



REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION
ET DE MAGISTRATURE (ENAM)



**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II
POUR L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE DES
SERVICES PUBLICS**

OPTION :

MANAGEMENT

FILIERE :

MANAGEMENT DES SERVICES PUBLICS

ANNEE ACADEMIQUE

2007-2008

**CONTRIBUTION A UN MEILLEUR
FONCTIONNEMENT DU COMITE NATIONAL DE
SUIVI DE L'EXECUTION ET D'EVALUATION DES
PROJETS ET PROGRAMMES DU SECTEUR SANTE**

Réalisé et soutenu par :

Coffi AGOSSOU

Sous la direction de :

Maître de stage

Alphonse AKPAMOLI

**Directeur Adjoint de la Programmation
et de la Prospective du Ministère de la
Santé**

Directeur de Mémoire

Paul LOKO LOKOSSOU

**Administrateur Civil
Chargé de Cours à l'ENAM**

Août 2008

IDENTIFICATION DU JURY

Président : **MEDE Nicaise**

Vice-président : **ASSOGBA Louis**

Membre : **GBENOUDON Léandre**

**L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS
DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A
LEUR AUTEUR.**

DEDICACES

A DIEU, Seigneur, Roi de Gloire, Dieu de mon salut ; je rends grâces pour toutes les choses incommensurables que tu ne cesses de me faire ; reçois la gloire, l'hommage, l'autorité et la magnificence, Amen ;

A MES CHERS PARENTS :

- mon feu père Dohoungbo AGOSSOU : reçois à titre posthume ce travail comme le fruit des peines que tu t'es données pour ma réussite dans la vie ;
- ma mère, Marie AGOSSOU pour ton soutien moral et tes conseils quotidiens ; que ce mémoire soit en retour pour toi un témoignage ;
- mes frères et sœurs pour vos soutiens et conseils ;
- mon épouse Honorine AGOSSOU : pour ton affection et l'abnégation dont tu fais preuve quotidiennement à mes côtés ; reçois cette dédicace ;
- mes enfants Cofson Betsaleel et Godson Wonder Lewis ; trouvez ici le signe de mon affection et l'exemple de la persévérance pour votre réussite dans la vie.

REMERCIEMENTS

Je présente mes remerciements et ma profonde gratitude :

- à mon Directeur de mémoire, **Monsieur Paul LOKO LOKOSSOU** pour l'encadrement pédagogique et l'entière disponibilité malgré les multiples occupations ;
- à mon Maître de stage **Monsieur Alphonse AKPAMOLI** pour le suivi pratique de ce travail et les orientations en vue de la réalisation d'un mémoire de qualité ;
- à tout le personnel de la Direction de la Programmation et de la prospective, en particulier à **Messieurs Mathias FINOUDE, Edmondo HOUNKPE et Radji SURADJOU** pour leurs soutiens et conseils ;
- à tout le corps professoral et administratif de l'ENAM, en particulier le corps professoral de la filière management des services publics pour le dévouement à la tâche et la formation de qualité ;
- à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire ; je voudrais particulièrement nommer Messieurs **Raymond AMOUSSOU, Justin SOSSOU et Madame Clémence ABUL.**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CDEEP : Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé

CNEEP : Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé

CSE : Cellule de Suivi Evaluation

DAP : Division d'Analyse de la Performance du secteur

DSP : Division du Suivi des Programmes du secteur

DDS : Direction Départementale de la Santé

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective

MS : Ministère de la Santé

SCPSGR : Sous Comité de suivi évaluation de la réorganisation de la Pyramide Sanitaire et de la Gestion des Ressources du secteur

SCMSF : Sous Comité de suivi évaluation des Maladies et la Santé Familiale

SOSEV : Secrétariat des Organes de Suivi et d'Evaluation du secteur

ZS : Zone Sanitaire.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Titre	Page
N° 1	Nombre de sessions CNEEP tenues de 2005 à 2007	13
N° 2	Point de la mise en œuvre des recommandations issues des sessions du CNEEP tenues de 2005 à 2007	16
N° 3	Nombre de sessions des sous comités du CNEEP tenues de 2005 à 2007	17
N° 4	Point de la mise en œuvre des recommandations issues des sessions des sous comités du CNEEP de 2005 à 2007	18
N° 5	Nombre de sessions de CDEEP tenues de 2005 à 2007	20
N° 6	Inventaire des forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement du CNEEP	23
N° 7	Détermination des problématiques possibles à travers le regroupement des problèmes par centres d'intérêts	25
N° 8	Tableau de bord de l'étude	39
N° 9	Point de la population enquêtée	42
N° 10	Opinions sur les causes du problème spécifique 1	43
N° 11	Opinions sur les causes du problème spécifique 2	44
N° 12	Opinions sur le problème spécifique 3	45
N° 13	Vérification de l'hypothèse 1 de l'étude	48
N° 14	Vérification de l'hypothèse 2 de l'étude	50
N° 15	Vérification de l'hypothèse 3 de l'étude	52

RESUME

Le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/projets du secteur santé (CNEEP) est l'une des plus hautes instances d'appui du Ministre de la santé. Cet organe est présidé par le Ministre de la Santé et lui est directement rattaché.

Le thème « contribution à un meilleur fonctionnement du CNEEP » que nous avons choisi, a pour objectif général de contribuer à l'éradication des dysfonctionnements inhérents à cette institution dans la perspective d'une amélioration de ses prestations. Des approches de solutions sont ainsi apportées au problème général de la persistance des dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP. Ce problème est la résultante de plusieurs problèmes spécifiques à savoir :

- l'ignorance par les membres du CNEEP des dispositions juridiques qui le régissent ;
- la non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures ;
- la mise en œuvre partielle des décisions issues des sessions du CNEEP et des sous comités.

Pour résoudre ces problèmes, nous avons proposé des solutions tendant à une meilleure connaissance des dispositions juridiques qui régissent le CNEEP, déterminé les conditions susceptibles d'aider à la tenue régulière des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures. Enfin nous avons envisagé les conditions de la prise par le CNEEP de décisions ayant force exécutoire.

Les hypothèses de recherche ont été formulées en trois points : l'insuffisance de vulgarisation des dispositions juridiques qui régissent le CNEEP explique l'ignorance desdites dispositions par ses membres (hypothèse spécifique n°1) ; la non tenue à bonne date des CNEEP et de ses instances inférieures est due au caractère non prioritaire des sessions par rapport à d'autres activités (hypothèse spécifique n°2) ; l'absence de force exécutoire des décisions du

CNEEP et de ses sous comités amène à la mise en œuvre partielle desdites décisions (hypothèse spécifique n°3).

Pour la vérification de ces hypothèses, nous avons adopté une méthode de sondage non probabiliste par choix raisonnés consistant à avoir des entretiens avec des autorités et des cadres de la chaîne de suivi-évaluation et surtout impliqués dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP. Les résultats de l'analyse des données que nous avons collectées ont révélé que les hypothèses émises sont toutes vérifiées.

Les approches de solutions que nous avons suggérées pour la résolution des problèmes identifiés sont de trois ordres à savoir :

- l'intensification de la vulgarisation des textes qui régissent le CNEEP au profit de ses membres ;
- la mise en priorité de la tenue des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures par rapport aux autres activités ;
- la dotation du CNEEP de l'autorité nécessaire pour rendre exécutoire ses décisions.

En conclusion, la mise en œuvre des recommandations formulées devrait permettre au CNEEP et ses instances inférieures de remplir efficacement la mission.

SOMMAIRE

IDENTIFICATION DU JURY	I
DEDICACES	III
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
RESUME	VII
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL ET PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE SUR LE FONCTIONNEMENT DU COMITE NATIONAL DE SUIVI DE L'EXECUTION ET D'EVALUATION DES PROJETS ET PROGRAMMES DU SECTEUR SANTE.....	5
CHAPITRE PREMIER : CADRE PHYSIQUE DE FONCTIONNEMENT DU CNEEP ET OBSERVATIONS DE STAGE	6
Section 1 : Présentation des attributions et de la composition du CNEEP	7
Section 2 : Diagnostic organisationnel et fonctionnel du CNEEP	10
CHAPITRE II : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA PERSISTANCE DES DYSFONCTIONNEMENTS DU CNEEP	22
Section 1 : Choix et spécification de la problématique	22
Section 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique.....	28
DEUXIEME PARTIE : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	35
CHAPITRE PREMIER: CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE SUR LES DYSFONCTIONNEMENTS DU CNEEP	36
Section 1 : Des objectifs aux hypothèses de l'étude.....	36
Section 2 : Méthodologie adoptée	40
CHAPITRE II : DE LA VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX STRATEGIES D'UN MEILLEUR FONCTIONNEMENT DU CNEEP.....	46
Section 1 : Vérification des hypothèses.....	46
Section 2 : Stratégies pour un meilleur fonctionnement du CNEEP	55
CONCLUSION GENERALE	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES ANNEXES	64
ANNEXE I : QUESTIONNAIRES POUR L'ENQUETE	65
QUESTIONNAIRE N°1	66
QUESTIONNAIRE N°2.....	68
QUESTIONNAIRE N°3.....	70
ANNEXE II : ORGANIGRAMME DU MECANISME DE SUIVI- EVALUATION DU MINISTERE DE LA SANTE.....	72
Organigramme du mécanisme de suivi-évaluation du Ministère de la Santé.....	73
ANNEXE III : DECRET PORTANT CREATION, ATTRIBUTIONS COMPOSITION, ET FONCTIONNEMENT DU CNEEP	74
TABLE DES MATIERES.....	82

INTRODUCTION GENERALE

La Déclaration universelle des droits de l'homme prévoit en son article 25 ce qui suit : « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. La personne a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont également droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent aussi de la même protection sociale ».

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples prévoit quant à elle en son article 16 que « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre. Les Etats parties à la charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

La loi N° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin dispose en son article 8 que « l'Etat assure à ses citoyens l'égal accès à la santé » conformément aux instruments internationaux et régionaux de protection de la personne humaine.

La mise en application de cette disposition constitutionnelle et de toutes ces mesures internationales s'est traduite par la mission confiée au ministère de la santé : celle de concevoir, d'appliquer et de contrôler la politique sanitaire nationale de l'Etat en matière de santé (article 2 du décret N° 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du ministère de la santé).

Le Bénin a clairement affiché son option pour les soins de santé primaires (SSP) contenus dans la déclaration d'Alma Ata adopté en 1978 dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la

collaboration intersectorielle. Il a ensuite adhéré à l'initiative de Bamako de 1987 qui a mis l'accent, entre autres, sur la participation communautaire et l'accès universel aux soins de santé primaires.

En 1997 le secteur de la santé au Bénin s'est doté d'une politique et des stratégies pour la période 1997-2001. Celles-ci ont été suivies d'une autre politique et stratégies de développement définies pour la période 2002-2006. Ces dernières prévoient cinq programmes qui constituent les axes stratégiques de développement du secteur ; ces axes se présentent comme suit :

- la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire ;
- le financement du secteur et l'amélioration de la gestion des ressources ;
- la prévention de la lutte contre les principales maladies et l'amélioration de la qualité des soins ;
- la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires ;
- la promotion de la santé familiale.

Le processus enclenché depuis la fin de l'année 2006 pour l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2007-2016 n'est pas encore bouclé. L'avant projet du document est encore en cours de validation. C'est pour cela que nos investigations et analyses seront basées sur le document de politique et des stratégies de développement du secteur santé pour la période 2002-2006 qui continuent d'être appliquées pour l'élaboration et l'exécution du budget programme du secteur.

La mise en œuvre des axes stratégiques définis dans ce document s'est faite à travers l'exécution des projets et programmes inscrits chaque année au programme d'investissements publics.

Au début des années 2000 le secteur de la santé a été fortement impliqué dans le processus de la réforme budgétaire. Cette réforme vise, entre autres, à assurer non seulement une grande efficacité dans l'allocation et la gestion des ressources publiques mais aussi une responsabilisation des acteurs à différents

niveaux de la hiérarchie de l'appareil d'Etat. Elle rompt avec l'ancien système de gestion pour engager les ministères dans une gestion axée sur les résultats (GAR). Cela induit, entre autres, la mise en place d'un mécanisme de suivi-évaluation. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'enclenchement en 2001 du processus de dynamisation du mécanisme de suivi-évaluation au niveau du secteur de la santé qui a abouti, entre autres, à la restructuration du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé (CNEEP).

Mais une analyse réaliste des contre performances qu'enregistre le secteur de la santé, malgré les efforts consentis chaque année par les pouvoirs publics, les acteurs internes et les partenaires techniques et financiers, amène à s'interroger sur le fonctionnement des différents maillons de la chaîne des dépenses publiques au niveau du secteur. L'un des maillons non négligeable est le mécanisme de suivi-évaluation mis en place notamment le CNEEP sur lequel portera notre étude.

Mais quelles sont les missions assignées au CNEEP ? Comment fonctionne t-il ? Quels sont les résultats attendus du CNEEP et quels sont les résultats tangibles atteints ? Quels sont les problèmes qui entravent le bon fonctionnement du CNEEP et de ses instances inférieures ? Comment réorganiser le fonctionnement du CNEEP pour que les louables initiatives des pouvoirs publics au profit du secteur de la santé ne restent pas au stade d'intentions ?

Voilà autant de questionnements qui nous amènent à choisir comme thème « contribution à un meilleur fonctionnement du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes du secteur santé ».

Pour y parvenir, nous traiterons dans une première partie de la restitution des observations de stage, ciblerons la problématique avant de présenter la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

Dans une deuxième partie nous nous pencherons sur la collecte et l'analyse des données en vue d'établir le diagnostic qui nous conduira aux approches de

solutions et aux conditions de leur mise en œuvre en vue d'un meilleur fonctionnement du CNEEP.

**PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL ET
PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE SUR LE
FONCTIONNEMENT DU COMITE NATIONAL DE
SUIVI DE L'EXECUTION ET D'EVALUATION DES
PROJETS ET PROGRAMMES DU SECTEUR SANTE**

CHAPITRE PREMIER : CADRE PHYSIQUE DE FONCTIONNEMENT DU CNEEP ET OBSERVATIONS DE STAGE

Aux termes des articles 1^{er} et 2 du décret 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, ce Ministère est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent.

Le Ministère de la Santé est le premier responsable de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des activités découlant de la politique sanitaire du Bénin. A ce titre, il est chargé:

- de concevoir, d'appliquer et de contrôler la politique sanitaire de l'Etat ;
- de suggérer au Gouvernement, au besoin de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire.

Le Ministère dispose pour accomplir sa mission des structures suivantes :

- des services directement rattachés au ministre ;
- le cabinet du ministre ;
- le secrétariat général du ministère ;
- les directions centrales et techniques ;
- les directions départementales
- des organismes sous tutelle.

En outre, le Ministre s'appuie sur un organe de soutien dénommé Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/projets du secteur santé (CNEEP). Cet organe est présidé par le Ministre et lui est directement rattaché.

La composition et les attributions de cet organe de soutien sont fixées par le décret N° 2007-163 du 16 avril 2007.

Section 1 : Présentation des attributions et de la composition du CNEEP

Paragraphe 1 : Des attributions du CNEEP

Selon les dispositions de l'article 2 du décret N°2007-163, le CNEEP est chargé de :

- valider le budget programme du Ministère de la Santé ;
- superviser la mise en œuvre effective des réformes du secteur santé telles que prévues dans les politiques et stratégies sanitaires nationales ;
- veiller à l'harmonisation et la coordination des actions des partenaires au développement sanitaire ;
- approuver la nouvelle stratégie sanitaire à mettre en œuvre en fonction des résultats escomptés ;
- étudier et approuver les rapports semestriels et annuels des sous-comités du CNEEP ;
- étudier et approuver les rapports semestriels et annuels des Comités Départementaux de suivi de l'Exécution et de l'Evaluation des Programmes/Projets du secteur santé (CDEEP) ;
- étudier et approuver les rapports sur l'appréciation des bénéficiaires des projets et programmes du secteur santé ;
- analyser les grandes questions préoccupantes du secteur ;
- faire des recommandations et assigner des tâches aux structures représentées en son sein.

Nous pouvons nous rendre à l'évidence que le CNEEP a une lourde mission et se trouve au cœur même des grandes décisions qui, en amont comme en aval, engagent les destinées du secteur de la santé et en conséquence la santé des populations du Bénin.

Paragraphe 2 : De la composition du CNEEP

La composition du CNEEP est prévue à l'article 3 du décret N° 2007-163.

Aux termes de cet article, le CNEEP est composé comme suit :

- Président : Ministre de la Santé ou son représentant ;
- Vice-président : Ministre du Développement, de l'Economie et des Finances ou son représentant ;
- 1er Rapporteur : Ministre des Affaires Etrangères ou son représentant ;
- 2eme Rapporteur : Ministre de la Famille, de la Femme et de l'Enfant ou son représentant ;
- Secrétaire Permanent : Directeur de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé ;

Les autres membres sont :

- **au niveau du ministère de la santé :**

- le Directeur de Cabinet ;
- le Secrétaire Général du Ministère;
- les conseillers techniques ;
- les directeurs centraux et techniques ou leurs représentants ;
- Les directeurs départementaux de la santé et leurs chefs de service des études, de la planification et du suivi ;
- Les bureaux des sous comités du CNEEP ;

- **au niveau des autres Ministères**

- un représentant du ministère de la défense nationale ;
- un représentant du ministère des mines de l'énergie et de l'eau ;
- un représentant du ministère de l'agriculture de l'élevage et de la pêche ;
- un représentant du ministère de l'environnement et de la protection de la nature ;
- un représentant du ministère de l'économie et des finances ;
- un représentant du ministère des affaires étrangères ;

- un représentant du ministère de l'intérieur, de la sécurité publique et des collectivités locales.
- **au niveau du secteur sanitaire privé et société civile :**
 - un représentant du réseau des organisations non gouvernementales de santé (ROBS) ;
 - un représentant de l'association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales (AMCES) ;
 - un représentant du comité de gestion de santé ;
 - un représentant de l'association nationale des praticiens de la médecine traditionnelle du Bénin ;
 - un représentant de l'ordre des pharmaciens ;
 - un représentant de l'ordre des médecins ;
 - un représentant de l'ordre des chirurgiens-dentistes ;
 - un représentant de l'ordre des sages- femmes ;
 - un représentant de l'association des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat ;
 - un représentant de l'association des techniciens de laboratoire ;
 - un représentant des syndicats.

La composition du CNEEP révèle que toutes les autorités et compétences au niveau sectoriel ainsi que les personnes ressources de toutes parts pouvant contribuer à la prise de décisions pertinentes y sont représentées. En effet, outre les membres ci-dessus cités, l'article 5 du décret N° 2007-163 précise que le comité peut faire appel à toutes personnes dont il juge les compétences nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Après avoir cerné les missions et la composition du CNEEP, nous nous intéresserons à son organisation et son fonctionnement.

Section 2 : Diagnostic organisationnel et fonctionnel du CNEEP

Ce diagnostic se fera à travers la présentation des organes du CNEEP d'une part et l'état des lieux de base du fonctionnement du CNEEP d'autre part.

Paragraphe 1 : Les organes du CNEEP

Aux termes des dispositions de l'article 4, les organes suivants relèvent du CNEEP :

- l'assemblée plénière des membres du comité ;
- le secrétariat permanent ;
- deux sous comités à savoir :
 - ❖ le sous comité de suivi évaluation de la réorganisation de la pyramide sanitaire et de la gestion des ressources du secteur (SCPSGR) ;
 - ❖ le sous comité de suivi évaluation des maladies et la santé familiale (SCMSF) ;
- les comités départementaux de suivi de l'exécution et d'évaluation des programmes/projets du secteur santé (CDEEP).

L'assemblée plénière assure la plénitude des attributions du CNEEP sus citées.

Le secrétariat permanent du CNEEP est assuré par la direction de la programmation et de la prospective (DPP) et plus précisément par la cellule de suivi évaluation (CSE).

Toutes les attributions du secrétariat permanent du CNEEP prévues à l'article 8 du décret N° 2007-163 régissant le CNEEP, sont reprises respectivement à l'article 2 de l'arrêté N°2003-4735 portant création de la CSE puis à l'article 15 de l'arrêté N°2007- 1802 portant organisation et fonctionnement de la DPP.

En d'autres termes, la CSE est chargé d'assurer le secrétariat permanent du CNEEP. La CSE comprend trois divisions qui sont :

- ❖ la division du suivi des programmes du secteur (DSP) ;
- ❖ la division d'analyse de la performance du secteur (DAP) ;
- ❖ le secrétariat des organes du suivi et d'évaluation du secteur (SOSEV).

Outre l'assemblée plénière et le secrétariat permanent, le CNEEP comprend aussi deux sous comités dont le fonctionnement est régi par l'arrêté N° 2007-8321/MS/DC/SGM/DRFM/DPP/CSE/SOSEV portant création, attributions, organisation et fonctionnement des sous comités du CNEEP.

Le premier est le sous comité de suivi évaluation de la réorganisation de la pyramide sanitaire et de la gestion des ressources. Il réunit les projets et programmes relevant des axes stratégiques 1 et 2 du document de politique et stratégies de développement du secteur.

Le deuxième est le sous comité de suivi évaluation des maladies et de la santé familiale. Il réunit les projets et programmes des axes stratégiques 3, 4 et 5 du document précité.

Chaque sous comité est présidé par le Directeur de la Programmation et de la Prospective assisté des chefs de file des axes stratégiques concernés. Le secrétariat des sous comités est assuré par le Chef de la Cellule de Suivi Evaluation (CSE).

Le dernier organe prévu par le décret N° 2007-163 portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du CNEEP est le Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé (CDEEP).

Tout comme pour les sous comités, un arrêté du Ministre de la Santé définit la composition et le fonctionnement des CDEEP ; il s'agit de l'arrêté N° 2007-8320/MS/DC/SGM/DRFM/DPP/CSE/SOSEV du 8 août 2007 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des CDEEP.

Les CDEEP sont présidés par les préfets des départements avec comme vice présidents les Directeurs Départementaux de la Santé (DDS) et comprennent la plupart les directions départementales des ministères représentés au CNEEP. Y sont également représentés, le secteur sanitaire privé, les praticiens, les comités de santé, les médecins coordonnateurs des zones sanitaires, tous les chefs services de la Direction Départementale de la Santé (DDS) et le Directeur du centre hospitalier départemental. Le secrétariat permanent du CDEEP est assuré par le service des études de la planification et du suivi de la DDS. Les CDEEP peuvent faire appel à toutes personnes ressources en cas de besoin.

Paragraphe 2 : Etat des lieux du fonctionnement du CNEEP

L'assemblée plénière des membres du CNEEP est l'organe de décision du comité. Elle se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire chaque fois que cela s'avère nécessaire. Elle rend compte une fois l'an au Gouvernement de la situation sanitaire du pays au titre de l'année précédente. Ce compte rendu ne peut se faire qu'au travers d'une communication en Conseil des Ministres.

Mais ces sessions ne se tiennent pas à bonne date : le point de la situation de la tenue des sessions au cours des trois dernières années est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : nombre de sessions CNEEP tenues de 2005 à 2007

Année	Nombre de sessions ordinaires prévues	Nombre de sessions tenues	Date de la tenue des sessions
2005	2	1	02 septembre 2005
2006	2	2	24-25 août et 18-19 décembre 2006
2007	2	0	3-4 janvier et 12 février 2008

Source : Rapports (2005 à 2007) de la Cellule de Suivi Evaluation du Ministère de la Santé

A la lecture de du tableau ci-dessus, on se rend compte qu'une seule session a pu se tenir en 2005. Par ailleurs les sessions prévues pour 2007 n'ont pu se tenir qu'en début 2008. Alors que les sessions ordinaires devant normalement se tenir à la fin de chaque semestre, c'est-à-dire à la fin du mois de juin et en décembre de chaque année.

- le compte rendu annuel au gouvernement n'est pas une réalité, même si un rapport annuel de performance du secteur est élaboré pour être adressé à la Chambre des Comptes, il ne fait pas l'objet d'un compte rendu au gouvernement.

La Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) à travers la Cellule de Suivi-Evaluation (CSE) assure le secrétariat permanent du CNEEP.

A ce titre, il est chargé de :

- ❖ suivre la mise en œuvre des actions des structures, projets et programmes du ministère sur la base d'un système d'indicateurs pertinents ;
- ❖ établir les bilans périodiques (trimestriels, semestriels et annuels) d'exécution du budget programme ;
- ❖ réaliser l'analyse de la pertinence et de la performance des actions menées dans le secteur ;
- ❖ organiser le suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes du secteur ;
- ❖ assurer le secrétariat lors des sessions du CNEEP et sous comités ;

- ❖ piloter les missions d'évaluation des politiques et programmes du secteur.

Les attributions énumérées ci-dessus ont été reprises respectivement par l'arrêté N° 2007-1802/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/SA du 20 février 2007 portant attributions, organisation et fonctionnement de la DPP notamment en son article 15 ayant traité des attributions de la cellule de suivi évaluation (CSE). Par ailleurs l'arrêté N° 2003-4735 du 24 juin 2003 portant création de la CSE prévoit les mêmes dispositions en son article 2 comme attributions de cet organe.

La CSE suit régulièrement la mise en œuvre des actions des structures à travers :

- ❖ la collecte trimestrielle et l'analyse des termes de référence (TDR) des activités inscrites au plan de travail annuel (PTA) en vue de les soumettre au Ministre pour ordonnancement ;
- ❖ la collecte mensuelle des rapports d'avancement des projets/programmes ;
- ❖ le suivi de certaines activités sur les sites des projets inscrits au programme d'investissements publics en vue de confronter les rapports transmis à la CSE avec la réalité sur le terrain ;
- ❖ le suivi de la mise en œuvre des recommandations et tâches issues des sessions.

Il assure le secrétariat au cours des sessions, élabore les rapports de sessions et assure leur transmission aux membres du CNEEP.

Il élabore également les rapports périodiques de l'exécution du budget programme du secteur à travers :

- ❖ l'élaboration de bilans trimestriels et semestriels d'exécution physique et financière du budget programme ;
- ❖ la validation des rapports annuels d'auto évaluation des structures centrales et départementales du secteur ;
- ❖ l'élaboration du rapport annuel de performance du secteur.

En outre, il analyse la pertinence et la performance des actions par :

- ❖ le traitement des rapports d'auto évaluation et l'élaboration du rapport annuel de performance ;
- ❖ l'organisation chaque année de la revue conjointe de performance du secteur.

Enfin, il coordonne les missions conjointes d'évaluation des partenaires techniques et financiers notamment la banque mondiale et les autres partenaires impliqués dans le processus de l'appui budgétaire.

Quant au pilotage des missions d'évaluation des politiques et programmes du secteur à la charge de la CSE, il faut préciser que le volet évaluation n'est pas encore bien développé. En effet l'évaluation des projets et programmes n'est pas systématique ; cependant un effort est fait en 2008 avec l'évaluation de la gestion 2007 de treize (13) projets/programmes qui ont reçu à titre pilote des lettres de mission pour cet exercice.

L'exécution des attributions relevant de la CSE au cours des sessions ou entre deux sessions est confrontée à des insuffisances liées à la méthode de mise en œuvre de certaines attributions du CNEEP. En effet, des faiblesses ci-dessous inhérentes au fonctionnement du CNEEP constituent des handicaps à son bon fonctionnement.

A l'issue de chaque session, un relevé de recommandations est retenu. Ces recommandations sont mises à la charge des structures représentées à la session avec une échéance de mise en œuvre desdites recommandations. Ceci sans aucune définition des conditions et obligations liées à la mise en œuvre correcte desdites recommandations.

L'observation des résultats de mise en œuvre des recommandations a montré que dans le meilleur des cas, 50% des recommandations sont souvent réalisées. Le tableau ci-dessous rend compte de cette réalité au cours des trois dernières années.

Tableau 2 : Point de la mise en œuvre des recommandations issues des sessions du CNEEP de 2005 à 2007

Année	Date de tenue de la session	Nombre de recommandations retenues	Nombre de recommandations exécutées	Pourcentage de réalisation
2005	Session unique du 02/09/05	10	05	50%
2006	1 ^{ère} session des 24 et 25/08/2006	14	02	14%
	2 ^{ème} session des 18 et 19/12/2006	15	04	27%
2007	1 ^{ère} Session des 03 et 04/01/ 2008	09	Point d'exécution non encore fait	
	2 ^{ème} session du 12/02/2008	03	Point d'exécution non encore fait	

Source : Rapports (2005 à 2007) de la Cellule de Suivi Evaluation du Ministère de la Santé

La représentation graphique de la mise en œuvre des recommandations des sessions du CNEEP des années 2005 et 2006 se présente comme suit :



Source : enquêtes personnelles

Le fait que les décisions du CNEEP ne sont pas de véritables résolutions assorties de mesures coercitives ou tout au moins exécutoires rend le CNEEP impuissant lorsqu'elles ne sont pas exécutées dans les délais prescrits. Ce qui l'amène très souvent à une reconduction des décisions pertinentes mais non exécutées, à défaut de sanction.

Selon les dispositions de l'arrêté N°2007-8321, les sous comités sont chargés de :

- étudier et approuver les plans d'actions des projets/programmes relevant de leurs domaines de compétence ;
- étudier et approuver les rapports d'activités des points focaux et des coordonnateurs ;
- analyser les questions préoccupantes de leurs domaines de compétence ;
- prendre les mesures pour surmonter les obstacles au bon fonctionnement des projets/programmes relevant de leurs domaines de compétence ;
- formuler des recommandations et prescrire des tâches aux directeurs et coordonnateurs de leurs domaines de compétence ;
- soumettre au CNEEP les dossiers restés en suspens.

Les constats faits précédemment sur la formulation des recommandations au niveau du CNEEP sont les mêmes au niveau des sous comités. Les sessions ne se tiennent pas à bonne date.

La situation de la tenue des sessions des sous comités au cours des trois (03) dernières années se présente comme suit :

Tableau 3 : Nombre de sessions des sous comités du CNEEP tenues de 2005 à 2007

Année	Nombre de sessions ordinaires prévues	Nombre de sessions tenues	Date de la tenue des sessions
2005	4	1	26-27/05/ 2005
2006	4	2	11-12/05/2006 et 19-20/10/2006
2007	2	1	16-17 août 2007

Source : Rapports (2005 à 2007) de la Cellule de Suivi Evaluation du Ministère de la Santé

Les quatre (4) sessions prévues répondent aux dispositions antérieures du décret N° 2003-401 du 13 octobre 2003 qui régissait le CNEEP et l'arrêté N° 2004-6920/MSP/DC/SGM/DRFM/DPP/CSE/SA portant

fonctionnement des sous comités dont l'article 9 prévoit une session ordinaire par trimestre donc quatre (04) sessions par an et des sessions extraordinaires en cas de besoin.

Le tableau ci-dessus montre la véracité de l'irrégularité des sessions même si nous étions dans la logique de deux sessions par an prévues ultérieurement par l'arrêté d'août 2007.

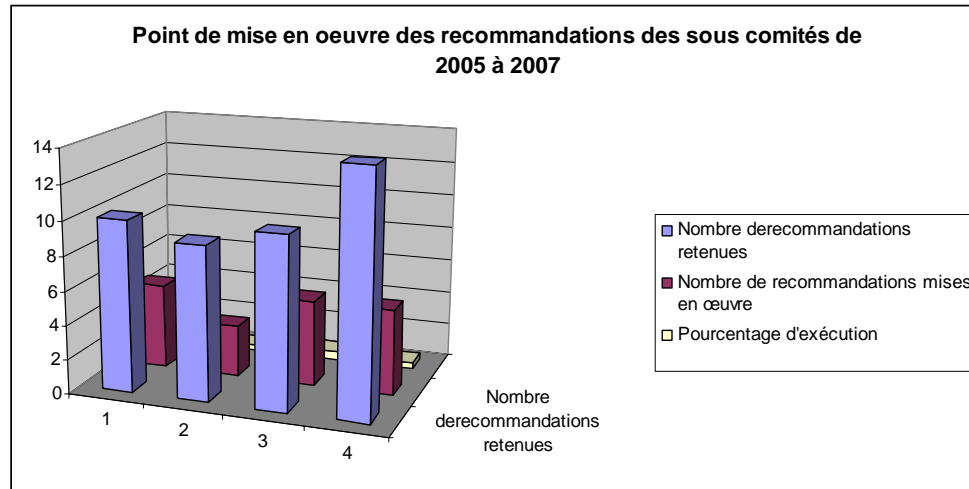
La situation de la mise en œuvre des recommandations issues des sous comités est identique aux constats faits au niveau du CNEEP. Elle est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Point de la mise en œuvre des recommandations issues des sessions des sous comités du CNEEP de 2005 à 2007

Année	Date de tenue de la session	Nombre de recommandations retenues	Nombre de recommandations exécutées	Pourcentage
2005	Session unique des 26-27/05/ 2005	10	05	50%
2006	Session unique des 11-12/05/2006	09	03	33%
	Première session des 19-20/10/2006	10	05	50%
2007	Session unique des 16-17 août 2007	14	05	36%

Source : Rapports (2005 à 2007) de la Cellule de Suivi Evaluation du Ministère de la Santé

La représentation graphique de la mise en œuvre des recommandations des sessions des sous comités du CNEEP de 2005 à 2007 se présente comme suit :



Source : enquêtes personnelles

On se rend compte aisément que les taux d'exécution des recommandations sont faibles.

Selon les dispositions de l'arrêté N° 2007-8320 précité, le CDEEP se réunit en session ordinaire une fois par semestre. Il peut se réunir en session extraordinaire en cas de nécessité. Il est chargé de :

- mettre en harmonie le plan directeur départemental avec la politique et les stratégies sanitaires nationales et les plans directeurs des zones sanitaires ;
- suivre au niveau du département, les activités entrant dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies sanitaires ;
- superviser la mise en œuvre des réformes sectorielles au niveau du département ;
- coordonner l'aide extérieure au niveau du département et le mettre en adéquation avec les priorités du secteur ;
- prendre toutes les mesures pour surmonter les obstacles au bon déroulement des programmes de santé dans le département ;
- suivre et apprécier la participation et l'attitude des bénéficiaires vis à vis des programmes de santé dans le département ;
- transmettre le rapport et le point de mise en œuvre des recommandations issues des sessions à la DPP.

Le fonctionnement des CDEEP présente les constats suivants :

- la tenue des sessions est irrégulière, ce qui s'explique par les raisons suivantes :
 - ❖ la non mobilisation des ressources financières à bonne date ;
 - ❖ la faible disponibilité du préfet président du CDEEP ;
 - ❖ les interférences des structures du niveau central et d'autres instances au niveau départemental sur les sessions du CDEEP ;
- la non transmission systématique des points de mise en œuvre des recommandations relevant des DDS ;
- la non maîtrise du déroulement des activités de certains projets/programmes de santé dans le département probablement à cause de :
 - ❖ la verticalité de l'exécution de certains projets et programmes malgré les efforts de déconcentration et de décentralisation des services de santé ;
 - ❖ la non exploitation à bon escient par les services intermédiaires du plan opérationnel du budget-programme dont les DDS sont prioritairement destinataires.

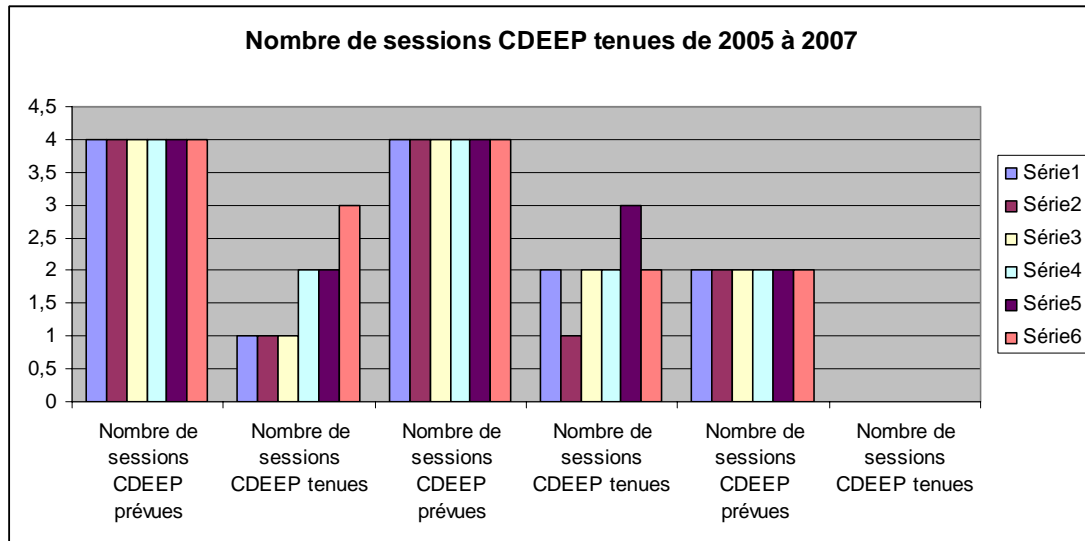
Le tableau ci-dessous rend compte de l'irrégularité de la tenue des sessions CDEEP sur les cinq (05) dernières années :

Tableau 5 : Nombre de sessions de CDEEP tenues de 2005 à 2007

Années	2005	2006	2007
Départements			
Atacora/Donga	1/4	2/4	0/2
Borgou/Alibori	1/4	1/4	0/2
Zou/Collines	1/4	2/4	0/2
Mono/Couffo	2/4	2/4	0/2
Atlantique/Littoral	2/4	3/4	0/2
Ouémé/Plateau	3/4	2/4	0/2

Source : Rapports (2005 à 2007) des CDEEP

La représentation graphique de la tenue des sessions CDEEP de 2005 à 2007 se présente comme suit :



Source : enquêtes personnelles

Les informations contenues dans le tableau et le graphique ci-dessus montrent que sur les quatre sessions prévues par an par les textes antérieurs à 2007 notamment l'arrêté N° 2964/MSP/DC/SGM/DPP du 1^{er} juillet 1998 ayant régi le fonctionnement des CDEEP, une ou deux (02) sessions sont organisées en moyenne dans les départements. Aucun département n'a tenu de sessions au cours de l'année 2007.

Toutes ces situations méritent une analyse en vue d'aboutir à des approches de solutions pertinentes.

Après cet état des lieux, nous évoluerons vers le ciblage de la problématique de l'étude.

CHAPITRE II : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA PERSISTANCE DES DYSFONCTIONNEMENTS DU CNEEP

Cette section sera consacrée à la spécification de l'étude d'une part et la vision globale de résolution de la problématique d'autre part.

Section 1 : Choix et spécification de la problématique

Avant de procéder au choix de la problématique et de justifier le thème de l'étude, nous ferons d'abord un inventaire des résultats des états des lieux de base.

Paragraphe 1 : Inventaire des résultats des états des lieux de base

L'état des lieux sur le fonctionnement du CNEEP nous a permis de découvrir que le CNEEP a assez d'atouts (forces et opportunités) mais davantage de problèmes (faiblesses et menaces). L'inventaire des forces, faiblesses opportunités, et menaces se fera à travers le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : inventaire des forces, faiblesses, opportunités et menaces

Forces et opportunités (atouts)	Faiblesses et menaces (problèmes)
<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un cadre juridique ; - missions du CNEEP et de ses organes clairement définies ; - composition assez excellente du CNEEP et de ses organes ; - effort affiché du secrétariat permanent du CNEEP de suivre systématiquement les projets/programmes entre deux sessions ; - secrétariat du CNEEP assez actif au cours des sessions et entre deux sessions. <p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - implication dans le CNEEP et le CDEEP des représentants d'autres ministères ; - implication dans le CNEEP et les CDEEP du secteur sanitaire privé et de la société civile. 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - vulgarisation insuffisante des textes qui régissent le CNEEP et ses instances inférieures ; - la non tenue à bonne date des sessions du CNEEP, des sous comités du CNEEP et des CDEEP ; - interférence d'autres activités internes et rapportant des revenus sur les sessions ; - non hiérarchisation des activités en fonction de leur priorité ; - aucune force juridique des recommandations du CNEEP ; - absence de mesures coercitives dans les décisions du CNEEP ; - non exécution dans les délais prescrits de plusieurs recommandations ; - verticalité des projets/programmes de santé ; - non effectivité du suivi des activités des projets/programmes par les responsables départementaux ; - conditions de mise en œuvre des recommandations non définies ; - non évaluation systématique des activités des projets de santé ; - contre performances dans la gestion des projets de santé ; - contre performances régulièrement enregistrées dans l'exécution globale des activités du secteur ; - non amélioration des indicateurs de santé ; - incohérence entre les objectifs sectoriels et certains objectifs opérationnels des structures du secteur ; - écarts entre les résultats attendus et les résultats atteints ; - Compte rendu annuel de la situation sanitaire au gouvernement non systématique ; - non respect des phases de mise en place des projets ; - inexistence de poste de suivi évaluation dans des projets de santé ; - évaluation non systématique des activités exécutées ; <p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - reports répétés des sessions ; - Démotivation des représentants externes aux sessions CNEEP et CDEEP

Source : enquêtes personnelles

Tous les problèmes énumérés ci-dessus sont regroupés par centres d'intérêts en cinq (05) problématiques différentes telles que présentées dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Détermination des problématiques possibles à travers le regroupement par centres d'intérêts des problèmes relevés

N° d'ordre	Centres d'intérêts	Problèmes relevés	Problèmes généraux	Problématiques
1	Gestion des projets de santé	<ul style="list-style-type: none"> - suivi non systématique des projets par les responsables départementaux ; - contre performances dans la gestion des projets 	Faible efficacité de la gestion des projets de santé	Problématique de la gestion efficiente des projets et programmes de santé
2	Evaluation des activités des projets de santé	<ul style="list-style-type: none"> - non respect des phases de mise en place des projets ; - évaluation non systématique des activités exécutées 	Faible système d'évaluation des projets de santé	Problématique de la dynamisation du système d'évaluation des activités des projets et programmes du secteur santé
3	Performance du secteur santé	<ul style="list-style-type: none"> - faible taux d'exécution des activités ; - non amélioration des indicateurs de santé ; - écarts entre les résultats attendus et les résultats atteints 	Contre performances des résultats du secteur santé	Problématique de l'amélioration de la performance du secteur santé
4	Planification des activités du secteur santé	<ul style="list-style-type: none"> - interférences entre plusieurs activités importantes du secteur ; - non hiérarchisation des activités en fonction de leur priorité ; - incohérence entre les objectifs sectoriels et certains objectifs opérationnels des structures du secteur 	Faible efficacité du processus de planification dans le secteur de la santé	Problématique de l'amélioration du processus de planification dans le secteur de la santé

N° d'ordre	Centres d'intérêts	Problèmes relevés	Problèmes généraux	Problématiques
5	Fonctionnement du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/projets du secteur santé (CNEEP)	<ul style="list-style-type: none"> - vulgarisation insuffisante des textes qui régissent le CNEEP et ses instances inférieures ; - non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et des sous comités du CNEEP ; - tenue irrégulière des sessions des CDEEP ; - décisions du CNEEP dépourvues de la force exécutoire ; - décisions du CNEEP non assorties de mesures coercitives ; - non détermination des conditions de mise en œuvre des recommandations formulées aux sessions du CNEEP et des sous comités ; - non exécution dans les délais prescrits des recommandations issues des sessions du CNEEP et des sous comités ; - non transmission du compte rendu de la situation sanitaire de l'année précédente au Gouvernement 	Persistance des dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP	Problématique de l'éradication des dysfonctionnements du CNEEP

Source : enquêtes personnelles

Des cinq (05) problématiques issues de la restitution des observations de stage, il convient d'en cibler une.

Paragraphe 2 : Choix de la problématique et justification du thème de l'étude

L'analyse des différents problèmes relevés au cours de l'état des lieux du CNEEP, des sous comités du CNEEP et des CDEEP laisse percevoir des problématiques telles qu'énumérées dans le tableau ci-dessus. Celles-ci interpellent les responsables du secteur de la santé. L'ouverture de la voie à une amélioration sensible de la chaîne de planification, suivi et évaluation au sein du secteur ; ce qui contribuera certainement à un renversement des tendances actuelles.

De toutes ces problématiques dégagées, nous ne retiendrons qu'une seule. Il s'agit de **la problématique de l'éradication des dysfonctionnements du Comité de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et programmes du secteur santé (CNEEP).**

Cette problématique a été choisie parce que nous avons remarqué dans un premier temps que les recherches antérieures ne se sont pas souvent appesanties sur cette situation. Il nous a donc paru important d'y apporter notre contribution. En second lieu, nous avons compris que les dysfonctionnements du CNEEP et de ses organes constituent un frein à l'accomplissement correct de sa mission.

Rappelons que **la problématique de l'éradication des dysfonctionnements du CNEEP** s'est formulée à travers le problème général de **la persistance des dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP** et fondé sur différents problèmes relevés. Nous pouvons regrouper ces problèmes identifiés en trois (03) problèmes spécifiques que sont :

- l'ignorance par les membres du CNEEP, des dispositions juridiques qui le régissent (problème spécifique n°1).
- La non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures (problème spécifique n°2) ;

- la mise en oeuvre partielle des décisions issues des sessions du CNEEP et de ses sous comités (problème spécifique n°3).

Pour contribuer à la résolution **du problème général de la persistance des dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP** à travers les différents problèmes spécifiques, nous avons retenu d'approfondir nos recherches sur le thème : « **Contribution à un meilleur fonctionnement du CNEEP** ».

Tous les départements ministériels sont de nos jours à pied d'œuvre pour remplir convenablement les missions qui leur sont confiées par le Gouvernement. Il importe pour le Ministère de la Santé d'accorder plus d'attention aux moindres défaillances qui pourraient retarder ses performances. La place du CNEEP dans le fonctionnement du Ministère de la Santé est telle que ses dysfonctionnements doivent perturber sérieusement l'atteinte des objectifs du secteur. D'où la nécessité pour l'administration publique sanitaire de bien organiser le CNEEP et d'assurer son meilleur fonctionnement.

Section 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique

La vision globale de résolution de la problématique spécifiée sera présentée après la revue documentaire.

Paragraphe 1 : Revue de littérature

Nous ne saurions envisager une vision globale de résolution de la problématique spécifiée sans passer en revue les contributions antérieures à la résolution de ladite problématique.

Dans leur ouvrage « le système de programmation-suivi-évaluation (PSE) dans une démarche d'appui institutionnel », Daniel Fino, Serge Ghinel, Christophe Dunand et Peter Uvin touchent tous les éléments de la programmation ; ainsi selon eux, il faut prévoir les indicateurs pour les moyens (les intrants), les résultats attendus (les extrants) et les objectifs.

Pour ces mêmes auteurs dès que les informations brutes récoltées pendant la phase de suivi sont analysées, commentées, interprétées, comparées ou encore valorisées, on entre dans la phase de l'évaluation. L'évaluation contient un bilan, une analyse de l'efficacité, une analyse de l'efficience, une analyse de l'impact et les leçons à tirer pour la prochaine programmation.

Sur le site <http://ofarcy.free.fr/documentation.php> des nations unies, il est rappelé les indicateurs pour le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD)¹.

Dans « les notes méthodologiques » disponibles sur le site www.crepuq.qc.ca/article.ph3, monsieur Lavigne Delville écrit ce qui suit : « une évaluation est un exercice difficile. En quelques jours ou quelques semaines au mieux, il faut porter un regard le plus objectif possible sur une réalité complexe et multiforme et porter une analyse sur des stratégies et des actions, dans lesquelles des équipes se sont investies, parfois pendant plusieurs années ».

L'évaluation est une mesure aussi systématique et objective que possible, des résultats d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en vue de déterminer sa pertinence et sa cohérence, l'efficience de sa mise en œuvre, son effectivité et son impact ainsi que la pérennité des effets obtenus.

Le suivi-évaluation est un processus c'est à dire un ensemble d'activités méthodiques visant à mesurer de façon objective et indépendante l'adaptation d'un projet ou d'un programme au but qui lui a été assigné et les avantages retirés par les bénéficiaires. Les résultats essentiels attendus du suivi évaluation sont les produits, les effets, les impacts, la transparence dans l'utilisation des ressources, le degré de satisfaction des bénéficiaires. Ils aident à la prise de décision.

S'il est vrai que la littérature est abondante au cours de ces dernières décennies sur le suivi et l'évaluation des programmes et projets, nos recherches documentaires ont révélé qu'aucun travail préalable n'a été réalisé

¹ Dans le document intitulé « évaluation des OMD » des Nations Unies (2005)

sur le diagnostic organisationnel et fonctionnel du comité national de suivi de l'exécution et d'évaluation des projets/programmes de santé (CNEEP) dans un pays africain comme le Bénin. Les quelques écrits sur le mécanisme de suivi évaluation se sont beaucoup plus appesantis sur les phases de gestion des projets de santé avec une énumération de certaines structures chargées du suivi et de l'évaluation sans s'attarder sur les aspects juridico administratifs de ce mécanisme. Il est néanmoins indiqué de faire ressortir les éléments des réflexions antérieures qui sont proches de notre travail de recherche.

En premier lieu le mémoire intitulé « le suivi évaluation des projets au ministère de la santé publique : analyse et propositions d'amélioration » réalisé en 2004 par Madame Clémence ABUL et monsieur Cyrille ZOUGAN a rappelé les stratégies sectorielles sanitaires, l'importance de la gestion axée sur les résultats et les organes de suivi évaluation. Les auteurs ont procédé à une analyse critique du cycle de vie des projets dans le secteur santé pour faire ressortir entre autres insuffisances la non systématisation de l'étude de faisabilité, le manque de planification, et des insuffisances dans la mise en œuvre des évaluations.

Ensuite le mémoire intitulé « analyse diagnostique du processus de gestion des projets au ministère de la santé », réalisé en 2006 par monsieur Bertin Komlan GLELE, a fait une analyse critique des différentes phases du processus de gestion des projets à savoir l'identification, la définition, la planification, l'exécution, la clôture et l'évaluation. Cette analyse a permis à l'auteur de faire ressortir comme problèmes spécifiques la non atteinte des résultats attendus des projets, le retard dans l'exécution des projets et la persistance de l'insatisfaction chez les bénéficiaires des projets. De ces problèmes spécifiques l'auteur a retenu comme problème général « les contre performances de la gestion des projets ». Il a fait des propositions en vue d'une gestion performante des projets.

Enfin le mémoire intitulé « analyse de l'approche programme du secteur santé » réalisé par monsieur Raymond Aimé AMOUSSOU en 2006 a fait

d'abord la restitution de l'application de l'approche programme au niveau du secteur de la santé, ensuite une analyse de l'approche a permis à l'auteur de faire constater une faible efficacité de la mise en oeuvre de l'approche programme pour l'élaboration du budget programme du secteur. Ce problème général est décliné en trois problèmes spécifiques à savoir la concurrence entre les programmes, la difficile budgétisation des programmes et l'inadéquation des indicateurs aux programmes. Cette situation s'explique selon l'auteur non seulement par l'interférence des programmes mais aussi l'interdépendance de certains coûts et surtout le choix des indicateurs liés au système de collecte de données. Il a enfin fait des propositions pour l'efficacité de la mise en oeuvre de l'approche dans le secteur.

Par rapport à la littérature générale sur le fonctionnement des comités de suivi évaluation des programmes et projets, il est à noter que les recherches aussi bien livresques que sur les sites Internet n'ont révélé que des rapports de commissions, de comités ou de conseils d'évaluations des programmes, des manuels pour le suivi évaluation de commissions spécialisées dans différents domaines (environnement, maladies, médecine générale, éducation, etc...).

En ce qui concerne le cas spécifique du secteur de la santé au Bénin, il faut mentionner que le mécanisme de suivi-évaluation remonte aux années 90 avec l'institutionnalisation du CNEEP par décret N° 90-236 du 31 août 1990. Ce comité a été gagné progressivement par la passivité et il s'est avéré nécessaire suite au diagnostic du secteur santé lors de la table ronde du secteur tenue en janvier 1995, de le dynamiser. Le CNEEP a donc été réorganisé par le décret N° 97-648 du 31 décembre 1997. Le mécanisme a été ensuite revu suite à la lourdeur qui caractérisait le CNEEP au début des années 2000 et surtout face à la nécessité d'efficacité induite par la réforme budgétaire. En effet, la réforme vise à assurer non seulement une plus grande efficacité dans l'allocation et la gestion des ressources publiques, mais aussi une responsabilisation aux différents niveaux de la hiérarchie de l'appareil d'Etat

et surtout une meilleure lisibilité du budget général de l'Etat. Le budget de performance qui en est le support requiert :

- l'allocation de ressources de qualité et en conséquence la mesure des résultats ;
- l'appréciation de l'impact des actions de l'Etat à travers les indicateurs ;
- la programmation pertinente des actions en rapport avec les stratégies sectorielles ;
- la systématisation du suivi et de l'évaluation.

Pour l'adapter au nouveau contexte, le CNEEP a été restructuré à travers la prise du décret N° 2003-401 du 13 octobre 2003 avec la création de deux sous comités qui sont en adéquation avec les cinq programmes des stratégies de développement du secteur.

Les contre performances enregistrées ces dernières années ont amené les décideurs à revoir encore le cadre institutionnel par la prise du dernier décret N°2007-163 du 16 avril 2007 actuellement en vigueur.

De notre point de vue, le suivi devrait être organisé de façon à être exécutée quotidiennement au niveau de toute organisation publique ou privée. L'évaluation quant à elle devrait se faire systématiquement avant la mise en place de tout projet, pendant son exécution et surtout à sa clôture. Le non développement pendant longtemps de ces maillons de la chaîne des dépenses publiques a certainement contribué aux contre performances enregistrées. C'est pour cela qu'il faille traduire effectivement dans les faits, toutes les excellentes définitions de ce concept incontournable pour l'atteinte des résultats attendus.

Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée

Nous ne saurions fixer les objectifs de la recherche ni formuler des hypothèses de travail sans une vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

La résolution du problème général de la persistance des dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP se fera à travers celle des différents problèmes spécifiques.

Par rapport au problème spécifique n°1 c'est-à-dire l'ignorance par les membres du CNEEP des dispositions juridiques qui le régissent, il est important que les membres d'une organisation de cette envergure maîtrisent les textes qui régissent ladite organisation afin de cerner les obligations qui leur incombent. L'ignorance des dispositions réglementaires de l'organisation a pour conséquence l'exécution partielle ou erronée de la mission assignée. Cela constitue un frein à l'atteinte des résultats attendus de cette organisation. La résolution de ce problème consistera à en rechercher les causes en vue de proposer des solutions adéquates pour leur éradication.

Quant au problème spécifique n°2 relatif à la non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures, notons que la tenue régulière et à bonne date des réunions statutaires d'un comité constitue un moyen efficace pour déceler assez tôt les problèmes qui se posent en vue des solutions appropriées. Dans le cas d'espèce, la non tenue des réunions conformément aux dispositions statutaires retarde la prise de décisions face aux goulots d'étranglement et amène très souvent le CNEEP et les instances qui dépendent de lui à chercher les remèdes aux problèmes au moment où certaines conséquences sont irréparables. Ce qui contribue aux contre performances du CNEEP. La résolution de ce problème spécifique nécessitera des entretiens avec les autorités et divers responsables chargés de l'organisation des sessions, afin de cerner les causes qui sont à la base d'une telle situation en vue de proposer des approches de solutions durables.

Le problème spécifique n°3 est sans doute l'un des problèmes les plus importants relatifs aux dysfonctionnements du CNEEP. Il s'agit bien entendu de la mise en oeuvre partielle des décisions issues des sessions du CNEEP et de ses sous comités. Ce problème est certainement le plus criard et celui pour lequel une approche de solution serait le plus urgent. En effet, la non

exécution des décisions issues des sessions du CNEEP remet en cause l'autorité de cette instance surtout lorsqu'elle reste impuissante face à cette situation. Pour cela, notre démarche consistera surtout à faire une analyse approfondie non seulement de la forme que prennent lesdites décisions mais aussi et surtout des conditions pratiques qui entourent leur mise en œuvre ; ce qui nous permettra de déboucher sur des propositions d'alternatives plus appropriées.

La vision globale de résolution retenue peut être restituée à travers une démarche dont les éléments suivants constitueront la base : la fixation des objectifs, la formulation des hypothèses de travail, la revue de la littérature, le choix de la méthodologie de l'étude, la collecte des données, l'établissement du diagnostic et les approches de solution aux différents problèmes ainsi que les conditions de leur mise en œuvre. Ces éléments seront l'essentiel de la prochaine partie.

**DEUXIEME PARTIE : DU CADRE THEORIQUE DE
L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE
DES SOLUTIONS**

CHAPITRE PREMIER: CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE SUR LES DYSFONCTIONNEMENTS DU CNEEP

Trois éléments essentiels constitueront les points autour desquels ce chapitre tournera. Il s'agit des objectifs, des hypothèses de recherche et de la méthodologie de l'étude.

Section 1 : Des objectifs aux hypothèses de l'étude

Les objectifs de la présente recherche que nous allons nous fixer seront les préjudes à l'établissement des hypothèses.

Paragraphe 1 : Objectifs de l'étude

La fixation des objectifs se fera en terme d'objectif général lié au problème général de l'étude et d'objectifs spécifiques liés aux problèmes spécifiques.

L'objectif général de la présente étude est **de contribuer à la correction des dysfonctionnements du CNEEP**.

En ce qui concerne les objectifs spécifiques, il s'agira :

- par rapport au problème spécifique n°1 : de proposer des approches de solutions pour une meilleure connaissance des dispositions juridiques qui régissent le CNEEP (objectif spécifique n°1) ;
- par rapport au problème spécifique n°2 : de déterminer les conditions de la tenue régulière des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures (objectif spécifique n°2) ;
- par rapport au problème spécifique n°3 : d'envisager les conditions idoines de la mise en œuvre diligente et complète des décisions issues du CNEEP et de ses sous comités (objectif spécifique n°3).

Paragraphe 2 : Hypothèses et tableau de bord de l'étude

Pour atteindre ces objectifs, il convient de formuler des hypothèses de recherche. Les hypothèses pourront être formulées par la détermination des causes probables des problèmes spécifiques identifiés.

En ce qui concerne l'ignorance par les membres du CNEEP des dispositions juridiques qui le régissent (problème spécifique n°1), la cause probable est l'insuffisance de vulgarisation desdites dispositions. En effet, la remise en cause régulière du cadre juridique crée une confusion dans la maîtrise par les membres des textes qui régissent cette institution surtout qu'une vulgarisation digne de ce nom n'accompagne pas la prise de nouveaux textes juridiques.

Ainsi, l'hypothèse liée à cette cause pourra être formulée de la manière suivante : l'insuffisance de vulgarisation des dispositions juridiques qui régissent le CNEEP explique l'ignorance desdites dispositions par ses membres (hypothèse spécifique n°1).

Par rapport au problème de la non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures (problème spécifique n°2), deux causes probables ont retenu notre attention :

- la première est la non disponibilité à bonne date des ressources financières nécessaires à la prise en charge des sessions ;
- la seconde est le manque de priorité accordée à la tenue des sessions par rapport aux autres activités.

S'il est possible que la première cause pourrait expliquer la situation de la non tenue à bonne date des sessions, il est prudent de ne pas la retenir parce qu'elle paraît accessoire par rapport à la deuxième cause qui est fondamentale puisqu'elle dépend de la bonne volonté des responsables et de la place accordée aux sessions dans la définition des priorités. Cette deuxième cause nous paraissant plus évidente, notre hypothèse de recherche y relative est formulée comme suit :

La non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures est due au manque de priorité accordée auxdites sessions par rapport aux autres activités (hypothèse spécifique n°2).

La seule cause probable que nous avons trouvée par rapport au problème spécifique n°3 (la mise en oeuvre partielle des décisions issues des sessions du CNEEP et de ses sous comités) est l'inexistence de force exécutoire des décisions du CNEEP et des sous comités.

L'hypothèse de recherche liée au problème spécifique n°3 sera émise de la façon suivante : l'inexistence de force exécutoire des décisions du CNEEP et de ses sous comités se trouve à la base de la mise en oeuvre partielle desdites décisions (hypothèse spécifique n° 3).

Les différents problèmes, objectifs, causes et hypothèses retenus peuvent être résumés dans le tableau de bord de l'étude réalisé ci-dessous.

Tableau N° 8 : Tableau de Bord de l'Etude (TBE)

Niveaux d'analyse		Problématique	Objectif	Causes possibles	hypothèses
Niveau général		<u>Problème général</u> Persistance des dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP .	<u>Objectif général</u> contribuer à la correction des dysfonctionnements du CNEEP		
Niveaux spécifiques	1	<u>Problème spécifique n°1</u> L'ignorance par les membres du CNEEP des dispositions juridiques qui le régissent	<u>Objectif spécifique n°1</u> proposer des approches de solutions pour une meilleure connaissance des dispositions juridiques qui régissent le CNEEP	<u>Cause spécifique n°1</u> l'insuffisance de vulgarisation des dispositions qui régissent le CNEEP	<u>Hypothèse spécifique n°1</u> l'insuffisance de vulgarisation des dispositions juridiques régissant le CNEEP explique l'ignorance desdites dispositions par ses membres
	2	<u>Problème spécifique n°2</u> La non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures	<u>Objectif spécifique n°2</u> déterminer les conditions de la tenue régulière des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures	<u>Cause spécifique n°2</u> le manque de priorité accordée à la tenue des sessions par rapport aux autres activités rémunératrices	<u>Hypothèse spécifique n°2</u> La non tenue à bonne date des CNEEP et de ses instances inférieures est due au manque de priorité accordée auxdites sessions par rapport aux autres activités
Niveaux spécifiques	3	<u>Problème spécifique n°3</u> la mise en oeuvre partielle des décisions issues des sessions du CNEEP et de ses sous comités	<u>Objectif spécifique n°3</u> envisager les conditions de mise en oeuvre diligente et complète des décisions issues du CNEEP et des sous comités	<u>Cause spécifique n°3</u> l'absence de force exécutoire des décisions du CNEEP et des sous comités	<u>Hypothèse spécifique n°3</u> l'absence de force exécutoire des décisions du CNEEP et de ses sous comités se trouve à la base de la mise en oeuvre partielle desdites décisions

Section 2 : Méthodologie adoptée

Pour atteindre notre objectif qui est de contribuer à la correction des dysfonctionnements du CNEEP, notre méthodologie sera basée autant sur l'approche théorique que sur l'approche empirique.

En ce qui concerne l'approche théorique, il s'agira de s'intéresser aux réflexions émises dans les ouvrages généraux, ouvrages spécifiques, mémoires, rapports, revues, qui ont abordé toute question relative à l'un quelconque des problèmes identifiés ou à l'une quelconque de nos hypothèses de recherche.

Par rapport à l'approche empirique, nos objectifs sont, entre autres, d'établir des statistiques pour analyser et connaître les causes réelles de la persistance des dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP.

Pour atteindre les objectifs fixés, nous avons notamment élaboré des questionnaires pour collecter des informations utiles à la recherche.

Paragraphe 1 : Revue documentaire

Elle nous a permis de compléter et de renforcer les informations recueillies sur le terrain, de consulter des textes, mémoires, rapports des sessions, et documents spécialisés. Au nombre de ces derniers, nous pouvons citer le document de politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006, l'avant-projet du Plan National de Développement Sanitaire 2007-2016), le document intitulé « mécanisme de programmation et de suivi-évaluation des projets/programmes du secteur santé », les documents de Budgets-programmes et les Plans triennaux de développement sectoriel, ainsi que les résultats des Etats généraux de la santé tenus en 2007. Ces documents ont un rapport direct ou indirect avec le suivi évaluation des projets et programmes notamment le fonctionnement des organes de suivi évaluation au niveau du secteur de la santé. Ainsi, que ce soit au centre de documentation de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature de l'Université d'Abomey-Calavi (ENAM/UAC), au Service de la Statistique et de la Documentation de la DPP/MS au centre de documentation de l'Institut

Supérieur Panafricain d'Economie Coopérative (ISPEC), nous avons pu avoir quelques informations utiles à l'étude notamment la littérature sur le suivi-évaluation, sur le fonctionnement des organes administratifs et la force exécutoire des décisions desdits organes.

La recherche sur Internet a été d'un intérêt immense. Elle a consisté en la consultation et la lecture des pages web des sites susceptibles de fournir des informations sur l'objet de nos investigations.

Paragraphe 2 : Collecte et traitement des données

Pour pouvoir établir un bon diagnostic et proposer des approches de solutions applicables, il sera fait la collecte des données à travers des questionnaires. Ces données seront présentées puis analysées en vue de la vérification des hypothèses de recherche.

L'intérêt des enquêtes est de nous permettre de retenir ou de vérifier les hypothèses précédemment formulées.

La technique d'échantillonnage choisie est la technique non probabiliste par choix raisonné encore appelé choix intentionnel. Le choix raisonné se fait en fonction de l'orientation que le chercheur veut donner à ses investigations en ciblant ceux qui, dans la population mère, sont les plus stigmatisés par rapport au phénomène à étudier. Cette technique prend en compte beaucoup plus l'exemplarité de l'échantillon que sa représentativité. Dans ce cadre, notre échantillon est composé de cinq (5) autorités membres du Cabinet du Ministre de la Santé sur six (6), quinze (15) Directeurs centraux et techniques sur dix sept (17), vingt deux (22) coordonnateurs de projets et programmes de santé sur vingt quatre (24), quatre (4) Directeurs départementaux de la Santé sur six (6), tous les vingt six (26) cadres du Ministère de la Santé identifiés, tous impliqués directement ou indirectement dans le CNEEP et ses instances inférieures, quatre (4) représentants d'autres ministères impliqués dans le CNEEP et ses instances inférieures sur six (6) ainsi que quatre (4) représentants du secteur sanitaire privé et de la société civile sur cinq (5). Soit

un effectif de quatre vingt (80) individus enquêtés sur une population mère estimée à quatre vingt dix (90) individus.

La particularité du CNEEP est qu'il est l'une des plus hautes instances de décision du secteur de la santé. A ce titre, il n'implique que des autorités et responsables. Certaines parmi ces personnes se retrouvent soit au niveau des sous-comités, soit au niveau des CDEEP. Ce qui explique la taille de la population mère et de celle effectivement enquêtée.

Le tableau ci-dessous présente le point de la population enquêtée.

Tableau 9 : Point de la population enquêtée

Catégorie des enquêtés	Effectif		Pourcentage	Mode d'échantillonnage
	Population mère	Effectif enquêté		
Autorités du cabinet du MS	6	5	83%	Raisonné
Directeurs centraux et techniques du MS	17	15	88%	Raisonné
Coordonnateurs de projets/programmes du MS	24	22	92%	Raisonné
Directeurs départementaux de la santé	6	4	67%	Raisonné
Cadres du MS	26	26	100%	Raisonné
Secteur privé et société civile	5	4	80%	Raisonné
Représentants d'autres ministères	6	4	67%	Raisonné
Total	90	80	89%	Raisonné

Source : Résultat des enquêtes personnelles.

La population mère a été constituée à partir de la composition du CNEEP, des sous-comités et des CDEEP et de certaines personnes ressources non membres. Comme le montre le tableau ci-dessus, elle est composée de quatre vingt dix (90) individus impliqués cumulativement ou non dans les trois instances qui entretiennent des relations fonctionnelles. Dans cette population, un échantillon de quatre vingt (80) individus a été effectivement enquêtée. Il faut noter qu'en raison des particularités et du niveau de compétence de

chaque instance, des panels ont été constitués suivant les items de chacun des trois questionnaires² conçus et administrés.

Par rapport à la vérification de la cause du problème de l'ignorance par les membres du CNEEP des dispositions juridiques qui le régissent nous avons adressé le questionnaire N°1 aux quatre vingt (80) individus tels que présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : opinions sur les causes de l'ignorance des dispositions juridiques qui régissent le CNEEP.

Catégorie des enquêtés	Effectif enquêté	Insuffisance de vulgarisation des textes	Instabilité du cadre juridique	Peu d'importance à la lecture des textes
Autorités du cabinet du MS	5	4	1	0
Directeurs centraux et techniques du MS	15	13	1	1
Coordonnateurs de projets/programmes du MS	22	22	0	0
Directeurs départementaux de la santé	4	4	0	0
Cadres du MS	26	23	2	1
Secteur privé et société civile	4	4	0	0
Représentants d'autres ministères	4	4	0	0
Total	80	74	4	2

Source : Résultat des enquêtes personnelles

Sur les quatre vingt (80) individus enquêtés, soixante quatorze (74) réponses confirment que les dispositions ne sont pas suffisamment vulgarisées tandis que six (6) enquêtés attribuent l'ignorance des textes à l'instabilité du cadre juridique ou au peu d'importance accordée à la lecture des textes.

Concernant le problème de la non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures, nous avons préparé le questionnaire N°2 qui a

² Les trois questionnaires sont en annexe 1

été adressé à un panel composé prioritairement des membres du Cabinet du Ministre, des Directeurs techniques, des coordonnateurs des projets et programmes, des Directeurs départementaux et des cadres chargés de l'organisation des sessions desdites instances. Les items sont conçus pour les responsables et acteurs internes. Ce panel est composé de soixante douze (72) individus comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : opinions sur les causes de la non tenue à bonne date des sessions

Catégorie des enquêtés	Effectif enquêté	Priorité non accordée à la tenue des sessions	Non disponibilité des ressources financières	Les interférences
Autorités du cabinet du MS	5	5	0	0
Directeurs centraux et techniques du MS	15	14	1	0
Coordonnateurs de projets/programmes du MS	22	22	0	0
Directeurs départementaux de la santé	4	3	0	1
Cadres du MS	26	26	0	0
Total	72	70	1	1

Source : Résultat des enquêtes personnelles.

Sur les soixante douze (72) enquêtés, seuls deux (2) attribuent la non tenue à bonne date des sessions à d'autres causes à savoir la non disponibilité des ressources financières ou les interférences. Soixante dix (70) enquêtés pensent qu'il suffit d'accorder l'importance et la priorité à cette activité pour qu'elle s'exécute à bonne date.

Pour vérifier les véritables causes du problème de la mise en oeuvre partielle des décisions issues des sessions du CNEEP et de ses sous comités, nous avons adressé le questionnaire N°3 comportant assez de questions ouvertes à un panel composé des membres internes et externes de ses instances. Le

tableau ci-dessous présente la configuration de ce panel ainsi que la synthèse des opinions.

Tableau 12 : opinions sur les causes de la mise en œuvre partielle des décisions issues du CNEEP et des sous comités

Catégorie des enquêtés	Effectif enquêté	Absence de force exécutoire des décisions	Aucune sanction n'est appliquée	Aucune mesure coercitive
Autorités du cabinet du MS	5	5	0	0
Directeurs centraux et techniques du MS	15	14	0	1
Coordonnateurs de projets/programmes du MS	22	20	1	1
Directeurs départementaux de la santé	4	4	0	0
Cadres du MS	26	21	4	1
Secteur privé et société civile	4	4	0	0
Représentants d'autres ministères	4	4	0	0
Total	80	72	5	3

Source : Résultat des enquêtes personnelles

A la lecture du tableau ci-dessus, sur les quatre vingt (80) individus enquêtés, soixante douze (72) estiment que les décisions du CNEEP et des sous comités manquent de force exécutoire, alors que huit (8) enquêtés attribuent l'exécution partielle des décisions à d'autres causes telles que l'absence de sanction ou de mesures coercitives.

Au cours de la réalisation des enquêtes, nous avons rencontré des difficultés liées notamment à l'indisponibilité de certaines personnes ciblées, la réticence à s'exprimer de façon franche, la non disponibilité de certaines informations, les délestages intempestifs et les mouvements de grève qui ont paralysé momentanément les activités de certaines administrations, notamment le ministère de la santé et les institutions sous tutelle.

CHAPITRE II : DE LA VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX STRATEGIES D'UN MEILLEUR FONCTIONNEMENT DU CNEEP

Cette rubrique sera consacrée d'une part à la vérification des hypothèses et d'autre part aux approches de solutions ainsi qu'à leurs conditions de mise en œuvre.

Section 1 : Vérification des hypothèses

Elle se fera à travers l'analyse des données collectées et conduira à l'établissement du diagnostic.

Paragraphe1 : Analyse des données

Les résultats des enquêtes seront analysés au travers des tableaux et graphiques.

A la lumière des résultats des enquêtes, il est aisé de comprendre que par rapport au problème de l'ignorance des dispositions juridiques, la plupart des acteurs internes et externes du système sanitaire impliqués directement ou non dans ces instances sont conscients de leur ignorance des textes. Une infime minorité (2/80) reconnaît que cette situation provient du peu d'importance accordée à la lecture des textes. Une autre minorité (4/80) composée surtout des autorités et cadres du ministère de la santé estime que la situation se justifie par la non stabilité du cadre juridique. Cette cause, même si elle n'est pas majoritaire, mérite l'attention des décideurs. En effet, les modifications régulières apportées au cadre juridique, peuvent créer des confusions dans la maîtrise des textes réellement en vigueur. Toutefois, la majorité des enquêtés s'accorde sur la cause fondamentale à savoir l'insuffisance de vulgarisation des textes applicables.

Quant au problème de la non tenue à bonne date des sessions, les acteurs internes prioritairement ciblés pour vérifier les causes de cette situation, sont majoritairement unanimes sur le fait que les sessions se tiendraient à bonne date si la priorité n'était pas souvent accordée à d'autres activités plus

rémunératrices. La cause de la non disponibilité des ressources financières exprimée par une infime minorité (1/72) n'est certainement pas négligeable mais elle est accessoire. En effet, même si les ressources disponibles sont limitées, leur utilisation prendrait en compte la tenue des sessions si celles-ci étaient prioritaires. Il en est de même des interférences estimées comme étant la cause par une minorité (1/72). Elles ne devraient pas perturber les réunions statutaires si ces dernières étaient programmées de façon rigoureuse.

La mise en œuvre partielle des décisions serait due selon une minorité (5/80) à l'absence de sanction appliquée aux acteurs responsabilisés pour la mise en exécution des décisions. Mais une autre minorité (3/80) estime que le manque de mesures coercitives explique cette défaillance. Cependant, la majorité des acteurs, toutes catégories confondues, attribue cette insuffisance à l'absence de force exécutoire des décisions prises à l'issue des sessions. Néanmoins, il faut reconnaître que l'absence de sanction pour inexécution des décisions renforce la situation déplorée.

La vérification des hypothèses liées aux trois problèmes spécifiques se concrétise dans les tableaux ci-dessous.

La vérification de l'hypothèse 1 s'est faite au travers de l'administration du questionnaire 1 aux enquêtés ciblés plus haut. Les principaux items de ce questionnaire se présentent comme suit :

- connaissez-vous le CNEEP ?
- connaissez-vous le décret qui le régit ainsi que les arrêtés régissant ses instances ?
- si oui, pouvez-vous citer les principales attributions du CNEEP ?
- pouvez-vous faire une brève description des relations fonctionnelles entre le CNEEP et ses instances ?
- quelles sont selon vous les causes de l'ignorance des textes qui régissent le CNEEP ?
 - peu d'importance accordée à la lecture des textes ;
 - insuffisance de vulgarisation des textes ;

➤ instabilité du cadre juridique du CNEEP ;

- avez-vous des suggestions pour que les dispositions juridiques régissant le CNEEP soient mieux maîtrisées par ses membres ?

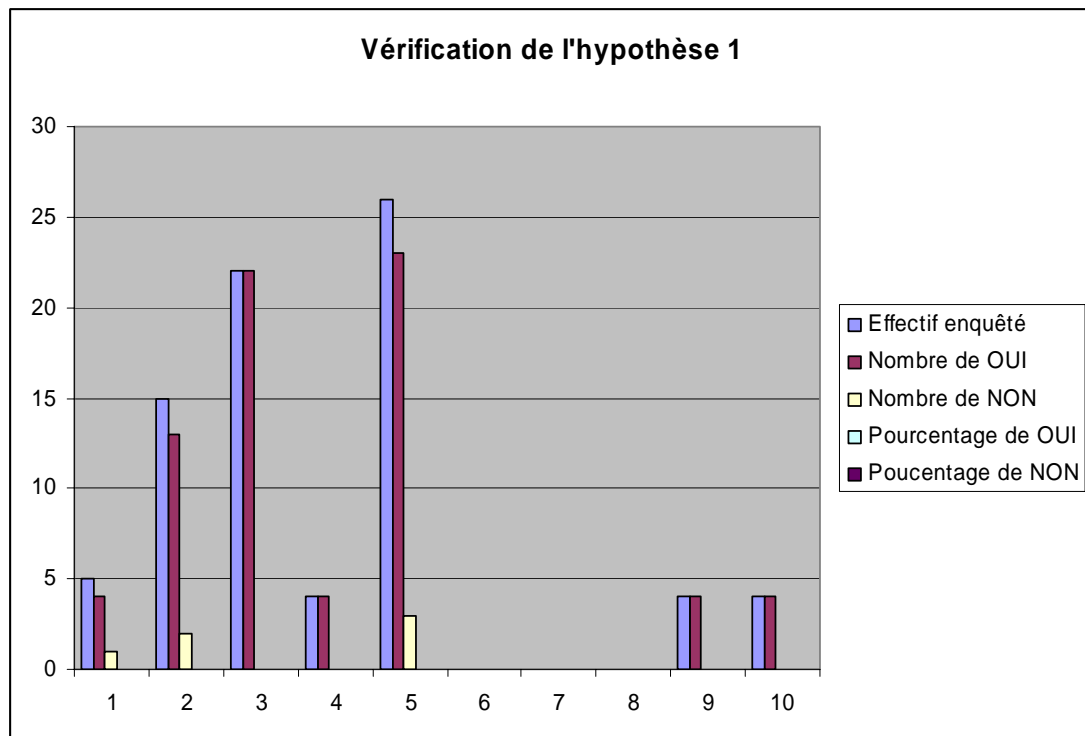
Le dépouillement des réponses à ces items a confirmé non seulement l'ignorance des dispositions du CNEEP et de ses instances, mais également la cause du problème. Le tableau ci-dessous présente la synthèse du dépouillement des items du questionnaire 1.

Tableau 13 : vérification de l'hypothèse1 : l'insuffisance de vulgarisation des dispositions juridiques qui régissent le CNEEP explique l'ignorance desdites dispositions par ses membres.

Catégorie des enquêtés	Effectif enquêté	Nombre de OUI	Nombre de NON	Pourcentage de OUI	Pourcentage de NON
Autorités du cabinet du MS	5	4	1	80%	20%
Directeurs centraux et techniques du MS	15	13	2	87%	13%
Coordonneurs de projets/programmes du MS	22	22	0	100%	0%
Directeurs départementaux de la santé	4	4	0	100%	0%
Cadres du MS	26	23	3	88%	12%
Secteur privé et société civile	4	4	0	100%	0%
Représentants d'autres ministères	4	4	0	100%	0%
Total	80	74	6	93%	7%

Source : Résultat des enquêtes personnelles

L'analyse des données contenues de ce tableau révèle que 93% des enquêtés confirment que les textes régissant le CNEEP ne sont pas suffisamment vulgarisés. La représentation graphique de ces résultats se présente comme suit :



Source : Résultat des enquêtes personnelles

Une analyse objective de l'histogramme ci-dessus permet de conclure que majoritairement les différents acteurs internes et externes du secteur de la santé reconnaissent que l'insuffisance de vulgarisation des dispositions juridiques régissant le CNEEP explique l'ignorance desdites dispositions.

La vérification de l'hypothèse 2 s'est faite au moyen du questionnaire 2 adressé aux enquêtés ciblés plus haut. Les principaux items de ce questionnaire sont les suivants :

- savez vous que les sessions du CNEEP se tiennent de façon irrégulière ?;
- si oui, quelles sont selon vous les raisons qui expliquent une telle situation ?
 - les interférences ;
 - la non disponibilité des ressources financières ;
 - la mauvaise définition des priorités ;
- savez vous que cette situation a des conséquences néfastes sur les performances du secteur de la santé ?;

- vu les méfaits d'une telle situation, comment pensez vous qu'on puisse y remédier ?;
- pensez vous que la priorité à la tenue à bonne date des sessions pourrait contribuer à une meilleure performance des projets/programmes ?;
- si oui, comment pensez vous, vous y impliquer personnellement ?.

Le dépouillement des réponses à ces différentes questions a permis de confirmer que la cause fondamentale de la non tenue à bonne date des sessions est que cette activité n'est pas mise au rang des activités prioritaires des autorités et responsables de l'organisation desdites sessions. Le tableau ci-dessous présente la synthèse du dépouillement des items du questionnaire 2.

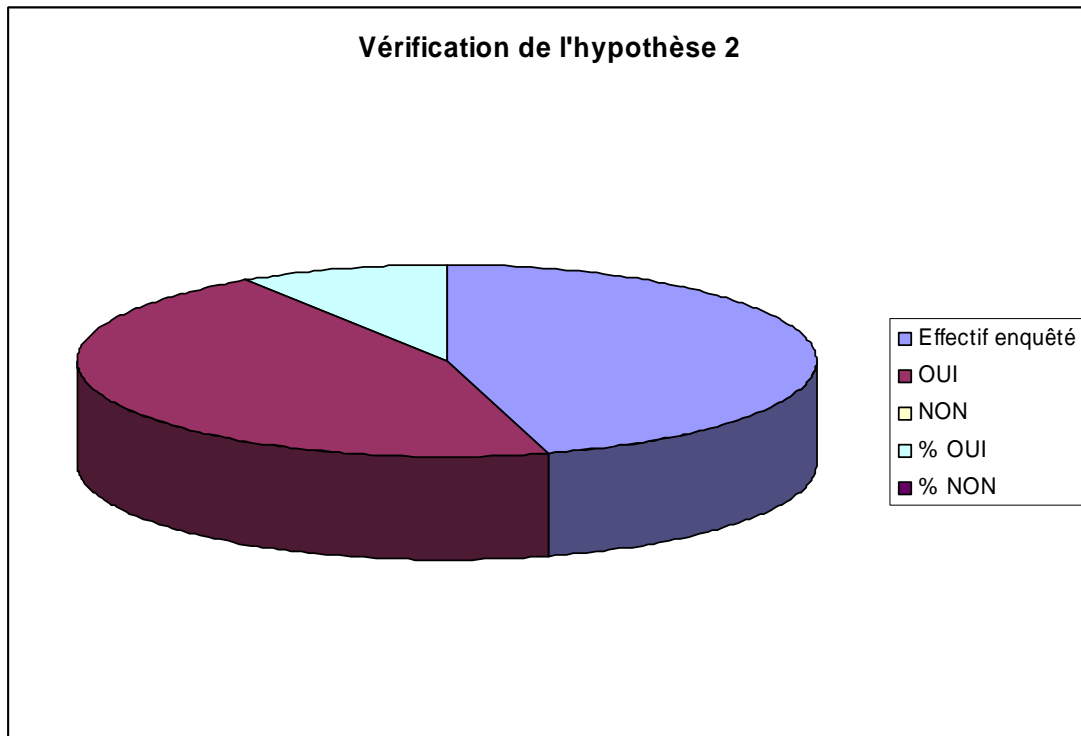
Tableau 14 : vérification de l'hypothèse 2 : la non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures est due au manque de priorité accordée auxdites sessions par rapport aux autres activités dans la période des sessions

Catégorie des enquêtés	Effectif enquêté	Nombre de OUI	Nombre de NON	Pourcentage de OUI	Pourcentage de NON
Autorités du cabinet du MS	5	5	0	100%	0%
Directeurs centraux et techniques du MS	15	14	1	93%	7%
Coordonnateurs de projets/programmes du MS	22	22	0	100%	0%
Directeurs départementaux de la santé	4	3	1	75%	25%
Cadres du MS	26	26	0	100%	0%
Total	72	70	2	97%	3%

Source : Résultat des enquêtes personnelles.

L'analyse des données contenues de ce tableau révèle que 97% des enquêtés confirment que la priorité n'est pas accordée à la tenue des sessions des CNEEP et de ses instances inférieures dans l'exécution des activités inscrites

au plan de travail annuel. La représentation graphique de ces résultats se présente comme suit :



Source : enquêtes personnelles

Le graphique ci-dessus confirme l'hypothèse 2 selon laquelle la non tenue à bonne date des sessions des CNEEP et de ses instances inférieures est due au manque de priorité accordée auxdites sessions par rapport aux autres activités rémunérées.

La vérification de l'hypothèse 3 s'est faite au travers du questionnaire 3. Les enquêtés soumis à ce questionnaire sont précisés plus haut. Les principaux items de ce questionnaire se présentent comme suit :

- savez vous que les décisions issues des sessions du CNEEP et des sous comités sont presque toujours exécutées en partie ?;
- quelles sont selon vous les causes d'une telle situation ?
 - les décisions ne sont pas assorties de mesures coercitives ;
 - l'inexistence de force exécutoire des décisions ;
 - aucune sanction n'est appliquée aux structures responsables de l'exécution des décisions ;

- le CNEEP étant la plus grande instance au niveau du secteur, ne pensez-vous pas que ses décisions puissent être revêtues de la force exécutoire ?
- pour rendre opérationnelles les décisions du CNEEP et des sous comités, ne faut-il pas définir à la prise des décisions les conditions logistiques de leur mise en œuvre ?
- avez-vous d'autres suggestions pour que les décisions du CNEEP et des sous comités soient mises en œuvre diligemment ?

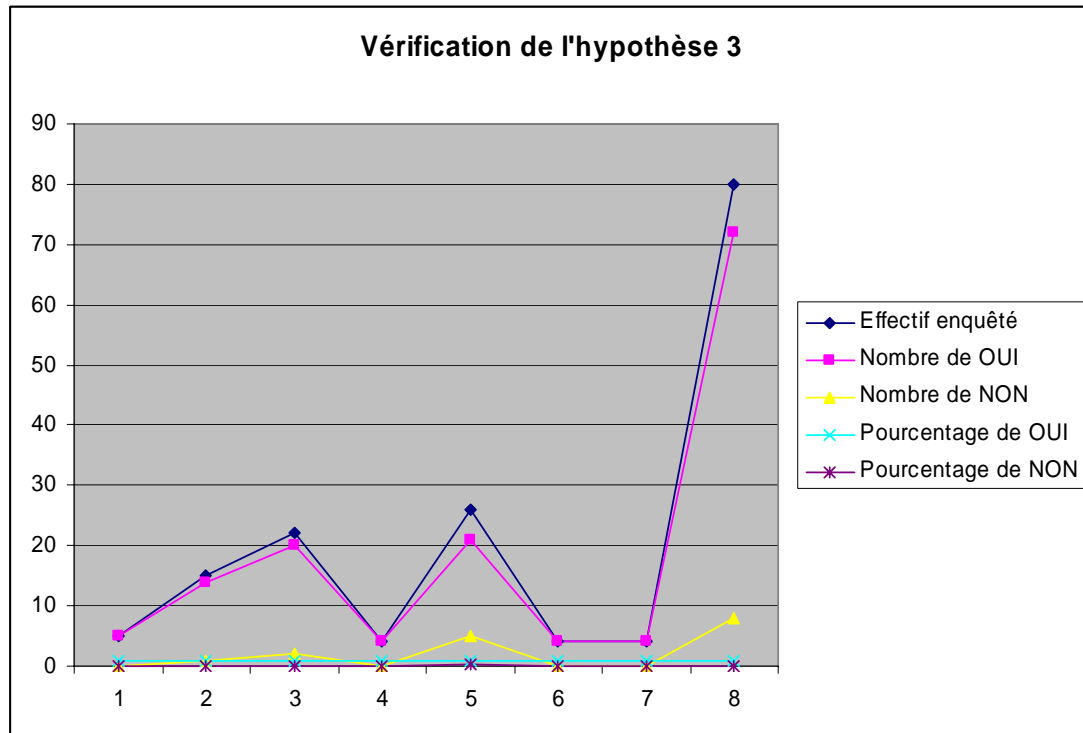
Le dépouillement des réponses à ces différentes questions nous a amené à confirmer que la cause majeure de l'exécution partielle des décisions issues des sessions est que ses décisions ne sont pas revêtues de la force exécutoire. Le tableau ci-dessous présente la synthèse du dépouillement des items du questionnaire 3.

Tableau 15 : vérification de l'hypothèse 3 : l'inexistence de force exécutoire des décisions du CNEEP et des sous comités se trouve à la base de la mise en œuvre partielle desdites décisions.

Catégorie des enquêtés	Effectif enquêté	Nombre de OUI	Nombre de NON	Pourcentage de OUI	Pourcentage de NON
Autorités du cabinet du MS	5	5	0	100%	0%
Directeurs centraux et techniques du MS	15	14	1	93%	7%
Coordonnateurs de projets/programmes du MS	22	20	2	91%	9%
Directeurs départementaux de la santé	4	4	0	100%	0%
Cadres du MS	26	21	5	81%	19%
Secteur privé et société civile	4	4	0	100%	0%
Représentants d'autres ministères	4	4	0	100%	0%
Total	80	72	8	90%	10%

Source : Résultat des enquêtes personnelles

A la lumière des éléments contenus dans le tableau ci-dessus, 90% des enquêtés confirment que le fait que les décisions du CNEEP et sous comités ne sont pas revêtues de la force exécutoire est la cause de l'exécution partielle desdites décisions. 10% des enquêtés pensent que d'autres causes telles que la non définition des conditions logistiques de mise en œuvre des décisions ou la non application de sanctions justifient cette situation. La représentation graphique de ces résultats se présente comme suit :



Source : enquêtes personnelles

La représentation ci-dessus rend compte de la véracité de l'hypothèse 3 à savoir que l'inexistence de force exécutoire des décisions du CNEEP et des sous comités se trouve à la base de la mise en œuvre partielle desdites décisions. Cette situation est renforcée par l'absence de sanction pour inexécution des décisions.

La vérification des hypothèses étant faite, nous allons établir le diagnostic de l'étude par rapport aux différentes hypothèses vérifiées.

Paragraphe 2 : Etablissement du diagnostic de l'étude

Le diagnostic se fera suivant les problèmes spécifiques et les hypothèses vérifiées.

Par rapport au problème spécifique¹, il est aisé de comprendre que la quasi-totalité des enquêtés reconnaissent que l'ignorance par les membres du CNEEP des dispositions juridiques qui le régissent s'explique par l'insuffisance de vulgarisation desdites dispositions. Ceci est d'autant plus vrai que le cadre juridique du CNEEP a connu des modifications successives dans le temps³. Ce qui peut créer des difficultés pour la maîtrise du nouvel environnement juridique.

Le dépouillement des réponses a révélé, entre autres, que certains enquêtés ignorent si le texte fondamental qui régit le CNEEP et ses instances est un décret ou un arrêté.

Par ailleurs très peu d'enquêtés connaissent les différents arrêtés d'application du décret du CNEEP notamment ceux qui régissent les sous comités et les CDEEP.

Plusieurs enquêtés n'ont pas été en mesure de citer les principales attributions du CNEEP, encore moins les relations fonctionnelles qui lient le CNEEP à ses instances inférieures.

La majorité des enquêtés ont reconnu que cette situation est due à l'insuffisance de vulgarisation des dispositions qui régissent le CNEEP. Ce qui est une confirmation de l'hypothèse 1.

Par rapport au problème spécifique 2, il faut souligner qu'aussi bien le questionnaire 2 et les entretiens ont permis de confirmer la véracité non seulement du problème, mais également de sa principale cause.

En effet, si quelques enquêtés ont pensé à d'autres causes telles que les interférences ou la non disponibilité des ressources, la majorité s'accorde pour reconnaître que la non tenue à bonne date des sessions n'est que le résultat de la mauvaise définition des priorités dans la planification et l'exécution des

³ Les décrets CNEEP de 1990, 1997, 2003 et 2007 cités supra dans la revue documentaire.

activités du secteur de la santé. Les sessions du CNEEP et de ses instances étant des réunions statutaires, devraient être des activités prioritaires. Cela confirme l'hypothèse 2.

En ce qui concerne le problème spécifique 3, la majorité des enquêtés ont reconnu que la mise en œuvre partielle des décisions du CNEEP et des sous comités pénalise le bon fonctionnement des activités du secteur de la santé et se justifie par l'inexistence de la force exécutoire desdites décisions. Ce qui répond bien à notre hypothèse.

Après l'établissement du diagnostic, nous allons envisager des approches de solutions en vue de contribuer à l'éradication des causes qui sont à la base des problèmes identifiés.

Section 2 : Stratégies pour un meilleur fonctionnement du CNEEP

Cette dernière rubrique sera consacrée d'une part aux approches de solutions et d'autre part à leurs conditions de mise en œuvre.

Paragraphe1 : Approches de solutions

Les suggestions sont formulées respectivement à l'endroit :

- des autorités du Ministère de la Santé ;
- des membres du CNEEP, des sous comités et des CDEEP ;
- de la Direction de la Programmation et de la Prospective et des Services des Etudes de la Planification du Suivi (SEPS) des Directions Départementales de la Santé ;
- **A l'endroit des autorités du Ministère de la Santé**

Il serait souhaitable de :

- ❖ intensifier la vulgarisation de tous les textes régissant le CNEEP et ses instances ;
- ❖ inscrire la tenue des sessions du CNEEP, des sous comités et des CDEEP dans les activités prioritaires du Plan d'Action Annuel (PTA) du secteur ;

- ❖ doter le CNEEP de l'autorité nécessaire pour rendre exécutoire ses décisions.
- **A l'endroit des membres du CNEEP des sous comités et des CDEEP ;**
il s'agira de :
 - ❖ s'approprier individuellement les dispositions juridiques du CNEEP, des sous comités et des CDEEP ;
 - ❖ participer en personne aux sessions ;
 - ❖ mettre en œuvre diligemment les décisions issues des sessions et en rendre compte.
- **A l'endroit de la Direction de la Programmation et de la Prospective et des Services des Etudes de la Planification du Suivi (SEPS) des Directions Départementales de la Santé :**
 - ❖ Appeler assez tôt l'attention des Autorités sur l'échéance de la tenue des sessions ;
 - ❖ suivre diligemment et de façon continue la mise en œuvre des décisions issues des sessions ;
 - ❖ programmer et exécuter le monitoring des activités engendrées par les décisions issues des sessions.

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions

Les conditions de mise en œuvre des suggestions ci-dessus sont sériées en fonction des destinataires desdites suggestions.

- **A l'endroit des Autorités du Ministère de la Santé :**
 - ❖ **l'intensification de la vulgarisation du décret du CNEEP et des arrêtés d'application régissant les sous comités et les CDEEP suppose la réunion des conditions opérationnelles ci-après :**
 - collecter tous ces textes concernés actuellement en vigueur ;
 - multiplier en autant de copies qu'il y a de participants aux différentes sessions (CNEEP, sous comités et CDEEP) ;

- inscrire en bonne place la dissémination desdits textes à l'ordre du jour d'une session du CNEEP, des sous comités et des CDEEP ;
 - veiller au rappel des grandes lignes des attributions de chaque instance à l'ouverture de chaque session ;
 - disséminer systématiquement par la même procédure les nouveaux textes lorsque les anciens sont modifiés ou remplacés ;
- ❖ **la priorité à donner aux sessions statutaires du CNEEP, des sous comités et des CDEEP exige de la part des Autorités centrales et départementales du Ministère de la Santé de :**
- redéfinir l'échelle des priorités des activités inscrites au plan d'action annuel en y logeant en bonne place la tenue des sessions à des dates précises au cours de l'année ;
 - veiller au respect du chronogramme de déroulement des activités ;
 - situer les responsabilités et sanctionner les défaillances ;
- ❖ **la dotation du CNEEP de l'autorité nécessaire pour rendre exécutoire ses décisions demande de la part des autorités les dispositions pratiques suivantes :**
- envisager à court terme la reprise des décrets et arrêtés pour y insérer de nouvelles dispositions, notamment « les résolutions en lieu et place des recommandations, des mesures coercitives et des sanctions » ;
 - faire prendre les dispositions en vue de prévoir au budget du secteur, des ressources substantielles en vue de répondre aux conditions logistiques de mise en œuvre des décisions.
- **A l'endroit des membres du CNEEP, des sous comités et des CDEEP,** la mise en œuvre des solutions suggérées dépendent fondamentalement de leur bonne volonté et de leur adhésion aux idéaux de bonne performance du secteur de la santé ;

- **A l'endroit de la direction de la Programmation et de la Prospective et des SEPS des DDS**, il s'agit pour la Cellule de Suivi Evaluation (CSE) de la DPP et le SEPS des DDS :
 - ❖ d'appeler plus régulièrement l'attention des autorités à l'approche des échéances de façon à ce que les sessions se tiennent à bonne date ;
 - ❖ de suivre entre deux sessions, les activités découlant des décisions et de rendre compte systématiquement à la hiérarchie.

CONCLUSION GENERALE

L'étude que nous avons effectuée sur le thème « contribution à un meilleur fonctionnement du CNEEP » nous a permis de mieux comprendre la persistance des dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du CNEEP. Plusieurs problèmes spécifiques concourent à cette situation dont notamment :

- l'ignorance par les membres du CNEEP des dispositions juridiques qui le régissent ;
- la non tenue à bonne date des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures ;
- la mise en œuvre partielle des décisions issues des sessions du CNEEP et des sous comités.

Les principales causes identifiées à la base de ces problèmes sont :

- l'insuffisance de vulgarisation des dispositions qui régissent ces institutions ;
- le manque de priorité accordée à la tenue des sessions statutaires par rapport à d'autres activités ;
- l'inexistence d'une force exécutoire dans les décisions prises à ces sessions.

Nous nous sommes fixés alors pour objectifs de proposer des solutions pour une meilleure connaissance des dispositions juridiques qui régissent le CNEEP, de déterminer les conditions de la tenue régulière des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures et enfin d'envisager les conditions de la prise par le CNEEP de décisions revêtues de la force exécutoire.

Les hypothèses formulées à partir des problèmes ci-dessus ont été vérifiées et confirmées par nos enquêtes.

Les solutions que nous avons proposées pour la résolution des problèmes identifiés sont :

- l'intensification de la vulgarisation des textes qui régissent le CNEEP au profit de ses membres ;
- la mise en priorité de la tenue des sessions du CNEEP et de ses instances inférieures par rapport aux autres activités ;
- et la dotation du CNEEP de l'autorité nécessaire pour rendre exécutoire ses décisions.

Des conditions de mise en œuvre des approches de solutions sont définies. Leur mise en application par les différents acteurs identifiés permettra de renverser les tendances de contre performance actuellement enregistrées. Ainsi le CNEEP pourra remplir efficacement sa mission et contribuer à l'atteinte des objectifs poursuivis au niveau du secteur de la Santé.

BIBLIOGRAPHIE

I- Ouvrages généraux

- BRETON, M. DUPONT M-A. et PAREY, C. (1998) : « *Gestion administrative* », éditions Foucher, Paris, (191 pages).
- CARBAJO, Joël, (1980) : « *L'application dans le temps des décisions administratives exécutoires* », L.G.D.J., E.J.A, Paris, (277 pages).
- CHAPUS, René, (2001) : « *Droit administratif général* » Tome 1, 15^{ème} édition, Montchrestien E.J.A., Paris, (1414 pages).
- Daniel Fino, Serge Ghinet, Christophe Dunand et Peter Uvin (1996) : « *Le Système de Programmation-Suivi-Evaluation (PSE) dans une démarche d'appui institutionnel* », IUED, Genève 21 (77 pages)
- GUILLIEN, R. et VINCENT, J. (1990) : « *Lexique de termes juridiques* » Editions dalloz, 75240, Paris cedex 05, (517pages).
- LAUBADERE, A. VENEZIA, J-C. et GAUDEMET, Y (1994) : « *Traité de droit administratif* » Tome 1, 13^{ème} édition LGDJ, Paris, (951 pages).

II- Ouvrages spécifiques

- LOKO LOKOSSOU, Paul, (2005) : « *Eléments de management des organisations publiques* » cotonou, (121 pages).
- MSP, (2002) : « *Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006* » cotonou, (70 pages).
- QUIVY, R. et VAN CAMPENHOUDT, L.(1988) « *Manuel de recherche en sciences sociales* » éditions BORDAS, Paris, (271 pages).

III- Mémoires

- ABUL, C. et ZOUGAN, C. (2004) : « *le suivi évaluation des projets au ministère de la santé publique : analyse et propositions d'amélioration* », ENAM, UNB, 57 pages.
- AMOUSSOU, Raymond, A., K., (2006) : « *Analyse de l'approche programme du secteur santé* », ENAM, UNB, (65 pages).
- GLELE, Bertin, Komlan, K.(2006) : « *Analyse diagnostique du processus de gestion des projets au Ministère de la Santé* », ENAM, UNB, (57 pages).

IV- Textes législatifs et réglementaires

- La déclaration universelle des droits de l'homme ; éditions Gallimard, 1998 ;
- Loi N° 90-32 du 11 décembre 1990 portant constitution de la République du Bénin ;
- Décret N° 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du ministère de la santé ;
- Décret N° 2007-163 du 16 avril 2007 portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du CNEEP ;
- Arrêté 2007-8321/MS/DC/SGM/DRFM/DPP/CSE/SOSEV du 08 août 2007 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des sous comités du CNEEP ;
- Arrêté 2007-8320/MS/DC/SGM/DRFM/DPP/CSE/SOSEV du 08 août 2007 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des CDEEP ;
- Arrêté 2007 N° 1802/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/SA du 20 février 2007 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction de la Programmation et de la Prospective.

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaires pour l'enquête

Annexe 2 : Organigramme du mécanisme de suivi-évaluation du ministère de la santé

Annexe 3 : Décret N°2007-163 du 16 avril 2007 portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du CNEEP

ANNEXE I : QUESTIONNAIRES POUR L'ENQUETE

QUESTIONNAIRE N°1

ADRESSE AUX ENQUETES CIBLES (QUESTIONS FERMEES ET OUVERTES)

Dans le cadre de l'étude sur le thème : « contribution à un meilleur fonctionnement du CNEEP »

NB : Nous vous prions de bien vouloir cocher par une croix (X) les cases correspondantes ou de répondre aux questions selon le cas.

1- Connaissez vous le CNEEP ?

Oui

Non

2- Connaissez vous le décret qui le régit ainsi que les arrêtés régissant ses instances ?

Oui

Non

3- Si oui, pouvez vous citer les principales attributions du CNEEP ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4- Pouvez vous présenter brièvement la composition du CNEEP ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5- Quelles sont selon vous les instances qui relèvent du CNEEP ?

.....
.....

.....
.....

6- Pouvez vous faire une brève description des relations fonctionnelles entre le CNEEP et ses instances ?

.....
.....
.....
.....
.....

7- Quel est selon vous votre rôle en tant que membre du CNEEP ?

.....
.....
.....
.....
.....

8- Etes vous satisfait du fonctionnement actuel du CNEEP ?

Oui Non

9- Quelles sont selon vous les causes de l'ignorance des textes qui régissent le CNEEP ?

- peu d'importance accordée à la lecture des textes
- insuffisance de vulgarisation des textes
- instabilité du cadre juridique

10- Avez-vous des suggestions pour que les dispositions juridiques du CNEEP soient mieux maîtrisées par ses membres ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

QUESTIONNAIRE N°2

ADRESSE AUX ENQUETES CIBLES (QUESTIONS FERMEES ET OUVERTES)

Dans le cadre de l'étude sur le thème : « contribution à un meilleur fonctionnement du CNEEP »

NB : Nous vous prions de bien vouloir cocher par une croix (X) les cases correspondantes ou de répondre aux questions selon le cas.

1- Savez vous que les sessions du CNEEP ne se tiennent pas à bonne date ?

Oui

Non

2- Si oui quelles sont selon vous les raisons qui expliquent une telle situation ?

- les interférences

- la non disponibilité des ressources financières

- la mauvaise définition des priorités

- autres raisons

Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

3- Savez vous que cette situation a des conséquences néfastes sur les performances du secteur de la santé ?

Oui

Non

Si oui, pouvez vous citer quelques unes de ces conséquences :

- Sur le plan interne au secteur :

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

- Sur le plan externe :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4- Vu les méfaits d'une telle situation, comment pensez vous qu'on puisse y remédier ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5- Entant que responsables et acteurs internes du secteur, ne pensez vous pas que la tenue régulière des réunions statutaires du CNEEP, des sous comités et des CDEEP recommande une ferme volonté de votre part ?

Oui

Non

6- Pensez vous que la priorité à la tenue à bonne date des sessions du CNEEP, des sous comités et des CDEEP pourrait contribuer à une meilleure performance des projets/programmes ?

Oui

6- Si oui, comment pensez vous, vous y impliquer personnellement ?

.....
.....
.....
.....

QUESTIONNAIRE N°3

ADRESSE AUX ENQUETES CIBLES (QUESTIONS FERMEES ET OUVERTES)

Dans le cadre de l'étude sur le thème : « contribution à un meilleur fonctionnement du CNEEP »

NB : Nous vous prions de bien vouloir cocher par une croix (X) les cases correspondantes ou de répondre aux questions selon le cas.

1- Savez vous que les décisions issues des sessions du CNEEP et des sous comités sont presque toujours exécutées en partie ?

Oui

Non

2- Quelles sont selon vous les causes d'une telle situation ?

a. les décisions ne sont pas assorties de mesures coercitives

b. l'inexistence de force exécutoire des décisions

c. aucune sanction n'est appliquée aux structures responsables de l'exécution des décisions

d. la non définition des conditions de mise en œuvre des décisions

e. autres

Précisez :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3- La non exécution de certaines décisions prises pénalise le bon fonctionnement des activités du secteur ; pouvez vous citer quelques inconvénients de cette situation ?

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

4- Le CNEEP étant la plus grande instance au niveau du secteur, ne pensez vous pas que ses décisions puissent être revêtues de la force exécutoire ?

Oui

Non

5- Pour rendre opérationnelles les décisions du CNEEP et des sous comités ne faut –il pas définir à la prise des décisions les conditions logistiques de leur mise en œuvre ?

Oui

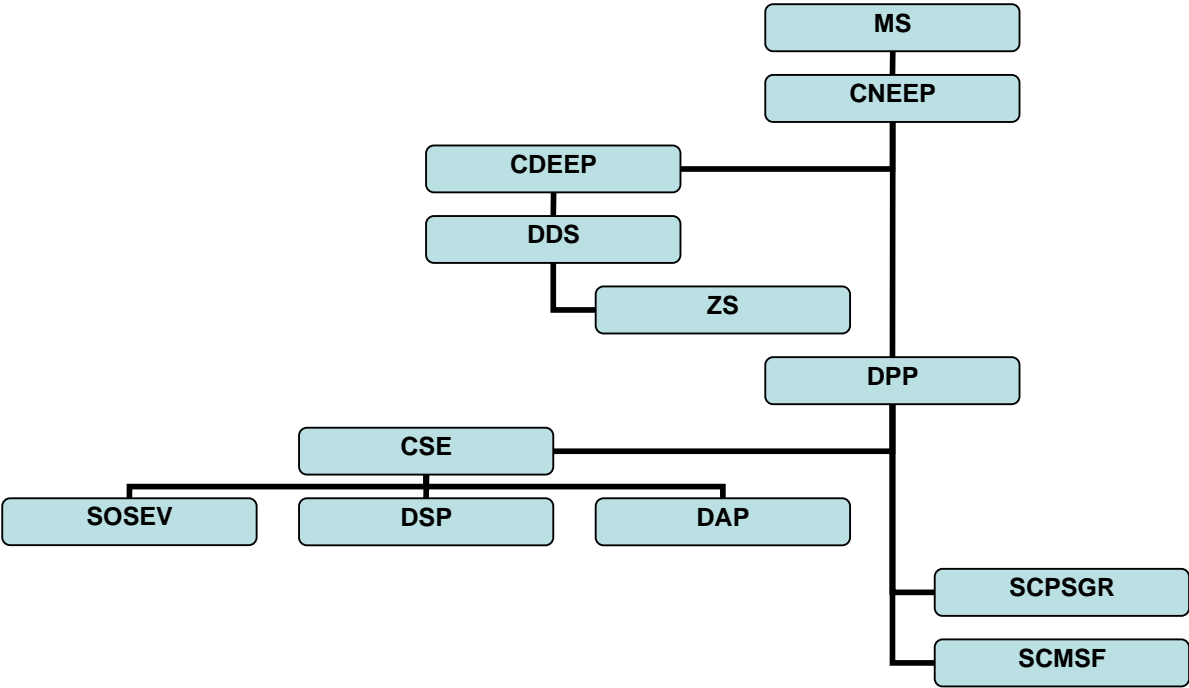
Non

6- Avez vous d'autres suggestions pour que les décisions du CNEEP et des sous comités soient mises en œuvre diligemment ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**ANNEXE II : ORGANIGRAMME DU MECANISME DE
SUIVI-EVALUATION DU MINISTERE DE LA SANTE**

Organigramme du mécanisme de suivi-évaluation du Ministère de la Santé



Source : Réalisation personnelle

**ANNEXE III : DECRET PORTANT CREATION,
ATTRIBUTIONS, COMPOSITION, ET FONCTIONNEMENT
DU CNEEP**

TMJ.-
REPUBLIQUE DU BENIN

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

DECRET N°2007-163 DU 16 AVRIL 2007

portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé (CNEEP).

**LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,
CHEF DE L'ETAT,
CHEF DU GOUVERNEMENT,**

- Vu** la loi n° 90-032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin ;
 - Vu** la proclamation le 29 mars 2006 par la Cour Constitutionnelle des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 19 mars 2006 ;
 - Vu** le Décret n°2006-613 du 19 novembre 2006 portant Composition du Gouvernement et les décrets n° 2006-622 du 29 novembre 2006 et 2007-002 du 08 janvier 2007 qui l'ont modifié ;
 - Vu** le décret n° 2006-268 du 14 juin 2006 fixant la structure-type des Ministères ;
 - Vu** le décret n° 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
 - Vu** le décret n° 2003-401 du 13 octobre 2003 portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé (CNEEP) ;
- Sur** proposition du Ministre de la Santé ;
- Le** Conseil des Ministres entendu en sa séance du 21 février 2007 ;

DECRETE :**CHAPITRE I :** des attributions du Comité

Article 1^{er} : Il est créé au Ministère de la Santé un Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé (CNEEP).

Article 2 : Le Comité est chargé de :

- valider le budget programme du Ministère de la Santé ;
- superviser la mise en œuvre effective des réformes du secteur santé telles que prévues dans les politiques et stratégies sanitaires nationales ;
- veiller à l'harmonisation et à la coordination des actions des partenaires au développement sanitaire ;
- approuver la nouvelle stratégie sanitaire à mettre en œuvre en fonction des résultats escomptés ;
- étudier et approuver les rapports semestriels et annuels des Sous-Comités du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé (CNEEP) ;
- étudier et approuver les rapports semestriels et annuels des Comités Départementaux de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé (CDEEP) ;
- étudier et approuver les rapports sur l'appréciation des bénéficiaires des Projets et Programmes du secteur santé ;
- analyser les grandes questions préoccupantes du secteur ;
- faire des recommandations et assigner des tâches aux structures représentées en son sein.

CHAPITRE II : de la Composition du Comité

Article 3 : Le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé est composé comme suit :

Président : Ministre de la Santé ou son représentant ;

Vice-Président : Ministre du Développement, de l'Economie et des Finances ou son représentant ;

1^{er} Rapporteur : Ministre des Affaires Etrangères ou son représentant ;

2^{ème} Rapporteur : Ministre de la Famille, de la Femme et de l'Enfant ou son représentant

Secrétaire : Directeur de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé ;

Permanent

Les autres membres sont :

Les structures du Ministère de la Santé :

- le Directeur de Cabinet du Ministère de la Santé ;
- le Secrétaire Général du Ministère de la Santé ;
- les Conseillers Techniques du Ministre de la Santé ;
- les Directeurs Centraux et Techniques ou leurs représentants ;
- les Directeurs Départementaux de la Santé et leurs Chefs de Service des Etudes, de la Planification et du Suivi ;
- les bureaux des sous-comités du CNEEP.

Secteur sanitaire privé et société civile :

- un représentant du Réseau des Organisations Non Gouvernementales de Santé ;
- un représentant de l'Association des Œuvres Médicales Privées, Confessionnelles et Sociales ;
- un représentant du Comité de Gestion de Santé ;
- un représentant de l'Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin ;
- un représentant de l'Ordre des Pharmaciens ;
- un représentant de l'Ordre des Médecins ;
- un représentant de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ;
- un représentant de l'Ordre des Sages-Femmes ;
- un représentant de l'Association des Infirmiers et Infirmières Diplômés

- un représentant de l'Association des Techniciens de laboratoire ;
- un représentant des Syndicats.

Autres Ministères

- un représentant du Ministère de la Défense Nationale ;
- un représentant du Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Eau ;
- un représentant du Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire
- un représentant du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Professionnelle
- un représentant du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
- un représentant du Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
- un représentant du Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances
- un représentant du Ministère des Affaires Etrangères
- un représentant du Ministère de l'Intérieur, de la sécurité Publique et des Collectivités Locales

Les représentants des structures ci-dessus énumérées doivent être dûment mandatés.

CHAPITRE III : de l'Organisation et du fonctionnement du Comité

Article 4 : Les Organes du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé sont :

- l'Assemblée Plénière des membres du Comité ;
- le Secrétariat Permanent ;
- les deux sous-comités à savoir :
 - * le sous-comité de suivi-évaluation de la réorganisation de la pyramide sanitaire et de gestion des ressources du secteur ;
 - * le sous-comité de suivi-évaluation des maladies et de la santé familiale

- les Comités Départementaux de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes.

Article 5 : L'Assemblée Plénière des membres du comité est l'organe de décision du comité.

A ce titre, elle assure la plénitude des attributions prévues à l'article 2 ci-dessus.

Elle regroupe tous les membres du comité et peut faire appel à toutes personnes dont elle juge les compétences nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Article 6 : l'Assemblée Plénière se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire chaque fois que cela s'avère nécessaire sur convocation du Président.

Elle rend compte une fois l'an au Gouvernement de la situation sanitaire du pays au titre de l'année précédente.

Article 7 : Le Secrétariat Permanent du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du Secteur Santé est assuré par la Direction de la Programmation et de la Prospective.

Article 8 : Le Secrétariat Permanent est chargé d'assurer le Secrétariat du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes.

A ce titre, il s'emploie à :

- suivre la mise en œuvre des actions des structures, projets et programmes du Ministère de la Santé sur la base d'un système d'indicateurs pertinents ;
- établir les bilans périodiques (trimestriels, semestriels et annuels) d'exécution du budget-programme ;
- réaliser l'analyse de la pertinence et de la performance des actions menées dans le secteur ;
- organiser le suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes du secteur de la santé ;
- assurer le secrétariat lors des sessions des organes de suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes ;

- piloter les missions d'évaluation des politiques et programmes du secteur.

Article 9 : La composition, les attributions et le fonctionnement des sous-comités du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes seront fixés par Arrêté du Ministre de la Santé.

Article 10 : Un Arrêté du Ministre de la Santé créera un Comité Départemental au niveau de chaque département dont la présidence sera assurée par le Préfet de Département assisté du Directeur Départemental de la Santé.

Article 11 : Les ressources nécessaires au bon fonctionnement du Comité (financement de la collecte des informations, de leur dépouillement, du fonctionnement des deux sous-comités, de la préparation et de la tenue des sessions du Comité ainsi que de l'octroi de primes de session à tous les participants) seront budgétisées et prises en compte par le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé.

Article 12 : Le Ministre de la Santé, le Ministre du Développement, de l'Economie et des Finances, le Ministre des Affaires Etrangères, le Ministre de l'Environnement et de la Protection de la Nature, le Ministre des Enseignements Primaire et Secondaire, le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Professionnelle, le Ministre des Mines, de l'Energie et de l'Eau, le Ministre de la Défense Nationale, le Ministre de la Famille, de la Femme et de l'Enfant et le Ministre de l'Intérieur, de la sécurité Publique et des Collectivités Locales sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'application correcte du présent décret.

Article 13 : Le présent décret qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, notamment le décret n° 2003-401 du 13 octobre 2003, prend effet pour compter de la date de sa signature et sera publié au Journal Officiel.

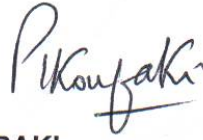
Fait à Cotonou, le 16 avril 2007

Par le Président de la République,
Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement,



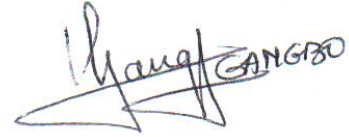
Dr. Boni Y A Y I.-

Le Ministre du Développement,
de l'Economie et des Finances,



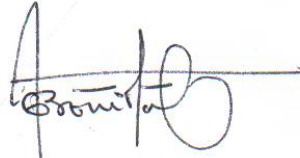
Pascal Irénée KOUPAKI.-

Le Ministre de la Santé,



Flore GANGBO.-

Le Ministre des Affaires Etrangères,



Mariam ALADJI BONI DIALLO.-

Le Ministre de la Famille, de
la Femme et de l'Enfant,



Guècadou Bawa YOROU OROU-GUIDIC

AMPLIATIONS : PR 6 AN 4 CS 2 CC2 CES 2 HAAC 2 MDEF 4 MS 4
MAE 4 MFFE 4 AUTRES MINISTERES 19 SGG 4 DGBM-DCF-DGTCP-DGID-
DGDDI 5 BN-DAN-DLC 3 GCOMB-DCCT-INSAE 3 BCP-CSM-IGAA 3 UAC-ENAM-

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DU JURY	I
DEDICACES	III
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
RESUME.....	VII
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL ET PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE SUR LE FONCTIONNEMENT DU COMITE NATIONAL DE SUIVI DE L'EXECUTION ET D'EVALUATION DES PROJETS ET PROGRAMMES DU SECTEUR SANTE.....	5
CHAPITRE PREMIER : CADRE PHYSIQUE DE FONCTIONNEMENT DU CNEEP ET OBSERVATIONS DE STAGE	6
Section 1 : Présentation des attributions et de la composition du CNEEP	7
Paragraphe 1 : Des attributions du CNEEP	7
Paragraphe 2 : De la composition du CNEEP	8
Section 2 : Diagnostic organisationnel et fonctionnel du CNEEP	10
Paragraphe 1 : Les organes du CNEEP	10
Paragraphe 2 : Etat des lieux du fonctionnement du CNEEP	12
CHAPITRE II : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA PERSISTANCE DES DYSFONCTIONNEMENTS DU CNEEP	22
Section 1 : Choix et spécification de la problématique	22
Paragraphe 1 : Inventaire des résultats des états des lieux de base	22
Paragraphe 2 : Choix de la problématique et justification du thème de l'étude	27
Section 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique.....	28
Paragraphe 1 : Revue de littérature.....	28
Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée	32
DEUXIEME PARTIE : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	35
CHAPITRE PREMIER: CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE SUR LES DYSFONCTIONNEMENTS DU CNEEP	36
Section 1 : Des objectifs aux hypothèses de l'étude.....	36
Paragraphe 1 : Objectifs de l'étude.....	36
Paragraphe 2 : Hypothèses et tableau de bord de l'étude.....	37

Section 2 : Méthodologie adoptée	40
Paragraphe 1 : Revue documentaire	40
Paragraphe 2 : Collecte et traitement des données	41
CHAPITRE II : DE LA VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX STRATEGIES D'UN MEILLEUR FONCTIONNEMENT DU CNEEP	46
Section 1 : Vérification des hypothèses	46
Paragraphe 1 : Analyse des données	46
Paragraphe 2 : Etablissement du diagnostic de l'étude	54
Section 2 : Stratégies pour un meilleur fonctionnement du CNEEP	55
Paragraphe 1 : Approches de solutions	55
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions	56
 CONCLUSION GENERALE	 59
 BIBLIOGRAPHIE	 61
 LISTE DES ANNEXES	 64
 ANNEXE I : QUESTIONNAIRES POUR L'ENQUETE	 65
QUESTIONNAIRE N°1	66
QUESTIONNAIRE N°2	68
QUESTIONNAIRE N°3	70
 ANNEXE II : ORGANIGRAMME DU MECANISME DE SUIVI-EVALUATION DU MINISTERE DE LA SANTE	 72
Organigramme du mécanisme de suivi-évaluation du Ministère de la Santé.....	73
 ANNEXE III : DECRET PORTANT CREATION, ATTRIBUTIONS, COMPOSITION, ET FONCTIONNEMENT DU CNEEP	 74
 TABLE DES MATIERES	 82