



**CTB BÉNIN**  
**PROGRAMME SANTÉ**



# **RAPPORT DES RESULTATS 2014**

**PROGRAMME D'APPUI AU SECTEUR DE  
LA SANTE (PASS SOUROU)**

**BEN1302511**

**ACRONYMES..... 4**

**1 APERÇU DE L'INTERVENTION..... 7**

1.1	FICHE D'INTERVENTION.....	7
1.2	EXECUTION BUDGETAIRE (EN EUR).....	8
1.2.1.	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> .....	13
2.1.3	<i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> .....	13
2.1.4	<i>Contexte HARMO</i> .....	14
2.2	PERFORMANCE DE L'OUTCOME .....	15
2.2.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	15
2.2.2	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	17
2.2.3	<i>Impact potentiel</i> .....	17
2.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 .....	18
2.3.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	18
2.3.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	19
2.3.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	19
2.4	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	20
2.4.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	20
2.4.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	21
2.4.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	21
2.5	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	22
2.5.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	22
2.5.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	23
2.5.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	23
2.6	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	24
2.6.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	24
2.6.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	25
2.6.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	25
2.7	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5.....	26
2.7.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	26
2.7.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	27
2.7.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	27
2.8	ACTIVITES DE DEMARRAGE DU PASS SOUROU.....	28
2.8.1	<i>État d'avancement des principales activités de démarrage</i> .....	28
2.8.2	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	28
2.9	THEMES TRANSVERSAUX.....	30
2.9.1	<i>Genre</i> .....	30

2.9.2	<i>Environnement</i> .....	30
2.9.3	<i>Le VIH et le Sida</i> .....	30
2.10	GESTION DES RISQUES.....	31
<b>3</b>	<b>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE</b> .....	<b>35</b>
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES .....	35
3.2	RECOMMANDATIONS .....	35
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES .....	37
<b>4</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>38</b>
4.1	CRITERES DE QUALITE .....	38
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI .....	41
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	44
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS .....	50
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....	51
4.5.1.	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS » : CONTRIBUTION BELGE .....	51
4.5.2.	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS » : CONTRIBUTION NATIONALE.....	56
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION.....	57

## Acronymes

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

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

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

# 1 Aperçu de l'intervention

## 1.1 Fiche d'intervention

<b>Nom du projet</b>	Programme d'appui au secteur de la santé - PASS Sourou
<b>Code du projet</b>	BEN1302511
<b>Emplacement</b>	Niveaux central : Ministère de la santé Niveau intermédiaire et opérationnel: DDS Atacora/Donga et Mono/Couffo Volet demande : Comé
<b>Zones d'intervention</b>	Au niveau opérationnel, PASS intervient au niveau des 5 zones sanitaires des départements couverts par l'intervention. <ul style="list-style-type: none"><li>• MC : ZS Comé, ZS KTL, ZS ADD</li><li>• AD : ZS DOC, ZS Bassila</li></ul>
<b>Budget</b>	21.800.000 €: contribution belge : 20.000.000 € ; contribution nationale : 1.800.000 €
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé (MS)
<b>Date de la Convention de mise en œuvre</b>	23 mai 2014
<b>Durée (mois)</b>	72 mois (mise en œuvre 60 mois)
<b>Groupes cibles</b>	Cadres des services centraux du MS, des niveaux intermédiaire et opérationnel, et les prestataires de soins des formations sanitaires des départements appuyés, bénéficiaires des soins
<b>Impact<sup>1</sup></b>	Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin
<b>Outcome</b>	Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui au Ministère de la Santé en vue d'une efficience accrue des structures opérationnelles
<b>Outputs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</li><li>2. La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</li><li>3. Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée</li><li>4. La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées</li><li>5. Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé</li></ol>

### Zones sanitaires appuyées par le PASS

ZS Djougou-Copargo-Ouaké (DCO)  
ZS Bassila (Bla)

ZS Aplahoué-Djakotomé-Dogbo (ADD)  
ZS Klouékanmé-Toviklin-Lalo (KTL)  
ZS Comé-Bopa-Houéyogbé-Grand Popo (Comé)

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

## 1.2 Exécution budgétaire (en EUR)

Résultats	Budget (EUR)	Dépenses (EUR)		Solde budgétaire	Taux EXE
		Dépenses précédentes	Période couverte par le rapport (2014Q4)		
<b>Totaux</b>	<b>20 000 000</b>	<b>0</b>	<b>429 206</b>	<b>19 570 794</b>	<b>2,15%</b>
<i>L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés.</i>	4 810 000	0	39 658	4 770 342	0,82%
<i>La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée.</i>	1 542 900	0	27 295	1 515 605	2%
<i>Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée.</i>	819 000	0	-612	819 612	0%
<i>La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.</i>	1 081 011	0	0	1 081 011	0%
<i>Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.</i>	1 416 000	0	7 011	1 408 989	0%
Frais communs liés directement aux résultats	7 467 589	0	238 582	7 229 007	3%
Réserves	80 000	0		80 000	0%
Moyens généraux	2 783 500	0	117 272	2 666 228	4%

La période de mise en œuvre du programme qui est de cinq ans a commencé le 1<sup>er</sup> octobre 2014. Les activités planifiées au cours du dernier trimestre 2014 qui est aussi le premier trimestre d'exécution du projet, étaient essentiellement des activités de démarrage dont l'acquisition de cinq véhicules dont quatre sont destinés aux unités du PASS et un pour l'appui à l'INMeS.

Ainsi, au 31 décembre 2014, le taux d'exécution global est de 2%.

## 1.2.1. Contribution nationale

RUBRIQUES	Budget total (EUR)	Exécution 2014Q4	EXE (%)	Solde
Total de la contribution Béninoise dans PASS	1 800 000	10 500	0,6%	1 789 500
Mise à disposition de locaux conseillers techniques	210 000	10 500	5%	199 500
<i>Mise à disposition de locaux niveaux des 2 DDS (1000x2x60)</i>	120 000	6 000	5%	114 000
<i>Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500x60)</i>	90 000	4 500	5%	85 500
Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise	295 000	0	0%	295 000
<i>ZS (1FTE x 20% x 5ZS)</i>	60 000		0%	60 000
<i>DDS (1FTE x 20% x 2)</i>	25 000		0%	25 000
<i>MS (1FTE et 2 x 10% FTE)</i>	80 000		0%	80 000
<i>Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année)</i>	130 000		0%	130 000
Maintenance infrastructures et équipements	700 000	0	0%	700 000
<i>ZS Mono-Couffo</i>	450 000		0%	450 000
<i>ZS Atacora-Donga</i>	250 000		0%	250 000
Autres contributions	595 000		0%	595 000
Maintenance véhicules (1000/an/véhicule x 30)	150 000		0%	150 000
Assurance véhicules (30)	180 000		0%	180 000
Exonération (TVA, douane) pour les investissements	265 000		0%	265 000

La contribution nationale est évaluée à 1 800 000 € et se compose essentiellement d'apport en nature. Un montant de 130 000 € est prévu pour la prise en charge des cadres nationaux aux diverses missions et SMCL.

Au 31 décembre 2014, l'exécution de la contribution nationale correspond à la mise à disposition de locaux au niveau DDS et Central pour servir de bureaux aux experts ATI.

## 1.3 Autoévaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	A

L'intervention est alignée sur la stratégie sanitaire nationale (le PNDS) dont les domaines stratégiques forment l'essentiel du contenu des résultats intermédiaires du programme. Ainsi, les résultats attendus de l'intervention couvrent les grandes priorités actuelles en matière de santé que sont la couverture universelle en santé, l'offre de soins de qualité, la disponibilité de ressources humaines qualifiées et la gouvernance de qualité du secteur.

Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé (SGM) constitue l'ancrage institutionnel le plus approprié pour le programme. Il offre avec les directions départementales de la santé, qui sont l'ancrage du programme au niveau décentralisé, une grande opportunité de double ancrage.

### 1.3.2 Efficacité

	<b>Performance</b>
<b>Efficacité</b>	N/A

La période sous-revue marquait le démarrage du programme. La plupart des activités programmées au titre de cette période (premier trimestre d'exécution) qui visaient à préparer la phase opérationnelle du programme ont été réalisées. Il est prématuré toutefois d'apprécier l'efficacité du programme sur cette base en dépit du fait qu'elles sont de nature à contribuer à l'efficacité du PASS. Lesdites activités concernent entre autres la planification opérationnelle et financière du programme, la mise en place du cadre de suivi-évaluation du programme et l'analyse organisationnelle du fonctionnement du PASS. Par ailleurs, l'intervention s'inscrivant dans la continuité des interventions précédentes, le programme a poursuivi l'exécution des activités structurantes du nouveau programme, notamment en rapport avec le FBR et la construction du Système Local de Santé (SYLOS) en particulier le renforcement des réseaux des acteurs communautaires.

L'efficacité du programme dépend aussi en grande partie de la gestion active des risques identifiés et des hypothèses de réussite. Au nombre de ceux-ci, certains demeurent des points d'attention majeurs. Il s'agit par exemple du démarrage effectif du Régime Assurance Maladie (RAMU) – déclinaison béninoise de la Couverture Universelle Santé - et la poursuite des grèves dans le secteur de la santé.

### 1.3.3 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	N/A

La brièveté de la période concernée et la nature des activités exécutées (voir plus haut) ne permettent pas de porter une appréciation valide sur cette rubrique.

### 1.3.4 Durabilité potentielle

	<b>Performance</b>
<b>Durabilité potentielle</b>	N/A

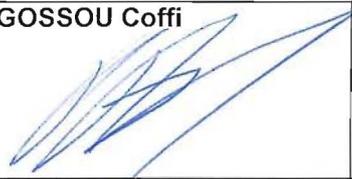
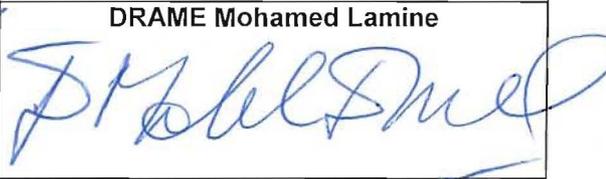
Le PASS Sourou au-delà de l'exécution d'activités opérationnelles et techniques vise des changements institutionnels et organisationnels qui sont susceptibles d'impacter durablement la gestion de la santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire du Bénin. Les changements concernent l'apprentissage institutionnel visant à faire du MS (différents niveaux) une organisation apprenante, l'intégration entre acteurs et l'approche centrée sur la personne. Le suivi de leur progrès au cours de l'exécution du PASS sera fait sur base de marqueurs de progrès définis avec les partenaires concernés.

## 1.4 Conclusions

Le PASS Sourou est à la phase de démarrage. La période sous-revue a connu l'exécution d'activités visant la consolidation des initiatives engagées dans le cadre des interventions antérieures (AIMS ET PARZS) et le lancement de la phase opérationnelle du programme.

La disponibilité dès le démarrage du programme de la structure fonctionnelle et du cadre de suivi évaluation en constitue une force.

Le contexte social caractérisé par les grèves qui gagnent en longueur et le retard dans le déploiement du RAMU sont des risques pour le programme.

Fonctionnaire exécution nationale <sup>2</sup>	Fonctionnaire exécution CTB <sup>3</sup>
<b>AGOSSOU Coffi</b> 	<b>DRAME Mohamed Lamine</b> 

---

<sup>2</sup> Nom et signature

<sup>3</sup> Nom et signature

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

### 2.1 Évolution du contexte

#### 2.1.1 Contexte général

Le Bénin a connu en 2014 et plus précisément au cours de la période sous-revue, la résurgence de plusieurs maladies à potentiel épidémique qui sont dans la majorité des cas circonscrites au département de l'Atacora et de la Donga. Il s'agit de l'épidémie de Lassa à Tanguiéta, de la maladie du charbon dans la zone sanitaire de Natitingou-Tanguiéta-Boukoumbé et du choléra dans les zones sanitaires de Djougou-Ouaké-Copargo et dans Kouandé-Kérou-Péhunco, où le choléra tend à devenir endémique. Toutes ces épidémies ont pu être circonscrites dans le temps et dans l'espace indiquant une certaine solidité du système sanitaire béninois. La préparation à une éventuelle menace de l'épidémie à virus Ebola (formation du personnel, activités de sensibilisation, élaboration des plans de riposte) a impacté la planification de nombreuses activités.

Les efforts du gouvernement pour renforcer le cadre légal du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en le dotant de la loi n'ont pas pu aboutir. Cependant le décret portant création du comité de pilotage du RAMU N° 2014-361 du 16 juin 2014 a mis en place des comités de pilotage national, départementaux et communaux de pilotage du RAMU. Malgré tout, le processus n'a pas encore montré son efficacité par rapport à l'enrôlement des populations et leur accès aux soins et le remboursement des structures de soins. L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) a pris des initiatives récentes visant une articulation entre le RAMU et les autres mécanismes de prévoyance sociale, ouvrant ainsi la porte à une possible collaboration avec les mutuelles de santé, dont l'ANAM pourrait bénéficier du savoir-faire dans plusieurs domaines.

Sur le plan de la gestion des ressources humaines, le secteur de la santé a bénéficié du recrutement de personnel médical, paramédical dont des spécialistes. Le mode de recrutement utilisé, à savoir le recrutement par département comporte un plus grand potentiel de leur maintien au poste. Par ailleurs, la décision de transférer au secteur de la santé les compétences pour la gestion de la carrière des RH en santé est devenue effective. Une telle décision comporte de nombreux aspects positifs liés à la subsidiarité avec notamment la réduction des lourdeurs administratives sources de nombreuses frustrations et de démotivation. Par ailleurs, de nombreux postes de responsabilité clés restent vacants plus d'un an après l'admission à la retraite des titulaires. Cette situation cause une surcharge de travail aux intérimaires dont l'efficacité s'en trouve réduite, et concerne des partenaires clés pour le PASS Sourou. Elle est donc susceptible de retarder des décisions stratégiques majeures et rendre difficile l'exécution rapide de certains volets du programme. Les structures importantes telles que le Secrétaire Général du Ministère (SGM), la direction générale de l'ANAM et la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) sont dans cette situation. Enfin, il est important de souligner que la période sous-revue a été fortement perturbée par les grèves persistantes dans le secteur de la santé, affectant plus le niveau central que les niveaux intermédiaire et opérationnel.

La période sous-revue a également connu l'organisation au Bénin du 64<sup>ème</sup> Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique, événement qui a connu la mobilisation des Responsables du PASS à divers niveaux notamment dans la phase préparatoire.

---

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

### 2.1.2 Contexte institutionnel

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

- La clôture des projets AIMS et PARZS : outre la SMCL, la clôture desdits projets a été marquée par un atelier de capitalisation, comme moment d'apprentissage des expériences porteuses ;
- L'extension du FBR à 21 nouvelles zones sanitaires (ZS), grâce au financement de GAVI et du Fonds Mondial, qui devront utiliser les mécanismes fiduciaires et l'Unité de Gestion du PRPSS (BM). Avec cette extension, c'est l'ensemble des 34 ZS que compte le Bénin qui sont ainsi couvertes, démontrant ainsi l'importance de l'approche FBR dans la stratégie nationale de gestion de la santé et la pertinence pour la Belgique de poursuivre son appui à cette stratégie. Un modèle unique de l'approche est toutefois à construire en tenant compte des spécificités portant entre autres sur l'évaluation technique, la vérification communautaire et le montant des subsides ;
- L'adoption par le MS d'une stratégie Genre avec l'appui du projet LMG de l'USAID, document qui a bénéficié également de la contribution des projets AIMS et PARZS. Ce document offre un cadre de mise en œuvre des appuis à l'intégration du genre dans les interventions du secteur, et devra également inspirer les appuis du PASS dans ce domaine;
- Le démarrage de nouvelles interventions qui constituent des partenaires stratégiques pour le PASS Sourou. Il s'agit du projet d'appui à la santé maternelle et infantile (PASMI) de l'AFD intervenant outre la santé de la mère et de l'enfant, sur la qualité des soins ; le projet Advancing newborn, child and reproductive health (ANCRE) de l'USAID dont les actions prioritaires visent l'amélioration de la santé de la reproduction; l'ONG belge Médecin Sans Vacances, dont les appuis ciblés au profit de l'HZ de Bassila, comportent des programmes d'interventions chirurgicales, le renforcement des capacités du personnel de ladite structure en maintenance, en chirurgie et en gynécologie.

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

Les modalités d'exécution du programme telles que définies dans le DTF sont très bien appropriées. La structure de pilotage du PASS Sourou est bien décrite dans le DTF du programme. La SMCL reste l'organe central dans le pilotage stratégique du programme. Les responsabilités techniques et administratives sont assumées de façon conjointe par les parties béninoise et belge. Ainsi, outre la SMCL, la revue conjointe (RAC) et le comité national d'exécution et d'évaluation des projets/programmes (CNEEP), sont les structures d'orientation pertinentes pour le PASS.

L'analyse organisationnelle du PASS réalisée au cours de la période sous-revue a apporté des clarifications et proposé des modalités d'exécution opérationnelle utiles pour le fonctionnement du PASS. Il est prévu l'élaboration d'un manuel opérationnel qui viendra en complément de l'analyse pour mieux préciser les aspects pratiques de la gestion quotidienne du programme, ce qui facilitera la coordination du programme et réduira les difficultés opérationnelles. Les Bureaux d'Exécution (BE) des départements ont en effet été confrontés à des difficultés de trésorerie du fait que les comptes bancaires desdits BE n'étaient pas opérationnels. Cette situation a engendré des retards dans l'exécution de certaines activités.

La cogestion reste la principale modalité d'exécution financière.

### 2.1.4 Contexte HARMO

Le montage institutionnel et opérationnel du PASS Sourou s'inscrit dans la logique de la Déclaration de Paris et présente donc les dispositions claires par rapport aux critères présentés ci-dessous, même si la période sous revue n'a pas connu d'activités spécifiques en rapport avec lesdits critères.

#### Harmonisation

Le PASS Sourou a pris part à plusieurs initiatives visant l'harmonisation des approches d'intervention au sein du secteur de la santé, notamment en rapport avec l'élaboration du COMAPCT transitoire 2015, le plan de travail annuel du MS. Par ailleurs, le programme a également pris activement part, aux côtés d'autres coopérations à l'évaluation nationale de l'outil l'IHP+ pour l'année 2014 afin d'analyser la mise en œuvre de mesures visant à améliorer l'efficacité de l'aide au Bénin. Enfin, à la faveur de l'atelier de capitalisation et d'autres rencontres sur le FBR, des efforts du programme à la construction d'une approche harmonisée intégrant les expériences pertinentes des différents intervenants sur la thématique.

#### Alignement

Le cadre de suivi évaluation du PASS s'est inscrit dans la logique de s'aligner au maximum sur celui du MS. Plusieurs des indicateurs retenus proviennent du plan de suivi évaluation revue (PSER). Cependant certaines modalités et mécanismes spécifiques au PASS, notamment en ce qui concerne les outils de programmation et de monitoring des aspects de changements sont attendus de l'intervention. Il en est de même du monitoring financier.

#### Appropriation

Pendant cette phase, le PASS a mené un certain nombre d'activités visant l'appropriation :

- définition des marqueurs de progrès ;
- atelier de capitalisation des expériences des projets de santé appuyés ;
- planification/programmation du PASS 2015.

## 2.2 Performance de l'outcome



Le PASS Sourou ne dispose pas encore d'une baseline. Son élaboration a toutefois démarré, marquée par la fiche des indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui est d'«à achevée. L'élaboration des marqueurs de progrès pour le suivi des changements visés par le programme est en cours de finalisation. Par ailleurs, la détermination des valeurs de base des différents indicateurs et marqueurs de progrès doit compléter le processus.

### 2.2.1 Progrès des indicateurs

<b>Outcome:</b> «Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MS en vue d'une efficacité accrue des structures périphériques » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora Donga et le Mono Couffo)					
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la <i>Baseline</i></b>	<b>Valeur année 2015</b>	<b>Valeur année 2016</b>	<b>Valeur année 2017</b>	<b>Cible finale (2019)</b>
Taux d'utilisation des soins curatifs (%)	59% (Donga) 30% (Couffo) 52% (Mono)				
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (%)	94% (Donga) 62% (Couffo) 104% (Mono)				
Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception	9,5% (Donga) 7,6% (MC)				

<b>Outcome:</b> «Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MS en vue d'une efficacité accrue des structures périphériques » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora Donga et le Mono Couffo)					
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la <i>Baseline</i></b>	<b>Valeur année 2015</b>	<b>Valeur année 2016</b>	<b>Valeur année 2017</b>	<b>Cible finale (2019)</b>
Evolution "Apprentissage Institutionnel"	*				
Evolution "Intégration /Interaction entre les acteurs"	*				
Evolution dans "l'approche globale centrée sur la personne"	*				

(\*) La baseline (situation de référence) est en cours de finalisation via entre autre un processus outcome mapping.

### **2.2.2 Analyse des progrès réalisés**

NA

### **2.2.3 Impact potentiel**

La période sous-revue de trois mois correspond à la phase de démarrage du programme. L'appréciation de l'impact du programme au terme de cette phase paraît donc prématurée. Il est toutefois important de souligner qu'au cours de ladite phase, le programme et les principaux partenaires ont élaboré des outils simples mais robustes destinés à suivre et mesurer l'impact du programme.

## 2.3 Performance de l'output 1



### 2.3.1 Progrès des indicateurs

<b>Output 1 : L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b>					
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Baseline</b>	<b>Valeur année 2015</b>	<b>Valeur année 2016</b>	<b>Valeur année 2017</b>	<b>Cible finale (2019)</b>
Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%)	*				
Proportion d'institutions de soins ayant reçu leur subvention FBR dans les délais	*				
Proportion de zones sanitaires appuyées avec système de référence et de contre référence fonctionnel	*				
Proportion d'organes de cogestion performants dans les zones sanitaires appuyées	*				
Fonctionnalité du réseau des acteurs de la demande	*				
Taux de satisfaction de la demande en produits sanguins labiles	*				
Le pourcentage d'enfants officiellement enregistrés	*				
Proportion des adolescents et jeunes ayant bénéficié du counseling sur le VIH/SIDA	*				

(\*) La baseline (situation de référence) est en cours de finalisation via entre autre un processus outcome mapping.

### 2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>5</sup>	État d'avancement <sup>6</sup>			
	A	B	C	D
1. Appuyer le développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne		X		
2. Appuyer la MEO de la politique nationale de l'AQ des soins et des services de santé				
3. Appuyer les acteurs du SYLOS pour un rôle complémentaire et synergique		X		
4. Appuyer la stratégie de référence et de contre-référence		X		
5. Consolider la stratégie nationale de la transfusion sanguine				
6. Appuyer la qualité des médicaments achetés par la CAME				

### 2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Au titre de l'output 1, la période 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 notamment:

- en ce qui concerne le FBR (dans les départements du MC et de l'AD) :
  - la validation quantitative et l'évaluation qualitative des centres de santé, des hôpitaux de zone et des équipes d'encadrement de zone (EEZS);
  - l'organisation du comité de pilotage du FBR ;
  - le tutorat des 17 centres de santé les moins performants lors de l'évaluation FBR antérieures (dans le MC);
- par rapport au renforcement du système local de santé (SYLOS):
  - l'autoévaluation des EEZS par rapport à la gestion de la ZS. L'accent est mis sur un style de gestion accompagnateur avec une prise de décision basée sur les évidences et de développement d'un système de santé local en réseau avec tous les acteurs concernés par la santé dans le sens large;
  - la mise en place des plateformes des utilisateurs des services de santé (PUSS) et leur intégration comme acteurs dans la vérification communautaire du FBR ;
  - mise en place de la fédération nationale des mutuelles de santé qui est une avancée majeure dans le renforcement de la structuration de la demande ;
- en ce qui concerne la qualité des soins :
  - amélioration de la couverture en sites PTME des centres de santé par la formation du personnel qualifié, à 98% pour la ZS Djougou-Ouaké-Copargo et 95% dans la ZS Bassila ;
- par rapport à l'appui à la stratégie de référence et de contre-référence (RCR):
  - la revue semestrielle du système de RCR (dans le MC).

Les leçons apprises de l'exercice de capitalisation permettront de mieux orienter les efforts en cours relatifs à ces divers chantiers pour plus d'efficacité dans le PASS. Par ailleurs, l'intégration de toutes ces initiatives dans le sens d'une démarche globale de la qualité doit aussi être envisagée.

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

<sup>6</sup> Seules les activités entamées dans les interventions antérieures et poursuivies dans le PASS ont fait l'objet d'appréciation à cette phase

## 2.4 Performance de l'output 2

### 2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible finale 2019
Matrice de suivi régulier de la mise en œuvre des recommandations faites par le GTT-RH et de l'Observatoire	*				
Existence d'un tableau de bord précisant le nombre de personnels de santé par spécialité exerçant dans les structures des deux DDS appuyées	*				
Nombre d'étudiants diplômés en licence en soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO) de Parakou	*				
Nombre d'étudiants diplômés en Master en SIO de l'INMeS de Parakou	*				
Nombre d'étudiants médecins spécialistes de 2e et 3e années ayant réalisé un stage dans les CHD des deux DDS appuyées, par spécialité	*				
Intégration du genre dans la mise en œuvre de la politique RHS	*				

(\*) La baseline (situation de référence) est en cours de finalisation via entre autre un processus outcome mapping

## 2.4.2 État d'avancement des principales activités

Etat d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>7</sup>	État d'avancement <sup>8</sup>			
	A	B	C	D
1. Renforcer la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré				
2. Améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation du personnel de santé				
3. Renforcer la production de personnels de santé qualifiés				

## 2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Nous n'avons pas assez d'éléments pour apprécier l'état d'avancement de cet output.

Quelques activités sont en cours relatives à l'appui à l'INMeS et comportent :

- l'appui à l'INMES pour la réhabilitation des infrastructures dans le cadre de l'accord de partenariat avec l'APEFE pour l'accompagnement en vue de la mise en place d'un cycle de Master en Sciences Infirmières ;
- l'appui à l'arbitrage pour le redéploiement des RHS recruté par le MS et mis à disposition du département ;
- l'actualisation du plan de formation du MS ;
- la mise à disposition par le MS de 235 personnels médicaux et paramédicaux dans le cadre du recrutement à la fonction publique : 22 médecins dont 5 spécialistes, 183 paramédicaux qualifiés soit 78% du total, personnel médical et paramédical qualifiés représentent 87,2% du total.

Par ailleurs, des échanges sont en cours avec le projet de la coopération bénino-belge destinée au renforcement des capacités (PAORC) pour une plus grande mutualisation des efforts et une synergie d'actions dans le cadre de ce résultat. Il s'agit là d'une grande opportunité pour le PASS et pour le secteur de la santé.

Par contre en ce qui concerne la formation en Master (Activité 3), le retard de validation des curricula par l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) n'a pas permis le début des enseignements au cours de l'année universitaire 2014-2015.

<sup>7</sup>

A : Les activités sont en avance

B : Les activités sont dans les délais

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

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

<sup>8</sup> Le planning opérationnel de la période sous-revue ne comporte pas d'activités de cet output

## 2.5 Performance de l'output 3

### 2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2015	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible finale (2019)
Existence d'un logiciel de gestion opérationnel du RAMU tant sur le plan de l'assurabilité que du remboursement des prestations	*				-
Existence d'une base de données nationale actualisée selon la méthodologie unique d'identification des ménages les plus pauvres	*				
Taux de couverture des besoins en personnel spécialisé en gestion des risques au niveau de l'ANAM	*				
Taux d'utilisation des services par les indigents identifiés dans les départements appuyés	*				
Evolution des changements visés par l'ANAM	*				
Evolution des changements visés par les CDMS	*				

(\*) La baseline (situation de référence) est en cours de finalisation via entre autre un processus outcome mapping

## 2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>9</sup>	État d'avancement			
	A	B	C	D
Appuyer le développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU				
Soutenir la feuille de route pour le développement du RAMU				
Appuyer le renforcement des capacités complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM				

## 2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Il n'y a pas eu de progrès particulier dans le cadre de cet output. Par ailleurs, de nombreuses contraintes, mentionnées dans le contexte, pèsent sur l'exécution de ce résultat. En attendant l'évolution de la situation, le PASS pourrait poursuivre les efforts entamés par rapport aux processus d'identification des indigents et de la facilitation de leur accès aux soins. Des critères spécifiques à ce sujet dans les plans de résultats des différentes structures sous contrat FBR et dans les grilles d'évaluations seront des portes d'entrées utiles.

---

<sup>9</sup> A : Les activités sont en avance  
B : Les activités sont dans les délais  
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

## 2.6 Performance de l'output 4

### 2.6.1 Progrès des indicateurs

<b>Output 4</b> : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées					
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Baseline</b>	<b>Valeur année 2015</b>	<b>Valeur année 2016</b>	<b>Valeur année 2017</b>	<b>Cible finale 2019</b>
Progrès réalisés par rapport à la mise en place d'un système de gestion et de maintenance préventive et corrective des équipements et des infrastructures	*				
Un système adapté et efficace de gestion des déchets est défini, mis en place dans 5 FS (formations sanitaires), documenté et capitalisé	*				
Evolution des changements visés par la DIEM					

(\*) La baseline (situation de référence) est en cours de finalisation via entre autre un processus outcome mapping

## 2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>10</sup>	État d'avancement			
	A	B	C	D
Capitaliser les expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs				
Renforcer la politique de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures				
Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention				

## 2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Il n'y a pas de progrès par rapport à cet output au cours de la période sous-revue. Aucune activité spécifique à ce résultat n'a été planifiée au cours de ladite période.

Il faut toutefois noter la réalisation d'un certain nombre de travaux relatifs aux acquisitions d'équipements et d'infrastructures qui se sont poursuivis. C'est le cas de la réception définitive des chantiers de réhabilitation/construction et des équipements bio-médicaux dans l'AD.

De même, un état des lieux des infrastructures à réhabiliter dans le cadre de l'appui à l'INMES en vue de la mise en place d'un Master a été réalisé. On peut également noter la finalisation de guides opérationnelles pour la maintenance des infrastructures et bâtiments, incinérateurs, kits solaires et gestion des points d'eau par les organes de cogestion. Une distribution aux différents acteurs sera faite suite à l'édition dont le processus est planifié en Q1 2015.

<sup>10</sup> A : Les activités sont en avance  
B : Les activités sont dans les délais  
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

## 2.7 Performance de l'output 5

### 2.7.1 Progrès des indicateurs

<b>Output 5</b> : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé					
<b>Indicateurs</b>	<b>Valeur de la Baseline</b>	<b>Valeur année 2015</b>	<b>Valeur année 2016</b>	<b>Valeur année 2017</b>	<b>Cible finale 2019</b>
Disponibilité à bonne date d'un PITA axé sur les résultats élaborés suivant un processus ascendant avec la participation de tous les acteurs	*				
Qualité du suivi de la mise en œuvre des PITA et des revues de performance	*				
Evolution de l'intégration d'un système d'information sanitaire dans les ZS appuyées	*				
Qualité de la collecte des données du SNIGS au niveau central et intermédiaire	Promptitude (enquête) Complétude 97,6% Exactitude : 95%				98% 100% 98%
L'analyse des informations du SNIGS est genre et âge sensible	*				

(\*) La baseline (situation de référence) est en cours de finalisation via entre autre un processus outcome mapping

## 2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>11</sup>	État d'avancement			
	A	B	C	D
1. Faciliter la mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats				
2. Renforcer une approche de suivi-évaluation intégrée				
3. Appuyer l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS)				
4. Renforcer la coordination du secteur aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (dans le cadre de la mise en place de l'approche sectorielle)				

## 2.7.3 Analyse des progrès réalisés

Pour les mêmes raisons évoquées supra, les activités listées ci-dessus n'ont pas été planifiées pour le compte de la période sous-revue. Cependant, le PASS Sourou a accompagné le MS dans l'exécution de quelques activités régaliennes entrant dans le cadre de ce résultat. Il s'agit de :

- la revue bilan du plan de travail annuel du MS pour l'année 2014 ;
- l'élaboration du plan de travail annuel 2015 ;
- la retraite bilan des activités de la DDS AD et des ZS pour l'année 2014.

En outre, le PASS a contribué à l'amélioration de la qualité des échanges et des produits des GTT qui ont alimenté la réunion entre MS et PTF.

Enfin, l'atelier outcome mapping (décembre 2014), auquel les partenaires du programme ont pris part, a permis de définir des marqueurs de progrès pour le suivi des changements organisationnels propres à chaque partenaire. L'intégration desdits marqueurs dans le mécanisme de suivi du MS doit faire l'objet d'une attention particulière au cours de la mise en œuvre du PASS.

<sup>11</sup> A : Les activités sont en avance  
B : Les activités sont dans les délais  
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

## 2.8 Activités de démarrage du PASS Sourou

Le plan d'action de la phase de démarrage du programme comporte des activités dont les principales sont listées dans le tableau ci-dessous.

### 2.8.1 État d'avancement des principales activités de démarrage

État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>12</sup>	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Organiser la sélection et les conditions d'installation du personnel de l'intervention		X		
Réviser les manuels de procédures administratives, financières et de coordination du programme			X	
Identifier les besoins d'appui logistique les plus urgentes (infrastructures, équipements), et préparer les marchés publics et accords d'exécution			X	
Elaborer et valider les processus de suivi évaluation du programme et déterminer les valeurs de base des indicateurs.			X	
Identifier et réaliser les études prioritaires éventuelles pour compléter la Baseline			X	
Elaborer un plan de mise en œuvre des conditions préalables et d'accompagnement du PASS Sourou afin de minimiser les risque (cf DTF et autres conditions à présenter).		X		
Réaliser un atelier de capitalisation des expériences du PASS			X	

### 2.8.2 Analyse des progrès réalisés

Certaines activités préparatoires de la mise en œuvre du PASS ont connu un certain retard du fait du chevauchement avec des activités critiques liées à la clôture des projets AIMS et PARZS pendant la même période. Toutefois, les mesures correctrices prises avec l'accompagnement de la Représentation ont permis de trouver des solutions.

Bien que l'atelier de capitalisation ait connu une participation de haut niveau des autorités du ministère et principaux partenaires, la finalisation des documents, impression et diffusion restent une priorité majeure afin de faciliter la prise en compte des conclusions pour l'amélioration de la politique sanitaire.

La négociation de l'accord d'exécution avec l'APEFE pour les activités de formation s'est avérée plus compliquée que prévue. Un retard supplémentaire dans la signature de la convention exposera à un retard important dans l'atteinte des résultats pour la mise en place du Master en soins infirmier.

<sup>12</sup>

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

La totalité du personnel sous contrat local est en place à bonne date.

Le personnel international a été sélectionné au cours du dernier trimestre de l'année 2014 :

- Le coordonnateur et le conseiller technique (CT) en développement institutionnel sont en place début janvier 2015 ;
- L'ingénieur biomédical est prévu pour avril 2015 ;
- Le RAFI est prévu à partir de septembre 2015 ;
- Le CT informaticien a été recruté mais son arrivé est retardé en attendant le consensus avec le Ministère et les PTF sur les appuis à apporter à la mise en œuvre du régime d'assurance maladie ;
- L'équipe PASS sera rejointe aussi par l'ATN sélectionnée par le Projet de renforcement des compétences des organisations béninoises (PAORC) (à partir d'avril 2015).

Le choix de regrouper les membres de l'unité d'exécution centrale dans un même local exige de rechercher des solutions rapides pour assurer les conditions adéquates de travail. Diverses options sont à l'étude en vue de prendre la décision la plus appropriée dans ce cadre afin de mieux répondre aux besoins d'un bon environnement de travail.

L'analyse organisationnelle participative a été réalisée à bonne date et devrait être rapidement suivie par la rédaction d'un manuel opérationnel.

En matière de logistique roulante, le parc de véhicules des projets AIMS et PARZS, qui sont clôturés, a été reconduit pour une utilisation dans le cadre du Programme. L'analyse du DTF pour évaluer les besoins d'investissement pour le PASS a tenu compte de cet existant. Toutefois, vu les besoins futurs en matériels roulants de bon état, et prioritairement au niveau départemental, il a été décidé de remplacer 3 trois véhicules et d'augmenter la capacité du parc par un véhicule supplémentaire. La politique de gestion des véhicules voudrait qu'un véhicule soit remplacé si son âge atteint 8 ans ou si le kilométrage atteint 200 000. C'est ainsi que 4 véhicules ont été acquis pour renforcer les moyens logistiques du PASS dans la mise en œuvre de l'intervention.

Etant donné que le programme vise essentiellement des changements qualitatifs dans la manière de faire, les modalités / outils de monitoring et évaluation actuellement utilisés au niveau national ne répondent plus aux exigences du suivi de marqueurs de progrès. Il est nécessaire d'assurer la plus grande appropriation du processus par les acteurs.

## 2.9 Thèmes transversaux

### 2.9.1 Genre

L'appui de la coopération bénino-belge a permis de renforcer le cadre stratégique et les compétences du secteur dans l'intégration du genre dans les interventions de santé. En effet, le projet AIMS a cofinancé avec le projet LMG/USAID l'élaboration du plan stratégique genre du ministère de la santé dont la validation a eu lieu en octobre 2014. Par ailleurs, quatre cadres de plusieurs secteurs dont la santé ont bénéficié, via le fonds d'études et de consultances (FEC), d'une formation de deux mois en Belgique sur le genre.

Le PASS s'appuiera sur ces ressources pour appuyer le MS et éventuellement d'autres secteurs (avec la composante demande du PASS) dans l'opérationnalisation de la stratégie genre.

### 2.9.2 Environnement

Sur base des expériences de terrain dans les zones d'intervention du programme, plusieurs documents sont en cours de finalisation afin de limiter les effets de la production des soins sur l'environnement et protéger la santé des populations :

- Guide d'utilisation et de maintenance des incinérateurs
- Guide de maintenance des points d'eau
- Manuel de gestion des points d'eau
- Guide d'utilisation et de maintenance des Kits solaires

La traduction opérationnelle de ces guides fera l'objet de suivi par le PASS.

### 2.9.3 Le VIH et le Sida

Il n'y a pas eu d'activités pertinentes au cours de la période sous-revue sauf la formation des responsables des maternités en PTME. Ainsi, 44 sites sont couverts pour un pourcentage de couverture de 98% dans la Donga.

## 2.10 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 à répétition dans le secteur: existence de risque de perturbation de l'exécution de l'intervention (la menace pèse surtout sur les activités programmées en Q1 2015)	Q1 2014	OPS	Elevée	Elevé	D	Concertation trimestrielle avec les partenaires sociaux (syndicats)	MS	Continue	Statu quo. Poursuite des grèves trois jours par semaine par certaines catégories professionnelles. Cette situation est responsable de l'indisponibilité de la majorité des acteurs impliqués dans l'exécution des activités. Des retards sont constatés dans l'exécution du planning du projet.	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
Une lenteur dans les réformes telles que la déconcentration / décentralisation, la politique sanitaire basée sur les zones de santé et la politique des ressources humaines	Q1 2015	DEV	Elevée	Elevé	<b>D</b>	* Renforcer la concertation interministérielle à travers la mise en place d'un comité de pilotage * Contribuer à la fonctionnalité des espaces de dialogue sectoriel * Rendre effectif le suivi conjoint par les mairies et les DDS des travaux de construction des formations sanitaires sur les crédits transférés aux communes	MS / Amba de Belgique	Continue		En cours
Financement du FBR après 2015	Q1 2015	DUR	Elevée	Elevé	<b>D</b>	*Dialogue avec le MS sur les modalités de la poursuite du FBR *Pilotage national intégré PRPSS/PASS	MS / BM / CTB PASS	Continue		Ouvert
Stabilité du leadership au niveau du MS (départ à la retraite du SGM et du DPP)	Q1 2014	DEV	Moyenne	Moyen	<b>B</b>	Plaidoyer en direction des autorités sectorielles et politiques (dans le cadre du dialogue politique avec l'Ambassade)	MS	Continue	Problématique évoquée lors de la RAC et qui fait l'objet d'une recommandation à l'intention du MS.	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
Instabilité du personnel compétent dans les zones rurales	Q1 2015	EFF	Moyenne	Moyenne	B	*Instauration d'un bonus d'équité par le FBR *Encourager le développement des stages des spécialistes en formation dans les départements appuyés	MS PASS			En cours
Le GTSS n'est pas fonctionnel	Q1 2013	DEV	Moyenne	Moyen	B	Engagement des PTF pour rendre fonctionnel le GTSS (très marqué à l'occasion de plusieurs fora)	SGM	Continue	un regain d'intérêt est en train de s'afficher et a permis de coupler le GTSS avec la réunion MS-PTF en octobre 2014. Mais le sujet mérite une attention pour un bon suivi	En cours
Une logique verticale persistante au niveau de la transfusion sanguine	Q1 2014	OPS	Moyenne	Moyen	B	Concertations régulières entre DDS et ANTS	DDS ANTS PASS	Continue		Ouvert
Lenteur (retard) dans le déploiement du RAMU. En conséquence, le RAMU ne facilite pas encore l'accès des populations aux soins. Par ailleurs, cette situation est une contrainte pour l'appui du PASS prévu pour ce volet	Q1 2014	DEV	Elevée	Elevé	D	*Plaidoyer pour le vote de la loi régissant le RAMU (et textes d'application) *Définir un mécanisme de prise en charge des indigents *Mécanisme de paiement des factures de soins	MS / PASS / AMBA	Continue		Ouvert

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
Faible volonté des maires et des gestionnaires de santé de rendre fonctionnels les cadres de concertation en vue de la résolution des problèmes de santé au niveau communal	Q3 2014	OPS	Moyenne	Moyen	B	*Assurer un accompagnement technique pour la mise en place et le fonctionnement des cadres de concertations	PASS	Continue		Ouvert

## 3 Pilotage et apprentissage

### 3.1 Réorientations stratégiques

Il est trop tôt pour des réorientations stratégiques majeures. Le programme concentrera ses efforts en 2015 sur la préparation des études Baseline et les contributions à l'atteinte des objectifs stratégiques consensuels entre le MS et les PTF, lesquels objectifs le PASS a fortement influencés par ses efforts de lobbying.

#### Résultats stratégiques attendus du Compact Transitoire 2015

1. la disponibilité du PITA 2015 avant le 01 mars 2015 et de son utilisation par l'ensemble des structures et parties prenantes pour la coordination au niveau opérationnel ;
2. un processus consensuel de monitoring du PITA (outils, approches/mécanismes, indicateurs de suivi, etc.) est établi avant le 30 juin 2015 ;
3. l'évaluation à mi-parcours du PNDS complétée avant le 01 septembre 2015 et son cofinancement par le Ministère de la Santé et les PTF;
4. l'harmonisation des approches FBR (BM, GAVI, FMSTP, CTB) avant le 28 février 2015 ;
5. la coordination efficace des PTF au niveau départemental et sous le leadership des DDS dans tous les six départements sanitaires avant le 01 mai 2015;
6. la fonctionnalité des GTT et du GTSS avant le 01 juillet 2015;
7. le plan de prévention et de contingence d'Ebola et de Lassa est exécuté par le MS avec un appui mesurable des PTF ;
8. le Plan National budgétisé pour le repositionnement de la planification familiale est lancé par le Gouvernement du Bénin et bien intégré au PTD 2016-2018 ;
9. l'élaboration d'un cadre conjoint pour l'Assistance Technique au niveau central avant le 01 juillet 2015;
10. des revues sectorielles aux niveaux national et départemental avec la participation des PTF et de la Société Civile menant aux recommandations réalistes, concrètes et pratiques basées sur l'évidence avant le 31 août 2015;
11. l'élaboration du CDMT, PTD et COMPACT 2016-2018 avant le 15 novembre 2015.

Par ailleurs, en ce qui concerne le RAMU, de nouvelles orientations pourraient s'avérer nécessaires si la situation décrite dans la matrice de gestion des risques persistait.

### 3.2 Recommandations

Lors du Comité de Direction I (CODIR) - Bilan du Ministère de la Santé tenu les 18 et 19 décembre 2014, le Ministre a formulé au personnel du Ministère les principales orientations et directives suivantes pour 2015 :

- L'année 2015 est l'année d'évaluation des OMD : se mettre avec ardeur au travail avec un meilleur investissement des uns et des autres ;
- Faire preuve de leadership et de management dans la gestion des ressources, moteurs de résultats et de compte rendu pour 2015 ;

- Procéder à une meilleure évaluation individuelle des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la motivation basée sur les résultats obtenus.

La mise en œuvre des recommandations suivantes issues des grandes instances du Ministère seront accompagnées par le programme.

<b>Recommandations</b>	<b>Acteur</b>	<b>Date limite</b>	<b>Etat d'avancement</b>
Identifier les thèmes pouvant faire l'objet d'un article scientifique (thèmes suggérés : 1. Recommandations de Dakar – comment les mettre en œuvre ? 2. Comment identifier les indigents ?)	Equipe PASS et partenaires	30/06/2015	
Doter le secteur d'un modèle national FBR (d'un modèle national du FBR inclusif (Harmonisation du dispositif de pérennisation).	SGM (GTT/RAMU)	28 février 2015	
Soumettre les arrêtés portant AOF des zones sanitaires à la signature du Ministre	MS	31 janvier 2015	Actualisation des textes régissant le fonctionnement des zones sanitaires avec une forte implication des acteurs en cours
Dynamiser les GTT	Président GTSS	30 juin 2015	
Elaborer, valider et mettre en œuvre le Plan Intégré de Travail 2015	DPP	31 janvier 2015	
Œuvrer pour le repositionnement de la PF et de la SRAJ comme priorité au titre de 2015	DSME	31 janvier 2015	
Mobiliser les ressources pour le financement de l'enquête STEPS en 2015	DNSP	31 mars 2015	
Mener une réflexion approfondie sur les modalités de prise en charge des indigents identifiés	ANAM	30 juin 2015	
Mettre en place un comité technique pour analyser tous les documents sur les paquets de soins de DSIO, DNEHS, DSME et soins de santé primaires en vue d'harmonisation et d'intégration	DSME	30 juin 2015	
Examiner les différents outils d'évaluation (monitoring, évaluation par les pairs, supervision, etc.) en vue d'une harmonisation	SGM	30 juin 2015	

### 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
Faire de la capitalisation une activité systématique et continue tout au long de l'intervention, portant sur l'ensemble des processus et pas uniquement sur les résultats finaux et à la fin du programme; importance aussi de saisir les moments opportuns pour diffuser les expériences.	Equipe PASS Sourou
La visite d'expériences développées par le PARZS sur le réseautage communautaire a contribué à la prise en compte de cette approche dans la politique de santé communautaire. Cette initiative est un exemple de double ancrage qui peut être exploitée dans la mise en œuvre des changements planifiés par le PASS.	Equipe PASS Sourou

## 4 Annexes

### 4.1 Critères de qualité

A cette phase de la mise en œuvre du programme, il n'y a pas assez d'éléments pour apprécier tous les critères de qualité. Seuls ceux relatifs à la pertinence ont été appréciés.

<b>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.</b>				
<i>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</i>				
Évaluation de la PERTINENCE : note totale	A	B	C	D
X				
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?</b>				
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.		
<b>1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?</b>				
	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.		

<b>2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.</b>				
<i>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</i>				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>				
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		
	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.		

**2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.**

<b>D</b>	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
----------	--

**2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?**

<b>A</b>	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
<b>B</b>	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
<b>C</b>	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
<b>D</b>	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.

**2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?**

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

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

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

<b>Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>

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

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

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

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

<b>4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).</b>				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
<b>Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>4.1 Durabilité financière/économique ?</b>				
<b>A</b>	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.			
<b>B</b>	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.			
<b>C</b>	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.			
<b>D</b>	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.			
<b>4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>				
<b>A</b>	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.			
<b>B</b>	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.			
<b>C</b>	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.			
<b>D</b>	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.			
<b>4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?</b>				
<b>A</b>	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.			
<b>B</b>	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.			
<b>C</b>	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.			
<b>D</b>	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.			
<b>4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>				
<b>A</b>	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).			
<b>B</b>	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.			
<b>C</b>	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.			
<b>D</b>	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.			

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

Décision						Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut
1	Organiser dans un bref délai la tenue d'une réunion du comité restreint, appelé à faire un suivi régulier de l'avancement des recommandations de la SMCL. Ce comité qui se réunira trimestriellement est composé au minimum d'un représentant du MDAEP, du MS et de la CTB. Le comité devra procéder à un nettoyage de la liste des recommandations en 1) mettant l'accent sur les recommandations stratégiques; 2) supprimant celles qui ne sont pas dans le champ de contrôle des parties prenantes du programme (y incluses les membres de la SMCL).	Oct 2014	SMCL	SGM	Déc 2015	Des échanges prévus entre les différentes parties prenantes n'ont pas pu se tenir. Les dispositions sont en cours en vue de relancer ladite réunion suite à un travail préliminaire de mapping que le PASS devra rendre disponible (voir Rec N°3 ci-dessous : matrice des recommandations et risques)	OPEN
2	Définir clairement les responsabilités et engagements des différentes parties prenantes de l'intervention PASS Sourou au début de sa mise en œuvre	Oct 2014	SMCL	Pr SMCL	Fév 2015	Ce point de définition des responsabilités des parties prenantes sera préparé pour la SMCL de mars 2015 en prenant en compte entre autres, les conclusions et recommandations de la mission d'analyse organisationnelle	OPEN
3	Reprendre les recommandations et les risques identifiés pour l'AIMS et le PARZS en une liste unique pour le PASS et les soumettre à la SMCL de démarrage	Oct 2014	SMCL	PASS-S	Fév 2015	Une sélection des risques a été faite lors de la planification opérationnelle 2015 (MONOP 2015). Par ailleurs il est envisagé de faire une matrice des recommandations pertinentes relatives à l'intervention de la coopération bénino-belge dans le secteur de la santé pour un suivi intégré.	OPEN

Décision						Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut
4	Inscrire dans le PASS-Sourou une réflexion sur la prise en charge globale des indigents dans un cadre de concertation entre le MS, le Ministère en charge de la Famille et d'autres ministères concernés par la problématique (ministères en charge des finances et du développement)	Oct 2014	SMCL	SGM	Juin 2015	La planification en cours prévoit l'appui aux interfaces d'échanges et de décision: GTSS, GTT, RAC: les dispositions opérationnelles seront prises pour organiser ladite réflexion en impliquant les ministères concernés (NB: le ministère chargé des finances et celui chargé de la famille sont membres du GTT-Financement du secteur et du Sous-GTT-RAMU)	ONGOING
5	Harmoniser les procédures de prise en charge par les PTF en élargissant la concertation dans un cadre interministériel	Oct 2014	SMCL	Chef de File des PTF	Juin 2015	La recommandation est inscrite dans un répertoire de sujets devant faire l'objet d'échanges entre le SGM et le Chef de File des PTF pour préparer les prochaines réunions des PTF	OPEN
6	Prendre les dispositions pour la nomination rapide du régisseur du PASS Sourou	Oct 2014	SMCL	SGM/DRFM	Décembre 2014	Les échanges de correspondances ont été enclenchés entre le MS et le MEF en vue de la prise de l'arrêté de nomination du régisseur ; <b>NB</b> : le projet d'arrêté initié par le Ministre de la santé est soumis à la co-signature du Ministre de l'Economie et des Finances	ONGOING
7	Identifier/mettre en place une structure servant d'ancrage institutionnel pour le pilotage à partir de 2015 de la MEO du FBR au Bénin avec la participation des différents PTF bailleurs: BM, CTB, FM, GAVI	Oct 2014	SMCL	MS/SGM	Juin 2015	les échanges en vue de la désignation d'un ancrage institutionnel font partie intégrante des concertations pour la pérennisation du FBR à partir d'un modèle béninois : sujet actuellement à l'ordre du jour au niveau du Ministère. <b>NB</b> : Le CODIR-Bilan de décembre 2014 a recommandé que le GTT/RAMU soit renforcé pour analyser et faire des propositions dans le cadre du modèle national appuyé par différents PTF	OPEN
8	Assurer la présentation formelle des résultats de l'audit de l'IGM sur l'utilisation du fonds FBR au MS assortie d'un plan de mise en œuvre et délais d'exécution	Oct 2014	SMCL	IGM/SGM	Juin 2015	Il est prévu au PTA PASS-Sourou 2015 l'appui à l'IGM pour la réalisation de cette activité. <b>NB</b> : L'IGM ayant conduit cet audit étant appelé à d'autres fonctions (actuel DG/CNSS), des échanges sont prévus avec l'IGM entrant pour l'appropriation du dossier	OPEN

Décision						Suivi	
N°	Décision	Période d'identification	Source	Acteur	Date limite	Etat d'avancement	Statut
9	Mettre à la disposition du PASS Sourou un local pour l'archivage des documents sensibles de l'AIMS	Oct 2014	SMCL	SGM	Mars 2015	Les échanges sont en cours avec le SGM pour trouver une solution rapide à ce besoin. <b>NB</b> : vu les difficultés de trouver des locaux, il est envisagé de prévoir un magasin d'archives dans la nouvelle construction du PASS	ONGOING
10	Finaliser le recrutement entamé des nouveaux agents en 2014. Affecter les spécialistes prévus à l'AD et MC	Oct 2014	SMCL	MS/DRH	Janv 2015	Les agents recrutés au titre de 2014 ont reçu leur titre d'affectation pour tous les départements dont Atacora/Donga et le Mono/Couffo	CLOSED
11	Revisiter la politique de renouvellement des organes de cogestion en vue du maintien des acquis	Oct 2014	SMCL	MS/SGM	Juin 2015	Le processus de relecture des textes régissant les comités de gestion enclenché avec l'appui de l'AIMS et du PARZS dans l'AD et le MC devra être bouclé au niveau central avec la prise en compte de la présente recommandation	ONGOING

### 4.3 Cadre logique mis à jour

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	<p><b>Objectif global</b></p> <p>Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé</p>	<p>28 indicateurs systémiques du PNDS</p> <p>16 indicateurs du Compact</p>	<p>SNIGS, évaluation sectorielle</p> <p>Rapport DRH, DDS, ZS</p> <p>Annuaire des statistiques</p> <p>Rapport RAC</p>	<p>Hypothèses de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le MS s'engage à ce que le statut de « DDS et ZS pionniers » du PASS soit confirmé formellement,</li> <li>• Le MS s'engage, lors des recrutements au niveau du secteur, à assurer une disponibilité équitable de personnel adéquat dans toutes les ZS et DDS appuyées.</li> <li>• Le MS s'engage à allouer à la maintenance et l'entretien des infrastructures et des équipements un budget pour la mise en œuvre du programme de maintenance.</li> <li>• Le MS s'engage à rendre fonctionnels les espaces de concertation stratégiques, tels que la GTTSS (ou un espace avec une fonction similaire) et les autres GTT et à promouvoir activement un cadre de concertation interministérielle.</li> <li>• Le genre et les droits sexuels et reproductifs, y compris le planning familial et la lutte contre le VIH, restent une priorité pour le Ministère de la santé.</li> </ul>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OS	<p><b>Objectif spécifique</b></p> <p>«Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à un appui aux fonctions régaliennes du MS en vue d'une efficience accrue des structures périphériques » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora Donga et le Mono Couffo)</p>	<p>6 indicateurs du PNDS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'utilisation des soins curatifs (%)</li> <li>Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (%)</li> <li>Proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI (%)</li> <li>Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%)</li> <li>Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation (%)</li> <li>Taux de couverture des besoins en RHS (%)</li> <li>Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (obligatoire ou volontaire) (%)</li> </ul> <p>1 indicateur du Compact</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de conventions spécifiques signées entre MS, autres ministères, Collectivités Locales et secteur privé</li> </ul> <p>8 marqueurs de progrès (liés aux 3 orientations stratégiques) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'inventaire des dossiers de recherche-action (RA) réalisés conformes aux normes techniques pour la RA, remontés au niveau central, validés techniquement par un GTT et disséminés.</li> <li>Qualité adéquate des GTT (au niveau central et/ou déconcentré) en termes de représentativité, régularité, utilisation de l'input de bas en haut, préparation technique, conduite des réunions, outputs, suivi des outputs, autorité technique au sein du système, utilisation des outputs des GTT dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies sectorielles</li> <li>Le degré de la mise en œuvre et de la qualité au niveau des institutions de soins et ZS des mécanismes d'auto-analyse et auto-évaluation indiqués dans la politique nationale d'Assurance Qualité des soins et services</li> <li>Qualité adéquate des réunions des équipes de gestion et des interfaces de concertation multi-acteur au sein du secteur en termes de représentativité, régularité, leadership, communication, préparation, conduite, outputs et suivi des outputs</li> <li>Régularité et qualité des interactions/interfaces développées entre MS et les différentes catégories d'acteurs dans le secteur, entre MS et autres Ministères, entre services déconcentrés et collectivités locales/société civile</li> <li>Régularité et qualité (en termes de conduite, style, contenu et suivi) des supervisions formatives et intégrées par les décideurs du niveau central vers le niveau déconcentré et des décideurs du niveau DDS/CHD vers le niveau ZS/HZ</li> <li>Le degré de satisfaction des utilisateurs des services et des professionnels de santé du service ou l'accompagnement reçu</li> <li>L'inventaire des initiatives au niveau des ZS qui renforcent la ZS intégrée et/ou qui sont orientées vers l'utilisateur</li> </ul>	<p>Annuaires statistiques des</p> <p>SNIGS, EDS, Monitoring</p> <p>Rapports du suivi du PNDS (prévu dans le PSER)</p> <p>Baseline</p> <p>Dossiers de RA</p> <p>Rapports des GTT</p> <p>Présentations conférences internationales</p> <p>PV des réunions</p> <p>Invitations avec ordre de jour</p> <p>Documents techniques préparatoires</p> <p>Documents techniques d'output</p> <p>Stratégies du MS en lien avec le domaine couvert par les GTT</p> <p>Rapports formation sanitaires</p> <p>Rapports ZS</p> <p>Rapports de supervision DDS</p> <p>Produits vérifiables</p> <p>Ordres de mission</p> <p>Plans opérationnels</p> <p>Rapports de supervision</p> <p>Enquêtes de satisfactions des 'supervisées'</p> <p>PV réunions entre superviseurs</p> <p>Rapports de toute nature</p>	<p>La théorie de changement de comportement visant :</p> <p><b>1 L'apprentissage organisationnel au sein de la pyramide sanitaire renforcé.</b></p> <p>Les différents acteurs (étatiques et non-étatiques) appuyés dans le cadre du PASS au niveau central et au niveau des départements et ZS s'engagent à baser leur gestion sur un processus participatif d'analyse (auto-) critique et de réflexion concertée autour des questions-clé concernant le fonctionnement et le développement du SYLOS et des stratégies dans le secteur de la santé. Les produits résultants de cette analyse et réflexion devront remonter au niveau central pour la capitalisation et l'adaptation continue des politiques de santé aux besoins du niveau opérationnel.</p> <p><b>2 L'articulation et intégration des activités des acteurs dans le secteur améliorée :</b></p> <p>Les équipes de gestion aux différents niveaux appuyées (tels que les organes de gestion des HZ, les EEZS, les DDS, les directions du MS,...) et les plateformes d'échange et de réflexion (pool des compétences, GTT, plateforme RSS et autres) sont représentatifs et ont des interactions constructives. La collaboration entre acteurs (ex : au niveau du SYLOS, du COMPACT, de la décentralisation, du privé-public, de la collaboration interministérielle,...) se concrétise et porte des résultats.</p> <p><b>3 L'approche globale centrée sur la personne appropriée :</b></p> <p>Les différents acteurs ont acquis de meilleures capacités d'écoute, de communication, de dialogue, de facilitation, de négociation, de leadership, de travail en équipe, de gestion des conflits, de travail en réseau. Chaque acteur adopte ainsi plus un style 'd'accompagnateur' et de facilitateur par rapport à sa gestion interne et ses relations envers les autres acteurs dans le système ou les personnes et communautés utilisatrices des services (consultation centrée vers le patient, intervention, facilitation de l'équipe et du réseau....).</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
R 1	<p>Résultat 1</p> <p><b>L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre de institutions de soins (inclusif les Centres Départementaux de Transfusion Sanguine (CDTS) et Poste de Transfusion Sanguine (PTS) liés à la transfusion sanguine ainsi que les Relais Communautaires au moment où ils seront intégrés dans le FBR) recevant la totalité de la prime FBR</li> <li>Proportion de ZS appuyées avec un système de référence et de contre référence fonctionnel (fiches de référence, fiches de contre référence, fonctionnalité des ambulances, auto-évaluation)</li> <li>Taux de satisfaction des utilisateurs de la qualité des soins</li> <li>Niveau de fonctionnalité des organes de cogestion</li> <li>Fonctionnalité du réseau des acteurs de la demande appréciée en termes d'organisation interne, de qualité de la préparation du dialogue avec les acteurs de l'offre, d'implication dans le FBR, et de résultats par rapport à la défense des droits des utilisateurs des services et la contribution à la santé communautaire</li> </ul> <p><b>Indicateurs TT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception</li> <li>Les données relatives à la SSR/VIH sont compilées et analysées annuellement</li> <li>Les liens entre les SOUS GTT RAMU, RH, SM et SE sont établis</li> <li>Le nombre de conventions de collaboration formelle avec les associations de la société civile</li> <li>L'inventaire d'activités de sensibilisation et de formation sur la santé infantile et la santé des adolescents (y compris la SRAJ)</li> <li>Le pourcentage d'enfants officiellement enregistrés</li> </ul> <p><b>Marqueurs de progrès : à déterminer</b></p> <p><b>Indicateurs de RA : à déterminer</b></p>	<p>Rapport de vérification FBR</p> <p>Rapports Comité de Pilotage FBR</p> <p>Interview</p> <p>Audits systémiques</p> <p>Rapports de supervision</p> <p>Enquêtes</p> <p>Focus-group</p> <p>Rapports des CoSa</p> <p>PV réunions réseau</p> <p>PV réunions de pilotage FBR</p> <p>Rapports de la Facilité</p> <p>Inventaire des produits</p> <p>Rapports SNIGS</p>	<p>Le FBR à terme est approprié et financé par l'Etat béninois</p> <p>La Banque Mondiale continue à financer le FBR au-delà de 2015</p> <p>La dépendance du financement du FBR externe au PASS (Banque Mondiale, ou autres sources) après 2015 ne permet plus de tester des stratégies opérationnelles innovantes par rapport au FBR</p> <p>Le FBR ne se prête pas à des soins de santé sélectifs ciblant que quelques indicateurs</p> <p>Une forte motivation de la part du personnel de s'engager dans des mécanismes d'AQ au-delà du FBR</p> <p>Assez de leadership pour sauvegarder la dynamique du réseautage communautaire après la fin du PASS</p> <p>Stabilité du personnel compétent dans les zones rurales</p> <p>Une logique horizontale et intégrante au niveau de la transfusion sanguine Une bonne qualité des services de transfusion sanguine après l'arrêt de l'appui belge</p> <p>Un système de pré-qualification pour les médicaments au niveau de la CAME en place sans conflits d'intérêt.</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
R 2	<p>Résultat 2:</p> <p><b>La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matrice de suivi régulier de la mise en œuvre des recommandations faites par le GTT-RH et de l'Observatoire</li> <li>Nombre de personnels de santé (par spécialité) exerçant dans les structures des 2 DDS appuyées, en début et en fin de programme</li> <li>Nombre d'étudiants diplômés du Master en Soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO) de l'INMeS et en licence de Parakou ou nombre d'étudiants inscrits en SIO à Parakou désagrégés par sexe et provenance</li> <li>Nombre d'étudiants médecins spécialistes de 2e et 3e années ayant réalisé un stage dans les CHD des deux DDS appuyées, par spécialité</li> </ul> <p><b>Indicateurs TT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le genre est intégré dans la politique RHS et sa mise en œuvre</li> <li>L'existence et la mise en œuvre des plans d'action pour la mise en œuvre de la Loi N°2005-31 dans les formations sanitaires impliqués</li> <li>L'environnement est intégré dans les cursus de formation des personnels de santé</li> <li>Des formations spécifiques ponctuelles sur l'environnement et la gestion des déchets sont organisées</li> </ul> <p><b>Marqueurs de progrès : à déterminer</b></p> <p><b>Indicateurs de RA : à déterminer</b></p>	<p>Rapport d'exécution</p> <p>Statistiques SRH</p> <p>Statistiques des écoles</p> <p>Rapport d'exécution PASS</p> <p>Rapports CHD</p> <p>Rapport université</p>	<p>Suffisamment de RH qualifiées recrutées ou affectées dans les zones d'intervention et réduction de turnover du personnel dans les zones</p> <p>Dialogue social (attitude constructive des syndicats)</p> <p>Fonctionnement de l'observatoire des RH</p> <p>Volonté du MS d'organiser les réunions du GTT-RH et d'y impliquer les autres ministères (MEF, MTFP, ...)</p> <p>Appropriation et suivi des évaluations et rapports de consultance</p> <p>Création du nouvel institut de Parakou sans problèmes juridiques</p> <p>Consultation suffisante du ministère de l'enseignement supérieur par le MS dans l'élaboration des curricula de formation</p> <p>Le programme d'appui de l'APEFE est approuvé</p> <p>Une réforme profonde de la fonction publique</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
R 3	<p>Résultat 3:</p> <p><b>Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un logiciel de gestion opérationnel du RAMU tant sur le plan de l'assurabilité que du remboursement des prestations</li> <li>• Existence d'une base de données harmonisée et des critères uniformes par rapport aux indigents</li> <li>• Existence d'un plan de financement du RAMU basé sur une détermination scientifique des coûts des prestations à couvrir et des cotisations des assurés conditionnant la détermination des ressources financières complémentaires à mobiliser</li> <li>• Création des ADAM et du réseau des structures d'appui à la gestion du RAMU</li> <li>• Pourcentage de la population ayant adhéré au RAMU au niveau des deux DDS</li> <li>• Pourcentage de béninois ayant cotisé pour lesquels les soins sont remboursés par le RAMU</li> <li>• Taux de personnes engagées à l'ANAM à partir du début du PASS ayant un profil métier gestion de l'assurance dont les capacités ont été renforcées</li> <li>• Progrès par rapport à la feuille de route pour le RAMU</li> <li>• Taux d'utilisation des services par les indigents identifiés dans les départements appuyés</li> </ul> <p><b>Indicateurs TT :</b></p> <p>Le RAMU dispose d'un système d'information genre-sensible et désagrégé par âge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'analyses faites relatives aux OMD 4-5-6 et le genre</li> </ul> <p><b>Marqueurs de progrès : à déterminer</b></p> <p><b>Indicateurs de RA : à déterminer</b></p>	<p>Rapports statistiques produits par l'ANAM</p> <p>Plan de financement</p> <p>Rapports des ADAM</p> <p>Données statistiques et rapports RAMU</p> <p>Rapports RAMU</p> <p>Rapports de suivi P4H</p>	<p>Une pression (politique) pour appuyer une mise en œuvre du RAMU sur base rationnelle et de bonne volonté</p> <p>Une présence de capacité de déboursier le budget</p> <p>Une utilisation rationnelle des fonds mis à disposition</p> <p>Un financement équitable du RAMU par l'état béninois est assuré</p> <p>Les PTF continuent leur appui au RAMU</p>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
R 4	Résultat 4: <b>La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progrès réalisés par rapport à la mise en place d'un système de gestion et de maintenance préventive et corrective des équipements et des infrastructures</li> <li>Performance du système de maintenance en termes de défaillances et délais d'intervention</li> <li>Centre d'excellence par rapport à la gestion des déchets réalisé dans chaque ZS</li> </ul> <p><b>Indicateurs TT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un système adapté et efficace de gestion des déchets est défini, mis en place dans 5 FS, documenté et capitalisé</li> </ul> <p><b>Marqueurs de progrès : à déterminer</b></p> <p><b>Indicateurs de RA : à déterminer</b></p>	<p>Documentation issue de la recherche action, évaluations, capitalisation</p> <p>Fichier de suivi spécifique composé d'une liste d'indicateurs opérationnels</p> <p>Rapports DIEM/SIEM</p> <p>Rapport des visites de supervision</p> <p>Rapports de consultance</p>	<p>La base de données et d'adaptations des procédures sont mis à jour</p> <p>Un véritable intérêt pour la maintenance préventive</p> <p>Le processus de décentralisation est accepté</p> <p>Suffisamment de prestataires de services qualifiés dans la maintenance sur le marché Béninois</p> <p>Les procédures de passation des marchés publics au Bénin sont correctes</p>
R 5	Résultat 5: <b>Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planification (PTA) de qualité (validée), remise à temps, établie selon un processus participatif, orientée vers les résultats</li> <li>Qualité du suivi de la mise en œuvre des PTA et des revues de performance en termes de représentativité, participation multi-acteur, régularité, préparation technique, conduite du suivi/revue, suivi des recommandations</li> <li>Existence d'un système d'information sanitaire intégré</li> <li>Qualité de la collecte des données du SNIGS au niveau central et intermédiaire</li> <li>Connaissance des politiques, stratégies et normes nationales au niveau opérationnel</li> <li>Nombre de structures de gestion dans les 2 DDS intégrées dans le FBR qui reçoivent la totalité de leur prime</li> </ul> <p><b>Indicateurs TT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le PNDS dispose d'un système d'information genre-sensible et désagrégée par âge.</li> </ul> <p><b>Marqueurs de progrès : à déterminer</b></p> <p><b>Indicateurs de RA : à déterminer</b></p>	<p>PTA</p> <p>Rapports des ateliers de PTA</p> <p>Rapports de suivi et des revues</p> <p>Rapport SNIGS</p> <p>Focus group</p> <p>Journal outcome-mapping</p> <p>Rapports des analyses et revues</p> <p>Rapports de vérification FBR</p> <p>Enquêtes</p>	<p>Une volonté des PTF à aligner leur intervention à la PTA et mettre en œuvre suivant un plan de suivi/évaluation unique</p> <p>Pilotage insuffisant des Directions centrales du MS par le Secrétariat général</p> <p>Disponibilité du MS à organiser les réunions du GTT</p> <p>La mise en place du processus de décentralisation</p> <p>Volonté des maires de rendre fonctionnel les cadres de concertation en vue de la résolution des problèmes de santé au niveau communal</p> <p>La mise en place des réformes organisationnelles (cfr nouveau décret portant AOF du MS)</p> <p>La disponibilité de personnel qualifié pour la gestion de l'information sanitaire au niveau opérationnel</p>

## 4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	N/A
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	NA. Baseline en cours d'élaboration.
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	N/A
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	N/A
Missions de backstopping du 01/10/ au 30/12/2014	8-12/12/2014
Missions de suivi scientifique	N/A

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

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

code	Budget Items	Mode d'exéc.	Budget total	2014Q4 Fin Plan vs Actuals			Exécution globale au 31/12/2014		
				PF2014Q4	2014Q4 Actuals	% Actuals vs PF	Total des dépenses	% exécution budgétaire	Solde budgétaire
A	Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à l'appui au Ministère de la Santé en vue d'une efficience accrue des structures opérationnelles								
	Résultats		9 668 911	150 951	73 352	49%	73 352	0,76%	9 595 559
A011	<i>L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés.</i>		4 810 000	113 231	39 658	35%	39 658	0,82%	4 770 342
A_01_01	Appuyer le développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne	co-gestion	2 410 000	52 519	0	0%	0	0,00%	2 410 000
A_01_02	Appuyer la MEO de la politique nationale de l'AQ des soins et des services de santé	co-gestion	480 000	18 924	13 169	70%	13 169	2,74%	466 831
A_01_03	Appuyer les acteurs du SYLOS pour un rôle complémentaire et synergique	régie	1 605 000	39 288	20 949	53%	20 949	1,31%	1 584 051
A_01_04	Appuyer la stratégie de référence et de contre-référence	co-gestion	100 000		5 540		5 540	5,54%	94 460
A_01_05	Consolider la stratégie nationale de la transfusion sanguine	co-gestion	100 000	2 500	0	0%	0	0,00%	100 000
A_01_06	Appuyer la qualité des médicaments achetés par la CAME	co-gestion	115 000		0		0	0,00%	115 000
A022	<i>La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée.</i>		1 542 900	4 287	27 295	637%	27 295	1,77%	1 515 605
A_02_01	Renforcer la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré	co-gestion	367 900	2 287	30	1%	30	0,01%	367 870
A_02_02	Améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé	co-gestion	190 000	2 000	1 305	65%	1 305	0,69%	188 695

code	Budget Items	Mode d'exéc.	Budget total	2014Q4 Fin Plan vs Actuals			Exécution globale au 31/12/2014		
				PF2014Q4	2014Q4 Actuals	% Actuals vs PF	Total des dépenses	% exécution budgétaire	Solde budgétaire
A	Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à l'appui au Ministère de la Santé en vue d'une efficience accrue des structures opérationnelles								
	Résultats		9 668 911	150 951	73 352	49%	73 352	0,76%	9 595 559
A_02_04	Renforcer la production de personnels de santé qualifiés	régie	985 000		25 960		25 960	2,64%	959 040
A033	<i>Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée.</i>		819 000		-612		-612	-0,07%	819 612
A_03_01	Appuyer le développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU	co-gestion	220 000		-612		-612	-0,28%	220 612
A_03_02	Soutenir la feuille de route pour le développement du RAMU	co-gestion	472 000		0		0	0,00%	472 000
A_03_03	Appuyer le renforcement des capacités complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM	régie	127 000						127 000
A044	<i>La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.</i>		1 081 011		0		0	0,00%	1 081 011
A_04_01	Capitaliser les expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs	co-gestion	175 000		0		0	0,00%	175 000
A_04_02	Renforcer la politique de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures	co-gestion	170 000		0		0	0,00%	170 000
A_04_03	Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention	co-gestion	736 011		0		0	0,00%	736 011
A055	<i>Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.</i>		1 416 000	33 433	7 011	21%	7 011	0,50%	1 408 989
A_05_01	Faciliter la mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats	co-gestion	344 000	6 860	0	0%	0	0,00%	344 000
A_05_02	Renforcer une approche de suivi-évaluation intégrée	co-gestion	252 000	24 573	319	1%	319	0,13%	251 681

code	Budget Items	Mode d'exéc.	Budget total	2014Q4 Fin Plan vs Actuals			Exécution globale au 31/12/2014		
				PF2014Q4	2014Q4 Actuals	% Actuals vs PF	Total des dépenses	% exécution budgétaire	Solde budgétaire
A	Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à l'appui au Ministère de la Santé en vue d'une efficience accrue des structures opérationnelles								
	Résultats		9 668 911	150 951	73 352	49%	73 352	0,76%	9 595 559
A_05_03	Appuyer l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS)	co-gestion	315 000	2 000	5 690	285%	5 690	1,81%	309 310
A_05_04	Renforcer la coordination du secteur aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (dans le cadre de la mise en place de l'approche sectorielle)	co-gestion	343 000		1 002		1 002	0,29%	341 998
A_05_05	Renforcer le partenariat entre le secteur public et le secteur privé et le dialogue avec la société civile	co-gestion	162 000		0		0	0,00%	162 000
B	Frais communs liés directement aux résultats		7 467 589	276 366	238 582	86%	238 582	3,19%	7 229 007
B01	Résultat		7 467 589	276 366	238 582	86%	238 582	3,19%	7 229 007
B_01_01	Appui scientifique (enveloppe perlée de 60 HJ/an + enveloppe ponctuelle de 40 HJ/an)	régie	500 000		0		0	0,00%	500 000
B_01_02	Investissements: Véhicules liés aux résultats	régie	206 589	82 228	82 000	100%	82 000	39,69%	124 589
B_01_03	Frais de fonctionnement véhicules liés aux résultats*	régie	50 000		0		0	0,00%	50 000
B_01_04	Conseillers Techniques Internationaux	régie	5 568 000	137 776	102 888	75%	102 888	1,85%	5 465 112
B_01_05	Conseillers Techniques Régionaux	régie	720 000	30 862	33 267	108%	33 267	4,62%	686 733
B_01_06	Conseillers Techniques Nationaux	régie	132 000	13 000	15 356	118%	15 356	11,63%	116 644
B_01_07	Contrat cadre Environnement	régie	60 000		0		0	0,00%	60 000
B_01_08	Echange et capitalisation au niveau international (présentation/participation aux conférences) par des cadres nationaux et CT. Mission au sein du Bénin pour les CTI/R/N	régie	231 000	12 500	5 071	41%	5 071	2,20%	225 929
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)		80 000		0		0	0,00%	80 000
X01	Réserve budgétaire		80 000		0		0	0,00%	80 000
X0101	Réserve budgétaire co-gestion	co-gestion	30 000				0	0,00%	30 000
X0102	Réserve budgétaire régie (à shifter pour construction bureaux PASS)	régie	50 000				0	0,00%	50 000

code	Budget Items	Mode d'exéc.	Budget total	2014Q4 Fin Plan vs Actuals			Exécution globale au 31/12/2014		
				PF2014Q4	2014Q4 Actuals	% Actuals vs PF	Total des dépenses	% exécution budgétaire	Solde budgétaire
A	Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à l'appui au Ministère de la Santé en vue d'une efficience accrue des structures opérationnelles								
	Résultats		9 668 911	150 951	73 352	49%	73 352	0,76%	9 595 559
Z	Moyens généraux		2 783 500	99 331	117 272	118%	117 272	4,21%	2 666 228
Z01	<i>Frais de personnel</i>		1 887 000	65 220	52 777	81%	52 777	2,80%	1 834 223
Z_01_01	RAFI	régie	870 000		0		0	0,00%	870 000
Z_01_02	AG (sénior) des Unités Fonctionnelles (4)	régie	408 000	2 545	2 545	100%	2 545	0,62%	405 455
Z_01_03	Equipe d'appui	régie	609 000	62 676	50 233	80%	50 233	8,25%	558 767
Z02	<i>Investissements</i>		30 000	10 400	0	0%	0	0,00%	30 000
Z_02_01	Véhicules support CTB	régie	0		0		0		-
Z_02_02	Equipement bureau	régie	10 000	7 500	0	0%	0	0,00%	10 000
Z_02_03	Equipement IT	régie	20 000	2 900	0	0%	0	0,00%	20 000
Z_02_04	Aménagements du bureau	régie	0		0		0		-
Z03	<i>Frais de fonctionnement</i>		544 500	20 861	50 852	244%	50 852	9,34%	493 648
Z_03_01	Frais de fonctionnement bureau	régie	208 000	6 134	23 929	390%	23 929	11,50%	184 071
Z_03_02	Frais de fonctionnement véhicules	régie	149 500	12 227	14 272	117%	14 272	9,55%	135 228
Z_03_03	Missions	régie	15 000	1 500	11 355	757%	11 355	75,70%	3 645
Z_03_04	Frais de représentation /communication externe	régie	24 000		0		0	0,00%	24 000
Z_03_05	Formation (conseillers techniques)	régie	70 000	1 000	590	59%	590	0,84%	69 410
Z_03_06	Frais de consultance	régie	40 000		0		0	0,00%	40 000
Z_03_07	Frais financiers (banque, TVA, etc.)	régie	3 000		404		404	13,47%	2 596
Z_03_08	Autres frais de fonctionnement	régie	35 000		301		301	0,86%	34 699
Z04	<i>Audit et Suivi et Evaluation</i>		322 000	2 850	13 643	479%	13 643	4,24%	308 357
Z_04_01	Frais de suivi et évaluation	régie	160 000		10 717		10 717	6,70%	149 283
	Finaliser la baseline du PASS						0		-
Z_04_02	Audits	régie	72 000	0			0	0,00%	72 000

code	Budget Items	Mode d'exéc.	Budget total	2014Q4 Fin Plan vs Actuals			Exécution globale au 31/12/2014		
				PF2014Q4	2014Q4 Actuals	% Actuals vs PF	Total des dépenses	% exécution budgétaire	Solde budgétaire
A	Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de santé de qualité, grâce à l'appui au Ministère de la Santé en vue d'une efficacité accrue des structures opérationnelles								
	Résultats		9 668 911	150 951	73 352	49%	73 352	0,76%	9 595 559
Z_04_03	Backstopping sectoriel (2 personnes/mission de max 10 jours) et spécifique (mission de max 10 jours)	régie	90 000	2 850	2 925	103%	2 925	3,25%	87 075
			20 000 000	526 648	429 206	81%	429 206	2,15%	19 570 794
		régie	13 018 089	414 985	402 762	97%	402 762	3,09%	12 615 327
		co-gestion	6 981 911	111 663	26 444	24%	26 444	0,38%	6 955 467

Le Programme santé a démarré en octobre 2014. Ce premier trimestre a consisté principalement de certaines activités de démarrage (la mise en place des équipes, quelques investissements, ..).

Le montant des dépenses de ce premier trimestre du PASS est de 429 206 € soit 2% du budget.

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

## 4.6 Ressources en termes de communication

Au cours de la période sous-revue, le PASS a organisé la diffusion des productions des expériences documentées issues des interventions antérieures à travers le site web du MS, le portail IAHbenin.org et le clin d'œil. D'autres médias ont été également utilisés, notamment lors de l'atelier de capitalisation, où les organes de presse ont été sollicités.