

vulnérables (femmes et enfants) pour leur prise en charge sanitaire.

Comme il a été dit plus haut, l'expertise de l'IRSP ou d'autres expertises peuvent constituer une solution de recours pour les groupes thématiques.

3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

Le cadre logique en annexe propose une série d'indicateurs pour l'objectif spécifique par résultat attendu et des sources de vérification. Compte-tenu du fait qu'il s'agit d'un projet d'appui institutionnel, une majorité des indicateurs ne sont pas relatifs à des quantités, mais à des méthodes, des outils, des actions de renforcement des capacités, et du processus. Il s'agit donc surtout d'indicateurs qualitatifs et de processus permettant d'appréhender le degré et la qualité d'avancement du projet.

Ils sont issus de documents que le projet devra générer en routine (rapports d'avancement, compte-rendu de réunion, autres), de documents de politique opérationnelle (plans stratégiques, normes, autres) ou d'enquêtes spécifiques qui étayeront le projet (enquêtes de satisfaction, autres).

Vu la spécificité de l'intervention, qui considère le système de santé comme une dynamique sociale, qui joue surtout sur les dynamiques et les interactions et de ce fait doit saisir les opportunités qui se présentent, il n'est pas pertinent de bâtir des indicateurs définitifs. De ce fait, ils pourront être révisés par le groupe thématique sur les indicateurs systémiques et validés par le CNEEP et améliorés à partir de la pratique, en fin de première année du projet, et soumis à l'approbation de la Structure Mixte de Concertation Locale (SCML).

3.5.1 Indicateurs relatifs à l'objectif spécifique

Ces indicateurs rejoignent quelques défis que le MS s'est posé, notamment les défis par rapport à l'opérationnalisation du PNDS, l'introduction de l'approche sectorielle dans le secteur et la réforme de la gestion des ressources humaines.

Objectif spécifique	Indicateurs de l'objectif spécifique	Sources de vérification
« Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDSS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces »	<ul style="list-style-type: none"> • La contribution du projet à mettre en œuvre les objectifs décrits dans le PNDS, en particulier concernant le renforcement de la gestion, le partenariat et les compétences (interpersonnelles ; gestion au changement) des cadres du MS ; • Inventaire des stratégies du MS validées se basant sur un travail participatif et répondant à un besoin de terrain ; • Inventaire des problèmes de fonctionnement au sein du MS et d'interactions avec le terrain ainsi que les autres acteurs du secteur pour lesquels une solution satisfaisante a été trouvée ; • Evolution des opportunités de financement : financement conjoint de plusieurs PTF / bailleurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • PV réunions des organes de suivi du PNDS (CNEEP, RAC) ; • Arrêtés ministériels, rapports des revues annuelles, des réunions, des supervisions, des ateliers, des groupes thématiques et des évaluations (analyse SWOT) ;

3.5.2 Indicateurs relatifs aux résultats

Ces indicateurs mesureront plus précisément les outputs de l'appui c'est-à-dire la réalisation concrète des programmes d'activités. Ils sont détaillés dans le cadre logique de l'intervention en annexe.

3.6 CONDITIONS PRÉALABLES, RISQUES ET HYPOTHÈSES

3.6.1 Conditions préalables

Il n'y a pas des conditions préalables avant de pouvoir démarrer cette intervention d'appui institutionnel, qui est conçue comme un accompagnement flexible en fonction des opportunités qui sont créées ou qui se présentent. Néanmoins, il y a des hypothèses (cf. 3.6.2) importantes qui auront une influence sur les résultats identifiés.

3.6.2 Risques et hypothèses

Les risques ont tous été formulés positivement sous forme d'hypothèses. Les hypothèses peuvent être regroupées selon différents facteurs :

3.6.2.1 Le facteur politique central ou au niveau DDS:

- Stabilité sociale et politique ;
- Stabilité de leadership au niveau du MS ;
- Le PNDS 2009 2018 est ratifié par le Conseil des Ministres.
- L'adjonction de l'expertise mixte au SGM et le développement de groupes de travail thématiques sont retenus comme stratégies de redynamisation du MS. Les Directions du MS réunies dans la Conférence des Directeurs acceptent d'assurer le rôle d'orientation et de gestion de l'ensemble de cette expertise mixte et des groupes thématiques.
- Engagement du MS à mettre en œuvre les recommandations de l'audit organisationnel de juin 2008 : publication du décret et des textes d'application de réforme de l'organigramme du MS ;
- Engagement du MS dans la planification ascendante conforme au Manuel (2006) ;
- Volonté de la part du MS au niveau central et intermédiaire de se concerter avec les autres partenaires / acteurs ;
- Volonté des Directions de travailler suivant un seul plan d'action, un seul plan de formation et des indicateurs communs ;
- Volonté des Directions de s'inscrire dans une dynamique de supervision intégrée sans interférences avec les plans d'action du terrain (DDS, ZS) ;
- Engagement effectif du MS dans une politique d'amélioration "globale" des RH du MS ;
- Volonté de la DDS de collaborer avec les autres partenaires opérationnels et avec les collectivités locales au niveau de la planification, de l'analyse (cfr. Groupes de travail thématique) et de la revue semestrielle.

3.6.2.2 Le facteur partenaires techniques et financiers :

- Volonté de collaboration de la part des partenaires techniques et financiers (coordination et complémentarité : BM, CE, UNICEF et Coopération Belge) ainsi que des autres AT du niveau central ;

- Volonté des programmes verticaux de s'aligner sur le système de supervision intégrée centrale et au niveau intermédiaire (DDS).

3.6.2.3 Le facteur humain :

- La disponibilité des cadres aptes à initier et soutenir la redynamisation du MS : pour pouvoir réaliser les défis de l'appui institutionnel orienté vers la gestion du changement et vers l'appui à la base de la pyramide sanitaire, il faut avoir des cadres disponibles, compétents et motivés.
- Stabilité des cadres au niveau du MS notamment des cadres à haut niveau de responsabilité (Directeurs, DDS) ;
- Volonté des superviseurs centraux et au niveau intermédiaire de se réunir après les supervisions intégrées ;
- Ouverture pour suivre une démarche participative et de concertation ;
- Engagement des chefs de Direction et de Service pour appliquer les méthodes et outils mis à leur disposition lors du cycle de formation en gestion du changement ;
- Appropriation du CHD de sa mission de donner un appui technique (sous forme de formation continue) aux ZS.

3.6.2.4 Le facteur compétence :

- Capacités au niveau opérationnel pour documenter les expériences ;
- Capacité des participants de mener un dialogue politique constructif et efficace à un niveau stratégique ;
- Capacité du MS à mettre en œuvre les conclusions des réunions ;
- Capacité et personnalité des superviseurs pour assurer un style de supervision accompagnateur ;
- Transparence et capacité gestionnaire de la part des partenaires / acteurs ;
- Composition des groupes de travail thématiques basée sur l'expertise interne et externe au MS et sur les inputs remontés des expériences de terrain.

3.6.2.5 Le facteur logistique :

La plupart de ces hypothèses sont déterminées par les facteurs interpersonnels. Une relation de confiance et de respect mutuel est essentielle pour le bon déroulement du projet. C'est justement sur ces aspects que l'appui institutionnel se concentre. L'objectif n'est pas seulement de créer une atmosphère constructive à court terme mais de créer les conditions structurelles permettant un cadre de travail motivant et professionnel à plus long terme.

3.7 ACTEURS INTERVENANTS DANS LA MISE EN ŒUVRE

3.7.1 Acteurs au niveau central du Ministère de la santé

Comme expliqué plus haut, l'appui institutionnel se fera par le moyen de l'expertise mixte et les groupes thématiques rattachés au SGM (voir : 2.2.4 et 2.2.5). Tous les acteurs au niveau central du MS peuvent être impliqués dans la mise en œuvre de l'intervention. Pour la mise en œuvre quotidienne, l'intervention s'appuiera donc sur les cadres travaillant dans les différentes Directions qu'elle mobilisera en fonction des activités à réaliser.

Même si, dans un appui au système, toutes les Directions seront impliquées, les résultats identifiés dans le cadre de cette intervention concernent en particulier :

- Le Secrétariat Général du Ministère (SGM) ;
- La Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) ;
- La Direction du Développement des Zones Sanitaires (DDZS).

A ce niveau, il faut aussi mentionner l'assistant technique principal (ATP) positionné au niveau du SGM qui donnera un appui institutionnel coordonné au MS.

3.7.2 Acteurs au niveau intermédiaire du Ministère de la santé

La DDS a un rôle crucial dans le Résultat 2 de l'intervention. Ce rôle-clé consiste notamment à tester les politiques et normes nationales et à donner un feedback argumenté et structuré au niveau central à travers les différentes lignes de communication renforcées par l'intervention. L'assistant technique départemental (ATD) devra appuyer ce processus et stimuler la synergie avec le niveau central.

3.7.3 Partenaires-acteurs

Les ONGs, les agences d'exécution du privé non-lucratif et lucratif, et les mutuelles qui seront sollicitées pour :

- échanger de l'information concernant leurs activités sur le terrain afin de permettre au MS d'avoir une vue d'ensemble à jour des activités et de mieux jouer son rôle de régulateur du système ;
- donner un feedback quant à leur expérience en participant (suivant leur expertise) à des réflexions dans le cadre des groupes thématiques ou des ateliers de travail, en vue d'alimenter les politiques du MS et de contribuer au développement d'une approche sectorielle ;
- contribuer à la mise en œuvre et au suivi du PNDS.

3.7.4 Partenaires-bailleurs

Les partenaires bailleurs, principalement les coopérations bilatérales et multilatérales et les programmes verticaux, seront interpellés à contribuer aux objectifs à atteindre dans le cadre de cette intervention d'appui institutionnel :

- respecter et valoriser le rôle pivot de l'expertise mixte et des groupes thématiques ;
- contribuer à un dialogue politique de qualité à travers la Revue Annuelle Conjointe et les autres réunions de la plate-forme MS / PTF ;
- participer à la préparation de l'approche sectorielle ;
- faciliter la réalisation des résultats identifiés en adoptant une attitude flexible par rapport à leurs propres procédures en vue de permettre au MS de rationaliser sa gestion. Un exemple concret est de respecter les normes du MS par rapport au système de supervision formative et intégrée.

3.7.5 Les autres Ministères

Il s'agit en premier lieu du Ministère des Finances, du Ministère de la Fonction Publique et du Ministère

de la Décentralisation, qui sont appelés à :

- entretenir un dialogue régulier et constructif avec le MS en vue de trouver des solutions pour des problèmes spécifiques qui les concernent et qui sont identifiés au cours du projet ;
- adopter une attitude constructive et flexible par rapport au développement d'une politique cohérente par rapport aux ressources humaines au niveau du MS ;
- intégrer les actions de santé des plans de développement communaux ou départementaux dans le plan d'action départemental (triennal ou annuel).

3.7.6 Expertise nationale en dehors du MS

Dans le cadre de la réflexion dans des groupes de travail thématiques ou de l'expertise mixte, les experts nationaux peuvent être sollicités ponctuellement à titre individuel ou par le biais d'un bureau d'études.

4. RESSOURCES

Toutes les ressources nécessaires ont été calculées dans l'élaboration du budget. Nous en reprenons le tableau général en annexe. Des tableaux récapitulatifs sont inclus ci-dessous, regroupant les différentes lignes budgétaires en ressources humaines, ressources matérielles, et services et coûts de fonctionnement.

4.1 LES RESSOURCES HUMAINES

L'expertise nécessaire pour réaliser le processus de transformation du MS vers une institution plus performante, pour accompagner la mise en œuvre du PNDS et la rationalisation de la politique sanitaire, et pour appuyer la recherche-action, sera mobilisée à l'intérieur et à l'extérieur du MS. Ce pool d'expertise sera mobilisé soit pour une consultance ad hoc, soit pour renforcer le travail des groupes thématiques, soit pour assurer un accompagnement permanent ou à des intervalles réguliers.

4.1.1 L'expertise mixte à l'extérieur du MS

Cet appui institutionnel ne doit pas être considéré comme un projet avec des activités spécifiques au sein du MS. L'expertise mixte ne devra pas être rattachée à une Direction particulière, mais pourra être mandatée pour un travail à temps défini pour un niveau quelconque du MS pour des tâches variées. Une attention particulière sera accordée à la qualité de ces activités avec une orientation vers les résultats.

La coordination de cette expertise mixte sera assurée par le SGM avec l'appui du Responsable du projet qu'il aura désigné et de l'ATP. Les orientations et la gestion de l'ensemble de cette expertise mixte seront débattues en Conférence des Directeurs, sous la présidence du SGM.

Les performances des membres de l'expertise mixte seront appréciées par les responsables du projet et présentées à la Conférence des Directeurs et en fonction des résultats obtenus par rapport aux activités planifiées. Cette appréciation se fera sur base du cadre d'évaluation de la performance qui devra être élaboré, dès le début de l'intervention.

L'expertise mixte s'appuiera le plus possible sur le personnel au niveau central du MS en ce qui concerne des tâches administratives et comptables et des tâches de secrétariat. Dans la même logique, l'équipe de gestion du projet (appelée ci-après « unité d'appui conseil ») sera très succincte afin de greffer l'appui au maximum sur la dynamique de l'expertise mixte et du développement endogène des capacités au niveau du Ministère.

Les expertises nécessaires seront gérées par le moyen de plusieurs marchés répartis entre des bureaux d'études nationaux, régionaux ou internationaux. Le budget prévoit 3 enveloppes :

- une enveloppe pour la mobilisation de l'expertise nationale ;
- une enveloppe pour l'expertise régionale et
- une enveloppe pour l'expertise internationale.

Les responsables du projet lanceront une consultation restreinte à cet effet. Pour assurer la disponibilité

de l'expertise dès le début de l'intervention, ces marchés seront gérés en régie mais en étroite consultation avec le MS.

A part une expertise temporaire, l'intervention prévoit aussi un accompagnement permanent et de proximité à travers des Assistants Techniques. Ils donneront un input dans le domaine de la santé publique mais également dans le domaine de la gestion au changement. Ils appuieront le MS à coordonner les différentes réflexions et processus.

L'assistant technique principal (ATP) sera attaché au Secrétaire Général du Ministère et travaillera en collaboration avec le Responsable du projet. Il sera un assistant technique senior de niveau d'expérience internationale et géré par la CTB en régie pour une durée de 48 mois. Il sera également responsable du projet pour la partie belge. Sa description de poste et son profil se trouvent en annexe.

La possibilité de mettre à disposition un assistant technique (2) en appui à la DDS (2) est également prévue, de niveau d'expérience régionale. Celle-ci sera dépendante des conclusions de l'audit organisationnel du niveau départemental prévu au démarrage du projet.

A part cela, 2 ATR chirurgicaux (1 pour chaque CHD) sont prévus au niveau du CHD pour accompagner l'appui technique de ces 2 hôpitaux aux ZS.

4.1.2 Appui à la performance de l'expertise au sein du MS

Une enveloppe indicative de primes est réservée dans le budget. Elle a été calculée en tenant compte des montants alloués par les appuis institutionnels de la Belgique au Bénin. Elle sera soumise à un exercice d'harmonisation avec les autres PTF afin d'éviter des distorsions. L'intervention est flexible et vise à s'harmoniser avec les autres appuis institutionnels, aussi en ce qui concerne la politique des primes. Lors du démarrage de l'intervention, les PTF impliqués devront, en concertation avec le MS, 1/ clarifier la politique, 2/ élaborer un cadre transparent au cas des primes de performance seront payés. Ce cadre explicitera les personnes éligibles pour recevoir une prime, les montants précis, la fiche d'évaluation de performance pour chacun des cadres au sein du MS, éligibles pour recevoir une prime de performance. Les résultats attendus et les mécanismes de suivi de la performance seront, en préalable également, clairement définis.

De toute façon, les moyens et les conditionnalités de l'appui institutionnel ne permettent pas de payer une prime substantielle pour tout le personnel qui, en fonction de la charge de travail réel, devrait travailler au niveau central. Il faut donc cibler certaines personnes-clé (un appui à la performance de l'équivalent de 7 personnes a été budgétisé d'une façon indicative) aptes à accompagner la redynamisation du niveau central du MS. Le SGM est maître d'ouvrage du projet. Il désigne un responsable de projet chargé de la gestion opérationnelle de celui-ci (voir aussi chap. 5 ci-après). Suivant la politique de prime élaborée, ces acteurs seront éligibles à recevoir une prime pour assumer leurs tâches et responsabilités sur base des résultats attendus pour le présent projet. Les responsables du projet alloueront ces primes mensuellement et sur base d'un planning semestriel (présenté à la SMCL) des primes en fonction des résultats à atteindre. Une fiche d'évaluation sera utilisée pour des évaluations semestrielles et peut être adaptée en cours d'intervention.

Dans ce mécanisme, il ne faut pas oublier la personne formée en gestion du centre de documentation. Sa prime sera conditionnée par la disponibilité d'un système de classification opérationnelle, tenu à jour, avec toute la documentation, en copie papier et sous forme électronique, et les procédures pour une

circulation efficace de ces informations.

Le cadre pour les primes aux fonctionnaires ainsi que les contrats de l'expertise mixte seront présentés à la première SMCL après le début de l'appui et clairement communiqué à tous les concernés.

4.1.3 Les groupes thématiques

1) Relation entre l'expertise mixte et les groupes thématiques

Les groupes thématiques seront nourris de l'expertise mixte, sans que les deux notions soient confondues. Des expertises peuvent être mobilisées en dehors des groupes thématiques (par exemple : commissaire aux comptes) ou être mobilisées pour une enquête, une étude constituant finalement une contribution ou un objet de réflexion et de débat pour le groupe thématique.

2) Stratégie-clé de l'intervention systémique

Les groupes thématiques sont la stratégie-clé du développement d'une organisation apprenante, du développement de la mémoire institutionnelle et du développement des interactions entre les niveaux institutionnels du MS et avec l'extérieur du MS. Ces groupes thématiques devront, avant tout, être composés des cadres du MS, des professionnels du terrain, d'experts nationaux ou internationaux externes au MS, des représentants des acteurs opérationnels, des instituts scientifiques ou d'autres personnes avec une expertise pertinente, non seulement pour réaliser un brassage, mais surtout pour faire remonter les expériences et les visions du terrain.

3) Les thèmes

Un groupe de travail sera constitué d'environ 5 à 7 personnes afin de pouvoir travailler d'une façon efficace. Dans la conception de l'appui institutionnel proposés ces groupes thématiques sont essentiellement destinés à rationaliser la politique sanitaire, afin de permettre une mise en œuvre efficace du PNDS. Pour réaliser cela, ces groupes valoriseront en priorité les expériences documentées remontant de terrain et des informations pertinentes collectées. Ils feront le lien avec les groupes de travail thématiques au niveau intermédiaire. Selon le besoin ils peuvent aussi identifier des nouveaux domaines de recherche-action¹⁶. L'expertise mixte (entre autre l'assistance technique) donneront un appui par rapport au contenu technique mais aussi par rapport à la modélisation des expériences et la recherche-action. Chaque groupe de travail devrait présenter ses résultats aux plates-formes de concertation, notamment le CNEEP et le RAC. Ils contribueront donc à préparer l'ordre du jour de ces plates-formes et à donner une base technique solide pour les discussions. Finalement, les propositions faites au niveau politique du MS sous formes de stratégies ou de normes à faire évoluer, doivent être validés par les organes décisionnels du MS. A titre indicatif on peut proposer plusieurs thèmes, inspiré par le PNDS :

- a. Accompagnement de la réforme du MS et conception de l'audit organisationnel au niveau intermédiaire et des zones sanitaires. Ce groupe veillera également à documenter cette expérience de développement institutionnel afin de pouvoir partager ce processus lors du séminaire international planifié dans le cadre de cet appui institutionnel.
- b. La planification intégrée de l'ensemble du MS (avec entre autre la mise en place

¹⁶ Par exemple: lien avec les expériences du PASZ comé et PASZ KTL-Bassila et les expériences des autres appuis aux ZS.

progressive d'un seul plan de formation) et l'organisation du suivi et évaluation (choix d'un jeu d'indicateurs systémiques)

- c. La rationalisation de la politique des ressources humaines: avec des sujets prioritaires comme 1/ le passage en revue du Manuel de Supervision Intégrée du MS, révision éventuelle et réforme du système de primes incitatives (voir : 3.4.1.6) ; 2/ l'encadrement « global » (voir : 2.2.3.b) et motivation des ressources humaines (aussi en ce qui concerne les stratégies de motivation pour attirer de spécialistes vers le niveau décentralisé)
- d. Le renforcement du système d'assurance de qualité des soins
- e. Le financement dans le secteur de la santé : suivi de la dépense, organisation du suivi budgétaire du MS, politique de paiement pour les services Ce groupe veillera aussi à capitaliser l'expérience de la **Plate-forme Société Civile Santé (PSCS)** à Comé, laquelle tente de structurer et de développer la demande de soins de santé. Des alternatives de financement pourront être proposées dans le cadre de cette intervention (fonds assurant la gratuité des césariennes).
- f. Les normes pour les infrastructures
- g. Le renforcement de la stratégie pour assurer la maintenance des infrastructures et du matériel
- h. Autres groupes selon le besoin
- i. etc.

Ceci sont des thèmes à titre indicatif. Les groupes de travail seront déterminés en cours de la mise en oeuvre de l'intervention suivant les besoins prioritaires à ce moment.

Certains groupes peuvent aussi se greffer sur les groupes de travail formés dans le cadre de l'exercice amorcé avec la Banque Mondiale.

4) L'organisation et le fonctionnement

L'organisation, les règles de fonctionnement, les termes de référence (TDR), les responsabilités des présidents et des membres, ainsi que le niveau administratif de contrôle et la réception technique des produits de ces groupes de travail doivent être définis avec soin. Il est nécessaire que la création et l'organisation des groupes de travail soient fixées par arrêté du MS. Le défraiment ou les primes des présidents et des membres doivent être explicités avant le début des travaux et acceptés par les intéressés. Une enveloppe de prime de performance et de fonctionnement (entre autre pour des visites de terrain) sera réservée pour chaque groupe de travail en fonction de ses résultats. Le texte de l'arrêté, du règlement intérieur et la fixation des primes éventuelles seront proposés par les Responsables du projet et validés par le SGM. Les points essentiels du fonctionnement de ces groupes thématiques sont le choix du thème, le choix du président et du secrétaire du groupe thématique, la rédaction des TDR et du calendrier du groupe thématique validé par son président, le choix éventuel d'une expertise complémentaire, le suivi et la validation technique du produit du groupe thématique. Ces produits techniques sont fondamentalement destinés à être présentés et débattus au niveau politique du MS (CNEEP, RAC), puis à être validés et suivis de prises de décision (politique, stratégie, normes).

Ces groupes thématiques fonctionneront toujours de façon temporaire, ils sont constitués pour un temps limité fixé à l'avance.

Comme pour l'expertise mixte, les groupes thématiques seront rattachés au SGM. Les orientations et la gestion de l'ensemble de ces groupes thématiques seront débattues en Conférence des Directeurs, sous la présidence du SGM. Le secrétariat des groupes thématiques pourrait être assuré par groupe et consolidé au niveau de la DPP. La performance propre de la direction des groupes thématiques est d'assurer que les résultats et produits de ces groupes thématiques seraient présentés et discutés au CNEEP ou à la RAC pour être intégrés dans les politiques sanitaires nationales.

4.1.4 Les volontaires

Il y a la possibilité que dans le cadre de l'envoi des volontaires par la Coopération belge, un volontaire soit affecté à l'équipe de l'intervention. Le coût de ces volontaires sera entièrement à charge de la CTB en dehors du budget de la présente intervention. L'opportunité de disposer de cette forme d'assistance, leur profil, leurs fonctions et leur localisation seront déterminés conjointement par le SGM et par la Représentation CTB de Cotonou, sur proposition des responsables du projet. Idéalement, les volontaires pourront attester d'un minimum de formations dans le champ de la santé, des sciences humaines ou de l'économie.

4.2 LES RESSOURCES MATÉRIELLES

Le tableau ci-dessous regroupe les lignes budgétaires relatives aux ressources matérielles. Elles représentent 9 % du budget total., Tous les investissements sous forme de ressources matérielles sont prévus la première année. Ces investissements seront exonérés de taxes. Les frais de fonctionnement sont répartis sur les 3 ans.

1/ La majeure partie du budget d'investissement (76 %) part en achat/maintenance du matériel roulant.
- Une enveloppe pour assurer la disponibilité de matériel roulant au niveau intermédiaire (les 2 DDS et les 2 CHD) et au niveau central (avant tout pour appuyer les visites de supervision conjointes du MS aux DDS et les visites de terrain par les membres des groupes de travail thématiques). L'assistance technique au niveau central aura aussi à sa disposition un véhicule avec chauffeur. Les ATD pourront utiliser le véhicule mis à disposition de la DDS et du CHD dans le cadre de leur travail. Un chauffeur sera mis à leur disposition.

2/ 19 % du budget d'investissement est réservé pour l'équipement bureautique :

- Le centre de documentation devra être renforcé. Le Ministère dispose déjà d'un local. L'intervention financera l'aménagement du local avec le mobilier ainsi que les équipements nécessaires (équipement informatique et photocopieuse/scanner multifonction de grand volume).
- Pour soutenir les formations prévues à l'intérieur de MS dans le cadre de l'intervention, des projecteurs avec PC portable seront achetés.
- Pour faciliter le travail le MS dans la redynamisation de son fonctionnement interne, des PC desktop et laptop sont prévus. La Direction de l'intervention avec l'ATP (cogestion) décidera de leur affectation.
- L'assistance technique au niveau central et au niveau intermédiaire, aura également à sa disposition de l'équipement informatique de base (PC, logiciel, imprimante).

4.3 RESSOURCES FINANCIÈRES

4.3.1 Contribution béninoise

La contribution béninoise est constituée par :

1. La mise à disposition des locaux pour l'installation de l'Unité d'Appui Conseil (UAC) au sein du MS. On peut estimer que la contribution de la partie béninoise est équivalente à la location de locaux que le projet aurait dû prendre en charge (estimée à 1200 euros par mois x 48 mois = 57600 euros) ;
2. La mise à disposition, conditionnée par les résultats de l'audit organisationnel au niveau intermédiaire, d'un local pour l'installation de l'ATD au sein des deux DDS. On peut estimer que la contribution de la partie béninoise est équivalente à la location de ces locaux que le projet aurait dû prendre en charge (estimée à 2x1000 euros par mois x 48 mois = 96000 euros).
3. Le Ministère de la Santé mettra à disposition des chirurgiens formateurs un bureau à l'intérieur du CHD et un logement en ville. On peut estimer que la contribution de la partie Béninoise est équivalente à la location de ces locaux que le projet aurait dû prendre en charge (estimée à 2x1000 euros par mois x 24 mois = 48000 euros).
4. Les salaires toutes charges comprises du coordinateur national de l'intervention que le MS va mettre à disposition (1000 euros x 48 mois = 48000 euros).
5. Les Directions assureront la disponibilité d'un budget pour les visites de supervision intégrées (144000 euros). L'intervention complètera ce budget en fonction du besoin.
6. L'ensemble des taxes prises en charge par le Bénin relatives aux biens et équipements (véhicules) commandés par l'intervention, estimé à 210 000 €.

Au total : 603 149 euro

4.3.2 Contribution belge (budget global)

La contribution belge au projet s'élève à un montant total de 4,3 M€.

Dans le tableau suivant, nous détaillons le budget par résultat. Les moyens généraux regroupent les moyens qui ne sont pas attribuable à un seul résultat ou groupe d'activité.

4.3.2.1 Observations générales :

Les per diems pour les supervisions et les ateliers sont calculés sur base des tarifs nationaux utilisés par le MS et les autres partenaires exécutifs au Bénin.

Le taux utilisé est 655,957 FCFA pour 1 euro, basé sur la parité fixe entre le Franc CFA et l'euro.

4.3.2.2 Observations spécifiques :

On peut constater que cet appui institutionnel est avant tout un investissement dans le 'software' (voir : 2.2.3.a) et peu dans les « ressources ». Les postes les plus importantes du budget sont détaillés comme suit :

A.1.4/ Audit organisationnel et institutionnel :

Comme expliqué dans le chapitre 3.4 sur les activités à mettre en œuvre (voir : 3.4.1.2), nous prévoyons 3 missions de consultance externe de 15 jours sur le terrain pour compléter l'audit organisationnel au niveau central. Pour l'audit organisationnel au niveau intermédiaire également 45 jours sont prévus au total.

A.2.1/ Frais de supervision :

Des visites de supervisions au minimum 5 fois par an pour chaque DDS (6) par des équipes de 4 personnes (3 cadres et un chauffeur) pour une durée de 5 jours par supervision sont prévues. Ces prévisions sont indicatives et basées sur la stratégie du système de supervision formative et intégrée telle que développée au sein du MS. 4 de ces supervisions seront financés par la réorientation des primes. La supervision pour accompagner la planification ascendante sera financée à travers cet appui institutionnel.

A.2.2/ Frais des ateliers :

Par an nous prévoyons 4 ateliers dans les DDS (regroupant 2 départements) et 1 atelier national à Cotonou où tous les DDS sont représentés.

A.2.4/ Visites de terrain de l'Assistant Technique Principal :

Pour faire le monitoring des interactions entre le niveau central et le terrain et en vue de former les équipes départementales aux outils et méthodes développés au niveau central, l'ATP organisera une visite annuelle de chaque DDS par une équipe de 3 personnes (1 cadre du niveau central, l'ATP et le chauffeur). Ces visites sont réparties en 3 tours de supervision (2 DDS de 4 départements par tour).

Z1.7/ Fonctionnement groupes de travail

Un budget de 1000 euro de fonctionnement par groupe de travail par an est prévu. Sur base des résultats une enveloppe de prime de performance de max 6000 euro/an par groupe de travail est prévue. Tous les membres actifs (entre 5-7 personnes au max) seront éligibles pour se partager cette enveloppe en fonction de leur contribution.

Z1.7/ Primes de performance cadres du MS

Ce montage est indicatif est conditionné par le montage des appuis institutionnels des autres PTF afin d'harmoniser les approches. Une enveloppe pour max de 7 conseillers et une enveloppe pour les Directeurs qui s'investissent activement est réservée. Cf. sous-chapitre sur les ressources humaines

Z.3.5/ Fonds souple de recherche-action et formation :

Un fonds souple de recherche-action et de formation sera mise en place. Ce fonds a pour vocation de permettre aux responsables du projet et à l'Expertise mixte d'initier ou de soutenir des actions innovantes, ou de guider des expériences de terrain d'une façon plus approfondie, par rapport aux défis identifiés par le MS comme décrits dans le chapitre des orientations stratégiques. Si les résultats sont

encourageants, des extensions seront alors à négocier avec les différents partenaires impliqués dans l'appui institutionnel.

Ce fonds permettra également de financer le renforcement de compétences des cadres du MS. Il s'agit en premier lieu de développer les compétences en santé publique mais aussi les compétences transformationnelles des cadres du MS, en rapport avec la gestion des ressources humaines, la communication, l'accompagnement du terrain, le travail en réseau et autres. Le fonds est flexible afin de permettre un renforcement des compétences sous différentes formes, entre autre des visites dans les pays voisins pour comparer les outils et méthodes. Dans la mesure du possible, l'appui cherchera à faire financer ces formations par les autres interventions ayant des composantes d'appui institutionnel.

Le fonds permettra également de mobiliser un budget pour certaines tâches ponctuelles réalisées par des cadres du MS. Il s'agit des tâches qui renforcent l'atteinte des résultats de l'intervention. Ce financement sera conditionné par des termes de références préalables et une adéquation avérée du profil avec le travail à conduire et une obligation de résultat.

L'utilisation de ce fonds sera soumise à l'accord préalable des responsables de l'intervention sous l'autorité du SGM et en concertation avec la Conférence des Directeurs et l'UAC. Un rapport sera rédigé pour le SMCL.

Une enveloppe totale de maximum 140000 euro est prévue. Le budget ne peut être libéré qu'à travers une analyse scientifique pour chaque proposition de RA.

Z.4/ Audit/suivi/évaluation :

Il est prévu un suivi technique annuel par le siège de la CTB. Deux audits financiers et une évaluation externe (6 mois avant la fin de l'appui) et une participation au suivi scientifique (l'équivalent d'une année) sont prévus.

5. MODALITÉS D'EXÉCUTION

5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative au projet à signer entre la République du Bénin et le Royaume de Belgique.

Pour la partie béninoise, l'entité responsable de l'exécution est le Ministère de la Santé qui à ce titre assume le rôle de maître d'ouvrage. L'Ordonnateur, chargé de liquider et d'ordonner les dépenses du projet est le Directeur Général du Budget du Ministère de l'Economie et des Finances. Il peut désigner un ordonnateur délégué.

Pour la partie belge, la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD) est l'entité administrative et financière responsable de la contribution belge au projet. La partie belge confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi du projet à la Coopération Technique Belge (CTB). A ce titre, la CTB, à travers son Représentant résident à Cotonou, assume le rôle de co-ordonnateur chargé, pour le compte de la Belgique, de la liquidation et de l'ordonnement des dépenses imputables sur la contribution financière belge. Il pourra si nécessaire désigner un co-ordonnateur délégué.

5.2 RESPONSABILITÉS TECHNIQUES ET FINANCIÈRES

Responsabilités techniques

La Maîtrise d'ouvrage du projet est confiée au Secrétaire Général du Ministère de la Santé.

A ce titre, il porte, pour la Partie béninoise, la responsabilité de l'exécution du projet et de la réalisation des résultats intermédiaires en vue de l'atteinte de l'objectif spécifique, tels que stipulés dans la Convention Spécifique (CS) et dans le dossier technique et financier (DTF).

Le Secrétaire Général désigne, en étroite collaboration avec la CTB, le Responsable du projet, chargé d'organiser, coordonner et superviser l'exécution des activités en vue de l'atteinte de ces résultats. La CTB recrute, après agrément du Ministère de la Santé, un assistant technique international pour le niveau central, responsable, pour la Partie belge, de faciliter les activités en vue de l'atteinte des résultats intermédiaires et de l'objectif spécifique, tels que stipulés dans la CS et le DTF. Cet AT international sera mis à la disposition du SGM, Responsable de l'intervention dans l'atteinte des résultats du projet. Il travaillera en étroite collaboration avec le Responsable du projet désigné par le SGM. En fonction des conclusions d'un audit organisationnel qui sera réalisé au niveau intermédiaire la mise à disposition d'un AT régional au niveau de la DDS du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga pourra être envisagée, d'une part pour appuyer le responsable dans l'atteinte des résultats concernant le niveau intermédiaire. A part cela, 2 ATR chirurgicaux (1 pour chaque CHD) sont prévus au niveau du CHD pour accompagner l'appui technique de ces 2 hôpitaux aux ZS.

Responsabilités financières

Le Responsable du projet est responsable de la gestion journalière de l'intervention dans ses aspects

matériels, financiers et humains, selon les procédures en vigueur :

- veiller à la bonne utilisation des biens acquis ou mis à disposition du projet ;
- gérer le personnel mis à disposition du projet ;
- veiller à la bonne gestion des fonds mis à disposition du projet ;
- étudier tout problème de gestion des ressources (humaines, financières ou matérielles) ou d'interprétation de la Convention Spécifique ou du Dossier Technique et Financier qui menacerait le bon déroulement du projet, avant de la soumettre à la SMCL pour prise de décision.

L'ATI, coresponsable pour la partie belge, doit veiller à la conformité de l'exécution et de la gestion des fonds de l'intervention avec les dispositions de la Convention Spécifique et du dossier technique et financier.

Une délégation de coresponsabilité pour les dépenses relatives au niveau intermédiaire est envisagée. Elle pourrait être exercée par la DDS et l'ATD, le cas échéant. Les détails de sa mise en œuvre seront précisés à la suite de l'audit organisationnel prévu au démarrage du projet.

Un manuel de procédure rédigé au démarrage du projet, précisera les modalités de gestion, administrative comptable et budgétaire au démarrage du projet. Les mécanismes de gestion et de rapportage des dépenses à effectuer au niveau intermédiaire seront précisés à cette occasion.

Un Responsable Administratif et Financier de profil régional est recruté sur le projet pour assurer le respect des procédures administratives et de marchés publics, la consolidation des informations financières (planification, suivi budgétaire) et la maîtrise des risques financiers. Ces tâches et attributions sont décrites en détail en annexe.

Dans l'esprit de la vision programme souhaitée pour l'appui belge au secteur de la santé au Bénin, les compétences de ce RAF pourront également être mises au profit des projets en intervenant en appui aux zones sanitaires (PAZS/Comé en cours et futurs projets d'appui aux zones sanitaires de Klouékanmè-Toviklin-Lalo et Bassila). En particulier un renforcement des capacités des zones sanitaires en matière de gestion financière est envisagé.

Dans cette perspective également, cette fonction de RAF sera prise en charge en partie par cet appui institutionnel pour une période de 36 mois. Le financement des années suivantes (au moins pour 12 mois) est conditionné par l'acceptation de financer ce poste sur le projet « appui aux ZS de KTL-Bassila » dont la formulation se déroulera en 2009.

5.3 STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI

5.3.1 Les différents niveaux d'orientation et de suivi

Différents organes interviennent dans l'orientation et le suivi du projet institutionnel, qui ont des fonctions distinctes et complémentaires. Il s'agit de la SMCL (structure mixte de concertation locale) du projet, de la Conférence des Directeurs du Ministère de la Santé, ainsi que des CNEEP, CDEEP et de la Revue Annuelle Conjointe.

La SMCL est responsable de la supervision des orientations générales de l'intervention, et de l'avancement du projet vers l'atteinte des résultats attendus, en conformité avec la Convention de Spécifique et le DTF approuvé. Les principales adaptations portées à l'intervention y sont entérinées. L'ancrage institutionnel est au niveau des institutions normatives (de la Convention Spécifique) et la structure est transitoire pour la durée de l'intervention.

En lien avec l'objectif du projet de travailler avec et de renforcer les organes de gestion et de concertation nationaux, le projet entend aussi s'insérer dans les organes d'orientation, de concertation et de suivi de la mise en oeuvre du PNDS existant. Il s'agit, au niveau central du MS, de la Conférence des Directeurs et du CNEEP, et au niveau intermédiaire du CDEEP. Particulièrement dans les aspects techniques liés à la mise en oeuvre du PNDS, ces organes seront autant de lieux où les options stratégiques et les orientations techniques de l'appui institutionnel pourront être discutées et validées.

En outre, comme mentionné au cours des chapitres précédents, la mise en place progressive d'un programme conjoint d'appui institutionnel au Ministère de la Santé, impliquera d'harmoniser progressivement les mécanismes d'orientation et de suivi-évaluation entre les principaux PTF impliqués (Union Européenne, Banque Mondiale,...). La Revue Annuelle Conjointe devrait contribuer à renforcer cette action conjointe également.

5.3.2 Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Une SMCL est mise en place pour superviser la bonne exécution du projet dans son ensemble et l'atteinte des résultats. Elle joue un rôle clé dans l'acceptation des documents de formulation et exerce un suivi permanent pendant tout le cycle du projet.

5.3.2.1 Compétences et attributions

La SMCL aura les compétences et attributions suivantes :

- donner un avis motivé sur le DTF en vue de son approbation par les Parties
- superviser l'exécution des engagements pris par les Parties
- apprécier l'état d'avancement du projet et l'atteinte des résultats sur la base des rapports d'exécution du projet
- approuver les plans d'activités du projet
- approuver les ajustements ou les modifications éventuelles des résultats intermédiaires, tout en respectant l'objectif spécifique et l'enveloppe budgétaire fixés par la CS
- faire des recommandations aux autorités compétentes des 2 parties dans le cadre de la mise en oeuvre du projet et de l'atteinte de son objectif spécifique
- initier à tout moment des missions d'évaluation technique ou d'audit financier
- veiller au bon déroulement de l'exécution du projet
- superviser la clôture du projet et approuver le rapport final

5.3.2.2 Composition :

La SMCL comprend les membres suivants :

- le Directeur de la coordination des Ressources Extérieures, représentant du Ministère Chargé de la Planification et du Développement ou son représentant, Président

- le Directeur Europe du Ministère des Affaires Etrangères et de l'Intégration Africaine ou son représentant ;
- le Directeur Général du Budget du Ministère des Finances et de l'Economie ou son représentant ;
- Ordonnateur du projet ou son représentant ;
- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé ;
- le Directeur du Développement des Zones Sanitaires du Ministère de la Santé
- le Directeur de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé
- le Directeur de la Recherche en Santé
- le Représentant Résident de la CTB, Coordonnateur du projet ;
- le Préfet des départements du Mono et du Couffo et de l'Atacora Donga ;

Le Responsable de l'intervention et l'assistant technique principal, au niveau central, en assureront le secrétariat appuyé par les DDS et, le cas échéant, les ATD. La SMCL peut inviter, en qualité d'observateur ou d'expert, toute autre personne qui apporte une contribution au projet.

5.3.2.3 Organisation

- 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 trois 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 par tous les membres ;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final et de préparer les formalités de clôture du projet ;
- 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.

Toutes les décisions sont prises en concertation et par consensus.

5.3.3 Organes de suivi et de concertation nationaux

Les principales options stratégiques et orientations techniques du projet pourront également être discutées à l'occasion des réunions périodiques des différentes structures d'orientation et de concertation nationales.

La conférence des directeurs pourrait par exemple être amenée à appuyer la désignation des thèmes prioritaires (voir : 4.1.3) pour lesquels les groupes de travail seraient constitués, ainsi que la composition de ces derniers. Elle sera également le lieu de l'orientation et du suivi de l'expertise mise à disposition du Ministère dans le cadre de l'appui belge, et progressivement des autres appuis.

Les réunions semestrielles du CDEEP et du CDEEP, ainsi que la Revue Annuelle Conjointe du PNDS seront autant d'occasion de discuter des options proposées par le projet, voire de réorienter ces dernières.

Les Termes de Référence de ces organes ont été établis (cf. PNDS). Dans la mesure où suite à la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel, la composition de ces organes ou leur TDR changeraient, leur rôle dans le suivi de cette intervention devra être réaffirmé.

5.3.4 Unité d'appui conseil

Le Responsable du projet et l'ATP en appui au niveau central sont responsables de la production des résultats du projet en vue de l'atteinte de son objectif spécifique. Ils seront assistés au niveau intermédiaire par le DDS (Mono-Couffo, Atacora-Donga) et une personne désignée par la CTB (ou, le cas échéant, un ATD). En particulier ils sont chargés, dans la gestion quotidienne du projet, de :

- organiser, coordonner et superviser l'exécution des activités du programme ;
- rédiger les rapports d'avancement semestriels et annuels ainsi que le rapport final d'exécution ;
- coordonner la planification des activités du projet et les programmations financières ;
- soumettre les plans de travail, l'état d'avancement et de l'obtention des résultats intermédiaires à la SMCL ;
- proposer, le cas échéant à la SMCL, les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires et du budget ;
- assurer le secrétariat et les PV des séances de SMCL ;
- assurer la gestion financière du projet selon les procédures en vigueur ;
- veiller à la bonne utilisation des biens acquis ou à disposition du projet.

Le Responsable Administratif et Financier appuiera les responsables du projet dans la réalisation de ces tâches.

Un personnel d'appui composé d'un secrétaire-comptable et de trois chauffeurs (1 au niveau central et 1, sous réserve, au niveau de chaque DDS appuyée) sera également recruté sur le projet.

Le programme est ouvert à l'intervention de volontaires CTB, intégralement à charge de la CTB Bruxelles, comme explicité précédemment.

5.3.5 Gestion de la contribution financière belge

Le projet prévoit deux types de gestion des ressources financières octroyées par le Royaume de Belgique:

- A/ la gestion en cogestion effectuée par le Responsable et le co-responsable du Projet ou l'ordonnateur et co-ordonnateur
- B/ la gestion en régie effectuée directement par la CTB :

Les activités suivantes seront gérées directement en régie, par la CTB en suivant les procédures de Marchés Publics Belge:

- AT
- Certains investissements liés au démarrage du projet
- Audits indépendants

- Evaluations
- Etudes et Expertises

Toutefois le processus d'identification des besoins, de sélection et attribution des marchés relatifs aux études et expertises se fera en commun accord avec le partenaire national. La décision est donc cogérée mais les procédures de gestion administrative et financière utilisées sont celles de la CTB.

Pour les activités gérées en régie la cosignature du compte sera celle de l'ATP- Coresponsable et de la Représentation Résidente de la CTB.

Les autres activités du projet seront gérées selon les modalités de la cogestion. La cosignature sera exercée par le Responsable et Coresponsable du projet, ou par les ordonnateurs selon les procédures explicitées ci-dessous.

Un manuel de procédures sera rédigé au démarrage sur base des manuels déjà existant pour des projets. Ce manuel devra être approuvé par l'ordonnateur et le co-ordonnateur. Pour les dépenses locales en régie un compte sera ouvert avec double signature par la CTB.

5.4 RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES

5.4.1 Comptes et pouvoir de signature

Dès la signature de la Convention Spécifique du projet entre l'Etat belge et la CTB, l'Ordonnateur et le Coordonnateur ouvriront au nom du projet un compte principal (compte-mère) en CFA auprès d'une institution bancaire travaillant avec la CTB dans le pays. Ce compte sera actionné sous la double signature de l'ordonnateur et du co-ordonnateur du projet ou de leurs délégués sur présentation des ordres de paiement. Ce compte sera utilisé pour les réceptions des fonds de la CTB, et pour alimenter le compte opérationnel du projet.

Un compte opérationnel sera également ouvert par les responsables du projet dans une institution bancaire de la place pour recevoir le fonds de roulement du projet.

Un compte opérationnel pourra également être ouvert au niveau départemental, actionné sous la double signature de la DDS et une personne désignée par la CTB. Comme explicité précédemment les modalités de gestion et de contrôle des dépenses au niveau intermédiaire seront précisées au démarrage du projet, suite à la réalisation d'un audit organisationnel, et consignées dans le manuel de procédures du projet.

Synthèse des comptes, pouvoirs et seuils de signature

Signature 1	Signature 2	Limite
Directeur du DDS	à définir	à définir, maximum 7500 EUR
Responsable	Coresponsable	12.500 EUR
Ordonnateur	Coordonnateur	La limite dépend des procédures internes auprès des institutions respectives (67000 euro en ce qui concerne le co-ordonnateur).

Le compte principal sera alimenté trimestriellement. Les autres comptes seront alimentés à partir du compte principal tout en limitant les fonds sur ces comptes.

Des autres comptes cogérés peuvent être ouverts pour des raisons de logistique après accord de l'ordonnateur et du co-ordonnateur.

Pour les dépenses locales en régie un compte sera ouvert avec double signature du Coresponsable et de la Représentation de la CTB.

5.4.2 Mise à disposition des fonds

Voir le Schéma 4 : page suivante

Transfert CTB – compte mère

5.4.2.1 Premier transfert

Dès la notification de la Convention de Mise en Oeuvre entre l'état belge et la CTB, un *appel de fonds* par mode de financement peut être introduit à la représentation locale de la CTB. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois. Pour la partie cogérée, l'appel de fonds doit être signé par l'ordonnateur.

Il est prévu un montant de 10 000 euro comme frais de démarrage afin d'assurer des dépenses tels que le frais liés au recrutement du personnel, le paiement de garanti, la recherche de bureaux, le lancement des marchés (véhicule/équipement)

5.4.2.2 Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le projet doit introduire à la représentation locale de la CTB un appel de fonds par mode de financement au début du mois précédant le trimestre suivant. Cet appel de fonds doit être signé par le responsable et co-responsable du projet et aussi par l'ordonnateur pour la partie cogérée.

Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant avec une réserve.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi proposer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou paiement à la demande).

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise à la représentation locale de la CTB.
- La mise à jour de la programmation financière ait été transmise à la représentation locale de la CTB ;
- Le montant de l'appel de fonds n'est pas plus élevé que le solde budgétaire.

En cas d'urgence, le projet peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

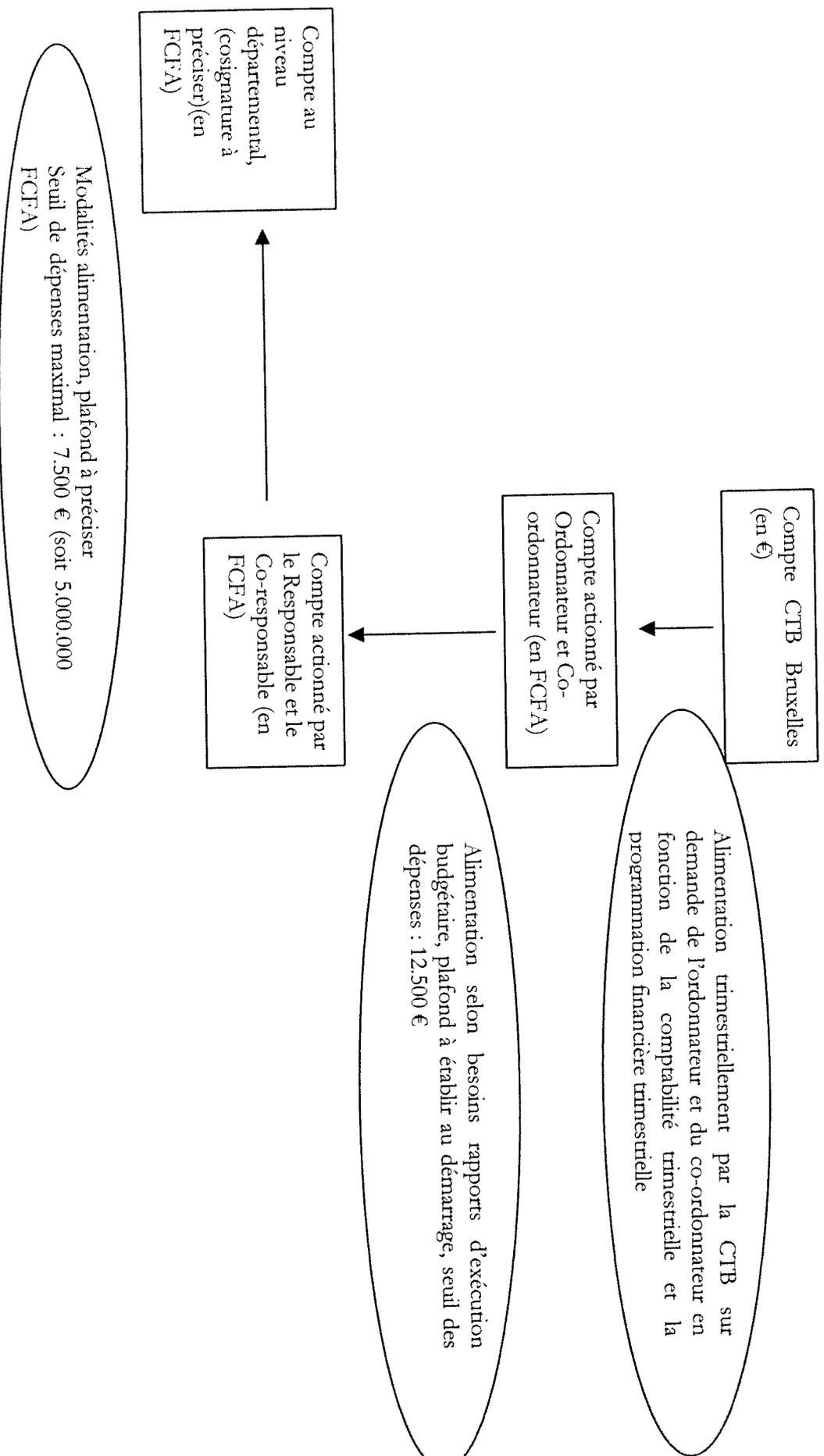
Transfert compte mère – compte opérationnel

L'alimentation du compte actionné par le Responsable et le Coresponsable se fera en fonction des besoins sur base des rapports comptables mensuels et des prévisions de dépenses présentées par le responsable et coresponsable du projet. La gestion de ce compte est soumise à un plafonnement à établir dans le manuel de procédures.

Transfert compte fille centrale – compte fille départementale

L'alimentation du compte actionné, le plafonnement et les procédures de rapportage et contrôle seront précisés dans le manuel de procédures.

Schéma 4 : Les flux financiers de la contribution financière non remboursable



5.4.3 Rapportage financier

5.4.3.1 Comptabilité

Mensuellement la *comptabilité* doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par le responsable et le co-responsable et transmise à l'ordonnateur et au co-ordonnateur (représentation locale de la CTB). La comptabilité à envoyer à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

5.4.3.2 Programmation financière

Trimestriellement le responsable et le co-responsable doivent élaborer une *programmation financière* pour les trimestres suivants et pour le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation financière doit être établie selon les procédures de la CTB et doit être envoyée à la représentation locale de la CTB. Le Responsable et Coresponsable, consolident, trimestriellement les planifications qui leurs sont envoyées par les DDS et l'assistant technique départemental.

5.4.3.3 Rapportage financier à la SMCL

A chaque réunion de la SMCL, le responsable et le co-responsable du projet doivent présenter l'*information financière* suivante:

- Rapport d'exécution budgétaire
- Mise à jour de la programmation financière
- Liste des engagements importants
- Aperçu des soldes bancaires
- Liste des fonds reçus par mode de financement et paiements par le siège CTB (uniquement en régie)
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier

5.4.4 Gestion du budget

Le budget total et le budget par mode d'exécution ne peuvent pas être dépassés. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire une demande motivée d'augmentation doit être introduite 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 deux parties.

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par la SMCL sur base d'une proposition élaborée par la direction du projet. Les changements budgétaires possibles sont :

- Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire)
- Réallocation des montants entre lignes budgétaires
- Réallocation des moyens entre modes de financement
- et Utilisation de la réserve budgétaire

La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités de projet et après accord de la

SMCL. Son utilisation doit toujours être accompagnée d'un changement du budget.

Les engagements doivent être approuvés par les deux parties tout en respectant les mandats (voir pouvoir de signature). La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.4.5 Audit financier

5.4.5.1 Audit projet

Le projet doit être audité après un an d'activité et pendant la troisième année d'activité. L'audit portera sur :

- La vérification que les comptes du projet reflètent la réalité
- Le contrôle de l'existence et le respect des procédures.

La SMCL peut demander des audits supplémentaires s'il les juge nécessaires.

La SMCL charge le représentant résident 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 standards internationaux) indépendante.

Le rapport d'audit doit être présenté à la SMCL. Si nécessaire la direction doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que des mesures correctives ont été entreprises.

5.4.5.2 Audit CTB

Chaque année les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre ils réalisent également des audits de projets. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.4.6 Clôture financière

5.4.6.1 Bilan Financier

Six mois avant la fin du projet un bilan financier doit être élaboré par la direction du projet selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté au SMCL de clôture doit d'abord être vérifié par la CTB.

5.4.6.2 Soldes

Les montants gérés en régie et non utilisés à la fin du projet, ainsi que le reliquat de la contribution financière non versé sur les comptes cogérés tomberont en annulation à la fin du projet. Le solde disponible sur les comptes bancaires cogérés sera réalloué d'un commun accord.

5.4.6.3 Dépenses après Convention

Après la fin de la Convention Spécifique il n'est plus autorisé de faire des dépenses sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la Convention Spécifique et qui sont actés dans le PV de la SMCL.

5.5 MÉCANISME D'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS AU

DTF

A l'exception de l'objectif spécifique du projet, de la durée de la Convention spécifique, et des budgets totaux définis dans la Convention spécifique 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 pour l'exécution du projet et la CTB peuvent adapter le présent Dossier Technique et Financier, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement du projet.

Pour les aspects ci-dessous, l'approbation 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 leurs budgets respectifs,
- les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale,
- le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF,
- les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique
- les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties.
- Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

La partie béninoise et la CTB informent l'attaché de la coopération et la DGCD si de telles modifications sont apportées au projet.

5.6 SUIVI ET ÉVALUATION

Le système de suivi & évaluation devra être commun et aligné autant que possible sur celui du MS et les autres PTF qui interviennent dans l'appui institutionnel au niveau du MS.

5.6.1 Rapportage et monitoring

Le Responsable du projet et l'ATP niveau central, sont pleinement responsables du suivi et de la supervision de toutes les activités engagées. Ils sont tenus de définir et faire exécuter des Plans Semestriels de travail, avec l'établissement d'indicateurs de performance précis, l'identification des responsables de chaque activité et les indications budgétaires. Le Directeur au niveau départemental a la responsabilité déléguée, le cas échéant avec l'appui d'un AT, en ce qui concerne les activités du volet intermédiaire.

En début de chaque année civile, le responsable et coresponsable du projet établiront un rapport de suivi annuel sur l'année civile qui précède, selon les canevas de la CTB, à destination de la SMCL et du bailleur de fonds.

A la moitié de l'année, ils réaliseront un rapport d'exécution semestriel selon le format CTB, qui sera présenté à la SMCL après avoir été déposé au moins 15 jours avant la réunion ordinaire du SMCL.

Tous les 6 mois, un rapport d'activité sera remis par chaque cadre au sein du niveau central du MS éligible dans le cadre de cette intervention de recevoir une prime conditionnée par sa performance. Ce rapport sera la base des discussions d'évaluation individuelle.

Le DDS doit fournir l'information technique et financière au plus tard 15 jours avant la fin du semestre pour permettre la consolidation au niveau central selon le format officiel.

Des missions d'appui/suivi technique peuvent également être organisées par la CTB (CTB Cotonou et CTB Bruxelles) afin d'appuyer les responsables du projet dans l'exécution des activités.

5.6.2 Evaluations externes

L'évaluation finale est nécessaire pour tirer les leçons des quatre années écoulées. Dans le cas où une phase ultérieure serait prévue, cette évaluation sera prévue au moins 6 mois avant la fin du projet.

A part cela, un bilan à mi-parcours avec la participation de personnes externes au projet (siège CTB et éventuellement avec une consultance externe) est planifié.

Il est entendu que les équipes d'évaluation exploiteront l'expertise développée par l'équipe de suivi scientifique pour étayer leurs réflexions sur les orientations à recommander pour le futur du projet.

5.6.3 Suivi

Comme mentionné précédemment, le projet d'appui institutionnel cherche à accompagner la dynamique de réflexion et d'analyse continue et participative au niveau régional et national. Les structures de suivi principales du secteur santé au Bénin sont le CNEEP, CDEEP, la Conférence des Directeurs et la Revue Annuelle Conjointe.

Par ailleurs, l'équipe santé de la CTB Bruxelles assurera un suivi régulier sur le terrain. Les assistants techniques de terrain, et les équipes dans lesquelles ils travaillent, seront des interlocuteurs privilégiés des équipes de suivi et autres consultants.

Un suivi scientifique élargi permanent est déjà assuré par ITM/ULB et l'école de santé publique béninoise sur le projet PAZS/Comé pour une période de trois ans. L'équipe multidisciplinaire réalise trois missions par an, avec un consultant ou plus. En outre, l'équipe de suivi scientifique reste en liaison avec le projet par téléphone et internet, et maintient une assistance à distance. Un total annuel de 48 jours de mission terrain et de 45 jours d'assistance à distance sont planifiés pour les deux premières années du projet PAZS/Comé. Sur la troisième année, l'équipe de suivi scientifique contribuera à la préparation d'un article scientifique à publier dans un peer-reviewed paper. Dans le cadre du projet actuel un supplément de 10 jours terrains et 20 jours de travail de bureau devrait être ajoutés au budget par rapport aux deux premières années.

Le suivi scientifique pourra être prolongé d'une année afin de couvrir la durée totale de la présente intervention au cas où un séminaire régional serait organisé. Cette prolongation se justifie par l'input qui sera donné par l'équipe de suivi scientifique au séminaire pour permettre de renforcer de la capitalisation au niveau central.

3/ Une enveloppe d'expertise mixte (internationale, régionale et nationale) sera mise à disposition du projet. Cette expertise peut être utilisée pour des suivis/accompagnements particuliers. (cfr. Chapitre 3 et 4)

5.7 CLÔTURE DE LA PRESTATION

Le projet est axé sur une amélioration des capacités des institutions, de leur personnel, et des interactions entre les acteurs. Nous pouvons espérer que les mécanismes essentiels seront en place après une période de quatre ans, mais une dynamique de changement est un processus à long terme. Cette intervention doit être vue comme une première étape. Il serait logique qu'elle soit suivie par d'autres étapes pour la consolidation.

6. THÈMES TRANSVERSAUX

6.1 ECONOMIE SOCIALE

Le niveau central du MS donne une contribution dans ce domaine à travers la mise en place des stratégies et des normes qui seront concrétisées au niveau opérationnel. Quelques points d'attention :

- **Amélioration des conditions sanitaires et socio-économiques** : Il est prouvé que les pauvres ont moins d'accès aux soins et qu'un mauvais accès aux soins est un facteur de pauvreté. Pour cette raison, à travers la mise en œuvre du PNDS, le MS porte une attention particulière à l'augmentation de l'accès, ainsi que sur une rationalisation des services qui devraient se traduire en réduction des coûts. Ceci s'applique tant aux populations pauvres qu'aux populations ayant un risque de tomber dans la pauvreté. Cette démarche est renforcée par l'appui à la recherche-action développée dans le département du Mono-Couffo. L'intention de ce projet est d'assurer la capitalisation des expériences en rapport avec la 'demande' par leur intégration dans les stratégies de politique sanitaire du MS.
- **Développer l'influence de la demande dans la prestation de services** : Dans le cadre du projet PASZ Comé une Plate-forme Société Civile a été créée. Ce PSCS intervient dans la zone sanitaire comme acheteur et représentation des intérêts de la population face aux institutions sanitaires publiques et participe au Conseil de Santé de la zone sanitaire (CS/ZS). Le présent projet appuie indirectement cette plate-forme par le fait qu'il assure un accompagnement complémentaire de cette expérience à partir du niveau central
- **Extension à d'autres secteurs** : l'intervention insiste sur la recherche active d'une synergie avec les autres secteurs. Le développement de stratégies intersectorielles dépasse la vision du patient concentré sur son seul état de santé, pour investir les champs de sa sécurité économique, son activité professionnelle, son réseau social, son éducation... L'articulation avec le plan de développement communal et départemental, accompagné par une sensibilisation des autorités locales par rapport à une approche holistique de la santé, constitue un point d'entrée pour le dialogue intersectoriel.

6.2 GENRE

Santé femme et enfants. Les femmes et les enfants doivent souvent utiliser davantage les services de santé que les hommes. Investir dans la santé (bien qu'indirectement à travers cet appui institutionnel) leur permet de répondre à certains de leurs problèmes.

Lors de l'exécution du projet une attention particulière doit être portée en particulier à :

- L'élaboration des stratégies et des normes ;
- Une représentation équitable entre hommes et femmes dans les formations et les stages prévus dans ce projet. Le genre devrait être inclus parmi les critères de sélection
- La représentation des femmes au sein des organes de concertation et lors des ateliers de planification et de suivi.
- L'équité de l'accès à l'emploi et la formation. Le projet veillera à promouvoir l'équité dans les

règles d'engagements des différents organes soutenus. Le sous-programme « Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel » du PNDS fait mention de l'application de l'approche genre dans la nomination aux postes de responsabilité (PNDS 2009-2018, pg 36).

- Une attention aux aspects genre pendant les visites de terrain (à vérifier dans les rapports).
- La problématique des fistules vésico-vaginales au niveau du CHD. Ceci au niveau des activités cliniques du CHD et au niveau de son appui technique aux ZS du département du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga.

6.3 DROITS DE L'ENFANT

Le PNDS met en avant la santé des mères et des enfants. Par l'appui à la mise en œuvre du PNDS, cet appui institutionnel contribue indirectement aux droits de l'enfant, plus particulièrement le droit à la santé.

6.4 VIH/SIDA

Le projet ne développe pas de stratégie spécifique concernant le SIDA (ni concernant aucune autre maladie) mais appuie à travers l'appui institutionnel indirectement la mise en œuvre du sous-programme la lutte contre les maladies Prioritaires (IST/VIH/SIDA, Paludisme et Tuberculose) du PNDS (PNDS 2009-2018, pg 52).

Cependant, les cadres du MS peuvent avoir un impact indirect favorable par leur rôle de modèle. A travers la définition des politiques, la mise en place des stratégies, la culture de l'institution et leur comportement, ils ont l'obligation morale de promouvoir une attitude saine, et d'assurer une série de mesures préventives et de soins adaptés au contexte du pays.

Lors de l'élaboration du programme de formation et de la supervision intégrée, il convient de tenir compte de l'intégration des aspects concernant la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA au niveau du personnel travaillant au sein du MS. Dans une intervention qui met l'interaction et la communication au centre de ses actions, l'effort de mainstreaming par rapport au VIH/SIDA ne peut pas manquer.

6.5 PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

A travers une rationalisation de la gestion des ressources matérielles, en particulier l'utilisation des véhicules pour les visites de terrain (rationaliser les visites ; visites conjointes) le projet contribue à la protection de l'environnement.

7. ANNEXES

- 7.1 Cadre Logique
- 7.2 Chronogramme indicatif ;
- 7.3 Budget détaillé ;
- 7.4 TDR du personnel long terme : ATP et ATD (facultatif) ;
- 7.5 Organigramme du MS ;

7.1 CADRE LOGIQUE

	Logique d'intervention	IOV	SDV	Risques et hypothèses
Objectif Général	<p>L'état de santé de la population béninoise est amélioré à travers le renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS</p>	-	-	-
Objectif Spécifique	<p>Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDSS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la santé sont opérationnelles et efficaces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La contribution du projet à mettre en œuvre les objectifs décrits dans le PNDS, en particulier concernant le renforcement de la gestion, le partenariat et les compétences (interpersonnelles ; gestion au changement) des cadres du MS • Inventaire des stratégies du MS validées se basant sur un travail participatif et répondant à un besoin de terrain • Inventaire des problèmes de fonctionnement au sein du MS et d'interactions avec le terrain ainsi que les autres acteurs du secteur pour lesquels une solution satisfaisante a été trouvée • Evolution des opportunités de financement : financement conjoint de plusieurs PTF / bailleurs 	<ul style="list-style-type: none"> • PV réunions des organes de suivi du PNDS (CNEEP, RAC) ; • Arrêtés ministériels, rapports des revues, des réunions, des supervisions, des ateliers, des groupes thématiques et des évaluations (analyse SWOT) ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité sociale et politique ; • Stabilité du leadership au niveau du MS ; • Le pool d'expertise à travers les groupes thématiques sont retenus comme la stratégie de redynamisation du MS ; • Les cadres aptes à engager et mener à bien la réforme du MS sont disponibles pour ce travail. • Ratification du PNDS 2009 2018 par le Conseil des Ministres.

Résultat 1	Indicateurs de résultat	SDV	Risques et hypothèses
<p>L'organisation interne du MS et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de directeurs ou DDS formés ayant utilisé les outils et méthode de gestion du changement et leur progrès sur base des fiches de suivi; • Décrets et textes d'application de la réforme de l'organigramme du MS central; • Les postes, les rôles et les résultats à obtenir sont décrits et clairs pour chaque service du MS central; • Le MS envoie la lettre d'orientation fin février et participe à l'harmonisation du plan d'action annuel départemental à la mi-mai. 1 fois / an • Nombre de plans opérationnels annuels issus de la planification ascendante participatifs et intégrés et revue annuelle; • Disponibilité d'un plan d'action intégré et participatif au niveau du MS et en lien avec le PNDS • Nombre d'homme/jours par année que les médecins du Mono-Kouffo sont absents de leur poste à cause des formations au niveau central ou au niveau intermédiaire • Définition et adoption d'un jeu d'indicateurs systémiques du PNDS (< 25); • Nombre de stratégies / normes élaborées au niveau central par des groupes thématiques avec participation du terrain et répondant à de vrais besoins et présentées aux organes de décision (CNEEP, RAC); • Les cadres du MS ont accès aux mises à jour des statistiques / stratégies / normes / procédures du MS ainsi que des rapports de supervision / rapports annuels des partenaires / rapport des groupes thématiques / expériences documentées sous forme papier ou électronique; • Le document stratégique par rapport au concept de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches de suivi du cycle de formation en gestion du changement; • Décrets et textes d'application de la réforme de l'organigramme du MS central; • Lettre d'orientation annuelle et rapports des supervisions des DDS; • Plans opérationnels annuels et revues annuelles du MS; • Plan d'action annuel global du MS • Liste des participants des formations • Liste des indicateurs systémiques du PNDS; • Stratégie et normes ministérielles, rapport des groupes thématiques; • Bibliothèque des documents du MS en copie papier ou informatique; • Décision de révision du système des primes de supervision centrale • liste des participants aux formations et PV des réunions des groupes de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement du MS de mettre en œuvre les recommandations de l'audit organisationnel: publication du décret et des textes d'application de réforme de l'organigramme du MS; • Engagement du MS dans la planification ascendante conforme au Manuel (2006); • Volonté des Directions de travailler suivant un seul plan d'action, un seul plan de formation et des indicateurs communs • Volonté des Directions de s'inscrire dans une dynamique de supervision intégrée sans interférences du terrain • Locaux disponibles pour la documentation et disponibilité d'internet • Composition des groupes thématiques basée sur l'expertise interne et externe au MS et l'input du terrain; • Publication du décret et des textes d'application de réforme de l'organigramme du MS; • Engagement du MS dans une politique d'amélioration globale des RH du MS • Volonté de collaboration de la

	<p>supervision intégrée sur des objectifs systémiques avec une révision du système de prime des supervisions centrales est développé et validé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • % des femmes qui participent aux formations et aux groupes de travail 		part des PTF ainsi que des autres AT du niveau central.
--	---	--	---

	Activités par Résultat	Moyens	Coûts (M€)
A 1.1	Mettre à disposition un cycle de formation en gestion du changement	Expertise Equipement didactique Frais de formation	
A 1.2	Compléter l'audit organisationnel du MS	Expertise Frais d'organisation audit	
A 1.3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau central	Equipement informatique, bureautique Frais de formation Frais de fonctionnement	
A 1.4	Dynamiser la capacité de coordination centrale	Expertise Frais de fonctionnement pour les groupes thématiques	
A 1.5	Developper les capacités centrales d'analyse, de suivi et d'évaluation au niveau central	Expertise Frais de fonctionnement	
A 1.6	Appuyer la révision du système de primes de supervision	Expertise	
TOTAL DES ACTIVITE DU RESULTAT 1			

Résultat 2	Indicateurs de résultat	SDV	Risques et hypothèses
<p>Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (DSSP) et le niveau opérationnel (ZS) sont renforcées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le plan de formation départemental est élaboré avec la participation de tous les acteurs concernés, adopté et mis en œuvre ; • Les postes, les rôles et les résultats à obtenir sont décrits et clairs pour chaque service des DDS et ZS ; • Chaque DDS élabore un plan d'action annuel et en fait le bilan annuel selon la démarche participative; • Le DDS organise le processus de planification ascendante des mars et participe à l'harmonisation du plan d'action annuel des ZS en mai. 1 fois / an ; • Nombre d'expériences documentées de stratégies opérationnelles élaborées au niveau intermédiaire par des groupes thématiques (avec composition mixte et avec expertise externe au MS) sur base des vrais besoins du terrain et présentées aux organes de décision (CNEED) • Nombre de supervisions du niveau central vers la DDS et ZS avec rapport et feedback ; • Nombre de programmes verticaux participant à la supervision intégrée centrale. • Nombre d'interférences (visites au CS et sans implication des ZS) de la part des Directions centrales • Nombre de ZS et le DDS avec un audit financier satisfaisant (par an) ; • Pourcentage de patients référés avec une contre-référence • Nombre de contacts d'appui technique par le HCD du Mono-Kouffo aux ZS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan des formations départementales • Décrets et textes d'application de la réforme de l'organigramme des DDS et ZS ; • Plans d'action annuels de la DDS et des ZS ; Bilan annuel de la DDS et ZS; • Bilan de la recherche action et compte rendu des missions de suivi scientifique dans la DDS / ZS; • Rapport du CNEED ; • Rapports des supervisions du niveau central vers DDS et ZS ; • Rapports d'audit financier ; • Examen des contre-références écrites ; • PV des réunions de revue des pairs, d'audit des décès ou incidents critiques, stages, ateliers sur des thèmes spécifiques ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté de la DDS de collaborer avec les autres partenaires opérationnelles et avec les collectivités locales au niveau de la planification, de l'analyse (cf. groupes thématiques) et de la revue semestrielle • Capacité et personnalité des superviseurs pour assurer un style de supervision accompagnateur • Volonté des superviseurs centraux et DDS de se réunir • Volonté des programmes verticaux de s'aligner au système de supervision intégrée • Appropriation du CHD de sa mission de donner un appui technique (sous forme de formation continue) aux ZS

Activités par Résultat		Moyens	Cofûts (M€)
A 2.1	Elaborer et mettre en œuvre le plan de formation départemental	Expertise Frais de formation	
A 2.2	Réaliser un audit organisationnel au niveau intermédiaire et opérationnel, rédaction de fiches de poste et procédures	Expertise Frais d'organisation de l'audit	
A 2.3	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire	Expertise Formation Frais de formation	
A 2.4	Dynamiser la capacité de coordination intermédiaire	Expertise Frais de fonctionnement pour les groupes thématiques	
A 2.5	Développer les capacités centrales d'analyse, de suivi et d'évaluation au niveau intermédiaire	Expertise Frais de fonctionnement	
A 2.6	Renforcer les capacités de gestion administrative et financière		
A 2.7	Développer l'appui technique du CHD aux zones sanitaires	Expertise	
TOTAL DES ACTIVITE DU RESULTAT 2			

Résultat 3	Indicateurs de résultat	SDV	Risques et hypothèses
<p>Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, médecine traditionnelle), collectivités locales, les PTF et autres Ministères concernés par la santé sont clarifiés et intensifiés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Degré de satisfaction des participants aux réunions de concertation au niveau central et intermédiaire (RAC, réunion MS-PTF, CNEEP, CNEED) par rapport à la pertinence des sujets traités, le contenu de la discussion, la qualité de la tenue de la réunion ainsi que la réunion, et l'action prise par rapport aux conclusions des réunions Intégration des principes, méthodes et outils de la gestion du changement et de l'organisation apprenante dans la formation de base du personnel de santé/gestionnaires Inventaire à jour et exploitable indiquant où les partenaires/acteurs sont actifs, dans quel genre d'activité et pour quelle période Nombre de réunions de concertation (avec rapport) entre le MS et les partenaires/acteurs au niveau central et intermédiaire ; Intégration des interventions des différents partenaires/acteurs dans le plan opérationnel du MS ; Implication de l'IRSP dans la recherche action. 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire aux participants par rapport à la qualité du dialogue ; fiches de suivi ; Curriculums écoles impliquées dans la formation du personnel de santé/gestionnaires Inventaire, rapports annuels des partenaires / acteurs et documents techniques et financiers par rapport à leurs projets ; Rapports des réunions de concertation ; Plans opérationnels annuels du département ; Contrat et rapports d'activités de l'IRSP dans la recherche action de la DDS / ZS. 	<ul style="list-style-type: none"> Transparence et capacité gestionnaire de la part des partenaires / acteurs ; Volonté de la part du MS au niveau central et intermédiaire pour se concerter avec les autres partenaires / acteurs. Volonté des écoles de formation d'adapter leur curriculum

	Activités par Résultat	Moyens	Coûts (M€)
A 3.1	Intégrer les principes, méthodes et outils de la gestion du changement et de l'organisation apprenante dans la formation de base	Expertise	
A 3.2	Promouvoir la vision systémique et du double ancrage (interactions, zones sanitaires, qualité centrée sur le patient) auprès des acteurs et partenaires	Expertise	
A 3.3	Assurer la participation des acteurs à la planification dès le CS, voire articulation avec le plan de développement communal et au niveau départemental	Expertise Frais de formation	
A 3.4	Renforcer les plates-formes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris les PTF et le privé	Expertise Frais de fonctionnement	
A 3.5	Impliquer l'IRSP ainsi que les autres expertises dans la recherche action et mécanismes suivi évaluation	Expertise	
TOTAL DES ACTIVITE DU RESULTAT 3			

Note : la phase de démarrage sera clôturée par un atelier d'orientation au bout de quatre à six mois. Cet atelier d'orientation aura pour fonction de permettre l'appropriation et la validation par les acteurs et partenaires des orientations, des stratégies, objectifs et résultats intermédiaires de l'intervention, en particulier il faudra valider les principes de l'appui institutionnel, l'ancrage de l'intervention et affiner les TDR des différents assistants techniques internationaux/régionaux avec le MS et leurs collaborateurs directs. Cet atelier d'orientation travaillera sur un Rapport de Démarrage et d'Action présenté par l'UAC au SGM puis au SMCL.

7.2 CHRONOGRAMME

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
O	Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDSS dans le cadre du renforcement de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé sont opérationnelles et efficaces			
R 01	L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les Directions au niveau central sont améliorées			
A 01 01	X			
A 01 02	X			
A 01 03	X	X	X	X
A 01 04	X	X	X	X
A 01 05	X	X	X	X
A 01 06	X			
R 02	Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire et opérationnel sont renforcées			
A 02 01	X	X		
A 02 02	X			
A 02 03	X	X	X	X
A 02 04	X	X	X	X
A 02 05	X	X	X	X
A 02 06	X	X	X	X
A 02 07	X	X	X	X
R 03	Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), collectivités locales, PTF et autres Ministère concerné par la santé sont clarifiés et intensifiés.			
A 03 01			X	X
A 03 02			X	X
A 03 03	X	X	X	X
A 03 04				

7.3 BUDGET DÉTAILLÉ

BUDGET TOTAL		Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
A	Les activités de planification, de coordination, de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS du Ministère de la Santé sont opérationnelles et efficaces à travers une amélioration des interactions internes et externes du MS.		840.498	20%	421.443	152.526	133.264	133.264
A 01	L'organisation interne du Ministère de la Santé et les interactions entre les Directions au niveau central sont améliorées		428.244	10%	300.138	55.543	36.281	36.281
A 01 01	Mettre à disposition un cycle de formation en gestion du changement pour 35 cadres centraux et intermédiaires	REGIE	57.740		53.167	4.573	0	0
A 01 02	Compléter l'audit organisationnel du MS : élaborer des fiches de postes, profils avec un suivi de la rédaction des procédures	REGIE	34.065		19.377	14.688	0	0
A 01 03	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau central, réaliser un plan opérationnel annuel du MS et développer des indicateurs systémiques du PNDS	COGESTION	54.118		39.118	5.000	5.000	5.000
A 01 04	Dynamiser la coordination du MS par la mise à disposition d'un pool d'expertise mixte positionné au niveau du SGM	REGIE	50.753		50.753	0	0	0
A 01 05	Développer les capacités d'analyse et de suivi par les groupes de travail thématiques avec remontées d'expérience soutenues par le suivi scientifique (mémoire institutionnelle)	COGESTION	212.359		129.492	27.622	27.622	27.622
A 01 06	Appui à la révision du système du prime de supervision aux niveaux central et intermédiaire	COGESTION	19.209		8.232	3.659	3.659	3.659
A 02	Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (Direction Départementale de la Santé ou DDS) et le niveau opérationnel (zone)		327.216	8%	85.420	80.598	80.598	80.598
A 02 01	Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation départemental		pm		0	0	0	0
A 02 02	Réaliser un audit organisationnel du niveau intermédiaire et de zone sanitaire et compléter l'organisation des DDS et ZS, élaboration de fiches de postes, profils et rôle avec un suivi de la rédaction des procédures	COGESTION	4.822		4.822	0	0	0
A 02 03	Appuyer le processus de planification ascendante à partir du niveau intermédiaire.	COGESTION	24.000		6.000	6.000	6.000	6.000
A 02 04	Dynamiser la capacité de coordination de la DDS par la mise à disposition d'un pool d'expertise mixte et par l'appui aux activités de coordination de la DDS.	COGESTION	233.085		58.271	58.271	58.271	58.271
A 02 05	Développer l'appui technique du CHD aux zones sanitaires (contre-référence, revue des pairs, audits des décès et incidents critiques, stages et ateliers, ...)	COGESTION	65.309		16.327	16.327	16.327	16.327

A 03		Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle); collectivités locales, PTF et autres Ministère concerné par la santé est clarifié et intensifié.	85.039	2%	35.885	16.385	16.385	16.385
A 03	01	Intégrer les principes, méthodes et outils de la gestion du changement dans les formations de base.	40.843		24.836	5.336	5.336	5.336
A 03	02	Promouvoir la vision systémique et le double ancrage (interactions, zones sanitaires et qualité centrée sur la patient)	PM		0	0	0	0
A 03	03	Assurer la participation des acteurs à la planification dès le CS, voire articulation avec le plan de développement communal et au niveau départemental	12.196		3.049	3.049	3.049	3.049
A 03	04	Renforcer les plateformes de concertation au niveau intermédiaire et central, y compris avec les PTF et le privé	32.000		8.000	8.000	8.000	8.000
A 03	05	Impliciter l'IRSP ainsi que les autres expertises dans la recherche action et les mécanismes de suivi évaluation	pm		0	0	0	0
X		Réserve budgétaire (max 5% * total activités)	25.995	1%	25.995			
X 01		Réserve budgétaire	25.995	1%	25.995			
X 01	01	Réserve budgétaire COGESTION	25.995					
X 01	02	Réserve budgétaire REGIE	3.433.507	80%	1.299.443	697.855	735.355	700.855
Z		Moyens généraux	2.715.791	63%	824.298	644.298	644.298	602.298
Z 01		Frais de personnel						
Z 01	01	Assistant technique international	600.000		150.000	150.000	150.000	150.000
Z 01	02	Assistant technique régional	420.000		60.000	120.000	120.000	120.000
Z 01	03	RAF	126.000		42.000	42.000	42.000	
Z 01	04	Assistant technique chirurgien	240.000		240.000			
Z 01	05	Equipe finance et administration	125.928		31.482	31.482	31.482	31.482
Z 01	06	Equipe technique - expertise	971.640		242.910	242.910	242.910	242.910
Z 01	07	Equipe technique - primes	223.223		55.806	55.806	55.806	55.806
Z 01	08	Autres frais	8.400		2.100	2.100	2.100	2.100
Z 02		Investissements	398.088	9%	398.088	0	0	0
Z 02	01	Véhicules 8(4X4) & 1 véhicule de ville	304.898		304.898	0	0	0
Z 02	02	Equipement bureau	50.308		50.308	0	0	0
Z 02	03	Equipement IT	24.392		24.392	0	0	0
Z 02	04	Aménagements du bureau	18.490		18.490	0	0	0

Z 03	Frais de fonctionnement	174.228	4%	43.557	43.557	43.557	43.557
Z 03 01	Loyer du bureau	0		0	0	0	0
Z 03 02	Services et frais de maintenance	3.600		900	900	900	900
Z 03 03	Frais de fonctionnement des véhicules	135.000		33.750	33.750	33.750	33.750
Z 03 04	Télécommunications	7.200		1.800	1.800	1.800	1.800
Z 03 05	Fournitures de bureau	3.000		750	750	750	750
Z 03 06	Missions	9.600		2.400	2.400	2.400	2.400
Z 03 07	Frais de représentation et de communication externe	3.000		750	750	750	750
Z 03 08	Formation	6.000		1.500	1.500	1.500	1.500
Z 03 09	Frais de consultation	0		0	0	0	0
Z 03 10	Frais financiers	1.828		457	457	457	457
Z 03 11	Frais TVA	0		0	0	0	0
Z 03 12	Autres frais de fonctionnement (électricité, eau, connexion internet)	5.000		1.250	1.250	1.250	1.250
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation	146.000	3%	33.500	10.000	47.500	55.000
Z 4 01	Atelier de démarrage	6.000		6.000			
Z 04 02	Frais de suivi et évaluation	25.000				25.000	
Z 04 03	Audits	35.000		17.500	0	17.500	0
Z 04 04	Backstopping	35.000		10.000	10.000	5.000	10.000
Z 04 05	Suivi scientifique	45.000					45.000
TOTAL		4.300.000		1.746.881	850.381	866.619	834.119

REGIE	3.044.286	71%	1.289.794	584.172	602.410	687.910
COGESTION	1.255.714	29%	457.087	266.209	266.209	266.209

7.4 TERMES DE RÉFÉRENCE PERSONNEL LONG TERME

7.4.1 Assistant technique principal (ATP)

7.4.1.1 Poste

Il est prévu un poste d'Assistant Technique Senior, expert en Santé Publique avec une expertise en développement organisationnel et gestion du changement dans le cadre d'un appui institutionnel au Ministère de la Santé. Cet Assistant Technique est de niveau international.

7.4.1.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat résidera à Cotonou et travaillera au sein du MS. Il sera rattaché au Secrétaire Général du Ministère (SGM), Directeur de l'intervention. Il effectuera des déplacements dans les Directions Départementales de la Santé (2 départements par DDS) afin de veiller aux liens entre le niveau central et le terrain

7.4.1.3 Durée

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

7.4.1.4 Objectif

L'expertise vise principalement un transfert de compétences techniques et de savoir-faire pour 1/ rationaliser la politique sanitaire et mettre en œuvre le PNDS, 2/améliorer le fonctionnement interne du MS au niveau central ainsi qu'à mieux gérer ses interactions et lignes de communication avec son environnement (avec le terrain, avec les partenaires/acteurs opérationnels, avec les partenaires/bailleurs, avec les autres Ministères). Il s'agit ici d'augmenter les capacités en santé publique ainsi que les capacités « transformationnelles » dans le cadre d'une dynamique de gestion du changement.

7.4.1.5 Responsabilités

Le rôle du ATP est d'assurer l'accompagnement, la facilitation et le renforcement des capacités, permettant au MS en collaboration avec les partenaires dans le secteur de réaliser les objectifs.

L'ATP veillera également à l'intégration du genre dans les différentes activités du projet.

Les objectifs convenus dans le DTF sont adaptables en fonction du contexte.

7.4.1.6 Résultats – tâches

° Par rapport à ses responsabilités techniques :

Assurer la mise en place d'un appui méthodologique en techniques de dynamique de groupe et former les cadres du MS, faciliter un processus de gestion du changement, assurer une meilleure circulation de l'information dans le secteur, encadrer le développement des stratégies alimentées par des expériences de terrain et accompagner la recherche-action. Ces tâches se feront par le moyen d'un accompagnement de proximité afin d'augmenter l'efficacité du travail au sein du MS et de renforcer les liens entre tous les acteurs du système (le MS, le terrain, les partenaires/acteur opérationnel, les partenaires/bailleurs, les autres Ministères).

1) **Résultat 1 : L'organisation interne du Ministère de la santé et les interactions entre les différentes directions au niveau central du MS sont renforcées (Estimation du temps : 50%)**

- Faciliter l'organisation d'un cycle de formation par rapport aux méthodes et outils de travail (par exemple techniques de réunion, ateliers participatifs, leadership) nécessaires pour faciliter les interactions entre personnes et services.
- Assurer la formation des cadres du MS par rapport à la mise en œuvre de ces méthodes de travail et assurer un suivi de l'application de ces connaissances.
- Accompagner, à la demande du MS, la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel et institutionnel à tous les niveaux du système national de santé dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services aux différents niveaux du MS par rapport à leurs missions attribuées.
- Appuyer le processus de la planification ascendante, intégré et participative au sein du MS.
- Faciliter la mobilisation de l'expertise interne et externe au MS à travers des groupes thématiques pour que le niveau central ait des plans opérationnels, des stratégies adaptées aux besoins du terrain, et un système d'analyse continue.
- Appuyer le MS dans le développement d'un plan de formation cohérent.
- Encadrer le MS dans ses efforts pour dynamiser les organes de concertation et de prise de décision commune.
- Accompagner la mise en place d'un système de gestion efficace de toute information utile pour un bon fonctionnement du Ministère de la Santé et du secteur de la santé en général, donc la création d'une mémoire institutionnelle avec une base de données électronique.
- Appuyer le MS dans l'organisation de stages et d'un séminaire régional/international.
- Accompagner le MS à développer des procédures internes basées sur l'analyse du fonctionnement interne du MS et plus particulièrement les goulots d'étranglement dans le système.

2) **Résultat 2 : Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (DDS) et le niveau opérationnel (ZS et HZ) sont renforcées (Estimation du temps : 30%)**

- Appuyer le MS à assurer que toutes les Directions et en particulier tous les superviseurs dans ces Directions s'approprient le système de supervision intégrée et formative sur des objectifs systémiques développés par le MS.
- Faciliter l'organisation d'un échange et une réflexion commune à travers des ateliers régionaux et nationaux.
- Assurer l'élaboration des outils de travail pour encourager et structurer la documentation et l'analyse des expériences de terrain.
- Assurer à travers des visites de terrain que les méthodes et outils de travail développés au niveau central pour faciliter les interactions entre personnes et services ainsi que la dynamique d'auto évaluation soient diffusés et appropriés par les équipes départementales.
- Stimuler activement des synergies avec les interventions dans le domaine de la santé au niveau des départements.
- Stimuler la documentation des expériences et la recherche-action par rapport à des sujets spécifiques,
- Encadrer l'équipe d'assistance technique au niveau intermédiaire et zonal afin de stimuler la cohérence entre l'AT au niveau central et intermédiaire du projet.

3) **Résultat 3 : Les partenariats entre le secteur privé/associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), collectivités locales, les PTF et les autres Ministères concernés sont explicités et intensifiés (Estimation du temps : 10%)**

- Appuyer le MS à avoir un inventaire opérationnel et à jour des activités des différents acteurs afin qu'il puisse pleinement jouer son rôle de coordinateur et de régulateur.
- Faciliter une concertation régulière entre le MS et les acteurs opérationnels.
- Participer à et appuyer le fonctionnement des groupes thématiques dans l'objectif d'améliorer la qualité du débat au CNEEP ainsi que sa performance. A travers un bon suivi de l'application des décisions.
- Chercher la synergie entre les différents appuis institutionnels au sein du MS et stimuler l'échange avec les appuis institutionnels à d'autres Ministères afin d'en tirer des leçons.

Par rapport à ses responsabilités de délégué à la co-gestion pour l'exécution de l'intervention :

Avec l'aide d'un gestionnaire de programme, le responsable d'intervention et le délégué à la co-gestion rempliront les tâches suivantes :

***Suivi et rapportage :**

- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des trois résultats intermédiaires;

- Rédiger les rapports d'avancement semestriels et le rapport final d'exécution, ainsi que les rapports de suivi - évaluation selon le canevas de la CTB ;
- Soumettre l'état d'avancement et de l'obtention des résultats intermédiaires à la SMCL ;
- Proposer, le cas échéant, à la SMCL les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires ;
- Elaborer et soumettre à la SMCL les plans de travail du programme et adapter cette planification en fonction de l'évolution de la prestation.

*Secrétariat de la SMCL :

- Proposer l'ordre du jour au président de la SMCL, après consultation de toutes les parties concernées par l'exécution du programme ;
- Transmettre, dans les délais requis, aux membres de la SMCL, les documents préparatoires, entre autres les rapports d'avancement et l'utilisation du budget pour la période passée, ainsi qu'une proposition de planning et de budget pour la période future ;
- Rédiger les comptes rendus des réunions de la SMCL, qui seront approuvés et signés par toutes les parties au plus tard un mois après la tenue de la réunion de la SMCL et repris dans le rapport de suivi-évaluation ;

*Gestion administrative et financière du programme selon les procédures en vigueur :

- Rédiger les rapports comptables ;
- Veiller à la bonne utilisation des biens acquis ou mis à la disposition du programme ;
- Gérer le personnel mis à la disposition du programme.
- Contribuer à créer un bon climat de concertation et de collaboration.

7.4.1.7 **Profil**

Niveau de formation :

- Expert de formation universitaire
- Expert en Santé Publique :
- Médecin de Santé Publique ou
- Diplôme en Santé Publique en étant non-médecin (diplôme Santé publique en complément d'un diplôme dans des domaines comme les sciences humaines, la gestion publique)

Expérience :

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum 5 ans dans un contexte international et dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience (min de 5 ans sur au moins 2 des expériences suivantes) prouvée en :
 - Planification, organisation et gestion de système
 - Définition de politiques de santé à un niveau national
 - Accompagnement d'un processus de transformation (gestion du changement)
 - Encadrement des équipes et gestion des ressources humaines
- Familier avec la Coopération Internationale et la gestion des projets/programmes

Compétences :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation et de fédérateur, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne Capacité de réflexion conceptuelle et analytique
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à initier des idées nouvelles et 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, Excell, Powerpoint, Base de données)

Sont des atouts :

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

7.4.1.8 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 un avis de non-objection.

7.4.1.9 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.4.2 Assistant technique départemental (ATD) (en fonction des conclusions de l'audit organisationnel)

7.4.2.1 Poste

Il est prévu deux postes d'Assistant Technique Senior, expert en Santé Publique avec une expertise en développement organisationnel et « gestion du changement » dans le cadre d'un appui institutionnel au MSP. Cet assistant technique est de niveau régional. Un poste sera positionné à la DDS de Lokossa dans le Mono-Couffo et un autre à la DDS dans l'Atakora-Dongo.

7.4.2.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat résidera à Lokossa¹⁷ (Bénin) et travaillera au sein de la Direction Départementale de la Santé (DDS) du Ministère de la Santé (MS). Il sera rattaché au Directeur Départemental de la Santé de Lokossa sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère (SGM) situé à Cotonou. Il effectuera des déplacements dans les départements (deux départements pour une DDS) afin de veiller au lien entre le niveau central et le terrain et des déplacements à l'occasion de réunion et ateliers à Cotonou. Il fait administrativement partie de l'Unité Appui Conseil du Projet avec le SGM, Responsable de l'intervention, et l'assistant technique principal, coresponsable de l'intervention (co-gestion).

7.4.2.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans. Un renouvellement du contrat est possible sur la période de financement suivante dépendant du contexte local.

¹⁷ Pour le ATD à la DDS de l'Atakora-Donga ce lieu de travail change évidemment

7.4.2.4 Objectif

L'expertise vise principalement un transfert de compétences et de savoir-faire pour 1/ développer des stratégies opérationnelles afin de rationaliser la politique sanitaire et de mettre en œuvre la PNDS, 2/améliorer le fonctionnement interne du MSP au niveau intermédiaire ainsi qu'à mieux gérer ses interactions et lignes de communication avec son environnement (avec le terrain, avec les partenaires/acteurs opérationnels, avec les partenaires/bailleurs, avec les autres Ministères). Il s'agit ici d'augmenter les capacités en santé publique ainsi que les « capacités transformationnelles » (voir : 2.2.3) dans le cadre d'une dynamique de « gestion du changement » et en second lieu de cogérer des ressources à destination des Zones Sanitaires de la DDS.

7.4.2.5 Responsabilités

Volet technique de l'appui: l'assistant technique est responsable d'un encadrement technique (santé publique, gestion du changement) de qualité durant l'exécution de l'intervention.

Volet gestion de l'appui: l'assistant technique départemental (ATD) s'il est désigné est coresponsable, ensemble avec le Responsable de l'intervention au niveau DDS, c'est-à-dire : le Directeur Départemental de la Santé pour l'exécution de l'intervention au niveau DDS (co-gestion).

7.4.2.6 Résultats – tâches

Par rapport à ses responsabilités techniques :

Assurer la mise en place un appui méthodologique de gestion du changement, assurer une meilleure circulation de l'information dans le secteur, appuyer la DDS à développer des stratégies rationnelles et encadrer la recherche-action dont la DDS a le pilotage. Ces tâches se feront par le moyen d'un accompagnement de proximité afin d'augmenter l'efficacité du travail au sein de la DDS et de renforcer les liens entre tous les acteurs du système (le MSP, la DDS, le terrain, les partenaires/acteur opérationnel, les partenaires/bailleurs, les autres Ministères).

1) **Résultat 2 : Renforcer les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (province) et le niveau opérationnel (districts de santé) (Estimation du temps : 60%)**

- Participer à l'organisation d'un système de supervision intégrée du niveau DDS vers les ZS avec appui systémique à l'EEZS et à l'PHZ
- Participer avec le ATP à la conception, la rédaction des TDR de l'audit organisationnel et institutionnel au niveau intermédiaire et des zones sanitaires. Suivre l'exécution de cet audit au niveau de la DDS;
- Participer à l'organisation et à l'appui à la mise en place de la planification ascendante dans les deux départements de la DDS ;
- Appuyer l'élaboration d'un plan opérationnel annuel réaliste et de la revue annuelle de la DDS ;
- Appuyer le MSP à assurer que tous les Services et en particulier tous les superviseurs dans ces services s'approprient le système de supervision intégrée et formative développé par le Ministère de la Santé ;
- Cogérer les ressources à destination des Zones Sanitaires de la DDS : formations, recrutement d'expertise, audit organisationnel, planification ascendante, appui en gestion administrative et financière, supervision et coordination de la DDS vers les ZS, appui du CHD aux Zones Sanitaires et recherche action.

- Faciliter l'organisation d'un échange et une réflexion commune à travers des ateliers régionaux et nationaux ;
- Assurer à travers des visites de terrain que les méthodes et outils de travail développés au niveau central pour faciliter les interactions entre personnes et services ainsi que la dynamique d'auto évaluation soient diffusés et appropriés par les équipes de la DDS.
- Assurer la gestion efficace de toute information utile pour un bon fonctionnement du MS, notamment la capitalisation d'expérience récente et de remontée des preuves opérationnelles de la recherche-action. Accompagner ou faciliter les missions de suivi scientifique sur le terrain ou des expertises recrutées dans le cadre de l'intervention (IRSP, commissaires aux comptes ...).

2) **Résultat 3 : Les partenariats entre le secteur privé / associatif et le secteur public (ONGs, le secteur privé confessionnel, associations, mutuelles, privé lucratif, médecine traditionnelle), collectivités locales, les PTF et les autres Ministères concernés sont explicités et intensifiés (Estimation du temps : 30%)**

- Expliciter et promouvoir la vision systémique et le double ancrage auprès des acteurs et partenaires de l'intervention ;
- Appuyer la DDS pour avoir un inventaire opérationnel et à jour des activités des différents acteurs afin qu'il puisse pleinement jouer son rôle de coordinateur et de régulateur.
- Faciliter une concertation régulière entre la DDS et les acteurs opérationnels.
- Encourager la DDS à organiser la participation des acteurs opérationnels au développement des plans opérationnels. Assurer la participation (formation préalable des responsables communaux et COGECS) dès le niveau CS. Contribuer à l'intégration des actions de santé du plan de développement communal dans le plan d'action annuel du département ;
- Participer et faciliter les plates-formes de concertation au niveau DDS, y compris avec les PTF et le privé.

Conjointement avec le Responsable et le co-responsable de l'intervention il devra :

- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des résultats intermédiaires
- Contribuer à créer un bon climat de concertation et de collaboration.
- Appuyer la DDS pour soumettre à la SMCL les plans de travail du projet, des rapports d'avancement semestriels, des rapports de suivi - évaluation selon le canevas de la CTB ainsi qu'un rapport final d'exécution ;
- Proposer, si nécessaire, à la SMCL les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires;
- Assurer la gestion administrative et financière du projet selon les procédures en vigueur au niveau DDS.

7.4.2.7 **Profil**

Niveau de formation :

- Expert de formation universitaire

- Expert en Santé Publique :
- Médecin de Santé Publique ou
- Diplôme en Santé Publique en étant non-médecin (diplôme Santé publique en complément d'un diplôme dans des domaines comme les sciences humaines, la gestion publique)

Expérience :

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum 5 ans dans un contexte régional et dans le domaine de la Santé Publique
- Expérience (minimum de 5 ans sur au moins 2 des expériences suivantes) prouvée en :
 - a. Planification, organisation et gestion au niveau régional ;
 - b. Accompagnement d'un processus de gestion du changement ;
 - c. Planification ascendante et coordination régionale : supervision, formation, suivi-évaluation ;
 - d. Encadrement des EEZS et travail en équipe au niveau DDS ;
- Familier avec la Coopération Internationale et la gestion des projets/programmes

Compétences :

- 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).

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 et de son système de santé.

7.4.2.8 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 un avis de non-objection.

7.4.2.9 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.4.3 Chirurgien Formateur en Chirurgie de District (CFCD) (en fonction des conclusions de l'audit organisationnel)

7.4.3.1 Poste

Il est prévu deux postes de CFCD. Cet assistant technique est de niveau régional. Un poste sera

positionné au CHD de Lokossa dans le Mono-Couffo et un autre au CHD dans l'Atakora-Dongo.

7.4.3.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat résidera à Lokossa¹⁸ (Bénin) sera placé sous l'autorité du DDS et travaillera au sein de la Direction du CHD. Il effectuera des déplacements dans les départements (deux départements pour une DDS).

7.4.3.3 Durée

Le poste est prévu pour une durée de 24 mois. Un renouvellement du contrat est possible sur la période de financement suivante dépendant du contexte local.

7.4.3.4 Objectif et responsabilités

L'expertise vise principalement un transfert de compétences et de savoir-faire envers 1/ les médecins et la direction du CHD en vue d'organiser l'appui technique du CHD aux ZS, 2/ les médecins de district par rapport à la chirurgie

7.4.3.5 Résultats - tâches

En principe, à la fin des 4 ans du programme, le nombre de médecins béninois possédant la compétence en chirurgie de district devra avoir substantiellement augmenté et il ne sera plus nécessaire de fournir un chirurgien de substitution chargé de tâches.

Dans ce programme-ci, le chirurgien devra s'investir dans des tâches de formation et d'organisation des services.

Au CHD, appuyer la Direction et le staff médical à :

- organiser le service de chirurgie ;
- collaborer au recrutement des candidats à la "compétence en chirurgie de district" ;
- former les candidats à la "compétence en chirurgie de district" ;
- former les étudiants stagiaires en médecine ;
- participer à la formation continue des agents de santé dans le domaine médico-chirurgical ;
- mettre sur pied un service de soins des cas chirurgicaux urgents ;
- participer au programme de consultations de chirurgie ;
- participer au programme opératoire de chirurgie y compris le rôle de garde.

Dans les Hôpitaux de Zone Sanitaire à réhabiliter ou à équiper

- donner des conseils techniques lors de la conception et la mise en place du bloc opératoire et du service de chirurgie.

Une fois les infrastructures construites et équipées,

- participer à organiser le service de chirurgie.
- participer au programme de consultations de chirurgie.
- participer au programme opératoire de chirurgie y compris le rôle de garde ;

¹⁸ Pour le ATD à la DDS du Atacora-Donga ce lieu de travail change évidemment

- participer à la formation continue des agents de santé dans le domaine médico-chirurgical ;

Au niveau des autres hôpitaux de zone éventuellement repris par le programme

- participer, à la demande, aux activités des services de chirurgie
- Avec l'UAC présent à Cotonou ainsi que la DSS et les EEZS, il faudra
- constamment ajuster la proportion de temps à consacrer à chacun des deux départements de la DDS.

7.4.3.6 Profil

Compétences

- Chirurgie générale, y compris chirurgie gynéco – obstétricale ou Gynéco-ostétricien au niveau d'hôpitaux de premier ou de deuxième référence dans des pays en développement ;
- Compétence en Médecine Tropicale ;
- Management de district.

Constitue un avantage:

- Expérience dans la mise sur pied d'un service de chirurgie CTB ;
- Appui à la mise en oeuvre du programme de développement d'une Zone Sanitaire.

7.4.3.7 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 un avis de non-objection.

7.4.3.8 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.4.4 Responsable Administratif et Financier (RAF)

Justification, localisation et durée

Il est prévu un poste de Responsable Administratif et Financier sur le présent projet. Ce poste est pris en charge par cette intervention pour une durée de 36 mois.

Cette personne aura deux groupes de tâches :

- Il centralisera les activités financières et une partie des activités administratives relatives au programme en question. Cette personne appuiera ainsi l'UAC en ce qui concerne les tâches administratives et financières liées à la gestion du projet « appui institutionnel au renforcement de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS ».
- En même temps, elle donnera un appui technique et méthodologique aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, plus particulièrement aux gestionnaires et comptables afin de renforcer leurs compétences administratives et financières en général. Cette position amènera aussi le RAF à collaborer étroitement avec les principaux partenaires institutionnels intéressés par les finances des programmes (MinEcoFin, SMCL, banques...).

Le poste sera basé au MS à Cotonou au sein de l'UAC du projet d'appui institutionnel. Il effectuera des déplacements fréquents au sein de la ville. Dans une moindre mesure, et principalement en lien avec le deuxième groupe de tâches précisé ci-dessus il peut être amené à se déplacer dans le reste du pays.

Profil

Profil de financier expérimenté de niveau régional :

Expérience de travail d'au moins cinq ans dans le cadre de programmes de coopération ou d'ONG en pays en voie de développement. Expériences probantes au niveau macro 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 (ex : élaboration de stratégies de développement du secteur santé) ; 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 ; une connaissance préalable du contexte béninois et de son système de santé.

Personne rigoureuse, diplomate, douée pour la facilitation. Organisateur : capable de comprendre les contraintes d'autrui, de concevoir des modèles organisationnels cohérents, permettant à chacun de se concentrer sur son domaine d'expertise. Combine des capacités analytiques, une logique opérationnelle et des compétences interpersonnelles. Apte à gérer plusieurs dossiers de front.

Capacités de communicateur étendues (négociation, modération, représentation, présentation de résultats).

Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais. Excellente maîtrise des outils informatiques relatifs à la gestion financière.

Fonctions spécifiques du RAF

Est attendu :

Pour le premier groupe de tâches :

- Contribution au développement du planning opérationnel : focalisation sur les implications budgétaires (programmations financières), la détermination des activités restant aux mains des responsables du projet.
- Révision mensuelle et consolidation régulière des comptabilités du programme. Révision mensuelle des opérations passées sur les caisses du programme.
- Contrôle hebdomadaire des 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.
- Encadrement et suivi des marchés publics, avec concentration sur les aspects administratifs, de respect des procédures administratives et financières. L'identification des besoins d'investissements justifiant ces marchés publics reste aux mains de la direction de l'intervention.
- Introduction et supervision des 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.

- Préparation des rapports financiers & des ajustements budgétaires à soumettre à la SMCL ; participation à la demande à titre consultatif ; coordination du secrétariat à la demande.

Pour le second groupe de tâches :

- Renforcement continu des compétences du personnel administratif et financier aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, notamment aux gestionnaires et comptables sur les fonctions relatives à leur poste en fonction des besoins identifiés (élaboration d'un budget et suivi budgétaire, comptabilité, passation d'appels d'offre, marchés publics, gestion de fonds externes...).
- Rôle réflexif et prospectif majeur dans l'amélioration de l'efficacité des procédures administratives et financières. Concerne notamment la standardisation des procédures avec les partenaires, et en premier lieu le Ministère de Finances. Inclut également la recherche de procédures simplifiées et harmonisées entre les programmes des partenaires intervenant en appui à ce secteur
- Participation aux ateliers de restitution de l'expérience, au niveau national et possiblement international.
- Partage de la réflexion et les outils développés avec les autres programmes de la coopération belge dans le domaine de la santé et les appuis des autres PTF.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Les résultats de la présélection seront communiqués au MS pour avis sur la pertinence des CV retenus. La sélection (tests et les interviews) aura lieu au siège de la CTB à Bruxelles. Le short-list des meilleurs candidats avec l'argumentaire sera envoyé au MS et présentée aux partenaires béninois pour la demande d'agrément.

Clarification des tâches entre RAF et les responsables de l'intervention.

Le responsable de l'intervention (nommé par le SGM) et le coresponsable ont la responsabilité finale. A travers un RAF la délégation des compétences financières et d'une partie des compétences administratives est assurée. Cela suppose une définition claire des responsabilités et champs de compétences respectifs du (co)responsable et du RAF. Elles seront précisées par la suite dans le manuel de procédures rédigé au démarrage de l'intervention. Le tableau ci-dessous reprend certaines distinctions clés à titre indicatif.

Thème	Responsabilités responsable / coresponsable	Responsabilités RAF
Décision stratégique et opérationnelle	Prise de décision selon l'expertise sectorielle de la direction de l'intervention.	Vérification des implications budgétaires de la décision et validation (ou demande / suggestion de révision).
Passation de commande médicale	Préparation de la commande.	Estimation du coût et validation (ou demande de correction) en fonction des disponibilités budgétaires.
Comptabilité et suivi financier	Veiller à la disponibilité de l'information financière en temps voulu.	Supervision de la comptabilité ; consolidation ; opérations bancaires...
Achats	Achats courants ; rédaction de bons de commandes pour les montants à approuver par le.	Décaissements hebdomadaires (si validation budgétaire) ; demande de validation pour investissements dépassant un certain seuil.
Rapportage	Rédaction du rapport d'activité.	Rédaction du rapport financier (mensuel) et rapport consolidé pour le programme
Marchés publics	Identification des besoins, types de bâtiments, emplacements, suivi du chantier, etc., approbation des contrats	Procédures administratives, appels d'offre, dépouillements, suivi financier, etc.
SMCL	Préparation des rapports d'avancement & des rapports de suivi évaluation ; participation à titre consultatif	Préparation des rapports financiers & des ajustements budgétaires ; participation à titre consultatif ; secrétariat

