



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

**OPTION :**

Management

**FILIERE:**

Management des Services Publics

**ANNEE ACADEMIQUE**

2011-2012

**SUJET**

***AMELIORATION DES MECANISMES  
DE PLANIFICATION ET DE SUIVI  
DES ACTIVITES DANS LES ZONES  
SANTAIRES ET A LA DDS-B/A***

Réalisé et présenté par :

**Japhleth M. B. AZOKLY**

Sous la Direction de :

Maître de stage

**Benjamin DADY**

Ingénieur Statisticien Economiste.  
Chef SPIRS à la DDS-B/A.

Directeur de mémoire

**Clément DJOHOUN**

Docteur ès -Sciences économiques  
Professeur Assistant à l'ENAM/UAC

NOVEMBRE 2012

## **IDENTIFICATION DU JURY**

**PRESIDENTE** : Mme YEDEDJI GNANVO Elisabeth

**VICE-PRESIDENT** : M. HOUSSOU Jérôme

**MEMBRE** : M. LIHOSSOU Sègla

**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.**

## **DEDICACE**

### **A toi ma chère maman**

Ruth EZIN AZOKLY,

pour ta tendre affection et tous les efforts et sacrifices consentis  
pour la réussite de tes enfants.

### **A toi mon feu père,**

Joseph AZOKLY,

que ton âme repose en paix.

### **A toi mon épouse,**

Fosta AKOHOUENDO,

pour ton attachement, ta preuve de patience et d'endurance.

### **A vous mes enfants**

Freudel Collins-Ken et Chrys-Arix Altagracia,

Pour votre acceptation des privations ; que ce travail soit pour vous  
une source d'inspiration et un modèle de grandeur d'esprit.

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à :

- Monsieur Clément DJOHOUN qui a accepté de suivre ce mémoire avec rigueur, malgré ses multiples occupations ;

- Monsieur Benjamin DADY qui a accepté de nous encadrer pendant toute la durée de notre stage ;

- Monsieur Fatioulaye ISSA DJIBRIL, Directeur Départemental de la Santé du Borgou et de l'Alibori, pour sa précieuse contribution lors de nos recherches ;

- Messieurs les membres du jury pour avoir accepté d'apprécier ce mémoire ;

- Tous les enseignants de l'ENAM qui nous ont gardé durant les deux ans de formation, pour nous orienter et nous prodiguer de précieux conseils ;

- Toutes les autorités et responsables à divers niveaux de l'ENAM, pour nous avoir supporté au cours de notre formation ;

- Tous mes frères et soeurs, en particulier Azaria, Amen, Malkiel, Jisreel, pour leurs soutiens de tous ordres ;

- Madame et Monsieur AKOHOUENDO Honoré Adonis pour leur assistance et prières ;

- Tous mes collègues de service, pour leur assistance morale, financière et matérielle ;

- Tous mes camarades d'option et de filière et de toute la promotion, pour les inoubliables moments de partage de connaissance et de solidarité ;

- Tous ceux qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce travail.

## **LISTE DES SIGLES**

**B/A** : Borgou et Alibori.

**CG** : Comité de Gestion.

**CHD** : Centre Hospitalier Départemental.

**CNEEP** : Comité National de suivi de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets/Programmes.

**CSA** : Centre de Santé d'Arrondissement.

**CSC** : Centre de Santé de Commune.

**CS** : Comité de Santé.

**COGECS** : Comité de Gestion des Centres de Santé.

**CODIR** : COmité de DIRection.

**DDS** : Direction /Directeur Départemental(e) de la Santé.

**DDZS** : Direction du Développement des Zones Sanitaires.

**DPP** : Direction de la Programmation et de la Prospective.

**EEZS** : Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire.

**ENAM** : Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature.

**FS** : Formation Sanitaire.

**GAR** : Gestion Axée sur les Résultats.

**HZ** : Hôpital de Zone.

**MC/ZS** : Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire.

**MS** : Ministère de la Santé.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale.

**PNLP** : Programme National de Lutte contre le Paludisme.

**PTF** : Partenaire Technique et Financier.

**SEPS** : Service des Etudes, de la Planification et du Suivi.

**SNIGS** : Système National d'Information et de Gestion Sanitaires.

**SPIRS** : Service de la Planification, de l'Information et de la Recherche en Santé.

**SSP** : Soins de Santé Primaires.

**UAC** : Université d'Abomey Calavi.

**ZS** : Zone Sanitaire.

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Numéros</b>	<b>Titres</b>	<b>Pages</b>
01	Regroupement des problèmes par centres d'intérêts	21
02	Tableau de bord de l'étude	29
03	Echantillonnage par niveau	38
04	Démarche de planification	42
05	Implication au processus de planification	43
06	Equipe de planification par niveau	44
07	Répartition des acteurs formés	45
08	Répartition des acteurs selon la source de suivi	46
09	Appréciation des critères d'évaluation	47
10	Cheminement de la programmation	51

## LISTE DES FIGURES

<b>Numéros</b>	<b>Titres</b>	<b>Pages</b>
01	Pyramide sanitaire du Bénin	06
02	Liaison entre planification, suivi et évaluation	33

## RESUME

Les réformes entreprises dans le secteur de la santé au Bénin aux cours des deux dernières décennies ont surtout consisté à la mise en place et au renforcement des zones sanitaires. La zone sanitaire est définie comme le niveau opérationnel du système de santé. Pour accompagner ces réformes, le processus de planification, de suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation des progrès accomplis a été adopté comme expression de la meilleure stratégie. Les plans de développement et les plans opérationnels annuels ont été élaborés. Toutefois, cet exercice comporte quelques insuffisances, qui ont motivé le thème : «**amélioration des mécanismes de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la DDS-B/A**».

L'objectif de l'étude est de contribuer au renforcement de la planification et du suivi des activités des formations sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori. Deux hypothèses essentielles sont formulées pour l'analyse des processus en cours, à savoir :

- ❖ La non-maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et par certains chefs de services de la DDS Borgou/Alibori, s'explique par l'absence de recyclages et de formations continues des membres des organes de gestion ;
- ❖ L'inexistence d'un tableau de bord d'indicateurs pour le suivi-évaluation de la performance des zones sanitaires explique la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation au sein des EEZS et par certains chefs de services de la DDS.

Les informations sont collectées auprès des membres du comité de santé, des EEZS, des chefs de services et chefs de divisions de la Direction Départementale de la Santé (DDS) et des personnes ressources du secteur. Les

résultats révèlent que des progrès considérables ont été accomplis au fil des années. Néanmoins, il faut que le processus de planification soit plus participatif et que les équipes devant le conduire soient plus structurées. Le renforcement des capacités des acteurs de la chaîne de planification et de suivi-évaluation est également nécessaire. Pour l'évaluation de la performance des zones, il est indispensable d'établir un cadre conceptuel commun. Les solutions que nous avons proposées, pour qu'elles contribuent efficacement à la performance des zones sanitaires, doivent être complétées par des études sur le financement du secteur et les possibilités d'introduction ou de généralisation des approches « Gestion Axée sur les Résultats» (GAR) et «Financement Basé sur les Résultats» (FBR).

## GLOSSAIRE DE L'ETUDE

**Système de santé** : Un système de santé est constitué de composantes du secteur de la santé et d'autres secteurs dont l'interaction concourt à la santé.

**Réforme du système de santé** : C'est un ensemble cohérent de changements significatifs, radicaux et durables, pour améliorer l'efficacité, l'efficience de l'équipe du système de santé.

**Soins de santé primaires** : Soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination.

**District sanitaire ou Zone sanitaire** : C'est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle délivre pour une population de 100 à 200 000 habitants des services de santé à travers un réseau de formations sanitaires publiques et privées (UVS, CSA, CSC) et appuyées par un hôpital de première référence public ou privé dénommée Hôpital de Zone.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
<b><u>CHAPITRE PREMIER</u> : PRESENTATION DU LIEU DE STAGE, PROBLEMATIQUE ET CADRE THEORIQUE DE BASE DE L'ETUDE.....</b>	<b>4</b>
<b><u>SECTION 1</u> : Cadre institutionnel et physique de l'étude et observations de stage ....</b>	<b>5</b>
PARAGRAPH 1 : Cadre institutionnel et physique de l'étude.....	5
PARAGRAPH 2 : Observations de stage .....	13
<b><u>SECTION 2</u> : Ciblage de la problématique.....</b>	<b>20</b>
PARAGRAPH 1 : Inventaire et classification des problèmes.....	20
PARAGRAPH 2 : Spécification de la problématique.....	22
<b><u>SECTION 3</u> : Cadre théorique de base .....</b>	<b>27</b>
PARAGRAPH 1 : Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude.....	27
PARAGRAPH 2 : Revue de littérature .....	30
<b><u>CHAPITRE DEUXIEME</u> : DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS ET SUGGESTIONS .....</b>	<b>35</b>
<b><u>SECTION 1</u> : Méthodologie de l'étude .....</b>	<b>36</b>
PARAGRAPH 1 : Approche théorique.....	36
PARAGRAPH 2 : Dimension empirique.....	37
<b><u>SECTION 2</u> : Présentation des résultats d'enquête et vérification des hypothèses...</b>	<b>41</b>
PARAGRAPH 1 : Présentation des résultats.....	41
PARAGRAPH 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic .....	48
<b><u>SECTION 3</u> : Des approches de solutions aux conditions de mise en œuvre et suggestions.....</b>	<b>49</b>
PARAGRAPH 1 : Approches de solutions .....	49
PARAGRAPH 2 : Conditions de mise en œuvre et suggestions.....	55
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>63</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>67</b>

# **INTRODUCTION GENERALE**

L'amélioration de l'état de santé des populations est une préoccupation constante des Gouvernements. Depuis plusieurs décennies, le Bénin, au même titre que les autres pays Africains, a entrepris de profondes réformes de son système de santé en adoptant la stratégie des soins de santé primaires.

L'opérationnalisation des soins de santé primaires a conduit à l'institutionnalisation des zones sanitaires dont la finalité est de renforcer les services de santé à travers un processus de décentralisation des ressources et des responsabilités en faveur du niveau périphérique.

Le Bénin compte de nos jours trente-quatre (34) zones sanitaires fonctionnelles, dont sept (07) dans les départements du Borgou et de l'Alibori. L'organisation, la planification et l'évaluation constituant quelques-uns des piliers essentiels sur lesquels repose tout système de santé, les soins de santé primaires doivent bénéficier d'une planification et d'un suivi rigoureux tant au niveau périphérique qu'aux échelons intermédiaire et central.

Depuis l'installation des zones sanitaires, les acteurs du niveau périphérique ont compris l'importance de la planification. D'importants outils de planification ont été développés pour la mise en œuvre des actions de santé.

Toutefois, l'appropriation du processus de planification ainsi que la maîtrise des différents outils y afférents ne sont pas sans difficultés. C'est pour contribuer à l'amélioration de cette situation que nous avons choisi de réfléchir sur le sujet : **Amélioration des mécanismes de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la Direction départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori».**

Pour mener à bien cette étude, le développement du sujet est fait suivant un plan comprenant deux (2) chapitres. Le chapitre premier aborde le cadre institutionnel de l'étude, le ciblage de la problématique et débouche sur les objectifs de l'étude. Le chapitre deuxième, pour sa part, met l'accent sur la méthodologie de l'étude, fait ressortir la présentation et l'analyse des résultats ainsi que les approches de solutions, les conditions de mise en œuvre et les recommandations.

**CHAPITRE PREMIER**  
**PRESENTATION DE LA DDS-B/A,  
PROBLEMATIQUE, ET CADRE THEORIQUE  
DE BASE DE L'ETUDE.**

Ce chapitre nous permet de présenter l'organisation et le fonctionnement de notre lieu de stage (la Direction Départementale de la Santé), de décrire les observations faites au cours du stage, de cerner la problématique de notre étude, de choisir le cadre théorique de base, de fixer les objectifs de l'étude, puis de réaliser la revue de littérature

## **SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET PHYSIQUE DE L'ETUDE ET OBSERVATIONS DE STAGE**

### **PARAGRAPHE 1: Cadre institutionnel et physique de l'étude**

Avant la présentation proprement dite du lieu de stage, il convient de montrer le schéma de la pyramide sanitaire du Bénin.

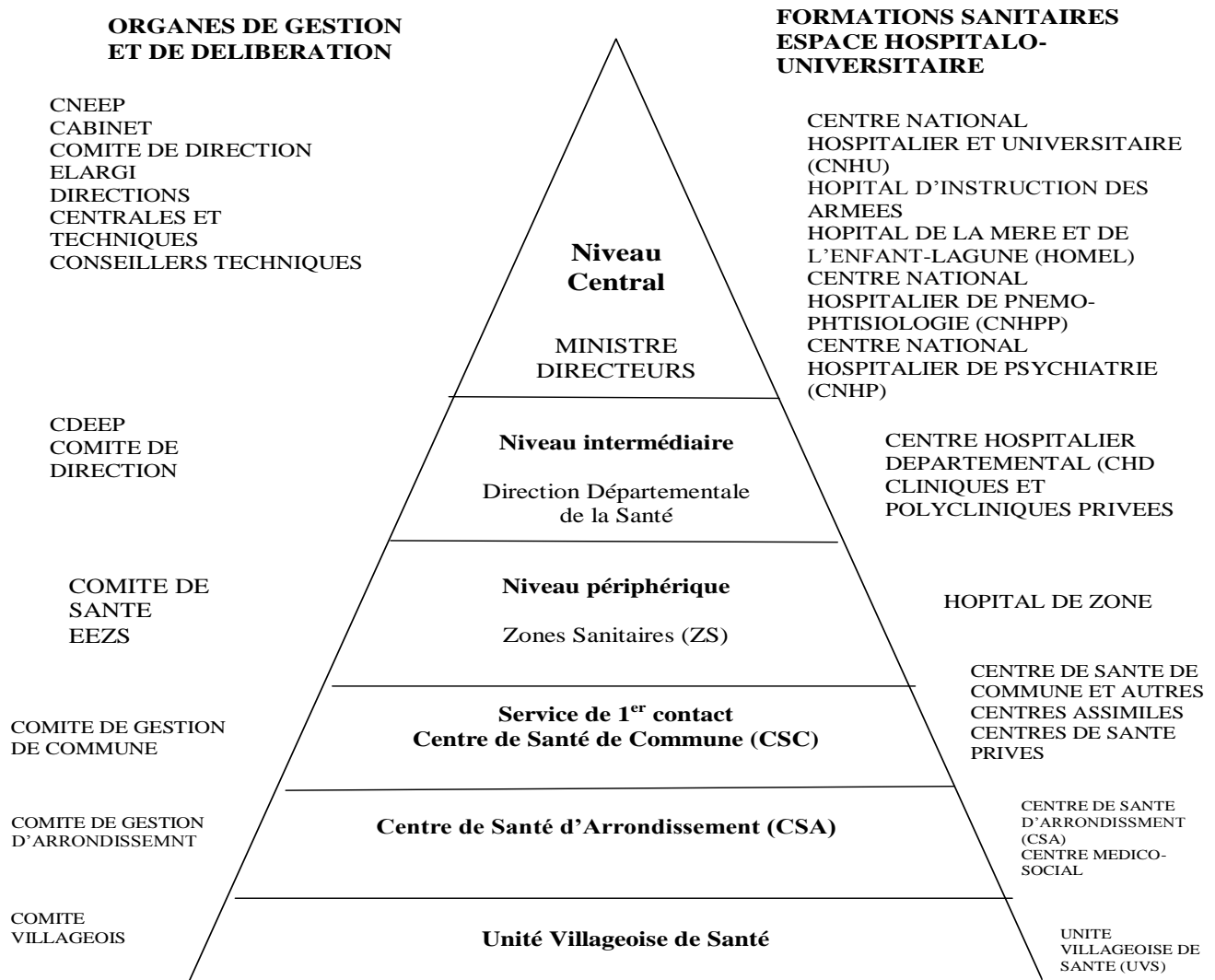
#### **I – Aperçu de la pyramide sanitaire au Bénin**

L'organisation du système national de santé est calquée sur le découpage administratif qui se traduit par une pyramide qui comprend trois niveaux différents que sont :

- Le niveau central ou national ;
- Le niveau intermédiaire ou départemental ;
- Le niveau périphérique ou zone sanitaire.

Le niveau qui fait l'objet principal de notre préoccupation, dans le cadre de cette étude, est le niveau intermédiaire ou départemental que nous ne pouvons, d'ailleurs, appréhender sans examiner concomitamment celui correspondant aux zones sanitaires.

**Figure n°1 : PYRAMIDE SANITAIRE DU BENIN**



D'après ce schéma, les zones sanitaires sont placées sous l'autorité directe de la Direction départementale de la santé dont elles relèvent. Cette Direction, cadre de notre stage pratique, est présentée à travers ses attributions et les zones sanitaires.

## **II- Attributions et organisation de la DDS et présentation des zones sanitaires.**

### **A-) Attributions et organisation de la DDS**

#### **1-) Attributions de la DDS**

Le Ministère de la santé (MS), une des institutions de l'Etat, a pour mission fondamentale d'aider à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations du Bénin.

Le décret n° 2012-272 du 13 août 2012, portant attribution, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé prévoit, en son article 71, l'existence au niveau intermédiaire, de Directions départementales de la Santé (DDS).

La Direction Départementale de la Santé est l'organe de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département.

A ce titre, elle supervise les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique. Elle assure la gestion des plans d'action sectoriels, l'assistance technique et l'appui-conseil aux Communes conformément aux lois sur la décentralisation.

La Direction départementale de la Santé est chargée, entre autres :

- d'assurer la surveillance épidémiologique dans le département ;
- d'appliquer la législation sanitaire en vigueur ;
- de veiller au bon fonctionnement des zones sanitaires, des formations sanitaires publiques et privées du département ;
- de mettre en œuvre la politique nationale d'hygiène et d'assainissement de base ;
- de promouvoir la recherche en santé y compris en médecine et pharmacopée traditionnelle ;
- de veiller à la bonne utilisation des crédits délégués aux zones sanitaires ;
- d'assurer la bonne gestion des ressources humaines, financières et matérielles ;

- d'assurer le renforcement du partenariat avec le secteur privé.

Les attributions et les services qui composent la Direction départementale de la santé sont fixés par l'arrêté 2003 N°2146/MSP/DC/SGM/SA du 21 mars 2003, portant attributions, organisations et fonctionnement des Directions départementales de la santé publique.

En vue d'une application plus objective et correcte du décret n° 2012-272 du 13 août 2012, un projet d'arrêté a été élaboré et introduit au Cabinet du Ministre de la Santé. En effet, le décret sus-référencé, a consacré la disparition de certains services et la création de nouveaux autres avec de nouvelles appellations.

Nous examinerons l'organisation de la Direction départementale de la santé du Borgou/Alibori en considération des nouvelles appellations contenues dans le décret actuellement en vigueur.

## **2-) Organisation de la DDS**

La direction départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori comprend :

- **le Secrétariat Administratif (SA)** qui s'occupe de la gestion du courrier, assure l'accueil des usagers, participe à la préparation et à l'organisation des réunions ;
- **le Service de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé (SPIRS)** est chargé de collecter les données statistiques, de les traiter et de les analyser, de planifier, de suivre puis d'évaluer les activités mises en œuvre dans le cadre des projets et programmes au niveau du département ;
- **le Service des ressources Humaines (SRH)** qui s'occupe essentiellement de l'exécution et du contrôle des tâches relatives à la gestion et à la carrière du personnel ;
- **le Service des Ressources financières et du Matériel (SRFM)** qui est chargé de la conception, de l'application et du contrôle des règlements et

normes en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles ;

- **le Service des Infrastructures, Equipements et de la Maintenance (SIEM)** qui supervise les chantiers de construction, s'occupe de l'installation et de la maintenance de l'équipement médico-technique ;

- **le Service des Hôpitaux et des Soins Infirmiers et Obstétricaux (SHSIO)** est chargé de coordonner l'approvisionnement en médicaments essentiels et matériel consommable des formations sanitaires du département ; d'assurer l'inspection et le contrôle des différentes structures pharmaceutiques et d'explorations diagnostiques ; d'assurer le suivi et l'évaluation des services de Soins infirmiers, gynéco-obstétricaux et néonataux tant publics que privés etc. ;

- **le Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME)** est chargé de planifier, coordonner, superviser et évaluer les activités de prévention et de soins en faveur de la mère et de l'enfant, de planification familiale, de nutrition, de promotion des soins infirmiers et obstétricaux. Il assure également la formation et ou le recyclage des personnels de santé en santé de la reproduction (SR), puis la mise en œuvre et le suivi des programmes de santé de reproduction ;

- **le Service Départemental de la Santé Publique (SDSP)** a pour rôle de mettre en application les politiques et programmes promouvant les soins préventifs, de participer aux enquêtes épidémiologiques, d'assurer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, de faire la promotion et la coordination des soins de santé communautaire avec la participation de la population, de contrôler et d'améliorer le fonctionnement technique des Formations sanitaires publiques et privées, d'intervenir en cas

de catastrophe, de participer à la recherche et à l'étude dans le domaine de l'hygiène publique et de l'assainissement de base, etc.

Il faut souligner qu'au sein de la Direction départementale de la santé du Borgou et de l'Alibori, c'est le SPIRS qui est habilité à s'occuper véritablement et effectivement du volet planification, suivi et évaluation des activités.

## **B-) Présentation du SPIRS et des zones sanitaires**

### **1-) Le SPIRS**

Le Service de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé est chargé de :

- planifier, de suivre et d'évaluer les activités mises en œuvre dans le cadre des Programmes et Projets au niveau du département ;
- collecter les données concernant l'information sanitaire, d'en faire la synthèse et l'analyse pour la transmission au niveau central et pour la retro-information ;
- gérer la documentation sanitaire du département ;
- initier et de participer aux enquêtes épidémiologiques ;
- assurer le secrétariat du Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CDEEP) ;
- suivre les activités concourant au renforcement du partenariat avec le secteur privé.

Le Service de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé comprend deux (02) divisions à savoir :

- \* la division des Etudes et de la Planification qui est composée des sections « planification » et « suivi/évaluation »

\* la division des statistiques sanitaires et de la documentation qui comprend les sections « statistiques sanitaires », « documentation » et « informatique ».

## **2-) La zone sanitaire**

Pour une meilleure appréciation de la place de la zone sanitaire dans le système de santé, nous avons fait l'option de présenter les textes qui régissent leur organisation.

La zone sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous la forme d'un réseau de services de santé de premier contact appuyé par un hôpital de première référence, public ou privé, dénommé Hôpital de Zone (HZ).

Selon le décret N° 2005-611 du 28 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires, la gestion des activités sanitaires sur l'étendue de la zone sanitaire est assurée par des organes dont les pouvoirs sont limités aux formations sanitaires publiques et étendus à l'ensemble de la zone sanitaire.

Les organes de gestion des formations sanitaires publiques sont :

- le Comité Villageois de Santé (CVS) pour les Unités Villageoises de Santé (UVS) ;
- le Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS) ;
- le Conseil de Gestion de l'Hôpital de Zone (CG/HZ) ;

Les organes de gestion de la zone sanitaire sont :

- le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) : il est l'organe suprême de représentation et de décision de la zone sanitaire. Sa

mission est d'assurer le développement socio-sanitaire de la zone sanitaire ;

- l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) : l'EEZS est l'organe technique multidisciplinaire chargé de la gestion et de la coordination de l'action socio-sanitaire dans la zone sanitaire. Elle assure de manière intégrée, cohérente et participative, la programmation, l'organisation, le suivi et l'évaluation des activités administratives, managériales et techniques entrant dans le cadre de la politique et des stratégies de développement du secteur de la santé.

(Cf. arrêté N° 10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 08/11/2005).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale, les départements du Borgou et de l'Alibori ont été subdivisés en sept (07) zones sanitaires. Il s'agit des zones sanitaires réparties ainsi qu'il suit :

- **Pour l'Alibori :**

- Banikoara ;
- Malanville-Karimama ;
- Kandi-Gogounou-Ségbana.

- **Pour le Borgou :**

- Bembèrèkè-Sinendé ;
- Nikki-Kalalé-Pèrèrè ;
- Parakou-N'Dali ;
- Tchaourou.

La zone sanitaire est chargée de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique sectorielle. Elle est également chargée de la mobilisation des communautés et des acteurs locaux.

Dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre des activités du secteur de la santé, plusieurs projets et programmes appuient la DDS et les zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori. Il faut noter que les efforts fournis jusque-là n'ont pas encore permis une amélioration remarquable de l'état de santé des populations.

Les ressources financières des zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori proviennent essentiellement du budget national, du financement communautaire et de certains partenaires.

Malgré les efforts fournis par les acteurs, les indicateurs sont en deçà des cibles fixées par les différents programmes du Ministère de la Santé.

En somme, les zones sanitaires précitées ont fait l'objet d'observations minutieuses dont nous présentons ici les constats les plus significatifs.

## **PARAGRAPHE 2 : Observations de stage**

Les zones sanitaires, après plusieurs années de fonctionnement, présentent des caractéristiques que les entretiens au niveau de la DDS et avec la plupart des Médecins-Coordonnateurs, ainsi que les observations font ressortir. Après avoir décrit le fonctionnement des mécanismes de planification et de suivi-évaluation des activités, nous essaierons de mettre en exergue, parallèlement, les atouts et les problèmes liés à la mise en œuvre de ces derniers.

## **I- Processus de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la DDS-B/A.**

### **A-) Les différentes étapes du processus et la description du mécanisme**

Avant qu'elles ne soient retenues et considérées comme activités planifiées et figurant dans le Plan de Travail Annuel (PTA), les activités des zones sanitaires ainsi que celles de la DDS, passent par les étapes successives suivantes :

- la mise à disposition de la lettre d'orientation aux acteurs ;
- la séance de concertation entre les chefs de services de la DDS et les médecins-coordonnateurs des zones sanitaires.

Les médecins-coordonnateurs notifient aux médecins-chefs des Communes les résolutions issues de ladite concertation.

Après cette étape de notification et d'information, commence celle de la planification des activités des Centres de Santé, de l'hôpital de zone, du Bureau de Coordination de la zone sanitaire ainsi que celle des activités au niveau de la DDS. **La lettre de notification tient compte des nouvelles exigences et priorités du pays en matière de santé de la population. L'existence d'un document de politique et stratégies de développement du secteur santé permet donc d'éviter une exagération dans les propositions d'activités.**

Ensuite, on assiste à des séances de concertation pour harmonisation des activités planifiées ; celles des zones sanitaires avec celles de la DDS, celles de ces deux composantes avec les activités retenues par les projets et programmes nationaux et les partenaires techniques et financiers locaux. Le principe obéit au processus de la planification ascendante intégrée (du niveau périphérique au niveau national en passant par le niveau intermédiaire). La

planification des activités est faite à partir de la base où s'implique la communauté. Elle intègre au fur et à mesure de sa remontée, les préoccupations des projets et programmes ainsi que celles des partenaires au développement.

**Cette façon de procéder a l'avantage, non seulement d'intégrer tous les besoins et préoccupations de la communauté, mais aussi de mettre tous les acteurs impliqués au même niveau d'information et de connaissance des activités.**

En effet, au niveau des zones sanitaires, le Comité de Santé apprécie la pertinence des résultats et actions envisagées par le premier niveau dans le cadre des nouvelles sollicitations. Les besoins prioritaires issus des faiblesses identifiées et appuyés des résultats attendus en termes d'indicateurs des zones sanitaires devront être remontés à la DDS. Cet exercice doit être participatif avec l'implication de tous les acteurs publics et privés, des élus locaux et des PTF intervenant dans la zone.

Au niveau de la DDS, les différents services de la Direction acheminent leurs propositions d'activité au Service de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé (SPIRS) qui en fait la compilation pour obtenir un document unique de toutes les activités planifiées pour la Direction. Dès cet instant, la Direction organise sous la responsabilité du Chef-SPIRS des séances de travail en vue d'examiner les propositions et les besoins prioritaires des zones et structures sous tutelle identifiées sur la base des faiblesses observées. Elle retient les résultats et actions en définissant les priorités. Cet exercice, tout comme au niveau des zones, doit être participatif avec l'implication de tous les acteurs ainsi que les PTF intervenant dans le département. **En dehors du Chef SPIRS, il n'existe au niveau de la DDS aucun organe spécialisé chargé de la préparation et de la finalisation du**

**PTA du département. On constate donc une insuffisance de ressources humaines qualifiée et de spécialistes pour un travail bien élaboré.**

L'arbitrage sectoriel au niveau du Ministère de la Santé est coordonné, sur la base des documents transmis, par les différentes structures, par un Comité constitué entre autres des cadres de la DPP. C'est donc une occasion de rencontres avec toutes les structures, la Direction départementale de la Santé, les zones sanitaires, les PTFs, etc. Il permettra d'apprécier la qualité et la pertinence des résultats à atteindre, des actions proposées par chaque structure. Après explication, examen, et amendement, l'ensemble des activités proposées par les différents démembrements du Ministère de la Santé est validé et adopté : il s'agit du PTA du secteur de la santé au titre de l'année concernée. Toutes les activités prévues pour être exécutées au titre de l'année doivent ainsi figurer au préalable dans le PTA, si elles n'y figurent pas, il y a risque de rejet ou de non financement pour exécution. Au niveau des zones sanitaires et de la DDS, le PTA est notifié à chacun des acteurs impliqués et les activités retenues peuvent faire l'objet de mise en œuvre conformément à un chronogramme préalablement établi.

**B-) Suivi des activités inscrites au PTA**

Le suivi de la mise en œuvre des activités se manifeste à travers les monitorings et les supervisions organisés par les membres des Equipes d'Encadrement de Zones Sanitaires (EEZS) en direction des Centres de santé d'Arrondissement et des centres de Santé de Commune. Les équipes de supervision de la DDS descendent pour le suivi des activités des zones sanitaires et même des formations sanitaires périphériques. Au niveau de la DDS le C/SPIRS veille au suivi des activités des autres services dont les rapports lui sont fournis pour exploitation. Aussi, des équipes du niveau central descendent-elles au niveau intermédiaire pour le même but.

**Il faut signaler ici que la descente des équipes de niveau central et intermédiaire, selon les cas, compromet, dans une certaine mesure, la bonne exécution des activités pourtant régulièrement planifiées par les structures hiérarchiquement inférieures, au point où leur mise en œuvre devient irréaliste.**

Il faut retenir qu'au cours de ces différents mouvements, des conseils, des enseignements sont souvent reçus en vue de l'amélioration du fonctionnement du système de santé. Mais en dépit de tout ce dispositif, la performance du système de santé reste encore critique. **La faiblesse de la coordination et la légèreté observée dans certains aspects de la planification handicapent le système et limitent l'exploitation judicieuse des données qui en sont issues.**

## **II-Atouts et problèmes**

### **A. Forces et opportunités**

#### **1-) Forces**

- Organisation des formations en planification ;
- Existence d'un service de la planification ;
- Elaboration d'un acte réglementaire (décision) pour la désignation des membres du Comité de santé et de l'Equipe d'encadrement des zones.
- Existence d'un arrêté portant règlement intérieur des comités de gestion des centres de santé.

#### **2-) Opportunités**

- Existence d'un document de politique et stratégies de développement du secteur santé ;
- Existence d'un arrêté portant attributions, organisation et fonctionnement des Directions départementales de la santé ;

- Existence d'un décret portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires ;
- Délégation effective des crédits de l'Etat aux DDS et aux zones sanitaires.
- Existence du décret portant approbation des statuts des hôpitaux de zone (Décret N° 2002-0113 du 12 Mars 2002)

## **B-) Faiblesses et menaces**

### **1-) Faiblesses**

- Insuffisance de ressources humaines surtout les médecins généralistes et spécialistes, les statisticiens, planificateurs et administrateurs ;
- Fort taux d'agents contractuels dans l'effectif du personnel médical et para médical ;
- Forte mobilité du personnel (affectation précoce ou départ pour un emploi plus stable et plus rémunérateur) ;
- Insuffisance de mécanismes de motivation du personnel ;
- Mauvais fonctionnement des comités de gestion des formations sanitaires (faible engagement ; démotivation : absence de prime subséquente pour la participation des membres aux activités) ;
- accueil non satisfaisant dans les formations sanitaires ;
- Insuffisance de ressources financières (Malgré l'effort du Ministère avec la décentralisation des crédits, les ressources financières allouées sont en deçà des besoins) ;
- Faiblesse du mécanisme de mobilisation des ressources pour le financement des activités ;
- Insuffisance du financement communautaire (fonds générés par les diverses consultations, actes et cession des médicaments aux patients) ;
- Vétusté du matériel médico-technique dans les formations sanitaires ;

- Insuffisance de maintenance préventive et absence de plan de renouvellement du matériel roulant (véhicules à deux ou à quatre roues) ;
- irrégularité des programmations mensuelles des activités ;
- organisation non satisfaisante des activités de suivi-évaluation au sein des Equipes d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) ;
- Non maîtrise du remplissage des fiches de suivi-évaluation par les agents de santé, y compris certains membres des Equipes d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) ;
- Absence de cellule chargée de la planification, de suivi-évaluation des activités au niveau des zones sanitaires ;
- réponse tardive des EEZS aux courriers relatifs au système de planification envoyés par la DDS ;
- Insuffisance de supervisions des activités des formations sanitaires ;
- Non suivi des tâches et recommandations issues des supervisions lorsqu'elles sont réalisées ;
- Irrégularité des monitorings des activités des formations sanitaires ;
- Absence d'un tableau de bord d'indicateurs pour le suivi-évaluation de la performance des zones sanitaires ;
- Faible utilisation des statistiques sanitaires pour la prise de décision et la coordination des activités ;
- Faible taux d'exécution des activités programmées ;
- Fort taux d'activités non programmées mais exécutées.

## **2-) Menaces**

- Faible implication des élus locaux dans la planification des activités ;
- Forte sollicitation des Médecins-Coordonnateurs des Zones sanitaires par le niveau central ;

- Difficultés dans l'élaboration des rapports d'activités et d'auto-évaluation par les MC/ZS ;
- Absence de formation des chefs de postes et autres responsables aux outils de planification
- Interférence du niveau central.

## **SECTION 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE**

Cette section est consacrée à une analyse détaillée des problèmes, à leur regroupement et au choix de la problématique.

### **PARAGRAPHE1 : Inventaire et classification des problèmes**

Une analyse des problèmes identifiés permet de les regrouper par centres d'intérêt comme le montre le tableau suivant :

**Tableau n° 01 : Regroupement des problèmes par centres d'intérêts**

Centres d'intérêts	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
Gestion des ressources humaines	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance du personnel qualifié surtout des médecins spécialistes, des statisticiens, des planificateurs et des administrateurs</li> <li>2. Fort taux de contractuel dans l'effectif du personnel</li> <li>3. Mobilité du personnel (affectations précoces)</li> <li>4. Insuffisance de mécanisme de motivation du personnel (plan de formation, primes,..)</li> </ol>	Gestion non satisfaisante des ressources humaines dans les zones sanitaires et à la DDS	Problématique de la gestion satisfaisante des ressources humaines dans les zones sanitaires et à la DDS
Planification et suivi des activités dans les ZS et à la DDS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Non maîtrise des outils de planification par les chefs de services de la DDS et par certains membres des organes de gestion des zones sanitaires.</li> <li>2. Mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation au sein des EEZS et par certains chefs de services de la DDS.</li> </ol>	Insuffisance des mécanismes de planification et de suivi des activités dans les ZS et à la DDS.	Problématique d'amélioration des mécanismes de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la DDS- Borgou/Alibori
Financement du secteur de la santé dans les zones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance des crédits délégués aux zones</li> <li>2. Absence de mécanisme de mobilisation des ressources locales</li> <li>3. Faiblesse du financement communautaire</li> <li>4. Vente illicite des médicaments</li> <li>5. Insuffisance de mutuelles de santé</li> </ol>	Faible capacité de mobilisation des ressources pour le financement des activités dans les zones sanitaires	Problématique du renforcement de la capacité de financement des zones sanitaires

**Source** : Réalisé sur la base des observations de stage

## **PARAGRAPHE 2 : Spécification de la problématique**

La mise en place des zones participe de la concrétisation de la décentralisation dans le secteur santé et vise les objectifs ci-après :

- assurer l'accessibilité aux soins de santé et garantir la qualité des services de santé de base et de première référence ;
- assurer une gestion rationnelle et efficiente des ressources disponibles ;
- contribuer au processus de décentralisation ;
- renforcer la participation communautaire ;
- développer le partenariat entre les secteurs sanitaires public et privé.

Ainsi, l'organisation de la pyramide sanitaire en zones sanitaires devrait permettre de répondre à 85% des demandes de la population y compris la prise en charge des cas graves ou mal soignés auparavant. De ce point de vue, la zone sanitaire devient un maillon essentiel du système de santé au Bénin. La zone sanitaire repose sur des piliers que sont : l'organisation, la planification et la gestion ; le financement et l'affectation des ressources ; l'action intersectorielle ; et le développement des ressources humaines. Conscient que la performance d'un système dépend de sa capacité à planifier, suivre et évaluer les activités mises en œuvre, le Ministère de la santé a élaboré en 1997 son premier document de politique et stratégies de développement du secteur santé pour la période 1997-2001. La mise en œuvre du document a permis d'opérer d'importantes réformes.

Les états généraux de la santé ont discuté de toutes les composantes du système de santé béninois du 21 au 24 novembre 2007 à Cotonou et ont adopté une nouvelle vision du développement sanitaire.

Les recommandations issues de ces rencontres appellent une nouvelle organisation, un fonctionnement harmonieux des structures du secteur santé pour relever les défis et enjeux majeurs qui cadrent avec le Plan National de

Développement Sanitaire 2009-2018, avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et avec la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les systèmes de santé en Afrique.

Ces exercices ont permis l'évolution du processus de planification dans le secteur santé et le développement d'un ensemble d'outils de planification et de suivi-évaluation essentiels que sont entre autres:

- la politique et stratégies nationales de développement du secteur ;
- le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS)
- le plan triennal de développement ;
- les budgets programmes ;
- les plans d'actions (annuel, semestriel, trimestriel)
- le chronogramme etc.

Malgré le développement de ces outils et après plusieurs années de fonctionnement des zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori, on note, entre autres, que les plans d'actions ne sont pas suivis et évalués convenablement ; les supervisions sont irrégulières et les rapports annuels d'activités sont difficilement produits. De ce qui précède, l'appropriation des outils de planification, et de suivi-évaluation par les différents niveaux de la pyramide sanitaire, notamment le niveau opérationnel (Zone sanitaire) qui est le pilier du système de santé, laisse à désirer. Face à ce constat préoccupant, à plus d'un titre, nous nous posons les questions suivantes :

- comment se déroule le processus de planification au niveau des zones ?
- tous les acteurs sont-ils associés au processus?
- quel est le profil des équipes de planification?
- comment les activités des zones sanitaires sont-elles suivies et évaluées ?

- existe-t-il un tableau de bord consensuel pour le suivi-évaluation de la performance de la zone sanitaire?

Tous les problèmes généraux répertoriés dans le paragraphe 1 constituent des obstacles au bon développement des zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori. Leur résolution contribuera à l'amélioration de la performance desdites zones. Au regard du temps qui nous est imparti pour le stage, des préoccupations actuelles des structures du ministère de la santé et du caractère organisationnel et stratégique de la majorité des problèmes évoqués, le renforcement des outils de la planification peut contribuer largement à répondre à la question du développement des zones sanitaires. Les différentes raisons ainsi évoquées nous amènent à réfléchir sur les mécanismes de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la Direction départementale de la santé du Borgou et de l'Alibori.

En effet, il ressort de notre tableau de regroupement des problèmes spécifiques par centres d'intérêts trois problématiques à savoir :

- la problématique de la gestion satisfaisante des ressources humaines dans les zones sanitaires et à la DDS-B/A ;
- la problématique d'amélioration des mécanismes de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la DDS-B/A ;
- la problématique de renforcement de la capacité de financement des zones sanitaires.

### **I- Choix et justification de la problématique**

L'analyse des différentes problématiques obtenues de la synthèse des problèmes spécifiques par centres d'intérêts, nous montre qu'elles convergent toutes vers le renforcement et la performance du système de santé. Les trois problématiques sont aussi importantes les unes que les autres et mériteraient

toutes d'être étudiées. Cependant, ne pouvant pas les aborder toutes simultanément, nous avons dû opérer un choix.

La non maîtrise des outils de planification d'une part, et la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation d'autre part, nous amènent à choisir la problématique relative à l'amélioration des mécanismes de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la Direction départementale de la santé du Borgou et de l'Alibori.

En effet, la persistance des insuffisances au niveau des mécanismes de planification et de suivi des activités peut compromettre l'atteinte des objectifs et avoir des conséquences imprévisibles sur la qualité des résultats.

La bonne maîtrise des outils et des techniques de planification augure, par contre, des perspectives d'une meilleure prise de conscience et une amélioration certaine des mécanismes de planification et de suivi des activités.

Ce problème général regroupe deux problèmes spécifiques en l'occurrence :

**PS n°1** : la non maîtrise des outils de planification par les chefs de services de la DDS et certains membres des organes de gestion des zones sanitaires ;

**PS n°2** : la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation au sein des EEZS et par certains chefs de service de la DDS.

Nous aborderons à présent la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

## **II- Détermination de la vision globale de résolution de la problématique**

Malgré l'engagement de la plupart des autorités sanitaires du Bénin à œuvrer pour doter les acteurs (aussi bien des zones sanitaires que de la DDS) de compétences adéquates, en vue de jouer efficacement leur rôle aux côtés de la communauté, certains parmi ces derniers ne maîtrisent pas toujours, les outils et techniques de planification ni l'importance de la mission qui leur est assignée. Il en résulte la formulation de la thématique générique suivante à partir du problème spécifique n°1 : dysfonctionnement des organes de gestion et de certains services de la DDS dans la planification et l'exécution de leurs activités : causes et moyens d'action.

Pour mieux comprendre cette problématique, nous avons inventorié et analysé les diverses causes de la non maîtrise des outils par les organes de gestion et les diverses stratégies mises en place pour leur permettre d'organiser et d'exécuter efficacement leurs activités.

Pour des raisons de profil et de rareté de formations et de recyclages, certains se préoccupent essentiellement des seconds rôles et s'investissent très peu. La plupart se sentent donc moins impliqués dans l'exécution des activités.

Pour susciter un intérêt des acteurs en ce qui concerne le suivi-évaluation, nous avons formulé à partir du problème spécifique n°2 ce qui suit : élaboration et suivi des indicateurs, gage d'un suivi - évaluation rigoureux des activités de santé. Cette thématique générique nous a permis de justifier l'importance de l'outil de planification que constitue le tableau de bord dans le suivi des activités de chaque structure sanitaire.

Au total, trois centres d'intérêts sont identifiés dans le cadre de ce travail. La résolution de la problématique spécifiée contribuera à la résolution des autres.

En effet, l'amélioration des mécanismes de planification et de suivi des activités contribuera à répondre à la question liée à la gestion des ressources humaines et, dans une certaine mesure, à celle relative au financement du secteur de la santé dans les zones sanitaires.

Ce travail nous a permis de faire des suggestions concrètes pour une efficacité plus accrue dans la mise en œuvre des méthodes et techniques de planification au niveau de la DDS et des zones sanitaires.

## **SECTION 3 : CADRE THEORIQUE DE BASE**

Les objectifs, hypothèses et revue de littérature de notre étude seront successivement abordés dans cette section.

### **PARAGRAPHE 1 : Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude**

#### **I-Objectifs et formulation des hypothèses**

##### **A- ) Objectifs**

L'objectif général de l'étude est de contribuer au renforcement de la planification et du suivi des activités des formations sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori.

De façon spécifique, l'étude vise à :

1. envisager les conditions adéquates favorables à la maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et par les chefs de services de la DDS-B/A.

2. suggérer des mesures de renforcement du système de suivi-évaluation des programmes.

### **B- ) Hypothèses**

Elles sont au nombre de deux (02) et se formulent comme suit :

1. la non maîtrise des outils de planification par les chefs de services de la DDS et par certains membres des organes de gestion des zones sanitaires s'explique par l'absence de recyclages et de formations continues ;
2. l'inexistence d'un tableau de bord d'indicateurs pour le suivi-évaluation de la performance des zones sanitaires explique la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation au sein des EEZS et par certains chefs de services de la DDS.

## **II- Tableau de bord de l'étude**

Le tableau n°2, présenté à la page suivante, résume la logique de l'étude.

**Tableau n°02: Tableau de bord de l'étude**

Niveaux d'analyse	Problématiques	Objectifs	Causes	Hypothèses
Niveau général	Insuffisance des mécanismes de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la DDS	contribuer au renforcement de la planification et du suivi des activités des formations sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori	-	-
Niveaux spécifiques	1 non maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et par certains chefs de services de la DDS.	envisager les conditions adéquates favorables à la maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et par certains chefs de services de la DDS.	l'absence de recyclages et de formations continues	la non- maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et par certains chefs de services de la DDS s'explique par l'absence de recyclages et de formations continues.
	2 La mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation au sein des EEZS et par certains chefs de services de la DDS.	Suggérer les mesures du renforcement du système de suivi-évaluation des programmes	L'inexistence d'un tableau de bord d'indicateurs pour le suivi-évaluation de la performance des zones	L'inexistence d'un tableau de bord d'indicateurs pour le suivi-évaluation de la performance des zones sanitaires explique la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation au sein des EEZS et par certains chefs de service de le DDS.

**Source** : Réalisé sur la base des observations de stage

## **PARAGRAPHE 2 : Revue de littérature**

Elle se rapporte aux concepts de base et travaux antérieurs réalisés par d'autres chercheurs dans le domaine.

### **I- Concepts de base**

Nous examinerons successivement certaines notions de base ayant directement rapport avec le thème de notre travail. Il s'agit de : planification, suivi, évaluation et performance.

#### **A –) Planification et suivi**

##### **1- Planification**

Le concept de planification est vaste, diversifié et ne peut être vu sous un seul angle, mais de façon pluridisciplinaire.

Selon **WATRSTON A. (1978)**, la planification «est un effort organisé, conscient et continu, dont le but est de choisir les moyens les meilleurs pour atteindre les objectifs soigneusement précisés.»

Selon **WILDAVSKY A. (2002)** il faut comprendre par planification « Un moyen de contrôle du futur par des actions dans le présent : plus on contrôle le futur, plus on peut dire avoir planifié effectivement.»

Par ailleurs, **Schaefer M. (1990)** ajoute que la planification est un « processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer les buts réalistes et atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources nécessaires pour les atteindre et à projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'interventions possibles pour résoudre le problème.»

De ces définitions de la planification, on retrouve les caractéristiques suivantes :

- la planification est un choix ;
- la planification est un processus continu et dynamique ;
- la planification est multidisciplinaire ;
- la planification vise l'action pour influencer le futur.

En regroupant ces différentes caractéristiques, nous proposons la définition opératoire suivante : la planification est un processus continu et dynamique, multidisciplinaire qui permet de décider des stratégies à mettre en œuvre pour changer une situation problématique.

## **2-Suivi**

**GUIJT**(1988) écrit qu' « un système de suivi est un processus continu et systématique qui mesure le progrès et les changements apportés par l'exécution d'un ensemble d'activités, au cours d'une période et sur la base d'indicateurs déterminés d'avance.»

Selon un rapport du FIDA (2002), « le suivi est la collecte régulière d'informations dans le but de faciliter, en temps utile, la prise de décisions, d'assurer la transparence et de servir de base à l'évaluation et à la capitalisation de l'expérience ». Plus loin, le même rapport précise que « le suivi est la collecte méthodique de données afin de fournir aux responsables et aux acteurs, à la base d'un projet en cours de mise en œuvre, des indications sur l'état d'avancement et la progression vers les objectifs retenus».

De ces définitions, nous pouvons retenir que le suivi est une analyse régulière du déroulement des activités d'un projet dont le but est de mesurer l'atteinte des résultats et d'améliorer le fonctionnement du projet.

## **B-) Evaluation et performance**

### **1- Evaluation**

Diverses définitions du terme « évaluation » ont été proposées, dont voici quelques-unes.

Selon le module de formation à la chaîne de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi (PPBS) au Bénin (MCPD, 2004), « l'évaluation est la mesure du degré d'atteinte de l'objectif d'un projet et de ses composantes. Elle comporte des analyses sur les écarts entre les réalisations et les prévisions, sur l'efficacité des moyens mis en œuvre et sur les effets du projet ». C'est également « un processus qui vise à déterminer aussi systématiquement et objectivement que possible la pertinence, l'efficacité et l'effet d'une activité par rapport à ses objectifs ».

De ces deux définitions nous pouvons retenir que l'évaluation est une activité interne et/ou externe périodique qui permet d'analyser en profondeur la conception, la mise en œuvre et les résultats obtenus d'un projet et de donner des orientations stratégiques.

### **2- Performance**

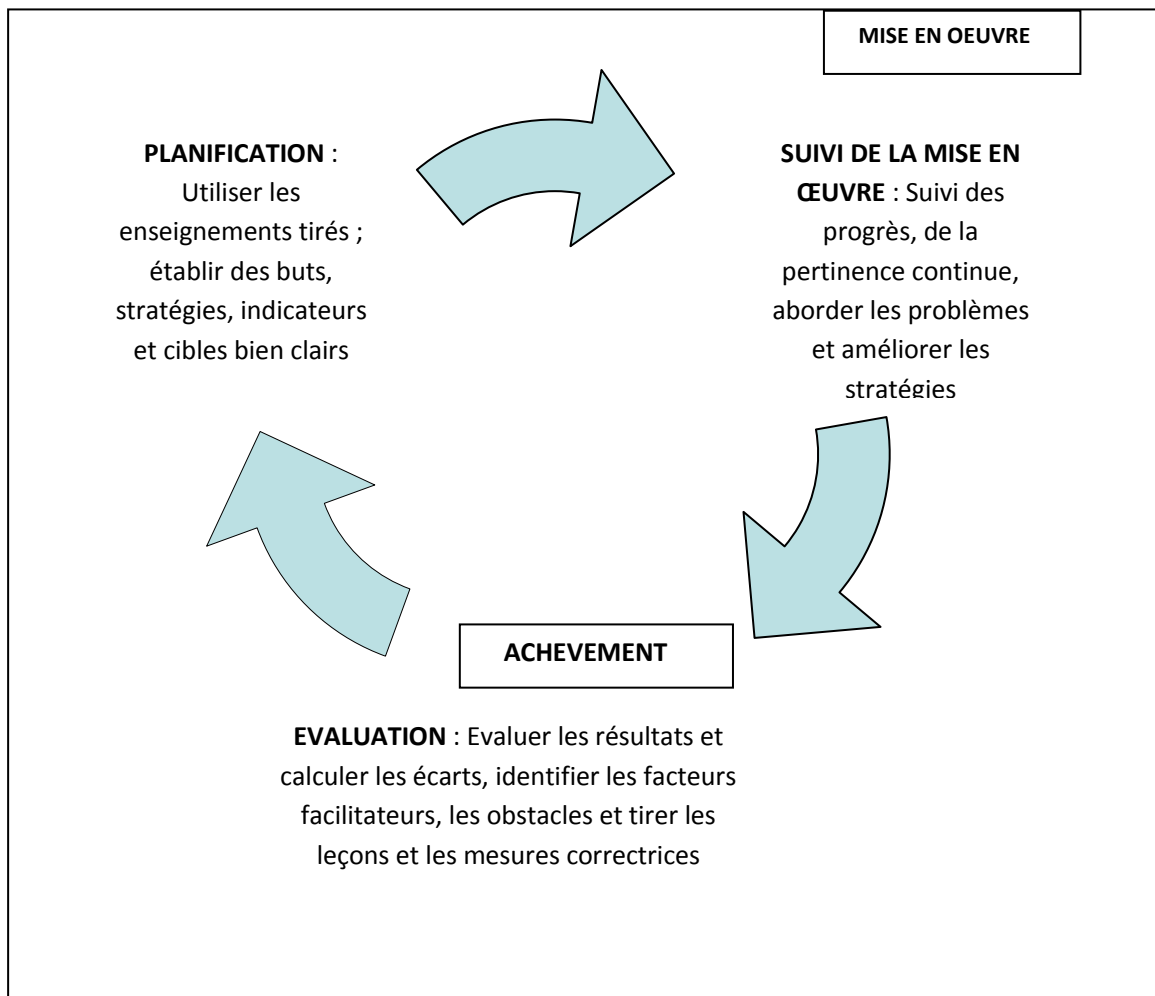
Selon le guide d'élaboration du budget programme au Bénin (MECAG, 2001), « la performance est le degré d'atteinte des cibles d'une organisation » ; elle peut être « le progrès réalisé ou la valeur ajoutée par rapport à un état initial. » ou la « juxtaposition de l'efficience et de l'efficacité d'une organisation ou d'un programme ».

## **II- Résultats d'autres travaux par rapport au thème**

Le rapport du FIDA (2002) et d'autres ouvrages consultés insistent sur la nécessité de lier le suivi-évaluation à la planification. En effet, le suivi et l'évaluation des activités d'un projet ou d'une intervention en général sont essentiels pour juger de la progression réalisée en direction des objectifs et des

résultats. Le suivi et l'évaluation constituent deux techniques qui permettent d'identifier les points forts et les points faibles et de prendre de bonnes et opportunes décisions en vue de la reformulation des stratégies pour améliorer la performance du projet ou de l'intervention. Cette liaison est schématisée comme suit :

**Figure 2: Liaison entre la planification, le suivi et l'évaluation**



**Source :** Document de planification stratégique DPP/MS

La performance du projet ou de l'organisation évoquée plus haut est mesurée au moyen des indicateurs.

Un **indicateur** est une variable simple ou complexe, quantitative ou qualitative dont le suivi et/ou la comparaison dans le temps (ou dans l'espace) permet d'apprécier ou de mesurer des changements.

Etant associés aux différentes phases du cycle de gestion, les indicateurs peuvent être utilisés à des fins multiples. Les plus importantes demeurent toutefois la mesure et le suivi des résultats, ainsi que l'appréciation de la performance dans le contexte de la reformulation des plans.

En conclusion, nous retenons que la mesure de l'indicateur permet d'illustrer le résultat obtenu à intervalles réguliers. L'indicateur mesure d'une manière générale l'évolution, et en particulier, la performance d'un projet ou d'une organisation.

Dans le secteur de la santé, l'exercice de planification n'a véritablement commencé qu'en 1997 avec l'élaboration du premier document de politique et stratégies de développement du secteur santé qui est arrivé à expiration en 2001. Une nouvelle politique a été définie pour orienter les actions de 2002 à 2006 et ainsi de suite jusqu'à nos jours. L'évolution du processus de planification s'est accompagnée du développement d'un ensemble d'outils essentiels que sont : le Plan Triennal de Développement (PTD), les Budgets-Programmes (BP), etc. qui ne décrivent que les principes généraux. Peu d'auteurs ont consacré leurs écrits à l'exercice réel (la pratique) de cette étape du processus. En somme, des mécanismes de suivi et d'évaluation développés et liés aux activités des zones sanitaires sont presque inexistantes. Au vu de tout ce qui précède, on peut conclure que la complexité de la planification dépend non seulement de son objet, des ressources requises, mais aussi et surtout de son domaine d'intervention en termes de dimension spatiale, temporelle et du caractère des variables qui interviennent. Le cas du secteur de la santé en est un exemple palpable qui pose quelques difficultés surtout dans la définition des indicateurs de suivi et d'évaluation, notamment dans les zones sanitaires qui font l'objet de la présente étude.

**CHAPITRE DEUXIEME**  
**DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE AUX**  
**CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES**  
**SOLUTIONS ET SUGGESTIONS**

Après la présentation de la problématique et des objectifs de l'étude dans le chapitre premier, ce chapitre deuxième sera consacré, dans une première section à la méthodologie de l'étude ; dans une deuxième section, à la présentation et à l'analyse des résultats d'enquête et enfin, dans une troisième section, aux approches de solutions, aux conditions de mise en œuvre et aux suggestions.

## **SECTION 1 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

Dans cette section, nous présenterons l'approche théorique qui convient à la résolution de chacun des problèmes spécifiques. Ensuite, nous procéderons au choix de la dimension empirique de notre travail.

### **PARAGRAPHE 1 : Approche théorique**

Les normes et repères d'amélioration retenus ainsi que les outils d'analyse des données collectées serviront à meubler ce paragraphe.

#### **I- Présentation des normes et repères de résolution**

Nous présenterons pour chaque problème spécifique les normes et repères retenus pour sa résolution. Il s'agit de faire ressortir, à cette étape de notre étude, les aspects visibles qui montreront qu'il y a amélioration du problème en résolution.

##### **A- Le problème de la non maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et les chefs de services de la DDS-B/A**

Nous dirons que ce problème connaîtra une amélioration notable lorsqu'il sera organisé périodiquement des recyclages au profit des acteurs concernés.

##### **B- Le problème lié à la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation des programmes**

Ce problème sera considéré comme résolu lorsqu'il sera prévu et réalisé un tableau de bord des indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la performance des zones sanitaires.

## **II- Outils d'analyse des données collectées**

Nous présenterons les seuils de décision qui nous permettent de vérifier chacune des hypothèses formulées dans le tableau de bord de notre étude. Ces seuils de décision concernent donc essentiellement les données d'ordre spécifique recueillies au cours de notre enquête.

### **A- Seuils de décision liés à la vérification de l'hypothèse n°1**

La cause réelle se trouvant à la base du problème de la «non maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et les chefs de services de la DDS-B/A » sera identifiée, lors de notre enquête, par la réponse que donneraient au moins 52% des personnes interrogées.

### **B- Seuils de décision liés à la vérification de l'hypothèse n°2**

L'hypothèse n°2 sera vérifiée si au moins 70% des personnes interrogées énoncent la même cause à la base du problème lié à la « mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation des programmes ».

## **PARAGRAPHE 2 : Dimension empirique**

Il s'agit pour nous de présenter les méthodes que nous avons adoptées pour réaliser notre enquête et les outils utilisés pour en exposer les résultats.

### **I- Objectifs et nature de l'enquête, identification de la cible**

Nous identifierons d'une part, les objectifs de notre enquête puis, d'autre part, sa nature et la cible que nous comptons viser.

#### **A- Objectifs de l'enquête**

Notre enquête a pour objectif général de déceler les causes réelles se trouvant à la base des problèmes spécifiques de la problématique en résolution, et par conséquent de vérifier les hypothèses émises.

Ainsi, de façon spécifique, nous aurons à vérifier si :

- la non maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et les chefs de services de la DDS s'explique par l'absence des recyclages ;

- l'inexistence d'un tableau de bord d'indicateurs pour le suivi et la performance des zones justifie la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation des programmes.

## **B- Nature de l'enquête et identification de la cible**

Nos recherches ont été faites à partir d'un questionnaire comportant des questions ouvertes et fermées conçues sur la base des problèmes spécifiques en résolution. Le questionnaire, présenté (annexe 1), a été soumis à tous les chefs de services et quelques chefs de divisions de la DDS-B/A ainsi qu'à d'autres agents du secteur, membres du Comité de Santé et de l'EEZS, puis à quelques partenaires au développement intervenant dans le Département.

## **II- Echantillonnage et outils de présentation des données**

Tous les agents intervenant dans le processus de planification et de suivi intéressent notre enquête. Mais ne pouvant questionner de façon exhaustive tous ces acteurs, nous avons opté pour un sondage. Nous avons donc effectué notre enquête sur un échantillon de cette population mère de 156 individus. Cet échantillon est composé de soixante quinze (75) personnes réparties comme le présente le tableau n°3.

**Tableau n° 03 : Echantillonnage par niveau**

<b>Niveau</b>	<b>Unité statistique</b>	<b>Mode d'échantillonnage</b>	<b>Taille</b>	<b>Total</b>
DDS	- Chefs de service	Exhaustif	10	25
	- Chefs de division	-	15	
Zones sanitaires	- Membres EEZS	Choix raisonné	30	45
	- Membres C/Santé	-	15	
Autres	- ONG	Choix raisonné	02	05
	- PTF	-	03	
<b>Total</b>			-	<b>75</b>

**Source :** Résultats des enquêtes de terrain

La réalisation de l'enquête s'est déroulée en trois phases à savoir :

- la phase de préparation ;
- la phase de collecte des données ;
- la phase de traitement et d'analyse des données.

#### A-Phase préparatoire

Elle est composée des trois étapes ci-après :

##### Etape 1 : Ciblage des unités statistiques

Sur la base des données primaires recueillies, nous avons ciblé les unités statistiques dont le questionnement a aidé à bien cerner les problèmes liés aux mécanismes de la planification et au suivi des activités des zones sanitaires et de la DDS. Ainsi, les unités statistiques cibles se présentent regroupées comme le précise le tableau n°3 précédent.

##### Etape 2 : Champ de l'étude et échantillonnage

L'étude couvre toutes les sept (07) zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori ainsi que la DDS. Mais, en raison du temps imparti et des moyens limités pour la réalisation du mémoire, le choix d'un échantillonnage raisonné a été fait. C'est ainsi que nous avons accordé priorité aux membres des organes de gestion se trouvant dans les communes abritant le bureau de zone dans le choix des individus de cette catégorie. Tous les chefs de services et chefs de division de la DDS ont été également interrogés. Quant aux personnes ressources externes à la DDS, nous avons également procédé par choix raisonné ; soit au total un échantillon dont l'effectif s'élève à soixante quinze (75) personnes. Sur les points qui nous intéressent cet échantillon est représentatif car il nous permet de collecter des informations globalement conformes à celles qui seraient obtenues notamment en interrogeant l'ensemble des membres des organes de gestion.

##### Etape 3 : Choix des techniques et outils de collecte des données

L'outil de collecte pour recueillir des informations suffisantes afin de tester les hypothèses formulées est le questionnaire. Le questionnaire élaboré permet d'apprécier le processus de planification, le profil des membres des organes de gestion et les recyclages reçus puis l'évaluation du mécanisme de suivi-évaluation de la performance des zones sanitaires.

La technique utilisée pour la collecte des informations est l'administration directe du questionnaire aux membres des organes de gestion des structures sanitaires et aux personnes ressources.

## **B-Phase de collecte et de traitement des données**

### **1- Collecte des données**

Au cours de cette phase, le questionnaire élaboré a été administré aux différentes unités statistiques.

### **2-Traitement des données et outils d'analyse**

Les logiciels Epi-Info et Excel sont utilisés pour le traitement des données issues des enquêtes. Les données qualitatives collectées lors des discussions ont été rassemblées et analysées afin d'en déduire les résultats. En ce qui concerne les données quantitatives, elles sont présentées sous forme de tableaux, et quelques tests statistiques ont permis de mieux apprécier l'importance de certaines variables et de vérifier les hypothèses émises.

### **3-Limites des données collectées**

La collecte des données n'a pas été faite sans difficultés. La première difficulté est liée à la mobilité des acteurs échantillonnés, ce qui n'a pas permis de les rencontrer tous dans la même période. La deuxième est relative à la courte durée de notre stage, aux contraintes matérielles et financières qui n'ont pas permis de questionner tous les acteurs, surtout les ONG intervenants dans le secteur santé et les structures privées. Toute chose qui aurait permis d'avoir des données plus exhaustives.

Toutefois, les données recueillies ont fait l'objet de vérification pour s'assurer de leur validité et de leur cohérence avant qu'elles ne soient synthétisées sous forme de tableaux.

## **C- Recherche documentaire et entretiens exploratoires**

### **1-La recherche documentaire**

Elle s'est faite dans le Centre de documentation du Ministère de la Santé, de la Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori, et à la bibliothèque de l'ENAM ; ce qui a permis d'avoir une idée générale de l'existant sur l'approche de planification dans les zones sanitaires.

## **2-Des entretiens exploratoires**

Les entretiens exploratoires se sont déroulés avec des personnes ressources du Ministère de la Santé, des consultants ayant réalisé des études dans le secteur de la santé, des Médecins coordonnateurs de zones sanitaires, des Chefs de services de la DDS-B/A et certains représentants des Partenaires Techniques et Financiers. Ces entretiens exploratoires ont permis de mieux comprendre le fonctionnement du système et les problèmes qui en découlent.

## **SECTION 2 : PRESENTATION DES RESULTATS D'ENQUETE ET VERIFICATION DES HYPOTHESES**

Dans un premier paragraphe, les résultats issus des enquêtes de terrain seront présentés par problème spécifique, ensuite, dans un deuxième paragraphe, il sera question de la vérification des hypothèses ; ce qui nous conduira logiquement à l'établissement du diagnostic de l'étude.

### **PARAGRAPHE1 : Présentation des résultats**

#### **I –Résultats relatifs au premier problème spécifique**

La présentation des résultats relatifs au premier problème spécifique se fera selon les points suivants:

- la démarche de planification ;
- l'analyse de la participation (les équipes de planification par niveau et leur profil) ;
- les outils de planification ;
- les formations et recyclages reçus par les chargés de la planification au niveau des zones sanitaires.

##### **A) La démarche de planification**

L'analyse de la démarche de la planification dans les zones sanitaires a consisté à répondre à la question de savoir si le processus de planification est ascendant (des centres de santé vers la zone) ou non. Les résultats issus de l'enquête sont consignés dans le tableau n°04 ci-dessous :

**Tableau n° 04 : Démarche de planification**

<b>Modalités</b>	<b>Effectif</b>	<b>Taux (en %)</b>
Processus ascendant	20	27
Processus non ascendant	55	73
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

*Source : Résultats des enquêtes de terrain*

L'analyse des résultats de ce tableau révèle qu'au niveau des zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori, le processus de planification n'est pas entièrement ascendant. En effet, au niveau des membres des EEZS, des comités de santé, des chefs de division et des chefs de services de la DDS et des autres catégories, 73% des personnes interrogées l'ont notifié lors de notre enquête. Ainsi, d'après les déclarations des différents acteurs, dès la réception de la lettre d'orientation pour l'élaboration du budget du secteur de la santé, certains centres de santé appuyés par une équipe de la zone élaborent leur plan d'action budgétisé. A l'issue de cet exercice, la coordination de la zone fait la synthèse des différents plans des centres de santé et l'intègre au plan de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) pour obtenir le plan de la zone sanitaire. Par contre, dans certaines zones, les chefs de postes des centres de santé envoient seulement les besoins classiques que la coordination utilise pour élaborer le plan d'action budgétisé de la zone.

### **B-Analyse de la participation**

La planification est un processus participatif qui doit impliquer tous les acteurs du système de santé. Les résultats de nos enquêtes sur la participation révèlent que les acteurs qui devraient prendre part au processus de planification, tel que préconisé dans le manuel de planification ascendante intégrée du Ministère de la Santé, ne respectent pas cela. En effet, d'après le tableau n°05 suivant, le niveau d'implication se présente comme suit :

**Tableau n° 05 : Implication au processus de planification**

<b>Modalités</b>	<b>Effectif</b>	<b>Taux (en %)</b>
Se sentent impliqués	15	20
Ne se sentent pas impliqués	60	80
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

***Source** : Résultats des enquêtes de terrain*

Dans une grande part, bon nombre de personnes interrogées ne se sentent pas impliquées et estiment que tous les acteurs du niveau périphérique ne le sont pas non plus.

### **C -Equipe de planification par niveau**

Au vu de ce qui précède, nous remarquons qu'il n'existe pas une équipe type pour animer le processus de planification par niveau. Des informations recueillies dans les centres de santé, nous notons que les responsables envoient leurs besoins à la zone qui se charge de faire la compilation pour sortir le plan de la zone. Le tableau n°06 indique les acteurs et leur fonction dans la chaîne de planification.

**Tableau n° 06 : Equipe de planification par niveau**

<b>NIVEAU : Centre de santé</b>		
<b>N°</b>	<b>MEMBRE DE L'EQUIPE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
1	Infirmier chef-poste	Collecte des besoins de routine et transmission au médecin de la commune  s'il y en a au poste, sinon à la zone.
2	Sage femme responsable de la maternité	
3	Médecin-chef de la commune	
<b>NIVEAU : ZONE</b>		
1	Médecin - coordonnateur de zone	Equipe de compilation des données des besoins de la zone
2	Chargé de l'administration et des ressources de la zone	
3	Directeur de l'hôpital de zone	
4	Médecin chef de commune de la zone	
8	Responsable des statistiques de la zone	

**Source** : Résultats des enquêtes de terrain

Même si dans les zones sanitaires appuyées par les partenaires, le processus implique plusieurs acteurs et des équipes plus structurées, le travail qui y est fait reste partiel et ne constitue qu'une infime partie du processus de planification.

En d'autres termes, l'implication des communautés au processus de planification dans les zones sanitaires n'est pas effective. Les informations qui devraient remonter vers les communautés s'en trouvent ainsi bloquées, alors que le processus de planification devrait servir d'interface entre les communautés et les centres de santé.

**D-Les recyclages reçus par les chargés de la planification**

La collecte des informations relatives aux recyclages en planification, au cours des deux dernières années, révèle qu'en dehors de certaines zones sanitaires, les autres n'ont pas bénéficié de formation aux outils de planification comme en témoignent les données du tableau n°07.

**Tableau n° 07 : Répartition des acteurs ayant participé à un recyclage aux outils de planification**

<b>Modalités</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Taux (en %)</b>
Agents ayant participé à des recyclages en outils de planification	25	33
Agents n'ayant bénéficié d'aucun recyclage	40	54
Indifférents	10	13
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats des enquêtes de terrain

Au regard des données de ce tableau, seulement 33% des acteurs reconnaissent avoir bénéficié de recyclage. 13% de l'effectif restent indifférents par rapport à la question. Par contre 54% estiment n'avoir jamais reçu de formation et expriment un besoin de recyclage.

**II – Résultats relatifs au problème spécifique numéro 2**

Les résultats relatifs à la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation dans les zones sanitaires seront présentés en deux points à savoir :

- Le mécanisme de suivi ;
- Le mécanisme d'évaluation.

**A-Mécanisme de suivi**

A la question de savoir quel est le mécanisme mis en place au niveau des zones sanitaires pour le suivi des activités, les réponses des différents acteurs sont celles consignées dans le tableau n°08.

Dans ce tableau on constate que plus de la moitié de l'effectif des chefs de service et chefs de division de la DDS soutiennent que les supervisions constituent l'outil de suivi le plus utilisé. Quant aux zones sanitaires la majorité soutiennent que c'est le monitoring, viennent ensuite les réunions de l'EEZS et du Comité de santé.

Considérant la taille de notre échantillon, nous pouvons déduire les taux figurant dans le tableau présenté à cet effet. De ces résultats, il découle que les principaux acteurs du niveau périphérique, à savoir les membres des EEZS et du comité de santé, ainsi que les chefs de services et chefs de divisions de la DDS estiment à 44% que le principal outil de suivi des activités au niveau des zones sanitaires est la supervision, ensuite le monitoring, soit avec un taux de 43%.

**Tableau n°08 : Répartition des acteurs selon le mode de suivi**

<b>Outils de suivi</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Taux (en %)</b>
SNIGS	03	04
Monitoring	32	43
Supervision	33	44
Réunions EEZS/CS	07	09
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats des enquêtes de terrain

### **B-Mécanisme d'évaluation**

Des résultats de notre étude, il ressort que depuis l'installation des zones sanitaires, des évaluations ont été réalisées. Il s'agit des évaluations externes réalisées par des équipes en provenance du niveau central. Les équipes d'encadrement de zone n'ont mis en place aucun mécanisme pour évaluer les activités menées. L'analyse des outils et des critères utilisés par les évaluateurs montrent que l'évaluation porte surtout sur le fonctionnement des zones sanitaires. De plus, les critères définis ne font pas l'unanimité de tous les acteurs comme c'est le cas dans le tableau n°09 ci-après.

**Tableau n° 09 : Appréciation des critères d'évaluation du MS**

<b>Critères d'évaluation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Taux (en %)</b>
Pertinent	15	20
Non pertinent	55	73
Arbitraire	05	07
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats des enquêtes de terrain

Comme l'indiquent les résultats sur l'appréciation des critères utilisés pour l'évaluation des zones sanitaires, les différents acteurs dans une proportion de 73% trouvent lesdits critères non pertinents. En effet, les aspects tels que la mesure des résultats obtenus, la satisfaction des bénéficiaires, la capacité d'autofinancement des formations sanitaires, l'évaluation de la performance globale de la zone ne sont pas pris en compte. Les critères utilisés sont l'existence des organes, les activités des formations sanitaires, la gestion locale des ressources, les références et contre références.

L'analyse des différents plans d'action des zones sanitaires objet de l'étude, nous a permis également de constater qu'aucun mécanisme pour leur évaluation post-anté n'est prévu. Cependant, il est à signaler que certains partenaires ont mis en place dans leurs zones des mécanismes d'évaluation systématique de leur intervention. Comme nous l'avons signalé plus haut l'évaluation permet de mesurer les progrès réalisés, la performance d'une organisation et doit être systématique. Aussi, une évaluation ne peut-elle être pertinente que si ses indicateurs et critères par rapport auxquels elle est faite sont bien définis.

Au niveau national, les concertations avec les différents PTF ont permis de retenir des indicateurs pour l'évaluation de la performance du système santé à partir des programmes mis en œuvre. De ce fait, cette approche ne permet pas de situer les responsabilités dans l'atteinte des objectifs. Pour le niveau opérationnel, il importe alors de faire des propositions plus réalistes en la matière en proposant des indicateurs certains qui doivent contribuer à l'atteinte des objectifs globaux.

## **PARAGRAPHE 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic**

Ce paragraphe sera consacré, non seulement à la vérification des hypothèses, mais également à l'établissement du diagnostic.

### **I - Vérification des hypothèses**

Les hypothèses de notre étude seront vérifiées à partir des résultats que nous avons obtenus à l'issue de notre enquête et des seuils de décision fixés.

#### **A-Degré de vérification de l'hypothèse N° 1**

Selon le seuil de décision choisi, la cause identifiée par 52% des personnes enquêtées sera retenue comme cause réelle se trouvant à la base du problème spécifique n°1. Or, plus de 52% des personnes interrogées, ont identifié la cause de l'absence de formation continue comme étant à la base du problème spécifique n°1. C'est cette même cause que nous avons supposée être à la base du problème de non maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires. L'hypothèse n°1 est donc entièrement vérifiée.

#### **B-Degré de vérification de l'hypothèse N° 2**

Les résultats de l'enquête montrent qu'au moins 70% des personnes enquêtées ont identifié la même cause que celle que nous avons supposée être à la base du problème spécifique n°2 comme étant la cause réelle à la base de ce problème. Ces résultats viennent donc confirmer l'hypothèse n°2 selon laquelle l'inexistence d'un tableau de bord d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la performance des zones explique la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation. Nous en déduisons que l'hypothèse n°2 est totalement vérifiée.

Au vu de ce qui précède, il est nécessaire de procéder à l'établissement du diagnostic.

## **II – Etablissement du diagnostic**

L'établissement du diagnostic consistera pour nous d'affecter à chaque problème la cause réelle se trouvant à sa base. Ainsi, nous avons :

### **- Élément de diagnostic n°1**

La non maîtrise des outils de planification par les organes de gestion s'explique par l'absence de recyclages au profit des agents planificateurs.

### **- Élément de diagnostic n°2**

L'inexistence d'un tableau de bord d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la performance des zones explique la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation des programmes.

Il convient dès lors de proposer des approches de solutions objectives ainsi que les conditions de leur mise en œuvre afin de corriger, de façon progressive, les insuffisances relevées et renforcer les performances des mécanismes de planification, de suivi et d'évaluation en cours dans les zones sanitaires.

## **SECTION 3 : DES APPROCHES DE SOLUTIONS AUX CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE ET SUGGESTIONS**

Les approches de solutions sont des mesures d'éradication des problèmes en étude. Nous allons, dans cette section, en proposer quelques-unes pour la résolution des problèmes spécifiques et exposer les conditions de leur mise en œuvre.

### **PARAGRAPHE 1 : Approches de solutions**

Les enquêtes de terrain et la vérification des hypothèses ont permis d'établir le diagnostic des problèmes qui entravent le développement des zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori. Dans ce paragraphe, nous essayerons de proposer des approches de solutions pour leur résolution.

## **I - Par rapport à la non maîtrise des outils de planification**

Les résultats de notre enquête ont révélé que c'est parce qu'il n'y a pas de recyclages qu'on constate la non maîtrise des outils de planification, la faible implication des acteurs, la non pertinence des activités inscrites au PTA, le profil peu satisfaisant de l'équipe d'encadrement de zone etc.

### **A- Implication de tous les acteurs au processus de planification**

Pour que le processus de planification soit bien conduit et réussi, il doit être participatif. A cet effet, l'analyse de la participation au processus est une étape importante à laquelle une attention particulière doit être accordée.

Dans les zones sanitaires du Borgou et de l'Alibori, les acteurs tels que les chefs de postes, les comités de gestion des centres de santé et les élus locaux ne sont pas tous effectivement impliqués dans le processus ; ils sont, pour la plupart du temps, informés en aval du processus, alors que les décisions les plus importantes sont en amont.

Pour améliorer la participation de tous les acteurs dans la conduite du processus de planification, il est nécessaire de trouver des mesures incitatives pour les intéresser. A cet effet, ils pourront intervenir directement ou indirectement dans les activités et ainsi, contribuer à l'identification des problèmes, des stratégies à mettre en œuvre et à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre responsable des plans d'actions de leurs structures. Leur implication sera dès lors, plus perceptible sur toute la chaîne de planification.

Le travail à effectuer ici est constitué d'étapes composant, ce que nous pouvons appeler, une programmation participative sur toute la chaîne de planification des actions sanitaires à mener. C'est dans cette optique que nous proposons la matrice de planification ci-après :

**Tableau n° 11 : Cheminement de la programmation participative**

Actions	Acteurs impliqués	Tâches à mener
1. Identification des problèmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population</li> <li>• Elus locaux</li> <li>• Responsable des centres de santé</li> <li>• Equipe d'encadrement de la zone</li> </ul>	Collecte et échanges d'informations sur les besoins de santé à travers des réunions formelles ou ateliers assez larges
2. Définition des problèmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population</li> <li>• Elus locaux</li> <li>• Responsable des centres de santé</li> <li>• Equipe d'encadrement de la zone</li> </ul>	Réunions/ateliers restreints pour analyser les problèmes collectés en termes de problème central, causes et effets, bref hiérarchisation des problèmes (arbres des problèmes)
3. Elaboration des stratégies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elus locaux</li> <li>• Responsable des centres de santé</li> <li>• Equipe d'encadrement de la zone</li> <li>• Cadres DDS et MS</li> </ul>	Donner une orientation générale à la politique de santé dans les zones sur la base des problèmes identifiés sur une période de trois ans
4. Définition des objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elus locaux</li> <li>• Responsable des centres de santé</li> <li>• Equipe d'encadrement de la zone</li> <li>• Cadres DDS et MS</li> </ul>	Décliner la stratégie en des actions concrètes sur chaque année, dans l'espace avec les ressources
5. Définition des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable des centres de santé</li> <li>• Equipe d'encadrement de la zone</li> <li>• Cadres DDS et MS</li> </ul>	<p>- Faire une évaluation ex-ante des actions menées année par année et dans l'espace</p> <p>- Fixer les résultats attendus en termes d'indicateurs quantifiés pour une évaluation ex-ante</p>
6. Opérationnalisation des actions prévues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elus locaux</li> <li>• Responsable des centres de santé</li> <li>• Equipe d'encadrement de la zone</li> </ul>	- Exécuter les actions prévues en termes de consommation des ressources
7. Evaluation des actions menées à mi-parcours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elus locaux</li> <li>• Responsable des centres de santé</li> <li>• Equipe d'encadrement de la zone</li> <li>• Cadres DDS</li> </ul>	<p>- Contrôler l'avancement de l'exécution suivant le chronogramme arrêté</p> <p>- Produire les rapports à mi-parcours réguliers</p>
8. Evaluations définitives annuelles et triennales:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elus locaux</li> <li>• Responsable des centres de santé</li> <li>• Equipe d'encadrement de la zone</li> <li>• Cadres DDS</li> <li>• Cadres MS</li> </ul>	<p>- Comparer les résultats aux prévisions</p> <p>- Calculer les écarts entre résultats obtenus et indicateurs de départ</p> <p>- Analyser les écarts</p>
9. Identification des nouveaux problèmes	Même acteurs qu'à la phase 1	Démarrer de nouveau le processus de 1 à 8

*Source : DPP/MS*

## **B-Profil de l'équipe d'encadrement des zones sanitaires**

L'un des facteurs importants pour une gestion réussie d'un programme et/ou d'un projet est la qualité des ressources humaines mises à sa disposition. Il faut faire observer ici que le profil de l'équipe d'encadrement rencontrée sur le terrain ne permet pas d'assurer correctement certaines fonctions telles que le suivi, surtout l'évaluation des actions menées. Or, le suivi permanent et l'évaluation périodique permettent d'identifier, à temps, les goulots d'étranglement ; d'affiner les stratégies et d'améliorer la performance du système. Vu sous cet angle il est nécessaire de renforcer l'équipe d'encadrement afin que le système de suivi-évaluation des activités des zones sanitaires soit amélioré. Pour ce faire, le recrutement des statisticiens ou des planificateurs dans les organes de planification des zones sanitaires devrait constituer une priorité pour la DDS et pour les zones sanitaires.

Cette disposition devra permettre, à terme, de créer une cellule de suivi-évaluation pour le suivi de l'exécution des activités. A ce niveau l'utilisation d'un chronogramme des tâches est nécessaire. La réalisation d'un « diagramme de Gantt » serait bien illustrative.

## **C-Recyclage des agents chargés de la planification**

La formation continue des agents permettra d'accroître leur rendement. Eu égard au profil actuel de l'équipe d'encadrement, à l'insuffisance de formation aux outils de planification et à la mobilité du personnel, nous suggérons de développer et d'organiser des programmes de formation continue, notamment, en planification, en suivi-évaluation des activités. Cette formation devra prendre en compte tous les acteurs de la chaîne, en particulier les membres de l'équipe d'encadrement (les chefs de postes, les membres des organes de gestion des formations sanitaires, les chefs de services de la DDS).

## **D- Equipe de planification par niveau**

Pour que l'exercice de planification serve de phase d'échange entre les communautés et les agents de santé nous proposons la composition des équipes de planification suivantes par niveau :

***Equipe de planification au niveau des centres de santé :***

1. le chef d'arrondissement ;
2. l'infirmier chef de poste du centre de santé ;
3. la sage-femme responsable de la maternité ;
4. le médecin chef ou le représentant du Médecin coordonnateur de zone ;
5. deux représentantes des organisations féminines ;
6. deux représentants des jeunes ;
7. un représentant des ONG de santé intervenant dans l'arrondissement ;
8. un représentant des cabinets privés de soins ;
9. un représentant des PTF intervenant dans l'arrondissement ;
10. le président du COGECS et son secrétaire ;
11. un représentant des tradi-praticiens.

Le rôle de cette équipe est surtout d'analyser les besoins fondamentaux des populations en matière de soins de santé.

***Equipe de planification au niveau des zones :***

1. le Médecin coordonnateur de la zone sanitaire ;
2. le Directeur Départemental de la santé ou son représentant ;
3. les maires des communes de la zone sanitaire ;
4. l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire ;
5. deux représentants du comité de santé de la zone sanitaire ;
6. un représentant des PTF intervenant dans la zone ;
7. un représentant des cabinets privés de soins ;
8. les présidents des COGECS ;
9. un représentant des tradi-praticiens par commune ;
10. les responsables des centres de promotion sociale ;
11. le chef de la circonscription scolaire ;
12. le responsable du développement rural ;
13. trois représentants des cultes religieux.

Ils sont surtout chargés d'étudier les problèmes identifiés et d'y trouver des approches de solutions.

## **II - Par rapport à la mauvaise organisation des activités de suivi -évaluation.**

L'inexistence d'un tableau de bord des indicateurs de performance des programmes explique la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation des programmes. A cet effet, nos propositions de solutions sont les suivantes :

### **A- Elaboration d'un tableau de bord d'indicateurs par niveau**

Le suivi et l'évaluation sont des étapes importantes dans le processus de planification. A ce titre, tout système devrait, avant le démarrage de ses actions, prendre des dispositions pour leur conception et les intégrer au plan.

Au niveau des zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori, l'analyse des différents plans révèle qu'ils comportent un certain nombre d'insuffisances dont l'absence d'une description claire du mécanisme de leur suivi et de leur évaluation. De ce fait, les acteurs ne disposent pas d'indicateurs par niveau pour le suivi et l'évaluation des actions menées. Pour combler ce vide et permettre de suivre les progrès réalisés, d'identifier les facteurs qui bloquent et d'évaluer le processus, il importe de fixer des indicateurs de suivi et d'évaluation par niveau.

Comme nous l'avons signalé plus haut, les indicateurs sont des outils de gestion qui jouent un rôle très important dans la planification, le suivi et l'évaluation des activités. Par conséquent, leur sélection mérite qu'on y accorde une très grande attention. Les critères retenus pour la sélection des indicateurs sont entre autres la validité, la simplicité, l'utilité et la viabilité financière. Prenant en compte ces critères, la liste des indicateurs ci-dessous est proposée à titre d'exemple par niveau : enfants de 0 à 5 ans, femmes en âge de procréer, infirmiers/ sages femmes pour 500 habitant, populations situées à moins de 5 km des Formations sanitaires, nombre de stratégies avancées réalisées, tenue des réunions de COGECS/Comité de santé, supervisions, etc.

Les informations sur les indicateurs de centres de santé seront collectées mensuellement pour permettre à l'équipe d'encadrement d'identifier rapidement le retard dans la mise en œuvre des activités. Les monitorings semestriels serviront également au suivi et à l'évaluation de la performance desdits centres.

Quant au niveau zone, les réunions des EEZS, des comités de santé serviront de cadre de suivi des activités de la zone. En raison des contraintes de ressources, l'évaluation de la performance globale de la zone sera faite annuellement par les pairs entre zones sur la base des indicateurs préalablement définis, sans toutefois sous estimer les évaluations organisées par des missions externes.

### **B- Définition des critères d'évaluation : fixation des cibles**

La cible exprime le niveau, la hauteur du résultat attendu que l'on veut atteindre au terme de la période de référence ou une amélioration par rapport à une situation antérieure. Sa détermination dépend de plusieurs facteurs tant objectifs que subjectifs.

Pour une meilleure prévision des cibles, il est souhaitable que leur établissement soit basé :

1. sur des concertations avec les différents acteurs lorsque les données disponibles ne permettent pas d'utiliser des modèles précis ;
2. sur les variations enregistrées au cours des années antérieures à l'aide de modèles adaptés lorsque les données sont disponibles.

Cette précaution permet de ne pas fixer des cibles difficiles à atteindre et de mieux apprécier les écarts.

## **PARAGRAPHE 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et suggestions**

Ce paragraphe propose des stratégies de mise en œuvre des solutions et quelques suggestions.

### **I- Conditions de mise en œuvre des solutions**

#### **A- Pour une meilleure implication des populations**

La participation des populations est l'un des principes clés des soins de santé primaires. Les communautés à travers les organes de gestion des centres de santé mis en place doivent intervenir dans l'évaluation de la situation, dans le recensement des problèmes et dans la fixation des priorités. Ils doivent aussi concourir à la planification des actions de soins de santé primaires, puis

collaborer pleinement à leur exécution. Ainsi pour que cette participation soit effective, il faut que :

1. les populations soient davantage sensibilisées sur leur responsabilité dans le processus de développement des services de santé.
2. le système de motivation des organes de gestions des centres de santé soit revu. A cet effet, un arrêté ministériel pourra fixer les primes à leur allouer ;
3. les organes de gestions soient formés sur leurs rôles et aux outils de planification ;
4. le personnel de santé se sente membre de la communauté et que s'instaure un dialogue permanent afin d'harmoniser les points de vue et les activités à mener.

#### **B- Pour une bonne maîtrise de l'élaboration et du suivi des indicateurs**

L'élaboration et le suivi des indicateurs sont des phases importantes dans le processus de planification. Pour que ces phases soient bien exécutées et contribuer efficacement à la performance du système de santé il faut :

1. que les agents impliqués dans le processus de planification soient au même niveau d'information quant aux concepts d'indicateurs, de suivi, etc. En un mot, la formation des agents aux outils de planification doit être continue en raison des fréquentes mutations du personnel ;
2. créer une cellule de suivi-évaluation au niveau des zones sanitaires et la doter d'un personnel adéquat ;
3. renforcer le SNIGS pour la production des informations fiables pour le calcul des indicateurs ;
4. organiser un atelier pour valider les outils de suivi-évaluation qui sont proposés ;
5. une mise à disposition de ressources nécessaires pour le suivi-évaluation des activités ;
6. organiser des échanges en matière de planification, de suivi et d'évaluation entre zones.

## **II- Suggestions**

### **A- A l'endroit du Ministère de la Santé**

- a. accroître les ressources financières allouées aux zones sanitaires ;
- b. renforcer le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires ;
- c. harmoniser les outils de planification, de suivi et d'évaluation ;
- d. promouvoir l'auto-évaluation et l'utilisation de l'information pour l'action opérationnelle et la gestion stratégique ;
- e. songer à créer, dans la mesure du possible, un poste de DDS adjoint pour décharger un tant soit peu le titulaire du poste de DDS qui est tout le temps sollicité.

### **B-A l'endroit des PTF**

Les partenaires techniques et financiers ont également leur rôle à jouer dans la réussite des solutions proposées pour l'amélioration du système de planification et de suivi. Ainsi, ils peuvent soutenir et appuyer le processus de réforme en cours dans les zones sanitaires et cela conformément à leur cahier de charge ou programme d'intervention.

### **C-A l'endroit du DDS-B/A**

- a) veillez à l'implication effective des élus locaux dans les activités des zones sanitaires ;
- b) appuyer la formation des équipes d'encadrement et des membres des organes de gestion à la planification, au suivi et à l'évaluation ;
- c) Suivre le processus d'élaboration des plans des zones sanitaires ;
- d) Aider à la collecte et à la production de données pour le système d'informations ;
- e) Renforcer le mécanisme de coordination à tous les niveaux dans les deux départements.

### **D- A l'endroit des Médecins Coordonnateurs de zones sanitaires**

- a) impliquer les élus locaux dans le processus de planification, de suivi et d'évaluation des activités ;
- b) produire des informations sanitaires de bonne qualité ;
- c) utiliser les données sanitaires pour la planification et la prise de décisions.

## **CONCLUSION GENERALE**

La présente étude nous a permis d'analyser les mécanismes de planification, de suivi et d'évaluation des activités des zones sanitaires et de la Direction départementale de la santé du Borgou et de l'Alibori.

L'objectif visé est de contribuer surtout au développement des zones sanitaires. Il s'est agi de réfléchir sur comment renforcer le processus de planification, du suivi et de l'évaluation des activités des zones sanitaires et de la DDS-B/A afin de les rendre plus performantes. Pour mener à bien cette réflexion nous nous sommes posé une série de questions :

- comment se déroule le processus de planification au niveau des zones ?
- quel est le profil des équipes en charge ?
- tous les acteurs sont-ils associés au processus ?
- maîtrisent-ils les outils de planification ?
- existe-t-il un tableau de bord consensuel pour le suivi-évaluation de la performance des zones sanitaires ?

Ce sont là des questions objectives sur lesquelles les analyses ont été focalisées.

Pour apporter notre modeste contribution à ces préoccupations, des enquêtes ont été menées auprès des principaux acteurs notamment les membres de l'équipe d'encadrement de zones et ceux du comité de santé, les chefs de services de la DDS et des personnes ressources.

Les résultats de ces enquêtes ont révélé qu'en impliquant tous les acteurs au processus, on pourra améliorer le diagnostic et l'analyse des problèmes, puis mieux responsabiliser les populations.

Aussi, les mêmes résultats ont-ils révélé que plusieurs outils sont utilisés dans le secteur de la santé pour la planification ; d'où le recyclage des agents doit se poursuivre pour favoriser l'appropriation et la maîtrise de ces outils.

Par ailleurs, l'étude a révélé que le manque de tableau de bord d'indicateurs consensuels pour le suivi et l'évaluation de la performance des zones sanitaires ne facilite pas le suivi et la mesure des progrès réalisés. L'adoption et l'application des différents outils préconisés, de même que la mise en œuvre des propositions de solutions et suggestions contribueront, inévitablement, à renforcer la capacité des zones dans le domaine du suivi-évaluation et faciliter la prise des décisions. Ce sont là, quelques-uns des

résultats auxquels nous sommes parvenus pour le renforcement des mécanismes de planification, de suivi et d'évaluation des activités des zones sanitaires.

Cette étude n'a pas la prétention d'avoir abordé toutes les questions qui peuvent contribuer au développement des zones sanitaires. Cependant, elle a permis de comprendre les problèmes liés à la planification dans les zones sanitaires et à la Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori.

D'autres aspects tels que le financement des activités des zones et les mécanismes d'introduction ou de renforcement des approches « Gestion Axée sur les Résultats » (GAR) et « Financement Basé sur les Résultats » (FBR), constituent des pistes de recherche pour le développement et une meilleure gestion du système de santé au niveau des départements du Borgou et de l'Alibori.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **I-) OUVRAGES**

- ADJAHO R. (2002) : «*Décentralisation au Bénin en Afrique et ailleurs dans le monde*», Cotonou, BENIN.
- ROBERT, P. (1992) «Dictionnaire Le Petit Robert», nouvelle édition revue, corrigée et mise à jour.

### **II-) DOCUMENTS**

- DDZS (2006) : «Guide d'évaluation de la capacité fonctionnelle de la zone sanitaire», MS ;
- DNPEV (2004) : «Stratégies nationales en matières de supervision et de monitoring», MS ;
- DPP (2006) : «Manuel de procédures de planification ascendante intégrée», MS ;
- OMS (1978) : «Les soins de santé primaires » ;
- SEPS (2011) : « Annuaire des statistiques sanitaires 2010», DDS B/A.

### **III-) MEMOIRES**

- KOUSSEMOU, A. (2006) «Etude contributive à l'organisation de la fonction contrôle de gestion au CNHU - HKM », Mémoire, UAC, ENAM, AHUI, Cycle 2 ;
- MICHOZOUNON, E.D. GBODJEYDO, A.Z .M. (2005) «Contribution à l'amélioration de la gestion administrative et financière des zones sanitaires en République du Bénin», Mémoire, UAC, ENAM, AHUI, Cycle 2 ;
- SOSSOUKPE, S. (2011) «Contribution à une meilleure gestion administrative au CNHU - HKM », Mémoire, UAC, ENAM, AHUI, Cycle 2.

#### **IV-) COURS**

- AHOU Bernard. (2006) : «Module du cours en technique de planification approfondie», ENEAM ;
- GNANSOUNOU, S. (2010) « Méthodologie de réalisation du mémoire professionnel », mimographe, ENAM, AFT, Cycle 2 ;
- POFAGI, M. (2012) «Management moderne des organisations », support de cours, ENAM, MSP, Cycle 2.

#### **V-) LOIS ET TEXTES REGLEMENTAIRES**

- Loi N°86-013 du 26 février 1986 portant statut général des agents Permanents de l'Etat ;
- Loi N°90-032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin ;
- Loi N° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin ;
- Loi N°98-004 du 27 janvier 1998 portant code du travail en république du Bénin ;
- Décret n°2005-611 du 28 sept 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire au Bénin ;
- Décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- Arrêté n°2146/MSP/DC/SGM/SA du 21mars 2003 portant attribution, organisation et fonctionnement des Directions Départementales de la Santé.
- Arrêté n°10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 08 novembre 2005 portant attributions, organisation et fonctionnement des EEZS ;

## **ANNEXES**

**Annexe 1**

**QUESTIONNAIRE**

**EVALUATION DE L'IMPLICATION DES ORGANES DE GESTION AU PROCESSUS DE PLANIFICATION ET DU SUIVI-EVALUATION DES ACTIVITES DES ZONES SANITAIRES**

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire professionnel de fin de formation au cycle 2 de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), Option : Management, Filière : Management des Services Publics, nous effectuons notre stage à la Direction départementale de la Santé du Borgou/Alibori où nous réalisons une étude contributive sur l'amélioration des mécanismes de planification et de suivi des activités dans les zones sanitaires et à la DDS du Borgou et de l'Alibori.

Ce questionnaire que nous vous adressons a pour objectif de recueillir des données qui nous permettront de déceler les causes réelles se trouvant à la base des problèmes en étude et d'en proposer des approches de solutions.

La sincérité des informations communiquées est nécessaire pour identifier les véritables problèmes. Par conséquent, nous vous assurons du respect de toutes les exigences de confidentialité.

Nous vous remercions, par avance, de votre disponibilité et de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

-----  
Département : .....

Zone sanitaire /service : .....

Commune d'implantation:.....

Fonction : .....

1. Poste occupé: .....
2. Depuis quand occupez-vous ce poste :                                    / / / / / / / / / /
3. Formation de base : .....
4. Formations reçues depuis votre entre en fonction :

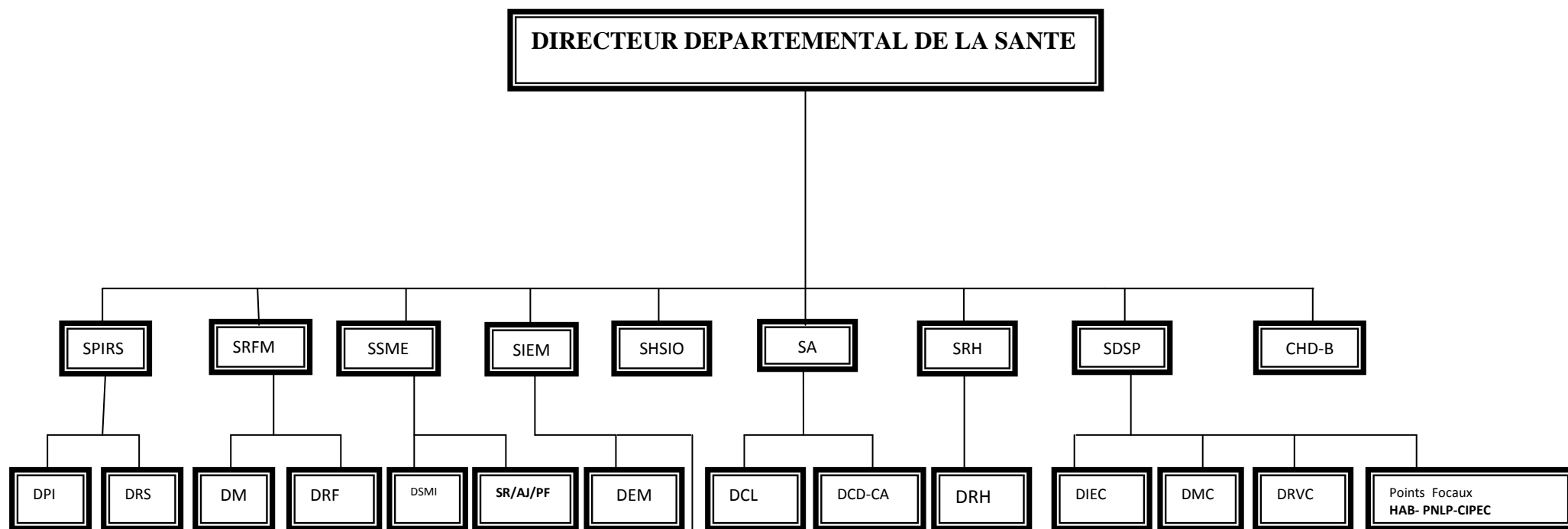
Numéro	Libellé de la formation	Durée	Lieu	Observations

5. Pensez-vous que l'absence de formations continues est-elle une cause de la non maîtrise des outils de planification par les acteurs ? 1.Oui 2.Non
6. Quelles sont les activités auxquelles vous participez?
- a) Sensibilisation de la population 1.Oui 2.Non
- b) Vote du budget 1.Oui 2.Non
- c) Planification 1.Oui 2.Non
- d) Suivi-évaluation des activités 1.Oui 2.Non
7. Votre zone/service dispose -t-elle (il) d'un plan d'action pour l'année 2012? 1. Oui 2.Non
8. Si Oui à7, avez-vous participé à son élaboration ? 1. Oui 2.Non
9. Etes vous associé au suivi des activités programmées ? 1. Oui 2.Non
10. Si oui, comment se fait le suivi ?
- Supervision : 1. Oui 2. Non
- Monitoring : 1. Oui 2.Non ;
- Autres : Précisez
11. Sinon, comment mesurez vous l'évolution de l'exécution des activités?
12. L'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des programmes est – elle facteur de la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation ? 1. Oui 2.Non
13. Les évaluations sont-elles systématiques et régulières au niveau de votre structure ?
- 1 Oui 2. Non
14. Si Oui, par qui ? 1. Auto évaluation 2. Externe
15. Selon le cas quels sont les critères d'évaluation?
16. Etes-vous satisfait de l'évaluation ? 1. Oui 2.Non
17. Si non, que proposez- vous pour une bonne évaluation des activités de votre zone ou service?

Merci pour votre aimable attention

# ORGANIGRAMME DE LA DDS

## Annexe 2



### Légendes

**SA** : Secrétariat Administratif  
**CHD/B** : Centre Hospitalier et Départemental du Borgou  
**SPIRS** : Service de la Planification de l'Informatique et de la Recherche en Santé  
**SRFM** : Service des Ressources Financières et du Matériel  
**SSME** : Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant  
**SIEM** : Service des Infrastructures de l'Équipement et de Maintenance  
**SHSIO** : Service des Hôpitaux et des Soins Infirmiers et Obstétricaux  
**SRH** : Service des Ressources Humaines  
**SDSP** : Service Départemental de la Santé Publique  
**HZ** : Hôpital de Zone  
**CS** : Centre de Santé  
**CDTS** : Centre Départemental de Transfusion Sanguine

### Légendes :

**DCL** : Division Classement  
**DCD-CA** : Division Courrier Départ et Courrier Arrivée  
**DSD** : Division de la Statistique et de la Documentation  
**DEP** : Division des Etudes et de la Planification  
**DM** : Division du Matériel  
**DRF** : Division des Ressources Financières  
**DSMI** : Division de la Santé maternelle et Infantile  
**SR/AJ/PF** : Santé de la Reproduction, Appui à la Jeunesse et du Planning Familial  
**DEM** : Division de l'Équipement et de Maintenance  
**DRH** : Division des Ressources Humaines  
**DIEC** : Division d'Information de l'Éducation et de la Communication  
**DMC** : Division de Maladies et de Catastrophes  
**HAB** : Hygiène et de l'Assainissement et de Base  
**DRVC** : Division de Recouvrements de Vaccination et de Coûts  
**PNLP** : Programme National de Lutte contre le Paludisme  
**CIPEC** : Centre d'Information  
**GS** : Garage de Santé  
**SI** : Section Informatique

## **TABLE DES MATIERES**

Identification du jury.....	i
Déclaration d’engagement.....	ii
Dédicace.....	iii
Remerciements.....	iv
Lite des sigles.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Glossaire de l’étude.....	ix
Sommaire.....	x
<b>Introduction générale</b> .....	<b>1</b>
<b>Chapitre premier</b> : Présentation du lieu de stage – Problématique – cadre théorique de base de l’étude .....	<b>4</b>
<b>Section 1</b> : Cadre institutionnel et physique de l’étude et observations de stage.....	<b>5</b>
Paragraphe 1 : Cadre institutionnel et physique de l’étude.....	5
I- Aperçu de la pyramide sanitaire au Bénin.....	5
II- Attributions et organisation de la DDS et présentation des zones Sanitaires.	7
A- Attribution et organisation de la DDS.....	7
1- Attributions de la DDS.....	7
2- Organisation de la DDS.....	8
B- Présentation du SPIRS et des zones sanitaires.....	10

1- Le SPIRS.....	10
2- La zone sanitaire.....	11
Paragraphe 2 : Observations de stage .....	13
I-    Le processus de planification et de suivi des activités dans les Zones sanitaires et à la DDS.....	14
A- Les étapes du processus de planification et description du mécanisme	14
B- Le suivi des activités inscrites au PTA.....	16
II-   Inventaires des constats des observations.....	16
A- Forces et opportunités.....	16
1- Forces.....	17
2- Opportunités.....	17
B- Faiblesses et menaces.....	18
1- Faiblesses .....	18
2- Menaces.....	19
<b>Section 2 : Ciblage de la problématique.....</b>	<b>20</b>
Paragraphe 1 : Inventaire et classification des problèmes.....	20
Paragraphe 2 : Spécification de la problématique.....	22
I - Choix et justification de la problématique.....	24
II - Détermination de la vision globale de résolution de la problématique .....	26
<b>Section 3 : Cadre théorique.....</b>	<b>27</b>
Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude.....	27
I – Objectifs de recherche et formulation des hypothèses.....	27
A – Objectifs de recherche.....	27
B – Hypothèses.....	27
II – Tableau de bord.....	29
Paragraphe 2 : Revue de littérature .....	30
I – Concepts de base.....	30
A – Planification et suivi.....	30

1- Planification.....	30
2- Suivi.....	31
B – Evaluation et performance.....	32
1- Evaluation.....	32
2- Performance.....	32
II – Résultats d’autres travaux antérieurs par rapport au thème.....	32
<b>Chapitre deuxième : De la méthodologie de l’étude aux conditions de mise en œuvre des solutions et suggestions.....</b>	<b>35</b>
<b>Section 1 : Méthodologie de l’étude.....</b>	<b>36</b>
Paragraphe 1 : Approche théorique.....	36
I –Présentation des normes et repères de résolution.....	36
A- Le problème de la non maîtrise des outils de planification par les organes de gestion des zones sanitaires et les chefs de services de la DDS-B/A.....	36
B- Le problème lié à la mauvaise organisation des activités de suivi-évaluation des programmes.....	36
II – Outils d’analyse des données collectées.....	37
Paragraphe 2 : Dimension empirique.....	37
I – Objectifs et nature de l’enquête, identification de la cible.....	37
A– Objectifs de l’enquête.....	37
B – Nature de l’enquête et identification de la cible.....	38
II – Echantillonnage et outils de présentation des données.....	38
A– Phase préparatoire.....	39
B – Phase de collecte et traitement de données.....	40
C - Recherches documentaires et entretiens exploratoires.....	40
1- Recherches documentaires.....	39
2- Entretiens exploratoires.....	40

<b>Section 2 : Présentation des résultats d'enquête et vérification des hypothèses.....</b>	<b>41</b>
Paragraphe 1 : Présentation des résultats.....	41
I – La démarche et les acteurs de la chaîne, leur profil et les outils de planification.....	41
A – La démarche de planification.....	41
B – Analyse de la participation.....	42
C – Equipe de planification par niveau.....	43
D – Formations reçues par les acteurs de planification.....	45
II – Mécanismes de suivi et d'évaluation des activités.....	45
A – Mécanismes de suivi.....	45
B – Mécanismes d'évaluation.....	46
Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.....	48
I – Vérification des hypothèses.....	48
A– degré de vérification de l'hypothèse n°1.....	49
B– degré de vérification de l'hypothèse n°2.....	48
II – Etablissement du diagnostic.....	49
<b>Section 3 : Des approches de solutions aux conditions de mise en œuvre et suggestions.....</b>	<b>49</b>
Paragraphe 1 : Approches de solutions.....	49
I- Par rapport à la non maîtrise des outils de planification.....	50
A– Implication de tous les acteurs au processus de planification.....	50
B – Profil de l'équipe cadre des zones sanitaires.....	52
C – Formations /Recyclages des agents aux outils.....	52
D – Equipe de planification par zone.....	52

II – Par rapport à la mauvaise organisation des activités de suivi..... ..	54
A– Elaboration d’un tableau de bord d’indicateurs par niveau.....	54
B– Définition des critères d’évaluation.....	55
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et suggestions...	55
I – Conditions de mise en œuvre des solutions.....	55
A– Pour une meilleure implication des populations.....	55
B – Pour une bonne maîtrise de l’élaboration et du suivi des indicateurs.....	56
II – Suggestions .....	56
A– A l’endroit du Ministère de la Santé.....	56
B – A l’endroit des partenaires.....	57
C – A l’endroit de la DDS.....	57
D – A l’endroit des Médecins Coordonnateurs de Zone.....	57
<b>Conclusion générale</b> .....	58
Références bibliographiques.....	61
Annexes .....	63
Table des matières.....	67