

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROGRAMME D'APPUI AU SECTEUR DE LA SANTE « PASS SOUROU »

BÉNIN

CODE DGD : NN 3014055

CODE NAVISION : BEN 13 025 11



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ	12
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	14
1 ANALYSE DE LA SITUATION	15
1.1 CONTEXTE GLOBAL	15
1.2 L'ORGANISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	16
1.3 LES POLITIQUES NATIONALES EN LIEN AVEC LA SANTÉ	18
1.4 CONCLUSIONS PRINCIPALES DE L'ANALYSE SECTORIELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU BÉNIN (2012) 27	
1.5 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX DÉFIS À RELEVER PAR LE PASS	27
1.6 L'APPUI DE LA COOPÉRATION BELGE AU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	30
2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	32
2.1 LE 'QUOI'	32
2.2 LE 'COMMENT'	36
2.3 AUTRES PRINCIPES DIRECTEURS LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE	43
2.4 COORDINATION ET SYNERGIES AVEC LES AUTRES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT.....	46
2.5 ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE.....	51
3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	52
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL	52
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE	52
3.3 RÉSULTATS ATTENDUS	52
3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE.....	52
3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION.....	70
3.6 ANALYSE DES RISQUES.....	79
3.7 HYPOTHÈSES DE BASE	89
4 RESSOURCES	91
4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES	91
4.2 RESSOURCES HUMAINES	96
4.3 UNE EXPERTISE À LONG TERME.....	96

4.4	AUTRES TYPES D'EXPERTISE.....	102
4.5	RESSOURCES MATÉRIELLES INDICATIVES.....	103
5	MODALITÉS D'EXÉCUTION	104
5.1	RESPONSABILITÉS LÉGALES, ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES	104
5.2	CYCLE DE VIE DE L'INTERVENTION	104
5.3	DISPOSITIF DE PILOTAGE ET DE MISE EN ŒUVRE.....	106
5.4	MODALITÉS DE GESTION	115
5.5	MÉCANISME D'ADAPTATION AU DTF	124
6	THÈMES TRANSVERSAUX	126
6.1	LE GENRE	126
6.2	LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ET LE VIH.....	127
6.3	LES DROITS DE L'ENFANT.....	128
6.4	L'ENVIRONNEMENT	129
6.5	REVUE DES DOMAINES D'ACTIVITÉ DU DTF ET DES INDICATEURS RELATIVES À L'INTÉGRATION DES THÈMES TRANSVERSAUX.....	130
7	ANNEXES.....	133
7.1	CADRE LOGIQUE	134
7.2	CHRONOGRAMME.....	151
7.3	TDR PERSONNEL LONG TERME.....	152
7.4	SYNERGIE PROJET BOURSES ET PASS 'SOUROU'	179
7.5	Liste non-exhaustive de quelques indicateurs opérationnels pertinents pour le suivi des résultats (en particulier R1 et R4)	184
7.6	CARTE ADMINISTRATIVE DU BÉNIN.....	185

ABRÉVIATIONS

ABMS-PSI	Agence Béninoise pour le Marketing Social-Population Service International
ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
AC	Attaché du Cabinet
ACE	Agent Contractuel de l'Etat
AD	Atacora-Donga
ADAM	Agence Départemental d'Assurance Maladie
ADD	Aplahoué Djakotomè Dogbo
ADSB	Association des Donneurs de Sang Bénévoles du Bénin
AE	Accord d'Exécution
AF	Accord de Financement
AFD	Agence Française de Développement
AG	Administrateur-Gestionnaire
AIMS	Projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
ANGC	Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne
ANTS	Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine
ANO	Avis de Non Objection
AOF	Attributions, Organisation et Fonctionnement
APEFE	Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger
APRETECTRA	Association des Personnes Rénovatrices des Technologies Traditionnelles
AQ	Assurance Qualité
ARV	Anti Rétroviraux
A/SGM	Assistant Secrétaire Général du Ministre
ASS	Annuaire Statistiques Santé
ATJ	Assistant Technique Junior
BAC	Baccalauréat
BAD	Banque Africaine de Développement
BEN	Bénin
BID	Banque Islamique de Développement
BM	Banque Mondiale
CAA	Responsable de la Caisse Autonome d'Amortissement ()
CAC	Chargé/e d'Appui-Conseil
CAD	Conférence Administrative du Département
c.-à-d.	C'est-à-dire

CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CCMP	Cellule de Contrôle des Marchés Publics
CDEEP	Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement
CDTS	Centre Départemental de Transfusion Sanguine
CFA	Communauté Financière d'Afrique
CHD	Centres Hospitaliers Départementaux
CIUF	Conseil Interuniversitaire Francophone
CMO	Convention de Mise en Œuvre
CNEEP	Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes
CNHU-HKN	Centre National Hospitalier et Universitaire
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	Comité de Gestion du Centre de Santé
CODIR	Comité de Directions
CONSAMUS	Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales
COOPAMI	Platform de Coopération au développement au sein de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
COSA	Comité de Santé
CPMP	Cellule de Passation des Marchés Publics
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Centre de Promotion Sociale/ Centre de Protection Sociale
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
CPT	Comité de Pilotage Technique
CSIEM	Chef du Service d'Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
CTB	Coopération Technique Belge (Agence Belge de Développement)
CT	Conseiller Technique
CTI	Conseiller Technique International
CTN	Conseiller Technique National
CTR	Conseiller Technique Régional

CUD	Commission Universitaire pour le Développement
CUS	Couverture Maladie Universelle
DA	Domaine d'Activités
DAC	Directeur Adjoint de Cabinet
DAO	Dossiers d'Appel d'Offres
DBM	Déchets BioMédicaux
DC	Directeur de Cabinet
DDS	Direction Départementale de Santé
DFRS	Direction de la Formation et de la Recherche en Santé
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DIP	Direction de l'Informatique et du Pré-archivage
DNEHS	Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et des Soins
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DO-RHS	Développement Organisationnel – Ressources Humaines en Santé
DPMED	Direction des Pharmacies et du Médicament
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSIO	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DT	Direction Technique
DTF	Dossier Technique et Financier
DTP3	Diphtérie Tétanos Pertussis, 3ème dose
DTS	Dépenses Totales de Santé
EDS IV	Enquête Démographique et de Santé
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
EFMS	Ecole de Formation Médico-Sociale
EST	Expertise Sectorielle et Thématique
EUR	Euro
FADEC	Fonds d'Appui au Développement des Communes
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc Communauté Financière Africaine
FEC	Fonds d'Etudes et de Consultances
FIT	Financial Information Tool
FNRB	Fonds National des Retraités du Bénin
FS	Formation Sanitaire

FSI	Fonds Sanitaire des Indigents
FTE	Full Time Equivalent
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunization
GERME	Groupe d'échanges et de Recherche pour la promotion de la mutualité et de la micro entreprise
GIE	Gestion Infrastructure et Equipement
GRADE	Groupe de Recherche et d'Actions pour le Développement et l'environnement
GRAP-PA	Groupe de Recherche en Appui à la Politique sur la mise en œuvre de l'Agenda pour l'efficacité de l'aide
GRH	Gestion de Ressources Humaines
GTT	Groupe Technique de Travail
GTSS	Groupe Technique Sectoriel Santé
GMAO	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
GTT-RH	Groupe de Travail Technique-Ressources Humaines
HZ	Hôpital de Zone
IEM	Infrastructures, Equipements et Maintenance
IDH	Indice de Développement Humain
IF	Instituts Formation
IGAM	Inspecteur Général Adjoint du Ministère
IGM	Inspecteur Général Adjoint du Ministère
IHP+	Partenariat International pour la Santé
INMeS	Institut National Médico-Sanitaire
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JAE	Jeunesse Action Environnementale
km	Kilomètre
KTL	Klouékanmè, Toviklin et Lalo
LMG	Leadership – Management – Gouvernance
MAEP	Ministre de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
MBF	Maintenance Basée sur la Fiabilité
MC	Mono-Couffo
MDGLAAT	Ministère de la Décentralisation, de la Gouvernance locale, de l'Administration et de l'Aménagement du territoire
M&E	Monitoring and Evaluation
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFASSNHPTA	Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age

MIILD	Moustiquaires Imprégnées d’Insecticide de Longue Durée
MNT	Maladies Non Transmissibles
MP	Marché Public
MRJC	Mouvement Rural de Jeunesse Chrétienne
MS	Ministère de Santé
MSSB	Mutuelle de la Sécurité Sociale du Bénin
MTFP	Ministère du Travail et de la Fonction Publique
OB	Organisations Bénéficiaires
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OG	Objectif Général
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OS	Objectif Spécifique
OSD	Orientations Stratégiques de Développement
OSC	Organisations de la Société Civile
OST	Orientation stratégique
P4H	Providing For Health
PAC	Parcours d’Acquisition de Compétence
PAPDC	Programme d’Appui aux Plans de Développement des Communes
PARZDS	Projet d’Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires
PASS	Programme d’Appui au Secteur de la Santé
PASTAM	Projet d’Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle
PAZS	Projet d’Appui à la Zone de Santé
PCIME	Programme de prise en charge intégrée des maladies de l’enfant
PDC	Plan de Développement Communal
PEC	Prise en Charge
PF	Planning Familial
PIB	Produit Intérieur Brut
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PIHI	Paquets d’Intervention à Haut Impact
Plan 2D	Plan de Décentralisation et Déconcentration
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PONADEC	Politique Nationale de la Décentralisation
PDDI	Plan Départemental de Développement Intersectoriel
PRPSS	Projet de Renforcement de la Performance du Système de santé

PSCS	Plateforme Société Civile
PSL	Produits Sanguins Labiles
PTA	Plan de Travail Annuel
PTD	Plan Triennal de Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PTS	Poste de Transfusion Santé
PVVIH	Personnes Vivantes avec le VIH
PSDRHSS	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé
PSER	Plan de Suivi Evaluation Revue
PTA	Plan de Travail Annuel
PTME	Programme de Transmission Mère Enfant
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PV	Procès-Verbal
R	Résultat
RA	Recherche-Action
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RAS	Réseau Alliance Santé
RC	Relais Communautaires
RdF	Rapport de Formulation
RABeJ/SIDA	Réseau des Associations Béninoises de Jeunes Engagés dans la lutte contre le SIDA
REBAP+	Réseau Béninoise d'Associations de Personnes infectées ou affectés par le VIH/SIDA
RF	Responsable Financier
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines en Santé
RMP	Review Mi-Parcours
ROBS	Réseau des Organisations Béninoises pour la Santé
RR	Représentation Résident
RSS	Renforcement Système de Santé
S	Secrétariat
SA	Secrétariat Administratif
SADC	Secrétariat Administrative du Directeur du Cabinet
SARH	Service de l'Administration des Ressources Humaines
SBC	Service à Base Communautaire

SC	Service Comptabilité
SCRP	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SEPS	Service des Etudes de la Planification et du Suivi
SGAM	Secrétaire Général Adjoint du Ministre
SGM	Secrétaire Général du Ministère
SGSI	Service de Gestion du Système d'Information
SGTT	Sous Groupe Technique de Travail
SI	Système d'Information
SIO	Soins Infirmiers et Obstétricaux
SIEM	Service des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
SM	Santé Maternelle / Service de Matériel
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SNRMMN	Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néo-natale
SOLIDEV	Solidarité et Développement
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SRAJ	Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SRH	Service des Ressources Humaines
SSP	Soins de Santé Primaires
SYLOS	Système Local de Santé
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SV	Source de Vérification
SWAp	Sector Wide Approach
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces)
TDM	Traitement De Masse
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto-Juvenile
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TMN	Taux de Mortalité Néonatale
TPM+	Tuberculose à Microscopie Positive
TS	Transfusion Sanguine
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UAC	Université d'Abomey-Calavi

UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UCL	Université Catholique de Louvain
UF	Unité Fonctionnelle
UG	Unité de Gestion
UGAP	Unité de Gestion Administrative-Financière du Programme
ULB	Université Libre de Bruxelles
ULg	Université de Liège
UNFPA	United Nation Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
VLIR - CIUF	Vlaamse Interuniversitaire Raad - Conseil Interuniversitaire de la communauté Française
XOF	West African Franc
ZS	Zone Sanitaire

RÉSUMÉ

Le programme d'appui au secteur santé, nommé 'PASS Sourou' sera mis en œuvre dans le cadre du **Programme Indicatif de Coopération** (PIC) Bilatéral bénino-belge pour un montant de 20 millions d'Euro (EUR). La contribution béninoise sera d'environ 1.800.000 EUR. D'une durée de cinq ans, le PASS constitue la suite des interventions du PIC 2008-2012, notamment l'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé (AIMS) et le Programme d'Appui au Renforcement des Départements et Zones de Santé (PARDZS). Tout en visant un renforcement du système de santé dans sa globalité à travers la promotion de l'approche sectorielle, il ciblera particulièrement le niveau central du Ministère de la Santé, le niveau intermédiaire (Direction Départementale de Santé - DDS) dans le Mono-Couffo et l'Atacora-Donga et le niveau opérationnel¹.

Conformément à la fiche d'identification, l'**objectif** général du PASS « Sourou » est de «contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin». Plus spécifiquement, il vise à «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 efficacité accrue des structures opérationnelles». En cohérence avec la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRCP) et en particulier le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), dont il appuie la mise en œuvre, le PASS travaillera sur les cinq axes prioritaires de ce plan décennal avec focus sur certains de ses (sous)programmes comme point d'entrée pour renforcer le système de santé. A travers un processus participatif² ayant impliqué les acteurs nationaux aux différents niveaux du système et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), cinq **résultats** (R) ont été définis auxquels le PASS peut contribuer:

- R1 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés.
- R2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée.
- R3 : Une stratégie cohérente et concertée d'appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée.
- R4 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.
- R5 : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.

Les différents points d'entrée au sein des résultats formulés se renforceront mutuellement en agissant chacun sur les dimensions **clés du système de santé** (la demande, l'offre et la gouvernance) afin d'assurer un accès universel à des soins de qualité :

- L'organisation de la demande à travers le réseautage communautaire dans les 2 DDS (R1-DA1.3, Domaine d'activités) et à travers l'appui au RAMU au niveau national (R3).
- L'organisation de l'offre de soins de qualité à travers l'appui à la mise en œuvre de la politique nationale de l'assurance qualité globale dans les 2 DDS (R1) ; un appui à une stratégie durable

¹ Zones de Santé Klouékanmè-Toviklin-Lalo, Aplahoué-Djakotomè-Dogbo, et Comé-Houeyogbe-Grand Popo-Bopa dans le Département Sanitaire du Mono-Couffo ; de Bassila, et Djougou-Ouaké-Copargo dans celui de l'Atacora-Donga.

² Deux ateliers avec tous les acteurs concernés ont été organisés et l'équipe de formulation était composée d'une équipe mixte de formulateurs nationaux et formulateurs de la CTB

pour un financement orienté vers les résultats ; un appui ciblé à une meilleure gestion des ressources humaines avec une attention particulière à la disponibilité de personnel – surtout les sages-femmes et les médecins spécialistes en stage – motivé et compétent dans les zones reculées (R2) ; et un appui, à une bonne gestion et maintenance des ressources matérielles (R4), et (R1).

- La gouvernance du système (R5) à travers un appui à la planification ascendante et intégrée, aux mécanismes de gestion de l'information et de suivi & évaluation, et à la coordination selon une approche sectorielle (mise en œuvre du Compact). Dans la même vision de renforcer le 'stewardship' du Ministère de la Santé, le PASS « Sourou » appuiera également des initiatives porteuses en lien avec la contractualisation entre public-privé.

L'amélioration de la performance du système de santé telle que visée par le PASS implique un focus au-delà des éléments visibles (tels que les structures, les processus régulateurs, les ressources). Elle requiert la prise en compte des éléments de la 'structure profonde' du système, c'est-à-dire toutes les attitudes, valeurs, croyances, attentes, suppositions qui influencent le comportement. Il s'agit d'un processus endogène et à long terme dans lequel le PASS s'inscrit comme un des éléments externes avec toutes ses limites, mais dans l'optique de jouer un rôle permanent de facilitateur, de catalyseur. A travers des consultations avec les acteurs concernés, trois domaines de **changement de comportement** au sein du secteur sont identifiés. Ils constitueront les orientations stratégiques du programme PASS :

- Une dynamique d'apprentissage au sein du secteur et les structures/interfaces aux différents niveaux afin de promouvoir une culture de prise de décisions basées sur les évidences.
- Une meilleure articulation et intégration des activités des acteurs dans le secteur afin de stimuler une approche sectorielle et le renforcement du système local de santé (SYLOS).
- Une approche globale centrée sur la personne afin d'améliorer la qualité des services. Cette approche ciblera non seulement les bénéficiaires des services, mais également les professionnels de santé qui doivent assurer les services. Une attention particulière sera portée aux thèmes transversaux décrits dans la fiche d'identification et cela en étroite concertation avec le programme d'appui bénino-belge au secteur agriculture. Concernant l'égalité de genre, la mesure spécifique la plus pertinente est celle de l'institutionnalisation de ce thème transversal au niveau du secteur.

Par rapport à ce processus de changement, un **accompagnement technique** permanent est prévu à travers un pool d'expertise sectorielle internationale, régionale et nationale. Une enveloppe pour mobiliser une expertise (nationale et internationale) perlée ou ponctuelle est également budgétisée.

En termes d'**investissements** et de réhabilitations, le PASS se limitera au strict minimum et se concentrera davantage sur le système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures.

L'inscription des résultats du PASS dans les programmes sectoriels (PNDS) facilitera le passage d'une gestion de type 'projet' à une **gestion de type programme d'appui**. D'autre part, la synergie et la complémentarité avec les appuis des autres PTF sont plus évidentes pour la promotion l'approche sectorielle santé (à travers la mise en œuvre du Compact).

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

Numéro national DGD	3014055		
Code Navision CTB	BEN 13 025 11		
Institution partenaire	Ministère de la santé		
Durée de la convention spécifique	72 mois ³		
Contribution du Bénin	1 800 000 EUR		
Contribution de la Belgique	20.000.000 EUR		
Date estimée de démarrage	2014		
Code sectorial	12220	12110	
Objectif général	«Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé»		
Objectif spécifique	« 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 opérationnelles » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo)		
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> - R1 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés. - R2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée. - R3 : Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée. - R4 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées. - R5 : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé. 		

³ Période prévu de 57 mois pour la mise en œuvre et 3 mois de clôture

1 ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Contexte global

Le Bénin est un pays d'Afrique de l'Ouest (114.763 km²) dont **la population** estimée en 2013 est de 9.982.884 habitants, dont 51,2% est de sexe féminin⁴. La densité démographique moyenne est de 87 habitants/km² avec une concentration plus élevée à la côte où se situent la capitale économique (Cotonou) et la capitale politique (Porto-Novo). En 2011, 45% de la population vivait en milieu urbain contre 55% en milieu rural.

Le Bénin est caractérisé par une population jeune. En effet, plus de 50% de la population à moins de 18 ans. La population potentiellement active (15-64 ans) représente 50% de la population. L'espérance de vie à la naissance est de 60,8 ans, légèrement plus élevée pour les femmes (62,9 ans) que pour les hommes (58,6 ans). Le taux de fécondité est de 5,7 avec un taux d'accroissement annuel de 3,25%.

Par rapport au **profil épidémiologique**, les maladies transmissibles – y compris le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) - sont les principales causes de morbidité et de mortalité, suivies par les anémies d'origine infectieuse et nutritionnelle. 43% des enfants ont un retard de croissance. Les principales causes de décès en 2010 étaient le paludisme, l'anémie et les infections respiratoires aiguës. Par ailleurs, les nouveaux modes de vie liés à l'alimentation, l'urbanisation et la sédentarisation ont entraîné l'émergence de facteurs de risque des maladies non transmissibles comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires et les accidents de la route. Pendant les 10 dernières années la mortalité maternelle a connu une réduction significative de plus de 20 pourcent. Selon les données disponibles à l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) elle se situe maintenant autour de 350 décès sur 100.000 naissances vivantes. Concernant le VIH, le Bénin est touché par une épidémie de type généralisée.⁵ Depuis des années le taux de prévalence du VIH reste stable autour de 1,2%.

Sur le **plan socioculturel**, il existe un pluralisme linguistique et ethnique au Bénin.

Sur le **plan administratif**, le Bénin compte 6 régions/préfectures (12 départements dans le futur suite à la mise en œuvre de la loi N° 97-028 portant organisation de la République du Bénin). Ces régions sont divisées en 77 communes dont trois à statut particulier que sont: Cotonou, Porto-Novo et Parakou. Les 77 communes sont subdivisées en 546 arrondissements comportant 3743 villages et quartiers de ville.

Le Bénin jouit d'une stabilité **politique** et a opté depuis 1990 pour le pluralisme démocratique. Il est souvent cité comme un exemple de démocratie en Afrique de l'Ouest. La corruption reste toutefois endémique⁶.

La **situation économique** est précaire. Avec un revenu par habitant de 756 dollars, le Bénin se place dans le groupe des pays à faible revenu, avec 35,2% de la population vivant sous le seuil de la pauvreté monétaire en 2009/2010. Le Bénin occupait en 2011 la 167ème place sur 187 pour l'indice de développement humain (IDH) qui était de 0,427. La pauvreté est plus prononcée en milieu rural

⁴ Résultats provisoire RGPH4

⁵ On parle d'une épidémie du VIH généralisée si le taux de prévalence chez la population âgée entre 15 et 49 ans est de 1% ou plus.

⁶ Un nouveau projet de loi sur la corruption a été adopté en août 2011.

bien que l'économie nationale soit basée sur l'agriculture. Il existe une faible diversification des sources de revenus, et l'industrie demeure un secteur très peu développé. Au vu de cette situation vulnérable aggravée par les impacts de la crise financière mondiale depuis 2008, les autorités béninoises ont renforcé ces dernières années l'accent mis sur la promotion des filières agricoles porteuses, ainsi que le développement économique local. L'accélération récente du processus de décentralisation (voir infra), qui impactera le secteur de la santé de façon croissante dans les prochaines années, n'est pas étranger à cette préoccupation.

1.2 L'organisation du secteur de la santé

Le secteur de la santé au Bénin est organisé sous une forme pyramidale à trois niveaux, calquée sur le découpage territorial : (i) un niveau central ou national qui assure l'appui stratégique aux départements, (ii) un niveau intermédiaire ou départemental qui assure l'appui technique aux zones sanitaires et (iii) un niveau opérationnel représenté par les zones sanitaires (ZS) qui offrent les soins de santé primaires aux populations.

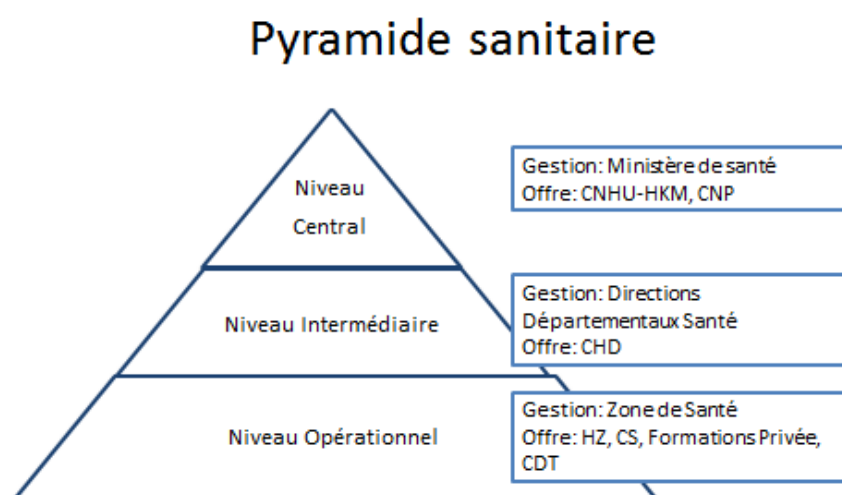


Figure 1: La pyramide sanitaire au Bénin

Niveau central

Le Ministère de la Santé comprend : (i) le Ministre, (ii) les services et personnes directement rattachés au Ministre, (iii) le Cabinet du Ministre, (iv) l'Inspection Générale du Ministère, (v) le Secrétariat Général du Ministère, (vi) les Directions centrales, (vii) les Directions techniques et les Directions Départementales, (viii) les Organismes sous tutelle et (ix) les Organes consultatifs nationaux (confère article 3 du décret N°2012 – 272 du 13 août 2012 portant AOF du ministère). Les Attributions, l'Organisation et le Fonctionnement (AOF) des directions ou structures assimilées à l'intérieur du Ministère sont définis par arrêtés du Ministre de la Santé (MS) sur proposition de leur responsable respectif.

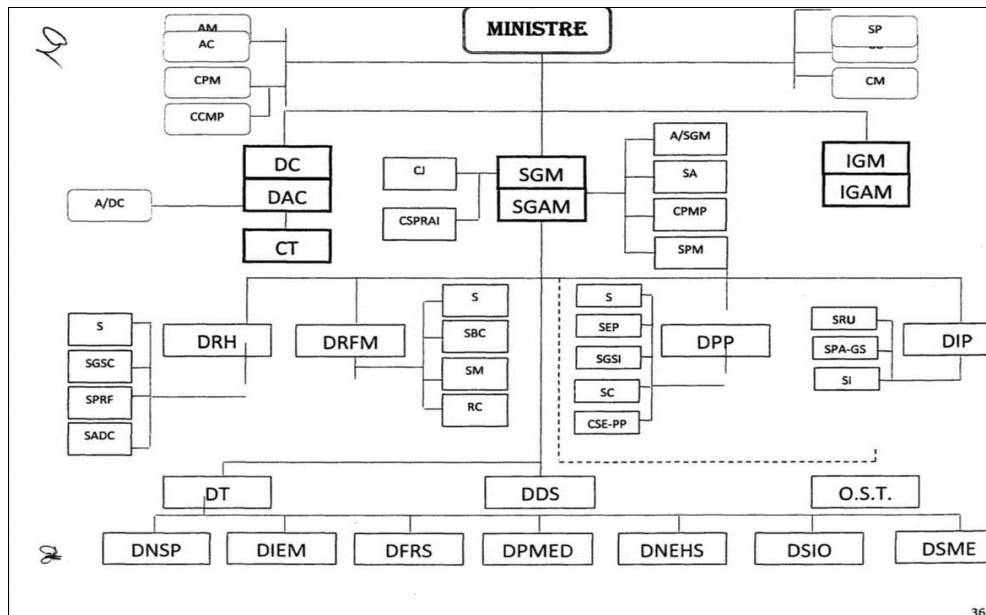


Figure 2 : Organigramme du Ministère de Santé

Niveau intermédiaire

Le nombre des Départements Sanitaires (dirigés par une DDS)⁷ est de six au total. La DDS est une entité déconcentrée du niveau central du MS mais sous tutelle du Préfet du Département (6 préfets en total). Aussi plusieurs programmes de lutte contre les maladies spécifiques disposent d'un service déconcentré au niveau intermédiaire.

Les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) sont le niveau de soins correspondant au niveau intermédiaire. Ils constituent le deuxième niveau de référence dans la pyramide sanitaire et le premier niveau de soins 'tertiaires'.

Niveau opérationnel

Le Bénin est découpé en 34 zones sanitaires (ZS) qui suivent partiellement le découpage administratif.

Le schéma à la fin de ce paragraphe explicite les liens entre tous les acteurs concernés par la santé au niveau de la ZS. On parle du Système Local de Santé (SYLOS).

La fonctionnalité des ZS est encore relative. Les collectivités locales, les communautés et la société civile sont impliquées dans la gestion des services de santé, mais la contribution des collectivités locales au financement des activités de santé est faible. Ceci est principalement dû au faible transfert (autour de 3%) du budget national vers les communes. Quant au couplage de l'organisation sanitaire avec la décentralisation administrative, une ZS compte une ou plusieurs communes.

Le secteur privé, le secteur libéral et le secteur à vocation humanitaire sont très actifs, mais il se pose cependant des problèmes liés à la réglementation de l'exercice de la profession dans le secteur privé et au respect des textes.

La protection du consommateur est légalement garantie au Bénin, la société civile est très active, les médias sont libres et les libertés syndicales sont respectées, mais le contrôle citoyen dans le secteur de la santé reste encore faible ce qui contribue au développement des pratiques de corruption et de mauvaise gouvernance dans les structures de santé.

⁷ La division en 12 départements existe sur papier mais n'est pas encore mise en œuvre sur le terrain.

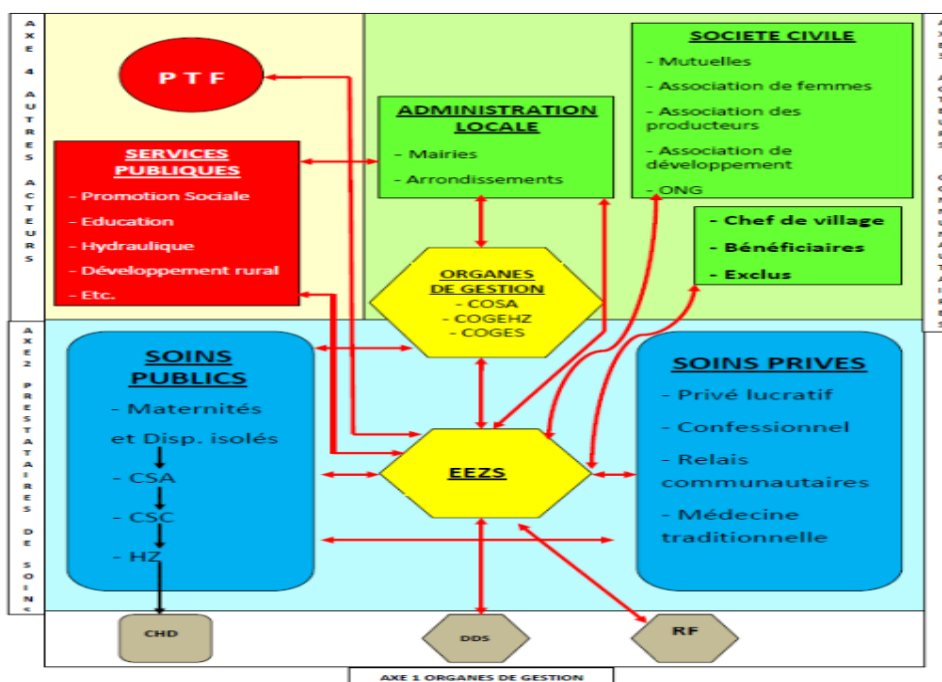


Figure 3: Le Système Local de Santé au Bénin

1.3 Les politiques nationales en lien avec la santé

Ce chapitre se limite à une brève description du contexte de la politique sanitaire du Bénin et de la protection sociale (en particulier le RAMU). Ces politiques sont cruciales pour assurer à terme l'accès équitable à des soins de qualité à la population béninoise. A part ces politiques, le Bénin a initié plusieurs réformes qui visent, directement ou indirectement, à améliorer la performance du système de santé. Elles seront décrites et analysées dans le chapitre suivant (1.4).

1.3.1 Le Plan National de Développement Sanitaire

La Constitution de 1990 et les Etats Généraux de la Santé de novembre 2007 constituent la base de la vision du Bénin dans le domaine de la santé. La politique sanitaire du Bénin est basée sur des analyses du contexte socio-sanitaire, des priorités nationales fixées par la **Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté** (SCRP 2011-2015), **les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)** et la **vision ALAFIA 2025** qui décrit un renforcement de la performance du système national de santé béninois.

La vision à long terme Bénin 2025 Alafia proclame que « le Bénin est, en 2025, un pays-phare, un pays bien gouverné, uni et de paix, à économie prospère et compétitive, de rayonnement culturel et de bien-être social » (République du Bénin, 2000).

La politique sanitaire est formalisée dans le **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)** (cf. 2.1.1) qui couvre la période de 2009 à 2018. Le PNDS constitue le document stratégique de référence du secteur et a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de la population.

Les cinq axes stratégiques consistent en :

- Axe 1 : La réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention et la lutte contre la maladie ainsi que l'amélioration de la qualité des soins
- Axe 2 : La valorisation des ressources humaines

- Axe 3 : Le renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale
- Axe 4 : Les mécanismes de financement du secteur (financement/assistance médicale aux populations pauvres)
- Axe 5 : Le renforcement de la gestion du secteur

Le processus de planification des activités souffre d'une déficience dans l'application des mécanismes de planification ascendante intégrée. En effet ces mécanismes qui doivent permettre au niveau opérationnel de planifier ses activités pour une intégration avec les activités des niveaux intermédiaire et central ne sont pas effectivement appliqués⁸. Par ailleurs l'insuffisante vulgarisation et l'absence de mécanisme spécifique de suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies handicape leur application par les professionnels de santé.

1.3.2 La Protection Sociale et le Régime d'Assurance Maladie Universelle

1.3.2.1 Le système de protection sociale

La protection sociale⁹ est l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux. La santé (à travers le régime d'assurance-maladie, nommé RAMU au Bénin) n'est donc qu'un des déterminants de la protection sociale qui comprend aussi la réduction des risques liés au chômage, aux accident du travail et vieillesse, ainsi que les programmes visant à promouvoir l'emploi, le fonctionnement efficace du marché du travail et la protection des travailleurs.

La **Constitution** du Bénin du 11 décembre 1990 a légitimé implicitement le droit à la protection sociale en reconnaissant que « tout être humain a droit au développement et au plein épanouissement de sa personne dans ses dimensions matérielle, temporelle, intellectuelle, spirituelle» (article 9) et en faisant obligation à l'Etat d'assurer à ses citoyens « un accès égal à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi » (article 8).

Le **Ministère** chargé de la Protection Sociale a été créé en 1998. Plusieurs autres ministères sont également concernés tels le Ministère du Développement, le Ministère en charge de la Famille, le Ministère du travail et le Ministère de la Santé. Plusieurs groupes de travail et de réflexion sont mis en place aux différents ministères et niveaux.

La politique de protection sociale figure également parmi les priorités de développement énoncées dans les documents de planification et les stratégies de développement, y compris la SCRP de 2007 à 2009 et PSNPS 2004-2013.

La **législation** actuelle se limite essentiellement aux lois régissant les systèmes de sécurité sociale : la loi portant sur la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et les lois portant sur le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB). Ces lois régissent l'assurance sociale des employés du secteur privé formel et de la fonction publique. Moins de 10% de la population en bénéficie. Ainsi la grande majorité de la population la plus pauvre et vulnérable qui exerce ses activités dans le secteur informel est laissée à l'écart. En outre, les risques couverts excluent l'assurance chômage et, dans le cas de la CNSS, l'assurance maladie.

⁸ Evaluation du système de santé au Bénin – USAID/IRSP, septembre 2012

⁹ United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). 2010. Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics

Les **principaux écueils** à la mise en œuvre efficace de la politique holistique de protection sociale demeurent :

- Le manque de clarté quant aux rôles et responsabilités des acteurs et problèmes de coordination et de leadership qui en découlent.
- L'inexistence, dans la législation nationale, de mesures spécifiques pour ériger un système efficace de protection sociale. Les actions à mettre en œuvre ne sont pas bien définies.
- Les capacités de conception, suivi et monitoring, et d'exécution des programmes de protection sociale sont faibles.
- Les ressources financières pour la mise en œuvre des programmes sont très limitées avec seulement 0,9% des dépenses publiques totales ou 0,2% du PIB.

1.3.2.2 L'assurance maladie

Depuis les années 1990, le **mouvement mutualiste** a été initié en tant que modèle alternatif d'amélioration de l'accès financier des populations aux soins de santé. Le nombre de mutuelles communautaires était estimé à 201 en 2010, ce qui correspond à environ 1,8% de la population en 2009 et une pénétration dans ses zones de couverture entre 5% et 20% selon les cas. D'ici 2016, la PNDS prévoit la création d'une mutuelle de santé dans chaque commune. Malgré cette croissance, leur contribution dans l'allègement de la contribution financière des ménages reste faible¹⁰ :

- La majorité ne couvre que les petits risques (consultation curative primaire, consultation pré-/post-natale, accouchement normal, médicaments essentiels) alors que les gros risques, tels que les interventions chirurgicales, les accouchements compliqués et les hospitalisations, qui sont plus coûteux, ne sont pas couverts.

Les défis majeurs au développement des mutuelles de santé sont :

- La non-viabilité technique et financière des mutuelles.
- Le faible niveau de capacités des gestionnaires et le manque de professionnalisation.
- L'adhérence non-obligatoire et les faibles taux d'adhésion et de pénétration dans ses zones de couverture respectives (entre 5% et 20%).

Mis à part les mutuelles de sécurité sociale et les mutuelles de santé, **l'assurance privée commerciale** constitue la seule autre source d'assurance maladie (et d'assurance vieillesse et d'assurance décès) au Bénin, avec six compagnies en opération actuellement dans le pays. Au vu des primes très élevées, les sociétés privées d'assurance maladie comptaient à peine 21.200 adhérents avec quelques 75.000 bénéficiaires au total en 2009.

En réalité la protection offerte est limitée en termes de services et est seulement disponible pour une partie minimale de la population :

- Seulement 9% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie : environ 6% par le FNRB, moins de 2% par les mutuelles de santé et moins de 1% par l'assurance privée.

Différentes **politiques de gratuité des soins** ont été mises en place au cours de ces dernières années :

- Un Fonds Sanitaire des Indigents (FSI) a été établi en juin 2000. L'envergure du fonds reste assez limitée par rapport au niveau de pauvreté et aux barrières financières d'accès aux soins.

¹⁰ Analyse de MBLSS

En 2007, seulement 10.932 personnes ont bénéficié du fonds, dont 3.276 enfants et 4.715 femmes.

- Les critères d'indigence au Bénin ne sont pas harmonisés. Les indigents sont aujourd'hui identifiés par les Centres de Protection Sociale (CPS) du Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age (MFASSNHPTA). L'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) utilise néanmoins d'autres critères d'indigence.
- La césarienne¹¹ a été rendue gratuite en mars 2009. Sa mise en application souffre cependant d'insuffisances graves en personnel qualifié, en équipements et matériels techniques, ainsi que des délais dans l'acheminement et le traitement des dossiers pour le remboursement (MS, 2010).
- Le traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose est entièrement gratuit, couvrant les examens, les médicaments et l'alimentation des patients.
- La prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes est également gratuite.
- Quelques services de santé préventifs, tels que le programme élargi de vaccinations, le déparasitage, la supplémentation en vitamine A et la distribution de moustiquaires imprégnées, sont aussi couverts par la gratuité.

Une étude menée dans le cadre du programme PARZDS, démontre que la prise en charge anti-palustre gratuite et le Fonds Sanitaires des Indigents ont eu un effet positif sur l'accès des femmes et leurs enfants aux soins de santé.¹²

Il existe une volonté du Gouvernement de réduire la fragmentation dans la protection sociale et des financements 'au coup par coup' (cf. stratégies de gratuité) et d'évoluer vers une couverture universelle. En 2008, le Conseil des Ministres a pris la décision de créer le **Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)**, afin d'offrir une protection contre les conséquences financières du risque maladie pour l'ensemble de la population. Le RAMU est conçu autour de six principes cardinaux : la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, l'adhésion obligatoire, l'équité et l'efficacité. Il contient les orientations stratégiques suivantes¹³ :

- La construction d'un système de couverture universelle qui s'appuie sur les systèmes existants.
- La définition du rôle de chaque mécanisme et le fonctionnement de tous les mécanismes qui font partie du système, afin d'avoir un système intégré.
- L'adhésion des familles et des groupes au lieu des personnes.
- La couverture d'un panier de soins se focalisant sur les soins prioritaires pour le plus grand nombre.
- La promotion du partenariat public - privé pour fournir les services de soins.
- L'établissement d'une liste de médicaments remboursables.

¹¹ Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale

¹² République du Bénin. Ministère de la Santé, PARZDS, CTB-Bénin (2012) Genre et accessibilité aux soins dans le département de la Donga : étude exploratoire pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins des groupes vulnérables.

¹³ Tchibozo, Hugues et al. 2011

Aujourd'hui l'ANAM compte une dizaine de personnes mais elle n'est pas opérationnelle à la hauteur des défis.

Depuis ce lancement, les réflexions sur l'architecture et sur le financement du RAMU se sont poursuivies. Plusieurs missions internationales d'experts et de multiples lancements officiels ont eu lieu. L'expertise technique à travers des consultants et missions est à multiple reprises consultée et fournie par l'OMS, le Providing For Health (P4H), la COOPAMI, l'AIMS afin de développer les concepts pour le financement de RAMU, la feuille de route, les besoins, le cadre institutionnel, etc. Néanmoins, l'opérationnalisation et l'institutionnalisation évoluent très lentement et les résultats sont pauvres. L'instauration d'un cadre légal et réglementaire du RAMU est nécessaire afin de le rendre crédible. Depuis juillet 2013, un Sous-Groupe Technique de Travail, le SGTT-RAMU a été créée pour mettre en œuvre et suivre une feuille de route pour réaliser l'objectif du RAMU.

1.3.3 Les politiques sanitaires et l'atteinte des OMD relatifs à la santé

En vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé le Bénin a développé un cadre institutionnel, politique et législatif extensif ainsi que des partenariats avec la société civile:

Au niveau institutionnel :

- Du Ministère de la santé : La Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), la Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DSIO), le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), le Groupe Technique de Travail (GTT) sur la Santé de la reproduction, GTT sur la Survie de l'enfant
- Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS).

Au niveau législatif :

- La Loi N° 2003-03 du 03 mars 2003 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin
- La Loi N° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction
- La Loi N°2005-31 du 05 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin
- La Loi N° 2006-04 du 10 avril 2006 portant conditions de déplacement des mineurs et répression de la traite d'enfants en République du Bénin
- Loi N° 2006-19 du 05 septembre 2006 portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes en République du Bénin.

Au niveau politique :

- Le Paquet d'intervention à haut impact par niveau de soins pour l'atteinte des OMD au Bénin (2010)
- La Stratégie nationale de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Bénin (2006-2015)
- Le Deuxième Plan opérationnel de la Stratégie de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Bénin pour la période de 2012 à 2015
- La Stratégie nationale pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction 2006-2015
- Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes au Bénin (2010-2020)
- Plan national de lutte contre le sida 2012-2016
- Plan national d'élimination de la transmission mère-enfant 2012-2015.

Au niveau de la société civile :

- Les associations et réseaux reconnus comme partenaires : le REBAP+ (Réseau béninois d'associations de personnes infectées ou affectés par le VIH/SIDA), ROBS (Réseau des organisations béninoises pour la santé), RABeJ/SIDA (Réseau des associations béninoises de jeunes engagés dans la lutte contre le SIDA) et ABPF (Association béninoise pour la promotion de la famille).

Les OMD spécifiques pour la santé (OMD 4: santé de l'enfant ; OMD 5: santé maternelle ; OMD 6: le VIH, le malaria et la tuberculose) sont tous liés aux droits et la santé sexuelle et reproductive. Le tableau suivant contient quelques indicateurs relatifs à la SSR/VIH et leur évolution dans le temps.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs de mortalité maternelle et infantile¹⁴

Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taux de Mortalité Maternelle (TMM) Nombre décès/ 100.000 naissances vivantes	430 [290-750]					350 [220-600]		205,6** *
La couverture vaccinale DTP3 (%) (PENTA3) (Diphtérie Tétanos Pertussis, 3ème dose)		74	82	78	83	83	83	100,9**
Enfants 12-23 mois reçu tous les vaccins (%)		47,1					47,6	48*
Taux de fécondité (Indice synthétique de fécondité)							5,01	4,9*
La prévalence contraceptive (%)		6,1					7,9	12,9*
Besoins non-couverts en Planning Familial (%)		29,9					32,6	
≥ 4 consultations prénatales (%)		60,5						
≥ 1 consultation prénatale (%)		84,1					83,4	101**
Accouchement assisté par du personnel qualifié (%)		74					80,9	84*
Prévalence VIH /100.000							707	
Prévalence VIH entre 15-49 ans		1,3					1,2	1,2*

*EDS IV, INSAE 2012

** ASS, SGSI/DPP, MS 2012

*** Taux de mortalité maternelle (intra-hospitalière) ASS, SGSI/DPP, MS 2012

Il faut remarquer que les indicateurs officiels fournis par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) ne coïncident pas toujours avec les indicateurs publiés par l'OMS, surtout pas en matière de mortalité maternelle.

¹⁴ OMS (2013) Profil épidémiologique du Bénin. (Sur : <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BEN>; 02/10/2013)

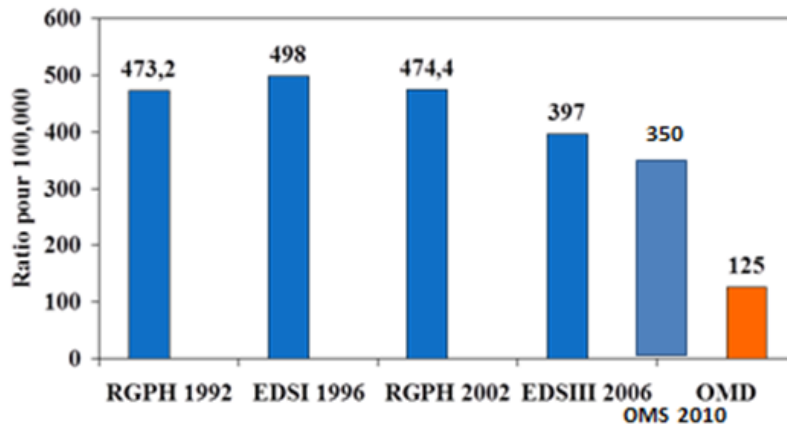


Figure 4: Evolution de la mortalité maternelle de 1996 à 2006 au Bénin ¹⁵

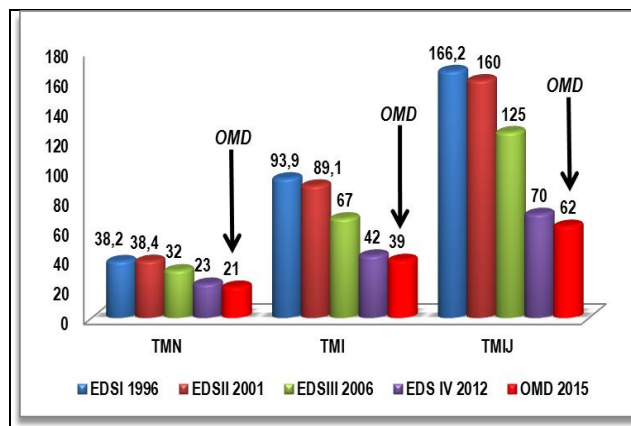


Figure 5: Evolution de la mortalité néonatale, infantiles et infant-juvénile de 1996 à 2012

Bien que la mortalité maternelle ait connu une réduction significative de 20 pour cent pendant les 10 dernières années, le rythme de la réduction du taux annuel reste insuffisant pour atteindre l'OMD 5 (réduction de la mortalité maternelle). Actuellement la réduction de la mortalité maternelle et la promotion du planning familial sont les deux grandes priorités pour la DSME.

Afin de répondre aux besoins les plus urgents dans le domaine de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), le Ministère a développé un paquet de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) – un paquet de base (SONUB) et un paquet complet (SONUC) - focalisé sur les interventions ayant un impact direct sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Néanmoins, l'enquête SONU 2010 démontre que seulement 17 zones de santé sur 34 sont concernées, que le milieu rural (qui compte 61 pour cent de la population) couvre moins de 1% du SONU et que seulement 1,7% des formations sanitaires offrent les 9 fonctions SONU. La gratuité de la césarienne ne concerne qu'un nombre limité de formations sanitaires et le volet nouveau-né reste peu développé.

Bien que le taux d'utilisation des contraceptifs a connu une progression significative, les prestations en PF restent globalement faibles sur l'ensemble du territoire national, surtout dans les structures publiques (35% contre 65% dans les structures privées) et au sein des communautés.

¹⁵ Dissémination des documents stratégiques du Secteur de la Santé, Septembre 2011

Une revue conjointe de la Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (DSNRMMN) 2006-2011, effectuée conjointement par le MS et UNFPA en 2011, a révélé de nombreuses faiblesses persistantes du système de santé qui ont un impact néfaste sur la santé de la mère et du nouveau-né, notamment :

- La faible planification à tous les niveaux (insuffisance de prise en compte des réalités concrètes du terrain ainsi que des aspirations des populations)
- La gouvernance (gestion non axée sur les résultats, l'insuffisance de leadership, d'appropriation et de coordination à tous les niveaux)
- L'insuffisance de couverture des mères et des nouveaux nés en soins essentiels de qualité à cause de l'insuffisance dans la gestion des ressources financières, humaines et matérielles disponibles
- Les difficultés énormes à assurer le suivi de la mise en œuvre (données incomplètes et peu fiables, SNIGS peu efficace).¹⁶

L'intégration des programmes spécifiques pour la SSR et le VIH dans le paquet de services fournis par les prestataires, le faible niveau des prestataires et le problème d'accessibilité financière – y compris pour les adolescents et des jeunes - aux services de santé, restent des obstacles majeurs dans l'atteinte des OMD.

1.3.4 Les aspects environnementaux dans les politiques sanitaires

Plan national de développement sanitaire (2009-2018)

L'analyse du PNDS 2009-2018 montre que ce plan considère les questions d'environnement, telles que la pollution des eaux de consommation, la gestion des déchets (ménagers, dangereux, biomédicaux..), la gestion des excréta et eaux usées, les vecteurs de maladies et la sécurité sanitaire des aliments.

Même si les questions environnementales sont prises en compte dans ce plan de développement sanitaire, une analyse des programmes issus de ce plan, montre des lacunes dans la réponse politique qui reste à améliorer, notamment sur la question des déchets hospitaliers.

Le PNDS n'intègre pas de façon directe la gestion des déchets biomédicaux, malgré le constat établi sur l'absence de plans de gestion des différents déchets dans les formations sanitaires, l'insuffisante présence d'incinérateurs, le caractère inadapté des incinérateurs existants, l'insuffisance dans la maintenance des équipements de gestion des déchets biomédicaux, le manque de formation des agents de santé sur la gestion des déchets biomédicaux, l'insuffisance en agents d'hygiène pour la gestion de l'hygiène et de l'assainissement au sein des formations sanitaires.

Politique et stratégie nationale de communication pour le développement sanitaire (2000)

C'est un ancien document qui n'a pas encore été actualisé et qui a été très partiellement mis en œuvre après son élaboration. Ce document avait identifié l'environnement parmi les secteurs concernés par le processus de mise en place d'interventions de communication pour la santé. Le programme de marketing social est un des axes stratégiques de cette politique et l'« analyse de l'environnement » est l'un des principes fondamentaux de la mise en œuvre du programme de marketing social.

¹⁶ République du Bénin. Ministère de la Santé, UNFPA (2011) Revue rapide de la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale au Bénin.

Etat des lieux sur l'étude environnementale en matière de gestion des déchets biomédicaux, eau potable et énergie renouvelable dans les zones sanitaires

Le document réalisées dans le cadre du PARZDS (ZS : Djougou-Copargo-Ouake et Bassila ; Comé, Klouékanmè-Toviklin-Lalo (KTL)), est une analyse situationnelle qui met en exergue les problèmes principaux et des recommandations pour pallier à ces différents problèmes. Les activités proposées sont les suivantes : 1/ par rapport aux soins : Les réhabilitations prennent en compte la dimension environnementale par l'utilisation des énergies renouvelables là où c'est possible, et 2/ par rapport à la gestion: une réflexion environnementale est intégrée à la démarche sur la maintenance des équipements (rationalisation des consommations d'eau, d'énergie, de carburants, choix des équipements, tri des déchets...). Ces deux axes restent encore à mettre en œuvre au niveau du PARZDS et devront bénéficier d'une attention soutenue dans le cadre de la présente intervention.

Cette étude, qui s'étend également sur l'amélioration de l'environnement et du cadre de vie des populations aborde notamment la problématique des déchets biomédicaux. Globalement, il est à noter que la situation de la gestion de ces déchets dans les zones sanitaires considérées n'est pas satisfaisante. On observe des défaillances du système de collecte, d'évacuation et de traitement des déchets biomédicaux. Les problèmes prioritaires non exhaustifs recensés se présentent comme suit (non exhaustif):

- Absence de plan de gestion de gestion des déchets biomédicaux
- Insuffisance d'infrastructures et d'équipements adéquats (et maintenus) de gestion sécuritaire des Déchets BioMédicaux (DBM) dans la majorité des formations sanitaires
- Faible niveau de connaissances des risques liés à la mauvaise gestion de ces déchets de certains personnels de santé surtout les paramédicaux et le personnel d'entretien chargé de la manipulation des DBM
- Insuffisance d'info, de sensibilisation et de formation des personnels de santé et des agents manipulateurs des DBM sur les bonnes pratiques de gestion des déchets hospitaliers
- Inadéquation ou la mauvaise utilisation des ouvrages de traitement et /ou d'élimination des déchets là ils existent
- Ignorance du danger que présente la mauvaise gestion des déchets hospitaliers pour la santé et pour l'environnement par le personnel de santé et les agents manipulateurs des DBM
- Incinération à ciel ouvert des DBM et enfouissement non sanitaire ou mise en décharge sauvage des DBM solides.

L'étude de base a aussi fait des propositions qui devraient contribuer à la mise en œuvre d'une stratégie efficace de gestion des déchets biomédicaux, des infrastructures mises à la disposition du personnel et à la mise en place des équipements en tenant compte des exigences environnementales, notamment :

- Elaborer le plan de gestion opérationnelle des déchets biomédicaux pour chaque formation sanitaire
- Former tous les agents de santé sur la gestion des déchets biomédicaux (y compris les aides-soignants, et les agents d'entretien)
- Doter les différentes formations sanitaires d'incinérateurs et des ressources pour la gestion des déchets biomédicaux
- Construire les fosses septiques pour la gestion des déchets liquides et les toilettes pour la gestion des excréta
- Construire et réhabiliter les points d'eau potable dans les formations sanitaires
- Recruter les agents d'entretien ou signer des contrats avec des prestataires privés.

Sur base de ces éléments, les questions d'environnement au sein des formations sanitaires seront abordées dans la présente intervention en priorité sous l'angle de l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux.

1.4 Conclusions principales de l'analyse sectorielle du système de santé au Bénin (2012)

La synthèse de l'évaluation globale la plus récente du système de santé du Bénin (septembre 2012) réalisée par l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah (IRSP), avec l'appui du Projet Health Systems 20/20, fait ressortir quatre défis essentiels (également repris dans la fiche d'identification). Ils confirment en gros les constats faits lors des audits organisationnels et institutionnels aux différents niveaux du MS (2008, 2009). Chacun de ces quatre défis touche à toutes les composantes ou à la quasi-totalité des composantes du système de santé. :

- L'existence de limites au niveau du cadre institutionnel, y compris des insuffisances dans la déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources et des activités.
- Une approche sectorielle qui peine à se mettre en place, en raison du manque de leadership au niveau du secteur, mais également de la fragmentation et du manque de concertation entre les partenaires techniques et financiers.
- Des déficits dans la coordination, la planification et les outils de mise en œuvre et de suivi des politiques, y inclus des manquements importants dans la communication et la vulgarisation des politiques et règlements en vigueur.
- L'insuffisance de la disponibilité des ressources (humaines, matérielles et financières) en général, ainsi que leur utilisation inefficace.

En annexe du rapport de formulation est décrit plus en détail le contexte pertinent pour le PASS par rapport à chacun de ces défis.

1.5 Synthèse des principaux défis à relever par le PASS

Tant les évaluations nationales et externes¹⁷ du secteur santé, que la capitalisation des expériences de la coopération bilatérale belge en appui au secteur¹⁸, font ressortir une série de défis majeurs qui touchent à l'ensemble des composantes du système de santé au Bénin. Sur base des documents mentionnés (cf. foot-notes), une méta-analyse détaillée des forces et faiblesses, des opportunités et menaces selon une grille SWOT a été réalisée. Elle se trouve comme document de référence rajouté en annexe dans le rapport de formulation. Par souci de donner un 'focus' au programme d'appui, ce chapitre reprend spécifiquement les défis les plus pertinents à relever par le PASS. Ils sont structurés autour des cinq résultats à atteindre. Ces résultats sont étroitement liés aux différents axes du PNDS.

Les défis par rapport à l'axe 'SOINS'

Adapter le modèle de financement basé sur les résultats aux besoins du secteur : i) focus sur le paquet complet des services (pas des soins de santé sélectifs), ii) attention aux soins centrés sur la

¹⁷ Voir par ex. l'évaluation récente du système de santé du Bénin réalisée par l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah (IRSP), avec l'appui du Projet Health Systems 20/20 (juin 2012), le rapport P4H (février 2012), Rapport Coopami (2^e trimestre 2013), les audits organisationnels et institutionnels aux différents niveaux du MS (2008, 2009).

¹⁸ Voir à ce sujet les conclusions de l'atelier du PIC bénino-belge (2012), la fiche d'identification PASS (février 2013), les conclusions de l'atelier PASS Sourou (avril 2013), et les évaluations finales (AIMS) et à mi-parcours (PARZDS) (2013).

personne, iii) analyse de la pérennité financière et opérationnelle de la stratégie, iv) mise en place d'une concertation stratégique régulière entre tous les acteurs concernés.

Rendre opérationnelle la politique nationale de l'Assurance Qualité des Soins (2013), avec une attention particulière pour : i) le focus sur la qualité globale, ii) la promotion d'une attitude de coach à tous les niveaux, iii) l'intégration des programmes verticaux, iv) les conditions pour assurer des services de qualité dans les formations sanitaires reculées (uniquement 79% sont actuellement fonctionnelles), v) l'intégration et la mise en œuvre des programmes spécifiques relatifs à la SSR et le VIH (plus particulièrement le Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), la Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes (SRAJ), le Planning Familial (PF) et la Programme de Transmission Mère Enfant (PTME).

Organiser une collaboration constructive entre les acteurs de l'offre et les acteurs communautaires : i) clarification des rôles des acteurs communautaires, ii) organisation effective et pérenne du réseautage communautaire, iii) suivi de la qualité globale des services de santé (rôle 'demande'), et iv) collaboration pour des activités de promotion de la santé et des soins de santé communautaires.

Capitaliser les expériences par rapport au système de référence et de contre-référence en vue de développer et mettre en œuvre une politique nationale cohérente à ce sujet.

Consolider la stratégie nationale de la Transfusion Sanguine (TS) avec un focus sur : i) la présence de personnel compétent aux différents niveaux, ii) l'articulation et la redevabilité des Centres Départementaux de Transfusion Sanguine (CDTS) par rapport au DDS, iii) le leadership du Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS) par rapport à une plate-forme Gouvernement-PTF-Société civile en vue d'un financement pérenne de la TS et un accompagnement à la mise en œuvre du plan directeur de l'ANTS

Assurer l'achat des médicaments de qualité par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME).

Les défis par rapport à l'axe 'RESSOURCES HUMAINES EN SANTE'

1. Renforcer la gouvernance des Ressources Humaines en Santé (RHS) aux niveaux central et déconcentré, tant pour ce qui concerne les capacités des institutions compétentes (Direction des Ressources Humaines (DRH), SRH, GTT-RH, Observatoire) et leurs relations, que la production et l'utilisation d'informations de qualité à des fins de gestion prévisionnelle et de gestion des carrières

Mettre en œuvre la politique des Ressources Humaines suivant un plan réaliste répondant aux problèmes signalés depuis longtemps

Assurer une approche sensible aux aspects de genre

Renforcer la production de personnels de santé qualifiés en améliorant l'adéquation de leurs compétences aux besoins du terrain

Augmenter la déconcentration de la Gestion des Ressources Humaines (GRH) et rendre plus équitable la distribution des RHS aux compétences requises sur l'étendue du territoire, en particulier dans les zones reculées

Améliorer la motivation et la performance des personnels de santé

Contribuer à la prévention des risques professionnelles, et plus particulièrement à la mise en œuvre de la Loi N°2005-31 sur la prévention des infections Sexuellement Transmissibles (IST), VIH/SIDA et la prise en charge des Personnes Vivant avec VIH (PVVIH) sur le lieu de travail.

Informier et former le personnel médical sur les liens entre environnement et santé, sur la maîtrise des risques environnementaux pour la santé et sur les bonnes pratiques en matière de gestion des déchets (biomédicaux).

Les défis par rapport à l'axe 'FINANCEMENT DE LA SANTE'

1. Assurer le développement d'un système d'information fiable pour la gestion du RAMU et les capacités pour son exploitation effective

Harmoniser les différents critères et bases de données par rapport aux indigents

Assurer la réalisation et le suivi d'un certain nombre d'analyses (à travers une feuille de route) nécessaires pour pouvoir prendre les décisions stratégiques pour le développement du RAMU sur une base rationnelle

Renforcer les capacités techniques au sein de l'ANAM

Assurer l'accès des populations les plus vulnérables (femmes enceintes, adolescents, Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) et PVVIH) au RAMU.

Mettre en place un système de financement de la santé approprié et pérenne.

Les défis par rapport à l'axe 'GESTION DES RESSOURCES MATERIELLES'

1. Assurer les échanges d'expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des infrastructures sanitaires et les équipements médicotechniques

Renforcer la politique de gestion et de maintenance des infrastructures et des équipements : renforcer la capacité à analyser, évaluer et formuler des politiques, règles et normes et à les communiquer, les divulguer et les faire appliquer, accompagner les politiques par l'élaboration d'outils, guides, manuels pour l'implémentation des politiques d'IEM

Renforcer la conception et la mise en œuvre d'un système de maintenance efficace : renforcer la mise en pratique des politiques, règles, normes et procédures élaborées au niveau stratégique

Promouvoir le maintien de formations sanitaires propres, clôturées, et où les déchets sont contrôlés et gérés de manière adaptées et suivant les normes et bonnes pratiques en vigueur dans le secteur sanitaire

Faire articuler les responsabilités des communes avec ceux du MS.

Les défis par rapport à l'axe 'GESTION/PARTENARIAT DU SECTEUR (COORDINATION, PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION)'

1. Renforcer les capacités du Ministère de la Santé par rapport au pilotage du secteur.

Renforcer l'articulation de différentes instances décisionnelles du secteur avec le système de suivi-évaluation (tel que prévu au PSER) pour générer une information qui soit réellement une aide à la décision.

Développer un système de suivi-évaluation qui intègre tous les éléments de suivi-évaluation existant aujourd'hui (supervision-monitoring, assurance qualité, suivi des performances etc..) dans un système unique. Promouvoir l'assurance qualité des données collectées, leur désagrégation au moins par sexe et par âge, et l'intégration du système d'information.

Renforcer les cadres de concertation et de dialogue existant (tant au niveau central qu'intermédiaire et opérationnel) dans le cadre du développement de l'approche sectorielle (mise en œuvre du Compact). En particulier consolider le rôle des GTT comme une force de réflexion et de proposition autour de la mise en œuvre de stratégies sectorielles, un maillon essentiel du cycle d'apprentissage organisationnel du MS et du secteur dans son ensemble.

Développer les réflexes et habitudes de planification ascendante stratégique (basée sur l'existant) orientée vers les résultats. Au niveau intermédiaire et opérationnel, renforcer l'articulation entre service déconcentrés (DDS, ZS) et collectivités locales particulièrement au niveau de la planification et de la mise en œuvre de l'assistance-conseil.

Assurer la circulation de l'information au sein de la pyramide sanitaire à travers la mise en place d'une communication fonctionnelle.

Développer le système de gestion des connaissances et une culture d'apprentissage organisationnel.

1.6 L'appui de la Coopération Belge au secteur de la santé

Le secteur de la Santé au Bénin bénéficie de l'appui de la Coopération belgo-béninoise depuis plusieurs années tant au niveau central que déconcentré et via les canaux de la Coopération bilatérale directe (CTB) et indirecte (ONG, Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger (APEFE), universités).

Au sein de la coopération bilatérale priorité a été donnée, **pendant plus de 10 ans**, à l'amélioration de la fonctionnalité des zones sanitaires (PAZS/Mono, PAZS/Bassila et PAZS/ Klouékanmé-Toviklin-Lalo, PAZS/Comé). Cet appui vise également, depuis 2007, à soutenir, à côté de l'offre, des activités destinées à améliorer l'accessibilité et à structurer la demande de soins. Une amélioration de la sécurité transfusionnelle a par ailleurs été promue dans les départements du Mono-Couffo et Atacora-Donga à travers le Projet d'Amélioration de la Sécurité Transfusionnelle (PASTAM)¹⁹.

La Commission mixte bénino-belge de mars 2008 a confirmé le secteur de la santé comme l'un des deux secteurs de concentration tout en concevant une nouvelle approche d'appui global au système de santé. La nouvelle stratégie d'intervention entend appuyer le système de santé pour la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, départemental et Zones Sanitaires). Ainsi deux interventions ont été mises en œuvre dans le cadre du PIC 2008-2011):

- Le Projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé (AIMS) a démarré en juin 2009 avec un budget de 5,11 millions EUR pour contribuer au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2009-2018. Plus précisément, il appuie les fonctions de planification, de coordination et de suivi évaluation du Ministère en vue de les rendre plus opérationnelles et efficaces. Il entend renforcer également le partenariat et la concertation avec les autres acteurs du secteur santé dans le cadre de la mise en place de l'approche sectorielle. Son ancrage au Secrétariat Général du Ministère de la Santé renforce cette logique d'intervention et facilite l'appui à l'ensemble des Directions Centrales et Techniques du MS qui en sont les principaux bénéficiaires.
- Le Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires (PARZDS) avec un budget de 15,2 millions EUR a démarré en octobre 2010. Il vise à rendre fonctionnelles les zones sanitaires (performance – renforcement de l'offre et de la qualité des soins) et à étudier les alternatives de financement de ces zones (accessibilité – renforcement de la demande) dans deux des six Départements, l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo. Le projet accompagne le Ministère de la Santé dans la mise en œuvre des axes prioritaires du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) au niveau décentralisé.

Ces deux projets se conçoivent comme le « programme d'appui belge dans le secteur santé » avec un « double ancrage » pour renforcer le système de santé : AIMS au niveau central (des politiques) et PARZDS au niveau intermédiaire et opérationnel. En accompagnant l'opérationnalisation des politiques nationales dans les départements et en favorisant le feedback sur la mise en œuvre des

¹⁹ Toutes ces interventions ont été clôturées entre 2003 et 2010.

politiques vers le niveau central ce programme entend contribuer au cycle d'apprentissage au niveau du Ministère et du secteur santé dans son ensemble.

La 4^{ème} Commission mixte de Coopération au Développement entre le Bénin et la Belgique, tenue à Cotonou **en février 2013**, confirme pour le PIC 2013-2017 (d'un montant indicatif de 55 millions EUR) les engagements dans les deux secteurs prioritaires, la santé et l'agriculture y inclus un programme de Bourses. Le programme sectoriel bénino-belge en santé du PIC 2013-2017 s'inscrit dans la continuité de ce double ancrage pour le renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. La stratégie d'intervention est de renforcer les capacités de planification, de coordination et de suivi/évaluation du Ministère, le rôle du niveau intermédiaire départemental (DDS, Centre Hospitalier Départemental CHD de la zone d'intervention de la coopération belge) et la base de la pyramide sanitaire (ZS) à travers un appui au développement institutionnel intégré. Plusieurs points d'entrée ont été identifiés pour cet appui au développement des capacités aux différents niveaux (individuel, organisationnel, et institutionnel) basé sur une compréhension systémique du secteur (cf. infra). Conserver une approche de mise en œuvre flexible sera déterminant, assortie toutefois d'un système suivi-évaluation solide et dirigé vers l'apprentissage.

2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1 Le 'quoi'

2.1.1 Le PNDS comme point de départ

Le PASS s'inscrit dans le PNDS 2009-2018 et le prend comme point de départ. Les axes et les domaines stratégiques de le PNDS sont repris dans le schéma ci-dessous.

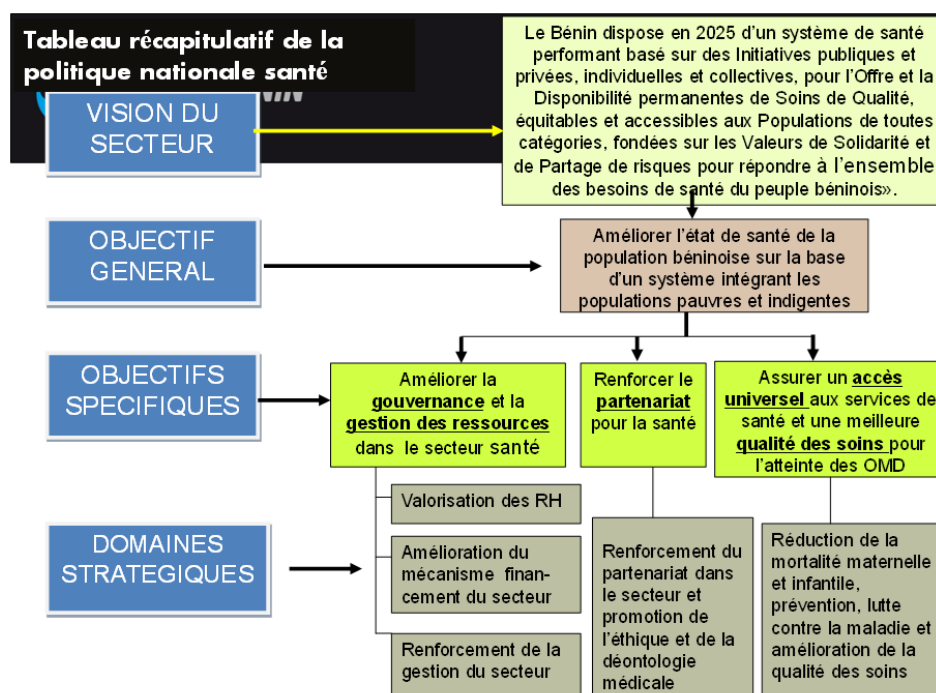


Figure 6: Domaines stratégiques du PNDS

Le PASS a comme objectif général de contribuer à améliorer la performance du système de santé au Bénin. Son objectif spécifique, décrit dans la fiche d'identification signée entre le Bénin et la Belgique dans le cadre de ce programme d'appui, est d'augmenter l'accessibilité de la population à des soins de qualité. Ceci est entièrement en phase avec la volonté politique au Bénin d'assurer une couverture universelle aux soins de santé pour toute la population.

Ce programme d'appui tiendra aussi compte des autres réformes des politiques publiques en cours en lien avec le système de la santé, telle que par l'exemple la Politique Nationale de la Décentralisation/Déconcentration (PONADEC). A cet effet, il capitalisera les expériences des interventions antérieures dans ce domaine.

2.1.2 Un appui multi-niveaux et multi-acteurs

Pour contribuer d'une façon efficace à ces objectifs nationaux, un appui complémentaire intégré aux trois niveaux (à savoir la Zone de Santé, le niveau départemental et le niveau central) de la pyramide sanitaire est indispensable. Le schéma ci-dessous représente cette pyramide à l'envers, afin de souligner i) l'importance de la fonctionnalité de la Zone de Santé comme pierre angulaire du système (cf. PNDS), et ii) le rôle d'appui du niveau intermédiaire et du niveau central.

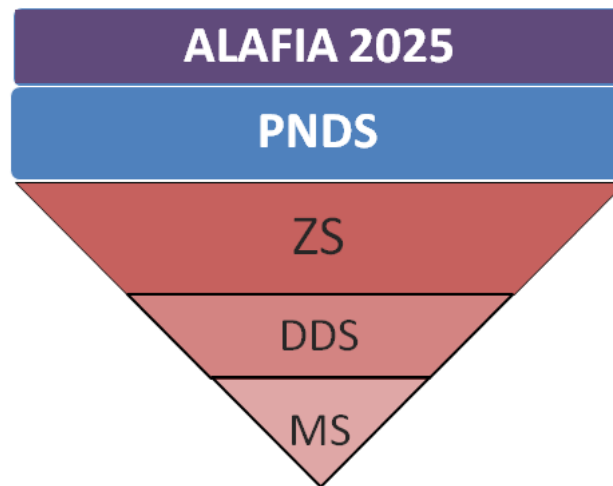


Figure 7: Pyramide sanitaire renversé

A part l'appui au Ministère de la Santé au niveau central, le PASS appuiera en particulier les départements sanitaires de l'Atacora-Donga et du Mono-Couffo. Ce choix se justifie par i) la continuité avec l'intervention précédente (le PARZDS) et ii) la complémentarité des appuis aux départements par d'autres PTF. Dans les deux départements mentionnés, le programme d'appui ciblera comme bénéficiaires directs (cf. figure 3 sur le SYLOS sous 1.2) les DDS, les CHD (CHD à Lokossa, CHD à Atacora-Donga), les 5 Equipes Cadres des Zones de Santé (qui couvrent les zones sanitaires de Klouékanmè-Toviklin-Lalo, Aplahoué-Djakotomè-Dogbo, Comé-Houeyogbe-Grand Popo-Bopa dans le Mono-Couffo et celles de Bassila et Djougou-Ouaké-Copargo dans l'Atacora-Donga), les organes de gestion, les prestataires de service publics et privés, les mairies des communes dans ces ZS, et la société civile. Les populations de ces deux départements seront les bénéficiaires indirects, avec une attention aux groupes vulnérables.

Outre le renforcement des services de santé et du système local de santé (SYLOS), ce 'terrain' sera valorisé et appuyé également pour appliquer, tester et adapter, voire ajuster les stratégies approuvées au niveau central. Le Dossier Technique et Financier (DTF) décrit les synergies explicites entre les appuis aux 2 départements et 5 ZS d'une part, et l'appui au Ministère de la Santé d'autre part. Selon la logique d'appui au développement institutionnel poursuivie, celui prodigué au niveau central veillera à valoriser également les expériences des autres départements. Le but est de renforcer ainsi le système de la santé dans son ensemble, avec des bénéfices (bien que indirects) pour l'ensemble de la population béninoise.

Le programme cherchera également à renforcer les interactions entre les acteurs des services étatiques de la santé et les autres acteurs qui interviennent de façon déterminante dans le système de santé, tant au niveau central que des systèmes locaux de santé (SYLOS).

2.1.3 Les points d'entrée pour le PASS 'Sourou' (logique d'intervention)

Un programme d'appui est une intervention complexe dans un secteur donné dont les sous-composantes forment un ensemble cohérent. L'objectif est de renforcer le secteur de santé dans son ensemble sur la base de synergies explicites et activement recherchées entre ces sous-composantes. Outre la synergie entre l'appui aux trois niveaux de la pyramide sanitaire décrite dans le paragraphe précédent, le programme d'appui cherche également à promouvoir les synergies entre les résultats et domaines d'activités identifiés pour le PASS. Ces synergies ne seront donc pas obtenues par hasard mais seront activement recherchées et explicitées dans ce DTF.

Sur la base des évaluations réalisées dans le secteur et dans les interventions AIMS et PARZDS, une analyse SWOT globale a été réalisée durant la formulation avec l'ensemble des acteurs concernés (cf. annexe du Rapport de Formulation). Ceci a permis d'avoir une vue globale sur les défis majeurs pour le système de santé béninois. La synthèse a été reprise au chapitre 1.5 ci-dessus. A partir de cet

atelier et des consultations spécifiques dans le cadre de la formulation du programme, un choix parmi les différentes priorités a été fait en utilisant quatre critères majeurs : 1/ les orientations de la fiche d'identification, 2/ la complémentarité avec l'appui des autres PTF, 3/ les actions avec un potentiel pour la réforme du système (ex.: RAMU, FBR, Compact avec les Groupes de Travail Thématiques, réseautage communautaire), et 4/ la consolidation des acquis des interventions précédentes (AIMS, PARZDS). Des points d'entrée pour le PASS ont ainsi été identifiés qui donnent le focus du PASS. Ils sont connectés aux domaines stratégiques et sous-programmes de la PNDS (cf. Figure ci-dessous).

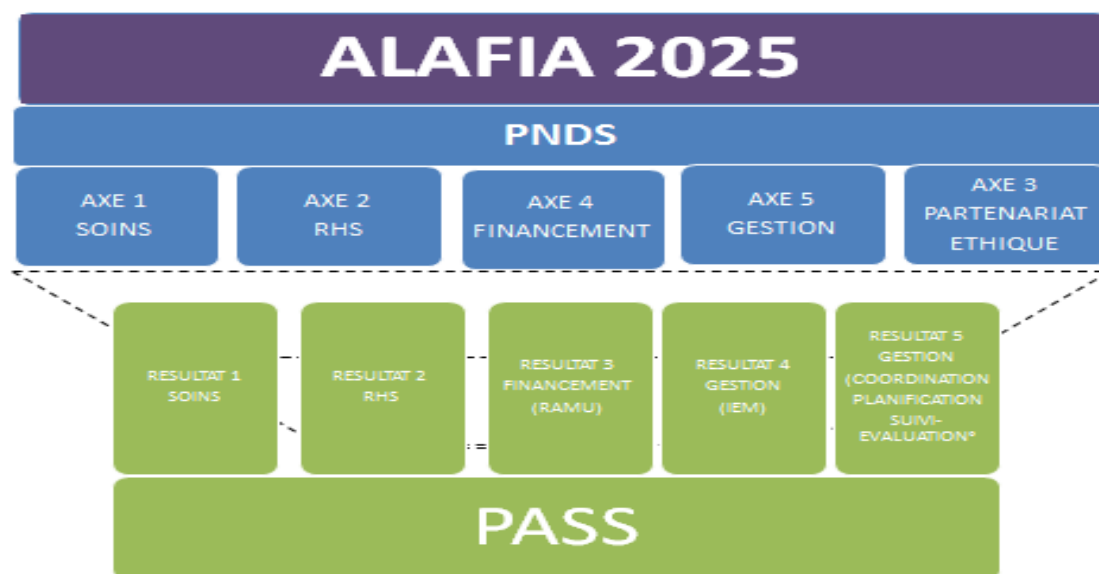


Figure 8: Lien entre la PNDS et le PASS

Le lien étroit entre les programmes du PNDS et les résultats/points d'entrée du PASS représente aussi le passage d'une gestion de type 'projet' à une gestion de type 'programme d'appui' : i) les résultats et les activités s'inscrivent intégralement dans le PTA du MS, ii) le PASS, dans une logique de renforcement institutionnel, intervient directement en appui aux différentes structures nationales chargées de développer et mettre en œuvre ce plan, iii) la complémentarité potentielle avec les appuis des autres PTF sera plus claire comme le Compact se base sur le PNDS, et iv) les domaines et programmes du PNDS appuyés par les mêmes PTF peuvent donner lieu à des modalités d'exécution communes telles que par exemple un fonds commun.

Les différents points d'entrée des résultats identifiés se renforceront mutuellement en intervenant simultanément sur les dimensions-clés du système de santé (la demande, l'offre et la gouvernance) afin de contribuer à assurer un accès universel à des soins de qualité.

L'organisation de la demande (à travers le Résultat 1 (R1), volet demande, et R3:

- Il y aura un focus au niveau des deux DDS (dans le R1-DA1.3) à travers le réseautage communautaire. Le PASS vise à consolider les acquis du PARZDS et de pérenniser ce réseautage. C'est une opportunité pour changer la relation avec les différents acteurs au niveau des communautés locales des cinq ZS appuyées en évoluant d'un modèle 'd'utiliser la participation communautaire pour atteindre des cibles (ex : OMD) du secteur de la santé vers un modèle 'd'encourager l'autonomie des communautés locales par rapport à leur santé et être à l'écoute de leurs besoins à travers un dialogue régulier'.
- Il y a un focus au niveau national (dans le R3) à travers l'appui au RAMU. Ceci se justifie vu le potentiel du RAMU non seulement pour développer un financement pérenne du système de santé et pour améliorer un accès équitable aux soins mais aussi pour inciter les services de santé à rendre des services de qualité. La mise en place du Sous-Groupe de Travail Thématique sur le RAMU (SGTT) avec l'implication des partenaires concernés est une opportunité.

L'organisation de l'offre de soins de qualité (à travers le Résultat 1 – volet offre – et R 2 et 4):

- Par rapport à l'appui au Financement Basé sur la Performance (FBR) (dans R1-DA1.1), le PASS alignera son financement aux normes nationales mais ceci pour une durée maximale de 16 mois, ce qui coïncide avec la fin de l'appui de la Banque Mondiale. Après le financement du FBR dans tous les départements dépendra de la mobilisation des fonds nationaux ou le renouvellement des fonds des autres PTF impliqués (principalement la Banque Mondiale). La contribution du PASS se limitera aux études par rapport à la pérennisation du système, aux efforts d'arriver à une approche coordonnée pour le financement du système, et surtout à l'exploitation de la vérification communautaire et le dialogue entre offre et demande au sein du Comité de Pilotage FBR (renforcement de la demande).
- Un autre focus du PASS sera de renforcer la qualité des soins au niveau des deux DDS (dans R1-DA1.2-1.4-1.5-1.6). Ceci consiste à consolider les acquis du PARZDS/AIMS en relation avec l'assurance qualité au niveau des hôpitaux et centres de santé, le système de référence et contre-référence, la qualité de la transfusion sanguine et la qualité de l'achat des médicaments. Cela concrétise la politique nationale d'Assurance Qualité validés en 2013.
- Un troisième focus sera la gestion des ressources humaines (dans R2). Pas tous les défis seront considérés dans le programme d'appui car cela demanderait une approche globale impliquant plusieurs ministères. Le PASS aura une attention particulière à ce que le secteur de la santé même peut faire pour améliorer la disponibilité de personnel motivé et compétent dans les zones reculées. Ceci sera concrétisé par le renforcement d'une gestion déconcentré des RH (DA2.2), l'organisation des stages médecins spécialistes au niveau des hôpitaux dans les deux DDS (déjà initiée durant l'intervention PARZDS) et l'appui au Master Sages-Femmes à Cotonou et Parakou (via l'opportunité d'un appui au programme APEFE) (DA2.3), et aussi par un meilleur accompagnement et pilotage par le DRH au niveau central (DA2.1). Finalement il y aura aussi la synergie avec le programme 'bourses' de la Coopération belge.
- Un dernier focus sera la bonne gestion des ressources matérielles (dans R4). A part la gestion des déchets et l'appui à l'école de Parakou, le PASS n'appuiera pas des investissements. Il se concentrera à renforcer la gestion, y compris la maintenance, des infrastructures et équipements dans une perspective de durabilité.

La gouvernance du système (à travers R5) :

A ce jour le Bénin dispose des principales politiques et stratégies sectorielles en santé, bien appropriées par les autorités centrales. Le principal problème révélé par les études tant nationales qu'externes est celui de la mise en œuvre de ces stratégies (et en particulier le leadership et les outils nécessaires pour se faire). Aussi le PASS entend focaliser l'appui au développement institutionnel à quelques fonctions essentielles pour le pilotage et la gestion du secteur. Le choix d'appuyer ces fonctions repose sur et i) l'analyse des principaux défis de la gouvernance du secteur à ce jour (cf. revue de performance MS, revue annuelle conjointe, étude USAID, évaluations des projets de la coopération belge), et ii) la prise en compte des aspects transversaux de réforme du secteur public développés (en particulier décentralisation/déconcentration) qui sont aussi le cadre institutionnel dans lequel s'inscrit la gouvernance sectorielle :

1/ Sur le plan de la gouvernance sectorielle :

Dans son objectif d'appuyer en premier lieu le pilotage et à la gestion du secteur le PASS apportera un appui particulier aux fonctions de planification, suivi-évaluation et coordination :

- Un premier focus sera la consolidation de la planification ascendante et intégrée (DA5.1) sur base des acquis réalisés dans le AIMS et PARZDS à cet effet.
- Un autre focus sera d'appuyer le Ministère dans la mise en œuvre du Plan de Suivi et Evaluation Revue (PSER) du PNDS (DA5.2). L'appui au SNIGS (DA5.3) se situe dans le même cadre.

- Le PASS poursuivra également l'appui apporté par l'AIMS à la mise en place d'une approche sectorielle, notamment via le Compact ainsi que la mise en place des Groupes de Travail Thématiques (GTT) dans ce cadre. Le PASS se concentrera sur la fonctionnalité et la consolidation de ces mécanismes (DA5.4) afin de renforcer le rôle de 'stewardship' du Ministère. Par ailleurs une approche de développement institutionnel intégrée (appui à une même fonction aux différents niveaux de la pyramide) est préconisée, dans le but de renforcer les dynamiques de cycle d'apprentissage existantes.

2/ La prise en compte des dimensions transversales des réformes publics en cours dans le pays:

En particulier les réformes de la décentralisation/déconcentration en cours auront des effets croissants au cours des prochaines années sur la gestion du secteur de la santé tant sur le plan du développement institutionnel que des modes opératoires des structures de la santé, au niveau central et périphérique. L'appui du PASS à ce niveau sera focalisé en priorité sur les axes suivants :

- Au niveau local : appuyer une meilleure articulation entre services de la santé au niveau déconcentré (DDS, ZS) et les collectivités locales. L'accent est mis sur un renforcement de planification intégrée (niveau commune, département), l'exercice d'appui conseil par les services déconcentrés auprès des communes dans les compétences transférées aux communes, au respect de la maîtrise d'ouvrage communale (appui aux fonctions de maintenance etc..). Le rôle que peuvent jouer les communes comme interface pour l'expression des usagers sur la qualité des services de santé sera également renforcé (notamment via l'appui aux relais communautaires, et au rôle des communes dans les organes de gestion de la santé au niveau local).
- Au niveau central : le projet pourra accompagner, le cas échéant, la poursuite du processus de déconcentration et décentralisation des ressources, à travers en particulier l'appui à l'élaboration des Plan 2D. Cependant à côté des réformes sur le long terme, des jalons peuvent d'emblée être posés et les capacités renforcées aux différents niveaux pour préparer cette déconcentration. Les fonctions de supervision et d'accompagnement deviendront essentielles au niveau de l'administration centrale. Ceci confirme encore l'accent mis en appui aux fonctions de planification et suivi-évaluation.

2.2 Le 'comment'

L'amélioration de la performance du système de santé telle que visée par le PASS implique un focus au-delà des éléments visibles (tels que les structures, les processus régulateurs, les ressources). Cela requiert de prendre en compte les 'deep structure elements'²⁰ du système, c'est-à-dire toutes les attitudes, valeurs, croyances, attentes, suppositions qui influencent le comportement. Il s'agit donc d'un processus endogène et à long terme dans lequel le PASS s'inscrit comme un des éléments externes avec toutes ses limites, mais dans l'optique de jouer un rôle permanent de facilitateur, de catalyseur (et pas un rôle de substitution).

Ainsi le programme PASS, outre les éléments plus tangibles/visibles, appuiera également le renforcement des capacités systémiques (vision de système et travail en réseau), les compétences interpersonnelles (de négociation, de plaidoyer, de facilitation, d'accompagnement, d'écoute et de réponse à des visions différentes dans un contexte en perpétuel changement), managériales

²⁰ Alan Best & Jessie Saul, 'Complexity and lessons learnt from the Health Sector for Country System Strengthening', USAID background paper, Nov 2012.

(management stratégique), techniques et scientifiques (démarche de recherche-action), les compétences de « change management » et toute autre compétences utiles.

A travers des consultations avec les acteurs concernés, trois domaines de changement de comportement²¹ ont été identifiés.

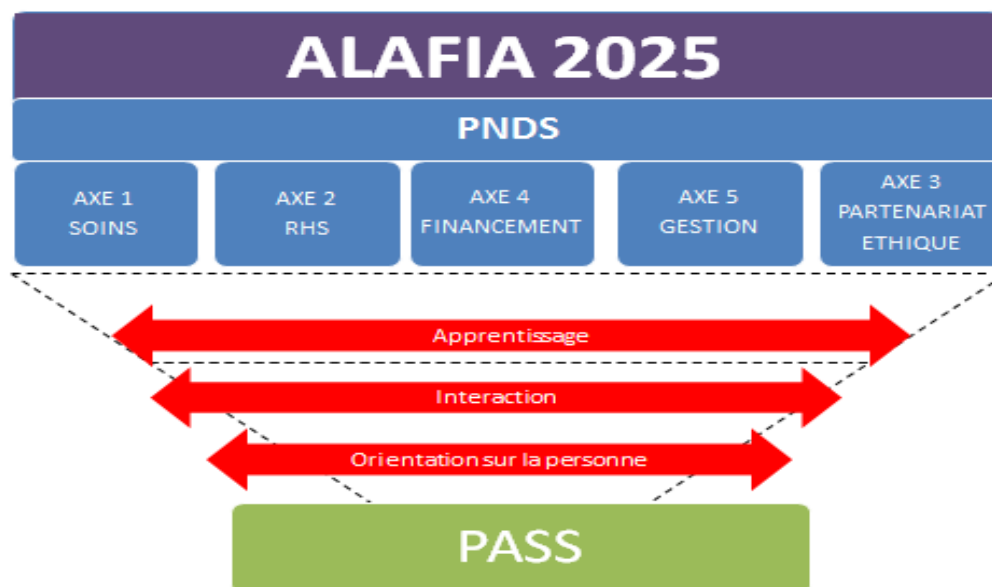


Figure 9: Domaines de changement de comportement du PASS

Ces changements, qui se manifestent déjà auprès de certains acteurs selon des degrés variables²², doivent être renforcés en premier lieu au niveau institutionnel, au-delà du niveau individuel. Dans cette démarche, le PASS collaborera étroitement avec le 'Projet de Leadership, Management et Gouvernance au Bénin' de l'USAID, d'ailleurs développé en collaboration avec le projet AIMS de la coopération belge.

A côté de ces appuis plus ciblés, chaque résultat veillera à intégrer ces comportements dans son champ de travail. Cette démarche sera encouragée par la définition explicite des indicateurs et des marqueurs de progrès liés à ces changements de comportement (cf. chapitre 3).

2.2.1 Vers un cycle d'apprentissage dynamique au sein du secteur

Le premier domaine de changement porte sur la promotion d'une culture de prise de décisions basées sur les évidences.

²¹ 'Mindshifts'.

²² A titre d'illustration l'engouement actuel pour le système des GTT (un nouveau SOUS GTT RAMU vient d'être créé pour alimenter le développement progressif d'une vision de RAMU), la mise en place de pôles de compétences et d'équipes innovantes pour renforcer la gestion d'équipe au niveau périphérique et intermédiaire, la pratique de la recherche-action, etc.

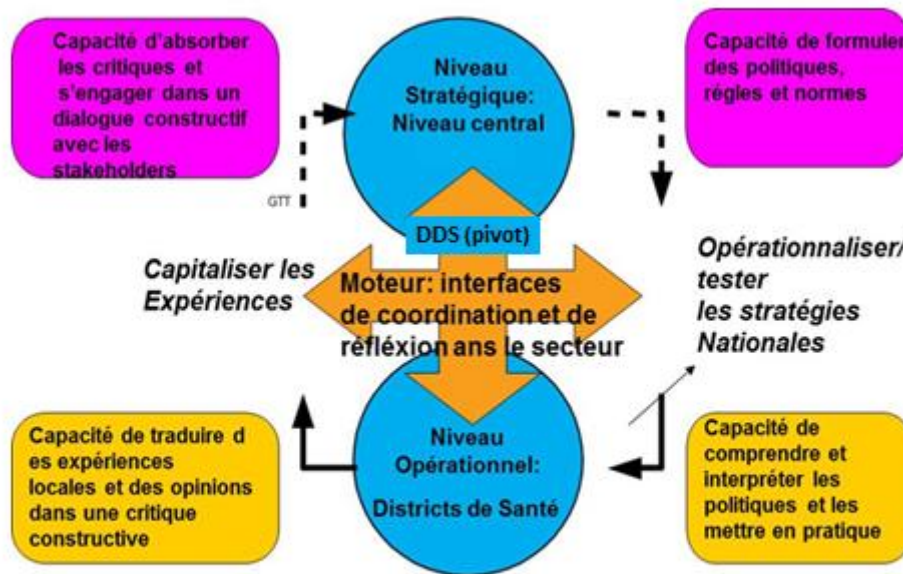


Figure 10: Cycle d'apprentissage et de développement dans le secteur de santé

La Figure 10 montre comment le programme d'appui au secteur santé au Bénin est conçu pour appuyer les dynamiques nationales d'apprentissage organisationnel.

Le développement étant un processus cyclique de formulation d'une politique qui est confrontée à l'expérience de sa mise en œuvre, le programme d'appui intervient en appui aux différents niveaux d'organisation des soins avec des rôles distincts pour le niveau stratégique et le niveau opérationnel. Dans ce schéma, le niveau intermédiaire (DDS) est considéré comme faisant partie du niveau stratégique, en étant une entité déconcentrée du Ministère.

Ainsi le niveau stratégique (niveau central/niveau intermédiaire) doit développer :

- Une capacité de concevoir des politiques efficaces, réalistes et basées sur les évidences, et de mettre en œuvre des stratégies de communication et de dissémination des politiques vers le niveau opérationnel, ainsi que le développement des guides et outils devant permettre leur mise en œuvre.
- Une attitude et une capacité d'écoute de toutes les parties prenantes afin d'apprendre des opinions, des leçons et des expériences documentées (évidences générées à travers l'action réflexive et la recherche-action) venant de tous les niveaux de la pyramide sanitaire (donc aussi du niveau central même). Le développement de cette capacité inclut également le renforcement des canaux de communication pour faire remonter ces évidences vers le niveau stratégique.

Par contre, le niveau opérationnel devrait :

- Avoir la capacité de traduire les politiques en actions concrètes (des services de qualité à la population), d'adapter les outils et de refondre les mécanismes de mise en œuvre pour s'adapter aux priorités et aux contraintes locales.
- Etre capable de réaliser le monitoring des initiatives et de traduire les expériences ainsi accumulées en propositions constructives (basées sur l'évidence) d'adaptation des politiques et outils de mise en œuvre à adresser au niveau central.

Chaque niveau doit disposer de plusieurs capacités techniques et opérationnelles pour faire face à ces rôles. La présence du PASS aux différents niveaux de la pyramide sanitaire permettra de

travailler sur ce cycle. D'une part, les activités décrites sous chaque résultat tiendront explicitement compte de ces 4 capacités à renforcer. D'autre part un accent particulier sera mis (résultat 5) sur l'appui aux dynamiques nationales de planification et de suivi-évaluation pour que celles-ci fournissent mieux les données mais aussi les plateformes d'échange nécessaires à ce cycle d'apprentissage. Ainsi le PASS facilitera non seulement la capitalisation des expériences des zones de santé, départements ou directions appuyées par la coopération belge, mais l'ensemble des expériences et évidences générées au sein du secteur par d'autres PTF ou acteurs nationaux. De cette façon, le PASS appuiera le Ministère de la Santé et le secteur à progresser vers une organisation apprenante (secteur apprenant) où les décisions sont analysées et adaptées en fonction des leçons apprises. Il valorisera les démarches envers ce but et les résultats préliminaires des interventions actuelles, notamment l'AIMS et PARZDS.

Plus concrètement, chaque résultat dans le PASS veillera à :

- i) Promouvoir, à travers un accompagnement technique rapproché, une attitude réflexive au sein des équipes de gestion appuyées à tous les niveaux afin que les décisions soient prises sur base des évidences et analysées par-après pour alimenter les décisions futures. Former les acteurs au sein du secteur à l'approche et les techniques de l'action réflexive et la recherche-action (RA) et assurer leur application²³. Cela peut se faire à travers la formation continue mais aussi à travers la formation de base (cf. curricula écoles de formation du personnel paramédical et médical) et les stages.
- ii) Valoriser, renforcer et/ou constituer des espaces de réflexion à tous les niveaux telles que par exemple des équipes innovantes dans les ZS, des pools de compétences autour des défis prioritaires au niveau départemental (ex : comité de pilotage pour le FBR), les Groupes de Travail Thématiques (GTT) et autres. Afin d'arriver à des produits concrets, il faudrait assurer un bon leadership et un accompagnement technique et scientifique rapproché. Ceci implique également de susciter de l'enthousiasme²⁴ auprès des acteurs pour s'engager dans ces groupes et dans la recherche-action.
- iii) Faciliter le développement d'une vision par rapport aux réformes et stratégies principales dans le secteur de la santé. Une feuille de route bien coordonnée avec une répartition des tâches peut s'établir entre les acteurs pour mener des projets-pilotes, des études et des recherche-actions peuvent nourrir cette vision et la mise en œuvre des stratégies complexes (ex. RAMU). La Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS) devrait prendre le leadership là-dedans. Le mécanisme des GTT, mis en place

²³ La démarche de recherche-action et d'action réfléchi (avec des produits de réflexion plus opérationnelles en comparaison avec la RA, par exemple des mémos, des rapports avec des points d'apprentissage, etc...) sont des processus continus. Ils génèrent de l'information et de l'évidence utile pour la gestion locale et le développement des politiques et stratégies dans le secteur. Par rapport à la démarche de recherche-action, le PASS prévoit un mécanisme explicite, accompagné par l'appui scientifique. Chaque hôpital, ZS, DDS, Direction/Agence ministérielle, et facilité de demande appuyée dans le cadre du PASS s'engagera au moins au cours du programme d'appui de 1/ constituer un pool de compétence (groupe de personnes, étatiques et/ou non-étatiques, réunies autour d'un thématiques spécifique) responsable pour un chantier d'amélioration, 2/ développer un protocole de recherche-action (RA) avec un set spécifique d'indicateurs avec baseline spécifique pour apprécier/mesurer le progrès réalisé, 3/ informer le GTT au niveau central qui devrait accompagner et valider (techniquement) la RA, 4/ mettre en œuvre la RA, 5/ capitaliser en continu les analyses et résultats de la recherche-action, 6/ faire remonter les résultats de la recherche-action au niveau des décideurs stratégiques à travers les GTT, 7/ contribuer à la dissémination des résultats au niveau international. L'ensemble des chantiers d'amélioration identifiés pour des RA devraient couvrir les différents résultats du PASS ainsi que les thèmes transversaux. Ils devraient être complémentaires afin de contribuer aux grands défis du système de santé béninois et aux objectifs du PASS. A cet effet, un regroupement des recherche-action 'en grappe' sera exploré par l'appui scientifique.

²⁴ exemples : ateliers de rédaction, mention de tous les contributeurs dans les publications, et autres

durant l'intervention AIMS, serait un canal excellent pour alimenter cet exercice. L'objectif est de baser le choix pour des stratégies adaptées pour le Bénin plus sur les évidences que sur les interventions des PTF. Cela contribuera à l'appropriation locale de la réflexion et ses produits.

- iv) Réaffirmer et faire respecter le mandat des équipes de réflexion, des zones d'innovation ou des zones de démonstration pour pouvoir tester les stratégies dans l'esprit d'un alignement critique.
- v) Renforcer la fiabilité du système d'information de la santé intégré et son utilisation au niveau approprié afin de baser la réflexion et les décisions à chaque niveau sur de l'information fiable. Ceci inclut aussi 1/ la présence d'une base de données mise à jour où toute réflexion écrite au sein du secteur sous quelque forme est inventoriée et peut être facilement retrouvée, 2/ la prise en compte des informations qualitatives sur les perceptions, positions et engagements des parties prenantes, 3/ la disponibilité de l'information désagrégée (par sexe, âge, zone géographique...) afin de pouvoir détecter les iniquités dans le système, 4/ le renforcement de la capacité de faire des analyses 'genre-spécifiques' des données.
- vi) Développer, diversifier et renforcer les canaux de transmission des expériences documentées vers le niveau stratégique. En dehors de multiples réunions, ateliers, séminaires, et revues annuelles, plusieurs autres canaux doivent être renforcés parce qu'actuellement sous-développés, tels que 1/ les visites de supervision et inspection du niveau central au niveau déconcentré pour disséminer les stratégies/normes..., communiquer, échanger et apprendre, 2/ le monitoring des interventions dans le cadre du suivi des plans opérationnels du secteur en relation avec le SNIGS, 3/ la coordination entre les directions du Ministère de la Santé, 4/ les GTT et les autres espaces de concertation stratégique, 5/ le renforcement du rôle des institutions académiques nationales dans l'accompagnement de la réflexion, et dans la transmission des évidences au niveau stratégique, 6/ autres canaux identifiés durant la mise en œuvre du PASS.
- vii) Améliorer le bon fonctionnement du mécanisme des GTT afin d'assurer une validation technique des réflexions et des recherches et mieux préparer la validation stratégique-politique. Ceci facilitera le processus d'intégration des évidences générées dans les politiques, stratégies, normes, directives, cycle de planification (ascendante) curricula, et bases de données.
- viii) Améliorer la stratégie de dissémination (au niveau national et international) de l'information et sa mise en œuvre, en travaillant sur les aspects suivants : 1/ le contenu des messages à disséminer, 2/ les canaux qui seront utilisés (simple communication ou e-mail, visite de terrain avec réunions, formation, formation en « cascade », site web, ...), 3/ l'adaptation de la méthode de communication aux caractéristiques des groupes cibles jusqu'au niveau des communautés locales, 4/ le budget pour que la dissémination devienne réaliste et réalisable, 4/ le renforcement des capacités des acteurs gérant le système, 5/ la planification dans le temps (imposer des délais), 6/ le monitoring de la stratégie.
- ix) Valoriser le travail de la recherche-action dans l'appréciation de la performance.
- x) Lier le plus possible, les thèses ou autres travaux pratiques dans le cadre des bourses, à l'inventaire des questions-clé (questions de recherche-action). par rapport aux réformes et stratégies dans le secteur de la santé.

- xi) Veiller à inclure dans la recherche-action les thèmes transversaux et intégrer les bonnes pratiques aussi bien dans les formations du personnel que dans les activités quotidiennes de fonctionnement et de gestion des formations sanitaires à tous les niveaux.
- xii) Centrer les évaluations du PASS et du secteur en général autour de l'apprentissage, et saisir des opportunités pour des évaluations conjointes.
- xiii) Apprendre des leçons des interventions AIMS et PARZDS, par exemple en faisant l'inventaire des questions de fond pour chaque chantier d'amélioration. Celles-ci seront intégrées dans les TDR pour l'appui scientifique dans le cadre du PASS.

2.2.2 Vers une meilleure articulation et intégration des activités des acteurs dans le secteur

Un deuxième domaine de changement reflète le besoin d'un réel partenariat (tel que défini dans le PNDS) entre tous les acteurs concernés par la santé. Ce partenariat est nécessaire afin de réduire le gouffre entre les politiques/stratégies et leur mise en œuvre, d'harmoniser les approches, et de permettre un apprentissage efficace au sein du secteur. Cela implique, quel que soit le point d'entrée d'appui au système, de :

- i) Travailler sur des interactions constructives entre les acteurs dans les interfaces à tous les niveaux du système : les équipes de gestion (exemples : EEZS, DDS, Comité de Direction au sein du Ministère au niveau central, les organes de gestion), les plateformes d'échanges (ex: les GTT, la plateforme Renforcement du Système de Santé (RSS), les équipes innovantes dans les ZS, le pool de compétences, les comités de pilotages, les ateliers de planification et de Monitoring & Evaluation (M&E), ...). Des chantiers importants ici sont :
 - ii) Accompagner le fonctionnement de certaines de ces interfaces en termes de représentativité des participants, de bonne préparation des réunions, de capacités de présider et/ou de faciliter les réunions, ainsi que de suivi des décisions prises, est un chantier de travail important.
 - iii) Promouvoir de plus la formation des cadres par rapport aux compétences interpersonnelles (exemple : attitude d'écoute, gestion de conflits, esprit et éthique d'entreprise, travail en réseau, leadership accompagnateur).
 - iv) Intégrer le développement de ces compétences dans les curricula des formations de base appuyées dans le PASS (formation sages-femmes) et dans les stages pratiques (ex : sages-femmes, médecins spécialistes des 2-3^e années).
 - v) Prendre le développement de ces compétences en compte dans le projet bourses de la coopération belge.
- Réguler et institutionnaliser la collaboration entre acteurs à tous les niveaux :
 - i) Promouvoir, au niveau décentralisé/déconcentré, le développement d'un système de santé local (SYLOS) en réseau avec tous les acteurs concernés par la santé dans le sens large (cf. schéma sous 1.2). Le renforcement d'une planification ascendante conjointe, d'un système de réflexion (ex : pool de compétence pour mener la recherche-action autour d'un défi prioritaire) et suivi conjoint (ex : revues semestrielles) peut stimuler le développement d'un tel réseau. Ces activités doivent intégrer explicitement les programmes verticaux, les acteurs de la demande représentant les intérêts de la population, et les services techniques des autres secteurs concernés par la santé.
 - ii) Progresser, au niveau sectoriel, dans la mise en œuvre du Compact (l'approche sectorielle). La redynamisation de la plateforme RSS, le renforcement des GTT,

l'exploration des mécanismes de fonds communs, le développement d'un agenda commun pour la recherche-action sont quelques exemples.

- iii) Saisir les opportunités, notamment dans le cadre des futurs Plans 2D et PDDI, pour concrétiser la déconcentration, la décentralisation et faciliter les lignes de communication²⁵ et de redevabilité entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel (ZS, collectivités locales).
- iv) Développer les liens et, là où possible, la contractualisation entre le secteur public et le secteur privé/associatif, y compris les associations de femmes, de protection des enfants, de SSR, de PVVIH et de promotion de l'environnement sain.
- v) Promouvoir la concertation entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères concernés par la santé. Le PASS portera une attention particulière aux thèmes tels que la politique des RH, la décentralisation et la protection sociale.

2.2.3 Vers une approche globale centrée sur la personne

Ce troisième domaine de changement vise à considérer la personne d'une façon globale tenant compte de son contexte. Il est généralement reconnu²⁶ que la santé est plus que l'absence de maladies. L'objectif est de viser le bien-être au niveau individuel et collectif, et renforcer l'autonomie pour y arriver. Cela semble être évident, mais dans la réalité on constate toujours une attention démesurée i) aux programmes verticaux de lutte contre les maladies par rapport au développement d'un système intégré, ii) aux technologies spécialisées et aux services curatifs par rapport aux soins de santé primaires, iii) à la qualité procédurale (risque avec un Financement Basé sur les Résultats (FBR) s'il est mal conçu) par rapport à l'assurance qualité globale, ainsi que iv) une collaboration insuffisante entre secteurs. Il faut donc d'une façon continue et explicite promouvoir les comportements qui renforcent une approche globale des personnes et des communautés locales.

Au niveau des bénéficiaires des services de la santé le PASS veillera à :

- i) Contribuer à la mise en œuvre des concepts et stratégies du district intégré, tels que définis par l'OMS et décrits dans la PNDS, en particulier au niveau de l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo. A ce niveau, une bonne collaboration avec les programmes de lutte contre les maladies au niveau de la planification (ascendante), la supervision et le système de monitoring et évaluation s'impose.
- ii) Rassembler les arguments, à travers les données générées par un système d'information de la santé plus fiable, pour orienter la vision et les financements du RAMU vers la couverture universelle pour le paquet de soins de base et complémentaire.
- iii) Mettre en œuvre et documenter la stratégie d'assurance qualité globale, en commençant par des zones de démonstration. D'une part, il faut arriver à tester le modèle de FBR pour qu'il respecte le plus possible une approche orientée vers la personne. La présence des acteurs de la demande dans le comité du pilotage du FBR pourra y contribuer. D'autre part, il est nécessaire de mettre en pratique des mécanismes d'assurance qualité

²⁵ Une présence régulière des cadres du niveau central au niveau déconcentré/décentralisé et cela dans un esprit d'accompagnement et d'échange, serait un bon début. Il est nécessaire d'une part de prendre le temps pour améliorer la compréhension approfondie des acteurs à ces niveaux par rapport à la logique derrière les politiques et stratégies et leurs implications concrètes, et d'autre part d'écouter le feedback du terrain. Finalement, de tels échanges permettront aussi de rendre compte, non seulement de bas en haut, mais aussi du haut en bas.

²⁶ Cf. L'approche centrée sur la personne (cf. World Health Report 2008, OMS) et les déterminants sociaux de la santé (Rio Déclaration, 2011)

complémentaires. Ceux-ci doivent aussi se concentrer sur les valeurs et l'éthique professionnelle, en jouant entre autre sur le modèle de rôle et la pression sociale. L'objectif est d'offrir des services de qualité qui sont accessibles et acceptables pour la population.

- iv) Continuer à renforcer le réseautage communautaire au niveau des deux départements afin d'arriver à un dialogue structuré entre les acteurs de la demande et de l'offre de soins par rapport à la santé et l'environnement sain.
- v) Promouvoir une vision large sur la santé qui inclut aussi la santé environnementale.
- vi) Concrétiser la collaboration entre les différents secteurs concernés par la santé à travers des dossiers prioritaires identifiés conjointement durant la mise en œuvre du PASS, en particulier au niveau des deux départements appuyés. La présence du programme d'appui de la coopération belge dans le domaine de l'agriculture dans les mêmes départements, et la mémoire institutionnelle de l'ancienne intervention bénino-belge sur la décentralisation (PONADEC), créeront des opportunités pour des synergies.
- vii) Développer et documenter des initiatives concrètes pour protéger les groupes vulnérables, en particulier les indigents, les femmes, les enfants et les personnes avec le VIH/SIDA.
- viii) Faire un plaidoyer pour développer en priorité la présence de prestataires de soins polyvalents dans les centres de santé et hôpitaux dans les zones rurales (éloignées).

La prise en compte du contexte de la personne ne vaut pas seulement pour les bénéficiaires des services de la santé, mais également pour les professionnels de la santé. Ces derniers seront aussi explicitement pris en compte par le PASS à travers l'appui à la mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines :

- i) Développer une stratégie globale et cohérente de motivation des ressources humaines, ce qui est une condition pour pouvoir offrir de services centrés sur la personne. Le comportement (accompagnateur) du superviseur lors des visites de supervision formative ainsi que celui des chefs d'équipes constituent des modèles de rôles importants. Au-delà d'un contrat de performance, il est nécessaire de promouvoir également une culture de professionnalisme et de confiance.
- ii) Stimuler l'intégration dans les curricula de formation de base du Master pour les infirmiers/sages-femmes, le développement des capacités interpersonnelles et le leadership.
- iii) Créer un environnement de travail respectueux, sain et sécurisé.

2.3 Autres principes directeurs liés à la mise en œuvre

Une série de principes directeurs guideront la mise en œuvre du PASS. Ils se fondent sur les leçons apprises et les recommandations des évaluations des projets santé en cours au Bénin mais également de la capitalisation des expériences de la CTB sur les interventions d'appui au développement institutionnel et de développement des capacités de manière générale.

- **Assurer la continuité des acquis des interventions AIMS et PARZDS** : le PASS s'inscrit dans un cycle d'appui d'au moins trois PIC, donc d'au moins douze ans. Avec le PASS la deuxième phase sera entamée. Ceci permet de travailler sur l'amélioration du système sur le long terme. Le PASS bâtira donc sur les acquis de la première phase, tout en tenant compte des leçons des évaluations du PARZDS et l'AIMS ainsi que les autres évaluations-clé récentes dans le secteur.
- **Prendre en compte le processus de déconcentration/décentralisation en cours** et des (nouveaux) rôles et responsabilités qui en découlent pour les acteurs du secteur (tant pour

l'administration centrale que pour les systèmes locaux de santé): i) accompagnement du Ministère dans son processus de déconcentration des ressources (en lien avec le plan de décentralisation/ déconcentration (plan 2D) et le Plan Départemental de Développement Intersectoriel (PDDI) à venir), ii) respect de la subsidiarité et l'autonomie locale, et iii) prise en compte du rôle des communes dans la planification, la maîtrise d'ouvrage et le suivi des activités de santé au niveau local

- **Veiller à garder constamment le cadre, le focus du PASS**, tout en ayant une compréhension systémique du secteur : dans son appui à la mise en place de l'approche sectorielle, le PASS se concentrera en priorité sur le développement des outils et capacités nécessaires pour **la mise en œuvre** des politiques et stratégies nationales (les stratégies et politique existent, les enjeux aujourd'hui sont au niveau de l'opérationnalisation). En ce sens la stratégie d'intervention se concentre, en matière d'appui au développement institutionnel sur certaines fonctions clés pour le pilotage du secteur. Dans ce cadre est inclus également l'appui à quelques domaines spécifiques de la gestion des RHS et de la maintenance.
- **Adopter une approche d'appui au développement institutionnel** intégrée (c.-à-d. appui à une même fonction du secteur aux trois niveaux de la pyramide sanitaire). Le PASS adopte la terminologie « appui au développement institutionnel » plutôt que « appui institutionnel » pour mettre l'accent sur l'appui externe à des dynamiques endogènes. Le rôle d'un acteur externe est toujours limité par les contraintes même de ses partenaires limitrophes. Ceci implique une analyse fine des zones d'influence et de contrôle, des moteurs potentiels de changements, une identification claire des hypothèses sous-tendant l'intervention. Durant la mise en œuvre un "scanning régulier" de ces hypothèses et de l'environnement institutionnel doit être effectué.
- **Renforcer la complémentarité entre le PASS, la CTB et l'ambassade de la Belgique**. Un échange régulier d'informations permettra à l'ambassade de mener le dialogue politique d'une manière informée. Cette synergie est importante pour la réussite du programme d'appui.
- **Maintenir la flexibilité** par rapport à la mise en œuvre²⁷: en gardant les principes décrits dans ce chapitre comme référence, un programme d'appui à la mise en œuvre PNDS doit forcément être réactif au contexte. Ceci est rendu nécessaire à la fois par le caractère non linéaire des réformes et des appuis envisagés (dépendant de nombreux facteurs externes, y compris politiques), mais aussi la nature même des processus de développement des capacités. Le développement des capacités renferme un processus de changement des individus, organisations et systèmes. Etant donné que ce changement ne peut être imposé mais seulement facilité ou stimulé, ceci ne peut être un processus linéaire.
- **Encourager un processus continu d'apprentissage** tout au long de la mise en œuvre afin de permettre ce management stratégique. Cela implique avant tout un système de M&E solide. Par ailleurs ce processus d'apprentissage est nourri par diverses modalités des Conseillers techniques nationaux et internationaux mises à disposition du programme, ainsi que l'exposition aux pratiques internationales, les réseaux de pairs et communautés de pratiques, les backstopping techniques et scientifiques, etc.
- **Garder le statut 'innovation' du PASS** est donc fondamental : La recherche-action (RA) sera donc au cœur des activités du PASS. Elle permet un alignement critique au système même et entend contribuer ainsi à une mise en œuvre de la PNDS adaptée aux besoins de la population. Des indicateurs par rapport à la conduite de RA dans le PASS sont définis. La démarche de RA respectera les mécanismes de coordination selon l'approche sectorielle et sera donc complémentaire aux autres études et recherches menées dans le secteur.

²⁷ Une des caractéristiques du management stratégique

- **Obtenir des résultats concrets et visibles également par rapport aux thèmes transversaux** (le genre, la santé sexuelle et reproductive (y compris la santé sexuelle et reproductive des adolescents et de jeunes et le VIH/SIDA, les droits de l'enfant et l'environnement) dans un programme de renforcement institutionnel : les thèmes transversaux seront abordés selon une approche intégrée(au niveau macro et au niveau opérationnel) mais avec une visibilité et capitalisation spécifique à travers des RA. Ces RA permettront de définir et expérimenter les mesures nécessaires pour promouvoir l'accès des populations les plus vulnérables (femmes enceintes, enfants, indigents, PVVIH, OEV) aux soins de santé de qualité dans des structures sanitaires bien gérées et accueillantes. Quant à l'environnement, un projet-pilote avec RA par rapport à la gestion des déchets dans 1 formation sanitaire par ZS appuyé est prévu. Pour mener ces RA, des pools de compétence autour des problématiques prioritaires (cf. chapitre 6) seront constitués. Là où il y a des points focaux au sein du MS (ex : genre), leur rôle sera valorisé. La formation des personnels de santé aux aspects relatifs aux thèmes transversaux sera également un élément important pour atteindre ces résultats. De plus, l'intégration appropriée des thèmes transversaux renforcera la contribution du programme PASS « Sourou » à l'atteinte des OMDs relatifs à la santé (OMD 4 : réduction de la mortalité de l'enfant ; OMD 5 : réduction de la mortalité maternelle ; OMD 6 : lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme) et OMD 7 : préservation de l'environnement et accès à l'assainissement de base. Des indicateurs spécifiques sont repris dans le chapitre 6.
- **Adopter une allocation stratégique des ressources** : l'objectif étant de rendre le système plus efficace sur le long terme, le DTF rejoint la fiche d'identification quant à la priorité donnée au renforcement de la gestion durable des infrastructures et équipements. A part la réhabilitation de l'école de formation paramédicale à Parakou, le PASS n'appuiera donc pas des réhabilitations majeures. Il privilégiera le développement d'une stratégie effective de maintenance et d'achats rationnels.
- **Utiliser les ressources pour accompagner la réalisation du changement** et non pour financer le fonctionnement en routine des services publics du MS (principe de non-substitution). Le programme d'appui financera uniquement les activités planifiées dans les plans opérationnels annuels aux différents niveaux du MS qui visent le changement des comportements selon les trois axes indiqués dans le chapitre précédent (2.2) et qui sont le sujet d'une revue (participative) régulière. Les frais de fonctionnement pour les activités 'de routine' devront être couverts par le MS.
- **Préserver la valeur ajoutée de l'accompagnement technique** pour appuyer le MS dans la mise en œuvre des réformes jugées nécessaires : il faudra éviter que l'expertise à long terme soit utilisée comme une ressource supposée répondre à toutes les attentes et besoins du partenaire et pouvoir résoudre les dysfonctionnements au sein du MS. Ceci ne doit pas être confondu avec la nécessité d'un engagement concret de la part de ces experts. Ils doivent s'impliquer concrètement dans le travail conceptuel, innovateur et stratégique en vue d'un changement institutionnel et organisationnel. Ils adopteront un comportement de 'faire avec' plutôt que de 'faire faire'.
- **Avoir, comme équipe du PASS, une responsabilité collective par rapport à l'ensemble des résultats**: même si chacun a son point d'entrée (défini comme 'résultat' dans ce DTF), l'équipe sera évaluée par rapport à l'ensemble du PASS et des résultats atteints.
- **Chercher activement la synergie avec les autres programmes bilatéraux** de la Coopération belge au Bénin, en particulier tels que les interventions en agriculture et les bourses. La vision du projet bourses sur le renforcement des capacités et la complémentarité avec le PASS 'Sourou' est explicitée en annexe 7.6.
- Avoir le souci de non-duplication des procédures ou structures par rapport aux institutions partenaires.

2.4 Coordination et synergies avec les autres partenaires au développement

Le PASS s'inscrit entièrement dans le PNDS. Le PNDS 2009-2018 est devenu la référence commune et le cadre unique de coordination, d'orientation de la mise en œuvre et de suivi-évaluation de tous les partenaires. En particulier, le **Compact** signé en 2010 dans le cadre de l'initiative du Partenariat International pour la Santé (IHP+) traduit la volonté de tous les signataires (du côté des PTF : OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale et Belgique) de constituer un cadre unique de programmation, suivi-évaluation et de dialogue politique et de plus spécifiquement appuyer la mise en œuvre du Plan Triennal de Développement (PTD) dans une approche intégrée, harmonisée et alignée, conformément aux principes de la Déclaration de Paris et de l'IHP+.

Les partenaires au développement dans le secteur santé au Bénin forment un **groupe de coordination** dont l'OMS est le chef de file depuis septembre 2012. Ce groupe sert de plateforme commune pour mener la concertation avec les autorités nationales.

La synergie entre PTF ne se situe pas uniquement au niveau central mais aussi au niveau intermédiaire et opérationnel. Entre autre à travers le système des **groupes de travail thématiques** au sein du MS, il y a un espace pour échanger les expériences entre les différents appuis au niveau des DDS et/ou ZS et les valoriser en vue de rationaliser la politique sanitaire.

Dans l'esprit d'un appui systémique, une **approche multi-acteurs** (cf. 2.2.2) sera privilégiée, tant au niveau opérationnel (SYLOS) qu'au niveau du secteur. Des synergies avec d'autres ministères seront recherchées pour obtenir les résultats (en particulier pour le RAMU et les RH).

L'articulation avec les autres acteurs dans le système et en particulier les autres partenaires au développement est au cœur de ce DTF. La synergie est explicitée plus en détail dans les différents résultats et domaines d'activités du PASS décrits dans le chapitre 3. Le tableau suivant donne une vue globale des synergies les plus importantes à renforcer dans le cadre du PASS sur base de la carte des interventions des PTF à l'heure actuelle :

Acteurs belges	Domaine de synergie
CTB – programme d'appui agriculture	<p>Une approche commune par rapport aux thèmes transversaux avec échange d'expériences et capitalisation (recherche-action)</p> <p>Echange d'expérience en relation avec la mise en place d'un FADEC affecté (Fonds d'Appui au Développement des Communes)</p> <p>Appui à la maîtrise d'ouvrage communale (appui conjoint et concerté aux services techniques de la commune pour les aspects d'infrastructures, entretien et équipement qui sont de leurs compétences)</p> <p>Concertation régulière pour échanger des expériences dans la mise en œuvre du programme d'appui et explorer des opportunités de synergies concernant des thèmes intersectoriels</p>
CTB – programme bourses	<p>Focus sur le « Parcours d'Acquisition de Compétence » (PAC) (détails sur l'articulation entre le PASS et le programme bourses en annexe 7.6)</p> <p>Pour la partie du budget encore prévu pour l'appui aux bourses de long terme, l'octroi des bourses sera prioritairement pour la formation en i) Master et de Doctorats en Soins Infirmiers et Obstétricaux (SIO), ii) ingénieurs biomédicaux et techniciens de maintenance (au niveau des SIEM), iii) chirurgiens, iv) médecins de santé publique, iv) hématologistes,... basés sur des besoins institutionnels</p>

APEFE	<p>Appui à la création de la filière Master en soins infirmiers et obstétricaux à l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS) à Cotonou</p> <p>Création d'un second institut de formation initiale en soins infirmiers et obstétricaux à Parakou</p> <p>Appui à la révision des curricula de l'Ecole de Formation Médico-Sociale de Parakou pour les filières aides-soignants, techniciens sanitaires et assistants sociaux</p> <p>Etude sur l'opportunité et la possibilité d'intégrer dans les programmes de formation (au niveau des filières soins infirmiers, techniciens sanitaires, assistants sociaux et aides-soignants) des modules spécifiques aux thèmes du genre, du VIH/SIDA et de l'environnement</p>
Plateforme Because Health	<p>Capitalisation des expériences du PASS au niveau de la coopération belge et au niveau international</p> <p>Contribution à la mise en œuvre (cf. résultat 2) de la charte de Because Health en relation avec les Ressources Humaines en Santé (RHS) et signée par la CTB</p>
COOPAMI	<p>Formations concernant l'Assurance-Maladie</p> <p>Expertise ponctuelle/perlée (à la demande) pour appuyer la feuille de route RAMU</p>
GRAP-PA (ULB,UCL,ULg)	<p>Un "groupe de recherche en appui à la politique de la coopération belge sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide (Déclaration de Paris et Programme d'action d'Accra)", dans le domaine de la santé. Le groupe de recherche est financé par la Commission Universitaire pour le Développement (CUD) et coordonné par l'Université Libre de Bruxelles (ULB), il comprend également des équipes de l'Université Catholique de Louvain (UCL) et de l'Université de Liège (ULg).</p>
Louvain & Développement	<p>Structuration des mutuelles dans le cadre du réseautage communautaire dans l'Atacora-Donga</p>
Memisa	<p>Echange d'expérience concernant le développement des ZS et HZ</p>
Médecins sans Vacances	<p>Missions de courte durée d'équipes médicales spécialisées : échange en particulier concernant la chirurgie (ex : Djougou)</p>
Quamed	<p>Participation de la CAME au réseau Quamed avec appui technique de Quamed financé par le PASS</p>
Solidarité Mondiale	<p>Collaboration dans le SGT T RAMU</p> <p>Structuration des mutuelles dans le cadre du réseautage communautaire dans les départements appuyés</p>
VLIR-CIUF (Conseil Interuniversitaire de la communauté Française)	<p>Utilisation des thèses universitaires pour creuser des thèmes/questions prioritaires dans le PASS</p>

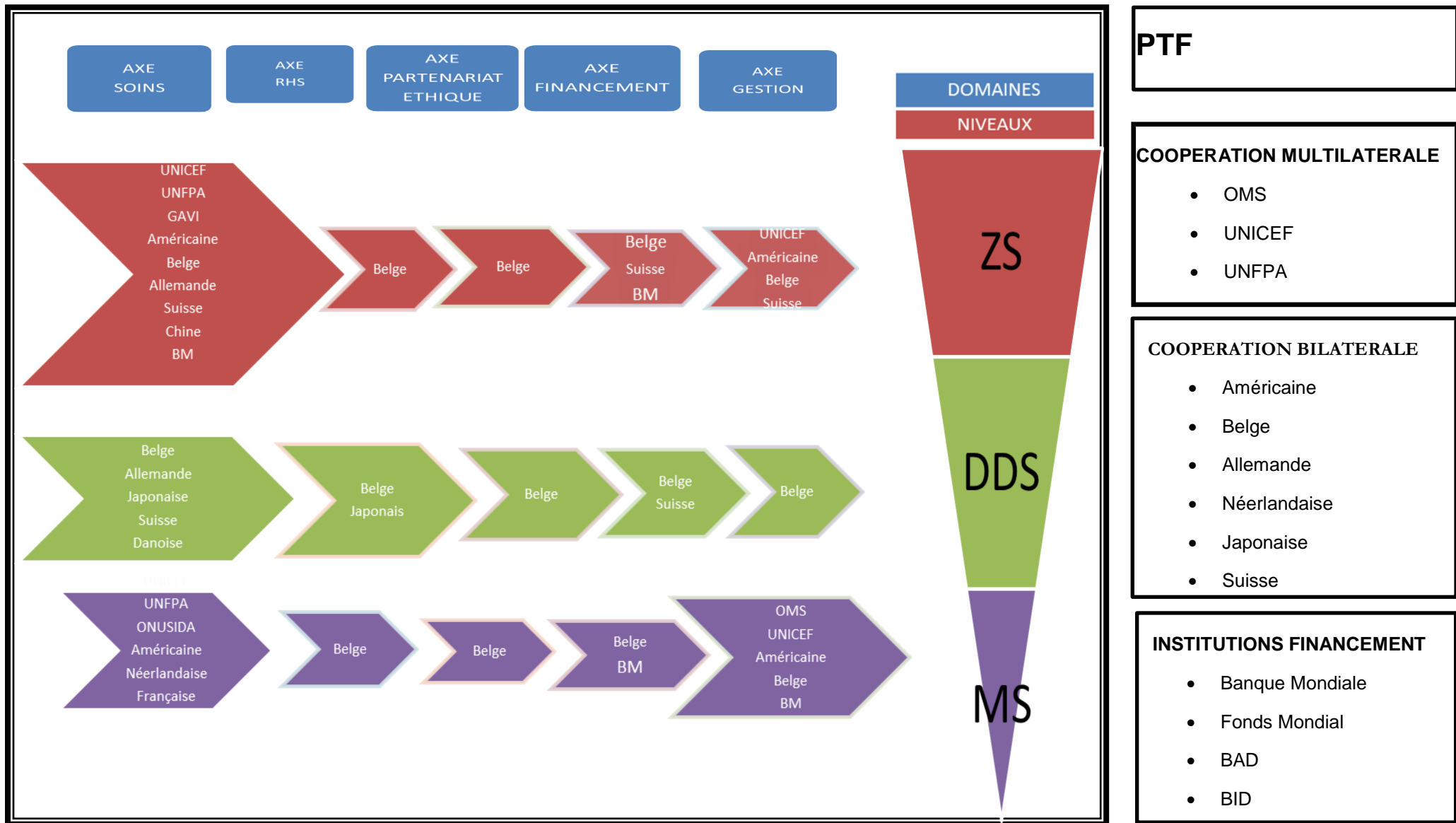
Autres PTF	Domaine de synergie
Agence Française de Développement (AFD)	<p>Organisation des stages pour les sages-femmes dans les zones de santé</p> <p>Assurance Qualité des césariennes dans les hôpitaux</p> <p>Appui à la transfusion sanguine (formation infirmiers, équipement Centres Départementaux de Transfusion Sanguine (CDTS), poches de sang, participation Table Ronde sur la TS)</p>
Banque Mondiale (BM) à travers la Programme de Renforcement de la Performance du Système de la Santé (PRPSS)	<p>Financement du FBR après 2015</p> <p>Concertation stratégique et harmonisation de la stratégie FBR</p> <p>Appui à la mise en œuvre de la politique nationale des RH</p> <p>Appui au développement d'un système d'information pour le RAMU</p> <p>Elaboration des critères d'identification des indigents au niveau national</p> <p>Soutien à la feuille de route pour le développement du RAMU (SGTT)</p> <p>Appui au renforcement des capacités spécifiques et complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM</p> <p>Exploration de la possibilité de créer des fonds commun (RAMU ? RHS ?...) à moyen terme</p>
Coopération suisse	<p>Appui à la mise en œuvre de la politique d'Assurance Qualité</p> <p>Appui au réseautage des mutuelles</p> <p>Appui à la gouvernance locale</p>
Fonds Mondial	<p>Concertation stratégique et harmonisation de la stratégie FBR</p> <p>Fourniture des médicaments</p>
GAVI (Global Alliance for Vaccination and Immunization)	<p>Concertation stratégique et harmonisation de la stratégie FBR</p>
NICHE	<p>Mise en place d'un système de gestion totale de la qualité à l'INMeS, avec une attention particulière pour le genre</p> <p>Contribution au renforcement durable de la capacité académique de l'INMeS, de façon à assurer l'autonomie de ses deux Ecoles et l'alignement des formations sur les exigences du secteur professionnel.</p>
OMS	<p>Chef de file pour la concertation entre PTF et MS</p> <p>Développement des normes pour les RHS</p> <p>Appui au fonctionnement de l'Observatoire RHS</p> <p>Appui à la mise en place du système de suivi-évaluation</p> <p>Soutien à la communication des politiques (via site web, ...)</p> <p>Bonne gouvernance médicaments</p>
Réseau P4H	<p>Missions d'appui à la mise en oeuvre de la feuille de route pour le RAMU</p>

UEMOA	Le Projet d'Appui à l'Extension de la Couverture du Risque Maladie dans les Etats membres de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA)
UNFPA	Appui à la Santé Reproductive, Planification Familiale, IST, VIH/SIDA, genre
UNICEF	Concertation stratégique et harmonisation de la stratégie FBR Appui à l'élaboration et la mise à jour régulière de la carte sanitaire Appui à la maintenance
USAID	Appui à la Planification Familiale Formation en Leadership-Management-Gouvernance (LMG) pour les cadres-clé au niveau du MS Appui à la planification ascendante Préparation d'un FADEC affecté Santé Appui au genre Projet ARM3 (fourniture des médicaments principalement contre le paludisme) D'autres appuis sont ponctuels: OMS à travers un programme Bonne Gouvernance
Coopération Hollandaise	Préparation d'un FADEC affecté Santé

Durant la phase de mise en œuvre, toute autre opportunité de synergie en vue d'obtenir les résultats du PASS sera explorée activement.

Schéma avec les interactions institutionnelles

(Source : conçu à partir de la carte des interventions des partenaires sanitaires du Bénin 2007-2010 et 2011-2014)



2.5 Accompagnement technique

Le PASS mettra à disposition au niveau déconcentré et au niveau central un mix d'expertise nationale/régionale/internationale selon les modalités décrites ci-dessous. Elles seront détaillées sous le chapitre 4.

2.5.1 Une expertise à long terme

Le PASS vise surtout à **renforcer le 'software'** du système. Il vise à renforcer les capacités systémiques, interpersonnelles, managériales, techniques et scientifiques. Pour effectivement appuyer ces compétences et assurer un rôle de facilitateur ('agent de changement') un accompagnement continu et rapproché est nécessaire. Ces accompagnateurs devront avoir une vue globale sur le secteur et avoir une large expérience en renforcement de système et en facilitation au changement.

Cette équipe d'accompagnement s'inscrira dans une **dynamique sectorielle**. Elle cherchera à s'harmoniser avec les expertises mises à disposition par d'autres PTF et à assurer une bonne répartition des tâches. Ce pool d'expertise appliquera un mode d'action 'intégré', potentialisant le travail des directions du MS, des DDS et des espaces de concertation stratégiques (les GTT, la fonction d'un GTT Sectoriel Santé ou Comité de Directions (CODIR) élargi, ...) pour la mise en œuvre de la PNDS. Dans cette perspective, cette équipe ne sera pas organisée comme une 'unité de projet' classique parallèle.

Dans cette configuration, l'appui à la demande aura néanmoins un rôle plus indépendant, afin de pouvoir pleinement valoriser (et promouvoir l'émergence) des initiatives des communautés locales pour renforcer leur autonomie par rapport à la prise en charge de leur santé.

Comme déjà mentionné, l'équipe du PASS aura **une responsabilité collective** par rapport à l'ensemble des résultats.

2.5.2 Une expertise perlée et ponctuelle

D'une part il est prévu une enveloppe pour **un accompagnement technique perlé ou ponctuel** de courte durée. Des experts nationaux et internationaux pourront ainsi être mobilisés afin d'appuyer le Ministère en fonction des questions techniques spécifiques.

Au cas de besoin d'une expertise en environnement, il existe un contrat-cadre avec la CTB.

La CTB assure également un accompagnement régulier à travers des missions de backstopping, spécifiquement de la part des conseillers techniques en santé, gouvernance, infrastructures, thèmes transversaux et M&E.

D'autre part, il est prévu un appui scientifique et méthodologique. Il s'agit d'une expertise perlée et ponctuelle pour appuyer d'une part le processus de recherche-action (RA) et le cycle d'apprentissage sectoriel, et d'autre part le processus de changement. Dans ce cadre il y aura un partenariat entre une institution internationale (ou un consortium) ayant une expertise en RA et en facilitation au changement et une ou plusieurs institutions académiques nationales afin de renforcer l'apprentissage institutionnel au sein du système de santé béninois.

2.5.3 Le Fonds d'Etude et de Consultance (FEC)

Ce fonds permet également de mobiliser des expertises dans le cadre de consultances ponctuelles, études spécifiques, analyses stratégiques, formations et séminaires.

3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

3.1 Objectif général

La formulation de l'objectif général a été reprise de la fiche d'identification :

« Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Bénin. »

3.2 Objectif spécifique

La formulation de l'objectif spécifique est basée sur celle de la fiche d'identification :

«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 » (en particulier celles des zones sanitaires sélectionnées dans l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo) »

3.3 Résultats attendus

- R1 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés.
- R2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée.
- R3 : Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée.
- R4 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.
- R5 : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé.

3.4 Activités à mettre en œuvre

La liste des domaines d'activités (DA) qui suivent indiquent des aspects considérés importants pour l'atteinte des résultats. Ces domaines ont été choisis sur base des constats de l'analyse des défis établis durant les différentes phases de la formulation. La justification du choix et la cohérence entre ces domaines d'activité ont été décrites dans la logique d'intervention sous 2.1.3. Les activités spécifiques à développer, sous ces domaines, seront précisées et validées lors de la planification opérationnelle durant la phase de mise en œuvre en fonction du contexte du moment. En annexe, la liste des activités détaillées ci-dessous sera reprise pour chacun des résultats avec une division des tâches entre les Unités Fonctionnelle (UF) du PASS. Le budget pour les différentes activités sera détaillé dans le chapitre 4. Le détail des investissements matériels est élaboré dans le point 4.5.

3.4.1 Pour R1 : L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés

Le PARZDS s'est beaucoup investi dans le renforcement du plateau technique des soins, la

performance et l'assurance qualité, et dans l'organisation de la demande. A travers le résultat 1, le PASS se concentrera davantage sur le système d'assurance qualité globale²⁸ (centrée sur la personne). Ceci passera à travers six domaines d'activité, avec un accompagnement des acteurs, tant au niveau de l'offre qu'au niveau de la demande dans les départements appuyés.

	DOMAINES D'ACTIVITÉS (DA)
DA1.1	Appuyer le développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne
DA1.2	Appuyer la mise en œuvre de la politique nationale de l'Assurance Qualité des soins et des services de santé dans les structures de santé appuyées
DA1.3	Appuyer les acteurs du Système Local de Santé (SYLOS) pour un rôle complémentaire et synergique afin de faciliter l'accès aux soins des plus vulnérables
DA1.4	Appuyer la stratégie de référence et de contre-référence
DA1.5	Consolider la stratégie nationale de la transfusion sanguine
DA1.6	Appuyer la qualité des médicaments achetés par la CAME

DA1.1 Appuyer le développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne

Le Bénin est en train de mettre en place un système de financement basé sur les résultats. Plusieurs PTF appuient le processus de mise en œuvre de cette stratégie. Différents modèles de FBR (largement complémentaires) sont testés. Les défis consistent à harmoniser les différentes approches, à intégrer ce mécanisme dans une approche globale d'assurance qualité, à le réconcilier avec le droit d'accès de toute la population à un paquet des soins et services adaptés au profil épidémiologique changeant, et à rendre le FBR pérenne. Dans cette perspective, le PASS prévoit les activités suivantes :

A1.1.1 S'aligner sur les indicateurs et primes proposés au niveau national (niveau déconcentré²⁹) : le PASS assurera le paiement des primes de performance au taux national (avec un maximum de 1,5 EUR/habitant/an toute vérification inclu) pour une durée de 16 mois à compter du début de la mise en œuvre du PASS. La fin de cette période coïncidera avec la fin de la première phase d'appui du FBR par la Banque Mondiale. Après cette période, les ZS appuyées par la Coopération Belge dépendront pour le financement des primes de performance et de la vérification du financement en vigueur pour les autres ZS dans le pays à ce moment. Toutefois, le PASS gardera son statut d'innovation par rapport aux modalités de vérification et de vérification communautaire, ainsi que par rapport au travail autour des stratégies opérationnelles liées aux FBR et le suivi au niveau du Comité de Pilotage jusqu'au moment où une stratégie nationale concertée et pérenne sera mise en place.

A1.1.2 Renforcer et alimenter la réflexion stratégique autour du FBR (niveau central et niveau déconcentré) : le PASS se concentrera davantage sur la documentation de toutes ses

²⁸ Ceci sera basé sur la politique nationale d'assurance qualité des soins et services de santé.

²⁹ Pour chaque activité sera déterminée l'attribution du budget à un ou plusieurs Unité Fonctionnelles

expériences/études par rapport au FBR dans les départements et ZS appuyés et alimentera pro-activement le Groupe de Travail Technique 'GTT-Financement' (ou tout autre espace de concertation menant une réflexion stratégique sur le FBR). Lors de l'exercice baseline du PASS, les questions/hypothèses importantes seront inventoriées et étudiées par rapport à une mise en œuvre pérenne et équitable³⁰ du FBR avec une accessibilité aux services de qualité pour la population prenant en compte l'ensemble de leurs besoins, et avec un renforcement des principes et valeurs sous-jacents au Système Local de Santé. Ceci se fera principalement par une démarche de recherche-action. Une question à étudier sera comment intégrer aussi le niveau des EEZS et les DDS dans le système.

Parmi d'autres, la pertinence des indicateurs relatifs à la SSR/VIH et aux droits de l'enfant (la SRAJ et l'enregistrement officiel des enfants) sera une des thématiques qui devra être suivie avec attention.

A1.1.3 Renforcer la vérification communautaire et la capacité d'analyse du Comité de Pilotage du FBR au niveau des deux départements appuyés (niveau déconcentré) : l'information récoltée et vérifiée dans le cadre du FBR est une excellente base pour rassembler tous les acteurs concernés par la santé au niveau du département autour d'une analyse et réflexion conjointe régulière sur l'accès équitable à des soins de santé. Les mécanismes de vérification communautaire (cf. aussi A.1.3.2) seront peaufinés. Le rôle principal du Comité de Pilotage FBR sera d'agir comme un levier pour renforcer le dialogue entre offre et demande, entre acteurs publics et privés.

DA1.2 Appuyer la mise en œuvre de la politique nationale de l'Assurance Qualité (AQ)

Le FBR n'est qu'un mécanisme pour améliorer la qualité. D'autres mécanismes d'Assurance Qualité (AQ) existent et sont décrits dans une politique nationale d'AQ. Cette politique a été validée en 2013. Il s'agit de :

A1.2.1 Rendre fonctionnels les Conseils d'Assurance Qualité (AQ) au niveau des départements et ZS appuyés (niveau déconcentré) : la politique prévoit la mise en place des plates-formes formelles d'AQ. Les pools de compétences au niveau des DDS, les équipes innovantes au niveau des ZS ainsi que le comité de pilotage FBR (activités développées dans le cadre de l'intervention PARZDS) s'intégreront dans cette démarche. Au moment le Ministère est prêt pour se lancer dans la mise en place des organes d'accréditation et de certification des hôpitaux, le PASS verra comment il peut contribuer à cette dynamique.

A1.2.2 Continuer³¹ à mettre en œuvre des activités-clés décrites sous les objectifs 3-9 de cette politique (niveau déconcentré), tels que l'audit clinique systémique (audits décès), l'autoévaluation, l'évaluation par les pairs, le monitoring intégré, la recherche-action, des enquêtes de satisfaction, le coaching, la supervision formative et intégrée, et le tutorat. La plupart de ces activités a déjà été initiée au sein du PARZDS. Ces activités seront appuyées au niveau de quelques CS sélectionnées, les Hôpitaux de Zone (HZ), les Equipes Cadre de ZS, les CHD et les deux DDS. Une attention particulière sera prêtée à la qualité des soins centrés sur la personne, au Programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), à la prise en compte des Maladies Chroniques Non-transmissibles et aussi à l'intégration des systèmes de monitoring des programmes verticaux dans le système d'AQ. Les aspects relatifs à la Santé Sexuelle et Reproductive seront suivis de façon particulière³².

³⁰ Envers les bénéficiaires et envers le personnel du secteur de la santé

³¹ Processus déjà initié dans le PARZDS

³² Les informations générées dans cette matière faciliteront une participation pertinente et active du Programme PASS aux Groupes de Travail Techniques sur la Santé de la Mère et le Suivi de l'Enfant.

A1.2.3 Documenter et partager les expériences (niveau déconcentré et niveau central) : sur base de l'information fiable (entre autre à travers la vérification et la contre-vérification dans le cadre du FBR), les expériences par rapport aux mécanismes d'AQ (inclusif l'AQ par rapport aux thèmes transversaux) seront documentés suivant une démarche de recherche-action. Une bonne communication entre ZS, entre DDS et entre niveau déconcentré et niveau central sera assurée.

DA1.3 Appuyer les acteurs du Système Local de Santé pour un rôle complémentaire et synergique afin de faciliter l'accès aux soins des plus vulnérables

Les différentes parties prenantes au niveau local seront renforcées dans leurs rôles et responsabilités pour être acteur de leur développement en matière de santé. L'appui consiste principalement à des activités de formation, de sensibilisation et d'analyse, accompagnées par les cinq Chargés d'Appui Conseils (cf. PARZDS) et le CTI demande. Les lignes d'action suivantes sont envisagées:

A1.3.1 Renforcer la maîtrise d'ouvrage³³ des communes dans le secteur de la santé (niveau décentralisé) : le PASS mettra en exergue la capitalisation de l'intervention de la Coopération belge PAPDC sur le Maitrise d'ouvrage. Le programme d'appui contribuera au respect des lois sur la décentralisation en matière de maîtrise d'ouvrage communale concernant les Centres de Santé (CS). L'accent sera porté en particulier sur :

1/ Le rôle des communes en matière de maintenance. En particulier la collaboration entre les services techniques de la commune et les services déconcentrés de la santé sera renforcée.

2/ Le rôle de la commune en tant qu'interface pour l'expression des utilisateurs sur la qualité des services de santé sera également appuyé. Dans ce cadre le programme PASS se basera sur les acquis des interventions précédentes et du PARZDS en particulier pour :

- Une plus grande implication des maires dans les organes de cogestion des structures de santé
- L'implication des maires dans la vérification de l'évaluation des performances des formations sanitaires, dans le cadre du FBR
- Renforcer des initiatives d'articulation des services de santé avec les services d'état civil pour l'enregistrement des naissances/décès.

3/ L'implication des maires dans le recrutement des agents de santé sur fonds propres pour faire fonctionner les formations sanitaires de leur compétence est aujourd'hui également une réalité.

4/ L'implication des mairies dans l'identification des indigents sera également appuyée.

A1.3.2 Appuyer les organisations de la société civile dans l'organisation et la structuration pérenne de la demande de soins (niveau déconcentré). Il s'agit de :

1/ Appuyer la société civile pour assurer son rôle dans le FBR. Un budget est prévu pour assurer la vérification communautaire des enquêtes de satisfaction, ...

2/ Poursuivre la fédération des mutuelles de santé et le renforcement du rôle du Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales (CONSAMUS) par rapport à l'organisation de la demande. Les mutuelles devraient impulser, à côté des Mairies, i) la défense des intérêts des consommateurs de soins et dans le FBR, ii) l'encouragement des initiatives communautaires qui renforcent l'autonomie de la population par rapport à leur santé, et iii) la contribution au développement d'une organisation autonome et pérenne de la demande.

³³ La notion de maîtrise d'ouvrage est prise ici dans un sens large de l'ensemble des étapes menant à la réalisation et l'exploitation d'un service et pas au sens strict.

3/ Appuyer la Direction départementale de la famille et de la solidarité nationale sur le genre et l'actualisation des listes d'indigents en collaboration avec les communes.

4/ Donner un input par rapport à la mise en place des Agence Départemental d'Assurance Maladie (ADAM). Pour plus d'information sur les ADAM cf. résultat 3.

A.1.3.3 Dynamiser les interfaces de concertation entre offre et demande (niveau déconcentré) : les interventions précédentes (PAZS Comé, PARZDS) ont initié une dynamique de réseautage communautaire. Le PASS consolidera ces efforts et apportera un appui à la fonctionnalité du coordination du réseautage de tous les acteurs de la demande dans les ZS appuyées. Il s'agit des communes, maries, et les Organisations de la Société Civile (OSC), y compris les OSC qui travaillent spécifiquement dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la promotion de la SSR/SRAJ/planning familial et la protection de l'enfant. Le rôle des communes dans cette coordination sera également envisagé. Ce réseau :

1/ Discutera avec l'offre les problèmes liés à la santé portant sur la qualité des soins, mais aussi sur les perceptions, attentes et comportements des populations, la défense de leurs intérêts et le renforcement de l'autonomie de la population par rapport à sa santé.

2/ Renforcera la santé communautaire (en s'appuyant sur les relais communautaires) comme un service mieux intégré dans les centres de santé. Une attention particulière sera portée à consolider les acquis des interventions précédentes comme par exemple dans le domaine de la planification familiale et la mobilisation des donneurs de sang.

3/ Développera avec l'appui du PASS une vision commune par rapport aux relais communautaires (RC) en santé, ainsi que la rationalisation des RC et leur coordination. Il faudra travailler sur la pléthore des RC utilisés par différents PTF et par différents ministères (ministères de l'agriculture, de la famille, de la santé, les PTF, etc). Il faudra également se concentrer sur leurs profils et cahiers de charge et assurer un suivi des RC par les Mairies.

DA1.4 Appuyer la stratégie de référence et de contre-référence

La chirurgie/obstétrique sera utilisée comme traceur pour améliorer et évaluer la fonctionnalité de la stratégie de référence et de contre-référence dans les départements appuyés.

A1.4.1 Renforcer le plateau technique selon les normes nationales (niveau déconcentré) : en particulier au niveau des HZ et CHD. La pérennisation de sa maintenance par le Ministère de la Santé, permettant d'assurer la performance d'un plateau technique indispensable à la qualité des soins de santé au bénéfice des populations fera l'objet d'une attention toute particulière.

A1.4.2 Renforcer la fonctionnalité du mécanisme de référence et de contre-référence (niveau déconcentré) : ceci passera entre autre par i) la mise en œuvre des recommandations de l'étude sur le système de référence et de contre-référence qui a été réalisée dans le Mono/Couffo, ii) les audits cliniques systémiques, et iii) l'encadrement des HZ par les chirurgiens en formation (stages en 2° ou 3° année de formation) au niveau des CHD. Les frais pour cet encadrement (formations, supervisions formatives) seront pris en charge par le PASS. Une concertation tripartite entre le MS, l'école de médecine à travers l'UAC (Université d'Abomey Calavi) et le PASS permettra de définir les modalités de cette collaboration.

A1.4.3 Capitaliser des expériences dans les deux DDS appuyées (niveau déconcentré et niveau central) afin de contribuer à la mise en place d'une stratégie nationale concertée par rapport à la référence et contre-référence.

DA1.5 Consolider la stratégie transfusion sanguine

Il s'agit d'une consolidation d'un appui antérieur (PASTAM et AIMS).

A1.5.1 Consolider les mécanismes assurant l'offre de Produits Sanguins Labiles (PSL) sécurisés dans les formations sanitaires dans les départements appuyés (niveau déconcentré) : cela passera par i) la communication sociale et le counseling pour le don du sang, organisés avec l'appui des acteurs communautaires (cf. A1.3), en particulier l'Association des Donneurs de Sang Bénévoles du Bénin (ADSB), ii) l'intégration des indicateurs relatifs à la transfusion sanguine dans le FBR, et iii) les supervisions et les audits (cf. A1.2) pour assurer une utilisation rationnelle des PSL.

A1.5.2 Appuyer la présence de personnel compétent relatif à la Transfusion Sanguine (TS) (niveau déconcentré) : une des formations prioritaires à appuyer à travers le projet bourses sera la formation qualifiante pour les infirmiers et les sages-femmes et qui devra s'élargir à d'autres catégories socio-professionnelles (techniciens de laboratoire, médecins...). La formation d'hématologistes pour les Centres Départementaux de Transfusion Sanguine (CDTS) dans les départements appuyés constitue aussi une demande prioritaire envers le projet bourses.

A1.5.3 Renforcer la gestion au niveau des CDTS (niveau déconcentré) : il s'agit i) d'une part d'assurer la fonctionnalité de l'équipement, la disponibilité des réactifs et tests pour du sang sécurisé, et la formation à la gestion informatisée (cf. résultat 4) des CDTS appuyés et ii) d'autre part d'assurer la redevabilité des CDTS envers les départements et les ZS. Une meilleure articulation avec les DDS est nécessaire pour éviter une verticalité perverse.

A1.5.4 Assurer la mise en place des systèmes photovoltaïques au niveau des CDTS et Poste de Transfusion Sanguine (PTS) dans les zones d'appui : l'installation de ces systèmes et la formation du personnel seront prises en charge par le PASS. Leur maintenance par le MS sera prise en compte dans le résultat 4 du DTF.

A1.5.5 Renforcer la gouvernance au niveau de l'ANTS (niveau central) : il faudra prendre en compte l'équipe ANTS pour la formation Leadership – Management – Gouvernance (LMG) de USAID. Il faudra également un appui à la création d'une plate-forme Gouvernement-PTF-Société civile en vue d'un financement conjoint des activités de transfusion sanguine et un accompagnement à la mise en œuvre du plan directeur de l'ANTS.

DA1.6 Appuyer la qualité des médicaments achetés par la CAME

Pour assurer de manière efficace l'approvisionnement continu de médicaments de qualité auprès des zones et départements sanitaires du Bénin, le renforcement du système de pré-qualification de la Centrale nationale d'Achat des Médicaments Essentiels du Bénin (CAME) est nécessaire. Ce renforcement s'articule autour de quatre axes avec l'appui des experts du réseau Quamed :

A1.6.1 Mettre en place un système de pré-qualification continue des couples produit/fabricant (niveau central) : il s'agit d'évaluer le système existant et réviser les dossiers d'appel d'offre et la procédure de pré-qualification de la CAME.

A1.6.2 Renforcer les capacités techniques au sein de la CAME en vue d'une amélioration des pratiques d'évaluation de la qualité des sources des médicaments approvisionnés par la centrale (niveau central). Il est recommandé d'impliquer également les représentants de la Direction des Pharmacies et du Médicament (DPMED).

A1.6.3 Impliquer la CAME dans le réseau QUAMED (niveau central) afin de bénéficier et de partager avec les membres du réseau des informations en rapport à la qualité des sources des médicaments approvisionnés (cf. info audits pharmaceutiques, accès à la base de données de

Quamed).

A1.6.4 Accompagner l'évaluation de l'appel d'offre (niveau central) avec l'appui du réseau Quamed.

3.4.2 Pour R2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée

La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est une condition nécessaire à l'amélioration de l'offre de soins. Toutefois, les difficultés encourues dans la gestion des Ressources Humaines en Santé (RHS) constituent encore un des principaux goulots d'étranglement du système de santé béninois. Le PASS se focalise sur ce que le secteur de la santé peut faire par rapport à la gestion des RHS, tout en étant conscient qu'une grande partie des défis sont en dehors de la zone d'influence directe du programme d'appui et impliquent plusieurs acteurs en dehors du MS. Ce programme d'appui, se concentrera sur trois domaines d'activités :

	DOMAINES D'ACTIVITÉS (DA)
DA2.1	Renforcer la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré
DA2.2	Améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé
DA2.3	Renforcer la production de personnels de santé qualifiés

DA2.1 Renforcer la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré

Le PASS prévoit d'appuyer le renforcement des capacités et le fonctionnement des institutions compétentes en matière de Gestion des RHS (Direction des RHS (DRH), Services des RHS (SRH), GTT-RH, Observatoire), et de mettre un accent sur la production et l'utilisation d'informations de qualité à des fins de gestion prévisionnelle et de gestion des carrières. Le mainstreaming du genre sera un point d'attention spécifique dans les activités prévues. A cette fin, le PASS prévoit les activités suivantes :

A2.1.1 Renforcer les capacités matérielles de la DRH et des SRH : Le programme apportera moyennant une analyse des besoins et une enveloppe maximale³⁴ une contribution ciblée en hardware (matériel roulant, matériel bureautique et matériel informatique compatible avec le logiciel Logi-GRH). Il pourra également, selon les besoins, équiper le secrétariat technique permanent de « l'Observatoire RHS »³⁵ en matériel de bureau et informatique (à déterminer lorsque celui-ci sera opérationnel). Par ailleurs, une enveloppe pour un appui en soft sera apportée à la DRH et SRH en vue de renforcer leurs capacités (manuel de procédures, formation, coaching et supervision,...).

A2.1.2 Appuyer le renforcement du système de collecte et de gestion de l'information au sein de la DRH et des SRH : La DRH a opté pour l'installation d'un software « Logi-GRH » dont certaines fonctionnalités souhaitées par les utilisateurs ne sont pas encore opérationnelles. Outre les aspects hardware mentionnés plus haut, le PASS pourra être sollicité par la DRH pour bénéficier

³⁴ A actualiser lors du démarrage en fonction des moyens disponibles à ce moment

³⁵ Plusieurs pays ont une telle Observatoire avec l'appui technique de l'OMS

d'appui à son exploitation, d'une part pour faire appel à des consultants ponctuels pour régler des questions relatives au logiciel (niveau central), et d'autre part, pour des activités telles que des stages de formation et un coaching en vue d'exercer les utilisateurs de Logi-GRH (à la DRH et dans les deux DDS appuyées) à son utilisation optimale ainsi qu'à l'exploitation des données (niveaux central et déconcentré). L'intégration de l'aspect genre et l'analyse de l'impact d'une approche genre-sensible sera un point d'attention spécifique.

A2.1.3 Appuyer le fonctionnement des organes de pilotage et techniques du sous-secteur RHS :

Afin de maintenir la dynamique d'échanges et de réflexion stratégique menée au sein du GTT-RH, le PASS fournira un appui au fonctionnement de l'Observatoire des RHS et le GTT-RH (financement de réunions, études ponctuelles), en assurant une parfaite complémentarité et en évitant une duplication entre ces organes. Ceci leur permettra de mettre à jour l'analyse de situation et d'identifier les réformes à mener pour améliorer la gestion des RHS. En particulier, il sera bon de mener des concertations régulières avec les autres acteurs concernés par les RHS, tant au niveau de leur production (écoles et instituts de formation, ministères en charge de l'enseignement) que de leur recrutement et paiement (Fonction publique et Finances), aux niveaux régional (DDS) et local (ZS, Collectivités Locales), de même qu'avec les partenaires sociaux et le secteur privé. Ceci facilitera l'atteinte d'un consensus sur les actions à mener. Les points focaux pour le genre et le VIH seront impliqués de façon spécifique.

Enfin, d'autres PTF seront étroitement associés au dialogue politique et aux appuis apportés aux RHS dans le cadre du PASS, en particulier l'APEFE (sur les aspects formation), l'OMS (chef de file actuel des PTF, sur les aspects gouvernance et motivation) et la Banque mondiale (qui est prête à donner des assistances techniques complémentaires et qui est un partenaire dominant sur les aspects FBR et motivation).

A2.1.4 Appuyer la réalisation de l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du PSDRHSS :

Si ceci n'est pas encore réalisé au moment du lancement du PASS, celui-ci pourra cofinancer l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PSDRHSS). Le but est de faire une relecture ou du moins traduire le PSDRHSS dans un plan opérationnel d'un horizon plus court (p.ex. 2014-2018). L'évaluation devrait mettre en exergue d'une part les réformes nécessaires pour améliorer la performance du système et d'autre part, les priorités vulnérables et atteignables pour les années à venir. Cette relecture pourra être menée sous la direction de l'Observatoire et du GTT-RH. En outre, des expertises externes pourront être sollicitées pour réaliser des études ponctuelles et concevoir des stratégies appropriées (ex : appui à l'élaboration du cadre organique, révision du plan de formation en fonction des besoins). Les aspects genre seront abordés de façon spécifique, afin d'aider à une meilleure intégration de l'aspect genre et à prendre les mesures nécessaires afin d'accroître l'impact d'une politique genre-sensible.

DA2.2 Améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé

Comme souligné au point 1.5.2, un défi de taille pour le système de santé béninois est d'augmenter la déconcentration de la GRH et de rendre plus équitable la distribution des RHS aux compétences requises sur l'étendue du territoire, en particulier dans les zones reculées. Cet objectif dépend de l'évolution de plusieurs politiques et stratégies du gouvernement béninois, mais le PASS entend y contribuer à travers les activités suivantes:

A2.2.1 Réaliser des études jugées utiles pour améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé : Dans la foulée de l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du PSDRHSS, il est vraisemblable que la DRH et les autres organes concernés (GTT-RH, Observatoire) auront besoin d'appuis et d'expertises pour approfondir les analyses et développer

des stratégies de réplique appropriées. A priori on pense notamment à un état des lieux de la déconcentration de la GRH dans le secteur; à un appui à la mise en œuvre du plan de décentralisation/ déconcentration (plan 2D) permettant une meilleure délégation des pouvoirs au niveau déconcentrés (définition des fonctions et responsabilités, formation, évaluation, ...); à l'analyse des expériences menées au Bénin (santé, éducation) et ailleurs (voyages d'études) pour motiver le personnel à travailler dans les zones reculées; et à l'élaboration d'une stratégie cohérente et holistique de motivation des RHS, intégrant les développements récents (FBR, 2D, etc.); à une étude sur les aspects genre-spécifiques qui déterminent l'emploi des RHS dans les régions éloignées; Ces analyses et travaux stratégiques nécessiteront vraisemblablement de l'expertise externe, mais devront être encadrés par l'Observatoire et le GTT-RH, dont il faudra financer la participation des parties prenantes pertinentes.

DA 2.3 Renforcer la production et la formation continue de personnels de santé qualifiés

Un chantier concret auquel le PASS est sollicité à contribuer porte sur le renforcement de la production et la formation continue de personnels de santé qualifiés et à l'amélioration de l'adéquation de leurs compétences aux besoins du terrain. ...). D'une part, ceci passe par la synergie avec le programme bourses par rapport à la formation. D'autre part, depuis plusieurs années, l'APEFE intervient en renforcement des compétences des infirmiers et des sages-femmes au Bénin par la mise en place d'une formation initiale de qualité à l'INMeS. En complément du plan triennal de l'APEFE et en collaboration avec d'autres partenaires, les activités suivantes (à noter qu'outre celles-ci, d'autres activités seront financées par la Belgique via le projet bourses de la CTB) sont identifiées:

A2.3.1 Appuyer le renforcement des capacités générales de l'INMeS à Cotonou: Le PASS contribuera à renforcer les capacités de production de l'INMeS renforçant les aspects « soft » (tel que le renforcement des relations entre l'INMeS et les autres structures impliquées dans la formation), la mise en place d'un système d'assurance qualité,

A2.3.2 Appuyer la spécialisation de type Master en Soins Infirmiers et Obstétricaux à l'INMeS: Ceci sera également financé par le financement d'activités diverses telles que réhabilitation de salles, mise en place d'une bibliothèque et de salles de travaux pratiques, dotation en équipements informatiques et pédagogiques) et surtout l'augmentation de la base documentaire, l'appui à l'amélioration de l'encadrement des élèves et étudiants sur les lieux de stage, l'élaboration et utilisation d'outils de suivi évaluation, l'appui en recherche-action,...

A2.3.3 Appuyer la création d'un second institut de formation initiale en soins infirmiers et obstétricaux à Parakou: La capacité d'accueil actuelle de l'INMeS ne peut pas permettre de combler les besoins quantitatifs et qualitatifs importants du Bénin en personnel infirmiers et sages-femmes. Par ailleurs, il serait très bénéfique de créer une école de formation dans le nord du Bénin, afin de favoriser la rétention de personnel dans les régions septentrionales. Ce projet est intégré dans le plan triennal d'APEFE, qui est bien placé pour le faire sur base de son expérience à l'INMeS (curricula de formation, équipements pédagogiques). Le PASS contribuera à l'ouverture de ce second institut (date envisagée: septembre 2015, après la sortie de la première promotion du Master de l'INMeS), à travers un appui en investissements (matériel roulant, réhabilitation de salles de l'Ecole de Formation Médico-Sanitaire (EFMS) de Parakou, équipements), en fonctionnement (matériel, documentation, missions, séminaires, ...), en formation ainsi qu'en expertise ponctuelle ou perlée (entre autre un inspecteur pédagogique pour former les enseignants et les encadreurs de stage à la pédagogie active et les superviser). Les frais pour un conseiller technique permanent sont supportés par le programme APEFE. L'appui aux boursiers sélectionnés pour ce master sera une priorité dans le projet bourses de la coopération belge.

Le PASS étudiera avec les partenaires béninois l'opportunité et la faisabilité d'intégrer les dimensions transversales du genre, du VIH/SIDA et des aspects environnementaux (en particulier la gestion des déchets biomédicaux) dans les programmes et modules de formation délivrés à l'INMeS, à Cotonou et à Parakou.

A2.3.4 Appuyer l'organisation et l'encadrement des stages des médecins spécialistes (2^e et 3^e années), des infirmiers et des sages-femmes dans les CHD et autres structures de santé dans les 2 DDS appuyées : il s'agit d'une activité initiée dans le PARZDS/AIMS. Pour les régions septentrionales (au nord) cet aspect sera traité en collaboration entre i) la faculté de médecine à Cotonou (pour les stages des médecins), ii) l'école pour la Formation Paramédicale à Parakou (pour les stages des sages-femmes, avec l'appui de l'expert local mis à disposition par APEFE), iii) le Conseiller Technique International (CTI) co-responsable pour le Résultat 2, et iv) le CTI de la CTB placé à la DDS de l'Atacora-Donga. Pour les régions du Sud il s'agit d'une collaboration entre l'INMeS, la Faculté de médecine, l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) et le CTI de la CTB placé à la DDS du Mono-Couffo. Les frais liés à l'organisation des stages et l'achat de petit matériel (là où nécessaire afin de garantir le déroulement des stages dans des bonnes conditions) sera couvert par le PASS.

3.4.3 Pour R3 : Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est développée

Actuellement, le gouvernement béninois ne dispose pas de l'information nécessaire pour prendre des décisions rationnelles par rapport à la mise en place du RAMU. Le PASS donnera un appui en amont afin que les études nécessaires puissent être réalisées et utilisées selon la feuille de route établie et suivie par le SOUS GTT RAMU (mis en place en juillet 2013).

	DOMAINES D'ACTIVITÉS (DA)
DA3.1	Appuyer le développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU
DA3.2	Soutenir la feuille de route pour le développement du RAMU
DA3.3	Appuyer le renforcement des capacités spécifiques et complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM

DA3.1 Appuyer le développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU

Cet appui consiste à :

A3.1.1 Assurer la mise en production du logiciel informatique de gestion du RAMU (niveau central) : il s'agit de contribuer au paramétrage du logiciel qui aura été acheté pour la gestion du RAMU et à son opérationnalisation au niveau du flux des données qui doivent alimenter le contenu de la base de données (SI) pour la gestion du RAMU par l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), agence sous tutelle du Ministère de la Santé (MS). L'activité se situera exclusivement au niveau du software.

A3.1.2 Disposer d'une base de données commune relative aux indigents (niveau central) : il s'agit de contribuer à la construction d'une base de données relative aux indigents répondant aux critères nationaux d'indigence du Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age (MFASSNHPTA) ainsi qu'aux modalités d'intégration régulière de ces données dans le SI du RAMU. L'activité se situera exclusivement au niveau du software. L'examen d'une pondération des critères d'indigence pour

assurer l'équité géographique sera envisagé. Les données seront genre-spécifiques et désagrégées par âge.

A3.1.3 L'installation du réseau informatique lié au fonctionnement du système d'information (niveau central et déconcentré) : il s'agit d'une activité qui se situe au niveau du hardware visant à équiper en matériel de saisie (ordinateurs, périphériques divers) dans les zones d'interventions du PASS : i) d'une part les Agences Départementales d'Assurance Maladie (ADAM) et autres structures locales reliées aux ADAM sur une base rationnelle (à l'exception des dispositifs d'enrôlement fixes) / MS, et ii) d'autre part les Centres de Promotion Sociale (CPS) / MFASSNHPTA.

A3.1.4 Le renforcement de capacités en matière d'exploitation des données d'un système d'information (niveau central) : il s'agit via des stages de formation et d'un coaching à posteriori d'exercer des personnes ressources à l'exploitation des données de systèmes d'information en vue de la gestion du secteur de la santé et en particulier de l'assurance maladie: i) Système d'information de gestion du RAMU / MS; ii) Système d'information de gestion de la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) / Ministère du Travail et de la Fonction Publique (MTFP) /CONSAMUS/ DNSP. Sont ici visés le contrôle de la qualité des données enregistrées dans le système d'information, l'élaboration d'indicateurs d'effectifs, des prestations, financiers, de gestion de l'assurance maladie et de tableaux de bord de suivi de ces indicateurs, la réalisation de calculs d'impacts financiers de diverses modifications (paquet de soins, groupes-cibles, tarification, ...) et de prévisions budgétaires, la rédaction de rapports d'audit d'analyse de données de consommation et financières relatives aux prestations de santé, ... Une attention spécifique sera donnée au renforcement des capacités nécessaires pour l'exploitation plus à profondeur des données relatives au genre et par groupe d'âge afin de produire des analyses pertinentes qui contribuent au développement des mesures spécifiques en appui des populations les plus vulnérables (femmes enceintes, enfants, OEV, adolescents, etc.).

DA3.2 Soutenir la feuille de route pour le développement du RAMU

Il s'agit d'accompagner (niveau central) le Sous-Groupe de Travail Technique (SGTT) RAMU, composé d'agents de l'ANAM mais aussi en proportion plus importante de personnes ressources externes ayant principalement des compétences en économie de la santé et en gestion de l'assurance maladie. Ce SGTT est mis en place pour travailler au développement du RAMU selon les axes suivants (liste indicative et non exhaustive, liste évolutive en fonction des nécessités de développement du RAMU au cours de la période du PASS) :

- 1) Doter l'ANAM d'une procédure scientifique de détermination des coûts des divers risques couverts par le RAMU
- 2) Affiner les réflexions en cours en vue de fixer le chronogramme du schéma d'extension progressive du RAMU aux différents groupes-cibles visés
- 3) Doter l'ANAM d'une procédure scientifique conduisant à la fixation d'une cotisation réaliste des adhérents au RAMU en fonction des différents groupes-cibles susvisés
- 4) Appuyer l'ANAM dans la définition d'une stratégie de financement pérenne du RAMU
- 5) Doter l'ANAM d'une technique de simulation financière du coût du RAMU qui repose sur des hypothèses réalistes d'extension et de financement
- 6) Déterminer les paramètres à encoder dans le système d'information pour la gestion du RAMU dont l'âge, le genre, le domicile, le type de prestation, le lieu de prestation, la date de prestation, ...
- 7) Préciser les tâches spécifiques des ADAM dans la gestion du RAMU, en consultant également les organisations de la société civile

- 8) Clarifier la conduite à tenir pour les adhérents au RAMU déjà membres d'une mutuelle de santé ou pris en charge par toute structure existante
- 9) Faciliter et appuyer la collaboration entre l'ANAM et ses partenaires de gestion potentiels tels que : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), la MSSB,...
- 10) Définir le circuit du bénéficiaire des prestations du RAMU dans la pyramide sanitaire
- 11) Définir les modalités et le circuit financier en cas de paiement d'un ticket modérateur par l'assuré RAMU au sein des formations sanitaires et officines pharmaceutiques
- 12) Définir l'organisation, le fonctionnement et les attributions du tiers-payant dans la mise en œuvre du RAMU
- 13) Doter l'ANAM d'un manuel de procédures de remboursement des dépenses à charge du RAMU aux formations sanitaires et officines pharmaceutiques
- 14) Doter l'ANAM d'une politique de communication sur le RAMU envers la population béninoise, les prestataires de soins et les partenaires financiers
- 15) Développer une stratégie de sensibilisation de la population à l'adhésion au RAMU
- 16) Veiller à la mise en adéquation des textes existants législatifs et réglementaires avec les dispositions de mise en œuvre du RAMU

DA3.3 Appuyer le renforcement des capacités spécifiques et complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM

A3.3.1 Aider à la définition et à la sélection de profils complémentaires et spécifiques de ressources humaines au sein de l'ANAM (niveau central) en relation avec les métiers de gestion de l'assurance maladie.

A3.3.2 Renforcer les capacités de ces nouveaux profils spécialisés recrutés (niveau central et décentralisé) via des stages de formation et d'un accompagnement régulier 'après-formation'.

3.4.4 Pour R4 : La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées

Le principe directeur pour les ressources matérielles est le renforcement d'une gestion durable des infrastructures et des équipements, en particulier leur maintenance, prioritaire par rapport à de nouveaux investissements.

L'intervention souhaite donc renforcer les capacités des services techniques et des différents organes d'infrastructures, équipements et maintenance dans leurs attributions pour contribuer à la fonctionnalité et à l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements médicotéchniques.

	DOMAINES D'ACTIVITÉS (DA)
DA4.1	Capitaliser les expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs
DA4.2	Renforcer la politique de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures
DA4.3	Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention

DA4.1 Capitaliser les expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs

Ces activités sont pilotées par la Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM) avec le support du Conseiller technique et en concertation avec les autres directions du MS concernées (i.e. la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM),...) ainsi que tous les acteurs locaux invités dans les structures d'échange.

A4.1.1 Définir l'approche la plus efficiente pour l'intervention dans la gestion des infrastructures et des équipements. Afin de définir l'approche précise, l'intervention commencera par une étude approfondie couvrant l'ensemble des types d'acteurs de la gestion des infrastructures et des équipements dans les zones d'intervention. Cette étude sera effectuée par une consultance externe et indépendante recrutée par appel d'offre international. Elle devra, entre autre, définir : (i) la stratégie la plus efficiente pour renforcer la gestion des infrastructures et équipements au vu du contexte actuel et de son évolution future, (ii) le partage des rôles et responsabilités de la gestion efficiente des infrastructures et des équipements de manière efficiente, (iii) l'intégration dans le processus de décentralisation, (iv) les moyens disponibles et nécessaires aux différents niveaux (ressources humaines, financières et matérielles). Cette étude nécessitant une analyse approfondie d'une multitude d'acteurs, elle nécessitera plusieurs mois de travail en début d'intervention. Certaines activités peuvent démarrer sans attendre les conclusions de l'étude alors que d'autres seront définies par les résultats de l'analyse.

A4.1.2 Renforcer les capacités de suivi et la performance des acteurs de la gestion des infrastructures et des équipements: Cette activité vise à améliorer et mesurer régulièrement les indicateurs de gestion des ressources matérielles, à comparer la performance aux objectifs fixés et à mettre en œuvre des initiatives pour améliorer la performance. Les acteurs concernés sont la DIEM, les SIEM et les services techniques décentralisés concernés.

A4.1.3 Mettre en place des structures d'échanges d'expériences et de compétences au niveau local: Par des réunions fréquentes de réflexion, ces structures d'échanges rassembleront les acteurs de la gestion des IEM aux différents niveaux.

A4.1.4 Former un sous-groupe de travail thématique (SGTT) spécifique à la gestion des ressources matérielles (sous le groupe gestion) et le réunir régulièrement pour capitaliser les expériences. Ce sous-groupe de travail doit réunir des représentants de la DIEM, la DRFM, la DPP, les communes et les différents PTF impliqués dans les IEM.

A4.1.5 Organiser des échanges avec d'autres pays de la région sur les problématiques de gestion des IEM, en particulier sur la maintenance.

DA4.2 Renforcer la politique de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures

Le but est de renforcer la capacité d'analyser, évaluer et formuler des politiques, règles et normes et ensuite de les communiquer et les divulguer. Les politiques sont accompagnés par l'élaboration des outils, guides, manuels pour l'implémentation des politiques d'IEM, y inclus le planning et l'élaboration du budget des interventions. Les aspects environnementaux et relatifs à la gestion des déchets seront intégrés à ces activités.

Les activités sont donc principalement du coaching, des formations et la sensibilisation des acteurs prioritaires ainsi que des supports logistiques adéquats.

Ces activités sont dirigées par la DIEM avec le support du Conseiller technique et en concertation avec les autres directions du MS concernées, les SIEM, les services techniques communaux, élus locaux et les comités de gestion des formations sanitaires.

A4.2.1 Renforcer l'inventorisation des données sur les IEM: une inventurisation clairement réglementée (des infrastructures, des équipements, des ressources humaines matérielles et financières disponibles) est nécessaire en vue de l'amélioration du système de maintenance. Les règles d'inventurisation seront revues, améliorées et disséminées à l'aide de formations.

A4.2.2 Améliorer la coordination et la planification des acquisitions et des investissements: par cette activité, l'intervention doit augmenter l'utilisation des données inventurées comme outil de planification des acquisitions. Le but est d'optimiser l'utilisation des ressources en les concentrant sur les priorités. Des formations sur l'analyse et l'utilisation des données d'inventaire seront organisées.

A4.2.3 Formuler les bonnes pratiques de conception, d'acquisition et de contractualisation dans les procédures internes. Par exemple : (i) alimenter les normes d'infrastructures avec des contraintes techniques pour protéger les équipements, (ii) élaborer un manuel de procédure d'acquisition d'équipement incluant normes et standardisation d'achats qui faciliteront la maintenance, (iii) standardiser l'inspection et l'enregistrement de tout nouveau matériel, (iv) élaborer les règles de contractualisation de prestataires de services.

A4.2.4 Améliorer la coordination et la planification de la maintenance et de l'entretien: par cette activité, l'intervention travaillera à l'utilisation des données inventurées pour planifier les ressources à allouer à la maintenance (budget annuel, travailleurs,...). Cette activité est complémentaire à A 4.4.2 mais s'adresse aux techniciens responsables pour la maintenance.

A4.2.5 Actualiser la politique de maintenance: cette activité supportera (i) l'élaboration des directives pour la réception et le traitement des demandes de maintenance, (ii) l'établissement des priorités³⁶ à couvrir avec les ressources disponibles, (iii) l'établissement des rôles et responsabilités claires pour chaque acteurs, (iv) l'analyse de faisabilité d'insérer des indicateurs sur les aspects d'entretien et de maintenance préventive dans le FBR.

A4.2.6 Intégrer les bonnes pratiques environnementales dans la conception des infrastructures sanitaires: en premier lieu, les normes environnementales pour les infrastructures sanitaires au Bénin doivent être établies et traduites dans un plan directeur. Ensuite, elles devront être disséminées auprès des différents acteurs, expliquées et mises en œuvre avec l'appui du PASS.

A4.2.7 Renforcer la dissémination des politiques en matière d'IEM : les politiques, stratégies et procédures doivent être disséminées du niveau central vers le niveau opérationnel par des actions de sensibilisation et des formations.

DA4.3 Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention

Ces activités visent à renforcer la mise en pratique des politiques, règles, normes et procédures élaborées au niveau stratégique. Le but est de renforcer la capacité de comprendre et interpréter les politiques et de les mettre en pratique.

Ces activités sont dirigées par les SIEM concernés (dans le MC et l'AD) avec le support du conseiller technique et en concertation avec la DIEM au niveau central et avec les districts de

³⁶ Dans un premier temps, les systèmes de gestion locaux ne doivent pas, par défaut, couvrir l'entièreté des infrastructures sanitaires et des équipements médicotchniques avec les ressources limitées : les priorités doivent être définies par une analyse pour traiter le matériel le plus important en priorité.

santé, les services techniques communaux, élus locaux et les comités de gestion des formations sanitaires.

A4.3.1 Renforcer les capacités de programmation et de gestion opérationnelle pour les cadres et les gestionnaires de services: L'intervention formera les acteurs ciblés et les accompagnera dans (i) l'élaboration d'une méthodologie de maintenance des infrastructures et des équipements adaptée au contexte, et (ii) la planification et la gestion des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en place du programme de maintenance.

A4.3.2 Renforcer les capacités opérationnelles pour les techniciens³⁷ et les utilisateurs des établissements sanitaires: Formations et suivi sur (i) le renforcement de l'inventaire et la collecte active des données dans les établissements sanitaires, (ii) le respect des procédures d'inspection et de maintenance préventive, (iii) les actions correctives courantes et leur consigne, (iv) sensibilisation des bénéficiaires des établissements.

A4.3.3 Fournir le support logistique et les moyens financiers pour implémenter les réhabilitations prioritaires: L'intervention supportera les services techniques concernés dans l'acquisition des outils techniques de base et des moyens de transports nécessaires pour effectuer la maintenance. Une enveloppe est mis à disposition pour des réhabilitations ou investissements prioritaires (ex : gestion des déchets, systèmes photovoltaïques CDTs/ Poste de Transfusion Sanguine (PTS), toujours en lien avec les résultats attendus du PASS.

A4.3.4 Concevoir et mettre en œuvre un projet pilote relatif à la gestion des déchets bio-médicaux et à l'environnement : L'intervention mettra en place une activité pilote dans au moins une formation sanitaire des cinq Zones sanitaires visant à concevoir et mettre en œuvre un système simple et adapté de gestion des déchets, y compris les déchets biomédicaux, et de bonne gestion environnementale. Cette activité-pilote, de type recherche-action, sera accompagnée pendant trois ans par une expertise nationale perlée et par une expertise internationale ponctuelle (recrutée via le contrat cadre de la CTB dans le domaine de l'expertise environnementale mais financée par le PASS). L'activité comprendra l'identification des centres pilotes, la conception du système proposé (en cohérence avec les textes et politiques en vigueur au Bénin), la mise en œuvre, la formation du personnel et la capitalisation/échange d'expérience.

3.4.5 Pour R5 : Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé

Les défis majeurs qui se posent au Ministère de la santé dans son rôle de pilotage (ou stewardship) du secteur dans le cadre d'une évolution vers l'approche sectorielle sont aujourd'hui : la coordination, la planification et le suivi-évaluation. Le PASS contribuera à renforcer ces fonctions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. A côté de l'accompagnement technique prodigué en termes de planification, suivi-évaluation et exploitation de l'information sanitaire, une attention particulière sera portée, de manière transversale, au renforcement du leadership, de la gestion d'équipe et des capacités de communication.

Les grands domaines d'activités ci-dessous sont envisagés. Ils se fondent principalement sur un appui à la mise en œuvre des Plan de renforcement et de développement existant pour ces différentes fonctions. Les activités-mêmes seront affinées, adaptées voire réorientées au moment

³⁷ Les exigences par rapport au profil d'un technicien au niveau d'une formation sanitaire seront déterminées durant la mise en œuvre en fonction des avantages et désavantages respectifs liés à un profil plus polyvalent par rapport à un profil plus spécialisé.

de la planification opérationnelle au démarrage du programme.

	DOMAINES D'ACTIVITÉS
DA5.1	Faciliter la mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats
DA5.2	Renforcer une approche de suivi-évaluation intégrée
DA5.3	Appuyer l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS)
DA5.4	Renforcer la coordination du secteur aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (dans le cadre de la mise en place de l'approche sectorielle)
DA5.5	Renforcer le partenariat entre le secteur public et le secteur privé et le dialogue avec la société civile

DA5.1 Faciliter la mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats

Le PASS appuiera la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) / MS (au niveau central et des services déconcentrés) à promouvoir une approche de planification stratégique (c.à.d. basée sur les orientations nationales mais également les contraintes et priorités territoriales/locales), participative et orientée vers les résultats (c.à.d. articulée au système de Suivi-évaluation et Revue) aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cette activité vise tant la mise en place des outils et procédures nécessaires, que le renforcement des capacités individuelles et des équipes. Cela comprend, entre autres, les activités suivantes :

A5.1.1. Appuyer l'élaboration et la mise à jour régulière de la carte sanitaire : les efforts fournis aujourd'hui par UNICEF et AIMS doivent aboutir au choix d'un logiciel, et à la mise en œuvre de la carte sur le plan national et à sa mise à jour régulière.

A5.1.2. Finaliser et assurer la mise à jour régulière du manuel de planification ascendante et les formations/coaching et suivi-formations pour la pratique de la Planification intégrée au niveau central.

A5.1.3 Appuyer l'effectivité des cadres de concertation dans le cadre de la planification centrale (Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CDEEP), cadres de concertation avec les PTF) et au niveau opérationnel (Comité de Santé (COSA), Conférence Administrative du Département (CAD)).

A5.1.4 Appuyer le MS à intégrer les interventions des différents partenaires (PTF, ONG, collectivités locales etc..) dans le plan opérationnel du MS (tant au niveau central qu'intermédiaire et opérationnel).

A 5.1.5.Promouvoir l'articulation des planifications sectorielles avec la planification locale. Ceci se traduira dans un appui, éventuellement à travers une expertise perleée, à l'élaboration et mise à jour des Plans 2D au niveau central, un accompagnement de la DDS dans la participation au Plan Départemental de Développement Intersectoriel (PDDI)³⁸ et un appui à l'articulation des planifications au niveau ZS avec la planification communale.

³⁸ Le PDDI du Mono-Couffo existe déjà

DA5.2 Renforcer une approche de suivi-évaluation intégrée

Le PASS appuiera la mise en œuvre du Plan de Suivi Evaluation Revue (PSER) du PNDS, à travers un accompagnement de la DPP / MS (au niveau central et des services d'évaluation et de la prospectives (SEPS) au niveau déconcentré (dans les DDS). Les activités qui concerneront l'appui aux systèmes et procédures seront appuyées depuis le niveau MS central sur un plan national. Les activités liées à la mise en œuvre concrète de ces systèmes seront pilotées dans les deux régions sanitaires de l'Atacora-Donga et Mono-Couffo.

L'appui à la mise en œuvre du PSER comprendra notamment :

A5.2.1. Appuyer la mise en place d'un système de suivi-évaluation intégré ; le système doit intégrer l'ensemble des données de monitoring et supervision, les données assurance qualité, etc... Dans ce cadre un appui sera apporté à la rationalisation/intégration des outils et activités de monitoring et supervision et d'assurance qualité au niveau intermédiaire et opérationnel (sur base d'expérience pilotes dans les deux régions sanitaires).

A5.2.2. Appui à l'organisation de revues annuelles de performance participatives et orientées résultats notamment à travers l'utilisation optimale des données de l'information sanitaire dans ce cadre.

A5.2.3. Appui à la mise en œuvre du système de monitoring- et supervision et à la mise en œuvre du système d'assurance qualité y inclus auto-évaluation et évaluation par les pairs dans les deux régions sanitaires (cette activité est également reprise sous une autre forme dans le résultat 1 : « qualité des soins » du programme).

A5.2.4. Appui au développement des compétences en suivi-évaluation (niveau central et les deux régions sanitaires) : dispense de formations, coaching etc.

A5.2.5 Appuyer l'organisation des audits systémiques réguliers au niveau central et départemental. Ceci afin de renforcer la performance du système, comme prévu dans le Compact.

DA5.3 Appuyer l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS)

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSER, le PASS appuiera le SNIGS à produire des données fiables, dans les délais, répondant aux besoins de suivi et de coordination du secteur. Il s'agira principalement d'appuyer la mise en œuvre, le suivi et la mise à jour du Plan de Renforcement du Système national d'information et de gestion sanitaires (approuvé en 2010). Il s'agira d'accompagner en particulier le Service de Gestion du SNIGS au sein de la DPP/MS, en lien avec les quatre axes stratégiques du plan de renforcement: i) le renforcement de la coordination du système, ii) la production à temps d'informations pertinentes exhaustives et de qualité, iii) le développement d'un observatoire national de la santé, et iv) le renforcement des ressources du système. Afin d'assurer une approche genre-sensibles, il est important que les données soient genre-sensibles et désagrégées par âge.

Les lignes d'activités suivantes sont envisagées :

A5.3.1. Appuyer la conception et la mise en place d'un SNIGS intégré (niveau central). L'intégration des informations des sous-systèmes qui composent aujourd'hui le SNIGS représente un défi majeur. En particulier l'intégration des données des formations sanitaires privées, données communautaires et données des programmes spécifiques. Sur le plan des systèmes, le SG/SNIGS sera donc accompagné en expertise informatique pour réfléchir à la mise en place d'un mécanisme, partant des logiciels existant, qui permette d'intégrer davantage les données provenant des différents groupes (adaptation de logiciels tout en gardant une traçabilité pour les

programmes etc.). Cet axe comprendra également des formations/coaching/suivi-formations des équipes au niveau central, intermédiaire et opérationnel pour l'utilisation du SNIGS intégré.

A5.3.2. Appuyer le développement des capacités en gestion de l'information sanitaire (niveau central et les deux régions sanitaires). Il s'agit via des stages de formation et d'un accompagnement continu après la formation d'exercer les personnes en charge de la gestion du système à mieux exploiter les données du SNIGS, à mettre ces résultats en rapport avec des résultats d'exploitation d'autres bases de données existantes au Bénin (dont celle du SI RAMU), à favoriser un échange d'expertise d'analyse de ces données au niveau national et régional en vue d'augmenter la qualité scientifique de la production de document de reporting et de recherche. Dans ce cadre, la participation aux réseaux et aux communautés de pratiques concernant les systèmes de gestion d'information sanitaire sera également encouragée.

A5.3.3. Un appui sera apporté pour l'édition et la qualité du bulletin trimestriel de retro-information (l'appui financier sera dégressif pour aboutir à un financement sur le budget national dès l'année 3 du programme).

A5.3.4. En capitalisant sur les expériences du Programme d'Appui aux Plans de Développement des Communes (PAPDC) et les activités en cours du PARZDS un appui articulation entre les formations sanitaires et les services d'état civil pour un enregistrement des naissances, décès. La 'réplicabilité' de ces expériences-pilotes sur le plan national sera étudiée.

A5.4.5 Le système de gestion des connaissances sera renforcé en appuyant la classification, diffusion et vulgarisation des documents techniques produits, non seulement dans le cadre du PASS, mais dans tout le secteur. Cela permettra de générer une mémoire institutionnelle. La fonctionnalité du site-web sera appuyée en particulier.

DA5.4 Renforcer la coordination du secteur aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (dans le cadre de la mise en place de l'approche sectorielle)

Le PASS poursuivra les efforts entrepris par l'AIMS pour renforcer le Ministère dans son rôle de coordination des acteurs dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi des engagements du COMPACT. Il s'agit notamment des activités suivantes :

A5.4.1. Consolider et renforcer la fonctionnalité des GTT. Le programme soutiendra l'utilisation des GTT comme instances de coordination technique du secteur où sont discutés les défis clé du secteur. Il appuiera l'articulation des GTT aux instances décisionnelles et de suivi du secteur cad le Groupe de Travail Secteur Santé (GTSS), Comité de Directions (CODIR), Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CNEEP), et l'ouverture des GTT au-delà du niveau central pour qu'ils deviennent fora de valorisation des expériences pilotes du niveau local.

A5.4.2 Assurer un fonctionnement efficace du Groupe de Travail Secteur Santé (GTSS).

A5.4.3. En lien avec les appuis en planification/suivi-évaluation le PASS appuiera aussi le renforcement de la qualité de réunions des CNEEP, Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CDEEP), à être davantage participatives et orientées résultat. La mise en place des GTT fonctionnels au niveau départemental et le développement d'un 'mini-Compact' à ce niveau renforceraient également cette dynamique.

A5.4.4. Dans les deux régions sanitaires d'intervention, un appui spécifique sera apporté à la fonctionnalité des organes de cogestion (gestion participative, axée sur les résultats etc.). Cf. aussi R1 et plus spécifiquement DA1.3.

A5.4.5. De manière transversale les compétences en gestion d'équipe, leadership et management seront appuyées à travers des formations ciblées assorties de coaching et accompagnement de proximité. Au niveau déconcentré les expériences d'équipes innovantes et de pool de

compétences seront poursuivies et feront l'objet d'un accompagnement technique régulier. Les représentants de la société civile organisée dans les plates-formes et les comités de pilotage seront pris en compte également.

DA5.5 Renforcer le partenariat entre le secteur public et le secteur privé et le dialogue avec la société civile

A5.5.1. Explorer les opportunités d'appui au développement d'une stratégie de contractualisation : lors du démarrage la contribution éventuelle du PASS au sein du groupe de travail contractualisation du MS sera déterminée.

A5.5.2. Capitaliser les leçons du réseautage communautaire dans les deux DDS : pour donner un input au niveau central du MS par rapport au développement d'un cadre de partenariat et de dialogue entre les acteurs de l'offre et les ONG et les communes.

3.5 Indicateurs et sources de vérification

3.5.1 Principes

- Le PASS utilisera au maximum les indicateurs et les modalités organisationnelles du système de M&E du Plan de Suivi, Evaluation et Revue ou PSER (DPP MS 2012)
- Il est visé également une continuité avec les indicateurs des appuis précédents là où possible
- La mesure des indicateurs sera désagrégée (au moins par sexe et par âge) afin de pouvoir effectuer un suivi particulier des groupes vulnérables.
- Le PASS tiendra compte du timing des rapports dans le cadre du programme afin d'obtenir à temps les données pour les indicateurs et marqueurs de progrès.

3.5.2 Montage des indicateurs et marqueurs de progrès PASS

Les indicateurs et marqueurs de progrès qui seront suivis par le PASS se situent à quatre niveaux :

<i>Niveau</i>	<i>Indicateurs système santé Bénin du PSER ('le quoi')</i>	<i>Marqueurs de progrès – indicateurs PASS ('le comment')</i>
Objectif général (performance du secteur)	28 indicateurs systémiques PNDS 16 indicateurs du Compact	
Objectif spécifique (influence PASS)	6 indicateurs du PNDS 1 indicateur du Compact	8 marqueurs de progrès liés aux 3 orientations stratégiques du PASS
Résultats (influence PASS)	Indicateurs FBR Sélection des indicateurs du PSER/SNIGS	Marqueurs de progrès par résultat et par acteur à définir
Domaines d'activité (influence PASS)	Sélection des indicateurs du PSER/SNIGS	Indicateurs et marqueurs de progrès liés aux protocoles de recherche-action

1. **Au niveau de l'objectif général un suivi des indicateurs systémiques du PNDS (28) et les indicateurs du Compact (16) :** il s'agit des indicateurs pour apprécier la performance globale du secteur, notamment le progrès de l'état de la santé et l'approche sectorielle au sein du système de santé béninois. La plupart de ces indicateurs ne sont pas sous l'influence directe du PASS (en ne feront donc pas partie du cadre de l'évaluation du PASS), mais ils sont utiles pour le dialogue politique et pour les revues sectorielles.
2. **Au niveau de l'objectif spécifique un suivi de sept indicateurs du PNDS/Compact et huit marqueurs de progrès liés aux orientations stratégiques:** ces indicateurs et marqueurs 'traceurs' permettront de suivre le progrès par rapport aux deux 'outcomes' centraux de l'objectif spécifique du PASS, notamment 'augmenter l'accessibilité des populations aux soins de qualité' et 'une efficacité accrue des structures opérationnelles (et de gestion)'. En particulier, comme ce programme soutient principalement le processus de réformes définies au sein du secteur, les marqueurs de progrès suivront l'évolution des comportements de l'ensemble des acteurs concernés par le PASS. Au niveau de l'outcome il s'agit des marqueurs liés aux orientations stratégiques (en lien avec la théorie de changement décrite dans le sous-chapitre 2.2). Le set des indicateurs et marqueurs sera validé au moment du démarrage du programme d'appui et la liste des indicateurs du cadre logique mise à jour. Un baseline actualisé sera également établi à ce moment. Par rapport aux outcomes centraux du PASS, 3 focus group seront constitués³⁹ lors du démarrage: un groupe d'utilisateurs des services (surtout par rapport à l'accessibilité à des soins de qualité), un groupe de professionnels de santé et un groupe de décideurs stratégiques du système (surtout sur l'efficacité des structures opérationnelles et de gestion). Les mêmes groupes seront interviewés lors du démarrage, lors (avant ou durant) du Review Mi-Parcours (RMP) et idem lors de l'évaluation finale.
3. **Au niveau des résultats un suivi des indicateurs du FBR, une sélection des indicateurs du PSER/SNIGS et des marqueurs de progrès par résultat et par acteur**⁴⁰ : le PASS suivra la grille nationale des indicateurs pour le suivi du FBR. Quant aux indicateurs dans le PSER, il existe environ 200 indicateurs additionnels (en dehors des 28 indicateurs du PNDS et les 16 du Compact) utilisés par les structures techniques afin de mesurer les progrès dans leurs domaines d'intervention. Une sélection a été faite pour chaque résultat du PASS, avec quelques indicateurs spécifiques. Finalement il y aura aussi des marqueurs de progrès qui ne peuvent se construire qu'avec les parties prenantes au cours des ateliers lors de la phase de démarrage du PASS en vue de stimuler une appropriation optimale. Le set des marqueurs et indicateur décrit dans ce DTF au niveau de chaque résultat sera validé au moment du démarrage du programme d'appui et la liste des indicateurs du cadre logique mise à jour. Un baseline actualisé sera également établi à ce moment.
4. **Au niveau des domaines d'activité un suivi des indicateurs sélectionnés du PSER/SNIGS (cf. 3) et des indicateurs/marqueurs définis dans les protocoles de recherche-action:** il s'agit des projets d'améliorations pour lesquelles il est nécessaire de mesurer le progrès sur base d'un baseline spécifiquement lié au protocole. Ces protocoles seront développés aux moments appropriés au cours du PASS.

Un outil agréé de vérification sera élaboré lors du démarrage du PASS. Il s'agit d'un fichier de

³⁹ En analogie avec la méthode de « Most Significant Changes »

⁴⁰ Dans le Rapport de Formulation (RDF) sera incluse la liste des marqueurs de progrès définis pour les acteurs dans le PARZDS à titre d'exemple.

suivi stratégique permettant de suivre : 1/ la contribution du PASS à la performance globale du secteur et au Compact, 2/ l'évolution des outcomes, 3/ l'évolution des comportements, 4/ les mesures prises pour atteindre les outcomes.

3.5.3 Indicateurs nationaux (PNDS/Compact) au niveau de l'objectif général

Un **Plan de Suivi, Evaluation et Revue (PSER)**, élaboré par la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) du MS avec l'appui de l'OMS, le Fonds Mondial, l'Agence belge de développement, la CTB (intervention AIMS) et la Banque Mondiale, a été approuvé en juin 2012.

Ce plan de suivi et évaluation comprend **28 indicateurs traceurs du PNDS** (cf. Tableau 5 à la p51 du PSER: Cadre de performance des indicateurs traceurs de suivi évaluation du PNDS 2009-2018) dont la collecte et le suivi régulier contribueront à améliorer la performance du secteur de la santé. Ces indicateurs retenus dans le PNDS sont définis de façon consensuelle par tous les acteurs des structures techniques et centrales et les projets/programmes du secteur de la santé sous la coordination de la DPP. Ils s'appuient sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les Orientations Stratégiques de Développement (OSD) et la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCRIP). Voici les indicateurs et les valeurs les plus récentes disponibles :

1. Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances Vivantes) : 205,6 (ASS,2012)
2. Taux de mortalité infantile (‰) : 42 (EDS IV)
3. Proportion de ménages utilisant des latrines améliorées (%) : 37 (PSER, 2006)
4. Proportion de ménages utilisant de l'eau potable (%) : 66 (PSER, 2006)
5. Taux de quatrième Consultation Prénatale (CPN4) (%) : 97,9 (PSER, 2011)
6. Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (%) : 84 (EDS IV)
7. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (%) ; 1,9 (ASS, 2012)
8. Prévalence du VIH chez les jeunes et adolescents (%) : 0,3 (EDS IV)
9. Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans (‰), 2,7 (ASS, 2012)
10. Taux d'incidence du paludisme (%) : 17 (ASS, 2012)
11. Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation (%) : non-disponible
12. Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (obligatoire ou volontaire) (%) : non-disponible
13. Taux d'utilisation des soins curatifs (%) : 45,4 (PSER, 2011)
14. Proportion de Formation Sanitaire (FS) disposant des services Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) 24h/24h et 7 jours/7 (%) : 1% des FS offrent SONUB (SONU de Base) et 21% des hôpitaux offrent SONUC (SONU Complémentaire)
15. Proportion d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés (%) : 94,9 (PSER, 2011)
16. Proportion d'enfants séropositifs nés de mères séropositives (%) : 14 (PSER, 2008)
17. Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée (MIILD) la nuit précédant l'enquête (%) : 70,9 (ASS, 2012)

18. Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de la Tuberculose à Microscopie Positive (TPM+) (%) : 90 (ASS, 2012)
19. Taux de couverture thérapeutique du Traitement De Masse (TDM) contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) (%) : 83 (PSER, 2010)
20. Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de la malnutrition modérée pris en charge selon le protocole (%) : 87 (PSER, 2007)
21. Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%) : Non disponible
22. Proportion des formations sanitaires privées respectant les dispositions du cadre réglementaire d'exercice en clientèle privée (%) : 38 (PSER, 2009)
23. Taux de mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS (%) : 56,5 (PSER, 2009)
24. Taux de consommation base engagement du budget santé (%) : 87,3 (ASS, 2012)
25. Proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec Paquets d'Intervention à Haut Impact (PIHI) (%) : 50 (PSER, 2011)
26. Taux de couverture des besoins en RHS (%) : 64,3 (PSER, 2010)
27. Nombre de convention spécifiques signés entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé : 0 (PSER, 2011)
28. Part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat (%) : 6,39 (ASS, 2012)

Les données collectées pour les principaux indicateurs proviennent des sources ci-après : le SNIGS (données de routine des établissements sanitaires); les recensements/enquêtes (population et programmes spécifiques) ; le système d'enregistrement de l'état civil, les rapports, études et enquêtes spécifiques; les données administratives; les revues des décès maternels et infantiles.

Outre le cadre commun d'évaluation de la performance de la mise en œuvre du PNDS, le suivi des **engagements mutuels du Compact** sera assuré grâce à la revue périodique des indicateurs suivants qui font également partie du PSER :

Indicateurs de suivi des engagements du Gouvernement :

1. Nombre de sessions annuelles d'arbitrage budgétaire tenues avec les PTF (y compris les signataires du Compact) au minimum une fois par an au cours du mois de janvier ou février
2. Proportion du budget national alloué au secteur de la santé (15% selon les recommandations d'Abuja)
3. Proportion de budget de PTD allouée par niveau (60 au niveau zone sanitaire, 25 au niveau intermédiaire et 15 au niveau central)
4. Proportion de budget de PTD décaissée par niveau (80 au niveau Zone sanitaire, 75 au niveau intermédiaire et 60 au niveau central)
5. Production annuelle et à temps des différents annuaires des statistiques sanitaires
6. Existence d'un plan d'activités prioritaires de développement des capacités (aux niveaux central, intermédiaire et périphérique)
7. Existence et validation d'une revue des dépenses publiques et/ou rapport de suivi des dépenses jusqu'à destination.

Indicateurs de suivi des engagements des partenaires signataires

1. Proportion de PTF signataires du Compact

2. Pourcentage des apports d'aide destinés au secteur santé qui est comptabilisé dans le budget national / le pourcentage du financement extérieur non inclus dans le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du Ministère de Finance
3. Proportion de PTF respectant les procédures de passation de marché en vigueur au Bénin
4. Volume d'aide respectant les procédures de passation de marché en vigueur au Bénin
5. Nombre/proportion de PTF respectant le montant dans les délais de versement
6. Nombre/pourcentage des PTF qui utilisent la revue sectorielle conjointe comme seule revue dans le secteur santé (voir engagement)
7. Nombre de missions conjointes réalisées sur le terrain
8. Nombre d'unités de gestions parallèles de projets existantes
9. Nombre de PTF appuyant le plan d'activités prioritaires de renforcement des capacités (voir engagement).

Ces indicateurs serviront également pour le dialogue politique et pour apprécier le progrès par rapport au SWAp (Sector Wide Approach).

3.5.4 Marqueurs de progrès et indicateurs du PASS au niveau de l'objectif spécifique

Le chapitre 2 du DTF décrit trois domaines fondamentaux de changement de comportement à renforcer par le PASS. Ceci afin de contribuer à l'atteinte de l'ensemble des résultats du PASS, à l'atteinte des outcomes principaux définis dans l'objectif spécifique et à la mise en œuvre des réformes dans le secteur de la santé. Pour chacun de ces 3 domaines des marqueurs de progrès seront identifiés.

3.5.4.1 Marqueurs de progrès en relation avec le comportement visant 'l'apprentissage organisationnel au sein de la pyramide sanitaire renforcé'

Défi: 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. Quatre capacités repris dans le schéma sous 2.2.1 sont à renforcer.

Marqueurs de progrès : les 11 points décrits sous 2.2.1 résument en gros les changements attendus.

Lors des ateliers de démarrage, les engagements de chaque acteur (concernés par le PASS) envers ces changements seront explicités. Les engagements seront regroupés en 3 catégories : réalisation minimale ('expect to see'), réalisation attendue ('like to see') et réalisation optimale ('love to see').

Indicateurs agrégés :

- 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 (sources de vérification (SV) : dossiers de recherche-actions, rapports des GTT, présentations conférences internationales).
- Qualité adéquate des Groupes Techniques Thématiques (au niveau central et/ou niveau 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 (SV: PV des réunions, invitation avec ordre de jour documents techniques préparatoires, documents techniques d'output, stratégies du MS en lien avec le domaine couvert par les GTT).

- 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 (SV: PV réunions, rapports formation sanitaires, rapports ZS, rapports de supervision DDS, PV réunions, produits vérifiables)

3.5.4.2 Marqueurs de progrès en relation avec le comportement visant 'l'articulation et intégration des activités des acteurs dans le secteur améliorée'

Défi: 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.

Marqueurs de progrès : les neuf points décrits sous 2.2.2 résumés en gros les changements attendus.

Lors des ateliers de démarrage, les engagements de chaque acteur (concernés par le PASS) envers ces changements seront explicités. Les engagements seront regroupés en trois catégories : réalisation minimale ('expect to see'), réalisation attendue ('like to see') et réalisation optimale ('love to see').

Indicateurs agrégés :

- Qualité adéquate des réunions des équipes de gestion et des interfaces de concertation multi-acteur au sein du secteur (appuyées dans le cadre du PASS) en termes de représentativité, régularité, leadership, communication, préparation, conduite, outputs et suivi des outputs (SV: PV des réunions, invitation avec ordre de jour documents techniques préparatoires, documents techniques d'output)
- 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 (SV: PV des réunions, documents techniques)
- 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 (SV: ordres de mission, plans opérationnels, rapports de supervision, enquêtes de satisfactions des 'supervisées', PV réunions entre superviseurs)

3.5.4.3 Marqueurs de progrès en relation avec le comportement visant 'l'approche globale centrée sur la personne appropriée'

Défi: 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, intervision, facilitation de l'équipe et du réseau....).

Les acteurs concernés au niveau de la ZS/DDS s'approprient le concept et les principes d'un Système Local de Santé, adopté par le PNDS comme une ZS intégrée (sans vides ou chevauchements dans l'offre des services ; avec un flux optimal des patients et de l'information ; et une dynamique multi-acteur) et orientée vers l'utilisateur des services et l'autonomie des communautés locales. Les différents acteurs comprennent leur rôle et développent des stratégies opérationnelles pour mettre en œuvre ce concept.

Marqueurs de progrès : les neuf points décrits sous 2.2.3 résumés en gros les changements attendus.

Lors des ateliers de démarrage, les engagements de chaque acteur (concernés par le PASS) envers ces changements seront explicités. Les engagements seront regroupés en trois catégories : réalisation minimale ('expect to see'), réalisation attendue ('like to see') et réalisation optimale ('love to see').

Indicateurs agrégés :

- Le degré de satisfaction des utilisateurs des services et des professionnels de santé du service ou l'accompagnement reçu (SV: enquêtes de satisfaction, rapports)
- L'inventaire des initiatives au niveau des ZS qui renforcent la ZS intégrée et/ou qui sont orientées vers l'utilisateur et l'autonomie des communautés locales (SV: rapports de toute nature).

3.5.4.4 Indicateurs du PNDS

A part les marqueurs de progrès, il y a quelques indicateurs des 28 indicateurs systémiques du PNDS auxquels, au moins pour les départements et les domaines d'activités appuyés, le PASS peut contribuer au niveau de l'objectif spécifique. Les indicateurs suivants sont retenus. Ils seront validés lors du démarrage :

- Taux d'utilisation des soins curatifs (%)
- Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (%)
- Proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI (%)
- Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%)
- Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation (%)
- Taux de couverture des besoins en RHS (%)
- Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (obligatoire ou volontaire) (%)
- Nombre de conventions spécifiques signées entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé

Source de vérification (SV): rapportage pour le suivi du PNDS comme prévu dans le PSER.

3.5.5 Marqueurs de progrès et indicateurs du PASS au niveau des résultats

Comme déjà mentionné, des **marqueurs de progrès** par résultat seront spécifiés lors du démarrage suivant une démarche participative. Ci-dessous sont repris par résultat une liste des indicateurs quantifiables afin de pouvoir suivre le progrès dans les différents domaines d'activité du PASS. Ces indicateurs seront validés lors du démarrage. Leur baseline sera également établi à ce moment. Ils sont en partie basés sur l'information du SNIGS.

3.5.5.1 Indicateurs pour le résultat 1 :

Les indicateurs spécifiques pour le suivi du résultat 1 seront principalement ceux utilisés par le système national, en particulier les indicateurs du FBR, le SS et le PTD. Une liste de quelques indicateurs intéressants (dont la plupart est également suivi dans le cadre du PARZDS) se trouve en annexe. Ici sont repris des indicateurs agrégés pour le résultat 1 du PASS :

- Le nombre d'institutions de soins (incluant les CDTS et 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 (SV : rapport de vérification FBR, rapports Comité de Pilotage FBR)
- Proportion de zones sanitaires appuyées avec un système de référence et de contre référence fonctionnel (fiches de référence, fiches de contre référence, fonctionnalité des ambulances, auto-évaluation) (SV : interview, audits systémiques, rapports de supervision)
- Taux de satisfaction des utilisateurs de la qualité des soins (SV : enquêtes, focus-group)
- Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception (SV : rapports SNIGS, recherches-actions spécifiques). C'est un indicateur national qui se trouve dans le PSER, 2013, pages 158).
- Niveau de fonctionnalité des organes de cogestion (SV : rapports des CoSa)
- 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 (SV : PV réunions réseau, PV réunions de pilotage FBR, rapports de la Facilité, inventaire des produits)

3.5.5.2 Indicateurs pour le résultat 2 :

- Matrice de suivi régulier de la mise en œuvre des recommandations faites par le GTT-RH et de l'Observatoire (SV : rapport d'exécution)
- Nombre de personnels de santé (par spécialité) exerçant dans les structures des deux DDS appuyées, en début et en fin de programme (SV : statistiques SRH)
- 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 (SV : statistiques des écoles)
- Nombre d'étudiants médecins spécialistes de 2e et 3e année ayant réalisé un stage dans les CHD des deux DDS appuyées, par spécialité (SV : rapport d'exécution PASS, rapports CHD, rapport université)

3.5.5.3 Indicateurs pour le résultat 3 :

- Existence d'un logiciel de gestion opérationnel du RAMU tant sur le plan de l'assurabilité que du remboursement des prestations (SV : rapports statistiques produits par le RAMU)
- Existence d'une base de données harmonisée et des critères uniformes par rapport aux indigents
- 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 (SV : plan de financement)
- Création des ADAM et du réseau des structures d'appui à la gestion du RAMU (SV : rapports des ADAM)

- Pourcentage de la population ayant adhéré au RAMU au niveau des deux DDS (SV : données statistiques et rapports RAMU)
- Pourcentage de béninois ayant cotisé pour lesquels les soins sont remboursés par le RAMU (SV : données statistiques et rapports RAMU)
- 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 (SV : données statistiques et rapports RAMU)
- Progrès par rapport à la feuille de route pour le RAMU (repris dans le DTF) (SV : rapports RAMU, rapports de suivi P4H)
- Taux d'utilisation des services par les indigents identifiés dans les départements appuyés

3.5.5.4 Indicateurs pour le résultat 4 :

- 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 (SV : cet indicateur agrégé sera mesuré à l'aide d'un fichier de suivi spécifique composé d'une liste d'indicateurs opérationnels repris en annexe ; rapports DIEM et SIEM)
- Performance du système de maintenance en termes de défaillances et délais d'intervention (SV : cet indicateur agrégé sera mesuré à l'aide d'un fichier de suivi spécifique composé d'une liste d'indicateurs opérationnels repris en annexe ; rapports DIEM et SIEM)
- Centre d'excellence par rapport à la gestion des déchets réalisé dans chaque ZS (SV : rapport des visites de supervision, rapports de consultance)

3.5.5.5 Indicateurs pour le résultat 5 :

Les marqueurs de progrès en lien avec la bonne gouvernance proposés au niveau de l'objectif spécifique (cf.3.5.4) ne sont plus repris ici. Parmi les indicateurs spécifiques proposés pour R5, il y a :

- Planification (PTA) de qualité (validée), remise à temps, établie selon un processus participatif, orientée vers les résultats (SV : PTA, rapports des ateliers de planification ascendante)
- 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 (SV : rapports de suivi et des revues)
- Existence d'un système d'information sanitaire intégré (SV : rapport SNIGS, focusgroup, journal outcome-mapping)
- Qualité de la collecte des données du SNIGS au niveau central et intermédiaire (SV : rapports des analyses et revues, rapports de vérification FBR)
- Connaissance des politiques, stratégies et normes nationales au niveau opérationnel (SV : enquêtes, focus group, journal outcome-mapping)
- Nombre de structures de gestion dans les deux DDS intégrées dans le FBR qui reçoivent la totalité de leur prime (SV : rapport de vérification FBR)

3.5.6 Marqueurs de progrès et indicateurs du PASS au niveau des domaines d'activité

Comme le PASS accompagne l'amélioration du système (et ne finance pas la routine), les domaines d'activité se concentreront principalement sur l'action réfléchie et la recherche-action

(RA). Dans les protocoles de RA développés au cours du PASS, des indicateurs spécifiques (et éventuellement des marqueurs de progrès) avec baseline spécifique seront identifiés et suivis. Il sera étudié ce que le SNIGS peut déjà apporter comme indicateurs et information pour suivre la RA.

3.6 Analyse des risques

L'analyse des risques portera, entre autres, sur la gestion, l'aspect fiduciaire, l'efficacité et la durabilité. Durant la mise en œuvre, cette analyse sera régulièrement mise à jour par les acteurs du PASS et partagée avec la représentation (membre de la SMCL) et l'Ambassade (responsable pour le dialogue politique). Un rôle important du dialogue politique sera de veiller sur les engagements du Ministère de la Santé et des PTF par rapport aux réformes et par rapport au DTF, de veiller sur le respect des engagements de la coopération belge/autres bailleurs et de contribuer à l'identification des mesures pour atténuer des risques stratégiques.

Risques	Niveau de probabilité	Niveau d'impact	Mesures d'atténuation
Liés à l'objectif spécifique			
1/ Manque de temps et de capacité des acteurs pour s'engager dans une démarche analytique (Risque d'efficacité)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un accompagnement scientifique régulier par rapport à la démarche de RA
2/ Substitution des tâches des homologues par les conseillers techniques	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Expliciter le focus dans le DTF Veiller au respect focus sur les activités de changement par la SMCL et la représentation CTB
3/ substitution du budget national pour financer avec le PASS des activités hors du focus du DTF au niveau des deux départements appuyés	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Veiller au respect focus sur les activités de changement par la SMCL et la représentation CTB Donner le poids nécessaire aux rapports annuels, le MTR et les évaluations finales

4/ Manque de consolidation des acquis car remontée non-systématique des expériences documentées du terrain vers le niveau stratégique (Risque de durabilité)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Motiver les acteurs par rapport à la RA et valoriser leurs efforts (ateliers de rédaction, publication avec leur nom, présentation à des conférences nationales/internationales,...) • Mettre dans le système M&E du PASS des indicateurs explicites par rapport à la RA • Intégrer des modules de formation sur la RA dans la filière master des sages-femmes et dans la formation des spécialistes (chirurgiens)
5/ 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	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la concertation interministérielle à travers la mise en place d'un comité de pilotage • Contribuer à la fonctionnalité des espaces de dialogue sectoriel
Liés au résultat 1 'SOINS'			
1/ Le FBR à terme n'est pas approprié et financé par l'Etat béninois (Risque de durabilité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentrer sur les questions stratégiques autour du FBR et non sur l'implémentation du mécanisme (arrêt de financer au-delà de 2015) • Appuyer le MS dans la mise en place d'un modèle FBR du Bénin • Remplacer des mécanismes externes de vérification et de contre-vérification (évitant le conflit d'intérêt par des mécanismes propres au Bénin)
2/ La Banque Mondiale ne continue plus à financer le FBR au-delà de 2015 (Risque d'efficacité et de durabilité)	BAS	BAS	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer une concertation stratégique régulière entre PTF autour de FBR • Faire le plaidoyer dans le dialogue politique pour que le gouvernement béninois inscrive un budget national pour ce financement

<p>3/ 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>HAUT</p>	<p>HAUT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expliciter dans les hypothèses de base du DTF le statut de zones d'innovation • Se concerter régulièrement avec le MS et tous les acteurs impliqués dans le FBR au niveau du GTT financement • Négocier un MOU avec le MS et les acteurs du FBR
<p>4/ Le FBR prête aux soins de santé sélectifs ciblant que quelques indicateurs (Risque d'efficacité)</p>	<p>HAUT</p>	<p>HAUT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler sur un système d'Assurance Qualité (AQ) globale et équitable • Renforcer le coaching et la supervision formative • Assurer une vérification communautaire suivi par un dialogue entre offre et demande
<p>5/ Une faible motivation de la part du personnel de s'engager dans des mécanismes d'AQ au-delà du FBR (Risque d'efficacité)</p>	<p>MOYEN</p>	<p>MOYEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler sur des mécanismes de motivation de personnel (dans la sphère de contrôle du secteur de santé) • Intégrer l'AQ globale dans la formation de base (des infirmiers – sages-femmes) • Assurer un suivi rapproché de la qualité par le réseautage des acteurs de la demande • Assurer une vérification communautaire, suivi par un dialogue entre offre et demande

6/ Manque de leadership pour sauvegarder la dynamique du réseautage communautaire après la fin du PASS (Risque de durabilité)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et préparer un acteur de la demande qui est suffisamment organisé pour assurer le secrétariat du réseau communautaire (potentiellement le CONSAMUS) sans pour autant trop institutionnaliser le réseau • Assurer la fonctionnalité d'un comité de pilotage du réseau avec une participation/ présidence rotative • Arrêter le financement des Chargées d'Appui-Conseil (CAC) un an avant la fin du PASS afin d'obliger la réflexion sur la pérennisation
7/ Le Ministère de la Santé ne transfère pas des fonds vers les communes comme convenu (Risque d'efficacité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un plaidoyer soutenu au niveau du dialogue politique en concertation avec le MS et les différents PTF dans le secteur
8/ Instabilité du personnel compétent dans les zones rurales (Risque d'efficacité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'évolution en lien avec FADEC et appuyer le plaidoyer pour un recrutement sur poste (à moyen terme lors du processus de la décentralisation prévu au niveau du secteur de la santé) • Renforcer le coaching et la supervision formative • Travailler sur des mécanismes de motivation de personnel (dans la sphère de contrôle du secteur de santé) • Encourager le développement des stages (1-2 ans) des spécialistes en formation dans les départements appuyés
9/ Une logique verticale persistante au niveau de la transfusion sanguine (Risque d'efficacité)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter à une redevabilité de gestion des Centres Départementaux de Transfusion Sanguine (CDTS) envers les départements et les ZS

10/ Une diminution de la qualité des services de transfusion sanguine après l'arrêt de l'appui belge	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> Organiser une Table Ronde avec les PTF et les acteurs de la société civile Assurer la mobilisation sociale et la surveillance à travers les acteurs dans le réseau communautaire Assurer un système de monitoring intégré et une démarche de AQ globale (cf. politique)
11/ Des conflits d'intérêt interférant avec la mise en place d'un système de pré-qualification pour les médicaments au niveau de la CAME (Risque d'efficacité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Assurer des missions de suivi régulier de la part des experts Quamed Sensibiliser les autres PTF par rapport à la problématique des médicaments sous-standards Intégrer la qualité des médicaments dans le dialogue politique
Liés au résultat 2 'RHS'			
1/ Insuffisance de ressources humaines qualifiées recrutées ou affectées dans les zones d'intervention (Risque d'efficacité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Conditions (cf. 3.7) décrit dans le DTF Assurer un dialogue politique ferme avec les autorités du MS
2/ Turnover trop important du personnel dans les zones (Risque d'efficacité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Travailler sur des mesures de motivation
3/ Rupture du dialogue social (attitude non-constructive des syndicats) (Risque d'efficacité et de durabilité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer les syndicats dans le dialogue politique et le GTT-RH Appuyer le MS à développer une stratégie globale et cohérente de motivation des RHS
4/ Inefficacité de l'Observatoire des RH (Risque d'efficacité et de durabilité)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> Assister la présence du conseiller technique aux réunions de l'observatoire et accompagner la dynamique Avoir une attention par rapport à ce sujet dans le dialogue politique

5/ Manque de volonté du MS d'organiser les réunions du GTT-RH et d'y impliquer les autres ministères (MEF, MTFP, ...) (Risque d'efficacité et de durabilité)	BAS	FAIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue politique (création comité de pilotage interministériel)
6/ Manque d'appropriation et de suivi des évaluations et rapports de consultance (Risque d'efficacité et de durabilité)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Financement des réunions (GTT....) • Accompagnement technique
7/ Blocage de la création du nouvel institut de Parakou à cause d'aspects juridiques (Risque d'efficacité)	BAS	BAS	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue politique régulier (GTT-RH et suivi des recommandations)
8/ Consultation insuffisante du ministère de l'enseignement supérieur par le ministère de la santé dans l'élaboration des curricula de formation (Risque d'efficacité)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue politique avec les autorités compétentes
9/ Le programme d'appui de l'APEFE n'est pas approuvé (Risque de gestion)	BAS	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche proactive de la CTB et de l'AT APEFE envers le Ministère de Enseignements Supérieurs et de la Recherche Scientifique (MESRS) • Impliquer le MESRS dans le dialogue politique et le GTT-RH • Le cas échéant, récupérer le programme dans le PASS ou chercher un autre bailleur (cf. intérêt de la Banque Mondiale de s'investir dans les RHS)
10/ Absence d'une réforme profonde de la fonction publique (Risque d'efficacité et de durabilité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Stimuler le dialogue interministériel

Liés au résultat 3 'FINANCEMENT' (RAMU)			
1/ Une pression (politique) pour appuyer une mise en œuvre du RAMU sans base rationnelle (Risque d'efficacité)	HAUT	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> Le DTF stipule que la mise en œuvre des activités sous ce résultat est conditionnée par la présence d'un SOUS GTT RAMU (organe technique et non politique) fonctionnel et le suivi de la feuille de route (déjà durant la période entre l'approbation et le début du PASS)
2/ Un manque de capacité de déboursier le budget (Risque de gestion)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> Le déboursement est lié au fonctionnement du SGTT RAMU et non à l'ANAM Une enveloppe d'expertise ponctuelle ou perlée complémentaire aux missions de P4H est prévue pour accompagner la mise en œuvre de la feuille de route Le PASS contribuera (cf. A.3.3.1) à une sélection objective sur base de profils de postes spécialisés à pourvoir au sein de l'ANAM Une approche programme d'appui (PASS) intègre la flexibilité pour allouer les fonds à d'autres résultats au cas où les conditions pour investir dans le RAMU ne sont pas réunies
3/ Une utilisation irrationnelle des fonds mis à disposition (Risque fiduciaire)	BAS	FAIBLE	<ul style="list-style-type: none"> Le DTF stipule que la mise en œuvre des activités sous ce résultat est conditionnée par la présence et un suivi rapproché du SOUS GTT RAMU
4/ Un financement équitable du RAMU par l'Etat béninois n'est pas assuré (Risque de durabilité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> La feuille de route pour le SGTT RAMU permettra des simulations de coûts réalistes. Elle inclut également la réflexion autour d'un financement pérenne pour le RAMU

5/ Les PTF arrêtent leur appui au RAMU en absence de progrès (Risque d'efficacité)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place du SOUS GTT RAMU offre un cadre stratégique de dialogue entre les acteurs nationaux/internationaux • Ouvrir le SGTT/RAMU aux PTF • Le progrès réalisé par rapport à la feuille de route est un argument pour améliorer la confiance des PTF • Préparer un pooling des ressources à mobiliser pour le RAMU (à moyen terme)
6/ Un effet limité sur la qualité des services par le RAMU vu sa dépendance du Min. de la Santé (Risque d'efficacité)	MOYEN	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller sur une implication de tous les ministères concernés dans le pilotage du RAMU
Liés au résultat 4 'GESTION DES INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS			
1/ Pas de mise à jour de la base de données et d'adaptations des procédures (Risque de durabilité)	MOYEN	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Automatiser la fréquence des mises à jour et créer des mécanismes pour augmenter la motivation
2/ Difficulté de maintenance à cause de la multiplicité des marques d'équipements (Risque de mise en œuvre- efficacité)	HAUT	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des normes et standards d'acquisition prenant en compte les besoins de maintenance
3/ Faible intérêt pour la maintenance préventive, moins visible que les réhabilitations (Risque d'efficacité et de durabilité)	HAUT	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les acteurs à travers les groupes de travail et autre structures de discussion
4/ Résistance contre le processus de décentralisation (Risque de mise en œuvre)	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Recommander les mesures d'atténuation durant de l'étude préalable

5/ Manque de prestataires de services qualifiés dans la maintenance sur le marché béninois (Risque de gestion)	HAUT	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> Ouvrir les marchés publics à l'échelle régionale ou internationale en fonction des besoins Inclure les acteurs privés dans les formations
6/ Irrégularités dans les procédures de passation des marchés publics au Bénin (Risque fiduciaire)	MOYEN	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Apporter un appui technique à la rédaction des cahiers de charge Réaliser des audits réguliers
7/ Disponibilité / affectation des RH spécifiques pour la « maintenance »	HAUT	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer l'engagement du MS dans la contrepartie béninoise
Liés au résultat 5 'PLANIFICATION – SUIVI-EVALUATION - COORDINATION'			
1/ Volonté insuffisante des PTF à aligner leur intervention à la planification ascendante et mettre en œuvre suivant un plan de suivi/évaluation unique (Risque de mise en œuvre)	MOYEN	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> S'engager dans un dialogue technique avec les PTF à travers des, réunions formelles et informelles Actualiser le Compact en concertation avec les PTF et faire le plaidoyer pour une signature par tous les PTF Assurer le fonctionnement du Groupe de Travail Secteur Santé (GTSS)
2/ Pilotage insuffisant des Directions centrales du MS par le Secrétariat général	MOYEN	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Monter le dispositif des conseillers techniques au niveau central de telle façon à ce que les directions centrales soient inclinées de travailler ensemble d'une façon plus coordonnée Mettre en œuvre le cadre organique du MS
3/ Disponibilité et leadership insuffisante des Directions du MS pour assurer la fonctionnalité des GTT (Risque de mise en œuvre)	MOYEN	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un accompagnement technique pour la réalisation de ces réunions Faire le plaidoyer au niveau du Secrétariat Général et des PTF pour le respect de la mise en œuvre du Compact

4/ Lenteur de la mise en place du processus de déconcentration/ décentralisation (Risque de mise en œuvre)	HAUT	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • La réforme est à concevoir sur un moyen voir long terme, une série d'activités préparatoires peuvent être encouragées dès à présent : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Appuyer le Ministère dans l'élaboration de son Plan 2D pour les axes concernés par le PASS. Au niveau intermédiaire les cadres de concertations services déconcentrés et collectivités locales seront dynamisés/ encouragés (notamment autour de planification ascendante, élaboration des Plan Départemental de Développement Intersectoriel, PDDI) ◦ Appuyer le MS à développer ses fonctions régaliennes : accent mis sur le rôle de suivi-supervision
5/ Volonté des maires de rendre fonctionnel les cadres de concertation en vue de la résolution des problèmes de santé au niveau communal (Risque de mise en œuvre)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer un accompagnement technique pour la mise en place des cadres concertations
6/ Lenteur de mise en place des réformes organisationnelles (cf. nouveau décret portant AOF du MS)	HAUT	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le renforcement des compétences, le coaching et le suivi des formations prévues dans le programme
7/ Non-disponibilité de personnel qualifié pour la gestion de l'information sanitaire au niveau opérationnel (Risque de mise en œuvre)	MOYEN	MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la formation du personnel pour la gestion de l'information sanitaire, ainsi que l'accompagnement continu • Faire le plaidoyer auprès les décideurs pour avoir et garder ce type de personnel au niveau opérationnel
8/ non fonctionnement du groupe sectoriel santé	MOYEN	HAUT	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le dialogue MS et PTF

3.7 Hypothèses de base

Afin de garantir une atteinte pérenne des résultats du PASS, certaines conditions doivent être remplies. Les engagements des Parties à assurer ces conditions, seront confirmés à travers la signature de la Convention Spécifique du PASS (dont le présent DTF fait partie intégrante) et feront l'objet d'un suivi par les Parties tout au long de l'exécution du programme d'appui. Il s'agit des points suivants :

- Le Ministère de la Santé (MS) s'engage à ce que le statut de « DDS et ZS pionniers » du PASS soit confirmé formellement, donnant aux DDS et EEZS concernées la marge de manœuvre nécessaire pour mener des activités dans le cadre de stratégies et systèmes novateurs. Ceci vaut pour tous les chantiers d'amélioration, mais en particulier pour le FBR.
- Le MS s'engage à ce que les résultats de Recherche-action soient présentés au Comité des Directeurs élargi ou aux GTT concernés par la thématique.
- Le MS s'engage à mettre en œuvre le cadre organique du MS.
- Le MS s'engage, lors des recrutements au niveau du secteur, à assurer une disponibilité équitable de personnel de qualité dans toutes les ZS et DDS appuyées. Il s'agit en particulier des i) responsables des DDS vu le rôle très important des DDS comme responsables de la mise en œuvre du PASS au niveau des deux départements et vu le statut pionniers des 2 DDS ; ii) des responsables ZS, CHD et HZ ainsi que ii) un ingénieur (A0 –A1), deux techniciens de maintenance (A2) au niveau de chaque SIEM appuyé et des techniciens polyvalents au niveau des hôpitaux dans les zones/départements appuyés.
- Le MS s'engage à mettre à disposition du personnel adéquat dans les formations sanitaires qui serviront de lieu de stage.
- Le MS s'engage à garantir que les fonds mis à disposition à travers le PASS seront additionnels aux fonds nationaux alloués aux zones de santé, départements et structures au niveau central appuyés. Le budget du PASS ne pourra donc pas être utilisé pour financer des activités en dehors du focus du DTF.
- Le MS s'engage à couvrir les frais de fonctionnement pour les activités de routine des structures étatiques aux différents niveaux (EEZS, DDS, Directions Centraux) appuyées dans le cadre du PASS, afin de permettre au PASS de mettre à disposition des fonds pour des activités de renforcement de système de santé et de mise en œuvre de la réforme du secteur santé.
- Le MS s'engage à prendre en charge les frais de missions des cadres nationaux par rapport aux missions de terrain et visites de supervision telles que prévues par le système.
- Le MS s'engage à prévoir (cf. aussi point 4.1.1) des ressources nécessaires pour le financement des besoins de maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux et des matériels de transport acquis dans le cadre d'AIMS/PARZDS/PASS ; prendre les dispositions pour une immatriculation systématique plaque nationale afin que les véhicules soient transférés dans le parc du MS ; mettre en place des dispositifs qui permettent le contrôle de la bonne utilisation des matériels de transport et leur usage dans aux seules activités de la santé.
- Le MS s'engage à rendre fonctionnels les espaces de concertation stratégiques, tels que la Groupe Technique Sectoriel Santé (GTSS) (ou un espace avec une fonction similaire) et les autres GTT (dont entre autres le SOUS GTT RAMU et le GTT-RH) et à promouvoir activement un cadre de concertation interministérielle.

- Le genre et les droits sexuels et reproductifs, y compris le planning familial et la lutte contre le VIH, restent une priorité pour le MS.

Le non-respect de ces conditions mettrait en péril l'atteinte des résultats du PASS. Le SMCL décidera si les conditions sont remplies suffisamment pour s'engager dans la mise en œuvre d'un résultat ou un domaine d'activité.

4 RESSOURCES

4.1 Ressources financières

Contribution du partenaire béninois

RUBRIQUES	BUDGET TOTAL (EUR)
Total de la contribution Béninoise dans PASS	1.800.000
Mise à disposition de locaux conseillers techniques	210.000
Mise à disposition de locaux au niveau des 2 DDS (1000€x2x60)	120.000
Mise à disposition de locaux pour le pool de CTI au MS (1500€x60)	90.000
Salaires bruts des cadres-clés impliqués directement toute charge comprise	295.000
ZS (1FTE x 20% x 5ZS)	60.000
DDS (1FTE x 20% x 2)	25.000
MS (1FTE et 2 x 10% FTE)	80.000
Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année)	130.000
Maintenance Infrastructures et équipements	700.000
ZS Mono-Couffo	450.000
ZS Atacora-Donga	250.000
Autres contributions	595.000
maintenance véhicules (1000/an/véhicule x30)	150.000
assurance véhicules (30)	180.000
exonération (TVA, douane) pour les investissements	265.000

Le budget de la contribution béninoise est composé des rubriques suivantes :

Pour la **composante contribution en nature**, il s'agit généralement :

- Des locaux mis à disposition du programme pour servir de bureaux pour les équipes d'appui. Au niveau des deux DDS, ceci est estimée sous forme de charge locative à 1.000 EUR par DDS par mois x 60 mois, et 1.500 EUR au MS par mois pendant 60 mois = 210.000 EUR
- La rémunération du Coordinateur national du PASS, estimé à 1 Equivalant à temps plein toute charge comprise ; et 20% des salaires des Médecins Coordinateurs des 5 ZS et des 2 DDS

appuyées, ainsi que 2x10% au niveau du Secrétariat Général (SG et SGA). Le total est estimé à : 165.000 EUR

Pour la **composante contribution numéraire effective**, il s'agit de ressources financières prévues pour doter le programme de moyens additionnels dans le but de renforcer ses capacités d'intervention. Ce budget sera inscrit :

- Participation des cadres nationaux aux diverses missions (y compris les SMCL) (Participation de 20 cadres par année) estimée à 130.000 EUR
- Les budgets de maintenance pour les infrastructures et équipements (plateau technique aux niveau des formations sanitaires, matériel roulant, matériel informatique, matériel bureautique, autres équipements) pour les ZS/DDS/Directions appuyées pris sur le budget du MS dans son volet programme national de gestion et réhabilitation des ZS : 700.000 EUR
- La maintenance du matériel roulant, acquis dans le cadre du PASS ou transféré des interventions AIMS et PARZDS, estimée à 150.000 EUR
- Le prix de l'assurance pour tout le matériel roulant, acquis dans le cadre du PASS ou transféré des interventions AIMS et PARZDS. Coût : 180.000 EUR
- Exonération (TVA, douane) pour les investissements (cf. 4.5), estimée à 265.000 EUR

Les ressources de la contribution de cette contrepartie seront logées au trésor public et gérées par le PASS à travers la modalité de cogestion. Une comptabilité régulière de la gestion de ces ressources sera effectuée et des rapports financiers périodiques aux autorités (SGM, Ordonnateurs, DRFM, IGM, DDS) transférées.

4.1.1 Contribution du partenaire belge

La contribution belge au projet sera de vingt millions EUR (20 mi EUR) pour une période de cinq ans. Les frais de fonctionnement mentionnés dans le tableau ci-dessous portent sur l'appui aux activités d'amélioration et changements des comportements et pas sur la substitution des activités de 'routine' du MS.

BUDGET TOTAL				CHRONOGRAMME							
				Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5
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											
A Résultats				9.763.000	49%	3.338.350	2.501.017	1.485.767	1.279.767	1.158.100	
A	01	<i>L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés.</i>		4.810.000	24%	2.201.500	1.148.500	510.000	490.000	460.000	
A	01	01	Appuyer le développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne	co-gestion	2.410.000		1.752.500	597.500	20.000	20.000	20.000
A	01	02	Appuyer la MEO de la politique nationale de l'AQ des soins et des services de santé	co-gestion	480.000		96.000	96.000	96.000	96.000	96.000
A	01	03	Appuyer les acteurs du SYLOS pour un rôle complémentaire et synergique	régie	1.605.000		300.000	327.000	336.000	336.000	306.000
A	01	04	Appuyer la stratégie de référence et de contre-référence	co-gestion	100.000		20.000	20.000	20.000	20.000	20.000
A	01	05	Consolider la stratégie nationale de la transfusion sanguine	co-gestion	100.000		4.000	79.000	9.000	4.000	4.000
A	01	06	Appuyer la qualité des médicaments achetés par la CAME	co-gestion	115.000		29.000	29.000	29.000	14.000	14.000
A	02	<i>La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée.</i>		1.565.000	8%	436.850	470.850	219.100	219.100	219.100	
A	02	01	Renforcer la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré	co-gestion	390.000		92.850	79.350	72.600	72.600	72.600
A	02	02	Améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé	co-gestion	190.000		0	47.500	47.500	47.500	47.500
A	02	03	Renforcer la production de personnels de santé qualifiés	régie	985.000		344.000	344.000	99.000	99.000	99.000
A	03	<i>Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée.</i>		819.000	4%	226.800	226.800	121.800	121.800	121.800	
A	03	01	Appuyer le développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU	co-gestion	220.000		107.000	107.000	2.000	2.000	2.000
A	03	02	Soutenir la feuille de route pour le développement du RAMU	co-gestion	472.000		94.400	94.400	94.400	94.400	94.400
A	03	03	Appuyer le renforcement des capacités complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM	régie	127.000		25.400	25.400	25.400	25.400	25.400
A	04	<i>La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.</i>		1.153.000	6%	214.000	305.667	305.667	209.667	118.000	
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		35.000	35.000	35.000	35.000	35.000
A	04	02	Renforcer la politique de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures	co-gestion	170.000		34.000	34.000	34.000	34.000	34.000
A	04	03	Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention	co-gestion	808.000		145.000	236.667	236.667	140.667	49.000
A	05	<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	7%	259.200	349.200	329.200	239.200	239.200	
A	05	01	Faciliter la mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats	co-gestion	344.000		80.800	80.800	60.800	60.800	60.800
A	05	02	Renforcer une approche de suivi-évaluation intégrée	co-gestion	252.000		50.400	50.400	50.400	50.400	50.400
A	05	03	Appuyer l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS)	co-gestion	315.000		27.000	117.000	117.000	27.000	27.000
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		68.600	68.600	68.600	68.600	68.600
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		32.400	32.400	32.400	32.400	32.400

B	Frais communs liés directement aux résultats		7.373.500	37%	1.474.700	1.474.700	1.474.700	1.474.700	1.474.700
B 01	Résultat		7.373.500	37%	1.657.100	1.564.600	1.390.600	1.390.600	1.370.600
B 01 01	Appui scientifique (enveloppe perlée de 60 HJ/an + enveloppe ponctuelle de 40 HJ/an)	régie	500.000		100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
B 01 02	Investissements: Véhicules liés aux résultats	régie	112.500		112.500				
B 01 03	Frais de fonctionnement véhicules liés aux résultats *	régie	50.000		10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
B 01 04	Conseillers Techniques Internationaux	régie	5.568.000		1.218.000	1.218.000	1.044.000	1.044.000	1.044.000
B 01 05	Conseillers Techniques Régionaux	régie	720.000		144.000	144.000	144.000	144.000	144.000
B 01 06	Conseillers Techniques Nationaux	régie	132.000		26.400	26.400	26.400	26.400	26.400
B 01 07	Contrat cadre Environnement	régie	60.000		0	20.000	20.000	20.000	
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		46.200	46.200	46.200	46.200	46.200
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)		80.000	0%					80.000
X 01	Réserve budgétaire		80.000	0,4%					80.000
X 01 01	Réserve budgétaire co-gestion	co-gestion	30.000						30.000
X 01 02	Réserve budgétaire régie	régie	50.000						50.000
Z	Moyens généraux		2.783.500	14%	564.300	514.300	604.300	514.300	586.300
Z 01	Frais de personnel		1.887.000	9%	377.400	377.400	377.400	377.400	377.400
Z 01 01	RAFI	régie	870.000		174.000	174.000	174.000	174.000	174.000
Z 01 02	AG (sénior) des Unités Fonctionnelles (4)	régie	408.000		81.600	81.600	81.600	81.600	81.600
Z 01 03	Equipe d'appui	régie	609.000		121.800	121.800	121.800	121.800	121.800
Z 02	Investissements		30.000	0,2%	30.000	0	0	0	0
Z 02 01	Véhicules support CTB	régie	0		0	0	0	0	0
Z 02 02	Equipement bureau	régie	10.000		10.000				
Z 02 03	Equipement IT	régie	20.000		20.000	0	0	0	0
Z 02 04	Aménagements du bureau		0						
Z 03	Frais de fonctionnement		544.500	3%	120.900	100.900	110.900	100.900	110.900
Z 03 01	Frais de fonctionnement bureau	regie	208.000		41.600	41.600	41.600	41.600	41.600
Z 03 02	Frais de fonctionnement véhicules	régie	149.500		29.900	29.900	29.900	29.900	29.900
Z 03 03	Missions	régie	15.000		3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
Z 03 04	Frais de représentation /communication externe	régie	24.000		4.800	4.800	4.800	4.800	4.800
Z 03 05	Formation (conseillers techniques)	régie	70.000		14.000	14.000	14.000	14.000	14.000
Z 03 06	Frais de consultance	régie	40.000		20.000		10.000		10.000
Z 03 07	Frais financiers (banque, TVA, etc.)	régie	3.000		600	600	600	600	600
Z 03 08	Autres frais de fonctionnement	régie	35.000		7.000	7.000	7.000	7.000	7.000
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation		322.000	2%	36.000	36.000	116.000	36.000	98.000
Z 04 01	Frais de suivi et évaluation	regie	160.000				80.000		80.000
Z 04 02	Audits	régie	72.000		18.000	18.000	18.000	18.000	
Z 04 03	Backstopping sectoriel(2 personnes/mission de max 10 jours) et spécifique (mission de max 10 jours)	régie	90.000		18.000	18.000	18.000	18.000	18.000
TOTAL			20.000.000		5.377.350	4.490.017	3.564.767	3.268.767	3.299.100

*: Porte sur l'appui aux activités d'amélioration et changements des comportement et pas sur la substitution

REGIE	11.939.000	2.364.400	2.341.400	2.440.400	2.350.400	2.442.400
COGESTION	8.061.000	3.012.950	2.148.617	1.124.367	918.367	856.700

Tableau 2: Budget indicatif par Unité Fonctionnelle (UF) en fonction des résultats et des domaines d'activité

Résultats et Domaines d'Activité (DA)	UF DDS AD	UF DDS MC	UF Demande	UF Niv Central Santé Publique (SP)	UF Niv Central Dév Org. / RHS (DO-RHS)	UF Niv Central Gestion Infrastr./Eq. (GIE)
R1	1.143.000	1.947.000	1.605.000	115.000		
DA1.1	803.000	1.607.000				
DA1.2	240.000	240.000				
DA1.3			1.605.000			
DA1.4	50.000	50.000				
DA1.5	50.000	50.000				
DA1.6				115.000		
R2					1.565.000	
DA2.1					390.000	
DA2.2					190.000	
DA2.3					985.000	
R3				819.000		
DA3.1				220.000		
DA3.2				472.000		
DA3.3				127.000		
R4						1.153.000
DA4.1						175.000
DA4.2						170.000
DA4.3						808.000
R5				315.000	1.101.000	
DA5.1					344.000	
DA5.2					252.000	
DA5.3				315.000		
DA5.4					343.000	
DA5.5					162.000	
TOTAL	1.143.000*	1.947.000*	1.605.000	1.249.000	2.666.000	1.153.000

* différence pour le FBR entre les DDS s'explique par le fait qu'il y a environ 1 million habitants au MC et 0,5 à l'AD.

Le budget présenté ci-dessus est indicatif et est destiné à évoluer, en effet, les montants des domaines d'activités ne seront attribués que sur base de plans opérationnels lors de la mise en œuvre du programme d'appui suivant le principe de la planification ascendante. Le PASS garde ainsi une flexibilité optimale dans l'exécution des activités, en fonction des besoins sur le terrain et des

changements de contexte. La coordination d'Intervention veillera sur la cohérence globale des différents plans opérationnels et s'assurera de l'efficacité et l'efficience de l'attribution des budgets en fonction des priorités opérationnelles

Bien que chaque UF ait la responsabilité d'un budget par rapport à certains domaines d'activité ou résultats, plusieurs activités au sein des domaines d'activités peuvent être exécutées par une autre UF. Dans ce cas, une UF contribuera de son budget à la réalisation de ces activités par une autre UF. Il existe donc une synergie explicite et une responsabilité collective pour les résultats.

4.1.2 Dépenses avant CMO

Afin de faciliter le démarrage du projet, il se peut que des engagements soient contractés et des dépenses effectuées avant la signature de la CMO. Ceux-ci concerneront essentiellement les frais de recrutement des conseillers techniques internationaux, l'achat de véhicules et d'équipement informatique.

Les frais sont estimés à un montant global de 54.000 EUR.

B	Frais communs liés directement aux résultats			5.000
B 01	Frais de personnel (recrutement)			5.000
B 01 04	Conseillers Techniques Internationaux	régie		3.000
B 01 05	Conseillers Techniques Régionaux	régie		1.000
B 01 06	Conseillers Techniques Nationaux	régie		1.000
Z	Moyens généraux			49.000
Z 01	Frais de personnel (recrutement)			4.000
Z 01 01	RAFI	régie		2.000
Z 01 02	AG (sénior) des Unités Fonctionnelles (4)	régie		1.000
Z 01 03	Equipe d'appui	régie		1.000
Z 03	Frais de fonctionnement			25.000
Z 03 06	Etude préparatoire (manuel opérationnel) et baseline	régie		25.000
Z 02	Investissements			20.000
Z 02 03	Equipement IT	régie		20.000
TOTAL (EUR)				54.000

4.2 Ressources humaines

4.3 Une expertise à long terme

Le PASS se concentrera surtout sur du 'soft' et en particulier l'accompagnement d'un processus de changement. A cet effet, une expertise à long terme sera mise à disposition par la CTB. Cette expertise sera regroupée physiquement en quatre Bureaux d'Appui (pour un schéma et des explications plus détaillées cf. 5.3.2): Un bureau à Cotonou au niveau du secrétariat général (qui regroupera la coordination du PASS et les trois Unités Fonctionnelles (UF) du niveau central c.à.d. l'UF santé publique, l'UF développement organisationnel/RHS et l'UF gestion en équipements et infrastructures), un bureau pour l'UF demande, un bureau à Natitingou ancré au niveau de la DDS de l'Atacora-Donga pour l'UF DDS AD, et un à Lokossa au niveau de la DDS du Mono-Couffo pour l'UF DDS MC. Du côté de la CTB, un Conseiller Technique International (CTI) Co-directeur et Coordinateur veillera à une mise en œuvre cohérente des activités menées dans le cadre du PASS.

L'équipe d'appui conseil sera composé de :

1. Bureau d'appui à Cotonou au niveau du secrétariat général du MS :

- Un CTI avec une expertise en santé publique et une expérience en matière de financement de la santé et d'assurance-maladie (et de préférence aussi en matière de genre et santé reproductive/VIH) (contrat de cinq ans) : cette personne, CTI coordinateur, assurera, ensemble avec le SG ou la personne déléguée agissant comme coordinateur national, la Coordination du PASS, dont les fonctions sont décrites dans le chapitre 5. A part cela, elle aura des fonctions techniques telles que donner un appui à la RA, contribuer à la mise en œuvre du volet central des activités liées au Résultat 1, l'appui au contenu de la formation Master en soins infirmiers et obstétricaux (R2), la réflexion autour des stratégies de motivation du personnel (R2), le suivi de la feuille de route RAMU et le renforcement de l'ANAM (R3), le renforcement du SNIGS (R5) et la contribution au dialogue technique dans les espaces de concertation dans le cadre du Compact (R5).
- Un CTI avec une expertise en développement organisationnel et institutionnel et une expertise/expérience dans le domaine de la santé et gestion des RHS (et de préférence aussi en matière de genre) (contrat de cinq ans) : cette personne sera le co-responsable de l'UF Développement Organisationnel/RHS au niveau central (ensemble avec un responsable national désigné par le partenaire béninois). Elle suivra en particulier l'appui à la structuration des aspects liés à la gouvernance (R5) tels que l'approche sectorielle, la déconcentration/décentralisation, la planification ascendante, le système M&E y inclus le SNIGS et (le cas échéant) la contractualisation public-privé. Elle apportera une expertise transversale en matière de développement institutionnel et organisationnel en fonction des besoins. Elle supervisera également l'appui institutionnel à la DRH et aux SRH (R2), la déconcentration de la gestion des RHS et la motivation (R2), l'appui aux aspects organisationnels de la formation Master en soins infirmiers et obstétricaux (R2)⁴¹, et la réflexion autour les stratégies de motivation du personnel (R2).
- Un CTI avec une expertise en ingénierie civile avec une expérience dans la maintenance de préférence dans le domaine biomédical (contrat cinq ans) : cette personne assurera en particulier l'appui institutionnel à la DIEM (R4), l'accompagnement de la mise en place du système de maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements médicaux dans les départements appuyés (d'une manière directe au Mono-Couffo et d'une manière indirecte dans l'Atacora-Donga où il est épaulé par un Conseiller Technique Régional ('CTR') spécialisé en maintenance (R4), et le suivi technique des marchés publics liées aux quelques travaux de réhabilitation/gestion des déchets/investissements/maintenance (R1,R4). Finalement elle appuiera également les travaux au niveau des écoles de formation en soins infirmiers et obstétricaux (R2).
- Un CTI ingénieur informaticien spécialiste en système d'information et en gestion de bases de données (contrat de deux ans) : cette personne appuiera le développement d'un système d'information pour la gestion du RAMU (R3), l'utilisation et exploitation optimale du logiciel LOGI-

⁴¹ Il s'appuiera sur l'AT de l'APEFE affecté au renforcement des compétences des infirmiers et des sages- femmes. Il sera impliqué dans des activités telles que la formation des formateurs à la nouvelle pédagogie, la supervision, l'encadrement des stages, le développement des curricula, la gestion du projet APEFE.

GRH à la DRH et les deux DDS (R2), et l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS) (R5). Une expertise pertinente en matière de genre est souhaitable.

- Un Conseiller Technique National (CTN) avec expertise en santé publique (contrat de cinq ans) : pour épauler le coordinateur du PASS par rapport à ses tâches techniques sous R1, R3 et R5. Il donnera également un appui particulier par rapport au M&E.
- Un Responsable Administratif et Financier International (RAFI) (contrat de cinq ans) pour accompagner la mise en œuvre administrative et financière du PASS en respect de procédures béninoises et belges. Il sera responsable de l'Unité de Gestion Administrative et Financière (UGAF) du PASS (cf. chapitre 5.3). Il consolidera les rapports des différentes Unités Fonctionnelles. Pour les UF du niveau central, il supervisera directement l'Administrateur-Gestionnaire (AG). Cela dégagera du temps pour les autres experts pour se concentrer sur le contenu du programme d'appui.
- Un pool de secrétaires et chauffeurs (3) sera intégré dans le bureau d'appui de l'UF à ce niveau. Un secrétaire/comptable spécifique est prévu pour la coordination du PASS.
- Un CTN Renforcement des Capacités (contrat de quatre ans) pour accompagner la mise en œuvre de la stratégie du projet belgo-bénois 'Bourses' dans le secteur de la santé. Les coûts pour ce CTN seront pris en charge par le projet 'Bourses'. Le profil de ce CTN est intégré dans le DTF bourses. Cf. plus de détails en annexe.

2. Bureau d'appui⁴² (UF demande) :

- Un CTI avec une expertise en sociologie/anthropologie ou économie de la santé avec une expérience en développement communautaire et en décentralisation et développement local (et de préférence en matière de genre et des droits sexuels et reproductifs) (contrat de cinq ans) : cette personne appuiera les organisations de la société civile dans l'organisation et la structuration de la demande de soins (R1) et la promotion de la protection sociale (R3).
- Un Administrateur-Gestionnaire national (AG) (contrat de cinq ans) : cette personne appuiera la gestion des activités liées de la demande.
- Un pool de CAC (Chargées d'Appui-Conseil) (contrat quatre ans) : il s'agit de cinq personnes en total. Leur contrat sera arrêté un an avant la fin du PASS afin de stimuler la prise en charge des activités liées de la demande par les acteurs communautaires mêmes (pérennisation). Ils appuieront les organisations de la société civile dans l'organisation et la structuration de la demande de soins (R1) et la promotion de la protection sociale (R3).
- Un secrétaire et trois chauffeurs seront intégrés dans l'équipe de l'UF à ce niveau.

3. Bureau d'appui à Natitingou au niveau de la DDS de l'Atacora-Donga:

- Un CTI avec une expertise en santé publique et une expérience en développement organisationnel et développement d'un SYLOS (et de préférence aussi en matière de genre et santé reproductive/VIH) (contrat de cinq ans) : cette personne assurera la fonction de co-responsable au niveau de l'UF du département appuyé. Il travaillera en binôme avec le DDS qui

⁴² La localisation exacte (probablement Azové) sera déterminée lors de la phase préparatoire de mise en œuvre du PASS en 2014

sera le responsable de l'UF pour les résultats et domaines d'activité concernant le niveau déconcentré département (principalement R1 mais aussi contributions aux R2-5). Le CTI renforcera le rôle et le fonctionnement du niveau intermédiaire (en particulier par rapport aux points d'entrée identifiés pour le PASS), accompagnera le DDS et le CHD dans leur appui au développement des ZS, et facilitera un bon dialogue entre l'offre et la demande. Elle contribuera entre autre aussi au fonctionnement des SRH, à l'organisation des stages dans les CHD et autres structures, et aux stratégies de motivation du personnel.

- Un Conseiller Technique Régional ('CTR')⁴³ avec une expertise en santé publique et une expérience en développement d'un SYLOS (et de préférence aussi en matière de genre et droits sexuels et reproductifs) (contrat de 5 ans) : cette personne accompagnera le DDS et le CHD dans leur appui au développement des ZS. Elle appuiera les domaines d'activités principalement sous R1, R2, et R5 situées au niveau des ZS.
- Un 'CTR' avec une expertise en ingénierie biomédicale ou une formation équivalente et avec une expérience dans la maintenance, de préférence dans le domaine biomédical (contrat 5 ans) : cette personne assurera en particulier l'appui institutionnel à la SIEM (R4), l'accompagnement de la mise en place du système de maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements médicaux dans l'Atacora-Donga et le suivi technique en cas de travaux de réhabilitation/maintenance (R1, R2, R4).
- Un Administrateur-Gestionnaire national (AG) avec un profil sénior (contrat de 5 ans) : cette personne appuiera la gestion financière dans le DDS/CHD/ZS et la gestion au niveau de l'UF dans le département appuyé.
- Un secrétaire et trois chauffeurs seront intégrés dans l'équipe de l'UF à ce niveau.

4. Bureau d'appui à Lokossa au niveau de la DDS du Mono-Couffo:

- Un CTI avec une expertise en santé publique : cf. DDS Atacora-Donga.
- Un 'CTR' avec une expertise en santé publique : cf. DDS Atacora-Donga.
- Il n'y aura pas de 'CTR' avec une expertise en ingénierie biomédicale car au Mono-Couffo c'est le CTI ingénieur civil ancré au secrétariat général lui-même qui assurera cet appui vu la proximité du Mono-Couffo.
- Un Administrateur-Gestionnaire national (AG) avec un profil sénior: cf. DDS Atacora-Donga
- Un secrétaire et trois chauffeurs seront intégrés dans l'équipe de l'UF à ce niveau.

Les termes de référence détaillés des Conseillers Techniques se trouvent en annexe. Les tâches décrites sont des points d'entrée indicatifs. Il est toutefois important de souligner la responsabilité collective envers l'atteinte de l'ensemble des résultats indépendamment le niveau (central/intermédiaire/opérationnel) de réalisation. Ceci implique une grande flexibilité et un travail en équipe.

⁴³ La formalisation de ce statut est conditionnée par les conclusions d'une étude du département RH de la CTB qui sera entamé fin 2013.

La facilitation au changement fait partie de cette responsabilité collective. Cela n'est donc pas le domaine spécifique d'un CT 'spécialisée'. De plus, il s'agit avant tout d'une attitude et une méthodologie de travail.

Il est communément admis que le **recrutement de personnel dans le système** sanitaire est la responsabilité du Bénin. Le Conseiller technique financée par l'intervention doit éviter la substitution ; elle est nécessaire pour la facilitation du changement et le renforcement des capacités.

Les ressources humaines seront financées suivant les lignes budgétaires suivantes :

Ligne budgétaire	Expertise internationale de longue durée		Budget €
Bureau d'appui à Cotonou au niveau du secrétariat général du MS			
B_01_04	Un CTI avec une expertise en santé publique et une expérience en matière de financement de la santé et d'assurance-maladie	60 Mois	870.000
B_01_04	Un CTI avec une expertise en développement organisationnel et institutionnel	60 Mois	870.000
B_01_04	Un CTI avec une expertise en ingénierie civile	60 Mois	870.000
B_01_04	Un CTI ingénieur informaticien	24 Mois	348.000
Bureau d'appui (UF demande)			
B_01_04	Un CTI avec une expertise en sociologie/anthropologie ou économie de la santé	60 Mois	870.000
Bureau d'appui à Natitingou au niveau de la DDS de l'Atacora-Donga			
B_01_04	Un CTI avec une expertise en santé publique	60 Mois	870.000
Bureau d'appui à Lokossa au niveau de la DDS du Mono-Couffo			
B_01_04	Un CTI avec une expertise en santé publique	60 Mois	870.000
Total		384 Mois	5.568.000

Ligne budgétaire	Expertise régionale de longue durée		Budget €
Bureau d'appui à Natitingou au niveau de la DDS de l'Atacora-Donga			
B_01_05	Un Conseiller Technique Régional ('CTR') avec une expertise en santé publique	60 Mois	240.000
B_01_05	Un 'CTR' avec une expertise en ingénierie biomédicale	60 Mois	240.000
Bureau d'appui à Lokossa au niveau de la DDS du Mono-Couffo			
B_01_05	Un Conseiller Technique Régional ('CTR') avec une expertise en santé publique	60 Mois	240.000
Total		180 Mois	720.000

Ligne budgétaire	Expertise nationale de longue durée	Budget €	
Bureau d'appui à Cotonou au niveau du secrétariat général du MS			
B_01_06	Un Conseiller Technique National (CTN) avec expertise en santé publique	60 Mois	132.000
B_01_06	Un CTN Renforcement des Capacités	48 Mois	à charge du Programme Bourses
Total		60 Mois	132.000

Ligne budgétaire	Appui administrative, financier et de support	Budget €	
Bureau d'appui à Cotonou au niveau du secrétariat général du MS			
Z_01_01	Un Responsable Administratif et Financier International (RAFI)	60 Mois	
Z_01_02	Un Administrateur-Gestionnaire national	60 Mois	
Z_01_03	Un secrétaire	60 Mois	
	Un secrétaire/comptable	60 Mois	
	Trois chauffeurs	180 Mois	
Bureau d'appui (UF demande)			
Z_01_02	Un Administrateur-Gestionnaire national	60 Mois	
Z_01_03	Un pool de cinq CAC (Chargées d'Appui-Conseil)	240 Mois	
	Un secrétaire	60 Mois	
	Trois chauffeurs	180 Mois	
Bureau d'appui à Natitingou au niveau de la DDS de l'Atacora-Donga			
Z_01_02	Un Administrateur-Gestionnaire national	60 Mois	
Z_01_03	Un secrétaire	60 Mois	
	Trois chauffeurs	180 Mois	
Bureau d'appui à Lokossa au niveau de la DDS du Mono-Couffo			
Z_01_02	Un Administrateur-Gestionnaire national	60 Mois	
Z_01_03	Un secrétaire	60 Mois	
	Trois chauffeurs	180 Mois	

4.4 Autres types d'expertise

- L'expertise ponctuelle ou perlée a été décrite sous 2.5.2.
- La mobilisation de l'expertise à travers le **Fonds d'Etudes et de Consultances** (FEC) a été décrite sous 2.5.2.
- A travers le programme 'expertise junior' de la CTB, des **Assistants Techniques Juniors** (ATJ) peuvent être mis à disposition du PASS en commun accord entre le Bénin et la CTB. Le coût de cette expertise est aux frais de la CTB. Les ATJ peuvent entre autre jouer un rôle dans la sensibilisation, l'information, le M&E, la formation et la communication sur les thèmes transversaux.
- Des étudiants universitaires ou d'écoles de santé publique peuvent contribuer à la réflexion dans le cadre de leur **thèse**, sur les thèmes transversaux par exemple.

4.5 Ressources matérielles indicatives

INVESTISSEMENTS	RESULTAT – DOMAINE D'ACTIVITE	DESCRIPTION	MONTANT INDICATIF (EUR)
Réhabilitations	R2 DA2.3	Appui création Ecole d'infirmiers (Master) Parakou inclusif mobilier	197.000
		Appui INMeS Cotonou (Master infirmiers)	160.000
	R4 DA3.3	Forfait clôtures végétalisées Gestion des déchets biomédicaux (un exemple/ZS)	9.000 175.000
Equipment	R1 DA1.5	Systèmes photovoltaïques CDTS/PTS	60.000
	R2 DA2.1 DA2.3	Matériel informatique/bureautique DRH/DDS/ZS	74.000
		Equipement informatique, pédagogique et de bureau Ecole d'infirmiers (Master) Parakou	51.000
		Equipements informatique et pédagogique INMeS Cotonou (Master infirmiers)	73.000
	R3 DA3.1	Achat de matériel informatique pour les ADAM dans les deux départements appuyés, et pour l'extension des postes mobiles d'enregistrement reliées aux ADAM et pour les CPS (12 au MC et 13 à l'AD)	210.000
	R4 DA3.3	Equipement pour assurer la maintenance	218.000
R5 DA5.1 DA5.2	Logiciel Carte sanitaire	40.000	
	Update logiciels/équipements SNIGS	180.000	
Matériel roulant (véhicules)	R2 DA2.1 DA2.3	Véhicule supervision DRH, motos DRH/SRH	27.000
		Véhicule Ecole d'infirmiers (Master) Parakou	23.000
	R4 DA3.3	3 véhicules nécessaires ; 1 au niveau central pour les activités avec la DIEM (Cotonou) et 2 au niveau des DDS pour permettre les activités du SIEM (AD et MC) et motos	70.000
TOTAL		<8%	1.567.000

Les investissements et les équipements seront conformes aux exigences environnementales et aux principes de bonne gestion (acquisitions, maintenance) des infrastructures et des équipements.

Le matériel roulant acquis dans le cadre des interventions AIMS et PARZDS sera transféré vers le PASS. La réserve budgétaire (ligne régie) pourra néanmoins être utilisée, si au cours du PASS du nouveau matériel roulant (en dehors du matériel roulant prévu dans les résultats 2 et 4) devra être acheté.

5 MODALITÉS D'EXÉCUTION

5.1 Responsabilités légales, administratives et techniques

Le cadre légal du programme d'appui « PASS » est fixé par la Convention Spécifique signée entre la République du Bénin et le Royaume de Belgique. Le présent DTF fait partie intégrante de cette Convention.

Pour la partie béninoise, le Ministère de la Santé (MS), représenté par son Ministre ou son délégué, est l'entité responsable de la mise en œuvre du programme d'appui. L'ordonnateur, chargé de liquider et ordonnancer les dépenses du programme d'appui est le Directeur Général de la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA) du Ministère en charge des Finances. Il peut désigner un ordonnateur délégué.

Pour la partie belge, la Direction Générale du Développement (DGD) est l'entité responsable de la contribution belge. Via une Convention de Mise en Œuvre (CMO), la DGD confie à l'Agence Belge de Développement (CTB) la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre du programme d'appui. A ce titre, la CTB à travers son Représentant résident à Cotonou, assume le rôle de co-ordonnateur chargé d'approuver les dépenses. Il peut désigner un co-ordonnateur délégué.

5.2 Cycle de vie de l'intervention

5.2.1 Préparation

La phase de préparation du programme couvre la période comprise entre la validation du DTF par la SMCL d'une part et la notification de la signature de la CMO d'autre part. Cette période ne devrait pas dépasser six mois. La phase de préparation du programme sera prise en charge par la Représentation et la Direction du projet AIMS, dont la durée de mise en œuvre a été prolongée jusqu'en septembre 2014. L'équipe de projet du PARDZS sera également associée.

5.2.2 Démarrage

La phase de démarrage proprement dite débute dès la notification de la CMO.

Les démarches suivantes peuvent être réalisées durant cette étape, certaines assurant la continuité avec des démarches entamées durant la phase de préparation :

- La finalisation des processus de recrutement du Conseiller Technique internationale, régionale et nationale et l'installation des RH dans leur fonction
- La poursuite du marché⁴⁴ relatif à l'établissement/actualisation de la « ligne de base », le cas échéant
- L'ouverture des comptes du programme et l'établissement des mandats du personnel du programme
- L'établissement de gestion administrative et financière du programme

⁴⁴ Uniquement si complémentaire à l'information générée durant l'atelier (les ateliers) de démarrage

- L'atelier de démarrage (en utilisant une méthodologie qui permet d'explicitier entre autre les relations mutuelles et l'engagement des différents acteurs concernés par le PASS par rapport au processus de changement identifié et par rapport au processus général des réformes au sein du MS)
- La planification opérationnelle et financière du programme
- La réalisation des formations nécessaires
- L'achat de véhicules et de matériel informatique, pour autant que la Convention Spécifique ait été signée et que ces matériels aient été explicitement identifiés dans le DTF (cf. chapitre 4)
- La tenue de la SMCL de démarrage
- Et autres.

La phase de démarrage se conclut par la tenue de la 1ère SMCL (SMCL de démarrage) de mise en œuvre du programme d'appui, qui valide le manuel de gestion du programme, le rapport de baseline, la planification opérationnelle et financière,... L'ensemble de ces éléments constituera le rapport de démarrage du programme d'appui.

Etant donné la mise en œuvre actuellement des projets AIMS et PARDZS, auxquels le programme PASS succède, cette phase de démarrage doit davantage être conçue comme une période permettant une transition fluide entre ces projets et l'approche programme.

5.2.3 Mise en œuvre

La mise en œuvre opérationnelle du programme est prévue pour une période de 57 mois.

5.2.4 Clôture

La phase de clôture (3 mois) du programme débutera au plus tard six mois avant la fin de la Convention Spécifique.

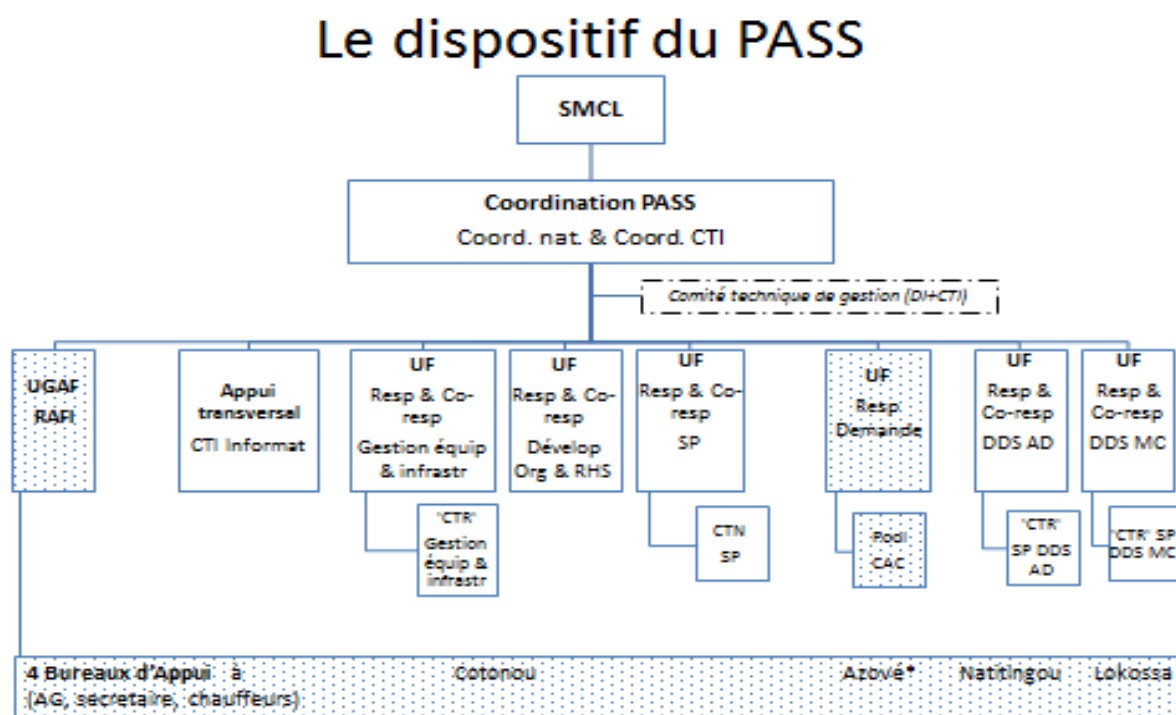
Un rapport final sera rédigé par l'équipe d'intervention selon le canevas CTB. Le rapport appréciera les résultats du programme au moyen des indicateurs et marqueurs de progrès issus du cadre logique et mis à jour lors de l'étude de référence ou lors des revues intermédiaires. Le rapport final est présenté pour approbation à la SMCL dans les trois mois à dater de la fin des activités opérationnelles.

Au terme de la Convention spécifique, les dépenses ne sont plus autorisées, sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de ladite Convention et actés dans le PV de la SMCL. Après la clôture financière du projet, les fonds non utilisés seront gérés selon les modalités prévues dans la Convention spécifique.

Les guides de démarrage et de clôture des interventions constituent les documents de référence pour les phases de préparation, de démarrage et de clôture. Le manuel de gestion administrative et financière de la CTB au Bénin constitue la base de travail pour la phase de mise en œuvre.

5.3 Dispositif de pilotage et de mise en œuvre

5.3.1 Présentation du dispositif



*Sera fixé définitivement lors de la phase préparatoire de la mise en œuvre du PASS en 2014

Le dispositif comprend plusieurs niveaux :

- Le niveau pilotage le plus haut du PASS 'Sourou' est constitué par Une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL), composée des décideurs aux différents niveaux impliqués dans le PASS, et chargée du pilotage du programme. Elle se réunit 1x/semestre.
- Le second niveau est constitué par la coordination du PASS 'Sourou', composé du Secrétaire Général (coordinateur national délégué par lui) et le CTI coordinateur du PASS.
- Le troisième niveau est constitué par six Unités Fonctionnelles (UF). Ce ne sont pas des structures parallèles mais un montage fonctionnel, centré sur l'appui aux structures nationales chargées de la mise en œuvre des principaux programmes stratégiques que le PASS entend appuyer.
- L'UF DDS AD gérée par le DDS de l'Atacora-Donga et le CTI Santé Publique (agissant en tant que responsable et coresponsable)
- L'UF DDS du Mono-Couffo gérée par le DDS MC et le CTI Santé Publique
- L'UF demande sera gérée par le CTI demande
- L'UF développement organisationnel (planification/suivi-évaluation) gérée par le DPP et le CTI développement organisationnel. L'expert en développement organisationnel apportera également un appui transversal pour les aspects de développement organisationnel du programme. En

particulier pour les aspects liés aux RH il interviendra en appui à la DRH. Il entretiendra une relation particulièrement étroite avec la coordination du programme logée auprès du secrétariat général.

- L'UF gestion des infrastructures/équipements gérée par le DIEM et le CTI en ingénierie civile.
- L'UF santé publique gérée par le secrétaire-général (ou son délégué) et le CTI santé publique. Il s'agit d'une UF virtuelle car ce sont les mêmes personnes qui assurent la coordination du PASS. Mais à part la coordination, ils ont aussi des tâches techniques en lien avec la santé publique et avec le RAMU.)
- A part cela, il y a encore deux experts internationaux qui assurent un appui transversal au PASS et qui n'appartiennent donc pas à une UF spécifique. Il s'agit du CTI informaticien (pour deux ans) et le RAFI.

Tous ces cadres ont une délégation de responsabilité dans le cadre de la mise en œuvre des programmes spécifiques qu'ils appuient (voir aussi chapitre 4 ci-dessus) et rendent compte à la Coordination du PASS 'Sourou'.

- Le quatrième niveau est constitué par des experts nationaux ou de la sous-région ancrés dans certaines UF comme démontré dans le schéma ci-dessus et hiérarchiquement dépendant du responsable et du CTI co-responsable de l'UF.

Ces quatre niveaux seront appuyés par une Unité de Gestion Administrative et Financière du PASS, composée de quatre AG et un staff de support. Ils répondront au RAFI mais seront fonctionnellement au service des UF.

D'un point de vue géographique les différents UF seront regroupés dans quatre bureaux d'appui:

- Un bureau d'appui au Secrétariat Général à Cotonou
- Un bureau d'appui à la demande à Azové⁴⁵
- Un bureau d'appui au DDS Atacora-Donga à Natitingou
- Un bureau d'appui au DDS Mono-Couffo à Lokossa

Le dispositif se justifie de la façon suivante :

- Il met une responsabilité claire au niveau de la coordination du PASS, ce qui permet un pilotage rapproché du PASS par le Secrétariat Général
- Il respecte les degrés d'autonomie de chaque niveau du système de santé
- Le nombre d'UF se justifie par la définition des paquets de tâches cohérentes et par un souci de ne pas surcharger la coordination du PASS

⁴⁵ La localisation exacte du bureau de l'UF demande sera précisée lors de la phase préparatoire du PASS

5.3.1.1 Les liens fonctionnels du dispositif

Les liens fonctionnels sont décrits en se reposant sur cinq principes :

1/ L'appui à des dynamiques nationales de développement institutionnel

Le PASS entend apporter un appui au renforcement institutionnel du secteur de la santé. Il intervient donc en première instance en appui aux structures nationales dans l'exercice de leur rôle et l'accomplissement de leur mission. Il vise en premier lieu à accompagner ; faciliter le développement des capacités nécessaires à cet effet. Il nécessite aussi l'implication et l'engagement de chacune des directions concernées -au niveau central et déconcentré- à s'approprier et porter les changements que ces processus impliquent.

2/ La coordination

Il faut assurer la cohérence externe (entre le PASS et le secteur de la santé au Bénin). Il revient au MS d'organiser la coordination entre les appuis des différents partenaires au développement à la politique sanitaire. Le PASS s'inscrit dans cette logique et participera aux mécanismes de coordination et groupes techniques existant au niveau national.

Il faut également un mécanisme pour assurer la cohérence interne du PASS vu sa complexité. La coordination du Programme (cf. 5.3.4) veillera à ce que l'appui au développement institutionnel au MS se déroule d'une façon coordonnée et concertée. Pour ce faire, la coordination convoquera chaque trimestre (ou plus selon le besoin) un Comité de Pilotage Technique du Programme (cf. 5.3.5). Il sera composé de la coordination du Programme, des Responsables et co-responsables des différentes Unités Fonctionnelles (UF), des représentants nationaux de la demande et de la CTI demande, et du RAFI. Ceci pour assurer la coordination des activités du PASS, la consolidation du monitoring, la revue systématique des orientations stratégiques au PASS et pour préparer la SMCL.

3/ La subsidiarité

Selon ce principe, les décisions sont prises au niveau le plus proche possible de celui de l'exécution, dans le respect des procédures et mandats en vigueur.

La coordination du Programme déléguera aux UF une partie de la responsabilité technique pour les activités en co-gestion. Le Co-responsable du Programme le fera pour les activités en régie (surtout pour les activités liées à la demande). Chaque UF aura ainsi une responsabilité directe pour gérer le budget pour des domaines d'activités (voir même résultats) spécifiques avec une autonomie de signature jusque 25.000 EUR. Ceci est fait pour 1/ être en phase avec l'autonomie de chaque niveau du système de santé béninois attribuée dans le cadre de la déconcentration et décentralisation, et 2/ assurer une mise en œuvre fluide du PASS entre autre vu les distances. Les modalités pratiques seront étudiées et précisées lors de la phase préparatoire du PASS.

Le RAFI, avec son équipe d'appui (AG, secrétaires, chauffeurs), appuiera la coordination et les différentes UF quant aux tâches administratives et financières. Un maximum de ces tâches leur seront dévolues afin de libérer du temps suffisant aux UF pour assurer leurs tâches techniques.

4/ La responsabilité collective pour les résultats

A part la responsabilité directe pour gérer le budget en lien avec des domaines d'activités (voir même résultats) spécifiques (cf. 4.1.2), il y a la responsabilité contributive de chaque UF, suivant leur expertise respective et à la demande, pour des activités, domaines d'activité et résultats qui relèvent de la responsabilité d'une autre UF. Les directions techniques au sein du Ministère (et aux différents niveaux de la pyramide sanitaire) sont appelées à se coordonner pour la réalisation des programmes du PNDS. A travers son mode de travail en équipe, le PASS encouragera ces synergies et renforcera ces concertations.

5.3.2 La Structure Mixte de Concertation Locale

5.3.2.1 Mission et fonctions

La SMCL assure le pilotage stratégique du programme, au plus haut niveau. Elle se réunit en principe tous les six mois. Les fonctions de la SMCL sont les suivantes :

- Superviser l'exécution des engagements pris par les parties
- Apprécier l'état d'avancement du programme et l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports de résultats
- Veiller à garder le focus stratégique tel que décrit dans le DTF et écarter des demandes 'à la carte' qui n'ont pas un potentiel de renforcer les réformes et les bons comportements
- Approuver la programmation annuelle (opérationnelle et financière)
- Valider des propositions d'accords d'exécution non prévus dans le DTF
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles des résultats intermédiaires, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions
- Résoudre tout problème de gestion relatif aux ressources financières ou matérielles, ou à l'interprétation du DTF
- Initier à tout moment des missions d'évaluation technique ou d'audit financier
- Assurer le suivi des recommandations formulées dans les rapports d'audits et d'évaluation
- Valider les rapports de résultats du programme
- Procéder à la clôture du programme.

5.3.2.2 Composition

La SMCL est composée des représentants des institutions suivantes :

- Le Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Evaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, Présidence
- Le directeur Europe du Ministère des Affaires Etrangères, de l'Intégration Africaine, de la Francophonie et des Béninois de l'Extérieur
- Le Responsable de la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA)
- Le Secrétaire Générale⁴⁶ (ou le SG Adjoint) du Ministère de la Santé
- Les Préfets des Départements Atacora/Donga et Mono/Couffo
- Un représentant du Ministère de la Famille et de la Solidarité (en lien avec les indigents)
- Deux représentants de la Demande (sur invitation de la CTB)
- Représentant résident de la CTB

⁴⁶Dans le cas qui délèguera la coordination du PASS à une autre personne

La SMCL peut inviter, en qualité d'observateur ou d'expert, toute autre personne qui apporte une contribution au programme d'appui.

5.3.2.3 Modes de fonctionnement

Le mode de fonctionnement de la SMCL commune est fixé comme suit :

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur
- La SMCL se réunit sur invitation de son Président ordinairement chaque semestre ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre
- La SMCL se réunit pour la première fois (au plus tard) dans les six mois qui suivent la signature de la convention spécifique
- La SMCL prend ses décisions selon la règle du consensus
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé
- La SMCL tient également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du programme afin d'examiner la proposition de rapport final et de préparer les formalités de clôture du programme
- La SMCL tient également une réunion avant la fin de validité de la convention spécifique afin d'approuver le rapport final et d'assurer les formalités de clôture.

5.3.3 Gestion du Programme d'appui

5.3.3.1 Coordination du Programme

Dans une logique de cogestion, la coordination du PASS sera dirigée par un responsable du programme et un co-responsable du programme.

La responsabilité de la gestion et coordination du programme seront assumés par le Secrétaire général du Ministère de la Santé publique. Celui-ci pourra déléguer cette fonction à un fonctionnaire, identifié au niveau du Ministère de la Santé. Un Avis de Non-Objection (ANO) sera demandé à la CTB.

La fonction de CTI coordinateur de programme sera assurée par un conseiller technique international, médecin en santé publique, bénéficiant d'un mandat de coresponsable de programme. Une demande d'agrément du CTI sélectionné sera transmise au Ministère des Affaires Etrangères.

5.3.3.2 Fonctions de gestion

5.3.3.2.1 Pilotage et coordination

En termes de pilotage et de coordination, la coordination du Programme a pour mission de construire – et de maintenir dans le temps – une vision commune aux parties prenantes et de garantir la mise en œuvre cohérente du cadre logique du programme.

- Veiller à la cohérence globale du programme, sa contribution à la vision stratégique du secteur, son articulation avec les structures dans le cadre de l'approche sectorielle, et sa complémentarité avec les autres acteurs dans le secteur
- Mobiliser, mutualiser et coordonner l'intervention des expertises internes ou externes du programme au profit des autres Unités Fonctionnelles et des partenaires. Cela implique qu'elle coordonne l'équipe des conseillers techniques mis à la disposition du programme
- Piloter les processus de planifications annuelles et trimestrielles, réalisées par les UF, de manière à en assurer la consolidation et la cohérence avec le cadre logique sectoriel

- Assurer la préparation et le secrétariat des SMCL ainsi que des réunions du Comité de Pilotage Technique du Programme
- Assurer un rôle de « porte d'entrée » du programme. Par ailleurs, elle appuie la représentation en termes de communication externe et de coordination inter-PTF
- Conserver une vision commune requiert une communication partagée. A ce titre, le Bureau d'Appui au niveau central assure un rôle essentiel de collecte et diffusion de l'information (stratégique, contextuelle et opérationnelle)
- Faciliter la recherche-action au sein du programme d'appui.

5.3.3.2.2 Monitoring du programme et rapportage

La coordination du programme assure également le monitoring du programme. Pour ce faire :

- Elaborer/valider le système de suivi du programme (indicateurs, valeurs de base, valeurs-cibles, mécanismes de collecte et traitement des données,...) ainsi que ses déclinaisons par Unité Fonctionnelle. Cette démarche est réalisée de manière participative (partenaire, composantes du programme). D'autre part, l'UF centrale appuie l'opérationnalisation et le fonctionnement du système de suivi au niveau des différentes Unités Fonctionnelles
- Assurer un rapportage annuel et périodique sur l'ensemble du programme
- Dynamiser et coordonner les processus d'apprentissage et de capitalisation.

5.3.3.2.3 Gestion Administrative et Financière

La coordination de gestion du programme s'appuiera en matière de gestion administrative et financière sur l'Unité de Gestion Administrative-Financière (UGAF) du Programme (cf. 5.3.6).

5.3.3.2.4 Gestion Ressources Humaines

Le CTI coordinateur du PASS assurera les cercles de développement des CTI et le RAFI, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation.

5.3.3.2.5 Appui technique

La coordination de gestion du PASS a aussi des tâches techniques. A part l'orientation stratégique du programme d'appui, ils ont aussi des tâches spécifiques qui seront exécutées dans l'Unité Fonctionnelle au niveau central. Pour le CTI coordinateur il s'agit des tâches liées aux aspects santé publiques.

5.3.4 Le Comité de Pilotage Technique du Programme (CPT)

Le Comité de Pilotage Technique (CPT) est un des instruments par lequel les différentes composantes du programme d'appui vont pouvoir traduire opérationnellement l'approche programme, à savoir, plus concrètement, opérationnaliser les fonctions liées à la gestion du programme (cohérence stratégique et pilotage, monitoring opérationnel, capitalisation,...).

Ce CPT est composé de la coordination du Programme et des Responsables et co-responsables des différentes UF. Le volet demande sera représentée par le président des cadres de concertation et le médecin-conseil et un représentant des Maires, ainsi que le CTI demande. La coordination du Programme assure la Présidence.

Il se réunit au minimum une fois par trimestre pour faire le point sur la mise en œuvre du programme et de ses composantes et pour réaliser la programmation des activités (cf. monitoring opérationnel). Ces réunions auront également pour objet de traiter du système de suivi, d'échanger sur les

orientations stratégiques à suivre, d'aborder des sujets techniques en rapport avec la mise en œuvre du programme, d'établir les priorités, d'harmoniser le rapportage (annuel ou semestriel).

Les activités du CPT seront là où possible intégrées dans les structures existantes (GTT, Comité de Directeurs élargi) afin de ne pas créer trop de circuits parallèles. Le CPT ne devrait pas se substituer aux structures existantes dans le système mais le plus possible aider à la préparation de leur contenu. Le timing pour organiser ces CPT en tiendra compte.

Deux fois par an, le CPT aura également pour mission de préparer la réunion de la SMCL.

De manière tournante, il se tiendra dans chacun des lieux d'implantation du programme d'appui.

5.3.5 Les Unités Fonctionnelles

Il y aura six UF. Elles sont mentionnées sous 5.3.2. Les UF bénéficient, en vertu du principe de subsidiarité, d'une autonomie importante pour mener leurs. Pour les tâches techniques il y a un mix d'experts nationaux, régionaux et internationaux, comme décrit sous 5.3.2.

5.3.5.1 Missions de coordination et de pilotage

En étroite collaboration avec les partenaires stratégiques, l'UF assure les missions suivantes :

- Assurer la coordination opérationnelle des activités liées à l'atteinte des résultats de développement sous leurs responsabilités, conformément aux planifications opérationnelles définies
- Consolider le suivi des activités des différents partenaires de mise en œuvre dans la région d'intervention
- Réaliser la programmation opérationnelle et financière annuelle et trimestrielle, avec l'appui/validation de l'Unité de Gestion Administrative-Financière du Programme (UGAP) et la coordination du Programme
- Réaliser le rapportage trimestriel, semestriel et annuel, avec l'appui/validation de l'UGAP et la coordination
- Organiser et participer aux réunions du Comité de Pilotage Technique du Programme
- Elaborer avec l'appui de la coordination du Programme les plans stratégiques de mise en œuvre pour l'atteinte des résultats de développement sous leurs responsabilités
- Assurer la planification, la concertation et le suivi de la mise en œuvre des accords d'exécution et de financement pour l'atteinte des résultats de développement sous leurs responsabilités, inclus les contrats de prestations gérés au niveau de l'UG et de la coordination du Programme.

5.3.5.2 Aspects de gestion administrative et financière

- Assurer la gestion du personnel de l'UF, inclus le processus de Cercle de Développement et les recrutements, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation
- Exécuter les achats, la préparation et la contractualisation des prestations au niveau de la zone d'intervention
- Tenir la comptabilité et le suivi financier liés aux dépenses engagées par l'UF
- Assurer le contrôle financier et administratif de la mise en œuvre des AE et AF
- Rendre compte et rapporter à la coordination du Programme.

5.3.5.3 Monitoring opérationnel et stratégique

- Mise en place des partenariats opérationnels formels et informels dans les zones d'intervention, suivi des prestations réalisées dans le cadre des accords d'exécution et de financement
- Monitoring opérationnel et stratégique au niveau de la zone d'intervention.

5.3.5.4 Appuis techniques

- Appuyer la réalisation des résultats de développement dans leur domaine d'expertise
- Appuyer techniquement les structures partenaires dans la mise en œuvre des activités et le renforcement de leurs capacités
- Appuyer la réflexion sur les orientations stratégiques, les méthodes et outils du programme
- Réaliser et organiser la recherche-action en complémentarité avec les autres UF pour contribuer à la vision stratégique du secteur
- Contribuer activement au processus de capitalisation et aux réflexions thématiques
- Planifier et organiser les besoins en expertises pour le renforcement des capacités des partenaires de mise en œuvre
- Proposer des termes de référence pour les missions de consultance externes.

5.3.6 L'Unité de Gestion Administrative et Financière (UGAF) du Programme

Via son appui en matière de gestion administrative et financière, l'UGAF du Programme – composé du RAFI et des AG - a pour vocation de suivre et assurer la qualité des volets financiers et administratifs, en lien avec l'orientation stratégique et opérationnelle donnée par les responsables des Unités Fonctionnelles. Pour ce faire, les fonctions et tâches suivantes sont réalisées :

- Assurer la consolidation des données financières au niveau du programme
- Appuyer les Unités Fonctionnelles au niveau de leur gestion administrative et financière
- Veiller à la cohérence et à l'efficacité en termes de planifications et de dépenses quant au budget consolidé des UF
- Trancher en termes de priorisation des allocations budgétaires aux UF pour répondre aux nécessités de mise en œuvre et aux besoins exprimés dans les planifications
- Veiller au respect des procédures administratives et financières et vérifier la conformité des engagements et paiements
- Assurer le coaching et le suivi des AG
- Appuyer les autres UF en matière de préparation et de gestion des dossiers d'appel d'offre (suivi des dossiers, participation éventuelle aux Commissions...)
- Appuyer les autres Unités Fonctionnelles en matière d'élaboration des Accords d'Exécution (AE) et des Accords de Financement (AF)
- Appuyer les autres UF (à leur demande) pour l'acquisition et la gestion de contrats de prestations
- Centraliser pour le compte des UF l'acquisition de biens et services pour lesquels le regroupement des commandes apporte une valeur ajoutée
- Proposer des pistes d'amélioration en terme de ratio coûts – efficacité dans l'ensemble des dépenses à effectuer

5.4 Modalités de gestion

5.4.1 Gestion des Ressources Humaines

Les Ressources Humaines (RH) internationales seront recrutées et gérées en régie par la CTB. Ces collaborateurs sont recrutés sur base de termes de référence par le Siège de la CTB. Les PV de sélection des candidats sélectionnés seront transmis à la Partie béninoise pour agrément.

Les RH nationales du programme seront recrutées par la CTB à Cotonou. Le code du travail appliqué est celui du Code du Travail béninois.

Les RH mises à disposition par le partenaire (à temps partiel ou à plein temps) demeurent liées contractuellement à leur institution d'origine.

La gestion des RH s'inscrit dans le principe de subsidiarité, laissant une autonomie aux UF pour la gestion pratique et quotidienne des RH qui leur sont affectées, en respectant la politique et procédures mise en place par la CTB Bénin.

La gestion des per diems s'inscrit dans la politique globale mis en place par la CTB Bénin.

5.4.2 Gestion financière

5.4.2.1 Comptes bancaires

Dès la signature de la Convention Spécifique un compte principale cogéré en CFA avec libellé « Contribution Belge _ PASS » doit être ouvert auprès de l'institution bancaire convenue entre le partenaire et la CTB.

Quatre comptes cogérés (comptes opérationnels) seront ouverts au niveau des UF. Si nécessaire et suite à l'analyse et motivation écrite du RAFI, des comptes opérationnels supplémentaires au niveau des UF centrales peuvent être ouverts. Ces comptes seront nommés comme suit :

- a. « Contribution Belge _ PASS _UF Centrale»
- b. « Contribution Belge _ PASS_ UF DDS MC »
- c. « Contribution Belge _ PASS _UF DDS AD»
- d. « Contribution Belge _ PASS_UF Demande »

Pour tous les comptes le principe de double signature est d'application selon les spécifications suivantes :

Mandataire pour le partenaire	Mandataire pour la CTB	Seuil EUR	Type de compte
Ordonnateur (Responsable de la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA)) ou son remplaçant / délégué	Co-ordonnateur (Représentant Résident CTB) ou son remplaçant	(selon les règles de chaque organisation)	Compte principal et opérationnel
Pour la coordination de Gestion du Programme d'Appui			
Directeur d'intervention – coordinateur du Programme	Coordinateur - Co-responsable (CTI Santé)	< 200.000	Compte opérationnel

(Secrétaire Général du Ministère de la Santé publique) ou son remplaçant / délégué	Publique) ou son remplaçant (25.000 paiements* / RAFI		
Pour les UF			
Responsable UF (sauf pour demande où il n'a y pas ce directeur vu que c'est en régie)	Co-responsable UF (CTI)	< 25.000	Compte opérationnel

L'ordonnateur et le co-ordonnateur sont responsables de l'ouverture de tous les comptes cogérés ainsi que pour l'ajout ou le retrait des pouvoirs de signatures qui y sont liés, tout en respectant les règles internes de leur organisation. En cas de changement de signataire d'une partie, cette partie communiquera la modification à la banque et en informera l'autre partie.

Tous les paiements liés à des lignes budgétaires avec la mention 'Co-gestion' doivent être payés à partir des comptes ou caisses cogérées. Pour exécuter des paiements liés à des lignes budgétaires avec la mention 'régie' la CTB ouvrira des comptes sur lesquels seul le personnel habilité de la CTB aura le pouvoir de signature.

(*) Pour les engagements, le CTI Santé Publique a un mandat jusque 200.000 EUR, ce mandat est de 25.000 EUR pour les paiements. Pour les paiements supérieurs à 25.000 EUR et jusqu'à 200.000 EUR, c'est le RAFI qui a le mandat. Ces dispositions sont mises en place pour assurer la séparation des fonctions et reflètent les règles de fonctionnement de la CTB. De même pour les co-responsables des UF basées à Cotonou. Le mandat est de 25.000 EUR pour les engagements. Au-delà de ce montant et jusqu'à 200.000 EUR, les engagements sont signés par le CTI Santé Publique.

5.4.2.2 Transferts de fonds

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre (CMO) entre l'Etat belge et la CTB et après l'ouverture du compte principal cogéré un premier transfert de 500.000 EUR sera fait par la CTB sur ce compte.

Pour recevoir les transferts suivants le programme doit introduire selon les procédures de la CTB un appel de fonds à la représentation locale de la CTB.

Le montant de l'appel de fonds correspond aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant.

Le transfert de fonds effectué par la CTB se fait au début du trimestre et éventuellement en plusieurs tranches. En cas d'urgence, le programme peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin. Le transfert de fonds se fait uniquement aux conditions suivantes:

- La comptabilité du trimestre précédent l'introduction de l'appel soit transmise à la représentation locale de la CTB
- Tous les rapports demandés soient transmis à la représentation locale de la CTB
- Le plan d'actions et le suivi d'audit et/ou RMP soient mis à jour.

Les règles de gestion de la trésorerie de la CTB (transferts vers comptes opérationnels, caisses, ...) sont d'application.

5.4.2.3 Dépassements budgétaires et changements budgétaires

Le budget du programme, présenté dans ce document, donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le programme doit être exécuté.

Au niveau d'un résultat ou d'une rubrique des moyens généraux (Z-01, Z-02, etc.), des dépassements sont autorisés pour autant que le dépassement soit inférieur à 10% du dernier budget total approuvé pour ce résultat ou cette rubrique.

Au niveau d'une ligne budgétaire des dépassements sont autorisés pour autant que le montant du dépassement soit inférieur à 10% du dernier budget approuvé pour cette ligne ou est strictement inférieur à 50.000 EUR.

Au niveau du budget annuel (voir point suivant), il n'y a pas de contraintes excepté pour les moyens généraux où le budget annuel ne peut pas être dépassé de plus de 5%.

Il est néanmoins possible de demander des changements budgétaires. Pour une augmentation du budget total, une demande motivée doit être introduite par le partenaire auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord de la SMCL. Si la Belgique accepte la demande, on procède à un échange de lettres signées par les Parties.

Pour tous les autres changements budgétaires un accord écrit de l'ordonnateur et du co-ordonnateur est suffisant. Pour chaque demande de changement budgétaire l'équipe du programme doit élaborer une proposition de changement budgétaire selon les procédures de la CTB.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée après accord préalable de l'ordonnateur et du co-ordonnateur.

5.4.2.4 Préparation des budgets annuels et pluriannuels

Chaque année l'équipe du programme doit élaborer une proposition de budget pour l'année suivante en utilisant le format fourni par/ ou convenu avec la CTB. Dans cette proposition doit aussi figurer un budget indicatif pour les années suivantes. Cette proposition doit ensuite être approuvée par la SMCL selon les délais impartis. Le budget annuel fait partie du plan annuel (voir 5.4.5) et servira de base pour le suivi de l'exécution budgétaire de l'année suivante. Le budget annuel sera inscrit au budget de l'Etat partenaire.

5.4.2.5 Suivi et engagements budgétaires

Chaque trimestre le programme doit rapporter sur l'exécution du budget et les prévisions des dépenses, en comparaison avec le budget total et le budget annuel approuvés. Le rapportage se fait selon le format convenu avec la CTB et fait partie du rapportage trimestriel (voir 5.4.5).

Le programme doit assurer un bon contrôle et suivi budgétaire des engagements.

5.4.2.6 Comptabilité et justification de dépenses

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. L'outil à utiliser est l'outil fourni par la CTB.

La comptabilité doit être signée pour accord par la coordination du programme, sauf pour les comptes gérés par la CTB seule.

La comptabilité à envoyer à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique et les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse. Les documents comptables doivent être à jour, précis et fiables et être conformes aux normes et règles comptables en vigueur.

Une dépense éligible est une dépense :

- Identifiable, attestée par des pièces justificatives probantes, comptabilisées conformément aux standards en vigueur
- En lien avec les activités et les critères définis dans le DTF et nécessaire pour l'atteinte des résultats
- Prévues dans le budget et imputées sur la ligne budgétaire adéquate
- Répondant aux principes de bonne gestion financière.

5.4.2.7 Biens immobiliers/mobiliers et gestion d'inventaire

Les biens acquis par la coordination du Programme et les UF pour leur propre usage doivent être enregistrés dans un inventaire mis à jour sur une base trimestrielle en respectant les règles et règlements de la CTB et les règles administratives en vigueur au sein du programme.

Leur utilisation est strictement limitée à la mise en œuvre des activités du programme.

A la fin du programme, les biens acquis par la coordination du Programme et les UF peuvent être transférés aux institutions partenaires sur base d'une décision de la SMCL. Ceci doit être formalisé par un document officiel signé et daté par toutes les parties.

En fonction des objectifs du programme, la coordination du Programme ou UF (en fonction des responsabilités décrites dans les chapitres précédents) peuvent faire l'acquisition d'infrastructure, d'équipements et autres biens pour renforcer l'organisation partenaire.

Ces acquisitions sont décrites dans les chapitres précédents du DTF. Le transfert officiel de propriété de ces biens doit être validé par la SMCL et formalisé dans un document officiel de transfert signé et daté par toutes les parties.

Les biens, équipements et infrastructures ainsi transférés à l'institution partenaire se doivent de suivre les règles et procédures locales en terme de gestion d'inventaire.

5.4.2.8 Clôture financière

Au plus tard six mois avant la fin de la convention spécifique, un bilan financier doit être présenté à la SMCL selon les procédures de la CTB.

Six mois avant la fin de la convention spécifique il n'est plus autorisé de faire procéder à des engagements sans l'accord préalable de l'ordonnateur et du co-ordonnateur et uniquement sous condition que l'engagement soit payé et ait été effectivement programmé avant la fin de la convention spécifique. Cette programmation et la liste des engagements concernés sont obligatoirement reprises dans le PV de la SMCL de clôture.

Après la date de fin de la convention spécifique des dépenses peuvent uniquement être faites si elles sont liées à des engagements conclus avant cette date. Des dépenses de fonctionnement ou de personnel ne sont plus autorisées.

Les fonds non utilisés sur les comptes bancaires cogérés doivent être reversés à la CTB.

L'affectation du budget non utilisé est précisée dans la Convention Spécifique.

5.4.2.9 Aperçu responsabilités et systèmes

Le tableau ci-dessous donne pour les différents processus un résumé des responsabilités et le système applicable.

Processus	Responsabilité	Système
Ouverture compte bancaires cogérés	Conjointe	CTB
Demande de fonds	Conjointe pour les fonds cogérés	CTB
Changements budgétaire	Conjointe	CTB
Préparation budget annuel et pluriannuels	Conjointe : élaboration et approbation Partenaire : inscription dans le budget de l'Etat partenaire	CTB : format Partenaire : pour l'inscription dans le budget de l'état et format propre supplémentaire (optionnel)
Suivi et engagement budgétaire	Conjointe	CTB
Comptabilité et justification des dépenses	Conjointe pour fonds en cogestion	CTB
Gestion des biens mobilier/immobiliers et inventaire	Acquisition : CTB ou conjointe selon modalités lignes budgétaires concernées Gestion : idem acquisition	CTB
Clôture financière	Conjointe	CTB
Audit	Conjointe	CTB

5.4.2.10 Audit

Le programme doit être audité au minimum deux fois sur la durée de mise en œuvre des activités. L'audit portera sur :

- La vérification que les comptes du programme reflètent bien la réalité
- La maturité du système de contrôle interne et le respect des procédures
- La vérification de l'utilisation économique, efficiente et efficace des moyens du programme.

Au vu de l'importance du programme, des disponibilités budgétaires pour quatre audits mixtes de longue durée ont été prévues.

La CTB et la SMCL peuvent demander des audits supplémentaires s'ils les jugent nécessaires. La SMCL charge la CTB de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon les standards internationaux) indépendante. Le rapport d'audit sera communiqué par la CTB à la SMCL. La coordination du programme doit élaborer un plan d'actions afin d'améliorer le système de contrôle interne et prouver que des mesures correctives ont été mises en œuvre.

De plus, chaque année les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires, incluant la Cour des Comptes de Belgique. Dans ce cadre, les commissaires réalisent également des audits des projets/programmes cogérés par la CTB. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet/programme soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

Les autorités partenaires peuvent aussi procéder à un audit. Dans le cas où le programme est audité par l'autorité d'audit nationale du partenaire, il faut éviter d'auditer la conformité du programme avec le système national si le DTF mentionne clairement que c'est le système CTB qui est utilisé. De plus, le scope se concentrera sur le budget en cogestion uniquement car le budget en régie reste de la responsabilité pleine et entière de la CTB et donc soumis aux contrôles de son Collège de Commissionnaire (dont la Cour des Comptes de Belgique fait partie).

Tous les rapports d'audit seront partagés entre les parties et présentés à la SMCL. Les audits peuvent se faire conjointement.

5.4.3 Gestion des Marchés Publics

La CTB ainsi que le MS sont des organismes de droit public. A cet égard, ils ont l'obligation de respecter la Loi sur les marchés publics (MP) et d'appliquer pour tout achat les principes de transparence, mise en concurrence et d'égalité de traitement entre candidats.

La législation belge en matière de MP est d'application pour les achats financés sur des lignes budgétaires en « régie » ; la législation béninoise en matière de MP est d'application pour les achats financés sur des lignes budgétaires en « co-gestion ».

Quel que soit le système appliqué, la gestion des MP nécessite une planification rigoureuse et un suivi précis. Les MP gérés par le programme seront par conséquent une composante du monitoring opérationnel trimestriel (état d'avancement et planification opérationnelle).

5.4.3.1 Gestion des MP en régie

Les activités suivantes seront gérées en régie par la CTB :

- Les investissements liés au démarrage du programme
- Les audits indépendants
- Les évaluations
- Une partie des études et des expertises
- Le fonctionnement et les activités du volet demande

5.4.3.2 Gestion des MP en cogestion

Les MP financés sur des lignes budgétaires en cogestion sont gérés selon le code béninois des MP. Les Dossiers d'Appel d'Offres (DAO) feront référence à la source belge de financement. Ces marchés pourront porter sur des travaux, des fournitures et services ou des prestations intellectuelles.

Dans le cadre de ces marchés, la maîtrise d'ouvrage sera assumée par le Ministère de la Santé publique, ce dernier signant le contrat ou son avenant. La CTB délivre quant à elle, un Avis de Non

Objection (ANO) aux différentes étapes du marché (la publication, l'attribution et signature du contrat et, le cas échéant, la signature d'un avenant), l'avis portant sur la bonne utilisation des fonds de la coopération belge. Les modalités pratiques de la délivrance des ANO (seuils, parties prenantes) suivront les règles établies par la CTB et reprises dans le guide de gestion administrative et financière en vigueur pour les interventions bénino-belges.

L'équipe de programme joue un rôle-clé tant au niveau de l'élaboration du Dossier d'Appel d'Offres que de l'évaluation des offres reçues. Elle veille à la bonne définition des critères de sélection et d'attribution.

Le PASS suivra pour les Marchés Publics en cogestion les seuils du système de Marchés Publics béninois en application tenant compte aussi des mandats fixés pour les dépenses dans le PASS.

La CTB ne procédera au paiement que si l'attributaire du marché a exécuté le marché selon les règles de l'art et clauses et conditions du marché. La CTB veillera donc également à l'exécution du marché et si les réceptions du marché sont données à juste titre. Le paiement ne pourra avoir lieu que sur présentation du PV de réception.

Les marchés d'infrastructure seront gérés à travers une maîtrise d'ouvrage déléguée. Le programme tiendra par ailleurs compte des procédures liées à la décentralisation afin de promouvoir la responsabilité des communes par rapport à leur infrastructure (en premier lieu par rapport à la maintenance). Les marchés pour les investissements en lien avec l'école des infirmières à Parakou et l'INMES à Cotonou seront effectuées en régie.

5.4.4 Gestion des Accords d'Exécution et de Financement

Dans un souci de durabilité des effets du programme d'appui, la CTB peut confier la mise en œuvre à des acteurs publics (Accords d'Exécution) ou à des acteurs privés (à but non lucratif, Accords de Financement).

L'utilisation du système du partenaire est la règle et constitue un privilège pour le partenaire pour la conclusion de ces Accords d'Exécution (AE) ou Accords de Financement (AF). Cependant, l'utilisation du système belge pour arriver à la conclusion de ces accords reste possible.

Le principe de base est qu'un contrat doit toujours être attribué après un appel à la concurrence via une procédure de marché public en vertu de la loi belge du 15 juin 2006 (et ses arrêtés royaux d'exécution).

5.4.4.1 Accords d'Exécution

Un AE est un contrat qui permet à une intervention de déléguer à un partenaire tiers à caractère exclusivement public, l'exécution d'une partie des activités décrites dans le cadre logique du DTF et/ou de réaliser un ou plusieurs résultats à atteindre dans le cadre de l'intervention. Les activités déléguées sont nécessairement en adéquation avec les missions dévolues par la loi à l'entité publique contractée.

Le principe de base est que cet accord doit être conclu suite à une mise en concurrence conforme à la législation sur les marchés publics.

Enfin, une mise en concurrence n'est pas nécessaire dès lors que l'institution publique contractant bénéficie d'une situation de monopole de droit ou de fait (en application de l'article 26 §1, 1^o de la Loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics).

Des accords d'exécution sont prévus avec les institutions suivantes :

- L'APEFE pour le développement du master pour les sages-femmes à l'IMNeS Cotonou et Parakou

- Les communes dans les zones appuyées disposant d'une expertise en santé communautaire pour l'organisation de la demande au sein du secteur de la santé.

5.4.4.2 Accords de Financement

Un Accord de Financement (AF) est un accord qui permet à une intervention d'encourager des activités en finançant un partenaire tiers à caractère privé, dans le but d'exécuter une partie des activités décrites dans le cadre logique du DTF et/ou de réaliser un ou plusieurs résultats à atteindre dans le cadre de l'intervention. Les activités financées sont nécessairement en adéquation avec les missions définies dans les statuts des partenaires privés visés.

En cas d'application de la réglementation belge, la procédure de référence pour l'attribution d'un AF peut s'effectuer sur la base :

1. D'une procédure négociée avec publicité préalable (en application de l'article 26 §2 de la Loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics)
2. D'un appel d'offres général ou restreint
3. D'une négociation directe avec un organisme privé, moyennant une argumentation détaillée permettant de prouver que la prestation ne peut être attribuée qu'à un prestataire déterminé, en raison des spécificités techniques associées à la prestation (en application de l'article 26 §1, 1^{er} de la Loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics).

Concrètement la possibilité de conclure un AF est prévu (après mise en concurrence conforme à la réglementation relative aux MP) :

- Avec un organisme bénéficiaire au Bénin disposant d'une expertise en recherche-action pour assurer un appui scientifique local, comme l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRSP). Cette liste n'est pas limitative.
- Avec des ONG et associations béninoises (au sein des DDS appuyées) disposant d'une expertise en mobilisation et action communautaire dans le domaine de la santé pour la mise en œuvre d'activités et résultats prévus dans le cadre du volet « demande » du programme PASS. Les organisations suivantes ont été identifiées: ABMS-PSI (Agence Béninoise pour le Marketing Social-Population Service International), SOLIDEV (Solidarité et Développement), GRADE-ONG (Groupe de Recherche et d'Actions pour le Développement et l'environnement), GERME-ONG (Groupe d'échanges et de Recherche pour la promotion de la mutualité et de la micro entreprise), Louvain développement, Réseau Alliance Santé (RAS), ONG JAE (Jeunesse Action Environnementale), ONG MRJC (Mouvement Rural de Jeunesse Chrétienne), ONG APRETECTRA (Association des Personnes Rénovatrices des Technologies Traditionnelles), Radio Communautaire, le PSCS ZS Comé (Plateforme Société civile et santé de la Zone sanitaire de Comé) et les PSCS dans les autres ZS appuyées, pour des activités de vérification communautaire et de santé communautaire. Cette liste n'est pas limitative.
- Avec des structures privées à but non-lucratif disposant d'une expertise en organisation communautaire en santé pour l'organisation de la demande au sein du secteur de la santé, comme le CONSAMUS (Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales). Cette liste n'est pas limitative.

5.4.5 Suivi & Evaluation (S&E)

Le dispositif de suivi & évaluation mis en place par le programme comprendra les mécanismes suivants :

5.4.5.1 Mise en place du système de suivi du programme d'appui

Durant les six premiers mois après le démarrage effectif de l'intervention, la coordination du Programme élaborera, conjointement avec les acteurs concernés par le programme d'appui, le dispositif de suivi du programme. Si jugé opportun lors du démarrage, un point focal pour le M&E PASS pourrait être identifié parmi l'équipe du PASS (par exemple le CTN Santé Publique au niveau central). Cela n'exclut pas la responsabilité collective de toute l'équipe PASS par rapport au M&E. Le système comprendra :

- Les indicateurs et marqueurs de progrès qui permettront de mesurer l'atteinte des résultats et de l'objectif spécifique
- Les valeurs de référence et les valeurs-cibles souhaitées aux différentes étapes de mise en œuvre de l'intervention
- Les sources de vérification, les modes de collecte des données et les responsables de la collecte et de l'analyse.

Le présent DTF propose une liste initiale d'indicateurs et marqueurs de progrès, qui pourront être, le cas échéant, complétés, amendés ou affinés. Autant que possible, le système de S&E devra profiter des mécanismes nationaux existants, de manière à optimiser l'alignement mais également l'efficacité du dispositif.

Durant la première 3 mois de mise en œuvre, un atelier de démarrage du programme sera organisé avec les parties prenantes, afin de clarifier et opérationnaliser la logique d'intervention. L'atelier de démarrage permettra également de valider l'exercice de baseline, en validant, modifiant ou complétant les indicateurs proposés dans le présent DTF et en identifiant les modalités pratiques d'élaboration du système de suivi (démarche interne ou contractualisée).

5.4.5.2 Monitoring opérationnel

L'équipe élaborera chaque trimestre un monitoring opérationnel. Ce dernier comprend :

1. L'état d'exécution des activités prévues au trimestre précédent
2. L'actualisation de la programmation opérationnelle du programme d'appui
3. La planification des MP et des accords d'exécution
4. La planification financière.

Le monitoring opérationnel sera réalisé selon les procédures et canevas de la CTB.

5.4.5.3 Rapports annuels

Un rapport de résultats est préparé annuellement par le responsable de Programme en collaboration avec le co-responsable, selon les canevas de la CTB. Il constitue une base essentielle pour le suivi du Programme et de ses éventuels ajustements (tant au niveau du budget qu'au niveau des activités, du chronogramme, des indicateurs, etc.). Le rapport de résultats comprend également la planification opérationnelle et financière de l'année suivante. Le rapport de résultats portera sur les activités de l'ensemble des UF du programme d'appui.

Ce rapport, co-signé par le responsable et le co-responsable du programme d'appui, sera approuvé par la SMCL.

5.4.5.4 Revue à mi-parcours

Toute intervention de la CTB est soumise à une évaluation externe à mi-parcours (RMP), gérée conformément aux normes développées par la CTB. L'exercice aura en particulier pour objectif d'évaluer le degré d'avancement de la mise en œuvre du programme, de renforcer la dynamique de réflexion et d'apprentissage, et de formuler des recommandations quant à l'actualisation de la logique d'intervention du programme.

Les termes de référence de l'évaluation à mi-parcours sont préparés par le siège de la CTB, qui pilote l'exercice.

Les conclusions de la RMP et les recommandations proposées sont présentées en SMCL, qui établit un plan d'action pour les recommandations jugées pertinentes.

5.4.5.5 Les missions de Backstopping du siège

Les missions de backstopping ont pour but de contribuer à développer et à maintenir un niveau de qualité technique des programmes conformément au Cadre conceptuel de la Coopération belge en santé et conformément à la note conceptuelle de la CTB sur le backstopping.

Les personnes impliquées dans ce processus sont :

- Les équipes d'exécution de programme (santé) de la CTB et la Représentation/pays (opérationnalisation de la mission), d'une part
- Les membres de la Cellule Santé et des autres Cellules d'EST (Expertise sectorielle et thématique) et autres Directions de la CTB Bruxelles, d'autre part.

5.4.5.6 La revue finale

Toute intervention de la CTB est soumise à une évaluation finale, gérée conformément aux normes développées par la CTB. La gestion de l'exercice est réalisée par la CTB à Bruxelles.

5.5 Mécanisme d'adaptation au DTF

À l'exception de l'objectif spécifique du programme, de la durée de la Convention spécifique, et des budgets totaux pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettres entre les Parties belge et béninoise, le Ministère de la Santé responsable de l'exécution du programme et la CTB peuvent adapter le présent DTF, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement du programme.

Pour les aspects ci-dessous, la consultation préalable de la SMCL est requise :

- Les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie béninoise
- Les résultats, y compris les modifications budgétaires importantes
- Les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la SMCL
- Le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF
- Les indicateurs des résultats et d'objectif spécifique
- Les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des Parties.

Un planning financier indicatif adapté est joint.

La Partie béninoise et la CTB informent l'État belge si de telles modifications sont apportées au programme.

Si des modifications de l'objectif spécifique, du montant total ou de la durée de la Convention spécifique sont proposées par le pays partenaire et sur demande motivée des entités responsables de la mise en œuvre, le pays partenaire introduit une requête auprès de l'Ambassade de la Belgique. Le pays partenaire et l'État Belge peuvent convenir de ces changements par échange de lettres.

6 THÈMES TRANSVERSAUX

6.1 Le genre

Le Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age (MFASSNHPTA) est chargé de coordonner, de suivre et d'évaluer les actions du gouvernement dans le domaine spécifique du genre. En matière du genre, le programme PASS « Sourou » interviendra surtout au niveau de la deuxième et la quatrième stratégie proposée dans la Politique Nationale de la Promotion du Genre (2008) :

- Deuxième stratégie : Renforcer l'institutionnalisation du genre à tous les niveaux, ainsi que l'application effective des conventions et textes nationaux et internationaux favorables à l'égalité et l'équité entre homme et femme ;
- Quatrième stratégie : Assurer l'autonomisation des femmes et une meilleure prise en compte du genre dans les programmes de développement communautaire.

En collaboration avec le MFASSNHPTA le Ministère de la santé a développé un « Guide méthodologique d'intégration de la préoccupation genre dans les politiques, plans et programmes/projets de développement du MS » (Novembre 2012). Ce guide est conçu comme un outil qui permet aux membres de la cellule genre au MS d'utiliser une gamme de procédures analytiques qui doit assurer la prise en compte du genre dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation des politiques, plan et programmes/projets de développement.

Le programme PASS « Sourou » mettra un accent spécifique sur trois aspects genre-spécifiques :

1. La disponibilité de **sages-femmes** qualifiées et les amener à assurer le leadership dans les formations sanitaires.
2. La **représentativité** des femmes dans la vie associative et les espaces de concertation entre les différents acteurs du SYLOS.
3. Le développement d'un **système genre-sensible de collecte de données** afin de mesurer les résultats du programme PASS.

Dans le cadre du développement d'un système genre-sensible de collecte de données la désagrégation par sexe et âge est un minimum. Idéalement on intègre aussi d'autres indicateurs genre-sensibles plus spécialisés comme :

- Des indicateurs d'autonomisation de la femme (*empowerment*) qui permettent de mesurer des aspects spécifiques aux hommes et aux femmes et la relation entre les deux (comme rôle, accès, contrôle, image de soi) et le changement de ces aspects
- Des indicateurs qui permettent de mesurer des effets éventuellement négatifs (surcharge de travail des femmes, violences conjugales, exclusion, etc.)
- Des indicateurs qui permettent de mesurer des résultats pour les groupes vulnérables (tels que les ménages monoparentaux, les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), Personnes Vivantes avec le VIH (PVVIH), etc.).

Un 'genderbudgetscan' a été réalisé dans le cadre de cette formulation et sera utilisé comme un des indicateurs de suivi par rapport au genre (détails se trouvent dans le RdF).

De toute façon il est important que le système de collecte de données développé pour le PASS soit pleinement aligné au SNIS national.

Le programme PASS « Sourou » s'engage à **impliquer les points focaux genre** au niveau central et opérationnel dans la mise en œuvre du programme.

Le genre sera intégré de façon explicite dans le Résultat 2 (la disponibilité de personnel), le Résultat 3 (la mise en œuvre du RAMU) et le Résultat 5 (coordination, planification set suivi-évaluation du PNDS).

6.2 La Santé Sexuelle et Reproductive, la Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes et le VIH

Il existe un lien forte entre les inégalités de genres et la vulnérabilité des femmes dans leur santé sexuelle et reproductive. Le Bénin a une population jeune et féminine. Plus de 51% de la population est de sexe féminin. Plus de 50% des Béninois est âgé moins de 18 ans. Au Bénin les cultures traditionnelles sont fortement ancrées dans les normes et valeurs sociétales. Bien que le Code de la Personne et de la Famille de 2004 envisage la promotion des droits de la femme, son application reste difficile parce qu'il n'est pas bien connu et pas bien compris. En plus, l'autonomisation de la femme est compliquée par les pratiques culturelles néfastes (le veuvage, les mutilations génitales féminines, le lévirat, le sororat, les couvents...). Ces pratiques rendent les femmes aussi plus vulnérables au VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles. Le Bénin fait face à une tendance de féminisation de l'épidémie du VIH (taux de prévalence national chez les femmes de 1,5% vs 0,8% chez les hommes). Le nombre de nouvelles infections avec le VIH (adultes et enfants) est estimé à 4.900 par an (2009). La prévalence des IST chez les adolescents et les jeunes (10-24 ans) est élevée et 50 pour cent des nouveaux cas d'infection au VIH sont enregistrés chez les jeunes, avec une incidence plus élevée chez les filles que chez les garçons (quatre filles pour un garçon) pour la tranche de 20 à 24 ans. Le Mono-Couffo et l'Atacora-Donga – les deux régions où le programme PASS « Sourou » interviendra - sont les deux régions les plus touchées par l'épidémie.

La prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) n'est que partiellement intégrée dans les activités des formations sanitaires. La faiblesse dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments, réactifs et consommables, le dysfonctionnement du plan de maintenance des équipements médicotechniques, l'instabilité du personnel qualifié sur les sites de prise en charge (médicale, psychosociale et nutritionnelle) et de Prévention de la transmission mère-enfant (PTME), l'insuffisance de la décentralisation et de l'intégration de la prise en charge au niveau opérationnel et l'insuffisance dans la coordination des différentes structures nationales chargées de la lutte contre le VIH sont les difficultés principales qui empêchent une plus grande efficacité de la lutte contre le VIH.

La prévention du VIH et la prise en charge des personnes vivants avec le VIH sur le lieu de travail est globalement reconnue comme une mesure efficace de lutte contre le sida. Le développement d'une politique relative au VIH sur les lieux de travail du personnel sanitaire n'est pas seulement une obligation légale (la Loi N°2005-31) mais aussi une manifestation de respect pour leur droits et leur dignité. Le point focal VIH au Ministère de la Santé sera impliqué dans le développement et la mise en œuvre d'une telle politique qui devrait répondre aux risques professionnels spécifiques pour le secteur de la santé.

Le rythme de progrès dans la réduction de la mortalité maternelle (350/100.000 naissances vivantes) est trop faible pour atteindre les OMD. Les causes cliniques les plus fréquentes des décès maternels sont les complications obstétricales et les avortements provoqués. Elles sont dues à l'accouchement sans assistance qualifiée, le faible niveau d'hygiène lors de l'accouchement, la prise en charge tardive ou insuffisante des accouchements, et le statut insuffisant de santé et la malnutrition de la mère.

Pendant la période 1996-2006, le taux moyen de fécondité des adolescentes s'est établi à 115 pour 1000. Une femme sur cinq qui décède à cause des complications pendant la grossesse, l'accouchement et d'avortements clandestin est adolescente (15-19 ans).

La planification familiale (PF) est un des principaux piliers de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Bien que le taux d'utilisation des contraceptifs a connu une progression significative passant de 12% en 2008 à 22% en 2010, les prestations en PF restent globalement faibles sur l'ensemble du territoire national, surtout dans les structures publiques (35% contre 65% dans les structures privées) et au sein de communautés.

Le focus spécifique du programme PASS « Sourou » pour la SSR/SRAJ/VIH est conforme avec les lignes d'action prioritaires prévues par le PNDS 2009-2018 en matière de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, la lutte contre la mortalité infantile et juvénile et la lutte contre la maladie (domaine stratégique 1 du PNDS). Le programme s'engage à développer des **approches appropriées aux défis** les plus importants dans le domaine de la SSR : 1) la réduction de la mortalité maternelle, 2) la promotion de la santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ), 3) la mise en œuvre du paquet de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), 4) la promotion de la planification familiale, 5) la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et 6) la riposte au VIH sur le lieu de travail.

Etant entendu que les autorités du Bénin propagent une approche multisectorielle à la SSR et le VIH il sera essentiel que le programme PASS « Sourou » contribue à la **sensibilisation** des autorités locales et les leaders religieux locaux sur ces thématiques et à la formalisation **des partenariats** avec les associations de la société civile (ONGs et OCBs) qui sont engagées dans la sensibilisation, l'information, la formation, la communication et l'appui aux populations vulnérables (femmes et filles enceintes, les adolescents et les jeunes, les PVVIH, etc.). Ces partenariats seront établis dans le cadre de l'appui aux Réseautages Communautaires. Ils peuvent également être utilisés pour la sensibilisation sur les aspects émanant des inégalités entre les hommes et les femmes qui sont au détriment de la SSR des personnes les plus vulnérables. Afin de maximaliser l'effet du programme PASS sur la SSR/SRAJ/VIH il sera essentiel **d'apprendre des bonnes pratiques** et des leçons apprises des organisations et institutions spécialisées dans cette matière comme UNFPA et UNICEF, la coopération française, les Associations de Planification Familiale, etc.

Le programme PASS « Sourou » participera également **aux Groupes de Travail Thématiques** sur la Santé de la Reproduction et sur la Survie de l'Enfant. Ces GTTs ont été établis au sein du Ministère de la Santé la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME). La participation active du PASS permettra aussi de créer des synergies avec les autres GTTs sur les Ressources Humaines et sur le RAMU auxquels le PASS « Sourou » participera.

L'assurance d'un **approvisionnement de qualité des contraceptifs modernes** au niveau de la CAME constituera un point d'attention spécifique dans la mise en œuvre et le monitoring du programme.

Les aspects relatifs à la SSR/SRAJ/VIH seront intégrés dans le Résultat 1 (l'offre globale de soins de santé), le Résultat 2 (la disponibilité du personnel compétent et motivé) et le Résultat 3 (le RAMU).

6.3 Les droits de l'enfant

Selon la Convention internationale sur les Droits de l'Enfant toute personne âgée de moins de 18 ans est considérée comme enfant. Dans le cadre de la promotion de la SSR le programme PASS « Sourou » met déjà un accent spécifique sur la santé des nouveau-nés au travers du SONU, le programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et la SRAJ (les adolescents sont toute personne âgée de 10 à 19 ans ; les jeunes sont toute personne âgée de 19 à 25 ans). L'utilisation d'un **système de collecte de données désagrégé** par sexe et âge permettra de faire des analyses d'impact du programme PASS « Sourou » sur les enfants.

Le PASS contribuera aussi à la protection des droits de l'enfant au travers de la création d'un mécanisme opérationnel, souple et transparente pour **l'enregistrement des enfants** (nouveaux nés, enfants non déclarés et enfants disparus). Au Bénin seulement 60% des enfants sont officiellement enregistrés (OMS, 2013). L'enregistrement officiel est un outil important pour la protection de l'enfant contre toutes formes de violence, y compris la traite des enfants et l'exploitation sexuelle. Cet aspect sera abordé au travers du Résultat 1 (l'offre globale de soins), du Résultat 3 (RAMU) et du Résultat 5 (coordination, planification et suivi-évaluation du PNDS).

6.4 L'environnement

La santé environnementale fait partie des droits à la santé, comme clairement défini par la constitution du 11 décembre 1990 en ses articles 8 et 26. Ce pari est encore loin d'être gagné.

L'absence d'assainissement de base et des comportements d'hygiène à risques induisent l'éclosion des maladies diarrhéiques, infectieuses et la prolifération de vers intestinaux.

La mauvaise gestion des déchets solides, des eaux usées domestiques et industrielles et des excréta, la mauvaise gestion des déchets biomédicaux, la défécation dans la nature surtout en milieu rural, la pollution atmosphérique, l'utilisation incontrôlée des pesticides et le faible niveau de connaissance des méfaits des comportements à risques sont les principales sources de pollution du sol, des cours d'eau et nappes phréatiques et sont causes d'effets négatifs sur la santé.

La situation de l'hygiène hospitalière est tout aussi préoccupante et la gestion des Déchets Biomédicaux (DBM) n'est pas maîtrisée par le personnel des formations sanitaires, publiques et privées. Par manque d'organisation de la filière, ces établissements générateurs de DBM trouvent des moyens de fortune pour s'en débarrasser. Leurs responsables accordent peu d'importance à l'élimination sûre de ces déchets qui se retrouvent mélangés aux ordures ménagères dans des dépotoirs sauvages à l'intérieur des villes voire au sein des structures de santé elles-mêmes. Très peu de moyens sont consacrés à la gestion et l'élimination de ces déchets pourtant vecteurs de maladies et sources de pollution (rejets dans l'air, dans l'eau, dans le sol). Les principales causes de cette situation sont :

- L'insuffisance d'incinérateurs dans les formations sanitaires, le manque de maintenance de ces équipements et leur mauvaise gestion ;
- Le grand nombre d'incinérateurs inadaptés. Le défi sera d'identifier des modèles d'incinérateurs qui soient plus adaptés aux conditions de terrain, faciles d'utilisation et performants ;
- Le manque de systèmes complets de gestion des déchets au sein de l'hôpital (depuis la chambre du malade ou la salle d'opération jusqu'à l'élimination finale) ;
- Le peu d'attention accordée à cette question par le management hospitalier ;
- L'insuffisante formation des agents de santé sur la gestion des DBM.

La mise en œuvre d'une politique sanitaire incluant la question des déchets (ou simplement l'application des normes existantes tels le décret 2002-484 du 15/11/2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux au Bénin) et des actions concrètes, notamment celles appuyées par les interventions de la Coopération belge, permettront de pallier ces problèmes et d'offrir aux patients et au personnel des infrastructures sanitaire sûres et sans effets néfastes sur l'environnement.

C'est pourquoi la présente intervention propose de mettre en place (cf. Domaine d'Activité DA 4.3) un **projet-pilote sur la gestion des déchets biomédicaux et la gestion de l'environnement** au sein des formations sanitaires. Cette activité pilote sera mise en place dans au moins une formation sanitaire de chacune des 5 Zones sanitaires soutenues par le PASS. Elle consistera à concevoir et

mettre en œuvre un système simple et adapté de gestion des déchets (y compris les déchets biomédicaux et contaminés) et de bonne gestion environnementale. Cette activité, de type recherche-action, sera accompagnée par un expert national perlé (pendant trois ans) et par une expertise internationale ponctuelle, à travers un contrat-cadre déjà établi. L'activité comprendra l'identification des centres pilotes, la description du système proposé, la réhabilitation et l'acquisition de petits équipements, la formation du personnel et la capitalisation/échange d'expérience.

A part cela, le PASS sensibilisera les formations sanitaires à construire des **clôtures végétalisées** et prévoit un budget pour faire des projets-pilotes.

6.5 Revue des domaines d'activité du DTF et des indicateurs relatives à l'intégration des thèmes transversaux

Intégration des aspects genre, SSR, VIH, protection des droits de l'enfant, travail digne et environnement.			
Au niveau de l'objectif spécifique			La recherche-action spécifique en matière de genre, SSR/VIH et environnement est menée.
Au niveau des résultats	Domaine d'activité	Activités	Indicateurs
Résultat 1 : L'offre globale des soins de santé de qualité	DA1.1 : L'appui au développement d'un modèle FBR	<ul style="list-style-type: none"> L'intégration, suivi et évaluation des aspects SSR L'enregistrement officiel des nouveaux nés et des enfants par les sages-femmes comme indicateur dans le FBR. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données relatives à la SSR/VIH sont compilées et analysées annuellement. Les liens entre les SOUS GTT RAMU, RHS, SM et SE sont établis.
	DA1.2 : L'appui à la mise en œuvre de la politique d'Assurance de Qualité des soins et des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> Un suivi systématique des aspects SSR, y compris les audits sur la mortalité maternelle, la SRAJ, le VIH et la planification familiale La participation active du programme PASS « Sourou » aux GTTs Santé de la Mère et Survie de l'Enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de conventions de collaboration formelle avec les associations de la société civile.
	DA1.3 : L'appui au Réseautages Communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Le monitoring de la mise en œuvre du paquet complet des soins obstétricaux, de la qualité des soins et de la continuité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> L'inventaire d'activités de sensibilisation et de formation sur la santé infantile et la santé des

		<ul style="list-style-type: none"> La formalisation du partenariat avec des organisations des femmes, de la protection de l'enfant et des associations spécialisées en matière de la SSR et prise en charge des PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> adolescents (y compris la SRAJ). Le pourcentage d'enfants officiellement enregistrés Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception
	<i>DA.1.4 : L'appui à la stratégie de référence et de contre-référence :</i>	<ul style="list-style-type: none"> La chirurgie/obstétrique comme traceur pour améliorer et évaluer la fonctionnalité de la stratégie 	
	<i>DA1.5 : la consolidation de la stratégie transfusion sanguine</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'amélioration de la gestion des stocks Les analyses des problèmes de ruptures fréquentes des réactifs, des ARVS, des intrants pour traiter les infections opportunistes, etc. 	
	<i>DA1.6. Appuyer la qualité des médicaments achetés par la CAME</i>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la qualité de l'approvisionnement des contraceptifs modernes. 	
<i>Résultat 2 : La disponibilité de personnel compétent et motivé</i>	<i>DA.2.1 : Le renforcement de la gouvernance des RHS</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le mainstreaming systématique du genre dans l'appui au fonctionnement de l'Observatoire des RHS et le GTT-RH Le mainstreaming du genre dans l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du PSDRHSS Le développement et la mise en œuvre d'une politique de prévention des IST/VIH/SIDA et de prise en charge du personnel dans le secteur de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Le genre est intégré dans la politique RHS et sa mise en œuvre. 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. L'environnement est intégré dans les cursus de formation des personnels de santé Des formations spécifiques
	<i>DA2.2 :L'amélioration de la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> Une étude sur les aspects genre-spécifiques qui touchent l'emploi des RHS dans les régions éloignées Le mainstreaming du genre 	

		dans le plan de décentralisation/déconcentration	ponctuelles sur l'environnement et la gestion des déchets sont organisées
	DA.2.3 : La production de personnels de santé qualifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement des compétences des infirmières et des sages-femmes • L'appui au Master en Soins Infirmiers en Obstétricaux à l'INMeS • L'appui à la création de l'institut de formations en soins infirmiers et obstétricaux à Parakou. • La formation des personnels de santé aux questions de gestion des déchets et d'environnement 	
Résultat 3 : L'appui à la mise en œuvre du RAMU	DA3.1 : L'appui au développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement des capacités en matière d'exploitation des données genre-spécifique et désagrégées par âge 	<ul style="list-style-type: none"> • Le RAMU dispose d'un système d'information genre-sensible et déagrégé par âge. • Nombre d'analyses faites relatives aux OMD 4-5-6 et le genre
Résultat 4 : Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention	DA4.1.6. Concevoir et mettre en œuvre un projet pilote relatif à la gestion des déchets bio-médicaux et à l'environnement.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un projet-pilote de gestion des déchets 	<ul style="list-style-type: none"> • Un système adapté et efficace de gestion des déchets est défini, mis en place dans 5 FS, documenté et capitalisé
Résultat 5 : Le renforcement des capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS	A5.3 : L'appui à l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS)	<ul style="list-style-type: none"> • L'intégration des données genre-sensible et désagrégées par âge 	<ul style="list-style-type: none"> • Le PNDS dispose d'un système d'information genre-sensible et désagrégée par âge

Note : les progrès par rapport au « gender budget scan » seront également pris en compte dans le monitoring et évaluation du PASS.

7 ANNEXES

7.1 Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	<p>Objectif global</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"> • Le MS s'engage à ce que le statut de « DDS et ZS pionniers » du PASS soit confirmé formellement, • 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. • 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. • 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. • 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.

OS	<p>Objectif spécifique</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"> • Taux d'utilisation des soins curatifs (%) • Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (%) • Proportion de zones sanitaires fonctionnelles avec PIHI (%) • Proportion d'hôpitaux respectant les normes en matière de soins (%) • Proportion du personnel performant au poste conformément au guide d'évaluation (%) • Taux de couverture des besoins en RHS (%) • Proportion de ménages ayant souscrit à un système de protection sociale (obligatoire ou volontaire) (%) <p>1 indicateur du Compact</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de conventions spécifiques signées entre le MS, les autres ministères, les Collectivités Locales et le secteur privé <p>8 marqueurs de progrès (liés aux 3 orientations stratégiques) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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 	<p>Annuaire des statistiques</p> <p>SNIGS, EDS, Monitoring</p> <p>Rapports du suivi du PNDS (PSER)</p> <p>Baseline</p> <p>Dossiers de RA</p> <p>Rapports des GTT</p> <p>Présentations conférences</p> <p>PV des réunions</p> <p>Invitations avec ordre de jour</p> <p>Documents techniques</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>La théorie de changement de comportement visant :</p> <p>1 L'apprentissage organisationnel au sein de la pyramide sanitaire renforcé.</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>2 L'articulation et intégration des activités des acteurs dans le secteur améliorée :</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>
----	---	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 • 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 • 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 • Le degré de satisfaction des utilisateurs des services et des professionnels de santé du service ou l'accompagnement reçu • L'inventaire des initiatives au niveau des ZS qui renforcent la ZS intégrée et/ou qui sont orientées vers l'utilisateur 	<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>3 L'approche globale centrée sur la personne appropriée :</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, intervision, facilitation de l'équipe et du réseau....).</p>
--	--	---	---	--

R 1	<p>Résultat 1</p> <p>L'offre globale des soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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) • Taux de satisfaction des utilisateurs de la qualité des soins • Niveau de fonctionnalité des organes de cogestion • 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 <p>Indicateurs TT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception • Les données relatives à la SSR/VIH sont compilées et analysées annuellement • Les liens entre les SOUS GTT RAMU, RH, SM et SE sont établis • Le nombre de conventions de collaboration formelle avec les associations de la société civile • L'inventaire d'activités de sensibilisation et de formation sur la santé infantile et la santé des adolescents (y compris la SRAJ) • Le pourcentage d'enfants officiellement enregistrés <p>Marqueurs de progrès : à déterminer</p> <p>Indicateurs de RA : à déterminer</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>
-----	---	--	--	---

R 2	<p>Résultat 2:</p> <p>La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Matrice de suivi régulier de la mise en œuvre des recommandations faites par le GTT-RH et de l'Observatoire • Nombre de personnels de santé (par spécialité) exerçant dans les structures des 2 DDS appuyées, en début et en fin de programme • 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 • Nombre d'étudiants médecins spécialistes de 2e et 3e années ayant réalisé un stage dans les CHD des deux DDS appuyées, par spécialité <p>Indicateurs TT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le genre est intégré dans la politique RHS et sa mise en œuvre • 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 • L'environnement est intégré dans les cursus de formation des personnels de santé • Des formations spécifiques ponctuelles sur l'environnement et la gestion des déchets sont organisées <p>Marqueurs de progrès : à déterminer</p> <p>Indicateurs de RA : à déterminer</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>
-----	---	--	---	---

R 3	<p>Résultat 3:</p> <p>Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 harmonisée et des critères uniformes par rapport aux indigents • 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 • Création des ADAM et du réseau des structures d'appui à la gestion du RAMU • Pourcentage de la population ayant adhéré au RAMU au niveau des deux DDS • Pourcentage de béninois ayant cotisé pour lesquels les soins sont remboursés par le RAMU • 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 • Progrès par rapport à la feuille de route pour le RAMU • Taux d'utilisation des services par les indigents identifiés dans les départements appuyés <p>Indicateurs TT : Le RAMU dispose d'un système d'information genre-sensible et désagrégé par âge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'analyses faites relatives aux OMD 4-5-6 et le genre <p>Marqueurs de progrès : à déterminer</p> <p>Indicateurs de RA : à déterminer</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>
-----	--	---	---	--

R 4	<p>Résultat 4:</p> <p>La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Performance du système de maintenance en termes de défaillances et délais d'intervention • Centre d'excellence par rapport à la gestion des déchets réalisé dans chaque ZS <p>Indicateurs TT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un système adapté et efficace de gestion des déchets est défini, mis en place dans 5 FS, documenté et capitalisé <p>Marqueurs de progrès : à déterminer</p> <p>Indicateurs de RA : à déterminer</p>	<p>Documentation issue de la recherche action, évaluations, capitalisation</p> <p>Fichier de suivi spécifique composé d'une liste d'indicateurs opérationnels (annexe)</p> <p>Rapports DIEM et 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	<p>Résultat 5:</p> <p>Les capacités de coordination, de planification et de suivi-évaluation du PNDS sont renforcées, dans le cadre d'un processus participatif, déconcentré et décentralisé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planification (PTA) de qualité (validée), remise à temps, établie selon un processus participatif, orientée vers les résultats • 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 • Existence d'un système d'information sanitaire intégré • Qualité de la collecte des données du SNIGS au niveau central et intermédiaire • Connaissance des politiques, stratégies et normes nationales au niveau opérationnel • Nombre de structures de gestion dans les 2 DDS intégrées dans le FBR qui reçoivent la totalité de leur prime <p>Indicateurs TT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le PNDS dispose d'un système d'information genre-sensible et désagrégée par âge. <p>Marqueurs de progrès : à déterminer</p> <p>Indicateurs de RA : à déterminer</p>	<p>PTA</p> <p>Rapports des ateliers de PTA</p> <p>Rapports de suivi et des revues</p> <p>Rapport SNIGS</p> <p>Focusgroup</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>
-----	---	--	--	---

	Activités pour atteindre le Résultat 1	Moyens	Contribution belge
R 1	Résultat 1 : L'offre globale de soins de santé de qualité est renforcée dans les départements et zones sanitaires appuyés.		Coûts en EUR
A 1.1	<p>A 1.1 Appuyer le développement d'un modèle de FBR adapté au Bénin, équitable et pérenne</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 1.1.1 Assurer le paiement des primes de performance au taux national pendant 18 mois.</p> <p>A 1.1.2 Renforcer et alimenter la réflexion stratégique autour du FBR (niveau central et déconcentré)</p> <p>A 1.1.3 Renforcer la capacité d'analyse du Comité de Pilotage du FBR au niveau des deux départements appuyés</p>	<p>Budget d'investissements pour des achats d'équipement (systèmes photovoltaïques dans les Postes de Transfusion Sanguine (PTS) à KTL, Comé, Ouaké, et dans 2 CDTs)</p> <p>Budget pour des formations (par rapport l'amélioration des soins curatifs mais aussi les soins préventifs et promotionnels, entre autre la planification familiale), bourses, consultances et expertise</p> <p>Budget pour les frais de fonctionnement (réunions, ateliers, transport, maintenance des équipements achetés)</p> <p>Budget de financement du FBR y inclus frais d'évaluations, analyses</p> <p>Budget pour la participation au réseau Quamed et audits pharmaceutiques</p>	2.410.000

A 1.2	<p>A 1.2 Appuyer la mise en œuvre de la politique nationale de l'Assurance Qualité des soins et des services de santé dans les structures de santé appuyées</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 1.2.1 Rendre fonctionnels les Conseils d'Assurance Qualité (AQ) au niveau des départements et ZS appuyés (niveau déconcentré)</p> <p>A 1.2.2 Continuer à mettre en œuvre des activités-clés (niveau déconcentré), tels que l'audit clinique systémique (audits décès), l'autoévaluation, l'évaluation par les pairs, le monitoring intégré, la recherche-action, des enquêtes de satisfaction, le coaching, la supervision formative et intégrée, et le tutorat.</p> <p>A 1.2.3 Documenter et partager les expériences (niveau déconcentré et central)</p>		480.000
A 1.3	<p>A 1.3 Appuyer le réseautage communautaire et son rôle par rapport à la santé</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 1.3.1 Renforcer la maîtrise d'ouvrage des communes dans le secteur de la santé le PASS</p> <p>A1.3.2 Appuyer les organisations de la société civile dans l'organisation et la structuration de la demande de soins.</p> <p>A 3.1.3 Dynamiser les interfaces de concertation entre offre et demande (UF demande)</p>		1.605.000
A 1.4	<p>A 1.4 Appuyer la stratégie de référence et de contre-référence</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 1.4.1 Renforcer le plateau technique selon les normes nationales (niveau déconcentré HZ et CHD).</p> <p>A 1.4.2 Renforcer la fonctionnalité du mécanisme de référence et de contre-référence (niveau déconcentré)</p> <p>A 1.4.3 Capitaliser des expériences dans les 2 DDS appuyés (niveau déconcentré et niveau central) afin de contribuer à la mise en place d'une stratégie nationale par rapport à la référence et contre-référence.</p>		100.000

A 1.5	<p>A 1.5 Consolider la stratégie nationale de la transfusion sanguine</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 1.5.1 Consolider les mécanismes assurant l'offre de Produits Sanguins Labiles (PSL) sécurisés dans les formations sanitaires dans les départements appuyés (niveau déconcentré)</p> <p>A 1.5.2 Appuyer la présence de personnel compétent relatif à la transfusion sanguine (TS) (niveau déconcentré)</p> <p>A 1.5.3 Renforcer la gestion au niveau des CDTS (niveau déconcentré)</p> <p>A 1.5.4 Renforcer la gouvernance au niveau de l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS) (niveau central)</p>		100.000
A 1.6	<p>A 1.6 Appuyer la qualité des médicaments achetés par la CAME</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 1.6.1 Mettre en place un système de pré-qualification continue des couples produit/fabricant.</p> <p>A 1.6.2 Renforcer les capacités techniques</p> <p>A 1.6.3 Impliquer de la CAME dans le réseau QUAMED</p> <p>A 1.6.4 Accompagner l'évaluation de l'appel d'offre</p>		115.000
	Activités pour atteindre le Résultat 2	Moyens	Contribution belge
R 2	<p>Résultat 2</p> <p>La disponibilité de personnel compétent et motivé au niveau des zones de santé est améliorée</p>		Coûts en EUR
A 2.1	<p>A 2.1 Renforcer la gouvernance des RHS aux niveaux central et déconcentré</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 2.1.1 Renforcer les capacités matérielles de la DRH et des SRH</p> <p>A 2.1.2 Appuyer le renforcement du système de collecte et de gestion de l'information au sein de la DRH et des SRH</p> <p>A 2.1.3 Appuyer le fonctionnement des organes de pilotage et techniques du sous-</p>	<p>Budget d'investissements (Matériel informatique, véhicules de supervision, réhabilitation école Parakou, réhabilitation INMeS, équipement pédagogique et bureaux)</p> <p>Budget pour des formations, consultances (ponctuels pour logiciel</p>	390.000

	secteur RHS A 2.1.4 Appuyer la réalisation de l'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du PSDRHSS	Logi-GRH) et expertise Budget pour les frais de fonctionnement (participation de l'Observatoire et du GTT-RH réunions, ateliers, transport, maintenance des équipements achetés, communication, séminaires)	
A 2.2	A 2.2 Améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité : A 2.2.1 Réaliser des études jugées utiles pour améliorer la déconcentration, la distribution et la motivation des personnels de santé	Budget pour des études ponctuelles	190.000
A 2.3	A 2.3 Renforcer la production et la formation continue de personnels de santé qualifiés Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité : A 2.3.1 Appuyer le renforcement des capacités générales de l'INMeS à Cotonou : A 2.3.2 Appuyer la spécialisation de type Master en SIO à l'INMeS A 2.3.3 Appuyer la création d'un second institut de formation initiale en soins infirmiers et obstétricaux à Parakou : A 2.3.4 Appuyer l'organisation et l'encadrement des stages des médecins spécialistes (2 ^e et 3 ^e années), des infirmiers et des sages-femmes dans les CHD et autres structures de santé dans les 2 DDS appuyées.		985.000

	Activités pour atteindre le Résultat 3	Moyens	Contribution belge
R 3	Résultat 3 Une stratégie cohérente et concertée en appui à la mise en œuvre du RAMU est développée.		Coûts en EUR
A 3.1	A 3.1 Appuyer le développement d'un système d'information (SI) pour la gestion du RAMU Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité : A 3.1.1 Assurer la mise en production du logiciel informatique de gestion du RAMU	Budget d'investissements pour des achats d'équipement (logiciel informatique de gestion du RAMU) Budget pour des formations, stages, coaching, accompagnement 'après-	220.000

	<p>(niveau central)</p> <p>A 3.1.2 Disposer d'une base de données commune relative aux indigents (niveau central)</p> <p>A 3.1.3 L'installation du réseau informatique lié au fonctionnement du système d'information (niveau central et déconcentré)</p> <p>A 3.1.4 Le renforcement de capacités en matière d'exploitation des données d'un système d'information (niveau central)</p>	<p>formation', support continu d'expertise, consultances et expertise</p> <p>Budget pour les frais de fonctionnement (GGT RAMU, réunions, ateliers, transport, maintenance des équipements achetés)</p>	
A 3.2	<p>A 3.2 Soutenir la feuille de route pour le développement du RAMU</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 3.2 Accompagner le Sous-Groupe de Travail Technique RAMU (niveau central)</p>		472.000
A 3.3	<p>A 3.3 Appuyer le renforcement des capacités spécifiques et complémentaires à pourvoir au sein de l'ANAM</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 3.3.1 Aider à la définition et à la sélection de profils complémentaires et spécifiques de ressources humaines au sein de l'ANAM (niveau central)</p> <p>A 3.3.2 Renforcer les capacités de ces nouveaux profils spécialisés recrutés (niveau central et décentralisé)</p>		127.000

	Activités pour atteindre le Résultat 4	Moyens	Contribution belge
R 4	Résultat 4 La fonctionnalité et l'efficacité du système d'investissement et de maintenance des équipements et des infrastructures sont améliorées.		Coûts en EUR
A 4.1	<p>A 4.1 Capitaliser les expériences et stimuler le dialogue sur la gestion des équipements et infrastructures entre tous les niveaux et acteurs</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 4.1.1 Définir l'approche la plus efficace pour l'intervention dans la gestion des infrastructures et des équipements (étude).</p> <p>A 4.1.2 Renforcer les capacités de suivi et d'amélioration de la performance des acteurs de la gestion des infrastructures et des équipements (DIEM, SIEM et les services techniques décentralisés concernés).</p> <p>A 4.1.3 Mettre en place des structures d'échanges d'expériences et de compétences au niveau local.</p> <p>A 4.1.4 Former un groupe de travail thématique (GTT) spécifique à la gestion des ressources matérielles.</p> <p>A 4.1.5 Organiser des échanges avec d'autres pays de la région sur les problématiques de gestion des IEM, en particulier sur la maintenance.</p> <p>A 4.1.6. Concevoir et mettre en œuvre un projet pilote (RA) relatif à la gestion des déchets biomédicaux et à l'environnement.</p>	<p>Budget d'investissements pour des réhabilitations, gestion des déchets, achat d'équipement, achat voitures et motos</p> <p>Budget pour des formations, consultances et expertise</p> <p>Budget pour les frais de fonctionnement (réunions, ateliers, transport, maintenance des équipements achetés)</p>	175.000
A 4.2	<p>A 4.2 Renforcer la politique de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 4.2.1 Renforcer l'inventorisation des données sur les IEM</p> <p>A 4.2.2 Améliorer la coordination et la planification des acquisitions et des investissements</p> <p>A 4.2.4 Formuler les bonnes pratiques de conception, d'acquisition et de contractualisation dans les procédures internes</p>		170.000

	<p>A 4.2.3 Améliorer la coordination et la planification de la maintenance et de l'entretien</p> <p>A 4.2.5 Actualiser la politique de maintenance</p> <p>A 4.2.6 Intégrer les bonnes pratiques environnementales dans la conception des infrastructures sanitaires</p> <p>A4.2.7 Renforcer la dissémination des politiques en matière d'IEM</p>		
A 4.3	<p>A 4.3 Renforcer l'implémentation du système de maintenance dans les zones d'intervention</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 4.3.1 Renforcer les capacités de programmation et de gestion opérationnelle pour les cadres et les gestionnaires de services:</p> <p>A 4.3.2 Renforcer les capacités opérationnelles pour les techniciens et les utilisateurs des établissements sanitaires</p> <p>A 4.3.3 Fournir le support logistique et les moyens financiers pour implémenter les réhabilitations prioritaires</p>		808.000

	Activités pour atteindre le Résultat 5	Moyens	Contribution belge
R 5	Résultat 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.		Coûts en EUR
A 5.1	A 5.1 Faciliter la mise en œuvre de la planification ascendante intégrée, participative et basée sur les résultats. Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité : A 5.1.1. Appuyer l'élaboration et la mise à jour régulière de la carte sanitaire A 5.1.2. Finaliser et assurer la mise à jour régulière du manuel de planification ascendante et les formations/Coaching et suivi-formations pour la pratique de la Planification intégrée au niveau central A 5.1.3 Appuyer l'effectivité des cadres de concertation dans le cadre de la planification centrale et au niveau périphérique A 5.1.4 Appuyer l'intégration des interventions des différents partenaires dans le plan opérationnel du MS (tant au niveau central qu'intermédiaire et opérationnel) A 5.1.5 Promouvoir l'articulation des planifications sectorielles avec la planification locale	Budget d'investissements (équipement Matériel informatique, logiciel carte sanitaire) Budget pour des formations, coaching, suivi post-formations, stages de formation, accompagnement continu post-formation, consultances et expertise Budget pour les frais de fonctionnement (réunions, ateliers, transport, maintenance des équipements achetés, communication, séminaires) Budget pour des études ponctuelles et spécifiques	344.000
A 5.2	A 5.2 Renforcer une approche de suivi-évaluation intégrée Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité : A 5.2.1 Appuyer la mise en place d'un système de suivi-évaluation intégré A 5.2.2 Appui à l'organisation de revues annuelles de performance participatives et orientées résultats A 5.2.3 Appui à la mise en œuvre du système de monitoring- et supervision et à la mise en œuvre du système d'assurance qualité y inclus auto-évaluation et évaluation par les pairs dans les 2 régions sanitaires A 5.2.4 Appui au développement des compétences en suivi-évaluation (niveau central et 2 régions sanitaires) A5.2.5 Appuyer l'organisation des audits systémiques au niveau central et départemental.		252.000

A 5.3	<p>A 5.3 Appuyer l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (SNIGS)</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 5.3.1. Appuyer la conception et la mise en place d'un SNIGS intégré.</p> <p>A 5.3.2. Appuyer le développement des capacités en gestion de l'information sanitaire (niveau central et 2 régions sanitaires)</p> <p>A 5.3.3. Appuyer l'édition et la qualité du bulletin trimestriel de retro-information</p> <p>A 5.3.4. Appuyer l'articulation entre les formations sanitaires et les services d'état civil pour un enregistrement des naissances, décès</p>		315.000
A 5.4	<p>A 5.4 Renforcer la coordination du secteur aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (dans le cadre de la mise en place de l'approche sectorielle)</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 5.4.1. Consolider et renforcer la fonctionnalité des GTT</p> <p>A 5.4.2. Assurer un fonctionnement efficace du Groupe de Travail Secteur Santé -GTSS</p> <p>A 5.4.2. Appuyer le renforcement de la qualité de réunions des CNEEP, CDEEP</p> <p>A 5.4.3. Assurer un appui spécifique à la fonctionnalité des organes de cogestion au niveau régional</p> <p>A 5.4.4. Renforcer les compétences en gestion d'équipe, leadership et management</p>		343.000
A 5.5	<p>A 5.5 Renforcer le partenariat entre le secteur public et le secteur privé et le dialogue avec la société civile</p> <p>Exemple d'actions à entreprendre sous cette activité :</p> <p>A 5.5.1. Explorer les opportunités d'appui au développement d'une stratégie de contractualisation</p> <p>5.5.2. Capitaliser les leçons du réseautage communautaire dans les 2 DDS</p>		162.000

7.2 Chronogramme

	ANNEE 1 Démarrage Indicatif 01/09/2014												ANNEE 2												ANNEE 3												ANNEE 4												ANNEE 5											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Phase de démarrage (inception phase)																																																												
Installation CTI																																																												
Recrutement AG + personnel d'appui																																																												
Atelier de démarrage																																																												
Communication avec tous les acteurs concernés																																																												
Exercice baseline																																																												
DTF actualisé avec intégration données baseline																																																												
Elaboration plan opérationnel																																																												
Mise en œuvre plans opérationnels																																																												
Evaluations à mi-parcours et finale PASS																																																												

7.3 TDR Personnel long terme

7.3.1 CTI santé publique au niveau central – coordinateur PASS

7.3.1.1 Poste

Il est prévu un poste de Conseiller Technique International (CTI), expert en Santé Publique possédant une solide connaissance et expérience en financement de la santé.

7.3.1.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Cotonou au sein du Ministère de la Santé. Il sera rattaché au Secrétariat Général. Il effectuera de multiples déplacements dans les départements afin de veiller au lien entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. L'ancrage spécifique n'empêche pas au conseiller de travailler avec plusieurs directions du Ministère.

7.3.1.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.1.4 Responsabilités

1/ Volet technique de l'appui (estimé à un mi-temps): le conseiller technique est responsable d'un encadrement technique rapproché de qualité en relation avec les aspects de gestion de changement et de santé publique durant la mise en œuvre de l'intervention. Il est responsable pour l'ensemble des résultats, avec l'appui de l'équipe du PASS.

2/ Volet gestion de l'appui (estimé à un mi-temps): le conseiller technique est co-responsable, ensemble avec le Directeur d'Intervention du programme PASS (la personne déléguée par le Secrétariat Général), pour la coordination et la mise en œuvre du PASS. Ils constituent ensemble la coordination du Programme.

7.3.1.5 Tâches

Pour le volet technique :

- Appuyer un processus de changement dans le secteur
- Appuyer le travail en équipe dans le MS, les Directions et les espaces de dialogue technique (en premier lieu les GTT) appuyés
- Assurer une meilleure circulation de l'information dans le secteur
- Renforcer les compétences au sein du MS en lien avec les aspects de santé publique et économie de la santé, en particulier le volet central des activités liées au résultat 1 (R1), l'appui à la formation Master en soins infirmiers et obstétricaux (R2), la réflexion autour les stratégies de motivation du personnel (R2), le suivi de la feuille de route RAMU et le renforcement de l'ANAM (R3), la contribution au dialogue technique dans les espaces de concertation et l'échange entre les PTF et le MS dans le cadre du Compact (R5), la prise en compte des thèmes transversaux dans la pratique, et tout autre activité et opportunité contribuant à la réalisation des résultats du PASS
- Contribuer à la réalisation des recherche-actions dans les domaines où il donne un appui

Pour le volet gestion (coordination) :

- Piloter la mise en œuvre du PASS
- Veiller à une compréhension partagée en relation avec les concepts et les stratégies du PASS

- Veiller à la cohérence des activités du PASS (à travers la validation de la planification et budgétisation trimestrielle, une concertation régulière entre tous les acteurs du PASS, et un suivi rapproché du travail des différentes unités fonctionnelles du PASS)
- Contribuer à un bon climat de concertation et de collaboration au sein de l'équipe du PASS
- Assurer une bonne circulation de l'information au sein du PASS
- Veiller à l'application du manuel de coordination au niveau du PASS et donner un feedback à la représentation des réflexions/préoccupations/questions en lien avec la mise en œuvre du PASS
- Appuyer l'organisation de l'appui scientifique, la capitalisation des expériences ainsi que la diffusion des résultats des recherches
- Assurer la rédaction des termes de référence des études et des évaluations externes, donner aux consultants/évaluateurs un aperçu introductif à leur mission et discuter en fin de mission des conclusions de leur visite
- Assurer la soumission à la SMCL, les plans de travail de l'intervention, des rapports d'avancement, des ajustements ou modifications éventuelles des activités, des rapports de suivi & évaluation selon le canevas de la CTB ainsi qu'un rapport final d'exécution
- Assurer la responsabilité finale des achats et fournitures d'équipements et matériels apportés par la CTB ainsi que la consolidation des rapports narratifs et financiers consolidés
- Assurer un feedback de la part du PASS aux instances responsables pour le dialogue politique en concertation avec la représentation.
- Assurer (la partie technique) des cercles de développement des conseillers techniques internationaux du PASS en concertation avec la représentation CTB
- Veiller à la prise en compte des thèmes transversaux (environnement, genre, droits de l'enfant, VIH/Santé Reproductive) au sein du programme d'appui et faciliter la recherche-action par rapport à ces thèmes.

Il sera appuyé dans ces fonctions de coordination par le RAFI, à qui il délèguera le plus possible les tâches de gestion administratives et financières du PASS.

7.3.1.6 Profil

Niveau de formation :

Médecin en Santé Publique

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum cinq ans dans un contexte international dans un pays en développement et dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience en économie de la santé et des mécanismes d'assurance maladie
- Expérience en planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation au niveau provincial ou national
- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement
- Expérience en encadrement des ZS et recherche-action
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale

Sont des atouts :

- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique
- Une connaissance préalable du contexte béninois.

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

7.3.1.7 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire béninois pour agrément.

7.3.1.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

7.3.1.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par la Représentation CTB au Bénin, en concertation avec EST Santé pour la partie technique.

7.3.2 CTI en développement institutionnel

7.3.2.1 Poste

Il est prévu un poste de Conseiller Technique International (CTI), expert en développement institutionnel et organisationnel possédant une solide connaissance et expérience dans le secteur de la santé

7.3.2.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Cotonou au sein du Ministère de la Santé. Il sera rattaché au Secrétariat Général. Il effectuera de multiples déplacements dans les départements afin de veiller au lien entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. L'ancrage spécifique n'empêche pas au conseiller de travailler avec plusieurs directions du Ministère. Il sera appelé à travailler en particulier avec la DPP et la DRH.

7.3.2.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.2.4 Responsabilités

Le conseiller technique est responsable d'un encadrement technique rapproché (développement institutionnel, gestion du changement) de qualité durant la mise en œuvre de l'intervention. Avec

l'équipe du PASS, il contribue à l'ensemble des résultats. Il est plus particulièrement responsable de l'atteinte des résultats 2 et 5 du programme.

7.3.2.5 Tâches

Le conseiller technique est responsable de faciliter les processus de changement auxquels le PASS entend contribuer. Il est en particulier chargé d'appuyer le Ministère de la santé dans son développement institutionnel à travers notamment les activités suivantes :

- Appuyer un processus de changement dans le secteur et la mise en œuvre des réformes
- Appuyer le Ministère dans son rôle de pilotage du secteur à travers un appui aux fonctions de coordination, planification, suivi-évaluation, (résultat 5)
- Appuyer le volet RH du programme (résultat 2)
- Appuyer la gestion des connaissances et au développement d'une culture d'apprentissage organisationnel à travers notamment la capitalisation des expériences, l'accompagnement des recherche-actions et le développement de réseaux de communautés de pratiques (nationale et internationales) dans les domaines où il donne un appui.
- Contribuer au dialogue technique dans les espaces de concertation et l'échange entre les PTF et le MS dans le cadre du Compact (R5), en concertation avec l'CTI coordonnateur du PASS
- Appuyer le travail en équipe dans le MS, les Directions et les espaces de dialogue technique (en premier lieu les GTT) appuyés.
- Veiller à la prise en compte des thèmes transversaux (environnement, genre, droits de l'enfant, VIH/Santé Reproductive) au sein des domaines d'activité sous sa responsabilité.
- Assurer une meilleure circulation de l'information dans le secteur et au sein du PASS.
- Assurer la rédaction des termes de référence des études et des évaluations externes, encadrer les missions de consultants, dans les domaines dont il a la charge.
- Apporter un appui technique aux Conseillers Techniques du niveau intermédiaire dans les domaines dont il a la charge (R2 et R5), sous la supervision de la coordination du Programme.
- Contribuer à un bon climat de concertation et de collaboration au sein de l'équipe du PASS.
- Contribuer à l'élaboration, des plans de travail de l'intervention, des rapports d'avancement trimestriels, des ajustements ou modifications éventuelles des activités, des rapports de suivi & évaluation selon le canevas de la CTB ainsi qu'un rapport final d'exécution.

7.3.2.6 Profil

Niveau de formation :

Diplôme universitaire pertinent (sciences sociales, administration publique, sociologie d'organisations, ou médecin avec expérience équivalente, etc...)

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum cinq ans dans un contexte international dans un pays en développement
- Minimum cinq ans d'expérience utile dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience de sept ans dans la facilitation de processus de changement et de renforcement des capacités, de préférence dont une partie dans le secteur public dans les pays en développement

- Expérience en planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation, de préférence à un niveau provincial ou national
- Expérience en méthodologies participatives (ex : 'outcome-mapping')
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale

Sont des atouts :

- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique
- Une connaissance préalable du contexte béninois.

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

7.3.2.7 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire béninois pour agrément.

7.3.2.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

7.3.2.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le coordinateur co-directeur du programme, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation, et (si pertinent) en concertation avec EST Santé pour la partie technique.

7.3.3 CTI en gestion des infrastructures et équipements

7.3.3.1 Poste

Il est prévu un poste de Conseiller Technique International (CTI), expert en gestion des infrastructures et équipements possédant une solide connaissance et expérience en système de maintenance.

7.3.3.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Cotonou au sein du Ministère de la Santé. Il sera rattaché au secrétariat général et travaillera dans l'Unité Fonctionnelle du PASS à Cotonou. Il collaborera en particulier avec la direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance (DIEM). Il effectuera de multiples déplacements dans les départements afin de veiller au lien entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. L'ancrage spécifique n'empêche pas au conseiller de travailler avec plusieurs directions du Ministère.

7.3.3.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.3.4 Responsabilités

Le conseiller technique est responsable d'un encadrement technique rapproché (gestion des infrastructures, des équipements et de la maintenance) de qualité durant la mise en œuvre de l'intervention. En collaboration étroite avec l'équipe du PASS, il est responsable pour l'ensemble des résultats, et en particulier pour le résultat sur les ressources matérielles.

7.3.3.5 Tâches

- Accompagner l'exécution des activités de gestion des infrastructures, des équipements et de la maintenance aux niveaux institutionnel et opérationnel
- Accompagner, supporter et guider la programmation et la mise en place du système de maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements médicaux dans les départements d'interventions.
- Accompagner les acteurs de la maintenance dans la mise en œuvre du système de maintenance. Cela inclut un soutien technique, des formations, du coaching et de la supervision.
- Développer, mettre en place et assurer le suivi de l'action-pilote sur les déchets bio-médicaux avec l'appui de l'expertise internationale et nationale prévue
- Veiller à la prise en compte des aspects environnementaux et des principes du développement durable dans la conception des activités et des stratégies, les achats, les formations (éviter les impacts négatifs et toute forme de pollution, promouvoir les énergies renouvelables, le recyclage et la durabilité des infrastructures et équipements)
- Coordonner les conseillers techniques qui travaillent dans les SIEM
- Participer au suivi de la performance du système de maintenance
- Assurer la synergie et la complémentarité entre les activités au niveau opérationnel dans les départements d'intervention et les activités au niveau institutionnel au ministère de la santé
- Contribuer aux spécifications techniques dans la préparation des termes de référence pour les études et les services de formation et de consultance exécutés par des experts nationaux et internationaux
- Supporter ces études et activités et assurer qu'elles contribuent aux objectifs de l'intervention
- Réaliser des recherche-actions

- Participer aux comités de concertations du PASS et aux autres structures de concertations pertinentes de manière régulière
- Rapporter de manière régulière (au minimum tous les trois mois) à la coordination du programme et à la représentation de la CTB
- Contribuer à la préparation de la planification financière et de la planification des achats de l'intervention
- Etablir et maintenir des bonnes relations de travail avec les participants au programme, les partenaires, et les autres PTF
- Partager les informations sur l'intervention avec d'autres organisations
- Promouvoir et intégrer les thèmes transversaux (environnement, genre, droits de l'enfant, VIH/Santé Reproductive) dans son travail quotidien (planification, formation, rapportage...)

7.3.3.6 Profil

Niveau de formation :

- Diplôme d'ingénierie civil, de préférence dans les secteurs du génie médical ou des infrastructures (ou équivalent)

Expérience prouvée :

- Au moins cinq ans d'expérience internationale dans la maintenance, de préférence dans le domaine biomédical
- Expérience en Maintenance Basée sur la Fiabilité (MBF), Six Sigma, Value Driven Maintenance ou d'autres approches méthodologiques pertinentes
- Expérience en Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur est un avantage
- Expérience en audits ou consultance est un avantage
- Expertise prouvée dans le domaine de la gestion des déchets biomédicaux est un avantage

Aptitudes :

- Bonne compréhension des concepts de gouvernance, de renforcement institutionnel, de gestion du changement et de renforcement des capacités
- Capacité à entreprendre des activités professionnelles d'une manière participative et consultative, en prenant en compte les spécificités culturelles de son environnement de travail afin que le partenaire participe activement aux activités et se les approprie.
- Excellente habilité à communiquer, faciliter, accompagner, négocier, à être flexible et empathique, avoir un esprit d'équipe, et travailler en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Bonne compréhension et expérience prouvée en matière de thèmes transversaux et notamment sur les questions environnementales et/ou liées à la gestion des déchets
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone

7.3.3.7 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire béninois pour agrément.

7.3.3.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

7.3.3.7 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le coordinateur co-directeur du programme, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation, et (si pertinent) en concertation avec EST Santé pour la partie technique.

7.3.4 CTI informaticien spécialisé en gestion des systèmes d'information pour l'appui au RAMU

7.3.4.1 Poste

Il est prévu un poste de Conseiller Technique International (CTI), informaticien, spécialisé en matière de développement de systèmes d'information en gestion d'assurance maladie universelle. Il vient en appui aux informaticiens qui travaillent déjà sur le programme d'appui PASS.

7.3.4.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Cotonou au sein du Ministère de la Santé. Il sera rattaché au secrétariat général et travaillera dans l'équipe d'Unité Fonctionnelle au niveau central. L'ancrage spécifique n'empêche pas au conseiller de travailler avec plusieurs directions du Ministère. Il collaborera en particulier avec le directeur de l'ANAM et appuiera entre autre aussi la direction des RH et du SNIGS. Il effectuera les missions nécessaires au développement du PASS à l'intérieur du pays au niveau principalement des différents ADAM.

7.3.4.3 Durée

Le poste est prévu pour une durée de 24 mois.

7.3.4.4 Responsabilités

Le conseiller technique sera responsable d'un encadrement technique rapproché de qualité durant la mise en œuvre de l'intervention. Avec l'équipe du PASS, il contribue à l'ensemble des résultats. Il appuiera plus particulièrement l'atteinte des résultats 2,3 et 5 du PASS.

7.3.4.5 Tâches

- Contribuer au sein de l'équipe existante à la mise en place d'un système d'information (R3) qui permettra de gérer le RAMU tant sur le plan de l'assurabilité que des prestations remboursées. Le système d'information ainsi développé devra permettre de produire les différents tableaux de bord de suivi des indicateurs nécessaires à la gestion du risque maladie. Il harmonisera également la base des données par rapport aux indigents (R3)
- Former les Centres Départementaux de Transfusion Sanguine (CDTS) à l'utilisation de la gestion informatisée (R1 DA1.5 lié à la Transfusion Sanguine)
- Appuyer la direction des RHS et les DDS appuyés, en particulier pour faciliter l'utilisation et exploitation optimale du logiciel LogiGRH (R2)
- Renforcer les capacités pour l'exploitation du Système National d'Information Sanitaire (R5)
- Assurer une désagrégation des données statistiques par sexe et par âge
- Contribuer à toute activité pertinente pour l'atteinte du PASS à la demande de la coordination du PASS.

7.3.4.6 Profil

Niveau de formation :

Etre titulaire d'un diplôme universitaire (informaticien ou ingénieur civil)

Expérience prouvée:

- Etre spécialiste des bases de données
- Etre spécialiste des systèmes et réseaux
- Avoir une expérience d'au moins dix ans en matière de développement de systèmes d'information dont plus de la moitié en gestion d'assurance maladie universelle. Cette expérience doit impérativement avoir été acquise dans plusieurs pays dont un partie dans des pays africains.

Sont des atouts :

- Avoir des connaissances théoriques précises en matière de gestion d'assurance maladie universelle. Disposer d'une pratique en la matière et/ou d'une formation certifiée est un atout.
- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique
- Une connaissance préalable du contexte béninois

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation et de formation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Etre capable de travailler en équipe, à l'écoute des autres, tout en proposant des solutions innovantes aux problèmes rencontrés
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à mener des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

7.3.4.7 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire béninois pour agrément.

7.3.4.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

7.3.4.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le coordinateur co-directeur du programme, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation, et (si pertinent) en concertation avec EST Santé pour la partie technique.

7.3.5 CTN santé publique

7.3.5.1 Poste

Il est prévu un poste de Conseiller Technique National (CTN), expert en Santé Publique avec une bonne connaissance de l'approche sectorielle.

7.3.5.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Cotonou au sein du Ministère de la Santé. Il sera rattaché au Secrétariat Général et fera partie de l'Unité Fonctionnelle PASS au niveau central. L'ancrage spécifique ne l'empêchera pas de travailler avec plusieurs directions du Ministère.

7.3.5.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.5.4 Responsabilités

Le conseiller technique est responsable d'un encadrement technique rapproché (santé publique, gestion du changement) durant la mise en œuvre de l'intervention. Il épaulera en particulier les tâches techniques du coordinateur du PASS. Ensemble avec l'équipe du PASS, il est responsable pour l'ensemble des résultats.

7.3.5.5 Tâches

- Appuyer un processus de changement dans le secteur
- Appuyer l'approche sectorielle et une meilleure circulation de l'information au sein du secteur santé
- Appuyer le travail en équipe dans le MS, les Directions et les espaces de dialogue technique (en premier lieu les GTT) appuyés
- Epauler le coordinateur du PASS par rapport au renforcement des compétences au sein du MS en lien avec les aspects de santé publique, en particulier le volet central des activités liées au résultat 1 (R1), l'appui à la formation Master en soins infirmiers et obstétricaux (R2), la réflexion autour les stratégies de motivation du personnel (R2), le suivi de la feuille de route RAMU et le renforcement de l'ANAM (R3), la contribution au dialogue technique dans les espaces de concertation et l'échange entre les PTF et le MS dans le cadre du Compact (R5), la prise en compte des thèmes transversaux dans la pratique, et tout autre activité et opportunité contribuant à la réalisation des résultats du PASS
- Assurer la fonction de point focal pour le suivi M&E du PASS (à confirmer durant le démarrage)
- Contribuer à la réalisation des recherche-actions dans les domaines où il donne un appui
- Appuyer la capitalisation des expériences ainsi que la diffusion des résultats des recherches
- Appuyer la rédaction des termes de référence des études et des évaluations externes et assister aux briefings et débriefings des consultants
- Veiller à la prise en compte des thèmes transversaux (environnement, genre, droits de l'enfant, VIH/Santé Reproductive) au sein du programme d'appui et faciliter la recherche-action par rapport à ces thèmes

7.3.5.6 Profil

Niveau de formation :

Médecin en Santé Publique

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum sept ans, dont minimum cinq ans dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience en planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation au niveau provincial ou national
- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement
- Expérience en encadrement des ZS et recherche-action
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale

Sont des atouts :

- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique

Aptitudes :

- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à appuyer la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

7.3.5.7 Mode de sélection

Le CTN sera recruté sur la base d'un appel à la candidature national qui sera lancé par la CTB selon les procédures belges en régie à Cotonou.

7.3.5.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB Bénin selon la législation nationale..

7.3.5.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le coordinateur co-directeur du programme, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation.

7.3.6 Responsable Administratif et Financier Sectoriel International

7.3.6.1 Poste

Il est prévu un poste pour un responsable administratif et financier sectoriel (RAFI) international au service du programme d'appui PASS.

7.3.6.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le RAFI travaillera à Cotonou sous la coordination du coordinateur du programme d'appui. Il effectuera de multiples déplacements dans les départements.

7.3.6.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.6.4 Responsabilités

Le RAFI assume la responsabilité de la gestion financière et administrative du programme PASS, il appuie les équipes financières et administratives des composantes et consolide leurs données.

Il assistera également les UF au niveau central par rapport à la gestion administrative et financière du programme d'appui.

7.3.6.5 Tâches

Tâches générales :

- Assurer la formation continue et encadrement du personnel administratif du programme
- Renforcer les capacités des structures partenaires
- Elaborer selon le besoin des instruments et de procédures spécifiquement liées au programme
- Résoudre des questions et risques financiers et administratifs, et appui à la résolution de problèmes spécifiques liés au programme dans sa globalité
- Appuyer au démarrage du programme et à sa clôture
- Consolider les budgets et les plans opérationnels du programme

Dans le domaine financier :

- Assurer la gestion budgétaire et programmation financière du programme dans sa globalité :
 - Suivi budgétaire et contrôle des coûts du programme
 - Support pour la rédaction d'adaptations budgétaires
 - Support pour la rédaction de la programmation financière
 - Consolidation des rapports et programmations financières
 - Conseils aux co-responsables des composantes et toute information que ces derniers lui demandent.
- Assurer la comptabilité et gestion du cash :
 - Supervision de la comptabilité (cf. Contrôle de la qualité + consolidation comptabilité/ Financial Information Tool, FIT)
 - Contrôle de la position du cash et approvisionnement des comptes du programme (cf. Organiser les cash call)
 - Gestion de paiements importants du programme (montant à déterminer)
 - Organisation des achats directs à Cotonou
 - Supervision technique des comptables locaux

Dans le domaine des marchés publics :

- Superviser le/la gestionnaire marchés publics dans :
 - La rédaction de la partie administrative des DAO
 - Lancement des marchés et publication des avis d'appels d'offres
 - Appui à la gestion administrative des marchés publics (sélection, analyse, attribution, suivi et clôture) surtout en l'absence du gestionnaire MP

- Participation aux dépouillements des offres en l'absence du gestionnaire MP
- Veiller à ce que les procédures soient respectées
- Donner des conseils et participer au renforcement des responsables concernés
- Collaborer activement avec le Gestionnaire Local MP
- Informer immédiatement le Représentant Résident et le Gestionnaire Local MP de toute irrégularité constatée ou tentative de manœuvre frauduleuse ou existence de risque potentiel avéré d'introduction de recours.

Dans le domaine de la gestion contractuelle et achats :

- Soutenir le personnel pour la gestion administrative
- Soutenir le personnel pour la gestion des moyens logistiques
- Suivre et consolider les engagements financiers

7.3.6.6 Profil

Niveau de formation :

Diplôme de niveau universitaire en sciences économiques 'appliquées' ou niveau équivalent acquis par de l'expérience

Expérience prouvée :

- Minimum cinq ans d'expérience professionnelle en gestion financière ou audit
- Expérience dans le domaine de la coopération au développement est un atout
- Expérience préalable dans une intervention CTB est un atout
- Expérience en gestion d'équipe et en gestion des ressources humaines
- Expérience en MP constitue un atout

Aptitudes :

- Bonne connaissance des applications informatiques
- Bonne connaissance du français en de l'anglais
- Capable de travailler en équipe et en réseau
- Fortes qualités analytiques et rédactionnelles
- Sens de la responsabilité et initiative, intégrité, rigueur, orientation résultat-solution, talent d'organisateur, précision et pro-activité.

7.3.6.7 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire béninois pour agrément.

7.3.6.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

7.3.6.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le coordinateur co-directeur du programme, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation.

7.3.7 CTI en appui au volet facilité

7.3.7.1 Poste

Il est prévu un poste de Conseiller technique international en appui à l'organisation de la demande de soins et au dialogue entre celle-ci et l'offre de soins.

7.3.7.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Azové⁴⁷ et dépendra du CTI coordination du PASS. Il travaillera avec un budget en régie. Dans le cadre de sa fonction, il effectuera de multiples déplacements dans les départements du Mono-Couffo et dans l'Atacora-Donga.

7.3.7.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.7.4 Responsabilités

1/ Volet technique : le CTI sera responsable de la mise en œuvre du volet facilité du PASS dans l'Atacora-Donga et le Mono-Couffo et des relations/collaborations avec le niveau central et le volet offre de soins du PASS.

2/ Volet gestion de l'appui (estimé à 20%): le CTI travaillera sous la supervision du CTI coordinateur du PASS et assurera la coordination de l'Unité Fonctionnelle Facilité qui couvre les départements appuyés par le PASS.

7.3.7.5 Tâches

Les principales tâches seront les suivantes :

- Renforcer le fonctionnement des organes de gestion et appuyer la mise en application des textes légaux sur base des acquis de l'intervention PARDZS
- Consolider la dynamique de réseautage communautaire afin d'assurer une réelle participation et un pouvoir de négociation significatif des acteurs de la demande de soins, en tirant les leçons des expériences antérieures
- Appuyer la mise en œuvre des recommandations de l'audit institutionnel des départements et zones sanitaires en matière de santé communautaire, et en particulier l'opérationnalisation d'un dispositif de médiation et de gestion des plaintes entre l'offre et la demande
- Appuyer la société civile et les collectivités locales à jouer leur rôle dans le financement basé sur les résultats
- Instaurer une attitude d'écoute et d'empathie, de communication et de redevabilité vis-à-vis de la population au niveau des prestataires des services de santé et des gestionnaires des zones sanitaires pour renforcer la demande
- Appuyer les collectivités locales à assurer effectivement la maîtrise d'ouvrage dans le domaine de la santé et à mieux intégrer les activités de santé dans les plans de développement communaux.

⁴⁷ La localisation exacte du bureau de l'UF demande sera précisée lors de la phase préparatoire du PASS

- Apporter un input à la mise en place du régime d'assurance maladie au Bénin, à l'identification et la prise en charge rationnelle des indigents et la clarification/renforcement du rôle des mutuelles de santé
- Apporter un appui aux collectivités locales, au service de santé communautaire et aux EEZS pour développer une stratégie rationnelle visant une intégration plus efficace des relais communautaires dans le système de santé
- Organiser une documentation systématique et scientifique autour des démarches avec une retro information au niveau central dans le cadre d'une vision nationale sur le financement de la santé et la santé communautaire
- Contribuer à la diffusion des résultats des recherches, tant au niveau déconcentré, central et international
- En collaboration avec l'offre, développer et mettre en œuvre des stratégies pour la promotion du planning familial et le don de sang
- Faciliter un bon dialogue entre l'offre et la demande
- Contribuer à la prise en compte des thèmes transversaux (environnement, genre, droits de l'enfant, VIH/Santé Reproductive) au sein des domaines d'activité sous sa responsabilité et faciliter la recherche-action par rapport à ces thèmes
- Assurer la soumission au coordinateur les plans de travail de l'intervention, des rapports narratifs et financiers, des ajustements ou modifications éventuelles des activités, des rapports de suivi & évaluation selon le canevas de la CTB ainsi qu'un rapport final d'exécution
- Assurer le cercle de développement des CAC.

Il sera appuyé dans ces fonctions de gestion, d'administration et de finance par un Administrateur Gestionnaire national, à qui il délèguera le plus possible les tâches de gestion administratives et financières du PASS.

7.3.7.6 Profil

Niveau de formation :

Avoir un diplôme d'études supérieures en économie de la santé, dans le domaine social ou en santé publique confirmé par une expérience professionnelle dans le domaine de l'organisation de la demande de soins.

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum cinq ans dans un contexte international dans un pays en développement et dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience en planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation de projet
- Expertise dans la mobilisation/sensibilisation des populations utilisatrices, ainsi que dans coaching et la formation des structures communautaires de co-gestion
- Expérience dans le développement et la mise en œuvre de mécanismes de financement de la santé et d'assurance maladie
- Expérience dans la décentralisation/déconcentration du secteur de la santé
- Expérience dans la mise en place et l'accompagnement de groupes de partenaires
- Expérience en encadrement des ZS, recherche-action et capitalisation

- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale

Sont des atouts :

- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique
- Expérience dans l'approche outcome mapping
- Une connaissance préalable du contexte béninois
- Des connaissances en matière d'assurance maladie universelle et financement basé sur les résultats

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturel et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau, travail sous pression)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint).
- La connaissance des procédures des projets de l'agence belge de développement (atout)

7.3.7.7 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire béninois pour agrément.

7.3.7.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB Bénin, sous droit belge.

7.3.7.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le coordinateur co-directeur du programme, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation, et (si pertinent) en concertation avec EST Santé pour la partie technique.

7.3.8 Chargés d'Appui Conseil au niveau de la facilité

7.3.8.1 Poste

Il est prévu cinq postes de Chargés d'Appui-Conseil (CAC).

7.3.8.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Les candidats seront rattachés fonctionnellement à l'Unité Fonctionnelle de la facilité qui sera localisée à Azové⁴⁸. Les CAC (3) du Mono-Couffo seront localisés à Azové et les CAC (2) de l'Atacora-Donga à Djougou. Ils effectueront des déplacements fréquents dans les zones de santé appuyées et parfois à Cotonou afin d'assurer la mise en œuvre du volet facilité dans les zones d'intervention.

7.3.8.3 Durée

Les postes sont prévus pour la durée du financement, soit quatre ans.

7.3.8.4 Responsabilités

Les chargés de suivi/évaluation travailleront sous la supervision du conseiller technique du volet facilité. Ils seront responsables de l'appui aux partenaires (OBS, collectivités locales, prestataires, EEZS...) pour la mise en œuvre des activités du volet facilité. Ils seront amenés à travailler dans l'une ou plusieurs thématiques prioritaires du programme en vue d'atteindre son objectif.

7.3.8.5 Tâches

- Les principales tâches seront les suivantes :
- Contribuer au renforcement des organes de gestion et de représentation des populations (COSA, COGEC, COGEHZ), notamment en matière de représentativité (y compris dans la dimension genre), renforcement de capacités, contenu des activités, système de motivation, appui technique et suivi de leur plan d'action
- Développer des dynamiques de réseautage communautaire, en fonction du contexte de chaque zone sanitaire, capable de représenter les usagers des services de santé et de négociation de la demande
- Contribuer à identifier et développer de nouvelles stratégies de financement des soins de santé (tarifications alternatives)
- Assurer la promotion de la protection sociale (RAMU)
- Assurer l'intégration du genre dans toutes les activités de la facilité
- Faciliter la prise en charge des indigents à travers le Fonds Sanitaire des Indigent
- Contribuer à développer une dynamique de communication et une attitude d'écoute et d'empathie vis-à-vis des usagers et de la population
- Contribuer à définir les TdR et assurer le suivi des activités relevant des Accords d'exécution société civile et appels d'offres ainsi que de l'expertise ponctuelle
- Contribuer aux actions de recherche et formation

⁴⁸ La localisation exacte du bureau de l'UF demande sera précisée lors de la phase préparatoire du PASS

- Participer sous forme d'analyse et rédaction à la documentation des expériences du programme
- Participer à la planification opérationnelle du volet facilité et aux divers rapportages
- Rédiger des plans de travail mensuels et des rapports d'activités trimestriels
- Mener les activités de terrain dans le respect des procédures et valeurs de la CTB
- Accomplir toutes autres tâches en rapport avec les objectifs du programme PASS.

7.3.8.6 Profil

Niveau de formation :

- Formation supérieure en sciences humaines/sociale, en développement social/communautaire ou dans un domaine apparenté (minimum BAC +4 ou expérience équivalente d'au moins 10 ans).

Expérience prouvée:

- Expérience prouvée d'au moins cinq ans dans un domaine lié au contexte socio-sanitaire ou dans le renforcement des organisations de la société civile dont les organisations paysannes ainsi que des groupements communautaires
- Au moins une expérience de trois ans en coopération internationale
- Connaissance des enjeux communautaires dans le domaine de la santé
- Connaissances et expériences sur la promotion des intérêts stratégiques des femmes et l'intégration du genre dans les activités de la facilité
- Une expérience avec des COGECS (comités de santé), les indigents, les relais communautaires serait un plus
- Connaissance d'une ou plusieurs langues des zones d'intervention

Aptitudes :

- Bonne capacité à travailler en équipe
- Bonnes capacités rédactionnelles, capacité d'analyse et esprit de synthèse
- Capacité de travailler sous pression
- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturel et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Aptitudes en animation des groupes communautaires
- Empathie envers les bénéficiaires
- Excellente maîtrise du français, quelques connaissances en anglais
- Bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, PowerPoint, Base de données).

7.3.8.7 Mode de sélection

Recruté localement par le CTI volet facilité avec avis de non-objection de la représentation

7.3.8.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit béninois. Il s'agit d'un contrat avec la représentation CTB/Bénin.

7.3.8.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le CTI de la demande dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation.

7.3.9 CTI santé publique au niveau départemental (x2)

7.3.9.1 Poste

Deux postes de conseiller technique sont prévus, un au Mono-Couffo et un à l'Atacora-Donga. Le conseiller sera un médecin en Santé Publique ou expertise équivalente avec une expertise en développement organisationnel et un processus de changement dans le cadre d'un appui institutionnel au niveau DDS.

7.3.9.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le CTI en santé publique sera rattachée à la DDS (un à la DDS de Mono-Couffo et l'autre à la DDS de l'Atacora-Donga). La position l'amènera à s'investir dans le renforcement du rôle et des capacités du niveau intermédiaire et l'encadrement des Zones de santé et structures sanitaires par le département. Il collaborera étroitement avec l'autre DDS dans le PASS et le niveau central.

Le conseiller de DDS Mono-Couffo résidera à Lokossa. Il effectuera des déplacements fréquents en dehors du département (réunions de concertation et de coordination à Cotonou, Bihocou et Atacora-Donga) et au sein du département (encadrement Zones de santé, visites de structures sanitaires).

Le conseiller de DDS Atacora-Donga résidera à Natitingou. Il effectuera des déplacements fréquents en dehors du département (réunions de concertation et de coordination à Cotonou, Azové et Mono-Couffo) et au sein du département (encadrement Zones de santé, visites de structures sanitaires).

7.3.9.3 Durée

Les deux postes sont prévus pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.9.4 Responsabilités

1/ Volet technique de l'appui (estimé à 80%): le CTI est responsable d'un encadrement technique rapproché (santé publique, gestion du changement) durant la mise en œuvre de l'intervention. Ensemble avec l'équipe du PASS, il est responsable pour l'ensemble des résultats. Il couvrira l'ensemble des domaines d'activités liées au niveau déconcentré, particulièrement celles liées à l'offre des soins.

2/ Volet gestion de l'appui (estimé à 20%): le CTI est co-responsable, ensemble avec le DDS, pour la coordination et la mise en œuvre du programme d'appui au niveau du département. Ensemble ils assureront la coordination de l'Unité Fonctionnelle au niveau départemental (respectivement dans l'Atacora-Donga et dans le Mono-Couffo).

7.3.9.5 Tâches

Pour le volet technique :

- Appuyer un processus de changement
- Assurer une meilleure circulation de l'information et un dialogue constructif entre les parties prenantes concernés par la santé au niveau déconcentré
- Renforcer les compétences au sein de la DDS en lien avec les aspects de santé publique, en particulier le volet déconcentré des activités liées au résultats de PASS, en particulier les domaines d'activité liés à l'offre de soins dans le résultat 1, le volet départemental des résultats 2 et 5, l'appui à la mise en place des ADAM (R3), et l'intégration des activités sous le résultat 4

dans le système de santé, ainsi que tout autre activité et opportunité contribuant à la réalisation des résultats du PASS

- Accompagner le DDS et le CHD dans leur appui au développement des ZS
- Faciliter un bon dialogue entre l'offre et la demande
- Contribuer à la prise en compte des thèmes transversaux (environnement, genre, droits de l'enfant, VIH/Santé Reproductive) au sein des domaines d'activité sous sa responsabilité et faciliter la recherche-action par rapport à ces thèmes
- Contribuer à la réalisation des recherche-actions dans les domaines où il donne un appui
- Contribuer aux activités de l'appui scientifique, la capitalisation des expériences ainsi que la diffusion des résultats des recherches, tant au niveau déconcentré, central et international.

Pour le volet gestion (coordination de l'Unité Fonctionnelle) :

- Veiller, ensemble avec la DDS, à une mise en œuvre coordonnée des activités du PASS au niveau des départements (à travers le suivi de la planification et la budgétisation trimestrielle)
- Veiller, parmi les acteurs concernés dans les départements, à une compréhension partagée en relation avec les concepts et les stratégies du PASS
- Assurer une concertation régulière et un travail en équipe entre tous les acteurs concernés dans les départements
- Assurer une bonne circulation de l'information au sein du PASS
- Veiller à l'application du manuel de coordination au niveau du PASS et partager des réflexions/préoccupations/questions avec le coordinateur PASS en lien avec la mise en œuvre du PASS
- Assurer la soumission au coordinateur les plans de travail de l'intervention, des rapports narratifs et financiers, des ajustements ou modifications éventuelles des activités, des rapports de suivi & évaluation selon le canevas de la CTB ainsi qu'un rapport final d'exécution
- Assurer (la partie technique) des cercles de développement des membres de l'équipe de l'UF DDS, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation

Il sera appuyé dans ces fonctions de gestion, d'administration et de finance par un Administrateur Gestionnaire national, à qui il délèguera le plus possible les tâches de gestion administratives et financières du PASS.

7.3.9.6 Profil

Niveau de formation :

Médecin en Santé Publique ou une expertise jugée équivalente avec un diplôme en santé publique

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum 5 ans dans un contexte international dans un pays en développement et dans le domaine de la Santé Publique.
- Expérience en économie de la santé et des mécanismes d'assurance maladie
- Expérience en planification ascendante, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation au niveau provincial ou national
- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement

- Expérience en développement et encadrement des ZS (SYLOS) et recherche-action
- Expérience en méthodologies participatives (ex : 'outcome-mapping')
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale

Sont des atouts :

- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique
- Une connaissance préalable du contexte béninois

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

7.3.9.7 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire béninois pour agrément.

7.3.9.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

7.3.9.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le coordinateur co-directeur du programme, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation, et (si pertinent) en concertation avec EST Santé pour la partie technique.

7.3.10 'CTR' santé publique au niveau départemental/zonal (x2)

7.3.10.1 Poste

Deux postes de conseiller technique régional sont prévus, un au Mono-Couffo (Lokossa) et un à l'Atacora-Donga (Natitingou). Le conseiller sera un médecin en Santé Publique ayant une expérience solide en développement d'un Système Local de Santé et une expertise en développement organisationnel et un processus de changement. Ils appuieront le développement des ZS et l'encadrement du niveau intermédiaire des Zones de santé.

7.3.10.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Les deux conseillers techniques régionaux en santé publique seront ancrés au niveau de la DDS (un à la DDS de Mono-Couffo et l'autre à la DDS de l'Atacora-Donga). Ils travailleront au sein de l'Unité Fonctionnelle départemental et collaboreront étroitement avec l'autre DDS dans le PASS et le niveau central. Ils effectueront des déplacements fréquents en dehors du département (réunions de concertation et de coordination à Cotonou, Mono-Couffo et Atacora-Donga) et au sein du département (encadrement Zones de santé, visites de structures sanitaires).

7.3.10.3 Durée

Les deux postes sont prévus pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.10.4 Responsabilités

Il assistera le DDS à travers un encadrement technique rapproché (santé publique, gestion du changement) durant la mise en œuvre de l'intervention. Ensemble avec l'équipe du PASS, il contribuera à l'ensemble des résultats. Il couvrira l'ensemble des domaines liés au niveau déconcentré avec un appui particulier au développement et encadrement des Zones de santé.

7.3.10.5 Tâches

- Appuyer un processus de changement au niveau des ZS, des communes, et de la DDS
- Appuyer le travail en équipe, en particulier au niveau des ZS et les acteurs du Système Local de Santé (SYLOS)
- Assurer une meilleure circulation de l'information entre les parties prenantes
- Renforcer les compétences d'encadrement des ZS par la DDS/CHD, et des structures de santé par les ZS. Le CTI se concentrera en particulier sur les domaines d'activité liés à l'offre de soins (dans le résultat 1), la déconcentration/distribution/motivation des RH (résultat 2), la sensibilisation et organisation par rapport au RAMU au niveau des ZS (R3), l'intégration des activités sous le résultat 4 au niveau des ZS/communes, les activités au niveau des ZS/SYLOS pour le résultat 5, ainsi que toute autre activité et opportunité contribuant à la réalisation des résultats du PASS.
- Faciliter un bon dialogue entre l'offre et la demande
- Contribuer à la prise en compte des thèmes transversaux (environnement, genre, droits de l'enfant, VIH/Santé Reproductive) au sein des domaines d'activité sous sa responsabilité et contribuer à la recherche-action par rapport à ces thèmes.
- Contribuer aux activités de l'appui scientifique, la capitalisation des expériences ainsi que la diffusion des résultats des recherches, tant au niveau déconcentré, central et international
- Contribuer à la planification ascendante et à un suivi participatif des activités ensemble avec les acteurs dans le SYLOS

- Assurer la soumission au conseiller technique international de DDS des plans de travail de l'intervention, des rapports d'avancement trimestriels, des ajustements ou modifications éventuelles des activités, des rapports de suivi & évaluation selon le canevas de la CTB
- Contribuer aux rapports narratifs et financiers.

7.3.10.6 Profil

Niveau de formation :

Médecin en Santé Publique ou une compétence jugée équivalente avec un diplôme en santé publique

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle en développement du système local de santé de minimum cinq ans dans un contexte international en Afrique
- Expérience en financement de la santé, en gestion et motivation des RH et en décentralisation/déconcentration du secteur de la santé
- Expérience en planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation
- Expérience en méthodologies participatives
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale
- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement
- Expérience en recherche-action.

Sont des atouts :

- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique
- Une connaissance préalable du contexte béninois.

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

7.3.10.7 Mode de sélection

Les CTR seront recrutés sur la base d'un appel à la candidature national/régional qui sera lancé par la CTB selon les procédures belges en régie à Cotonou.

7.3.10.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit béninois. Il s'agit d'un contrat avec la représentation CTB/Bénin.

7.3.10.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le CTI Santé Publique, Co-responsable au sein du DDS dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation.

7.3.11 'CTR' en gestion des infrastructures et équipements

7.3.11.1 Poste

Il est prévu un poste un Conseiller Technique Régional ('CTR'), expert en gestion des infrastructures et équipements possédant une solide connaissance et expérience en système de maintenance.

7.3.11.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Natitingou dans le bureau de l'équipe PASS à la direction départementale sanitaire (DDS) de l'Atacora-Donga. Hiérarchiquement il dépend néanmoins du CTI de l'Unité Fonctionnelle Gestion équipements/infrastructures au niveau central. Il collaborera en particulier avec le service des infrastructures, des équipements et de la maintenance (SIEM). Il effectuera de multiples déplacements dans les zones sanitaires et communes afin de veiller au lien entre le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel. L'ancrage spécifique n'empêche pas au conseiller de travailler avec plusieurs services.

7.3.11.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.11.4 Responsabilités

Le conseiller technique est responsable d'un encadrement technique rapproché (gestion des infrastructures, des équipements et de la maintenance) de qualité durant la mise en œuvre de l'intervention. Ensemble avec l'équipe du PASS, il est responsable pour le résultat sur les ressources matérielles.

7.3.11.5 Tâches

- Assurer l'exécution des activités de gestion des infrastructures, des équipements et de la maintenance aux niveaux opérationnels
- Accompagner et supporter la programmation et la mise en place du système de maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements médicaux dans les départements d'interventions.
- Accompagner les acteurs de la maintenance dans la mise en œuvre du système de maintenance. Cela inclut une assistance technique et des activités de formation et de sensibilisation sur le terrain
- Participer au suivi de la performance du système de maintenance
- Contribuer aux spécifications techniques dans la préparation des termes de référence pour les études et les services de formation et de consultance exécutés par des experts nationaux et internationaux
- Appuyer ces études et activités et assurer qu'elles contribuent aux objectifs de l'intervention
- Contribuer à des recherche-actions
- Rapporter de manière régulière (au minimum toutes les semaines) à la DIEM et au conseiller technique international
- Etablir et maintenir des bonnes relations de travail avec les participants au programme et les partenaires

- Prendre en compte les thèmes transversaux (environnement, genre, droits de l'enfant, HIV/santé reproductive) dans son travail quotidien.

7.3.11.6 Profil

Niveau de formation :

- Diplôme d'ingénierie civil, de préférence dans les secteurs du génie médical ou des infrastructures (ou équivalent)

Expérience prouvée :

- Au moins cinq ans d'expérience dans la maintenance, de préférence dans le domaine biomédical
- Expérience en Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur est un avantage
- Une expérience internationale

Aptitudes :

- Bonne compréhension des concepts de gouvernance, de renforcement institutionnel, de gestion du changement et de renforcement des capacités
- Capacité à entreprendre des activités professionnelles d'une manière participative et consultative, en prenant en compte les spécificités culturelles de son environnement de travail afin que le partenaire participe activement aux activités et se les approprie
- Excellente habilité à communiquer, faciliter, accompagner, négocier, avoir un esprit d'équipe, et travailler en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle, de mener de la recherche-action et des enquêtes
- Bonnes compétences organisationnelles, de planification et de gestion
- Maîtrise de la langue française.

7.3.11.7 Mode de sélection

Le CTR sera recruté sur la base d'un appel à la candidature national/régional qui sera lancé par la CTB selon les procédures belges en régie à Cotonou.

7.3.11.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit béninois. Il s'agit d'un contrat avec la représentation CTB/Bénin.

7.3.11.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le CTI Santé Publique, Co-responsable au sein du DDS, en concertation avec le CTI en gestion d'équipements et infrastructures, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation.

7.3.12 Administrateur Gestionnaire

7.3.12.1 Poste

Il est prévu un poste d'un Administrateur Gestionnaire (AG) sénior pour assurer la gestion administrative et financière au niveau des UF.

7.3.12.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Il sera basé au niveau des UF DDS (Atacora-Donga, Mono-Couffo) et au niveau de l'UF demande et l'UF central.

7.3.12.3 Durée

Les postes sont prévus pour la durée du financement, soit cinq ans.

7.3.12.4 Responsabilités

Il assistera l'UF par rapport à la gestion administrative et financière du programme d'appui.

7.3.12.5 Tâches

- Contribuer au développement du planning opérationnel : focalisation sur les implications budgétaires (programmations financières), la détermination des activités restant aux mains des responsables de l'intervention
- Assurer la révision mensuelle et consolidation régulière des comptabilités de l'UF
- Assurer la révision mensuelle des opérations passées sur les caisses de l'UF
- Contrôler hebdomadairement les bons de commandes signés par les responsables de l'intervention (validation en fonction du budget), et autorisation de décaissement. Rapportage financier du programme, en lien avec les rapports d'activité rédigés par les responsables du projet. Rédaction de rapport consolidé
- Encadrer et suivre les marchés publics, avec concentration sur les aspects administratifs, de respect des procédures administratives et financières
- Introduire et superviser les procédures et outils de planification et de monitoring relatifs aux activités financières et budgétaires. Participation ad hoc à la formalisation d'autres outils et procédures à la demande des responsables de l'intervention
- Préparer les rapports financiers & des ajustements budgétaires à soumettre à la SMCL participation à la demande à titre consultatif ; coordination du secrétariat à la demande
- Assurer un rôle réflexif et prospectif majeur dans l'amélioration de l'efficacité des procédures administratives et financières pour la DDS
- Partager la réflexion et les outils développés avec les autres interventions de la coopération belge

7.3.12.6 Profil

Niveau de formation :

Diplôme d'administrateur-gestionnaire

Expérience prouvée:

- Financier expérimenté de niveau régional.
- Expérience de travail d'au moins sept ans avec au moins quatre ans dans le cadre de programmes de coopération ou d'ONG en pays en voie de développement.
- Expériences probantes au niveau intermédiaire/national, incluant des fonctions de consolidation, et des relations fréquentes avec les ministères, partenaires de développement.

Sont des atouts :

- Une expérience plus longue et / ou assortie de réalisations concrètes connues

- Une implication plus grande dans le secteur sanitaire
- Une expérience préalable à un poste similaire au sein d'une organisation de coopération réputée dans le domaine de la santé
- Une bonne connaissance des procédures CTB

Aptitudes :

- Capacités analytiques et conceptuelles, une logique opérationnelle
- Aptitude à concevoir des modèles organisationnels cohérents
- Personne rigoureuse, organisateur, diplomate, douée pour la facilitation, capable de comprendre les contraintes d'autrui.
- Capacités de communicateur étendues (négociation, modération, accompagnement, représentation, présentation de résultats, didactique)
- Capacités de travailler en équipe
- Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais.
- Excellente maîtrise des outils informatiques relatifs à la gestion financière.
- Excellente maîtrise du français
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

7.3.12.7 Mode de sélection

Les AG seront recrutés sur la base d'un appel à la candidature national qui sera lancé par la CTB selon les procédures belges en régie à Cotonou.

7.3.12.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

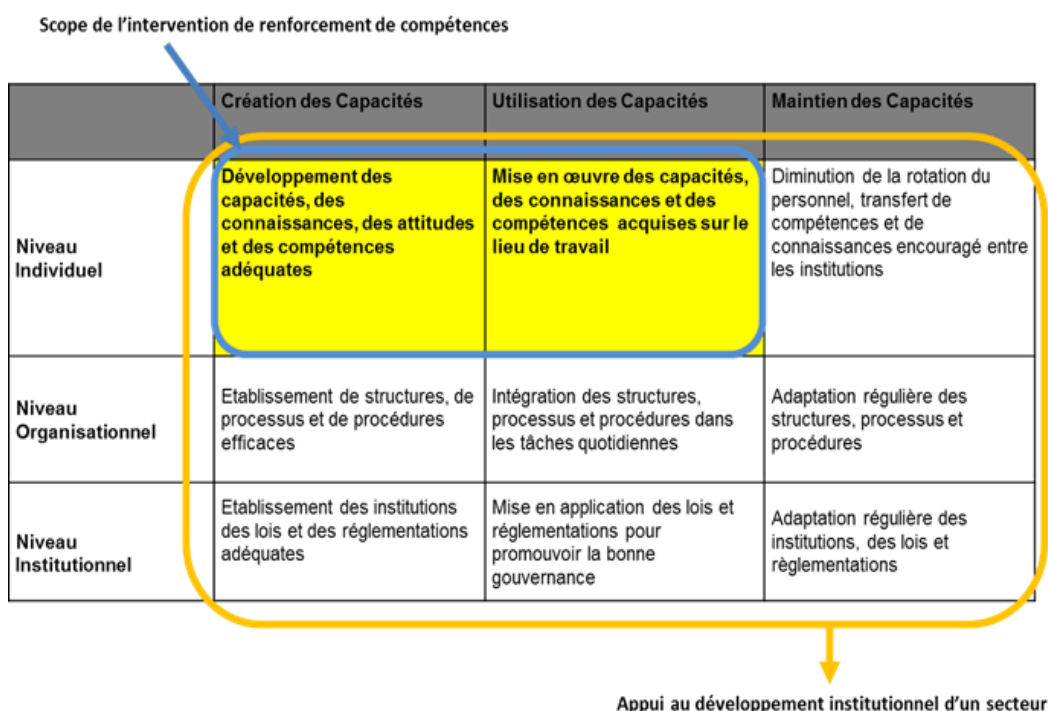
7.3.12.9 Cercle de développement

Le cercle de développement sera effectué par le RAFI et le CTI de l'UF, dans la limite des procédures en vigueur au sein de la représentation.

7.4 Synergie projet bourses et PASS 'Sourou'

Le « Projet d'appui aux organisations béninoises par le renforcement de compétences des ressources humaines » a été conçu et sera réalisé en synergie étroite avec les deux programmes sectoriels, le « PASS SOUROU » pour le secteur de la Santé et le programme sectoriel agricole. Que ce soit en partageant une approche commune de renforcement des compétences, en stimulant la diffusion des nouveaux paradigmes parmi les acteurs du secteur, en utilisant les mêmes outils : parcours d'acquisition de compétences (PAC), en collaborant avec l'intervention pour identifier les opportunités du secteur (nouvelles Organisations Bénéficiaires (OB) et Instituts Formations (IF), par exemple), en priorisant dans un exercice conjoint (groupes techniques) les opportunités/défis du secteur et les OB et IF à appuyer mais aussi en partageant des ressources techniques, les pistes de synergie entre les programmes sectoriels et l'intervention sont riches, multiples et prometteuses.

Des ambitions communes, un scope différent.



Sur le plan stratégique :

Le « Projet d'appui aux organisations béninoises par le renforcement de compétences des ressources humaines » constitue un des leviers du programme de coopération bénino-belge pour soutenir le développement des capacités dans les deux secteurs prioritaires d'intervention. Les programmes d'appui sectoriels offrent d'autres leviers importants.

Les synergies à développer entre le projet et les programmes d'appui sectoriels s'inscrivent dans une approche commune du « renforcement des capacités » qui repose sur les principes suivants :

- Une approche intégrée d'appui au développement institutionnel d'un secteur implique d'agir à différents niveaux de capacités interdépendants⁴⁹. Le renforcement des capacités au niveau individuel est largement tributaire du contexte organisationnel dans lesquelles les individus opèrent. À son tour, le fonctionnement des organisations est influencé par l'environnement favorable - y compris le cadre institutionnel et les structures de pouvoir et d'influence - dans lequel ces organisations sont intégrées.
- Le renforcement des capacités comprend les processus de création (acquisition) de nouvelles capacités, mais aussi la mobilisation et l'utilisation efficaces de ces capacités (utilisation effective sur le lieu de travail, impact sur le changement de comportement) et le maintien de la capacité au cours du temps. Sur le plan individuel, les concepts de 'création', 'utilisation' et 'maintien' des compétences constituent donc des dimensions centrales du développement des compétences.
- Le renforcement des capacités est d'abord un processus endogène de changement. Le soutien apporté de l'extérieur peut tout au plus faciliter, libérer et s'appuyer sur ce processus interne.
- L'appui au renforcement des capacités est un processus de longue haleine, qui nécessite une approche de facilitation du changement progressive, orientée par une analyse continue et structurée du contexte, et adaptée continuellement en fonction des changements de l'environnement.
- Promouvoir des espaces d'échanges, d'apprentissage et de gestion des connaissances est essentiel pour un changement durable des capacités.

L'appui au renforcement des capacités renferme donc tant le développement des ressources humaines que la promotion d'un environnement institutionnel qui permette à ces capacités de se développer et se maintenir.

Les programmes sectoriels, de par leur 'scope' (appui aux réformes organisationnelles et institutionnelles), leur mécanisme de facilitation de changement sur le long-terme, et d'analyse contextuelle systématique jouent un rôle essentiel dans la définition de la direction (ou des directions) de l'appui apporté au renforcement des capacités des acteurs du secteur. Ils peuvent ainsi offrir le cadre plus large dans lequel viennent s'inscrire les activités du projet centré sur les capacités individuelles.

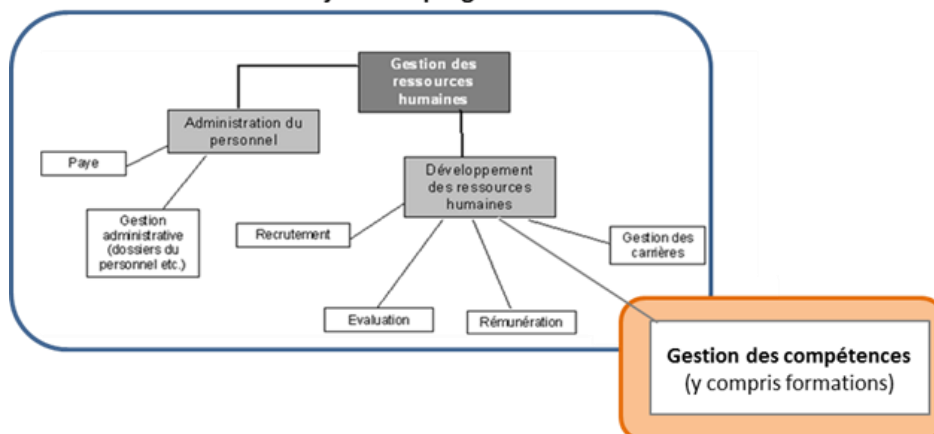
Par ailleurs, les programmes sectoriels présentent tous les deux des ambitions importantes en termes d'appui au développement institutionnel de la DRH / Ministère.

Le « Projet d'appui aux organisations béninoises par le renforcement de compétences des ressources humaines » se concentre quant à lui sur l'acquisition des compétences, une partie du Développement des Ressources Humaines (DRH), lui-même composante de la GRH.

Le schéma ci-dessous présente de manière simplifiée cette différence.

⁴⁹ La CTB utilise la définition suivante : Le « renforcement des capacités » a trait aux processus par lesquels les individus, les organisations et la collectivité dans son ensemble libèrent, créent, renforcent, adaptent et préservent les capacités au fil des ans. (Evoluer vers de bonnes pratiques, OCDE, CAD, 2008.

Gestion des Ressources Humaines
= axe d'intervention majeur des programmes sectoriels



Acquisition de compétences
= axe d'intervention majeur
de cette intervention

Sur le plan opérationnel :

Ces complémentarités sur le plan stratégique se traduisent au niveau opérationnel dans la mise en place des synergies suivantes:

- Une complémentarité dans la mise à disposition des conseillers techniques. Les programmes sectoriels fournissent une expertise de long terme et multidisciplinaire en développement institutionnel et organisationnel. Le « Projet d'appui aux organisations béninoises par le renforcement de compétences des ressources humaines » mettra en place une équipe technique spécialisée en renforcement des compétences et partagera ces expertises avec les deux programmes sectoriels. Deux experts nationaux en renforcement de compétences seront intégrés, chacun pour leur secteur, dans l'équipe d'appui technique au programme sectoriel. Les modalités pratiques seront précisées lors de la préparation de la mise en œuvre du PASS.
- L'appui à des stratégies de renforcement des capacités durables s'inscrit d'abord dans une compréhension du contexte d'intervention. Les programmes sectoriels mènent une analyse systématique des leviers (enabling factors) et contraintes en terme de capacité et de performance des principales parties prenantes. En révélant (en partie) les facteurs qui influencent les capacités des parties prenantes à exercer des fonctions clés et qui sous-tendent la conception des stratégies d'appui en renforcement des capacités. Les programmes sectoriels pourront partager ces connaissances et analyses du contexte institutionnel sectoriel.
- Les évaluations de la capacité institutionnelle et organisationnelle menées au sein des programmes sectoriels pourront être utilisées dans l'élaboration et la mise en place des PAC. La priorisation des initiatives de renforcement de compétences des ressources humaines des acteurs publics des secteurs de la santé et de l'agriculture, devrait autant que possible se faire sur base des visions institutionnelles et organisationnelles du MAEP et du MS. Le « Projet d'appui aux organisations béninoises par le renforcement de compétences des ressources humaines » est tributaire des choix institutionnels pris par les autorités béninoises, appuyés par les programmes sectoriels.
- En ce qui concerne le M&E des changements en termes de RC, le projet est redevable sur le niveau de qualité des outputs (et la satisfaction des apprenants). En améliorant les synergies avec l'approche programme, le monitoring devient envisageable sur les autres 'impacts'

possibles du renforcement des capacités individuelles : liés au changement de comportement, au transfert de connaissances, à la performance d'une équipe à l'intérieur d'une organisation etc..

- De même ces synergies viseront à optimiser les opportunités d'apprentissage autour des approches et outils de RC. Ce processus de réflexion pourra être conduit à travers notamment les groupes techniques. Il permettra aussi adaptation continue des stratégies de renforcement des capacités individuelles avec les programmes sectoriels.

Il offrira également au projet les possibilités de partager des outils et les concepts développés. Par ailleurs, en fonction des besoins, des PAC innovants et sur mesure peuvent être développés et mis en œuvre.

Il sera crucial d'exploiter au maximum les nouveaux concepts (priorisation des besoins de l'organisation, valorisation des formations continues, concept de PAC, etc) lors de l'établissement des nouveaux « plans de formation » triennaux pour les deux secteurs :

- L'appui à l'établissement de ces plans de formations triennaux des ministères relève des volets d'appui institutionnel des programmes sectoriels, car ils sont profondément ancrés dans le contexte institutionnel et organisationnel du Ministère sectoriel. Ce qui n'empêche pas que le projet puisse fournir des appuis techniques et méthodologiques en la matière.
- Par ailleurs ce qui précède permettrait à la CTB (et à ses interventions sectorielles) d'appuyer le développement d'un nouveau plan de formation triennal 2015-2017 en même temps pour le MAEP et pour la Santé.

7.4.1 Identification de défis spécifiques au secteur de la santé

Les échanges entre les missions de formulation ainsi que les informations collectées auprès des partenaires identifient certains défis spécifiques au secteur. Il appartiendra au groupe technique Santé de valider ces constats et de prioriser, le cas échéant, certaines activités de renforcement de compétences.

- Les formations sanitaires (tant les hôpitaux que les centres de santé publics et privés) sont confrontées à des défis énormes et des opportunités intéressantes en matière de formation continue des aides-soignants et infirmiers brevetés sur le terrain.
- Il importe de créer les conditions de succès (institutionnelles et autres) qui permettent de développer les compétences professionnelles des médecins installés dans les ZS déshéritées. Par exemple, la concrétisation et la mise en œuvre de la vision que « tout médecin généraliste actif au niveau d'une ZS déshéritée doit être capable de réaliser correctement un certain nombre d'opérations urgentes ».
- On pourrait par ailleurs envisager et tester de nouvelles approches, notamment la formation de spécialistes étalée sur une durée plus longue en maintenant ces médecins (spécialistes en formation) sur place dans leur ZS.
- Le besoin d'un financement consiste par le programme PASS SOUROU pour le développement des ressources humaines essentielles aux priorités sectorielles de la santé, étant donné que le financement du projet est limité. Un exemple serait le développement des ressources humaines essentielles au volet transfusion sanguine du programme sectoriel.
- Les opportunités du FBR (financement basé résultat pour le secteur de la santé) qui permettrait de stimuler la qualité des soins fournis par les formations sanitaires et qui fournirait une incitation (indirecte) pour l'acquisition des compétences par les RHS via des approches « qualifiantes » plutôt que diplômantes.

- Opportunités de collaboration étroite avec la Faculté des Sciences de la Santé à Cotonou (FSS - Université d'Abomey Calavi) et le Ministère de l'Enseignement Secondaire, de la Formation Technique et Professionnelle, de la Reconversion et de l'Insertion des Jeunes (notamment pour l'acquisition de compétences par les aides-soignants).

7.4.2 Ancrage de la nouvelle intervention Bourses

Il se situe au niveau des deux programmes sectoriels.

Dans la mesure du possible, les CTN Renforcement des Capacités seront hébergés au sein même des équipes d'appui institutionnel des programmes sectoriels ou au sein des équipes d'expertises. Idéalement, les autres membres de l'équipe partageront des bureaux communs avec l'une ou l'autre équipe d'appui administratif et de gestion financière (Santé ou Agriculture). Cependant, vu la pénurie chronique de bureaux au sein des ministères techniques, le projet Bourses a prévu dans son budget la possibilité de louer des locaux dédiés.

Au démarrage du projet, les discussions en cours sur les possibilités de mutualiser et/ou de rassembler certaines ressources d'appui des trois interventions de la coopération belgo-béninoise

7.5 Liste non-exhaustive de quelques indicateurs opérationnels pertinents pour le suivi des résultats (en particulier R1 et R4)

Pour le résultat 1 :

- Nombre de décès maternel intra hospitalier : non-disponible
- Proportion de décès maternels audités par zone sanitaire : non-disponible
- Taux d'accouchement par césarienne : 5 (PSER, 2009)
- Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception : 18,8 (PSER, 2011)
- Proportion de FS offrant les prestations de la PCIME : 88 (PSER, 2010)
- Taux de satisfaction des demandes en produits sanguins de qualité dans les structures assurant la transfusion sanguine : non-disponible
- Taux d'occupation des lits hospitaliers dans les HZ et CHD : non-disponible
- Durée de séjour moyen dans les HZ et CHD : non-disponible
- Taux de ruptures de stock de médicaments : non-disponible

Pour le résultat 4 (nouveaux indicateurs – pas encore de chiffres disponibles):

Fichier de suivi de la mise en place du système de gestion des équipements et des infrastructures :

- Part du budget Infrastructure et Equipements alloué à la maintenance préventive (%)
- Taux de réalisation des tâches de maintenance planifiées (%)
- Budget alloué à la maintenance préventive des infrastructures sanitaires
- Budget alloué à la maintenance préventive des équipements
- Budget alloué à la maintenance corrective des infrastructures sanitaires
- Budget alloué à la maintenance corrective des équipements
- Procédures de maintenance adaptées et communiquées
- Existence d'un inventaire accessible et standardisé pour le MC et l'AD = PROCE
- Fréquence des inspections et maintenance préventive
- Productivité en matière d'inspection et de maintenance préventive
- Existence d'un manuel de procédures d'acquisitions des équipements
- Existence de règles de contractualisation avec des prestataires de services
- Existence de normes environnementales pour les infrastructures sanitaires

Fiche de suivi de la performance du système de gestion des équipements et des infrastructures :

- Taux de non-localisation du matériel
- Taux de mise en évidence de problèmes par l'inspection et la maintenance préventive
- Intervalle moyen entre deux défaillances
- Taux de défaillances répétées
- Délai d'intervention pour les tâches non planifiées

- Délai de réparation
- Taux d'immobilisation des équipements

7.6 Carte administrative du Bénin

