	105%
Z_02	Investissements		401 330	399 598	0	0		399 598	1 731	100%
Z_02_01	Véhicules	REGIE	255 278,00	255 117	0	-		255 117	161	100%
Z_02_02	Equipement bureau	REGIE	44 004,80	44 673	0	-		44 673	-668	102%

Budget line	Activités	Fin Mode	Budget vr. N01 approuvé par SMCL d'octobre 2014	Total dépenses au 31/12/2013	PTA2014	Total dépenses 2014	% exécution PTA 2014	Total dépenses au 31/12/2014	Solde budgétaire au 31/12/2014	% Exec
Z_02_03	Equipement IT	REGIE	27 259,28	28 081	0	-		28 081	-822	103%
Z_02_04	Aménagements du bureau	REGIE	74 787,43	71 728	0	-		71 728	3 060	96%
Z_03	Frais de fonctionnement		273 339	243 312	16 300	30 385	186%	273 698	-359	100%
Z_03_01	Services et frais de maintenance	COGESTION	7 600,00	4 294	900	3 630	403%	7 924	-324	104%
Z_03_02	Frais de fonctionnement des véhicules	COGESTION	132 257,87	121 171	9 600	10 512	109%	131 683	575	100%
Z_03_03	Télécommunications	COGESTION	14 226,01	12 940	1 530	2 089	137%	15 029	-803	106%
Z_03_04	Fournitures de bureau	COGESTION	33 290,25	30 833	900	2 636	293%	33 469	-179	101%
Z_03_05	Missions	COGESTION	46 168,44	37 859	2 000	8 340	417%	46 199	-31	100%
Z_03_06	Frais de représentation et de communication externe	COGESTION	16 000,00	15 850	0	128		15 978	22	100%
Z_03_07	Formation	COGESTION	3 567,00	3 625	0	-		3 625	-58	102%
Z_03_08	Frais financiers	COGESTION	2 110,00	1 462	0	280		1 742	368	83%
Z_03_09	Autres frais de fonctionnement (électricité, eau, connexion internet)	COGESTION	18 119,10	15 277	1 370	2 771	202%	18 048	71	100%
Z_04	Audit et Suivi et Evaluation		308 561	285 832	7 500	21 420	286%	307 252	1 309	100%
Z_04_01	Atelier de démarrage	REGIE	5 491,45	5 071	0	-		5 071	420	92%
Z_04_02	Frais de suivi et évaluation	REGIE	110 421,00	107 480	1 500	2 792	186%	110 273	148	100%
Z_04_03	Audit	REGIE	35 622,76	29 553	6 000	6 000	100%	35 553	69	100%
Z_04_04	Backstopping : mission d'appui du siège (2 en 2013)	REGIE	23 275,44	22 990	0	30		23 020	256	99%
Z_04_05	Suivi scientifique	REGIE	133 750,00	120 737	0	12 597		133 335	415	100%
		REGIE	3 277 043	3 021 380	267 155	253 472	95%	3 274 852	2 191	99,93%
		COGESTION	1 841 430	1 654 319	173 068	166 611	96%	1 820 930	20 500	98,89%
		TOTAL	5 118 473	4 675 700	440 222	420 083	95%	5 095 782	22 690	99,56%

4.5.2. Rapport « Budget versus Actuels » : contribution nationale

Le rapport d'exécution ci-dessous concerne uniquement la contribution financière inscrite au PIP 2014. Sur les vingt millions prévus au PIP, dix-sept millions ont été alloués et quatorze millions engagés à la date du 30 septembre 2014, notamment pour couvrir : les sessions SMCL, les visites de supervision techniques du ministère dans les zones CTB et autres départements.

La visite de terrain du bureau de la SMCL et des autorités sanitaires est prévue pour se réaliser courant 2014Q4.

N°	ACTIVITES	Nature de dépense	Etat exécution	Indicateur de suivi	Taux d'exécution physique	Source de financement	Exécution financière en millions de FCFA			Localisation	Observations
							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	EC	Nombre de sessions tenues	50%	BN	3	2	66%	Djougou	
2	Organiser deux visites de terrain du Cabinet/MS-SGM et Bureau -SMCL	"	NE	Travail amélioré sur le terrain	0%	BN	3	0	0%	Atacora / Donga et Mono /Couffo	
3	Acquérir des fournitures de bureau	"	E	Coordination fonctionnelle	100%	BN	1	1	100%	Cotonou	
4	Organiser des supervisions / monitoring des activités techniques de l'intervention bénino-belge sur le terrain	"	E	Nombre de supervisions	100%	BN	8	7	87%	Tous départements	en l'occurrence Mono/Couffo
5	Acquérir du carburant pour le fonctionnement et les activités de terrain	"	E	Bon déroulement des activités	100%	BN	2	4	200%	Cotonou	
TOTAL					55%		17	14	82%		

4.6 Ressources en termes de communication

De janvier à septembre 2014, le projet a régulièrement produit des articles à la revue « clin d'œil » et « bulletin » de la CTB et diffusé trois documents de capitalisation sur la mise en œuvre du COMPACT 2010-2012 et de fonctionnement des groupes techniques de travail (GTT) du Ministère avec l'appui de l'unité thématique EST du siège à Bruxelles et l'équipe de suivi scientifique de l'Institut Royal de santé publique d'Amsterdam (KIT). L'appui des assistantes junior en communication a été remarquable. Nous avons contribué à un vernissage de l'exposition sur le « marché de la santé au pays Vodou » en février 2014.

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 : <i>Le SGM assure efficacement la coordination technique des DCT et le suivi évaluation des organismes sous tutelle du MS.</i>						
Période de janvier à septembre 2014.			Personne en charge de la collecte: PF SGM (C/ service informatique)			
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						
N° M P	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	SI	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	Janvier 2014	Staff élargi à tout le personnel tous les semestres	Rapport CODIR SGM Rapport AG du personnel
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	M	CODIR élargis aux PTF et acteurs niveau décentralisé	Trimestriels (aout 2014)	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,
On souhaite que le SGM						
5	Mobilise les ressources que requiert l'accomplissement de sa mission	SI	Renforcement en personnel	Q1 et Q2 2014	Affecter les ressources humaines en fonction des attributions du SGM	Situation du personnel 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	Janvier 2014, sept 2014	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	M	Réunions trimestrielles avec les partenaires, audiences accordées aux différentes missions	Continu	Rendre fonctionnel le GTSS	Rapports de réunions du GTSS. Nombre de productions des GTT validés.
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
On aimerait que le SGM						
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 <ul style="list-style-type: none"> - Existence de procédures écrites de gestion des courriers - Existence d'une gestion informatisée du courrier - Organisation de réunions de concertations 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).						

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) via les GTT
- évaluer systématiquement la qualité des réunions des instances du secteur

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
- une plus grande participation de l'équipe AIMS aux actions de terrain dans le cadre de missions conjointes avec DCT et AT niveau opérationnel

Facteurs limitant:

- Les interférences des interventions
- Les conflits d'attributions des DCT
- Les vacances de postes avec les départs à la retraite

FEUILLE DE SUIVI N°2 : JOURNAL DES INCIDENCES DES DCT						
Incidences visée : <i>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.</i>						
Période de janvier 2014 à septembre 2014			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						
N° M P	Marqueurs de progrès	Niv. réalisation	Principaux évènements	Dates	Actions correctrices ou recommandation	Supports / documents
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	Continu	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	Continu	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	M	Fiches de suivi de mise en œuvre du chronogramme, fiches bilan semestriel, Rapports mensuels, trimestriels	Continu	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	Pas de mécanisme fonctionnel de collaboration. Quelques expériences entre DNSP et ROBS, mais reste isolé		Renforcer le cadre légal de partenariat public privé	
On souhaite que les DCT						
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	Continu	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	M	Production des S/GTT RAMU, SMI, qualité. Préparation réunion du GTSS		Rendre fonctionnel le GTSS	
8	En particulier la DPP s'investit activement dans l'exercice de la planification ascendante devant déboucher sur un plan unique du secteur (outils, méthodes, formation)	F	Validation le manuel de planification ascendante (PA) révision du logiciel de PA dans deux départements test après évaluation	Continu	Suivi/accompagnement de la DPP des acteurs à tous les niveaux	Manuel de PA Rapport validation manuel et logiciel Rapport évaluation Rapport révision du logiciel
9	Particulièrement les directeurs promeuvent les principes de la gestion axée sur les résultats au sein de leurs équipes respectives et les appliquent	M	Lettre de mission aux directeurs et cadre des DCT et programmes/projets. L'évaluation de la mise en œuvre est insuffisante.		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						
10	Particulièrement les directeurs fassent preuve de leadership dans les domaines relevant de leur compétence technique	M	Groupes de réflexion thématiques santé mère/enfant actif ainsi que SGTT/RAMU	Continu	Participation des DCT et intervenants aux GTT Qualité des points de discussion et produits	

11	Capitalisent les leçons apprises et des bonnes pratiques des expériences développées	SI			Appui méthodologique aux DCT Inventaire des expériences/documents	
12	Assurent l'effectivité d'un système incitatif et de sanction, approprié au sein de leurs équipes	M	Attribution de distinction aux plus méritants dans différentes DCT en janvier 2014	Janvier 2014		Documentaire
Description des réussites ('success story') ou des changements significatifs						
- la bonne organisation interne du GTT Ressources humaines 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?						
<ul style="list-style-type: none"> - la promotion des supervisions intégrées au niveau des directions centrales (DNEHS/DSME) ; - réalisation et la documentation de phases pilotes de différentes stratégies ; - évaluation approfondie 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 basée sur leurs fonctions 						
Facteurs et acteurs contribuant ou limitant le progrès vers l'accomplissement des marqueurs de progrès						
Synthèse des leçons apprises/recommandations						
Facteurs contribuant au progrès						
<ul style="list-style-type: none"> - La disponibilité et l'engagement du chef de file des PTF (Représentant OMS), co-président du GTT, ont contribué aux progrès à la performance des GTT 						
Facteurs limitants le progrès						
<ul style="list-style-type: none"> - Non fonctionnalité du GTSS 						