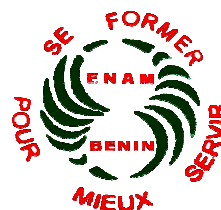




RÉPUBLIQUE DU BÉNIN  
\*\*\*\*\*  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI  
\*\*\*\*\*



ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

**MÉMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION  
DU DIPLÔME D'ADMINISTRATEUR**

**OPTION :**

MANAGEMENT

**FILIÈRE :**

MANAGEMENT DES SERVICES PUBLICS

ANNÉE ACADÉMIQUE :

2011 – 2012

**APPROCHE POUR UN SUIVI EFFICACE  
DES ACTIVITÉS À LA DIRECTION  
DÉPARTEMENTALE DE LA SANTÉ DE  
L'ATLANTIQUE ET DU LITTORAL**

Réalisé et soutenu par :

**Wassi GAFAROU**

Sous la direction de :

Maître de stage :

**Dr Hyacinthe AMÉDOMÈ**

Médecin de Santé Publique  
Chef du Service des Etudes, de la Planification  
et du Suivi à la DDS de l'Atlantique et du Littoral

Directeur de mémoire :

**Rilwane ARÈMOU**

Administrateur des Hôpitaux  
Inspecteur Général du MAEP  
Enseignant à l'ENAM

Janvier 2013

## IDENTIFICATION DU JURY

**Président** : Elisabeth YEDEDJI GNANVO

**Vice-Président** : Jérôme HOUESSO

**Membre** : Sègla LIHOUSSOU

**L'ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE  
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER NI  
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS  
ÉMISES DANS CE MÉMOIRE.**

**CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES  
COMME PROPRES À LEUR AUTEUR**

## DÉDICACE

*A vous, mes enfants, Ziyarath, Salimath et Wadoud, je dédie ce mémoire pour qu'il soit pour vous la source d'un défi permanent à être parmi les meilleurs et à réussir dans la vie.*

*Qu'il soit pour vous un exemple de détermination à suivre et à dépasser.*

---

## REMERCIEMENTS

Nous remercions d'abord Monsieur *Rilwane ARÈMOU* qui a bien voulu accepter de diriger ce mémoire en dépit de ses multiples responsabilités. Sa spontanéité et sa disponibilité méritent d'être saluées ici.

Nous remercions également :

- Notre maître de stage, le Chef du Service des Etudes, de la Planification et du Suivi à la DDS A-L, *Dr Hyacinthe AMÈDOMÈ*, pour son encadrement ;
- Tout le corps professoral et administratif de l'ENAM, en particulier le corps professoral de la filière Management des Services Publics pour son dévouement à la tâche et la formation de qualité à nous donnée ;
- La Directrice Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral, *Dr Flore Viviane AKLASSATO OGOUBIYI*, pour avoir accepté que notre stage ait lieu à la DDS A-L ;
- Notre épouse, *Isabelle TCHINHOUN* ;
- Nos sœurs et frères, *Salamatou, Saliou, Yénoussa et Nafissatou*, pour leurs prières et tout ce qu'ils ne cessent de faire pour notre évolution dans la vie ;
- Notre beau-frère, *El Hadj Ramanou BADAROU FAGBOHOUN*, pour son soutien et ses conseils ;
- Le *Dr Téléphore HOUANSOU*, en service à la Représentation Nationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Cotonou, pour son soutien ;
- Messieurs *Ambroise GANGNON, Jean Sagbo AGOSSOU, Thomas d'Aquin ZANGOUNON, Lazare DJOSSOU, Hubert KOWÉ*, pour leur appui sous diverses formes ;
- Toutes celles et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>AOF</b> :	Attributions, Organisation et Fonctionnement
<b>CAR</b> :	Chargé de l'Administration et des Ressources
<b>CCC</b> :	Communication pour un Changement de Comportement
<b>CSA</b> :	Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSC</b> :	Centre de Santé de Commune
<b>CASES</b> :	Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé
<b>CDEEP</b> :	Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé
<b>CDTS</b> :	Centre Départemental de la Transfusion Sanguine
<b>CDTUB</b> :	Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli
<b>CGHZ</b> :	Conseil de Gestion de l'Hôpital de Zone
<b>CODIR</b> :	Comité de Direction
<b>COGECS</b> :	Comité de Gestion des Centres de Santé
<b>CTAL</b> :	Centre de Traitement Anti Lèpre
<b>DCT</b> :	Direction Centrale et Technique
<b>DDS</b> :	Direction Départementale de la Santé
<b>DDS A-L</b> :	Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral
<b>DPP</b> :	Direction de la Programmation et de la Prospective
<b>DRFM</b> :	Direction des Ressources Financières et du Matériel
<b>EEZS</b> :	Equipement d'Encadrement de la Zone Sanitaire
<b>ENAM</b> :	École Nationale d'Administration et de Magistrature
<b>GAR</b> :	Gestion Axée sur les Résultats
<b>HOMEL</b> :	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
<b>HZ</b> :	Hôpital de Zone
<b>IEC</b> :	Information - Education - Communication
<b>LOGIGRH</b> :	Logiciel de Gestion des Ressources Humaines
<b>MAEP</b> :	Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
<b>MCZS</b> :	Médecin Coordonnateur de la Zone Sanitaire
<b>MS</b> :	Ministère de la Santé
<b>OMS</b> :	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORL</b> :	Oto-rhino-laryngologie

---

<b>PEV :</b>	Programme Élargi de Vaccination
<b>PNDS :</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PODC :</b>	Planifier, Organiser, Diriger et Contrôler
<b>PTA :</b>	Plan de Travail Annuel
<b>PTD :</b>	Plan Triennal de Développement
<b>UNFPA :</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>SA :</b>	Secrétariat Administratif
<b>SCRP :</b>	Stratégies de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
<b>SEPS :</b>	Service des Etudes, de la Planification et du Suivi
<b>SHAB :</b>	Service de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
<b>SIDA :</b>	Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquis
<b>SIEM :</b>	Service des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
<b>SIGFiP :</b>	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
<b>SNIGS :</b>	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
<b>SP :</b>	Service de la Programmation
<b>SPED :</b>	Service de la Pharmacie et des Explorations Diagnostiques
<b>SPPS :</b>	Service de la Protection et de la Promotion Sanitaires
<b>SRFM :</b>	Service des Ressources Financières et du Matériel
<b>SRH :</b>	Service des Ressources Humaines
<b>SSF :</b>	Service de la Santé Familiale
<b>SSIO :</b>	Service des Soins Infirmiers et Obstétricaux
<b>ZS :</b>	Zone Sanitaire

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Titres	Pages
Tableau n°1	Répartition du personnel du SEPS par catégorie professionnelle au 30/11/2012	19
Tableau n°2	Evolution de la dotation de la DDS en crédits délégués de 2010 à 2012 (en millions de CFA)	21
Tableau n°3	Allocations au SEPS de 2010 à 2012	21
Tableau n°4	Inventaire des éléments de l'état des lieux	22
Tableau n°5	Détermination des problématiques possibles à partir du regroupement des problèmes relevés par centre d'intérêt	24
Tableau n°6	Tableau de la synthèse des approches génériques	31
Tableau n°7	Tableau de bord de l'étude : "Approche pour un suivi efficace des activités à la DDS A-L"	38
Tableau n°8	Résultats de la question relative au problème de l'inexistence d'un plan de suivi des activités	57
Tableau n°9	Résultats de la question relative au problème de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités	58
Tableau n°10	Résultats de la question relative au problème du manque de suivi participatif des activités	59
Tableau n°11	Tableau de synthèse de l'étude	68

## LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

<b>Figure ou graphique</b>	<b>Intitulés</b>	<b>Pages</b>
Figure	Etapes de l'élaboration des plans d'action	14
Graphique n°1	Opinions des enquêtés sur les causes de l'inexistence d'un plan de suivi des activités	57
Graphique n°2	Opinions des enquêtés sur les causes de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités	58
Graphique n°3	Opinions des enquêtés sur les causes du manque de suivi participatif des activités	59

## GLOSSAIRE DE L'ÉTUDE

**Activité** : action entreprise ou travail effectué en vue de produire des réalisations spécifiques.

**But** : point matériel pris pour cible. Ce pour quoi quelque chose est conçu, utilisé ou pratiqué

**Efficacité** : capacité d'un individu, d'une organisation ou d'un projet à atteindre les objectifs spécifiques qu'il s'est fixés.

**Efficience** : capacité d'une organisation ou d'un projet à atteindre ses objectifs en utilisant le moins de ressources possibles.

**Evaluation** : appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats. Le but est de déterminer la pertinence et l'accomplissement des objectifs, l'efficience en matière de développement, l'efficacité, l'impact et la durabilité.

**Indicateur** : facteur ou variable, de nature quantitative ou qualitative, qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur du changement.

**Objectif** : énoncé de résultats désirés dans un délai déterminé, un point d'arrivée. Cible que quelque chose doit atteindre. Résultat vers lequel tend l'action de quelqu'un, d'un groupe.

**Partie prenante** : acteur, individuel ou collectif (groupe ou organisation), activement ou passivement concerné par une décision ou un projet, c'est-à-dire dont les intérêts peuvent être affectés positivement ou négativement à la suite de son exécution (ou de sa non-exécution).

**Performance** : résultat, effet observable et mesurable de l'effort fourni par un prestataire de service dans le sens des attentes du client et des objectifs de son institution d'appartenance. Capacité d'une institution à remplir ses missions et à produire les effets attendus.

**Plan de Travail Annuel** : planification détaillée des activités et des tâches spécifiques dans un espace, ainsi que des moyens requis pour leur mise en œuvre au cours d'une année.

**Rendement** : rapport entre un résultat obtenu et les moyens mis en œuvre pour le produire.

---

**Résultat** : changement descriptible ou mesurable amené par une relation de cause à effet. Le résultat à court terme (au terme d'une action ou d'une activité) est appelé Extrait ou Produit.

**Santé** : état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

**Suivi** : processus continu de collecte systématique d'informations, selon des indicateurs choisis, pour fournir aux gestionnaires et aux parties prenantes d'une action de développement en cours, des éléments sur les progrès réalisés, les objectifs atteints et l'utilisation des fonds alloués.

**Tableau de bord** : synthèse d'informations, de structure et de contenu stables pendant une certaine période, utilisé de façon régulière pour fournir au responsable les renseignements utiles au pilotage d'une organisation ou entité.

Employé pour rendre compte régulièrement de l'état d'avancement d'une opération sous une forme condensée.

Le tableau de bord budgétaire indique le taux d'engagement des crédits. Celui d'un projet d'investissement, le taux de réalisation. Le tableau de bord de suivi de la performance combine les différentes informations, notamment les indicateurs.

**Zone sanitaire** : réseau de services de santé de premier contact appuyés par un hôpital de référence, public ou privé, dénommé hôpital de zone. Le tout situé dans une aire géographique bien définie.

## RÉSUMÉ

La Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral (DDS A-L) est chargée de la mise en œuvre, au niveau départemental, de la politique sanitaire définie par le Gouvernement. A ce titre, elle est chargée de planifier, coordonner, superviser et contrôler toutes les activités des services de santé, dans le cadre de la mise en œuvre des programmes nationaux.

Au nombre des services qui lui permettent d'accomplir sa mission se trouve le Service des Etudes, de la Planification et du Suivi.

Le suivi est le contrôle régulier de la mise en œuvre des activités planifiées. Il est le processus systématique et continu visant à suivre les indicateurs afin de vérifier que le projet/programme se déroule conformément au plan, et de le modifier, si nécessaire.

S'il est fait correctement, c'est un outil inestimable dans une bonne administration ; il fournit une base utile pour l'évaluation. Il permet de savoir si les ressources utilisées sont suffisantes et sont gérées comme elles le devraient. Mais le suivi des activités tel qu'effectué à la DDS A-L, connaît quelques insuffisances qui compromettent son efficacité.

C'est ce constat qui nous a amené à réfléchir sur la problématique de l'efficacité du suivi à travers le sujet « **Approche pour un suivi efficace des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral** ». La problématique retenue provient d'un problème général qui est la faible efficacité du suivi des activités qui est relié à trois problèmes spécifiques que sont :

- l'inexistence d'un plan de suivi des activités ;
- l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités ; et
- le manque de suivi participatif des activités.

Face à ces problèmes, nous nous sommes fixé pour objectif général de contribuer à l'amélioration du suivi des activités au niveau de cette Direction.

De façon spécifique, il s'agira de suggérer les conditions de la mise en place d'un plan de suivi des activités, de proposer les conditions d'élaboration d'un tableau de bord pour le suivi des activités et d'envisager un suivi participatif des activités.

C'est dans cette logique que nous avons essayé d'identifier les causes de chaque problème et de formuler les hypothèses qui ont servi de base à une enquête que nous avons réalisée sur le terrain.

Les résultats de cette enquête ont permis de valider les hypothèses et d'établir le diagnostic qui convient à chacun des problèmes identifiés.

Nous avons enfin proposé des approches de solutions susceptibles de contribuer à l'amélioration du suivi des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral.

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION GENERALE

### **CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE CONTEXTUEL, OBSERVATIONS DE STAGE ET PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE**

#### **SECTION I** : Cadre contextuel de l'étude et observations de stage au SEPS

PARAGRAPHE I : Présentation de la DDS A-L

PARAGRAPHE II : Observations de stage : état des lieux au SEPS

#### **SECTION II** : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique

PARAGRAPHE I : Choix et spécification de la problématique et formulation du sujet

PARAGRAPHE II : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée

### **CHAPITRE PREMIER : CONCEPTION ET MISE EN APPLICATION DU CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE**

#### **SECTION I** : Cadre théorique et revue de la littérature

PARAGRAPHE I : Objectifs, causes supposées, hypothèses et tableau de bord de l'étude

PARAGRAPHE II : Revue de la littérature

#### **SECTION II** : Méthodologie de l'étude

PARAGRAPHE I : Dimension empirique

PARAGRAPHE II – Dimension théorique

### **CHAPITRE DEUXIEME : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS**

#### **SECTION I** : Présentation, analyse des résultats de l'enquête, vérification des hypothèses et établissement de diagnostic

PARAGRAPHE I : Présentation et analyse des résultats de l'enquête

PARAGRAPHE II : Vérification des hypothèses et établissement de diagnostic

#### **SECTION II** : Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre

PARAGRAPHE I : Approches de solutions aux problèmes

PARAGRAPHE II : Conditions de mise en œuvre des solutions

## CONCLUSION GÉNÉRALE

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

## TABLE DES MATIÈRES

**INTRODUCTION GÉNÉRALE**

La santé est une condition essentielle du bien-être des individus et un objectif fondamental du développement social et économique.

En son article 8, la loi n° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin dispose : "La personne humaine est sacrée et inviolable. L'État a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi". Cette disposition de la loi traduit clairement que le droit à la santé est un enjeu majeur pour le développement de notre pays.

La mise en application de cette disposition constitutionnelle s'est traduite par la mission confiée au Ministère de la Santé à travers le décret n° 2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, en son article 1<sup>er</sup>, à savoir : concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'État.

En 2009, le secteur de la santé du Bénin s'est doté du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui est décliné en cinq (05) domaines prioritaires qui concourent à la réalisation de la vision suivante : « *Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois* ». Ces cinq (05) domaines prioritaires sont :

- la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins ;
- la valorisation des ressources humaines ;
- le renforcement du partenariat dans le secteur et la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale ;

- l'amélioration du mécanisme de financement du secteur ;
- le renforcement de la gestion du secteur.

Mais la réalisation de cette vision ne sera possible que si les activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire font l'objet d'un suivi efficace.

Dans tous les domaines de l'activité humaine, le suivi s'impose au quotidien et plus particulièrement au sein d'une organisation. Il ne suffit pas de monter et exécuter un projet ou encore de prendre une décision pour être sûr du résultat escompté. La Banque mondiale (2008) définit le suivi comme étant un processus continu de collecte et d'analyse d'informations, pour apprécier comment un projet est mis en œuvre, en comparant les résultats obtenus aux performances attendues.

Cette même préoccupation est affirmée dans la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRCP) dans laquelle il est clairement dit que : "le suivi est une composante essentielle de la planification stratégique et la gestion axée sur les résultats (GAR). C'est l'activité principale qui permet de rendre compte des performances et de l'efficacité des actions".

La Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral s'inscrit-elle parfaitement dans cette logique ? Quels sont les problèmes qui entravent le bon fonctionnement du suivi des activités au niveau de cette Direction ? Comment améliorer le suivi des activités à ce niveau pour que les efforts et les investissements des pouvoirs publics et des partenaires techniques et financiers au profit du secteur de la santé soient efficaces et efficients ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons choisi de réfléchir, à travers la présente étude, sur le thème : "**Approche pour un suivi efficace des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral**".

Pour y parvenir, nous traiterons dans un premier chapitre du cadre de l'étude, des observations de stage, ciblerons la problématique avant de présenter

la vision globale de résolution de la problématique spécifiée. Dans un deuxième chapitre, nous présenterons le cadre théorique et la méthodologie de l'étude. Le troisième chapitre nous permettra de présenter et d'analyser les résultats de l'enquête, de formuler des approches de solutions avant de terminer par les conditions de mise en œuvre des solutions proposées.

## **CHAPITRE PRÉLIMINAIRE :**

### **CADRE CONTEXTUEL, OBSERVATIONS DE STAGE ET PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE**

Ce chapitre nous permet de présenter l'organisation et le fonctionnement de notre lieu de stage puis de cerner la problématique de notre étude.

## **Section I : Cadre contextuel de l'étude et observations de stage au SEPS**

Dans la présente section, nous aborderons la présentation du cadre contextuel de notre étude et nous exposerons nos observations de stage au Service des Etudes, de la Planification et du Suivi (SEPS)

### **Paragraphe I : Présentation de la DDS A-L**

Ce paragraphe fera ressortir les missions et les organes de fonctionnement de la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral (DDS A-L) qui est le cadre institutionnel de notre étude.

#### **I – Missions de la DDS A-L**

Située au quartier Placodji dans le 5<sup>ème</sup> Arrondissement de la Commune de Cotonou, la DDS A-L est chargée de représenter au niveau départemental le Ministère de la Santé qui a pour mission : la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin ainsi qu'aux visions et politiques de développement définies par le Gouvernement. Elle a rang de direction technique et a pour missions d'une manière générale de :

- améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé ;
- améliorer la participation communautaire et l'utilisation des services de santé ;
- améliorer la prise en charge des populations pauvres et indigentes.

Tout cela exige de la DDS de veiller au bon fonctionnement des zones sanitaires à travers des critères bien définis dont notamment :

- la mise en place des organes de gestion tels que les Equipes d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS), les Comités de Santé (CS), les Conseils de Gestion des Hôpitaux de Zones (CGHZ), etc. ;
- l'activation du système de référence et de contre-référence avec un transport médicalisé des urgences ;
- la construction, l'équipement et le fonctionnement des hôpitaux de zones ;
- la mise en commun et la gestion décentralisée des ressources de la zone sanitaire.

De cette mission découlent des objectifs spécifiques qui sont notamment :

- redimensionner la base de la pyramide sanitaire et améliorer la couverture sanitaire à travers le renforcement des effectifs et des compétences du personnel de santé et la mise à la disposition des services départementaux de santé et des zones sanitaires d'équipements et de matériel médico-techniques ;
- améliorer la gestion des ressources des services de santé. Il s'agit en effet de planifier, de coordonner la mise en œuvre et de superviser toutes les activités de ces services, et la mise en œuvre des programmes nationaux tels que :
  - le Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires ;
  - les Programmes de Lutte contre le Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises (SIDA), la Lèpre, l'Ulçère de Buruli, la Tuberculose, le Paludisme, la Dracunculose, la Cécité, l'Onchocercose, la Trypanosomiase, etc.) ;
- faire de la qualité des soins un défi permanent ;
- assurer la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires et les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccinations (PEV), par le biais des activités de vaccination, de surveillance épidémiologique, de prise en charge efficace des malades, d'Information, d'Education et

Communication (IEC), et de Communication pour un Changement de Comportement (CCC).

## **II – Attributions de la DDS A-L**

Conformément à l'arrêté n°2146/MSP/DC/SGM/SA du 21 mars 2003 portant attributions, organisation et fonctionnement (AOF) des Directions Départementales de la Santé Publique, la DDS comprend les services ci-après :

- le Secrétariat Administratif (SA) ;
- le Service des Ressources Humaines (SRH) ;
- le Service des Ressources Financières et du Matériel (SRFM) ;
- le Service des Etudes, de la Planification et du Suivi (SEPS) ;
- le Service de la Protection et de la Promotion Sanitaires (SPPS) ;
- le Service de la Santé Familiale (SSF) ;
- le Service des Soins Infirmiers et Obstétricaux (SSIO) ;
- le Service de la Pharmacie et des Explorations Diagnostiques (SPED) ;
- le Centre Départemental de la Transfusion Sanguine (CDTS) ;
- le Service des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (SIEM) ;
- le Service de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (SHAB).

Conformément à ses attributions, la DDS A-L couvre l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) ainsi que sept (07) Zones Sanitaires que sont :

- la Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava (ZS-AS) ;
- la Zone Sanitaire Allada/Zê/Toffo (ZS-AZT) ;
- la Zone Sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito (ZS-OKT) ;
- la Zone Sanitaire Cotonou 1 et 4 (ZS-Cotonou 1 et 4) ;
- la Zone Sanitaire Cotonou 2 et 3 (ZS- Cotonou 2 et 3) ;
- la Zone Sanitaire Cotonou 5 (ZS-Cotonou 5) ; et
- la Zone Sanitaire Cotonou 6 (ZS-Cotonou 6).

La DDS représente le niveau intermédiaire du système de santé. Elle est l'organe de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elle supervise les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique. Elle est chargée de la gestion des plans d'action sectoriels, de l'assistance technique et de l'appui-conseil aux Communes conformément aux lois sur la décentralisation.

La DDS A-L a actuellement sous sa tutelle cent quatre (104) formations sanitaires publiques, quatre cent quatre-vingt huit (488) formations sanitaires privées, quatre (04) hôpitaux de zone (HZ) dont un (01) privé associatif.

Plusieurs cadres de concertation, outils de suivi, sont institués sous l'autorité de la DDS. Ce sont :

- la réunion hebdomadaire du staff c'est-à-dire des chefs de services de la DDS qui se tient les lundis ;
- le Comité de Direction (CODIR) par nature consultative qui se réunit une fois par mois, et qui comprend les chefs de services de la DDS, les médecins coordonnateurs des zones sanitaires (MCZS), les directeurs d'hôpitaux de zones (DHZ) et un représentant élu du personnel de la direction ;
- le Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé (CDEEP) placé sous la présidence du Préfet, comprend, outre le DDS et ses collaborateurs, les représentants de certains sous-secteurs publics et privés, les directeurs départementaux en charge de l'évaluation des politiques publiques, de la famille, des mines, de l'environnement, des enseignements maternel, primaire et secondaire, le receveur des finances, le délégué du contrôleur financier et deux représentants des syndicats ;
- la réunion du Collectif des médecins-chefs des formations sanitaires, des directeurs des hôpitaux de zones, des médecins coordonnateurs de zones

sanitaires et des formations hospitalières assimilées. Elle se réunit par trimestre.

Le SEPS représente la cheville ouvrière de l'organisation de tous ces cadres de concertation. Comment fonctionne ce service ?

## **Paragraphe II : Observations de stage : état des lieux au SEPS**

Cette partie est consacrée à la présentation de l'état des lieux sur le fonctionnement et la pratique observée au SEPS, cadre physique de notre étude. Cet état des lieux permettra de faire un inventaire à travers la mise en exergue des atouts et des problèmes en présence.

### **I – Observations d'ordre général**

Pour mieux cerner l'organisation et le fonctionnement du suivi, il importe de présenter brièvement l'organisation et les missions du SEPS.

#### **A – Organisation et missions du SEPS**

Aux termes de l'article 9 de l'arrêté n° 2146/MSP/DC/SGM/SA du 21 mars 2003 portant attributions, organisation et fonctionnement des Directions Départementales de la Santé Publique, le SEPS est composé de :

- la Division des Etudes et de la Planification qui comprend :
  - la Section de la Planification
  - la Section du Suivi/Evaluation
- la Division des Statistiques Sanitaires et de la Documentation qui comprend :
  - la Section des Statistiques Sanitaires
  - la Section de la Documentation
  - la Section de l'Informatique

Le SEPS est chargé de :

- 
- collecter, intégrer ou saisir les données sanitaires en provenance des formations sanitaires des ZS ;
  - présenter et analyser les données sous forme d'un tableau de bord ;
  - utiliser ce tableau de bord pour le monitoring et le processus régulier de micro-planification ;
  - former et superviser les agents des ZS et des Centres de Santé de Commune (CSC) à la mise en œuvre du système ;
  - transmettre les informations sanitaires des ZS, dans les délais impartis, au niveau central ;
  - assurer régulièrement une rétro-information (tableau de bord, bulletin trimestriel, collectif des médecins) ;
  - constituer, tenir à jour et exploiter une banque de données ;
  - collecter annuellement les informations relatives aux ressources humaines et matérielles disponibles dans le département ;
  - éditer régulièrement l'annuaire statistique du département.

Le SEPS supervise le niveau périphérique (zone sanitaire) qui est chargé de :

- collecter et synthétiser les données des formations sanitaires : Centres de Santé de Commune (CSC) et Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) ;
- présenter et analyser les données sous forme d'un tableau de bord ;
- utiliser ce tableau de bord pour le monitoring et le processus régulier de micro-planification ;
- assurer la rétro-information et la supervision des activités (ZS vers CSC ; CSC vers CSA) ;
- transmettre les données dans les délais impartis au SEPS ;
- faciliter la gestion efficace des ressources humaines, matérielles et financières ;
- contribuer à l'uniformisation des supports de données simples ;

- éditer régulièrement l'annuaire statistique de la ZS.

Notre séjour à la DDS A-L nous a permis de faire un certain nombre d'observations sur les activités dont les plus significatives sont présentées ci-dessous. Lesdites observations porteront principalement sur les activités de ce service (SEPS).

## **B – Planification des activités**

Il faut signaler d'abord et avant tout que le suivi des activités suppose la planification de celles-ci. Il est élaboré chaque année le Plan de Travail Annuel (PTA) qui dérive du Plan Triennal de Développement (PTD) qui couvre, comme son nom l'indique, une période de trois (03) ans. L'édition en cours, la première, prend fin en 2012.

Le Ministère de la Santé en est à la préparation de la deuxième édition (PTD 2013-2015). En effet, désormais les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont l'obligation de se conformer au schéma de ce plan en vue de l'élaboration de leurs plans d'action ou PTA. La planification des activités part de la base c'est-à-dire des formations sanitaires et remontent jusqu'au niveau de la DDS puis au niveau du ministère. Il s'agit là de la planification ascendante intégrée. Etant donné que notre étude porte sur le niveau départemental, nous nous y limiterons.

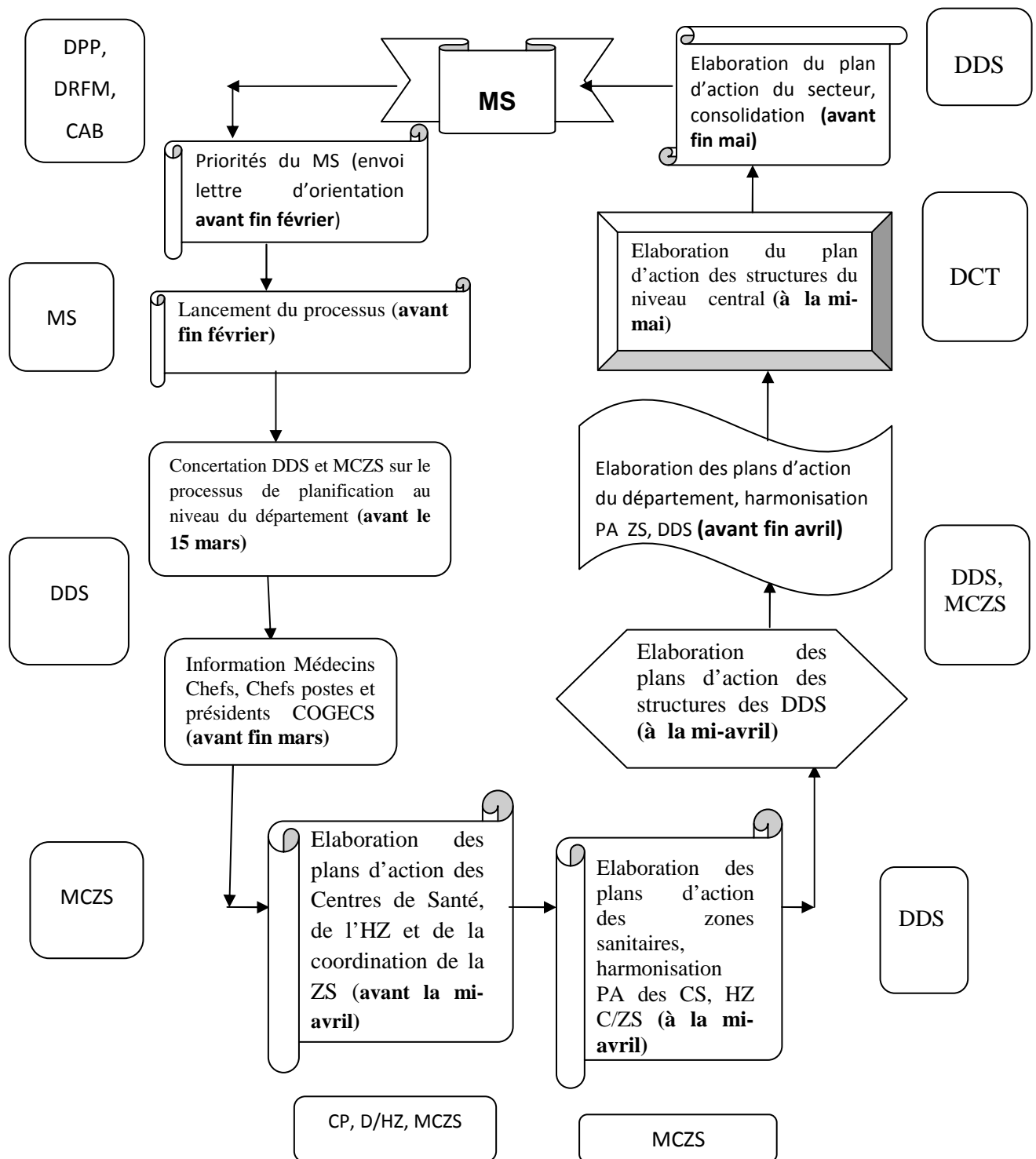
Le processus de l'élaboration du plan d'action commence au mois de février et finit en avril en ce qui concerne les DDS. Les étapes de l'élaboration des plans d'action du secteur de la santé sont consignées dans la figure ci-après. Après l'étape d'élaboration des plans d'action, le niveau central fait leur consolidation suivie de la concertation budgétaire. Il envoie ensuite le projet du plan d'action du secteur au Ministère de l'Economie et des Finances.

Signalons que ce processus de planification ascendante intégrée vise essentiellement à s'inscrire dans le cadre d'une meilleure appropriation des actions à réaliser, favoriser l'alignement des partenaires du secteur de la santé

sur les stratégies à mettre en œuvre, contribuer à une harmonisation des actions à mener et renforcer la responsabilité mutuelle du secteur de la santé et de ses partenaires. Il permet également une revue et une évaluation correcte des plans d'action, handicap actuel du processus de planification du secteur.

Au regard de ce qui précède, nous pouvons dire que le processus de la planification dans le secteur de la santé est régi par l'existence d'un manuel de procédures. Ce processus part du niveau périphérique jusqu'au niveau central en prenant en compte les besoins des partenaires sociaux, techniques et financiers. Nous observons ainsi que *la planification est ascendante et intégrée dans le secteur de la santé.*

**Figure n°1: Étapes de l'élaboration des plans d'action**



**Source :** SP/DPP/MS, 2012

## C – Constats relatifs au management général du SEPS

Nous avons noté l'existence de divers textes régissant la DDS de même que des documents de gestion résultant de la réalisation des activités, à savoir : l'arrêté portant AOF des DDS, l'annuaire des statistiques sanitaires, les rapports d'activités, le budget annuel. Mais il faut signaler que ledit arrêté régissant les services de la DDS est obsolète, car il remonte à 2003 alors que d'autres actes normatifs supérieurs relatifs à la restructuration desdits services sont pris après, notamment en 2006, en 2010 et plus récemment en 2012. Nous avons aussi observé la présence des documents tels que la lettre d'orientation pour l'élaboration du Plan Triennal de Développement (PTD), le Plan de Travail Annuel (PTA), le Plan National du Développement Sanitaire (PNDS). Nous avons aussi noté l'existence des rapports d'activités des cadres de concertation tels que le Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé (CDEEP), le Collectif des Médecins-chefs, Directeurs d'Hôpitaux et Formations Sanitaires Assimilées, le Comité de Direction (CODIR), le Staff, etc. *On en déduit qu'il existe plusieurs documents de gestion et cadres de concertation.*

Le SEPS abrite *une antenne départementale documentaire servant pour la conservation et la diffusion des informations et des données statistiques.*

Par rapport à la gestion des activités, il faut noter qu'aussi bien dans les services de la DDS que dans les ZS, la planification ne respecte pas toujours la bonne procédure. Au niveau des ZS, les plans d'action sont élaborés par l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS). Celle-ci arrête donc les activités à exécuter au cours de l'année, et le bureau de coordination de la ZS assure la mise en forme. Mais il est à remarquer qu'en général les plans d'action sont beaucoup plus le produit des agents du bureau de zone que celui de l'EEZS. *Ce qui pose le problème de manque d'implication réelle de tous les acteurs.*

Il faut préciser que l'EEZS est l'organe exécutif et technique de la zone sanitaire. Elle est pluridisciplinaire et est composée de techniciens de santé et de techniciens en matière de gestion. Elle est chargée de la coordination des activités de la zone sanitaire. Sa direction est confiée au médecin-coordonnateur, nommé par un arrêté du Ministre de la Santé.

L'élaboration des PTA tant au niveau des services de la DDS que dans les ZS ne respecte pas parfois les domaines prioritaires du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009 - 2018. En effet, il est à remarquer que les plans d'action sont parfois arbitraires et tiennent du bon vouloir de leurs auteurs. En principe, ces plans doivent s'inscrire dans les domaines prioritaires qui concourent à l'atteinte de la vision globale du Ministère de la Santé, laquelle vision est clairement définie dans le PNDS. Le non-respect de ce principe pose le problème de *non cadrage des activités avec les objectifs du PNDS*. Il n'est pas rare de s'apercevoir que les activités, pour la plupart, sont reconduites d'année en année, de façon mécanique, sans qu'on ne se préoccupe de leur efficacité, de leur impact par rapport à l'atteinte des objectifs du secteur. Ce faisant, on note le problème de *l'élaboration mécanique des plans d'action*.

En outre, quoique les ZS soient conscientes de ce qu'elles ne disposent pas de planificateurs professionnels, elles ne recourent pas systématiquement au planificateur du SEPS qui a les compétences requises pour les aider dans leur activité de planification. Elles se contentent d'envoyer leurs plans d'action au SEPS qui l'intègre au plan d'action de la DDS pour sa consolidation. *Ce qui soulève le problème de la planification non participative*.

En tout état de cause, la planification des activités doit être conforme aux cinq (05) domaines prioritaires cités supra.

Il faut préciser que toute activité planifiée qui ne s'inscrirait pas dans les programmes du PNDS relèverait de la pure fantaisie et ne concourrait aucunement à l'atteinte des objectifs visés par ces cinq (05) domaines

prioritaires c'est-à-dire à la vision globale du secteur de la Santé. Paradoxalement, il n'est pas rare de voir des activités planifiées dans une incohérence à telle enseigne que leur suivi et leur évaluation éprouvent de difficultés au bilan. Parfois, certains responsables (chefs de services ou coordonnateurs de zones sanitaires) n'arrivent pas à identifier le domaine, le programme auquel correspondrait une activité donnée. D'où, il s'avère nécessaire de former ces acteurs pour qu'ils s'approprient le PNDS et tous autres documents de politique et stratégies.

Par ailleurs, *une très faible importance est accordée au suivi et à l'évaluation des plans d'action*. Par exemple, de nombreuses activités sont programmées mais ne sont pas réalisées pendant que d'autres sont réalisées sans être programmées. Lorsqu'une bonne planification des activités n'est pas faite, il en résulte des conséquences néfastes sur les résultats attendus. C'est la raison pour laquelle, il est conseillé de faire, pour chaque activité, une planification qui aide à faire le suivi de l'état d'exécution.

Le suivi des activités consiste à analyser comment l'activité est exécutée au jour le jour, vérifier si le calendrier arrêté est en train d'être exécuté comme prévu, savoir si les activités produisent les résultats escomptés. Le suivi des activités permet de savoir à temps la situation sur leur déroulement. Il permet de faire la comparaison entre ce qui était prévu et ce qui est réellement réalisé. Il aide à corriger certaines imperfections. Le suivi régulier permet de s'autocontrôler et de voir si le pas déjà franchi est suffisant ou est à améliorer. Mais force est de constater qu'en dépit de cet important rôle du suivi rien n'est prévu dans le budget de la DDS A-L à cette activité. *On en conclut qu'aucune ligne budgétaire n'est prévue pour les activités de suivi*.

L'organisation des sessions du CDEEP, incombant au SEPS, constitue un cadre de suivi des activités. Mais en raison de l'insuffisance des ressources allouées chaque année à la DDS, les sessions ne se tiennent pas régulièrement. Aussi, la DDS est-elle obligée d'attendre que la Direction des Ressources

Financières et du Matériel (DRFM) au niveau central mette à sa disposition des fonds afin de pouvoir tenir lesdites sessions. Cette situation fait que depuis deux ans la tenue de cet important cadre de concertation chancelle. Alors que le CDEEP doit se tenir une fois par semestre, on note malheureusement que l'année 2012 n'a encore enregistré aucune session jusqu'au 25 décembre. On en déduit que ***le financement de l'organisation des CDEEP dépend de la DRFM et non du budget de la DDS.***

En outre, l'absence des outils indispensables pour la visibilité dans l'exécution des tâches ne permet pas un suivi efficace des activités. Nous constatons qu'il manque des outils pour rendre compte aux différents niveaux afin de faciliter la prise de décision. ***Il s'observe alors une inexistence d'un plan de suivi des activités.*** De même, contrairement à ce qui est prévu par le texte régissant la DDS et en l'occurrence pour le SEPS, il n'existe pas un tableau de bord pour le monitoring et le processus régulier de micro-planification. ***Il se pose ainsi le problème d'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités.*** Tous ces outils sont nécessaires pour une performance et l'atteinte des objectifs fixés. Ainsi, le SEPS se limite à enregistrer et compiler simplement le point des activités planifiées envoyé par les services et les ZS. Par conséquent, autant le service chargé de suivi n'est pas systématiquement associé à la planification des activités au niveau des services et des ZS, autant il ne participe pas à leur suivi sur le terrain. ***On constate alors qu'il y a manque de suivi participatif des activités.***

Les activités classiques et courantes du SEPS sont la collecte active des données statistiques manquantes et la supervision des activités du Système National d'Informations et de Gestion Sanitaires (SNIGS) au niveau des formations sanitaires et des bureaux de zone. En dehors de ces activités relatives au SNIGS, il prépare et organise les réunions de concertation telles que le Collectif des Médecins-chefs, directeurs d'hôpitaux et formations sanitaires assimilées, les sessions du CDEEP, les CODIR, etc.

## **II – Observations d’ordre spécifique liées au fonctionnement du SEPS**

### **A – Situation des ressources humaines**

Le SEPS fonctionne avec sept (07) agents, pour la plupart des cadres, qui sont composés comme ci-après :

- un Médecin de Santé Publique à la tête du service,
- un Administrateur Planificateur,
- un Technicien Supérieur de la Statistique,
- un Technicien Supérieur d’Action Culturelle (Documentaliste),
- un Secrétaire des Services Administratifs,
- un Secrétaire Adjoint des Services Administratifs,
- un Conducteur de Véhicule Administratif.

**Tableau n°1 : Répartition du personnel du SEPS par catégorie professionnelle au 30/11/2012**

<b>Catégorie professionnelle</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>
Effectif	4	1	1	1	7
Pourcentage	57,14%	14,28%	14,28%	14,28%	100%

**Sources** : SRH et observations de stage

Il faut souligner qu’au regard des activités du service, cette équipe est très insuffisante. Par exemple, en cas d’absence du statisticien ou du planificateur pour raison de mission ou d’une quelconque activité, le service tourne au ralenti.

Le départ en stage du documentaliste a presque bloqué le fonctionnement de l’antenne documentaire. On en conclut qu’il y a *insuffisance du personnel*.

### **B – Situation des ressources matérielles**

Le service chargé du suivi dispose du matériel informatique en nombre suffisant. En effet, tous les cadres disposent d’un micro-ordinateur pour

accomplir leurs tâches quotidiennes. *On peut alors noter que l'outil informatique existe en nombre suffisant.* En plus de l'outil informatique, il faut mentionner *l'utilisation d'autres Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) telles que l'Internet et le matériel de projection audiovisuelle pour les exposés et présentations.* Mais à ce niveau, il faut signaler que l'extension de la connexion à l'Internet peine à devenir une réalité. Cette connexion n'existe que dans les bureaux de deux agents du SEPS. Certains agents des autres services éprouvant le besoin de connexion à l'Internet sont obligés de se déplacer vers ces bureaux pour exploiter cet outil. En temps normal, cet outil aurait été un formidable moyen d'échange de données avec les autres services même jusqu'au niveau des ZS permettant par ricochet un gain énorme de temps. L'Internet apparaît presque comme un luxe dans certaines ZS. *Il se pose alors le problème de la non-extension à tous les services de la connexion à l'Internet.*

Toujours en ce qui concerne le volet matériel, le seul véhicule de supervision donné au SEPS par le Programme de Coordination et d'Appui au Système de Gestion Axée sur les Résultats (PCASGAR) est surexploité du fait de sa forte et permanente sollicitation par les autres services pour mener leurs activités. *Alors on en déduit une insuffisance de matériel roulant.*

### **C – Situation des ressources financières**

Sur le plan financier, les activités du SEPS sont financées principalement par le budget national à travers les crédits délégués. Ceux-ci servent essentiellement à faire les activités de supervision, de collecte active des données statistiques.

L'allocation annuelle faite par l'État à travers les crédits délégués est très insuffisante pour mener valablement et de façon satisfaisante les activités. Pire, le peu de dotation est notifiée avec retard. *Donc les crédits sont notifiés avec retard conduisant ainsi à l'exécution tardive du budget* qui d'ailleurs est

toujours frappée et aggravée par *la fermeture intempestive du Système Intégré de Gestion de Finances Publiques (SIGFiP)*. Cette situation a pour corollaire *le faible taux de consommation des crédits et le faible taux de réalisation des plans d'action*.

**Tableau n°2 : Evolution de la dotation de la DDS en crédits délégués de 2010 à 2012 (en millions de CFA)**

Désignation	2010	2011	2012
Allocations	160.000.000	103.875.000	155.500.000
Consommations	100.000.000	71.467.000	59.176.000
Taux de consommation (%)	62,5	68,80	38,05

**Source** : données du SRFM

De ces ressources allouées à la DDS A-L jugées déjà insuffisantes, seulement ont été attribués au service chargé du suivi (SEPS) les montants consignés dans le tableau ci-après. Ces crédits affichent leur caractère extrêmement insignifiant eu égard aux activités assignées à ce service.

**Tableau n°3 : Allocations au SEPS de 2010 à 2012**

Désignation	2010	2011	2012
Allocations	3.173. 000	3. 647. 000	2.853.000
Taux par rapport aux montants alloués à la DDS A-L	1, 98%	3,51%	1,83%

**Source** : données du SRFM

De ce tableau, il ressort que les ressources allouées au SEPS sont très maigres pour lui permettre d'accomplir efficacement les activités de suivi et les autres tâches qui lui sont assignées. *On peut noter qu'il y a une insuffisance de ressources financières*.

L'état des lieux étant fait, nous essayerons de présenter dans le tableau ci-après, l'inventaire des atouts et des problèmes relevés.

**Tableau n°4 : Inventaire des éléments de l'état des lieux**

Forces et opportunités (atouts)	Faiblesses et menaces (problèmes)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence des textes et documents : arrêté portant AOF des DDS.</li> <li>- Existence de la lettre d'orientation pour l'élaboration du PTD.</li> <li>- Existence des documents tels que l'annuaire des statistiques sanitaires, le PTA pour plusieurs années, le budget annuel de la DDS, le PNDS, les rapports d'activités des cadres de concertation.</li> <li>- Utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) : outil informatique, Internet, matériel de projection audiovisuelle.</li> <li>- Existence de l'outil informatique en quantité suffisante.</li> <li>- Tenue de réunions de concertation : comité départemental de suivi de l'exécution et d'évaluation des projets et programmes du secteur santé (CDEEP), collectif de médecins, staff, etc.</li> <li>- Existence d'un manuel de procédures de planification.</li> <li>- La planification est ascendante et intégrée dans le secteur de la santé.</li> <li>- Existence d'une antenne départementale documentaire servant pour la conservation et la diffusion des informations et des données statistiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistence d'un plan de suivi des activités.</li> <li>- Inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités</li> <li>- Manque de suivi participatif des activités.</li> <li>- Insuffisance de moyens roulants.</li> <li>- Insuffisance de ressources financières</li> <li>- Insuffisance du personnel au SEPS</li> <li>- Retard dans la notification des crédits délégués.</li> <li>- Exécution budgétaire tardive.</li> <li>- Fermeture intempestive du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFiP).</li> <li>- Faible taux de consommation des crédits alloués.</li> <li>- Inexistence d'une ligne budgétaire pour le suivi des activités.</li> <li>- Non extension à tous les services de la connexion à l'Internet.</li> <li>- Quasi-inexistence de la connexion à l'Internet dans les ZS.</li> <li>- Tenue irrégulière des sessions du CDEEP</li> <li>- Financement de l'organisation des CDEEP dépendant de la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) et non du budget de la DDS.</li> <li>- Reconduction mécanique des activités ;</li> <li>- Non cadrage des activités avec les objectifs du PNDS.</li> <li>- Non perception de l'importance du suivi par les responsables ;</li> <li>- Manque d'implication réelle de tous les acteurs dans la planification des activités.</li> </ul>

**Source** : Résultat des observations

---

### **III – Regroupement des problèmes par centre d'intérêt, choix de la problématique et formulation du sujet**

Une fois les problèmes inventoriés, nous procédons à leur regroupement par centre d'intérêt afin de dégager les différentes problématiques avant de faire le choix de l'une de ces problématiques que nous justifierons.

Les différents problèmes inventoriés sont regroupés par centre d'intérêt dans le tableau ci-dessous :

**Tableau n°5 : Détermination des problématiques possibles à partir du regroupement des problèmes relevés par centre d'intérêt**

N°	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Gestion des ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance du personnel au niveau du SEPS</li> <li>- Insuffisance de ressources financières</li> <li>- Fermeture intempestive du SIGFIP</li> <li>- Retard dans la notification des crédits délégués</li> <li>- Exécution budgétaire tardive</li> <li>- Faible taux de consommation des crédits alloués</li> <li>- Non extension à tous les services de la connexion à l'Internet</li> <li>- Quasi-inexistence de la connexion à l'Internet dans les ZS</li> <li>- Financement de l'organisation des CDEEP dépendant de la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) et non du budget de la DDS</li> </ul>	Gestion non optimale des ressources	Problématique de la gestion optimale des ressources
2	Planification des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'implication réelle de tous les acteurs dans la planification des activités</li> <li>- Reconduction mécanique des activités</li> <li>- Non-cadrage des activités avec les objectifs du PNDS</li> </ul>	Non application de la planification ascendante intégrée	Problématique de l'application de la planification ascendante intégrée
3	Suivi des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistence d'un plan de suivi des activités</li> <li>- Inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités</li> <li>- Manque de suivi participatif des activités</li> <li>- Inexistence d'une ligne budgétaire pour le suivi des activités</li> <li>- Faible taux d'exécution des plans d'action</li> <li>- Non-perception de l'importance du suivi par les responsables</li> </ul>	Faible efficacité du suivi des activités	Problématique de l'efficacité du suivi des activités

**Source** : résultats des investigations sur l'état des lieux

---

## **Section II : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique**

Le ciblage consiste, d'une part, à choisir une problématique et à la spécifier et, d'autre part, à déterminer la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

### **Paragraphe I : Choix et spécification de la problématique et formulation du sujet**

Après le regroupement par centre d'intérêt des différents problèmes identifiés, il sera procédé à l'identification des problématiques d'étude possibles.

#### **I – Choix et spécification de la problématique**

Des trois (03) problématiques résultant des observations du stage, il convient d'en retenir une.

De l'analyse des différents problèmes relevés au cours de l'état des lieux relatif au suivi des activités à la DDS A-L, il se dégage des problématiques telles qu'énumérées dans le tableau ci-dessus. Ces problématiques, qui ne doivent pas laisser indifférents les responsables du secteur de la santé en général et ceux des départements de l'Atlantique et du Littoral en particulier, sont des raisons suffisantes pour l'ouverture de la voie à une amélioration du processus de la planification et du suivi des activités. Cette prise de conscience contribuera à coup sûr à un changement des comportements actuels.

Les trois (03) problématiques dégagées sont :

- **Problématique de la gestion optimale des ressources ;**
- **Problématique de l'application de la planification ascendante intégrée ;**
- **Problématique de l'efficacité du suivi des activités.**

Ces problématiques dégagées qui sont aussi pertinentes les unes que les autres méritent d'être analysées. Il est évident que la DDS A-L se porterait mieux en matière de management de ses services centraux et déconcentrés, si toutes les trois (03) problématiques venaient à être résolues. Cependant, nous n'en retiendrons qu'une seule, car nous ne sommes pas autorisé dans le cadre de notre étude à embrasser plus d'une problématique.

Le choix de la problématique, objet de notre étude, est guidé surtout par le souci de mettre en application les connaissances acquises au cours de notre formation en management des services publics au cycle 2 de l'ENAM et l'importance que nous accordons aux problèmes posés dans la structure d'accueil de notre stage (DDS A-L).

La problématique de l'amélioration de la gestion des ressources préoccupe déjà au plus haut niveau les autorités sanitaires et les solutions idoines sont préconisées dans le PNDS 2009-2018.

En ce qui concerne la problématique de l'application de la planification ascendante intégrée, il suffit que les autorités du Ministère de la Santé se penchent sérieusement sur la question et refusent par exemple de financer les activités qui n'auraient pas respecté le schéma prévu dans le cadre de cette planification pour que les comportements changent et que par conséquent cette problématique soit résolue.

Pour ce qui est de la problématique de l'efficacité du suivi des activités, malgré l'existence des ressources humaines appropriées et des normes, ce problème persiste et présente en conséquence un caractère complexe pour être l'objet de notre étude. En plus, toute analyse faite, le bon suivi des activités amènera les acteurs à améliorer non seulement la planification de celles-ci mais aussi conduira à une meilleure performance. Mieux, le suivi des activités est une fonction managériale pour garantir les prévisions du départ et l'atteinte des objectifs visés de même que la réalisation des performances.

Le problème général de notre étude est **la faible efficacité du suivi des activités**. La problématique en est intitulée **problématique de l'efficacité du suivi des activités**. Cette problématique se manifeste à travers les problèmes spécifiques suivants :

- Inexistence d'un plan de suivi des activités ;
- Inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités ;
- Manque de suivi participatif des activités ;
- Inexistence d'une ligne budgétaire pour le suivi des activités ;
- Faible taux d'exécution des plans d'action ;
- Non-perception de l'importance du suivi par les responsables.

Rappelons que la problématique retenue est l'efficacité du suivi des activités. Plusieurs problèmes spécifiques sont liés à cette problématique. Mais étant entendu que nous sommes dans une recherche-diagnostic, tous ces problèmes spécifiques ne pourront pas être examinés. Nous nous intéresserons donc aux plus significatifs. L'appréciation des problèmes spécifiques nous permet de faire les analyses ci-après :

L'inexistence d'une ligne budgétaire pour le suivi dépend des responsables qui peuvent décider de prévoir ne serait-ce qu'une partie de l'allocation, certes jugée insuffisante, pour la destiner uniquement aux activités de suivi.

Par rapport au problème de faible taux d'exécution des plans d'action, il peut être résolu par la mise à disposition à temps des ressources financières (crédits délégués) et la correction du problème lié à la fermeture intempestive et précoce du SIGFiP.

En ce qui concerne le problème de non perception de l'importance du suivi par les responsables, il suffit que les acteurs du service en charge du suivi travaillent à faire prendre conscience à ceux-ci du rôle du suivi dans l'atteinte des objectifs assignés à la DDS.

Par conséquent, les problèmes spécifiques les plus complexes qui subsistent et dont la résolution nous permettra d'apporter notre contribution à la résolution du problème général qui est la faible efficacité du suivi des activités sont :

- **Problème spécifique n°1** : Inexistence d'un plan de suivi des activités ;
- **Problème spécifique n°2** : Inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités ;
- **Problème spécifique n°3** : Manque de suivi participatif des activités.

## **II – Formulation et justification du sujet**

Pour participer à la résolution de cette problématique, nous avons choisi de réfléchir sur le thème intitulé "**approche pour un suivi efficace des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral**".

Le choix de ce sujet procède du fait que les systèmes et organisations qui connaissent le succès sont celles qui visent la performance, l'efficacité et l'efficience. Mieux, notre sujet porte sur un secteur très sensible qu'est le secteur de la santé. La recherche de l'efficacité des services doit être le souci permanent des acteurs. C'est pourquoi, selon Drs OUCHFOUN Abdelkrim et HAMMOUDA Doudja (1993), il s'avère nécessaire "*aujourd'hui de résoudre le problème clé de l'amélioration de la performance du système de santé qui doit répondre aux critères d'efficacité et d'efficience*". Il est impératif de mettre en place des mécanismes pour une planification et un suivi efficaces des activités c'est-à-dire conformes aux objectifs prioritaires du secteur de la santé. En choisissant alors de réfléchir sur ce thème, nous voudrions amener :

- d'une part, les acteurs au niveau des services de la DDS A-L et des zones sanitaires à prendre conscience de ce que les activités ne doivent pas être planifiées à la légère. Par conséquent, la

planification des activités doit être empreinte de sérieux, de rigueur et de conformité avec les objectifs visés par les cinq (05) domaines prioritaires du PNDS 2009-2018 ; ces activités doivent coller aux attentes spécifiques des services et zones sanitaires ;

- d'autre part, les amener à œuvrer pour un suivi participatif des activités afin d'améliorer la performance des services et les indicateurs de la santé au niveau des départements de l'Atlantique et du Littoral.

Il est déplorable que le suivi des activités inscrites dans les plans d'action ne s'effectue pas en vue de confronter les rapports transmis au SEPS avec la réalité sur le terrain. Partant, il s'observe une simple opération d'enregistrement et de validation des points d'exécution faits par les services et les ZS.

Au regard de ce qui précède, certains défis restent à relever car bien des domaines continuent d'enregistrer des contre-performances au niveau du secteur de la santé, conformément à la conclusion du rapport de performance 2011 du Ministère de la Santé.

La problématique de l'étude étant choisie, le sujet formulé et justifié, nous procéderons à présent à la détermination de la vision globale de résolution de cette problématique.

## **Paragraphe II : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée**

Cette vision globale va consister à faire ressortir les approches génériques selon lesquelles nous analyserons et résoudrons le problème général et par ricochet les problèmes spécifiques sélectionnés.

### **I – Approche générique de résolution du problème général**

Le problème général identifié fait ressortir la faible efficacité du suivi des activités. Pour corriger cette situation, nous ferons recours à des approches génériques de résolution des problèmes spécifiques qui lui sont liés.

## **II – Approches génériques de résolution des problèmes spécifiques**

Par rapport au problème spécifique n°1 relatif à l'inexistence d'un plan de suivi des activités, il convient de rappeler que toute structure doit reconnaître l'importance du suivi de ses activités et la démarche méthodologique à adopter à travers la mise en place d'un plan de suivi. De même, sa réalisation induit le respect strict des activités inscrites dans les plans d'action et permet la réorientation pour l'atteinte des objectifs et l'amélioration de la performance du secteur. Il faut reconnaître que les compétences pour le suivi des activités existent. Il revient simplement aux responsables d'organiser sérieusement et périodiquement ce suivi des activités au niveau des services de la DDS A-L et dans les ZS. Il est par conséquent nécessaire que la DDS A-L se dote d'un plan de suivi et l'applique pour mieux assurer la mise en œuvre des plans d'action. La résolution du problème spécifique relatif à l'inexistence d'un plan de suivi des activités exige donc une approche basée sur une prise de conscience des acteurs en ce qui concerne l'importance d'un plan de suivi des activités.

A propos du problème spécifique n°2 relatif à l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités, il faut noter que cette absence s'explique par la non-transmission de la programmation mensuelle des activités par les services et les ZS au service en charge du suivi. Alors la résolution du problème spécifique n°2 nécessitera une approche générique basée sur la nécessité de transmission à temps de la programmation mensuelle des activités planifiées par les chefs de services et des coordonnateurs des zones sanitaires.

Concernant le problème spécifique n°3 relatif au manque de suivi participatif des activités, il découle de ce que les acteurs notamment les chefs de services et les coordonnateurs de zones sanitaires n'impliquent pas le SEPS à leurs activités de planification et de suivi. Ils se contentent d'envoyer à ce service les activités planifiées et le point de leur exécution. Par ailleurs, il n'est pas rare de constater que des activités non planifiées sont exécutées tandis que celles planifiées ne sont pas exécutées. Pour ce faire, la résolution de ce

problème spécifique passe par une approche générique basée sur la gestion participative des activités.

La synthèse des approches génériques est présentée dans le tableau ci-après.

### **III – Synthèse des approches génériques et séquences de résolution de la problématique**

#### **A – Synthèse des approches génériques identifiées**

**Tableau n°6 : Tableau de la synthèse des approches génériques**

Niveau d'analyse	Problèmes spécifiques	Approches génériques retenues
1	Inexistence d'un plan de suivi des activités	Approche basée sur une prise de conscience des acteurs en ce qui concerne l'importance d'un plan de suivi des activités.
2	Inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités	Approche axée sur la transmission à temps des programmations mensuelles.
3	Manque de suivi participatif des activités	Approche basée sur la gestion participative des activités.

**Source** : résultats de la vision globale

#### **B – Séquence de résolution de la problématique**

La restitution de notre vision globale de résolution se fera en deux (02) phases :

Première phase : du cadre théorique à la méthodologie de l'étude :

1. fixation des objectifs de l'étude ;
2. identification des causes supposées être à la base des différents problèmes spécifiques ;
3. formulation des hypothèses liées aux problèmes à résoudre ;
4. construction de tableau de bord de l'étude ;
5. revue de la littérature ;
6. méthodologie de l'étude.

---

Deuxième phase : de la présentation et analyse des résultats de l'enquête aux conditions de mise en œuvre des solutions :

1. présentation et analyse des résultats de l'enquête ;
2. vérification des hypothèses et établissement de diagnostic ;
3. approches de solutions aux problèmes ;
4. conditions de mise en œuvre des solutions.

Nous détaillerons chacune de ces phases dans les chapitres suivants.

## **CHAPITRE PREMIER :**

# **CONCEPTION ET MISE EN APPLICATION DU CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE**

Le présent chapitre sera consacré d'abord au cadre théorique et méthodologique de l'étude en passant successivement les objectifs de l'étude et les causes supposées être à la base des différents problèmes spécifiques, les hypothèses liées aux problèmes à résoudre, le tableau de bord de l'étude, la revue de la littérature et la méthodologie de l'étude.

## **Section I : Cadre théorique et revue de la littérature**

Dans cette section, nous présenterons dans un premier paragraphe les objectifs, les hypothèses, le tableau de bord de l'étude puis la revue de la littérature, et la méthodologie de l'étude fera l'objet d'un deuxième paragraphe.

### **Paragraphe I : Objectifs, causes supposées, hypothèses et tableau de bord de l'étude**

Dès que nous aurons fixé les objectifs, nous aurons à déterminer les causes supposées être à la base des problèmes spécifiques afin de formuler des hypothèses de l'étude.

#### **I – Objectifs, causes supposées et hypothèses**

Avant de fixer les objectifs de l'étude, rappelons que la problématique de l'étude est celle de **l'efficacité du suivi des activités**. Le problème général lié à cette problématique est **la faible efficacité du suivi des activités**. Les problèmes spécifiques y afférents sont :

- Inexistence d'un plan de suivi des activités ;
- Inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités ; et
- Manque de suivi participatif des activités.

Nous fixerons les objectifs par conséquent en termes d'objectif général par rapport au problème général, et d'objectifs spécifiques par rapport à chaque problème spécifique.

---

## **A – Fixation des objectifs de l'étude**

### ➤ **Objectif général** :

L'objectif général de notre étude est de contribuer à l'amélioration du suivi des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral.

### ➤ **Objectifs spécifiques** :

- Suggérer les conditions de la mise en place d'un plan de suivi des activités ;
- proposer les conditions d'élaboration d'un tableau de bord pour le suivi des activités ;
- envisager un suivi participatif des activités.

## **B – Identification des causes supposées être à la base des problèmes spécifiques et formulation des hypothèses de l'étude**

### 1 - Causes supposées être à la base des problèmes

Il s'agit ici des causes probables pouvant être à la base des problèmes identifiés. Mais en raison du fait que la cause générale est la formulation générique unifiée des différentes causes spécifiques, seules celles-ci seront présentées. Elles sont relatives aux problèmes spécifiques et ne seront confirmées qu'après notre enquête.

Quels sont les liens de causalité des problèmes sélectionnés ?

### 2- Formulation des hypothèses de l'étude

Les hypothèses de l'étude concernent essentiellement le niveau spécifique. Leur formulation passe par les causes supposées de chacun des problèmes spécifiques en résolution.

---

- **Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°1**

A la base du problème spécifique relatif à l'inexistence d'un plan de suivi des activités, nous avons identifié comme causes possibles :

- la négligence dans la mise en place d'un plan de suivi des activités par les acteurs ;
- la non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs.

Mais, la négligence dans la mise en place de cet outil nous paraît peu plausible en ce sens que pendant notre stage au SEPS nous avons noté avec satisfaction la célérité et le dévouement avec lesquels les cadres dudit service exécutent les tâches courantes qui leur sont assignées. La deuxième cause supposée nous paraît plus admissible. Ainsi, **l'hypothèse n°1** suivante peut être formulée : *la non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs explique l'inexistence du plan de suivi des activités.*

- **Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°2**

En ce qui concerne le problème spécifique relatif à l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités, nous avons retenu comme causes possibles :

- la non-perception du rôle d'un tableau de bord pour le suivi des activités ;
- la non-transmission de la programmation mensuelle des activités.

Mais de l'analyse, il apparaît que les responsables sont conscients du rôle que peut jouer cet outil pour un suivi efficace en raison des indicateurs définis dans les annuaires statistiques. Donc cette cause ne semble pas être à la base du problème de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités.

La cause de la non-transmission à temps de la programmation mensuelle des activités nous paraît plus admissible pour justifier l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités, d'autant plus que pendant notre stage nous

avons noté que les programmations ne sont pas systématiquement transmises au SEPS.

Pour ce faire, nous pouvons être amené à formuler **l'hypothèse n°2** de la manière suivante : *la non-transmission de la programmation mensuelle des activités justifie l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités.*

- **Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°3**

A propos du problème lié au manque de suivi participatif des activités, nous avons supposé deux causes possibles, à savoir :

- la gestion non transparente des activités ;
- l'absence d'un cadre formel de suivi participatif des activités.

Mais de notre analyse et eu égard à nos observations de stage, nous nous sommes aperçu qu'en matière de gestion des activités, aucun indice ne nous permet d'évoquer la cause de non transparence. De même, tous les acteurs de la chaîne font preuve d'ouverture dans l'exécution de leurs tâches. Par conséquent, cette cause nous paraît peu acceptable pour expliquer le phénomène.

L'absence d'un cadre formel de suivi participatif des activités paraît plus pertinente pour expliquer le manque de suivi participatif des activités puisqu'il n'existe aucun texte pour contraindre les acteurs au niveau des services et des zones sanitaires à impliquer le SEPS à leurs activités de suivi. Par conséquent, **l'hypothèse n° 3** peut être proposée de la manière suivante : *le manque de suivi participatif des activités est lié à l'absence d'un cadre formel.*

## **II – Construction du tableau de bord de l'étude**

Ce tableau est un récapitulatif de la problématique choisie, des objectifs poursuivis, des problèmes spécifiques retenus, des causes supposées être à l'origine de ces derniers et des hypothèses supra exposées.

**Tableau n°7 : Tableau de bord de l'étude : "Approche pour un suivi efficace des activités à la DDS A-L"**

Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
<b>Niveau général</b>	<u>Problème général</u> : La faible efficacité du suivi des activités à la DDS A-L.	<u>Objectif général</u> : Contribuer à l'amélioration du suivi des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral.	----	-----
<b>Niveaux spécifiques</b>	<b>1</b> <u>Problème spécifique 1</u> : L'inexistence d'un plan de suivi des activités.	<u>Objectif spécifique 1</u> : Suggérer les conditions de la mise en place d'un plan de suivi des activités.	<u>Cause spécifique 1</u> : La non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs.	<u>Hypothèse spécifique 1</u> : La non-perception de l'importance d'un plan de suivi par les acteurs explique l'inexistence du plan de suivi des activités.
	<b>2</b> <u>Problème spécifique 2</u> : L'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités.	<u>Objectif spécifique 2</u> : Proposer les conditions d'élaboration d'un tableau de bord pour le suivi des activités.	<u>Cause spécifique 2</u> : La non-transmission de la programmation mensuelle des activités.	<u>Hypothèse spécifique 2</u> : L'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités se justifie par la non-transmission de la programmation mensuelle des activités.
	<b>3</b> <u>Problème spécifique 3</u> : Le manque de suivi participatif des activités.	<u>Objectif spécifique 3</u> : Envisager un suivi participatif des activités.	<u>Cause spécifique 3</u> : L'absence d'un cadre formel de suivi participatif des activités.	<u>Hypothèse spécifique 3</u> : Le manque de suivi participatif des activités est lié à l'absence d'un cadre formel.

**Source** : résultats de nos investigations

## **Paragraphe II : Revue de la littérature**

A ce niveau, nous avons parcouru successivement la Documentation de la DDS A-L, le Centre de documentation du Ministère de la Santé, la Bibliothèque Patrick VIEYRA de l'ENAM de même que la Bibliothèque de l'Université. Nous avons aussi fait de recherches sur Internet.

La revue de la littérature que nous présentons ci-dessous vise à faire le point des connaissances acquises sur les problèmes en résolution afin d'aider à mieux cerner certaines notions nécessaires à la compréhension et au développement de notre sujet de recherche.

Pour ce faire, il sera question d'exposer les contributions antérieures à la résolution des problèmes spécifiques se présentant comme ci-après :

- Inexistence d'un plan de suivi des activités ;
- Inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités ; et
- Manque de suivi participatif des activités.

Mais avant de faire l'état des connaissances acquises sur ces problèmes, la clarification de quelques concepts nous paraît nécessaire.

### **Clarification sur les concepts de suivi et d'évaluation.**

Selon le Dictionnaire Le Petit Larousse Illustré, le **suivi** est un " *contrôle permanent sur une période prolongée ; c'est un ensemble d'opérations consistant à suivre et à surveiller un processus* ".

D'après GUIJT Irene (1998), le **suivi** est " *un processus continu et systématique qui mesure le progrès et les changements amenés par l'exécution d'un ensemble d'activités, au cours d'une période et sur la base d'indicateurs déterminés d'avance* ".

SHAPIRO Janet (2001) affirme que "le suivi est la collecte et l'analyse systématique des informations au fur et à mesure de la progression d'un projet".

Bien que les termes "suivi et évaluation" tendent à être utilisés ensemble, comme s'il ne s'agissait que d'une seule et même chose, le suivi et l'évaluation sont en fait deux séries bien distinctes d'activités organisationnelles, reliées, mais non identiques.

En effet, l'**évaluation** est la comparaison entre l'effet réel du projet et le plan stratégique sur lequel vous vous êtes mis d'accord. Elle se rapporte à ce que vous aviez entrepris de faire, ce que vous avez accompli et la façon dont vous avez mené à bien vos activités. L'évaluation peut être *formative* (prenant place durant le déroulement, le cycle de vie de votre projet ou de votre organisation, avec l'intention d'améliorer la stratégie ou la façon de fonctionner du projet ou de l'organisation). L'évaluation peut aussi être *sommative* (tirant les conséquences d'un projet terminé ou d'une organisation qui n'est plus en exercice). On parle également d'évaluation *ex ante* (avant le démarrage du projet), d'évaluation *durant* (au cours de la vie du projet) et d'évaluation *ex post* lorsqu'elle est faite après que le projet a été entièrement complété.

Notre étude n'a pas pour ambition de se pencher sur l'aspect évaluation des activités. Nous pensons qu'une autre étude pourrait ultérieurement s'en occuper.

Ces clarifications étant faites, nous allons aborder les contributions antérieures sur les problèmes en résolution.

## **L'exposé des contributions antérieures sur les problèmes spécifiques**

### ***1- L'exposé des contributions antérieures sur l'inexistence d'un plan de suivi des activités***

Le plan d'action annuel est un document contenant l'ensemble des activités pour une période d'un an (PTA). Ces activités sont planifiées, chiffrées

et liées à des objectifs bien précis. Il est donc question de planification, qui est une projection sur l'avenir. En effet, planifier, c'est mettre en œuvre un processus qui amène à décider de ce que l'on veut faire, comment le faire et quand le faire. La planification implique une relation de causalité entre l'action entreprise et les résultats escomptés. Elle est multidisciplinaire et est un processus continu et dynamique, évolutif et progressif qui part d'un constat de problème vers la résolution de ce dernier.

Le plan de suivi est l'étape finale du plan d'action et plus particulièrement du plan de déroulement détaillé et de mesure. Le plan de suivi permet de visualiser les résultats, les causes et les données collectées. Il est un outil de gestion au niveau des concepteurs et des exécutants. Il permet de rendre compte vers les niveaux de décisions. Il permet également de suivre l'évolution des actions et de prendre les mesures adéquates. Il est composé des objectifs généraux ou priorités, des sous-objectifs, des objectifs opérationnels, des activités et des sous-activités, des responsables et des chefs de projet, des indicateurs et les résultats.

Comme caractéristiques, le plan de suivi doit être :

- clair : il doit permettre une lecture aisée par l'utilisation de symboles et de couleurs ;
- accessible en consultation par tous les membres du personnel ;
- accessible en rédaction par les différents responsables des activités ;
- convivial et doit utiliser les données existantes.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2009, p.47) dans le Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, l'élaboration d'un plan de suivi passe par cinq (05) étapes, à savoir :

1. recenser les buts et les objectifs du programme ;
2. mettre au point un cadre de suivi ;
3. définir et choisir des indicateurs pertinents ;
4. identifier les sources et les méthodes de collecte de données ;

## 5. élaborer un plan de mise en œuvre du suivi.

Le suivi fournit aux gestionnaires et aux décideurs à tous les niveaux les informations pertinentes dont ils ont besoin pour agir, par exemple élaborer des politiques, fixer les priorités, établir la planification stratégique, concevoir et mettre en œuvre les programmes et les projets, et allouer ou réallouer les ressources.

D'après MEKA ZE Emmanuel (2008), Directeur exécutif de l'Organisation Internationale des Bois Tropicaux (OIBT), le plan de suivi se compose de :

- Objets et indicateurs identifiés devant être examinés au regard des apports, y compris les dépenses, les produits, les résultats et impacts (Quoi) ;
- Méthodes/moyens de vérification et périodicité des recueils de données concernant les indicateurs (comment, quand, par qui ?) ;
- Traitement et analyse des données ;
- La définition des actions correctrices.

Selon MADINDE OKE A. Marcelle (2012), la résolution du problème relatif au manque de suivi des plans d'action passe par la conception d'un plan de suivi et évaluation, la formation des acteurs et l'incitation à la mise en œuvre effective de ce plan. Pour elle, un bon leader accorde de l'importance aux mécanismes qui permettent de mesurer le rendement de la structure, les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs établis. Il cherche à savoir : qu'avons-nous décidé ? Où en sommes-nous ? Comment faire mieux ?

## ***2- L'exposé des contributions antérieures sur l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités***

« Un tableau de bord est un outil de gestion composé d'indicateurs qui permet le suivi des objectifs fixés, d'avoir un état et une tendance générale de l'activité », explique HARACHE Christine. C'est un outil d'aide à la prise de

décision qui, en un seul support, regroupe l'ensemble des clignotants les plus importants. Il permet par exemple de faire des reporting<sup>1</sup> à son supérieur.

Le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs peu nombreux conçus pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec la nature de leurs fonctions selon BOUQUIN Henri (2003) dans son document "*Le contrôle de gestion*". C'est un outil de pilotage qui souligne l'état d'avancement dans lequel se trouve le processus afin de permettre au responsable de mettre en place des actions correctives.

Pour FERNANDEZ Alain (2005), un tableau de bord est un instrument de mesure de la performance facilitant le pilotage "proactif" d'une ou plusieurs activités dans le cadre d'une démarche de progrès. Il contribue à réduire l'incertitude et facilite la prise de risque inhérente à toutes décisions. C'est un instrument d'aide à la décision.

Quant à MADERS Henri-Pierre et CLET Etienne (2005), le tableau de bord est un document constitué d'un ensemble d'indicateurs qui permet au gestionnaire du projet de surveiller, contrôler, voire maîtriser l'avancement du projet et les aléas. Compte tenu de l'exhaustivité des informations nécessaires au suivi des activités et qu'il faut absolument collecter, le tableau de bord doit être un document synthétique qui rassemble toutes les différentes activités.

Pour ALECIAN Serge et FOUCHER Dominique dans "*Guide du management dans les services publics*", le tableau de bord est un document qui rassemble, en peu d'espace, systématiquement, visiblement et clairement, les informations permettant de savoir rapidement si le fonctionnement de l'entreprise est celui prévu ou jugé comme normal et permet à celui qui l'exploite d'orienter ses décisions. Il en découle que le tableau de bord est la synthèse des données mesurables et rendues significatives, destinées à donner

1- Reporting : opération consistant, pour une entreprise à faire un rapport de son activité

aux responsables de l'entreprise le moyen de prévoir et, si besoin est, d'entreprendre les actions correctives nécessaires.

ALAZARD Claude et SEPARI Sabine le définissent comme "un ensemble d'indicateurs organisés en système, suivis par la même équipe ou le même responsable, pour aider à décider, à coordonner, à contrôler les activités d'un service". Au regard de cette possibilité qu'il offre, le tableau de bord apparaît comme un excellent outil de management. Il est souvent utilisé pour optimiser le mécanisme de gestion d'une entreprise ou d'une organisation. Il s'inscrit dans les principes de gestion énoncés par FAYOL Henri (prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler), les termes repris aujourd'hui sous l'acronyme « PODC » : « Planifier, Organiser, Diriger et Contrôler ».

Le tableau de bord donne le visage de l'évolution des activités. Il permet de superviser la réalisation effective des activités. C'est un schéma à effet immédiat. Ce qui traduit que c'est ce que l'on veut observer dans une période donnée qu'on décrit dans le tableau. Il permet au responsable de pouvoir suivre les acteurs dans leurs mouvements.

C'est à ce propos que GERVAIS Michel définit les tableaux de bord comme "un système d'information permettant de connaître en permanence et le plus rapidement possible, les données indispensables pour contrôler la marche de l'entreprise à court terme et faciliter, dans celle-ci, l'exercice des responsabilités".

MARTORY Bernard (2004), quant à lui, a donné plusieurs définitions du tableau de bord au nombre desquelles nous pouvons retenir que :

- un tableau de bord est un support informatif (document papier, écran informatique) qui contient et présente des informations et synthèse sous forme de ratios et d'indicateurs permettant au manager de prendre connaissance d'une situation globale dans un temps limité dans le but d'éclairer la prise de décision ;

- le tableau de bord est l'ensemble des indicateurs et de « clignotants » permettant de suivre l'évolution de l'entreprise ou de l'administration. Il est destiné à donner aux dirigeants le moyen de prévoir, et au besoin d'entreprendre, les actions utiles nécessaires.

Quant à KAPLAN Norbert et NORTON David (1994), ils estiment que :

- le tableau de bord est un outil privilégié de contrôle et de suivi. Il permet une bonne visualisation des processus, du fonctionnement et des actions d'un service.

- le tableau de bord est un outil destiné au responsable, pour lui permettre, grâce à des indicateurs présentés d'une manière synthétique, de contrôler le fonctionnement de son système, d'analyser les écarts significatifs afin de prévoir et de décider.

Cette dernière définition est la plus complète. Elle est porteuse d'une dynamique à travers l'outil qui est indispensable pour agir ; le responsable qui veille à la mission et les objectifs de l'organisation ; les indicateurs qui doivent être pertinents et en nombre réduit ; le contrôle dans le sens de maîtrise de l'action ; les écarts qui signifient la problématique ; prévoir le futur, la tendance et l'intuition ; décider signifie le choix et la négociation.

En conclusion, le tableau de bord est un outil réactif qui contient des informations limitées en nombre et produites rapidement ; il met l'accent directement sur les sources des problèmes dans un langage adapté au décideur.

Le tableau de bord est un véritable outil de gestion et d'évaluation du projet. Il a pour fonction de :

- présenter de manière synthétique et lisible les informations principales relatives à l'avancement d'un projet ;
- permettre le suivi et de mesurer les écarts.

GRAY Jack et PESQUEUX Yvon (1993) remarquent que si le tableau de bord sert à suivre les objectifs généraux au niveau du siège, il peut être un outil parmi d'autres. Par contre, s'il sert au suivi du fonctionnement courant au niveau des opérationnels ; il doit alors être un outil central.

Selon la tradition du tableau de bord, c'est un outil pour le top management de l'entreprise ; il fournit une vision globale et rapide de ses opérations et de l'état de l'environnement.

Jusqu'aux années 80, le tableau de bord était principalement considéré comme un instrument de *reporting*, rendant possible le contrôle de la réalisation des objectifs fixés à l'avance, et comme un outil de diagnostic, réaction et dialogue entre niveaux hiérarchiques (ARDOIN et al., 1986).

Toutefois, il existe des divergences de perceptions entre managers et contrôleurs de gestion dans le choix des indicateurs de mesure de la performance.

Que ce soit dans le tableau de bord à la française ou dans le Balanced Scorecard américain, le choix des indicateurs de mesure de la performance pose beaucoup de difficultés, à la fois, pour les concepteurs de ces outils que pour ses utilisateurs (direction générale ou managers intermédiaires). Plusieurs approches sont préconisées dans la littérature, toutefois, selon LORINO Philippe (2003), «les indicateurs de pilotage ne sont pas choisis « bottom-up » «à l'inspiration», en fonction de logiques locales, ni « top-down », en fonction de l'humeur du chef, mais ils traduisent l'élaboration collective des objectifs stratégiques et des principaux leviers d'action associés ».

### ***3- L'exposé des contributions antérieures sur le manque de suivi participatif des activités***

Il n'y a pas de définition ni d'approche uniques du suivi participatif. Ce qui laisse le champ libre à l'interprétation et à l'expérimentation. La plupart des expériences documentées en matière de suivi participatif appartiennent au

domaine du développement agricole, environnemental et rural. Les expériences faites dans les domaines sanitaire et éducatif sont moins aisément disponibles.

Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA, 1997), le suivi participatif :

- est un processus d'apprentissage individuel et collectif et de développement des capacités, à travers lequel chacun devient plus conscient de ses points forts et de ses points faibles, des réalités sociales plus larges qui l'environnent, et de ses visions et perspectives sur les résultats du développement. Ce processus d'apprentissage crée des conditions favorables au changement et à l'action.
- met l'accent sur des degrés variables de participation (de faible à forte) des différents types de parties prenantes s'agissant de mettre en route et de conduire le suivi des activités, ainsi que d'en définir les paramètres.
- est un processus social de négociation entre les différents besoins, attentes et conceptions générales des individus concernés.
- est un processus souple, qui évolue et s'adapte en permanence aux conditions et aux besoins spécifiques d'organisation.

L'introduction à l'UNFPA de l'approche de la gestion du programme axée sur les résultats a exigé un renforcement des partenariats, de la participation et du travail d'équipe à tous les niveaux et étapes du processus de réalisation des activités.

De ces expériences, nous déduisons qu'il faut chercher à s'éloigner de l'approche classique du suivi pour aller dans le sens d'une approche plus participative.

Les parties prenantes du suivi sont tous les individus qui ont un enjeu dans l'organisation. Ce sont tous ceux qui prennent des décisions en utilisant les données et constatations du suivi.

Les avantages du suivi participatif sont la définition d'indicateurs et de critères pertinents en impliquant les principaux acteurs concernés, l'appropriation de la démarche, l'acceptation des critères d'évaluation, de l'interprétation des résultats et des recommandations, les échanges entre l'organisme et ses partenaires ou bailleurs de fonds.

Selon la fiche du Projet d'Agriculture et Développement Rural et Durables (ADRD) sur l'évolution des systèmes agricoles de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), le suivi participatif est essentiel pour favoriser une bonne communication et de bonnes relations entre tous les acteurs, ainsi que pour faire les ajustements nécessaires au projet de façon opportune.

LAMOUREUX Philippe (2008) du Centre de Ressources Nationales (CDRN) en France affirme que la démarche participative, notion en vogue tant dans les politiques publiques, dans les actions associatives que dans les engagements des collectivités consiste à associer activement les utilisateurs au développement du projet. Cette notion est reprise dans le domaine de la prévention sanitaire, dans l'organisation des soins (démarche palliative), etc.

Pour HOUARD Benoît (2010), dans son article publié sur l'Agriculture au Bénin, le suivi-évaluation participatif (SEP) est un processus par lequel les principaux acteurs prennent une part centrale dans la définition des objectifs du suivi-évaluation, le choix des indicateurs, le choix et l'application des outils de collecte des informations, leur interprétation, l'identification et la mise en œuvre des actions de changement nécessaires.

Dans le manuel de consultation et de participation des parties prenantes aux opérations de la Banque Africaine de Développement (2001), le suivi-évaluation participatif est un processus qui implique les parties prenantes à différents niveaux, les amène à travailler ensemble pour évaluer un projet et prendre toute mesure corrective nécessaire. Le suivi est initié comme un

processus continu tout le long du cycle du projet, alors que les évaluations sont généralement menées à mi-parcours, à l'achèvement et rétrospectivement.

Quels sont les avantages du suivi participatif ?

Le suivi participatif devrait remplir quatre fonctions clés, à savoir :

- aider à renforcer la capacité des parties prenantes à réfléchir, analyser et intervenir ;
- aider à développer les enseignements pouvant mener à une action corrective ;
- fournir aux parties prenantes et aux gestionnaires de programmes des informations sur le degré d'accomplissement des objectifs du projet et les ressources utilisées ; et
- aider le personnel du programme à améliorer l'exécution de ce programme.

## **Section II : Méthodologie de l'étude**

Pour mener à bien cette étude, nous présenteront sa dimension empirique qui sera suivie de la dimension théorique qui convient à la résolution des problèmes spécifiques.

### **Paragraphe I : Dimension empirique**

Il est particulièrement question ici d'une approche basée sur l'observation, sur le vécu et non sur une théorie élaborée. Elle permettra ainsi de décrire la méthode d'enquête que nous avons utilisée pour la détermination des causes réelles des problèmes. La restitution de celle que nous avons empruntée s'articulera autour des étapes ci-après :

#### **I – Objectif de l'enquête, cadre de l'enquête et population cible**

##### **A – Objectif de l'enquête**

Dans notre recherche-diagnostic, nous avons retenu certaines causes supposées à la base des problèmes spécifiques identifiés. Pour cela, nous avons

émis des hypothèses. L'objectif poursuivi par l'enquête est de mobiliser les données relatives aux causes réelles qui expliquent ces problèmes identifiés afin de vérifier ces hypothèses. Autrement dit, les informations du terrain nous permettront de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

## **B – Cadre de l'enquête et population cible**

Le cadre de notre étude est la DDS A-L à travers ses onze (11) services et les sept (07) zones sanitaires dont elle a la charge.

La population cible choisie est composée des acteurs principaux intervenant dans la chaîne de planification et de suivi des activités. Il s'agit des :

- Chefs de services ;
- Médecins Coordonnateurs des Zones Sanitaires (MCZS) ;
- Chargés de l'Administration et des Ressources (CAR) ;
- Cadres du Service des Etudes, de la Planification et du Suivi.

Aussi, nous sommes-nous intéressé aux anciens médecins coordonnateurs de ces zones sanitaires qui occupent actuellement d'autres postes.

## **II – Nature de l'enquête et technique de collecte des données**

### **A – Nature de l'enquête**

Comme nous l'avons dit plus haut, l'objectif de l'enquête est de procéder à la vérification des hypothèses que nous avons formulées. Cette enquête qui s'est déroulée au cours du mois de novembre 2012 a été réalisée au moyen d'un questionnaire conçu autour des variables que nous présenterons dans les lignes qui suivront.

Les données de l'enquête que nous avons réalisée sont relatives :

- à la justification que donnent les enquêtés sur l'inexistence d'un plan de suivi des activités ;

- aux raisons qui justifient selon les enquêtés l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités ;
- au motif qui est à la base du manque d'un suivi participatif des activités.

## **B – Échantillonnage**

Le questionnaire est adressé aux acteurs ci-dessus cités, à savoir, les chefs de services (11 personnes), les MCZS (07 personnes), les CAR (07 personnes), les cadres du SEPS (02) et quelques anciens MCZS (04 personnes). Soit un total de trente et une (31) personnes. De ces personnes enquêtées, 29 ont répondu.

## **C – Conception des questions d'enquête**

Le questionnaire est essentiellement conçu par rapport aux questions fondamentales (problèmes spécifiques) identifiées au cours de notre étude. Les réponses à ces questions nous ont aidé à vérifier les hypothèses émises et à recueillir de la part des enquêtés des suggestions pour la résolution des problèmes.

## **D – Technique de dépouillement et outils de présentation**

Les données recueillies par le biais du questionnaire administré à la cible retenue ont été dépouillées de façon manuelle. Le traitement des données numériques a été fait au moyen du tableur Excel pour la détermination des taux à comparer à nos seuils de décision.

Les résultats obtenus sont présentés dans des tableaux pour vérifier les hypothèses et leur représentation graphique est faite sous la forme de camembert et ont permis de tirer les conclusions qui s'imposent.

## **E – Difficultés rencontrées**

Nous nous sommes heurté à certaines difficultés telles que :

- la non-disponibilité des personnes à enquêter qui sont très occupées et très mobiles du fait des activités se déroulant hors de leur cadre de travail ;

- le problème de faibles moyens financiers dont nous disposons pour faire les déplacements répétés, surtout vers les zones sanitaires se situant dans le département de l'Atlantique.

## **Paragraphe II : Dimension théorique**

L'approche théorique est liée à chaque problème spécifique et a pour but de faire le point des théories ou règles existantes en la matière. Aussi, permet-elle de fixer les seuils de décision par rapport au degré de validation des hypothèses émises.

### **I – Choix théorique lié à l'inexistence d'un plan de suivi des activités**

#### **A – Présentation de la théorie et des normes d'amélioration liées à ce problème spécifique**

L'approche théorique pour examiner le problème lié à l'inexistence d'un plan de suivi des activités sera basée non seulement sur l'affirmation de l'auteur SÉNÈQUE Lucius Annaeus selon laquelle « il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait où il va », mais aussi sur l'exigence du PNDS qui prévoit au nombre des outils pour faire le suivi, le plan de suivi des réalisations physiques. En effet, il n'est pas tout que d'élaborer de bons plans d'action, il faut pouvoir les suivre et les évaluer. Le suivi favorise l'utilisation judicieuse des ressources financières et l'atteinte des objectifs définis.

#### **B – Seuil de décision lié au problème de l'inexistence d'un plan de suivi des activités**

En raison de l'importance de ce problème spécifique dans l'atteinte des objectifs et des résultats et la réalisation de la performance, seules seront retenues les causes dont les fréquences relatives seraient les plus élevées lors de l'enquête. La question comportera au plus trois (03) items. Si nous supposons que le poids total des items spécifiés est de 100 %, le poids moyen par item sera

alors de 33% environ. Ainsi, le choix se fera par rapport à l'item qui aura un poids supérieur ou égal à 33%.

## **II – Choix théorique lié à l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités**

### **A – Présentation de la théorie et des normes d'amélioration liées à ce problème spécifique**

Le tableau de bord fait partie des outils ou supports à concevoir pour le suivi. Il doit dès sa conception permettre un dialogue entre les différents niveaux hiérarchiques. Véritable outil de communication, il doit permettre aux subordonnés de commenter les résultats de son action, les faiblesses et les points forts. Il permet des demandes de moyens supplémentaires ou des directives plus précises. Le tableau de bord bien conçu est un référentiel commun pour des échanges constructifs. Il peut être un levier pour une coordination et une coopération des acteurs dans un consensus actif. Il est un outil de management de l'organisation et un moyen de contrôle des faits sur le terrain, qui permet de s'assurer que les objectifs ne sont pas sacrifiés, ni négligés ou abandonnés en cours de route.

Il permet de s'assurer que le projet progresse bien vers ses objectifs, de faire des ajustements et correctifs nécessaires pendant l'exécution sans attendre l'évaluation.

### **B – Seuil de décision lié au problème de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités**

La question relative à l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités comportera trois (03) items. Considérons que le poids total des items fait 100%, le poids moyen par item sera alors de 33% environ. Ainsi, le choix se fera par rapport à l'item qui aura un poids supérieur à ce poids moyen.

---

### **III – Choix théorique lié au manque de suivi participatif des activités**

#### **A– Présentation de la théorie et des normes d'amélioration liées à ce problème spécifique**

Le suivi participatif est un processus qui implique les parties prenantes à différents niveaux, les amène à travailler ensemble pour évaluer des activités et prendre toutes mesures correctives nécessaires. Cette approche permet l'appropriation et l'engagement des parties prenantes dans l'exercice de suivi. C'est une théorie qui s'inscrit dans le même ordre d'idée que le postulat de la jarre trouée du roi Ghézo qui invitait *"tous les Dahoméens, Béninois d'aujourd'hui, à venir boucher du bout de leurs doigts les trous de la jarre"*. "Ensemble, on n'est fort" et "une seule main n'applaudit pas", dit-on.

#### **B – Seuil de décision lié au problème de manque de suivi participatif des activités**

La cause réelle se trouvant à la base du problème de manque d'un suivi participatif des activités sera celle qu'identifieront au moins 33% des personnes que nous enquêterons étant donné que la question y relative comportera trois (03) items et que le poids total des items spécifiés est de 100%. Toutefois, au cas où aucun item n'aura atteint ce taux, c'est l'item qui obtiendra la fréquence relative la plus élevée qui sera retenu.

## **CHAPITRE DEUXIEME :**

# **PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS**

A travers ce chapitre, nous présenterons et analyserons les résultats de l'enquête, vérifierons les hypothèses de recherche et établirons le diagnostic. Ensuite, nous proposerons des approches de solutions aux problèmes spécifiques en résolution puis nous énoncerons les conditions de leur mise en œuvre.

## **Section I : Présentation, analyse des résultats de l'enquête, vérification des hypothèses et établissement de diagnostic**

Dans cette section, nous procéderons, d'une part, à la présentation et à l'analyse des données recueillies puis, d'autre part, à la vérification des hypothèses et à l'établissement de diagnostic.

### **Paragraphe I : Présentation et analyse des résultats de l'enquête**

Les données recueillies au cours de l'enquête seront présentées et analysées par problème spécifique.

#### **I – Présentation et analyse des données relatives au problème de l'inexistence d'un plan de suivi des activités**

Il ressort du dépouillement de l'enquête que l'inexistence d'un plan de suivi des activités est due à la non-perception de son importance par les acteurs. Les résultats obtenus se présentent comme consignés dans le tableau ci-après :

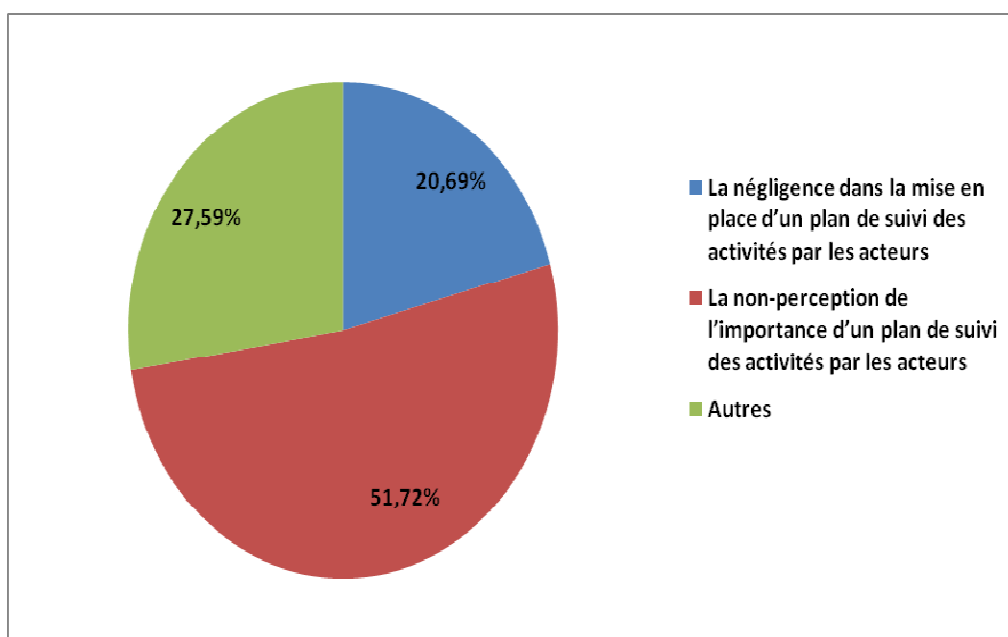
**Tableau n° 8 : Résultats de la question relative au problème de l'inexistence d'un plan de suivi des activités**

Problème spécifique n°1	Causes évoquées	Effectifs	Fréquence relative (%)
Inexistence d'un plan de suivi des activités	La négligence dans la mise en place d'un plan de suivi des activités par les acteurs	6	20,69
	La non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs	15	51,72
	Autres	8	27,59
Total		29	100

**Source** : résultats de l'enquête

Ces résultats sont graphiquement représentés comme suit :

**Graphique n°1 : Opinions des enquêtés sur les causes de l'inexistence d'un plan de suivi des activités**



**Source** : réalisé à partir du tableau n°8

De l'analyse des données recueillies, il ressort que les causes fondamentales liées au problème spécifique n°1 sont la non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs qui a recueilli sur 15 sur 29 opinions, soit 51,72%.

## **II – Présentation et analyse des données relatives au problème de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités**

Les résultats de notre enquête se présentent comme ci-après :

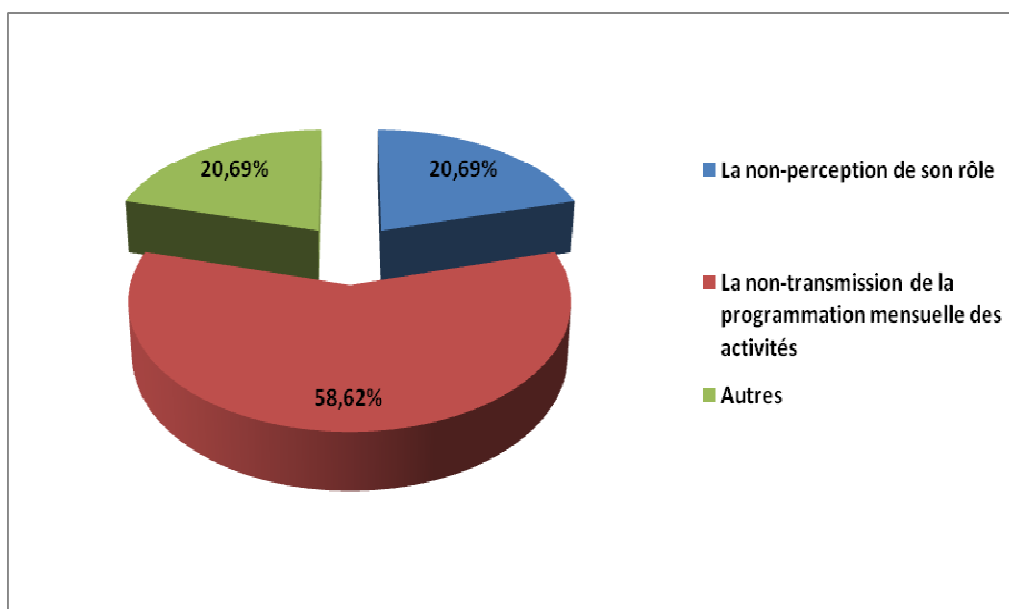
**Tableau n° 9 : Résultats de la question relative au problème de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités**

<b>Problème spécifique n°2</b>	<b>Causes évoquées</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence relative (%)</b>
Inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités	La non-perception de son rôle	6	20,69
	La non-transmission de la programmation mensuelle des activités	17	58,62
	Autres	6	20,69
Total		29	100

**Source** : résultats de l'enquête

Ces résultats sont graphiquement représentés comme suit :

**Graphique n°2 : Opinions des enquêtés sur les causes de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités**



**Source** : réalisé à partir du tableau n°9

En observant le tableau et le graphique ci-dessus, il ressort des résultats de l'enquête que la non-perception du rôle d'un tableau de bord et la non-transmission de la programmation mensuelle des activités et autres raisons ont recueilli respectivement 20,69%, 58,62% et 20,69% des opinions exprimées. Par

conséquent, la non-transmission de la programmation mensuelle des activités apparaît comme la cause de l'inexistence de cet outil.

### **III – Présentation et analyse des données relatives au problème du manque de suivi participatif des activités**

Notre objectif est d'identifier à ce niveau la cause du manque de suivi participatif des activités. Notre enquête nous a permis d'aboutir aux résultats ci-après :

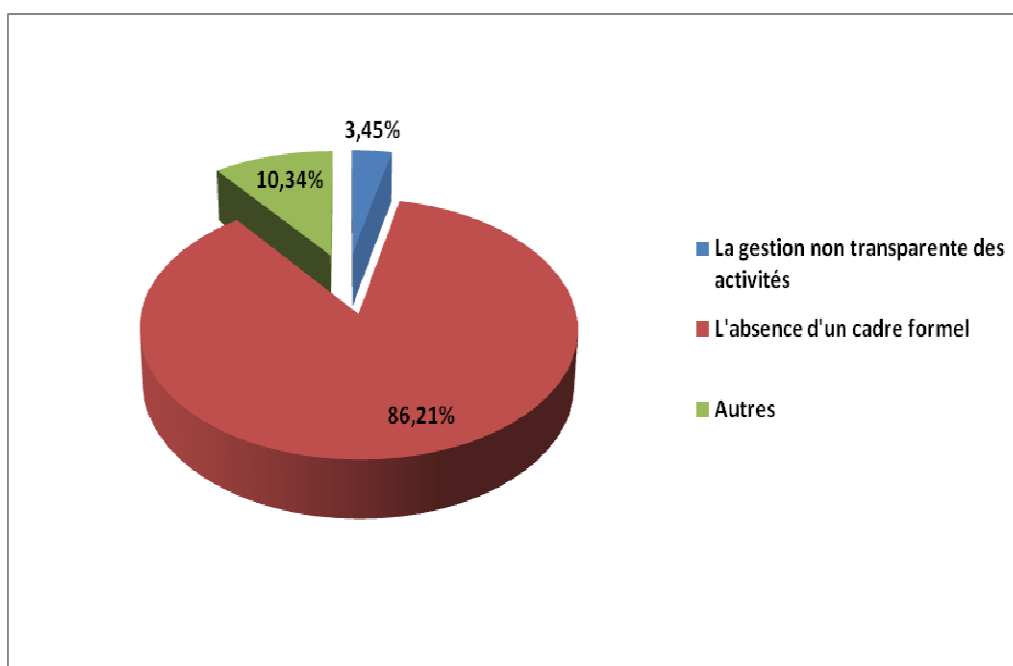
**Tableau n°10 : Résultats de la question relative au problème du manque de suivi participatif des activités**

<b>Problème spécifique n°3</b>	<b>Causes évoquées</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence relative (%)</b>
Manque d'un suivi participatif des activités	La gestion non transparente des activités	1	3,45
	L'absence d'un cadre formel	25	86,21
	Autres	3	10,34
Total		29	100

**Source** : résultats de l'enquête

Le graphique ci-après exprime mieux les opinions des enquêtés par rapport au manque de suivi participatif :

**Graphique n°3 : Opinions des enquêtés sur les causes du manque de suivi participatif des activités**



**Source** : réalisé à partir du tableau n°10

Ces données montrent que 86,21% des personnes enquêtées retiennent la cause de l'absence d'un cadre formel comme étant à la base du problème du manque d'un suivi participatif des activités pendant que 3,45% pensent que c'est plutôt pour des raisons de gestion non transparente des activités. Le reste des personnes enquêtées pensent que le manque de suivi participatif est lié à des raisons essentiellement financières.

## **Paragraphe II : Vérification des hypothèses et établissement de diagnostic**

Ce paragraphe permettra de vérifier les différentes hypothèses formulées et d'établir le diagnostic par rapport à chaque problème spécifique identifié.

### **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 que nous nous sommes fixés. Cette vérification sera faite hypothèse par hypothèse.

#### **A – Degré de vérification de l'hypothèse n°1**

Pour ce qui est de l'inexistence d'un plan de suivi des activités, nous nous sommes fixé pour seuil de décision de retenir tout item qui aura un poids supérieur à 33%. De l'analyse des résultats, il ressort que l'item relatif à la non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs a obtenu un taux de 51,12%, qui est au-dessus du seuil fixé. Il en découle que l'hypothèse n°1 de notre étude est vérifiée.

#### **B – Degré de vérification de l'hypothèse n°2**

Les données quantitatives, ayant servi de base à notre analyse, ont révélé que la cause de non-transmission de la programmation mensuelle des activités a totalisé une fréquence relative élevée de 58,62%. Le seuil de décision de 33%

fixé étant largement dépassé, on peut conclure que l'hypothèse du problème spécifique n°2 est confirmée.

### **C – Degré de vérification de l'hypothèse n°3**

Pour identifier la cause se trouvant à la base du manque de suivi participatif des activités, tout item ayant un poids d'au moins 33% est retenu comme seuil de décision. Il ressort des données recueillies que seule l'absence d'un cadre formel est largement au-dessus de ce seuil de décision fixé. Notre hypothèse de départ se trouve donc totalement confirmée.

## **II – Etablissement de diagnostic**

Le diagnostic consiste pour nous à affecter à chaque problème spécifique la cause réelle se trouvant à sa base. Ainsi, nous avons ce qui suit :

### **A – Élément de diagnostic du problème spécifique n°1**

La non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs explique l'inexistence du plan de suivi des activités.

### **B – Élément de diagnostic du problème spécifique n°2**

La non-transmission de la programmation mensuelle des activités justifie l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités.

### **C – Élément de diagnostic du problème spécifique n°3**

Le manque de suivi participatif des activités est lié à l'absence d'un cadre formel.

## **Section II : Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre**

L'objectif général de notre étude est de contribuer à l'amélioration du suivi des activités à la DDS A-L. Il s'agit dans cette section-ci de proposer des solutions pouvant permettre l'éradication des causes à la base des problèmes spécifiques liés à la problématique de notre étude et de formuler des recommandations pour assurer l'efficacité desdites solutions.

### **Paragraphe I : Approches de solutions aux problèmes**

Les solutions suivantes sont suggérées pour éradiquer les différentes causes des problèmes spécifiques identifiés ; ce qui conduit à la résolution du problème général.

#### **I – Approches de solutions au problème d'inexistence d'un plan de suivi des activités**

Le dispositif de gestion de la qualité repose sur le concept « plan, mise en œuvre, vérification et action » dans lequel la vérification est représentée par le suivi ou contrôle. Le suivi (*monitoring* en anglais) est le processus ininterrompu de recueil et d'analyse de données (indicateurs), devant servir à identifier tout besoin d'action correctrice qui permette l'exécution des activités dans la perspective de l'atteinte des objectifs.

La surveillance de l'exécution des activités permet de concevoir et de mettre en œuvre des actions correctrices et d'éviter de se trouver confronté à des retards imprévus dans l'atteinte des résultats. Nous proposons :

- la mise en place d'un système de veille pour anticiper tous dysfonctionnements possibles. Un tel système incarné par le plan de suivi doit permettre de vérifier les prévisions et de les confronter aux réalisations.
- une prise de conscience par les acteurs du suivi de l'importance d'un plan de suivi des activités qui est très important pour la DDS A-L, car il

permettra, d'une part, de consigner les informations sur les activités réalisées et, d'autre part, d'accorder une attention particulière aux facteurs susceptibles de nuire à la réalisation des activités, et ce, en vue d'apporter les ajustements requis.

L'utilité de la consignation des renseignements sur les activités réalisées est double. Elle sert à garder des traces des activités réalisées pour être en mesure de porter à l'évaluation (bilan), un regard critique sur la progression des activités. Elle permet d'être en mesure de fournir, sur demande d'une autorité compétente, des preuves des activités réalisées en vue de manifester les performances.

## **II – Approches de solutions au problème d'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités**

A propos du tableau de bord, FERNANDEZ Alain affirme que : *« la prise de température n'a jamais guéri qui que ce soit. Elle reste cependant indispensable pour établir un diagnostic et conduire à la guérison »*.

Etant un instrument de mesure de la performance facilitant le pilotage proactif d'une ou de plusieurs activités dans le cadre d'une démarche de progrès, son élaboration servira à l'autorité comme un instrument d'aide à la décision.

Il est indispensable et nécessaire voire impérieux que les acteurs au niveau des services et des zones sanitaires transmettent à temps au SEPS, leurs programmations mensuelles d'activités à partir desquelles il est possible d'élaborer ce précieux outil. Car, à l'aide du tableau de bord, le premier responsable de l'organisation peut savoir à un instant précis que tel acteur ou telle unité est à tel endroit et est en train de mener telle activité. Sur cette base, il peut même effectuer une visite inopinée.

## **III – Approches de solutions au problème du manque de suivi participatif des activités**

Pour que la planification et le suivi des activités soient efficaces, il est indispensable qu'ils soient participatifs. Cela voudrait dire qu'il faut que le

---

service habilité par les textes dans ces domaines qu'est le SEPS soit associé en amont et en aval des activités de planification et de suivi.

Les résultats de notre enquête ont révélé que rien n'oblige les services et les zones sanitaires à associer ce service auxdites activités. Le problème qui se pose à ce niveau est que quoique le SEPS soit le service chargé de la planification et du suivi, il n'existe aucun cadre formel qui fasse obligation de l'associer aux activités de planification et du suivi des autres services et zones sanitaires. Ce qui fait qu'il se contente seulement de « copier et coller » les programmations et les points d'exécution que ces services et zones sanitaires lui apportent, c'est-à-dire que les cadres du SEPS se contentent juste de la centralisation des activités menées au niveau de ceux-ci. La conséquence est que le SEPS n'arrive pas à confronter réellement les réalisations avec les prévisions. Nous proposons par conséquent la formalisation du cadre de suivi participatif à travers la prise d'un acte par l'autorité.

L'autre problème qui se pose à ce niveau est la sempiternelle et récurrente question d'insuffisance de ressources financières pour permettre d'organiser la participation de ce service à ces activités. D'où, la nécessité de mobilisation de ressources financières indispensables à la mise en œuvre totale, effective et pérenne de la mission de ce service.

Quelles sont les conditions pour mettre en œuvre ces approches de solutions ?

## **Paragraphe II : Conditions de mise en œuvre des solutions**

Les approches de solutions aux différents problèmes étant suggérées, nous allons à présent proposer des mesures à prendre pour que ces solutions soient efficaces et efficientes. Les solutions proposées n'auront donc toute leur efficacité que lorsque certaines conditions seront réunies.

### **I – Recommandations à l'endroit des services et zones sanitaires**

Les services et les zones sanitaires doivent :

- avoir comme seule référence dans le cadre de la planification des activités : le PNDS ;
- transmettre à temps les programmations mensuelles des activités au SEPS ;
- mettre effectivement en œuvre les activités programmées ;
- œuvrer pour la connexion à l'Internet afin de faciliter la transmission de ces programmations mensuelles.

### **II – Recommandations à l'endroit du SEPS**

Le Service des Etudes, de la Planification et du Suivi doit :

- concevoir le plan de suivi dans le but d'améliorer les activités de suivi dans les services et les zones sanitaires ;
- se conformer aux attributions du SEPS pour doter le service d'un tableau de bord pour le monitoring et la micro-planification des activités ;
- faire du "suivi terrain" et non du "suivi bureau". En effet, le suivi terrain oblige à aller effectivement sur le terrain alors que le suivi bureau consiste à prendre simplement les activités planifiées par les services et les zones sanitaires et leur point d'exécution, à les copier et à les coller (insérer) dans la base. Ce faisant, l'inconvénient est qu'il y a, d'une part, des activités déclarées réalisées mais qui ne le sont pas et, d'autre part, des activités réalisées mais non programmées. En un mot, préférer le suivi en profondeur à celui superficiel. Les missions de terrain vont permettre de vérifier les informations contenues dans les rapports. Le SEPS doit éviter

- de se contenter des fiches de suivi de réalisation des activités, les rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels d'activités ;
- revoir l'utilisation de la dotation budgétaire annuelle pour prendre en compte les activités de suivi ;
  - œuvrer pour aller beaucoup plus sur le terrain afin de faire de la planification et du suivi participatifs et permettre la réalisation des performances attendues des services et zones sanitaires, et d'atteindre à terme les objectifs du Ministère de la Santé.

### **III – Recommandations à l'endroit de la DDS A-L**

La Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral doit :

- appuyer les services et les zones sanitaires par la dissémination du PNDS afin qu'ils s'approprient son contenu ;
- faire un plaidoyer pour le renforcement du personnel qualifié là où il en manque, surtout au niveau du SEPS ;
- effectuer des descentes inopinées dans les services et les ZS pour contrôler la mise en œuvre des programmations mensuelles des activités ;
- encourager les services et les zones sanitaires les plus méritants ;
- prendre un acte pour formaliser le cadre d'un suivi participatif des activités ;
- faire un plaidoyer en direction de la DPP et de la DRFM pour que l'allocation budgétaire annuelle soit revue sensiblement à la hausse ;
- prévoir une partie des fonds propres aux activités de suivi ;
- intégrer et prioriser les activités de suivi par le SEPS en le dotant davantage de ressources financières ;
- créer une ligne budgétaire pour prendre en charge les activités de suivi par le SEPS ;
- amener le SEPS à élaborer le tableau de bord, excellent outil de management, pour le suivi des activités.

#### **IV – Recommandations à l’endroit du Ministère de la Santé**

D’abord, les autorités en charge du secteur de la santé doivent mettre beaucoup plus d’accent sur le suivi des activités. Il s’agit maintenant de réaffirmer le principe de la gestion axée sur les résultats (GAR) au détriment de la gestion de commandement, la gestion routinière. Ce changement de paradigme conduira à une bonne gouvernance qui consistera à sanctionner autant positivement que négativement les acteurs.

De même, à l’instar des supports de SNIGS et en ce qui concerne précisément le tableau de bord pour le suivi des activités, elles doivent veiller à concevoir des modèles d’outils de gestion prévus par les textes pris par leurs soins, pour que les acteurs sur le terrain s’en servent de façon uniforme et harmonieuse. Au cas où les compétences ne seraient pas disponibles dans le ministère, elles pourraient recourir à des consultants extérieurs en la matière.

Aussi doivent-elles œuvrer pour que le personnel qualifié soit suffisant au niveau de la DDS et plus précisément du SEPS.

Ensuite, elles doivent faire en sorte que les crédits délégués alloués chaque année à la DDS soient augmentés.

Enfin, elles doivent veiller à l’actualisation des textes qui régissent les DDS notamment l’arrêté portant attributions, organisation et fonctionnement des DDS. Celui qui est en vigueur, datant de 2003, est dépassé et n’est pas en harmonie avec le décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.

**Tableau n°11 : Tableau de synthèse de l'étude**

Niveaux d'analyse		Problématique	Objectifs	Causes réelles	Diagnostic	Solutions
<b>Niveau général</b>		<b><u>Problème général :</u></b> La faible efficacité du suivi des activités à la DDS A-L.	<b><u>Objectif général :</u></b> Contribuer à l'amélioration du suivi des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral.	----	----	----
<b>Niveaux spécifiques</b>	1	<b><u>Problème spécifique 1 :</u></b> L'inexistence d'un plan de suivi des activités.	<b><u>Objectif spécifique 1 :</u></b> Suggérer les conditions de la mise en place d'un plan de suivi des activités.	La non-perception de l'importance d'un plan de suivi par les acteurs.	<b><u>Elément de diagnostic spécifique 1</u></b> La non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs explique l'inexistence du plan de suivi des activités.	- Mise en place d'un système de veille pour anticiper tous dysfonctionnements possibles ; - Prise de conscience par les acteurs de l'importance d'un plan de suivi des activités.
	2	<b><u>Problème spécifique 2 :</u></b> L'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités.	<b><u>Objectif spécifique 2 :</u></b> Proposer les conditions d'élaboration d'un tableau de bord pour le suivi des activités.	La non-transmission de la programmation mensuelle des activités.	<b><u>Elément de diagnostic spécifique 2</u></b> La non-transmission de la programmation mensuelle des activités justifie l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités.	Transmission à temps au SEPS de la programmation mensuelle des activités des services et zones sanitaires.
	3	<b><u>Problème spécifique 3 :</u></b> Le manque de suivi participatif des activités.	<b><u>Objectif spécifique 3 :</u></b> Envisager un suivi participatif des activités.	L'absence d'un cadre formel de suivi participatif des activités.	<b><u>Elément de diagnostic spécifique 3</u></b> Le manque de suivi participatif des activités est lié à l'absence d'un cadre formel.	- La formalisation du cadre de suivi participatif des activités à travers la prise d'un acte ; - La mobilisation de ressources financières indispensables pour le suivi participatif des activités.

**Source :** résultat de nos recherches

**CONCLUSION GÉNÉRALE**

Le management est le processus de gestion d'une organisation. Il se conçoit comme une démarche rationnelle par laquelle les ressources humaines, matérielles et financières sont coordonnées vers la réalisation des buts poursuivis ou des objectifs préalablement fixés. Cette démarche se traduit selon FAYOL Henri par les cinq (5) étapes ou tâches administratives suivantes, à savoir : **Prévoir - Organiser - Coordonner - Commander et Contrôler** (PO3C). La cinquième tâche qui englobe le suivi est capitale pour toute organisation qui aspire à la performance et à l'atteinte des objectifs qu'elle s'est fixés. En termes clairs, le suivi correct et efficace des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire induira assurément la bonne performance des structures de la DDS A-L en particulier et du secteur de la santé en général.

Notre séjour à la DDS A-L nous a permis de relever un certain nombre de problèmes relatifs à la gestion optimale des ressources, la planification des activités et l'efficacité du suivi des activités. Ce dernier problème a fait l'objet de notre préoccupation.

En effet, nos observations ont révélé le caractère superficiel de la conduite du suivi des activités du fait de l'absence de certains outils et de quelques dysfonctionnements, toutes choses qui ne sont pas de nature à rendre efficace le suivi. La qualité et l'efficacité du suivi sont des facteurs déterminants dans l'atteinte des objectifs du secteur de la santé et la réussite de la mission du ministère en charge de ce secteur.

En somme, notre étude qui a eu pour objectif de contribuer à l'amélioration du suivi des activités à travers des propositions d'approches de solutions, nous a permis d'aborder les problèmes de l'inexistence d'un plan de suivi des activités, de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités et du manque de suivi participatif des activités.

Les hypothèses formulées ayant été confirmées par les résultats de notre enquête puis les éléments du diagnostic identifiés, nous avons proposé des approches de solution qui, si elles peuvent être mises en œuvre dans les

conditions suggérées, permettront d'améliorer le suivi des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral.

Il est important de préciser que les termes "suivi et évaluation" tendent à être utilisés ensemble, comme s'il ne s'agissait que d'une seule et même chose. Cependant, le suivi et l'évaluation sont deux séries bien distinctes d'activités organisationnelles, reliées, mais non identiques.

L'évaluation est la comparaison entre l'effet réel du projet et le plan stratégique sur lequel les acteurs se sont mis d'accord. Elle se rapporte à ce que qu'ils ont entrepris de faire, ce qu'ils ont accompli et la façon dont ils ont mené à bien leurs activités.

Le suivi est le contrôle régulier de la mise en œuvre des activités planifiées. Il est le processus systématique et continu visant à suivre les indicateurs afin de vérifier que le projet/programme se déroule conformément au plan, et de le modifier, si nécessaire. Le manque ou l'insuffisance de suivi peut perturber sérieusement l'atteinte des objectifs du secteur de la santé.

Notre travail n'a pas embrassé l'aspect évaluation. Il s'est uniquement contenté du volet suivi, quitte à ce qu'une autre étude aborde ultérieurement ce deuxième pan qu'est l'évaluation.

Toutefois, il est important de reconnaître que le suivi et l'évaluation ne sont pas des baguettes magiques qu'il suffit d'agiter pour faire disparaître les problèmes, pour en trouver le remède ou opérer miraculeusement des changements sans fournir et investir beaucoup de travail dans le projet ou l'organisation. Ils ne sont pas une solution en soi, mais sont des outils d'une grande valeur. Le suivi et l'évaluation peuvent :

- aider à identifier des problèmes et leurs causes ;
- suggérer plusieurs solutions aux problèmes ;
- soulever des questions par rapport aux hypothèses et à la stratégie ;
- pousser à réfléchir sur ce vers quoi aller et comment procéder ;

- fournir des informations et des aperçus ;
- encourager à réagir face auxdites informations.

Nous n'avons nullement la prétention d'avoir par la présente étudié et résolu tous les problèmes inhérents au suivi des activités à la DDS A-L. Nous voudrions ainsi espérer que des recherches ultérieures seront consacrées à la résolution des autres aspects de la problématique.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

BOUQUIN, H. (1991) : « *Contrôle de gestion.* », Paris, Editions PUF, 508 p.

CASLEY, D.J. (1987) : « *Suivi et évaluation des projets agricoles.* » Economica, Banque mondiale, 165 p.

CHARIH, M., PAQUIN, M. (1994) : « *Les Organisations publiques à la recherche de l'efficacité.* », Québec, Ecole nationale d'administration publique. – 207 p.- ISBN 2-92112-71-6

FERNANDEZ, A. (2005) : « *L'Essentiel du tableau de bord* », Paris : Editions d'organisation.

MADERS, H.-P., CLET, E. (2005) : « *Pratiquer la conduite de projet* », Paris : Editions d'organisation, 244 p.

MORIN, E. M., SAVOIE, A. et BAUDIN, G. (1994) : « *L'Efficacité de l'organisation : théories, représentations et mesures.* », Montréal, Paris, Casablanca : Gaetan Morin, 158 p.- ISBN 2-89105-541-1

PAYETTE, A. (1993) : « *L'Efficacité des gestionnaires et des organisations* », Québec : Presse Universitaire Française, 310 p. - ISBN 2-7605-0465-4

SHAPIRO, J. (2001) : « *Le Suivi et l'évaluation* », Johannesburg, CIVICUS, 54 p.

### MÉMOIRES

ABUL DOSSOU-KOKO, C., ZOUNGAN, C.E. (2004) : « *Le Suivi évaluation des projets du Ministère de la Santé Publique : analyse et propositions d'amélioration.* », Abomey-Calavi, ENAM, 67 p.

DOSSOU, F. E. (2011) : « *Approche pour une intégration des données statistiques des établissements sanitaires privés du département du littoral au système national d'information et de gestion sanitaires du Bénin.* », Abomey-Calavi, ENAM, 107 p.

MADINDÉ OKÉ, M. A. (2012) : « *L'Impact des plans d'action du bureau de zone sur les indicateurs de sante dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi / Sô-Ava* », Abomey-Calavi, ENAM, 113 p.

POGBÉ, A. (2009) : « *Contribution à une gestion rationnelle des ressources humaines de la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique –Littoral par l'utilisation du tableau de bord.* », Abomey-Calavi, ENAM, 114 p.

VILAIN, L. (2003) : « *Le Pilotage de l'entreprise : l'utilisation d'un tableau de bord prospectif*. », Paris : Ecole des Mines de Paris, 73 p.

## PERIODIQUE (REVUE)

OUCHFOUN, A., HAMMOUDA, D. (1993) : « *Les Cahiers du CREAD : revue du centre de recherches en économie appliquée pour le développement* ». – N° 33/36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre », p. 81

## AUTRES DOCUMENTS

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA SANTÉ DU ZOU ET DES COLLINES (2008) : « *Recueil des outils de planification et de suivi*. », 2<sup>e</sup> édition, Abomey, DDS Z-C, 67 p.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (2004) : « *Trousse d'outils de l'administrateur de programme pour la planification, le suivi et l'évaluation* », UNFPA, 14 p.

GOUVERNEMENT DU BÉNIN (2009) : « *Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté 2007 – 2009*. », 117 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2009) : « *Plan National de Développement Sanitaire 2009 – 2018*. », Cotonou, Ministère de la Santé, 102 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2008) : « *Monitoring the principles for good international engagement in fragile States and situations = méthodologie proposée pour le suivi de la mise en œuvre des Principes pour l'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires : plan de suivi de la mise en œuvre des principes*. », Kinshasa, OCDE, 26 p.

ORGANISATION INTERNATIONALE DES BOIS TROPICAUX (2009) : « *Manuel OIBT de suivi, examen, rapports et évaluation de projets*. », 3<sup>e</sup> édition, Yokohama, OIBT, 61 p., (Série information générale ; 14).- ISBN 4-90204563-X

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (2011) : « *La Gestion axée sur les résultats (GAR/RBM) : gérer, être responsable des résultats*. » BSP, 52 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2009) : « *Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH*. », Genève, OMS, ONUSIDA, 51 p.

## TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Loi n° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin

Décret n°90-343 du 14 novembre 1990 relatif à la gestion et au financement des formations sanitaires

Décret n°2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé

Décret n°2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé

Décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé

Arrêté année 2003 n°2146/MSP/DC/SGM/SA du 21 mars 2003 portant attributions, organisation et fonctionnement des Directions Départementales de la Santé Publique

Arrêté 2003 n°7556/MSP/DC/SGM/DRFM/DNSP/DNPEV-SSP/CADZS/SA du 22 septembre 2003 portant réglementation de la contribution du financement communautaire au fonctionnement de la Direction Départementale et des organes de gestion du niveau périphérique.

## REFERENTIEL ET COURS NON EDITÉS

ENAM (2007) : « **Référentiel des mémoires** », 2<sup>e</sup> éd., Abomey-Calavi, UAC, 100p.

GNANSOUNOU, S. (2012) : « *Cours sur la Méthodologie de Rédaction du Mémoire Professionnel (MEREMP)* », Abomey-Calavi, ENAM, UAC, Cycle 2

SALAKO LIAMIDI W. (2010) : « *Cours sur le leadership et la communication* », Abomey-Calavi, ENAM, UAC, Cycle 2

## SITES WEB

[http://gpp.oiq.qc.ca/tableau\\_bord\\_editable.pdf](http://gpp.oiq.qc.ca/tableau_bord_editable.pdf)

<http://www.nodesway.com>

<http://www.unaids.org>

## **ANNEXES**

Annexe n°1 : Questionnaire d'enquête

Annexe n°2: Système de santé dans les départements de l'Atlantique et du Littoral en 2012

Annexe n°3 : Organigramme de la Direction Départementale de la Santé

Annexe n°4: Situation de l'effectif de la DDS A-L en 2012

Annexe n°5 : Programmes et sous-programmes du Plan National de Développement Sanitaire 2009 – 2012

Annexe n°6 : Proposition de modèle d'un plan de suivi mensuel des activités

Annexe n°7 : Proposition de modèle d'un plan triennal de suivi des activités pour les trois (03) prochaines années

Annexe n°8 : Proposition de modèle de tableau de bord pour le suivi des activités

ANNEXE N°1 :

Questionnaire d'enquête

## QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de la rédaction du mémoire professionnel de fin de formation en Management des Services Publics au cycle II à l'École Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) de l'Université d'Abomey-Calavi, nous avons envisagé de réfléchir sur un sujet d'intérêt.

La présente enquête qui porte sur le thème : "**Approche pour un suivi efficace des activités à la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral (DDS A-L)**" par le Service des Etudes, de la Planification et du Suivi (SEPS), est initiée pour améliorer le suivi des activités au niveau des services de ladite Direction et dans les Zones Sanitaires.

A cet effet, vous êtes identifié en tant qu'acteur et personne ressource susceptible de contribuer valablement à la réalisation de ce travail scientifique.

Veillez recevoir, par anticipation, l'expression de notre profonde gratitude pour votre disponibilité.

### IDENTIFICATION

- Service ou Zone Sanitaire : .....
- Nom et Prénoms (facultatif) : .....
- Fonction : .....

### I - EXISTENCE DU PLAN DE SUIVI DES ACTIVITÉS

Le suivi permet la vérification de la situation réelle au regard de la situation prévue. Il est une procédure de recherche continue de l'efficacité et de l'efficience.

Le plan de suivi est un outil pour rendre compte aux différents niveaux de décision.

Qu'est-ce qui explique selon vous l'inexistence d'un plan de suivi des activités à la DDS A-L ?

- la négligence dans la mise en place d'un plan de suivi des activités par les acteurs ? Oui  Non
- la non-perception de l'importance d'un plan de suivi des activités par les acteurs ? Oui  Non
- autres  (à préciser).....

**II – EXISTENCE D’UN TABLEAU DE BORD POUR LE SUIVI DES ACTIVITÉS**

Le tableau de bord est un outil de suivi et de pilotage proactif. Il est un instrument d’aide à la prise de décision. Il donne le visage de l’évolution des activités.

L’inexistence d’un tableau de bord pour le suivi des activités est due à :

- la non-perception de son rôle ? Oui  Non
- la non-transmission de la programmation mensuelle des activités ?  
   Oui  Non
- autres  (à préciser).....

**III - MANQUE DE SUIVI PARTICIPATIF DES ACTIVITÉS**

Le suivi participatif doit consister à se faire assister par le Service des Etudes, de la Planification et du Suivi (SEPS) dans les activités de suivi.

Le manque de suivi participatif des activités est lié à :

- la gestion non transparente des activités ? Oui  Non
- l’absence d’un cadre formel ? Oui  Non
- autres  (à préciser).....

Que suggéreriez-vous à la DDS A-L pour rendre efficace le suivi des activités ?

.....

.....

.....

Merci pour votre inestimable contribution

ANNEXE N°2 :

Systeme de santé dans les départements de l'Atlantique et  
du Littoral en 2012

## Système de santé dans les départements de l'Atlantique et du Littoral en 2012

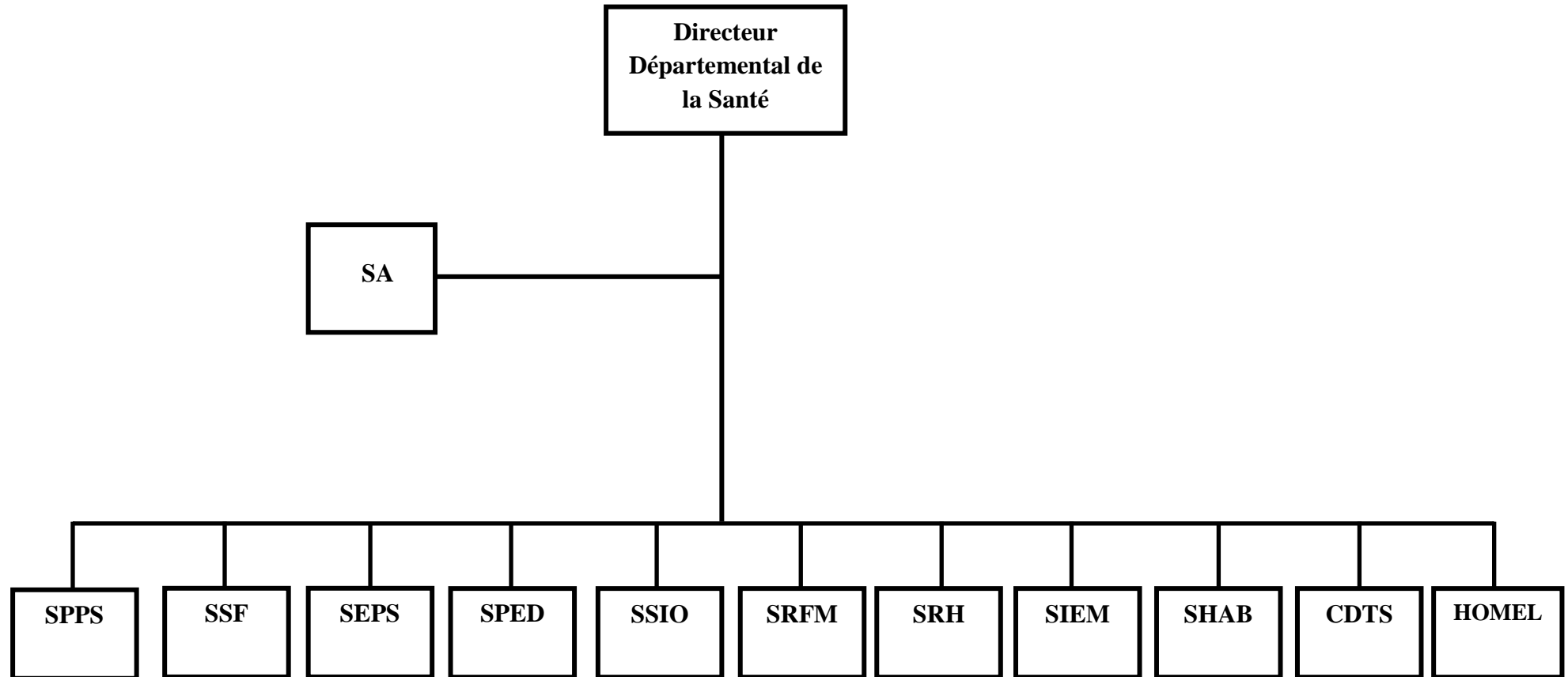
Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) faisant office de Centre Hospitalier Départemental (CHD) en matière de Santé de la Mère et de l'Enfant.</li> <li>➤ Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC)</li> <li>➤ Centre de Traitement Anti Lèpre (CTAL)</li> <li>➤ Centre Dépistage et de Traitement de l'Ulçère de Buruli (CDTUB) d'Allada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médecine</li> <li>➤ Pédiatrie</li> <li>➤ Chirurgie</li> <li>➤ Gynéco-obstétrique</li> <li>➤ Oto-rhino-laryngologie (O.R.L)</li> <li>➤ Ophtalmologie</li> <li>➤ Radiologie</li> <li>➤ Laboratoire</li> <li>➤ Autres spécialités</li> </ul>
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hôpital de Zone (HZ)</li> <li>➤ Centre de Santé (CS)</li> <li>➤ Site de prise en charge du VIH/SIDA</li> <li>➤ Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)</li> <li>➤ Formation sanitaire privée</li> <li>➤ Centre de Détection de la Tuberculose (CDT)</li> <li>➤ Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulçère de Buruli</li> <li>➤ Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médecine générale</li> <li>➤ Chirurgie d'urgence</li> <li>➤ Gynéco-obstétrique</li> <li>➤ Soins curatifs</li> <li>➤ Accouchements</li> <li>➤ Radiologie</li> <li>➤ Laboratoire</li> <li>➤ Vaccination</li> <li>➤ IEC/CCC</li> <li>➤ Pharmacie ou dépôt pharmaceutique</li> <li>➤ Loisirs</li> <li>➤ Alphabétisation</li> <li>➤ Activités à base communautaire</li> </ul>

**Source** : SNIGS 2012

ANNEXE N°3 :

Organigramme de la Direction Départementale de la Santé

### Organigramme de la Direction Départementale de la Santé



**Source** : recherches personnelles

ANNEXE N°4 :

Situation de l'effectif de la DDS A-L en 2012

## Situation de l'effectif de la DDS A-L en 2012

POSTE	Adminis trateur	AES	AHA	AS	ASF	ASTTP	Att SA	Att SF	CAS	CSF	CSTTP	CVA	IAS	IB	IDE	ISTTP	MDE	OS	PSA	SASA	SFE	SSA	THA	TLB	TSAC	TSL	TSS	TSTTP	Total
DDS A-L	3	3	10	4	4	1	1	1	3	3	1	9	15	3	5	3	10	2	5	12	2	4	2	11	1	3	2	1	124
CDTS		2			2					2		1	4	1	1		1		3					10		3			30
CIPEC	1			2					1			1	3		1		2										1	12	
SA																		1	3	1		1							6
SEPS	1											1					1		1	1		1			1	1		7	
SHAB			10	2					1			2				2			1				2					20	
SIEM						1					1					1		1									1	5	
SPED													3				2							1				6	
SPPS		1							1			2	2	2	2		2		1	1								14	
SRFM	1				2			1		1		1								2								8	
SRH							1													3		2						6	
SSF													1				1				1							3	
SSIO													2		1						1							4	
DDS												1					1			1								3	

### Source : SRH

**AES** : Agent d'Entretien des Services  
**AHA** : Agent d'Hygiène et d'Assainissement  
**AS** : Aide-soignant  
**ASF** : Assistant des Services Financiers  
**ASTTP** : Assistant des Services Techniques des Travaux Publics

**Att SA** : Attaché des Services Administratifs  
**Att SF** : Attaché des Services Financiers  
**CAS** : Contrôleur d'Action Sanitaire

**CSF** : Contrôleur des Services Financiers  
**CSTTP** : Contrôleur des Services Techniques des Travaux Publics

**CVA** : Conducteur des Véhicules Administratifs  
**IAS** : Inspecteur d'Action Sanitaire  
**IB** : Infirmier Breveté  
**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat  
**ISTTP** : Ingénieur des Services Techniques des Travaux Publics

**MDE** : Médecin Diplômé d'Etat  
**OS** : Opérateur de Saisie  
**PSA** : Préposé des Services Administratifs

**SASA** : Secrétaire Adjoint des Services Administratifs  
**SFE** : Sage-femme d'Etat

**SSA** : Secrétaire des Services Administratifs  
**THA** : Technicien d'Hygiène et d'Assainissement  
**TLB** : Technicien de Laboratoire  
**TSAC** : Technicien Supérieur d'Action Culturelle

**TSL** : Technicien Supérieur de Laboratoire  
**TSS** : Technicien Supérieur de la Statistique  
**TSTTP** : Technicien Supérieur des Techniques des Travaux Publics

ANNEXE N°5 :

Programmes et sous-programmes du Plan National de  
Développement Sanitaire 2009 – 2012

**Programmes et sous-programmes du Plan National de Développement Sanitaire 2009 – 2012**

N°	Domaines prioritaires	Programmes	Sous-programmes	
1	Réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention et lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base	Viabilisation et assainissement du milieu Communication pour un changement de comportement	
		Amélioration de la santé de la reproduction	Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale Lutte contre la mortalité infantile et juvénile	
		Lutte contre la maladie	Lutte contre les maladies prioritaires les IST/VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose	
			Lutte contre les autres maladies transmissibles	
			Lutte contre les maladies non transmissibles	
			Amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité à coût réduit	
			Promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle	
			Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles	
			Promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire et professionnel	
		Développement hospitalier	Promotion de la santé mentale	
			Promotion de la recherche en santé	
			Développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier	
			Renforcement des plateaux techniques Reforme hospitalière Organisation et renforcement de l'offre de soins	
		2	Valorisation des ressources humaines	Renforcement de la planification des ressources humaines
Amélioration de la production et du	Développement d'un plan consensuel de formation initiale			

		développement des compétences	du personnel du secteur
			Développement des compétences du personnel du secteur
		Amélioration du système de management des ressources humaines	Amélioration de la gestion de la carrière du personnel
			Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel
		Prévention et gestion des risques professionnels	
		Déconcentration/décentralisation de la gestion des ressources humaines	
3	Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la déontologie médicale	Renforcement du partenariat entre les acteurs	Partenariat entre le secteur public et le secteur privé
			Partenariat entre le Ministère de la Santé les élus locaux et les collectivités locales
			Partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres ministères
		Promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale	Renforcement de l'éthique et de la responsabilité médicale
		Développement et promotion de l'Assurance Qualité	
4	Amélioration du mécanisme de financement du secteur	Amélioration du financement du secteur	Promotion de l'assurance maladie
			Promotion des mutuelles de santé
		Renforcement de l'assistance médicale aux pauvres, indigents et couches vulnérables	Renforcement de l'assistance médicale
			Mobilisation de l'épargne nationale et de l'épargne de la diaspora
5	Renforcement de la gestion du secteur	Renforcement institutionnel	Renforcement des capacités de coordination, de planification et d'évaluation
			Renforcement du mécanisme de maintenance des infrastructures sanitaires
		Développement des zones sanitaires	Renforcement de la base de la pyramide sanitaire
			Développement des services à base communautaire

**Source** : PNDS : 2009 - 2018

ANNEXE N°6 :

Proposition de modèle d'un plan de suivi mensuel des activités

**Annexe n° 6 : Proposition de modèle d'un plan de suivi mensuel des activités**

**Unité (structure) :**

**Mois :**

Activités et sous-activités (actions) prévues	Réalisées ou non réalisées	Ecart (quantités, qualités)	Analyse des écarts	Mesures correctives ou d'ajustement à entreprendre	Observations/commentaire
ACTIVITES 1					
- Action 1 :					
- Action 2 :					
- Action 3 :					
- .....					
ACTIVITES 2					
- Action 1 :					
- Action 2 :					
- Action 3 :					
- .....					
ACTIVITES 3					
- Action 1 :					
- Action 2 :					
- Action 3 :					
- .....					
Date de la visite par le SEPS :					
Nom et prénoms des agents :					

**Source :** élaboré au cours des recherches

ANNEXE N°7 :

Proposition de modèle d'un plan triennal de suivi des activités pour les  
trois (03) prochaines années



ANNEXE N°8 :

Proposition de modèle de tableau de bord pour le suivi des activités

**Proposition de modèle de tableau de bord pour le suivi des activités**

Nom de la structure (Zone sanitaire ou service) :																				
Objectif ou programme prioritaire :																				
Source de financement de l'activité :																				
N° de l'activité dans le plan d'actions (PTA)	Libellé de l'activité	Période prévue pour la réalisation												Suivi de la réalisation		Indicateurs de résultats		Ecarts/clignotants	Commentaire / observations	
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Physique	Financière		Actuels	Attendus	Différence entre prévisions et réalisations	Justification des écarts qui permet une révision des stratégies adoptées, en vue de garantir l'atteinte des objectifs au terme de la période
		Prévue	Exécutée																	

**Source** : élaboré au cours des recherches

De J à D : lire les mois de janvier à décembre

## TABLE DES MATIÈRES

TITRES	PAGES
IDENTIFICATION DU JURY	i
DÉCLARATION D'ENGAGEMENT	ii
DÉDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES	viii
GLOSSAIRE DE L'ÉTUDE	ix
RÉSUMÉ	xi
SOMMAIRE	xiii
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b>	1
<b><u>CHAPITRE PRÉLIMINAIRE</u> : CADRE CONTEXTUEL, OBSERVATIONS DE STAGE ET PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE</b>	5
<u>Section I</u> : Cadre contextuel de l'étude et observations de stage au SEPS	6
Paragraphe I : Présentation de la DDS A-L	6
I – Missions de la DDS A-L	6
II – Attributions de la DDS A-L	8
Paragraphe II : Observations de stage : état des lieux au SEPS	10
I – Observations d'ordre général	10
A – Organisation et missions du SEPS	10
B – Planification des activités	12
C – Constats relatifs au management général du SEPS	15
II – Observations d'ordre spécifique liées au fonctionnement du SEPS	19

A – Situation des ressources humaines	19
B – Situation des ressources matérielles	19
C – Situation des ressources financières	20
III – Regroupement des problèmes par centre d'intérêt, choix de la problématique et formulation du sujet	23
<b>Section II : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique</b>	25
Paragraphe I : Choix et spécification de la problématique et formulation du sujet	25
I – Choix et spécification de la problématique	25
II– Formulation et justification du sujet	28
Paragraphe II : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée	29
I – Approche générique de résolution du problème général	29
II – Approches génériques de résolution des problèmes spécifiques	30
III – Synthèse des approches génériques et séquences de résolution de la problématique	31
A– Synthèse des approches génériques identifiées	31
B – Séquence de résolution de la problématique	31
<b><u>CHAPITRE PREMIER</u> : CONCEPTION ET MISE EN APPLICATION DU CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE</b>	33
<b><u>Section I</u> : Cadre théorique et revue de la littérature</b>	34
Paragraphe I : Objectifs, causes supposées, hypothèses et tableau de bord de l'étude	34
I – Objectifs, causes supposées et hypothèses	34
A – Fixation des objectifs de l'étude	35
B – Identification des causes supposées être à la base des problèmes spécifiques et formulation des hypothèses de l'étude	35

II – Construction du tableau de bord de l'étude	37
Paragraphe II : Revue de la littérature	39
<u>Section II</u> : Méthodologie de l'étude	49
Paragraphe I : Dimension empirique	49
I – Objectif de l'enquête, cadre de l'enquête et population cible	49
A – Objectif de l'enquête	49
B – Cadre de l'enquête et population cible	50
II – Nature de l'enquête et technique de collecte des données	50
A – Nature de l'enquête	50
B – Échantillonnage	51
C – Conception des questions d'enquête	51
D – Technique de dépouillement et outils de présentation	51
E – Difficultés rencontrées	51
Paragraphe II : Dimension théorique	52
I – Choix théorique lié à l'inexistence d'un plan de suivi des activités	52
A – Présentation de la théorie et des normes d'amélioration liées à ce problème spécifique	52
B – Seuil de décision lié au problème de l'inexistence d'un plan de suivi des activités	52
II – Choix théorique lié à l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités	53
A – Présentation de la théorie et des normes d'amélioration liées à ce problème spécifique	53
B – Seuil de décision lié au problème de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités	53
III – Choix théorique lié au manque de suivi participatif des activités	54
A – Présentation de la théorie et des normes d'amélioration liées à ce problème spécifique	54

B – Seuil de décision lié au problème de manque de suivi participatif des activités	54
<b>CHAPITRE DEUXIÈME : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS</b>	55
<u>Section I</u> : Présentation, analyse des résultats de l'enquête, vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	56
Paragraphe I : Présentation et analyse des résultats de l'enquête	56
I – Présentation et analyse des données relatives au problème de l'inexistence d'un plan de suivi des activités	56
II – Présentation et analyse des données relatives au problème de l'inexistence d'un tableau de bord pour le suivi des activités	58
III – Présentation et analyse des données relatives au problème du manque de suivi participatif des activités	59
Paragraphe II : Vérification des hypothèses et établissement de diagnostic	60
I – Vérification des hypothèses	60
A – Degré de vérification de l'hypothèse n°1	60
B – Degré de vérification de l'hypothèse n°2	60
C – Degré de vérification de l'hypothèse n°3	61
II – Établissement de diagnostic	61
A – Élément de diagnostic du problème spécifique n°1	61
B – Élément de diagnostic du problème spécifique n°2	61
C – Élément de diagnostic du problème spécifique n°3	61
<u>Section II</u> : Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre	62
Paragraphe I : Approches de solutions aux problèmes	62
I – Approches de solutions au problème d'inexistence d'un plan de suivi des activités	62
II – Approches de solutions au problème d'inexistence d'un tableau	63

de bord pour le suivi des activités	
III – Approches de solutions au problème du manque de suivi participatif des activités	63
Paragraphe II : Conditions de mise en œuvre des solutions	65
I – Recommandations à l’endroit des services et zones sanitaires	65
II – Recommandations à l’endroit du SEPS	65
III – Recommandations à l’endroit de la DDS A-L	66
IV – Recommandations à l’endroit du Ministères de la Santé	67
Tableau de synthèse de l’étude	68
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b>	69
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	73
<b>ANNEXES</b>	76
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	95