



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

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

**OPTION
MANAGEMENT**

**FILIERE
MANAGEMENT DES
SERVICES PUBLICS**

ANNEE ACADEMIQUE 2011 - 2012

THEME

**APPROCHE POUR UNE PRATIQUE EFFICACE
DE LA GESTION AXEE SUR LES RESULTATS
AU MINISTERE DE LA SANTE**

Réalisé et soutenu par

Aristide Dieudonné GANDAHO

Maîtres de stage :

M. Mathias FINOUDE

Directeur de la Programmation et de
la Prospective au Ministère de la Santé

M. Raymond AMOUSSOU

Directeur Adjoint de la Programmation
et de la Prospective au Ministère de la Santé

Directeur de mémoire :

Dr. Mathias POFAGI

Enseignant à l'ENAM

Février 2013

**IDENTIFICATION
DU JURY**

PRESIDENT : M. Michel SOGBOSSI

VICE- PRESIDENT : M. Martin DAVOH

MEMBRE : M. Mathieu DEHOUMON



**DECLARATION
D'ENGAGEMENT**

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



A LA MEMOIRE

De mon feu père,

Marcellin A. GANDAHO,

qui désirait tant voir germer la graine semée. Hélas, la mort a brisé le beau rêve. Héros dans l'ombre, repose en paix.



A toi, ma mère,

Jeanne GOUNONGBE,

Héroïne de ma vie;

A toi, ma fidèle alliée,

Perpétue Irène DJOKONON,

pour toutes les privations subies ;

A vous, mes espoirs

Lisette, Jerry, Johann, Miléna et Emery,

qui avez fait preuve d'une grande capacité d'adaptation aux nouvelles exigences imposées par mon initiative. Trouvez en ce travail l'expression de toute mon affection. Je fais le vœu que ce travail soit pour vous une source d'inspiration, de détermination et d'abnégation. J'ai juste montré le chemin, vous devez aller plus loin.

REMERCIEMENTS

Le miel, par excellence, n'est pas le fruit du labeur d'une seule abeille selon un adage fon ; c'est pourquoi nous exprimons ici notre sincère et profonde gratitude à :

- Notre Directeur de mémoire, Monsieur **Mathias POFAGI** qui a accepté de diriger ce travail en dépit de ses multiples occupations. Son souci permanent de la qualité du travail, son esprit de rigueur, sa disponibilité nous ont profondément marqué ;
- Tout le personnel enseignant et administratif de l'ENAM, en particulier le corps professoral de la filière Management des Services Publics pour son dévouement;
- Nos maître et tuteur de stage, respectivement Messieurs **Mathias FINOUDE** et **Raymond AMOUSSOU** pour leurs conseils très utiles ;
- Tous les membres du Jury qui nous ont honoré en acceptant de sacrifier une partie de leur précieux temps pour apprécier ce travail ;
- Messieurs Hugues TCHIBOZO, Félicien DOSSOU pour leurs apports indéniables à la rédaction de ce mémoire ;
- Tous les Chefs de service et tout le personnel de la DPP, pour la disponibilité inconditionnelle dont ils ont fait preuve à notre égard en l'occurrence le Chef et mes collègues du Service de Gestion du Système d'Information (SGSI) pour leur sollicitude ;
- Tous les Stagiaires de la filière MSP promotion 2010-2012 ;
- Mes sœurs et frères Pierrette, Hermine, Laetitia, Vianelle et Gérard pour tous les soutiens manifestés sous diverses formes ;
- Monsieur DJOKONON Didier pour son humanisme ;
- Mes amis Charlemagne C. TOMAVO, Nephthali ATINDEHOU, Victor ADOKO, Siméon HOUNGBODJI pour leurs sens de fraternité et de solidarité.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACDI	: Agence Canadienne de Développement International
AOF	: Afrique Occidentale Française
ASS	: Annuaire des Statistiques Sanitaires
BADEA	: Banque Arabe pour le Développement Economique en Afrique
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CCIA	: Comité Consultatif Inter Agence
CDEEP	: Comité Départemental de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CN-CR	: Comité National de la Croix Rouge
CNEEP	: Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé
CN-RF	: Comité National Raoul Follereau
CNERS	: Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé
CNS	: Comptes Nationaux de Santé
CREC	: Centre de Recherche Entomologique de Cotonou
DFR	: Direction de la Formation et de la Recherche
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DIP	: Direction de l'Informatique et du Pré-archivage
DNEHS	: Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DNPS	: Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DNSP	: Direction Nationale de la Santé Publique
DPMED	: Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DSIO	: Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DRFM	: Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ENAM	: Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
ENPLT	: Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme
GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
G-FIRP	: Groupe des Facilitateurs de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme
FBR	: Financement Basé sur les Résultats

INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
LNCQ	: Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux
LOLF	: Loi Organique relative aux Lois de Finances
MS	: Ministère de la Santé
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCASGAR	: Programme de Coordination et d'Appui au Système de Gestion Axée sur les Résultats
PERAC	: Public Expenditure Reform Adjustment Credit
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNLUB	: Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli
PNT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PRPSS	: Projet de Renforcement de la Performance du Système Sanitaire
PTA	: Plan de Travail Annuel
PTD	: Plan Trimestriel de Développement
PTF	: Partenaire Technique et Financier
SGSI	: Service de Gestion du Système d'Information
SIGFIP	: Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SP/CLNS	: Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida
TBE	: Tableau de Bord de l'Etude
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
ZS	: Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

	TITRES	PAGES
Tableau 1 :	Répartition du personnel de la DPP par catégorie professionnelle au 30/11/12	14
Tableau 2 :	Evolution du financement extérieur du secteur santé	15
Tableau 3 :	Détermination des problématiques possibles à partir du regroupement des problèmes par centre d'intérêt	28
Tableau 4 :	Synthèse des approches génériques de résolution des problèmes	35
Tableau 5:	Tableau de Bord de l'Etude (T.B.E).	40
Tableau 6 :	Population cible de l'enquête	56
Tableau 7 :	Complétude des questionnaires	59
Tableau 8 :	Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS1	60
Tableau 9 :	Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS2	61
Tableau 10 :	Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS3	63
Tableau 11 :	Profils des coordonnateurs dans le secteur de la santé	64
Tableau 12 :	Synthèse de l'étude sur « Approche pour une pratique efficace de la GAR au Ministère de la Santé »	74

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

	TITRES	PAGES
Graphique 1 :	Répartition du personnel de la DPP par catégorie professionnelle au 31/10/12	14
Figure 1 :	Planification ascendante intégrée	18
Figure 2 :	Mécanisme de Suivi/Evaluation du MS	22
Graphique 2 :	Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS1	60
Graphique 3 :	Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS2	62
Graphique 4 :	Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS3	63

GLOSSAIRE

Le présent glossaire est réalisé sur la base des documents cités dans la bibliographie. Il a été jugé utile parce que certains termes sont polysémiques. Ainsi, nous avons fait l'option de présenter ici la compréhension qu'il convient d'avoir de certains termes importants de notre étude.

Budget Programme : prévisions annuelles d'activités sur trois ans de résultats par centre de responsabilité et d'impact. (AMOUSSOU A. K, 2006)

Effet : Changement escompté ou non, attribuable directement ou indirectement à une action. (OCDE, 2002)

Efficacité : mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement ont été atteints, ou sont en train de l'être, compte tenu de leur importance relative. (OCDE, 2002)

Efficience : mesure selon laquelle les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économe. (OCDE, 2002)

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, l'efficience, l'efficacité, l'impact et la durabilité. (OCDE, 2002)

Extrants : ce sont les produits et services offerts par l'organisme à la suite des activités réalisées. Les extrants d'un programme ou projet se situent au premier niveau de résultats pouvant être réalisés habituellement en moins d'un an. (BOUCHARD L., 2005)

Gestion axée sur les résultats : moyen d'améliorer l'efficacité et la responsabilité de la gestion en faisant participer les principaux intervenants à la définition de résultats escomptés, en évaluant les risques, en suivant les progrès vers l'atteinte de ces résultats, en intégrant les leçons apprises dans les décisions de gestion et les rapports sur le rendement (ACDI, 2007)

Impact : effets à long terme, positifs et négatifs, primaires et secondaires, induits par une action de développement, directement ou non, intentionnellement ou non. (OCDE, 2002)

Indicateur de performance : variable quantitative ou qualitative qui fournit un moyen fiable et simple de mesurer les progrès, de refléter les changements liés à une intervention (IDEA International, 2010)

Intrants : ressources actuelles de l'organisme qui serviront à obtenir les résultats visés. (BOUCHARD L., 2005)

Performance : mesure selon laquelle l'action de développement, ou un partenaire, opère selon des critères, des normes, des orientations spécifiques, ou obtient des résultats conformes aux objectifs affichés ou planifiés. (OCDE, 2002)

Plan : c'est le résultat de la planification, c'est-à-dire un document qui contient des orientations générales, des objectifs, des stratégies, des programmes, des projets, des mesures d'accompagnement et les moyens de leur mise en œuvre. (DJOSSOU H. M., YAROU P., 2010)

Planification : c'est un processus englobant une démarche rationnelle qui part de l'identification et de l'analyse du problème sur la base des besoins et demandes non satisfaites, de la fixation des buts et objectifs atteignables, des stratégies d'intervention possibles, du recensement des ressources nécessaires, de la déclinaison des objectifs en activités, de leur priorisation. (DPP, 2012)

Programmation : c'est une étape du processus de la planification qui consiste à préciser les meilleures conditions pour l'exécution physique et financière d'une action, d'un projet, d'un programme ou d'un plan. (DJOSSOU H. M., YAROU P., 2010)

Programme : c'est un ensemble de projets (actions) mis en cohérence pour atteindre des objectifs spécifiques dans un laps de temps. (DJOSSOU H. M., YAROU P., 2010)

Projet : ensemble d'activités interdépendantes menant à la livraison d'un produit ou d'un service clairement identifié et généralement dans un contexte de temps et de ressources limités. (AMOUSSOU A. K, 2006)

Résultat : c'est tout ce qui arrive ou commence à arriver à la suite d'une intervention. C'est un changement observable descriptible et/ou mesurable qui découle d'une relation de cause à effet. (ACDI, 1999)

Rétroaction : transmission des constatations résultant du processus d'évaluation à ceux qui peuvent en tirer des leçons utiles et pertinentes afin de favoriser un meilleur apprentissage. Cela peut impliquer de réunir et de diffuser les constatations, les conclusions, les recommandations et les leçons de l'expérience. (OCDE, 2002)

Stratégie : ensemble de manœuvres, de mesures, d'actions et dispositifs devant permettre d'atteindre des objectifs prédéterminés. (DJOSSOU H. M., YAROU P., 2010)

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. (OCDE, 2002)

RESUME

Soucieux de l'amélioration de la performance des services publics, le Gouvernement béninois a engagé depuis les années 2000 une réforme de gestion budgétaire axée sur les résultats. Dans ce cadre, plusieurs innovations ont été introduites dans la gestion publique notamment la mise en place du budget de programme et des cellules de suivi-évaluation au sein des Directions de la Programmation et de la Prospective (DPP). Les DDP sont des organes chargés de la conception et de la coordination du processus de planification stratégique et opérationnelle, du suivi, de l'évaluation et de reddition de compte. Des observations que nous avons faites lors de notre stage à la DPP du Ministère de la Santé, il ressort que ce ministère fait beaucoup d'efforts pour la mise en œuvre de cette réforme. Cependant, force est de constater que de nombreux problèmes subsistent encore. Plus que toute autre, c'est la problématique de l'efficacité de la mise en œuvre de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) dans ce secteur qui a retenu notre attention. Elle émane du problème général de l'inefficacité de la mise en œuvre de la GAR dont les manifestations évidentes sont l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes, l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR et la faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur.

Sur la base de cette problématique, nous avons concentré nos réflexions sur le sujet ci-après : «**Approche pour une pratique efficace de la GAR au Ministère de la Santé**». L'objectif général de notre étude est de contribuer à la mise en œuvre efficace de la GAR dans le secteur de la santé.

Pour y parvenir, une démarche méthodologique à deux dimensions (théorique et empirique) a été adoptée. Elle a permis d'établir le diagnostic après la vérification des hypothèses formulées.

Aux termes de notre étude, les hypothèses formulées sont confirmées et conduisent aux diagnostics suivants : l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes s'explique par l'inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR, l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR est due à la faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires et la faible capacité de coordination des projets/programmes est liée à l'inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire.

Le diagnostic ainsi posé, des approches de solutions assorties des conditions de leur mise en œuvre ont été formulées en vue d'améliorer la situation. A cet effet, des recommandations ont été faites à l'endroit des principaux acteurs que sont les autorités sanitaires, la DPP, le personnel du ministère et les partenaires techniques et financiers.

Mots-Clés : gestion axée sur les résultats / management du secteur public/ Ministère de la Santé / Bénin.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION GENERALE	1
<u>CHAPITRE PREMIER</u> : CADRE CONTEXTUEL, ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
<u>SECTION 1</u> : Cadre contextuel de l'étude et observations du stage à la DPP	6
<u>Paragraphe 1</u> : Présentation du Ministère de la Santé et de sa Direction de la Programmation et de la Prospective	6
<u>Paragraphe 2</u> : Observations du processus de planification, mise en œuvre, suivi, évaluation et reddition de compte à la DPP.....	13
<u>SECTION 2</u> : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la Problématique	27
<u>Paragraphe 1</u> : Ciblage et spécification de la problématique	27
<u>Paragraphe 2</u> : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée	33
<u>CHAPITRE DEUXIEME</u> : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE, DIAGNOSTIC, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	36
<u>SECTION 1</u> : Cadre théorique et méthodologique de l'étude	37
<u>Paragraphe 1</u> : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature.....	37
<u>Paragraphe 2</u> : Méthodologie de l'étude.....	52
<u>SECTION 2</u> : Collecte des données, vérification des hypothèses, approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre	58
<u>Paragraphe 1</u> : Enquête, vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	58
<u>Paragraphe 2</u> : Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.....	67
CONCLUSION GENERALE	75
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	82
TABLE DES MATIERES	89

INTRODUCTION GENERALE

La problématique de la performance ou de l'efficacité est de tout temps l'objet essentiel de la gouvernance d'entreprise. Déjà au début du 20^{ème} siècle, deux conceptions de management se sont affrontées à ce sujet : le management scientifique de Frederick TAYLOR et la Théorie administrative générale d'Henri FAYOL. Le management scientifique ou le taylorisme visait l'utilisation d'une méthodologie scientifique pour définir la manière optimale de réaliser une tâche le «one best way» afin d'accroître la productivité dans les usines. A l'opposé de cette vision, la théorie administrative de FAYOL, quant à elle, a beaucoup plus insisté sur le travail du dirigeant et propose de ce fait les principes de gestion d'une entreprise par un dirigeant ; principes qui, selon lui, se résument à planifier, organiser, diriger et contrôler. C'est justement à ces tâches que se consacre au quotidien tout manager dans l'Administration. Ainsi, le management, en tant que gestion, est l'ensemble des techniques d'organisation de ressources qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une entité dont l'art est de diriger des hommes, afin d'obtenir une performance. Pour ce faire, plusieurs outils ont été expérimentés dont la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) qui est «une approche de gestion fondée sur des résultats mesurables répondant aux objectifs et aux cibles définis préalablement en fonction des services à fournir. Elle s'exerce dans un contexte de transparence, de responsabilisation et de flexibilité quant aux moyens utilisés pour atteindre les résultats visés ». Elle a déjà été pratiquée avec diverses fortunes dans les pays comme les Etats-Unis depuis les années 60, le Canada et la France pour ne citer que ceux-là. Elle est orientée vers :

- ✓ l'atteinte des cibles de développement ;
- ✓ la responsabilisation des agents de l'Etat ;
- ✓ la transparence et l'imputabilité dans la gestion publique ;
- ✓ l'utilisation des données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision.

L'utilisation rationnelle des ressources budgétaires et l'amélioration de la qualité des services publics fournis aux citoyens devenant de plus en plus l'une

des priorités pour l'Etat béninois, il a adopté cet outil de développement depuis l'an 2000 par l'élaboration du budget-programme qui a débouché sur l'évaluation de la performance avec la mise en place des cellules de suivi-évaluation dans les ministères au sein des Directions de la Programmation et de la Prospective (DPP). C'est justement cette direction qui a servi de cadre physique à notre stage au Ministère de la Santé et qui nous a permis de faire l'état des lieux du processus de la GAR à travers les activités de planification, de mise en œuvre, de suivi, d'évaluation et de reddition des comptes, activités conçues et coordonnées dans le secteur par la DPP.

Au Ministère de la Santé, la mise en œuvre réelle de cette pratique remonte à 2005 où il avait été demandé aux treize ministères* pilotes de la réforme budgétaire en cours de choisir un projet ou programme pilote pour expérimenter la GAR. C'est ainsi que le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a été identifié à l'effet de réduire annuellement d'au moins 10% la morbidité imputable au paludisme auprès de groupes cibles dans six zones sanitaires de 2005 à 2007. A l'évaluation, ce programme a enregistré une contre-performance.

Loin de se lasser, les autorités sanitaires, avec le soutien des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), ont multiplié les initiatives en vue d'accroître la performance du secteur. Mais force est de constater qu'il y a encore de nombreuses difficultés dont la faible prévisibilité des crédits, le manque de rigueur dans la planification des activités, l'exécution d'activités non programmées, la non extension de la pratique de contrat de performance aux

* Ministère des Travaux Publics et des Transports, Ministère du Développement Rural, Ministère de la Santé Publique, Ministère de l'Education Nationale, Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Hydraulique, Ministère de l'Industrie du Commerce et de la Promotion de l'Emploi, Ministère des Finances et de l'Economie, Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme, Ministère de la Famille de la Protection Sociale et de la Solidarité. S'ajoutent à cette liste deux nouveaux ministères nés de l'éclatement en trois de l'ancien Ministère de l'Education Nationale : Ministère des Enseignements Primaires et Secondaires, Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, Ministère de l'Enseignement Supérieur.

services dans les directions, l'absence d'obligation de résultats pour les gestionnaires, la faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur. La planification des activités ne se fait toujours pas en cohérence avec le plan stratégique du secteur et le système de suivi-évaluation souffre encore d'insuffisances. Les gestionnaires de projets ne sont pas choisis sur la base de la compétence mais sur celle des affinités. Il n'existe aucune stratégie de communication sur la GAR pour mobiliser le personnel autour des objectifs définis et aucun texte réglementaire n'encadre spécifiquement cette pratique dans le secteur. Ainsi, près d'une décennie après la mise en œuvre réelle de la GAR, on peut se demander si le Ministère de la Santé s'est véritablement approprié cette nouvelle approche managériale ? Où en est-on réellement dans la mise en œuvre de la GAR? Pourquoi le moteur de la GAR s'essouffle-t-il dans ce secteur et que faire pour véritablement le relancer ?

C'est dans la perspective de contribuer à la réflexion sur cette importante préoccupation que nous avons décidé d'orienter nos travaux de mémoire sur le thème intitulé «*Approche pour une pratique efficace de la Gestion Axée sur les Résultats au Ministère de la Santé*».

Compte tenu de la complexité du sujet, notre étude portera essentiellement sur l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes du secteur, l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR et la faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur.

Cette étude qui s'inscrit dans une approche diagnostique est structurée en deux chapitres. Le premier chapitre présente le cadre contextuel de l'étude, expose les observations du stage ainsi que la problématique ciblée. Le second chapitre définit les cadres théorique et méthodologique de l'étude, analyse les données collectées, établit le diagnostic et propose des solutions appropriées aux problèmes ayant fait l'objet de l'étude.

CHAPITRE PREMIER : CADRE CONTEXTUEL, ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Ce premier chapitre nous permet de présenter, d'une part, le cadre contextuel (institutionnel et physique) de l'étude et les observations du stage et d'autre part, la problématique de recherche.

SECTION 1 : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE ET OBSERVATIONS DU STAGE A LA DPP

Dans la présente section, il s'agit d'abord de présenter le Ministère de la Santé (cadre institutionnel) qui abrite la Direction de la Programmation et de la Prospective (cadre physique), structure d'accueil de notre stage, puis de rendre compte des constats relevés dans le processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des actions des unités administratives et des projets/programmes et de reddition de comptes. Ce qui nous permet ensuite de faire ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces liées à ce processus.

Paragraphe 1 : PRESENTATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE SA DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE

1.1- Le Ministère de la Santé

1.1.1 – Bref rappel historique

Il faut remonter aux deux arrêtés du 21 juin 1943 pour voir l'ébauche d'une véritable organisation sanitaire au bénéfice des populations indigènes dans les territoires colonisés. Il s'agit de :

- l'arrêté 2286 SP du 21/06/1943 qui a créé le poste de directeur général de la santé publique pour les territoires relevant du gouverneur général de l'A.O.F et qui a fixé les attributions y afférentes ; et
- l'arrêté 2287 SP du 21/06/1943 définissant dans les détails les attributions et l'organisation de la direction générale de la santé publique.

Aussi a-t-il été créé des directions locales de la santé publique dans chaque colonie ainsi que dans la circonscription de Dakar et dépendances et au Togo.

Dans notre pays, cette organisation a fonctionné sans grande modification jusqu'en 1957, année durant laquelle ce département ministériel de la santé publique a été créé et dont Docteur Nicolas EOUAGNIGNON était chargé du 28 juin 1957 au 26 juin 1959.

A l'occasion de l'accession de notre pays à l'indépendance en 1960, le Ministère de la Santé a changé de dénomination et est devenu Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSPAS) avec à sa tête le Docteur René Deroux. Malgré les multiples changements de gouvernement et de constitution observés sur cette période, la mission et le modèle d'organisation du département de la santé n'ont pas beaucoup évolué jusqu'en octobre 1972, date de l'arrivée du régime révolutionnaire au pouvoir. A cette période, il y a eu un changement d'option dans la politique gouvernementale du Bénin et du corps de la santé qui avait à sa tête le capitaine Moriba DJIBRIL.

Le décret 72-75 du 26 octobre 1972 portant composition du gouvernement modifié par le décret 73-121 du 30 mars 1973 a modifié toutes les structures notamment, le Ministère de la Santé. Au total, 22 ministres se sont succédé à la tête de ce ministère dont six (6) femmes médecins depuis l'avènement de la démocratie en 1990. L'actuel titulaire de ce portefeuille ministériel est le Professeur Agrégé Dorothee A. KINDE-GAZARD.

De Porto-Novo à Xwlacodji, le Ministère de la Santé est transféré à Donaten à Akpakpa sur le site de l'ex Office National de Pharmacie du Bénin (ONPB). Sous le régime du « Changement » ou de la « Refondation » ce département a repris l'appellation de Ministère de la Santé et est régi par le décret n°2012-272 du 13 août 2012.

1.1.2 - Mission et attributions

Aux termes de l'article 1^{er} du décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, ce ministère sectoriel 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, aux visions et politique de développement du Gouvernement.

A ce titre, il est chargé de :

- concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat ;
- définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire ;
- développer et exécuter, en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé.

1.1.3 - Organisation et fonctionnement

Aux termes de l'article 3 du décret ci-dessus cité, pour accomplir sa mission, le Ministère de la Santé dispose des structures et organes tels que :

- le Ministre
- les Services et personnes directement rattachés au ministre;
- le Cabinet du Ministre ;
- l'Inspection Générale du Ministère ;
- le Secrétariat Général du Ministère ;
- les Directions centrales ;
- les Directions techniques;
- les Directions départementales de la Santé (au nombre de 6);
- Les Etablissements hospitaliers;
- Organismes sous tutelle ;
- les Organes consultatifs nationaux.

En outre, le Ministre s'appuie sur un organe de soutien dénommé Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/Projets du

secteur santé (CNEEP). La composition et les attributions de cet organe de soutien sont fixées par le décret n°2007-163 du 16 avril 2007.

1.2- Présentation de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé

1.2.1- Mission et attributions

Conformément aux dispositions de l'article 52 du décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), l'une des quatre directions centrales du Ministère, assure la gestion du processus de la planification du Ministère.

A ce titre, elle est chargée de :

- collecter, traiter et diffuser toutes les informations nécessaires à une réflexion prospective et stratégique dans le domaine de compétence du ministère, notamment, les attentes et besoins des clients/usagers ;
- animer les processus d'analyse, de planification et de suivi-évaluation du Ministère ;
- élaborer, mettre en œuvre et évaluer en liaison avec le Cabinet du Ministre et le Secrétariat Général du Ministère, le plan stratégique et le plan opérationnel du Ministère ;
- élaborer, en liaison avec les directions techniques, directions départementales, les programmes et projets du Ministère ;
- élaborer, suivre et évaluer un budget-programme à partir des plans stratégique et opérationnel du ministère et du cadre de dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT) ;
- mobiliser, en liaison avec les services financiers, les financements pour ces programmes et projets ;
- mettre en place une base de données et un dispositif de collecte, de traitement des informations pour réussir la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation au sein du ministère ;

- veiller à la prise en compte des études d'impact environnemental dans le cadre des programmes et projets du ministère ;
- assurer le secrétariat et organiser les sessions du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CNEEP).

1.2.2 - Organisation et fonctionnement de la DPP

Pour mener à bien les missions à sa charge, la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), conformément aux dispositions de l'Arrêté n°4238/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/SA du 30 juillet 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement de la DPP encore en vigueur, dispose des services ci-après :

- le Secrétariat ;
- le Service des Etudes et de la Prospective (SEP);
- le Service de la Coopération (SC) ;
- le Service de la Programmation (SP) ;
- le Service de la Gestion du Système d'Information (SGSI) et
- la Cellule de Suivi Evaluation des Projets et Programmes (CSE);

Il est important de mentionner que nous avons parcouru tous les services de la DPP, mais deux nous ont fondamentalement servi de cadre d'observation au cours de notre stage à cause de l'importance de leurs rôles dans le système en observation : il s'agit notamment du Service de la Programmation (SP) et la Cellule du Suivi et de l'Evaluation (CSE).

Le Service de la Programmation (SP)

Selon l'article 9 de l'arrêté ci-dessus, ce service est chargé de :

- ✓ coordonner les travaux d'élaboration du Plan Triennal de Développement Sanitaire, du Cadre de Dépenses à Moyen Terme ; des budgets-

programmes et apporter les appuis nécessaires aux directions, aux projets et programmes du ministère ;

- ✓ apporter aux structures centrales et déconcentrées l'appui nécessaire à la conception générale des projets/programmes du Ministère en adéquation avec les stratégies sectorielles ;
- ✓ élaborer des outils d'aide à la planification des projets et programmes du secteur ;
- ✓ constituer une base de données sur les projets du secteur de la santé ;
- ✓ développer des applications pour une meilleure gestion des données sur le budget du secteur.

Le Service de la Programmation comprend deux divisions que sont :

- la Division de la Préparation et de l'Elaboration du Plan Triennal de Développement Sanitaire et du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (DPEPTDCDMT) ;
- la Division de la Préparation, de l'Elaboration et de l'Opérationnalisation du Budget (DPEOB).

La Cellule du Suivi et de l'Evaluation (CSE)

Aux termes de l'article 13 du même arrêté, la CSE est chargée de :

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

- ✓ piloter les missions d'évaluation des politiques et programmes du secteur ;
- ✓ assurer le suivi de la mise en œuvre des différentes réformes sectorielles et nationales ;
- ✓ assurer le secrétariat des sessions des organes de suivi et de la mise en œuvre des politiques et programmes.

La CSE comprend :

- le Secrétariat des Organes du Suivi et d'Evaluation du secteur de la santé (SOSEV) ;
- la Division du Suivi des Programmes du secteur (DSP) ; et
- la Division d'Analyse de la Performance du secteur (DAP).

Les points focaux de Suivi-Evaluation

Aux termes de l'article 15 de l'arrêté, il est prévu que la CSE travaille en étroite collaboration avec des points focaux nommés au sein des structures techniques du ministère. L'article 16 du même arrêté fixe les attributions du point focal comme ci-après : « le point focal est chargé de coordonner les activités de programmation et de suivi-évaluation dans les domaines de compétence de sa structure de tutelle en collaboration avec les superviseurs des axes stratégiques du secteur ».

Paragraphe 2 : OBSERVATION DU PROCESSUS DE PLANIFICATION, MISE EN ŒUVRE, SUIVI, EVALUATION ET REDDITION DE COMPTES A LA DPP

La DPP est l'organe chargé entre autres de la conception et de la coordination du processus de planification, de programmation, de suivi et d'évaluation des programmes du secteur de la santé. Pendant notre séjour dans cette direction, nous nous sommes particulièrement intéressé aux activités qui y sont menées. Des entretiens que nous avons eus également avec le personnel et les responsables de cette direction, les autorités à divers niveaux du ministère, nous avons fait un certain nombre d'observations dont les plus significatives sont restituées ci-dessous.

Nous allons aborder successivement les observations d'ordre général et celles spécifiquement liées à l'exercice des attributions sus évoquées avant de procéder à l'inventaire des problèmes recensés.

2.1. Observations d'ordre général

A l'instar du cabinet du ministre, des autres directions et des projets/programmes, la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) du Ministère de la Santé occupe des bâtiments de l'Etat logés dans l'enceinte du ministère. Il s'agit d'un bâtiment de type R+2 et d'un bâtiment annexe complètement rénové, le tout bien équipé. Le bâtiment à étage dispose d'une cour intérieure fleurie et décorative. Par ailleurs, les locaux des services déconcentrés que sont les Services de la Planification, de l'Informatique et de la Recherche en Santé (SPIRS) sont tous abrités par des locaux nouvellement construits ou réhabilités. ***La DPP et ses services déconcentrés disposent d'un cadre de travail beau et agréable.***

Aussi, la plupart des services de la DPP disposent-ils de postes téléviseurs, d'ordinateurs de table, d'ordinateurs portatifs et des clés de connexion Internet. ***Il existe des moyens modernes de communication.***

Elle dispose également d'un parking bien aménagé mais d'un parc de véhicules administratifs maigre et vieillissant. Ces services souffrent d'*insuffisance de moyens roulants pour l'accomplissement de leurs missions.*

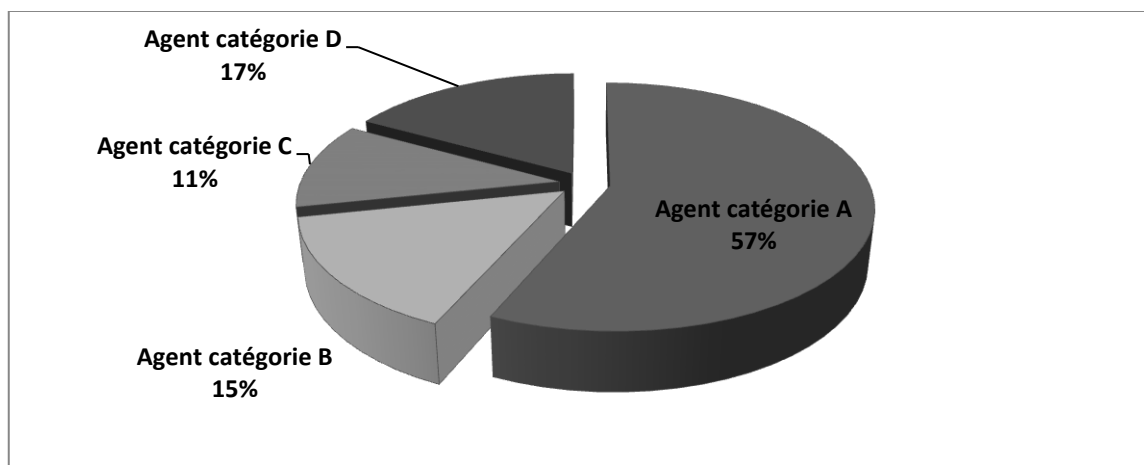
Sur le plan des ressources humaines, cette direction est animée par un effectif de cinquante-trois (53) agents répartis comme il suit :

Tableau 1 : Répartition du personnel de la DPP par catégorie professionnelle au 31/10/12

Catégorie professionnelle	A	B	C	D	TOTAL
Effectif	30	8	6	9	53
Pourcentage	57%	15%	11%	17%	100%

Source : observations de stage.

Le graphique ci-dessus donne une meilleure illustration des proportions de chaque catégorie d'agent.



Source : observations du stage

Graphique 1 : Répartition du personnel de la DPP par catégorie professionnelle au 31/10/12

On constate que la DPP dispose de ressources humaines satisfaisantes au double plan quantitatif et qualitatif.

Malgré cette richesse humaine, le service de la programmation est actuellement dépourvu de planificateur. Il se pose un ***problème de mauvaise répartition ou de sous-utilisation du personnel.***

Si au niveau central, la DPP dispose du capital humain nécessaire pour l’accomplissement de sa mission, ses démembrements par contre souffrent d’insuffisance de ressources humaines : toutes les six DDS ne disposent pas encore de planificateur et aucun planificateur ne se trouve au niveau des Equipes d’Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS). On observe alors une ***insuffisance ou pénurie de personnel qualifié aux niveaux intermédiaire et périphérique et une mobilité du personnel.***

La part de l’aide internationale dans le budget du secteur de la santé est considérable. Cette contribution est supérieure à 25% depuis 2008.

Tableau 2 : Evolution du financement extérieur du secteur santé

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Appui budgétaire global	9332	15650	22651	28974	25062	29 510
Budget santé	48 917	64 881	73 921	111 415	82 462	69144
%	19	24	31	26	30	42

Source : SNIGS/SGSI/DPP/MS

De l’observation de l’évolution du financement apporté au secteur de la santé par les partenaires techniques et financiers (PTF), il existe ***un appui constant des PTF en vue de la mobilisation des ressources extérieures pour combler les gaps financiers.***

Afin de disposer d’un cadre unique harmonisé pour l’augmentation, l’amélioration de l’efficacité et la prévisibilité de l’aide dans le secteur de la santé en vue d’accélérer l’atteinte des OMD santé, le Ministère de la Santé a élaboré un pacte national intitulé «Compact » assorti d’un protocole d’accord signé entre le Gouvernement béninois et les PTF le 10 novembre 2010. Il existe

donc ***un protocole d'accord entre le Gouvernement et les PTF pour assurer la prévisibilité des financements et l'alignement sur les procédures nationales.***

Malgré cet engagement des PTF à travers le Compact, il est constaté une baisse du financement extérieur qui est passé de 29,5 milliards en 2011 à 18,7 milliards en 2012, la non disponibilité sur le SIGFiP des informations liées aux engagements sur ressources extérieures en 2011 et le non-respect des engagements mutuels du gouvernement et des PTF ; on observe en conséquence, ***un amenuisement des ressources extérieures et des difficultés dans l'application du Compact.***

Dans le cadre du Crédit d'Appui à la Réduction de la Pauvreté (PRSC), le Bénin dès 2004 s'est engagé résolument dans la pratique de la GAR dans l'administration. Ainsi, les ministères participant au PRSC devraient s'organiser pour qu'au moins un de leurs programmes ou sous-programmes soit réalisé en 2005 sur la base d'une réelle GAR. Mieux, en souscrivant à la Déclaration de Paris sur l'aide publique au développement la même année, le Bénin a opté, entre autres, pour le principe de la GAR afin d'utiliser rationnellement les ressources destinées à la réalisation des OMD. On peut donc déduire de ce fait une ***volonté politique affichée.***

Cette volonté politique s'est matérialisée avec la mise en place des budgets-programmes et des cellules de suivi-évaluation dans les ministères au sein des Directions de la Programmation et de la Prospective (DPP). Ces cellules ont en charge d'élaborer un rapport annuel de performance qui doit comporter une évaluation sur la performance de chaque programme en se fondant sur les indicateurs et en comparant les résultats aux objectifs. Il est alors constaté l'***existence de dispositif technique favorable à la mise en œuvre de la GAR.***

Par le décret n°2012-191 du 03 juillet 2012 fixant la structure type des ministères, la mise en œuvre de la GAR a été étendue à tous les départements ministériels avec prescriptions aux cabinets ministériels et secrétariats généraux de « faire de l'atteinte des résultats une réalité au sein des ministères, en recentrant notamment les priorités sur les résultats/impacts et non sur les ressources/intrants et les activités » (articles 20 et 30 du décret). C'est alors une évidence que **le Gouvernement s'est engagé dans la systématisation de la GAR.**

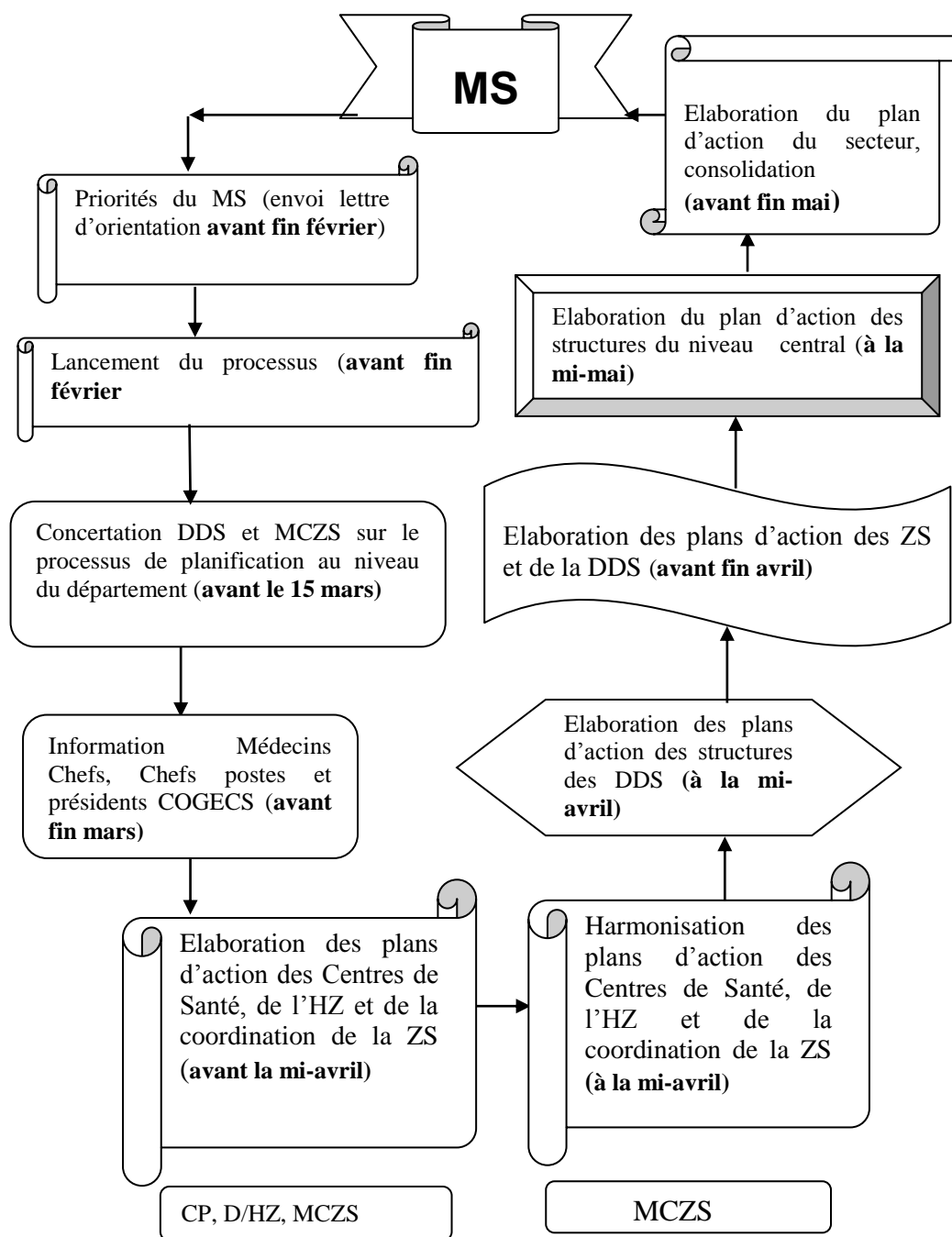
Cependant, les différentes discussions que nous avons eues avec certains acteurs du secteur donnent l'impression que la GAR n'est pas encore la chose la mieux partagée dans le secteur et demeure une notion moins bien cernée. Des responsables de projets ou d'unités administratives ne savent pas encore toutes les implications de la pratique de cet outil. **Il n'existe pas une stratégie de communication sur la GAR.**

2.2 - Observations d'ordre spécifique

Les observations d'ordre spécifique sont faites par rapport aux différentes composantes des activités essentielles de la DPP, à savoir la planification stratégique et opérationnelle, la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation des activités et la reddition de comptes.

2.2.1- la Planification stratégique et opérationnelle

En ce qui concerne le processus de planification dans le secteur de la santé, **il est régi par un manuel de procédures** et part du niveau périphérique au niveau central en prenant en compte les besoins des partenaires sociaux, techniques et financiers. Il est observé que **le processus de la planification est ascendant et intégré dans le secteur de la santé.**



Source : SP/DPP/MS, 2012

Figure 1 : Planification ascendante intégrée

Mais dans la pratique, on peut relever que le niveau central continue de faire l'allocation des ressources sans tenir compte des besoins réels de la base, que certains partenaires disposent de processus de planification qui leur sont propres et qu'il y a une faible intégration du volet santé des plans de développement communaux dans les plans de développement des zones

sanitaires. On remarque alors ***la faible prise en compte des besoins du niveau périphérique dans les actions des projets et programmes.***

Le secteur de la santé se trouvant dans un processus de décentralisation avancé de ses structures, on distingue au niveau national, la planification normative ou stratégique, au niveau intermédiaire la planification tactique ou structurelle et au niveau périphérique la planification opérationnelle. Les principaux outils développés sont le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 opérationnalisé à travers le Plan Triennal de Développement (PTD) 2010-2012 et le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) 2010-2012, le budget-programme, les plans de développement des départements, les plans de développement des zones sanitaires, les plans de travail annuels (PTA), les termes de références. Par conséquent, ***le secteur de la santé a développé de nombreux outils de planification et à chaque niveau de la pyramide sanitaire existent des outils appropriés.***

Par ailleurs, il est observé chaque année la non-exécution d'activités programmées (444 activités prévues et non réalisées sur 1682 en 2010 et 1404 activités prévues et non réalisées sur 4481 en 2011) et l'exécution d'activités non prévues. Par exemple, en plein exercice budgétaire, la DRFM se trouve obligée de prendre en charge des dépenses non prévues initialement au PTA du secteur suite à des décisions du Conseil des Ministres, par exemple, à l'occasion de certaines catastrophes, épidémies ou intoxications alimentaires. Nous avons noté en conséquence ***un manque de rigueur dans la planification des activités et le non-respect du PTA du secteur.***

Mais au regard des difficultés de compilation des plans d'action et du contexte interactif du processus (MEF-MD, MS, DDS, ZS) peu respecté, la DPP a actualisé la procédure de planification et a entrepris la ***mise en place d'une application informatique pour la consolidation du PTA.***

2.2.2 – la Mise en œuvre des activités des unités administratives et des projets/programmes

Conformément au principe de la gestion axée sur les résultats, les coordinations des projets inscrits au PIP 2008 ont reçu des lettres de missions. L'objectif est d'assurer une gestion efficace des projets/programmes. Ainsi, treize (13) coordonnateurs de projets/programmes étaient concernés en 2008. En 2012, la même expérience a été répétée et cette fois-ci étendue à toutes les directions centrales et techniques. Il s'ensuit une *bonne clarification de mission à travers une définition claire des objectifs, des résultats attendus et des ressources nécessaires*.

Cependant, l'expérience de 2008 et celle en cours ont montré qu'il n'y a pas eu de lettres d'acceptation de mission de la part des gestionnaires. Ainsi, il est observé une *absence d'engagement formel des gestionnaires*. Mieux, à l'examen du contenu des lettres de mission, aucun indicateur précis de performance et aucune sanction concrète n'ont été prévus ; par conséquent, on observe *une absence d'obligation de résultats pour les gestionnaires*. Le décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé a tenté de corriger la chose en son article 94 en disposant que les performances des responsables « sont évaluées systématiquement chaque année, suivant la logique de la gestion axée sur les résultats. L'insuffisance de résultats peut justifier leur révocation ». Cependant, les faits demeurent encore inchangés car les textes sont encore restés vagues sur l'appréciation des résultats.

A l'évaluation des lettres de mission de 2008, des désaccords ont été observés par rapport à la démarche méthodologique et par rapport à certains indicateurs. Les objectifs ne sont pas toujours formulés de manière opérationnelle, au sens de la formule «SMART» par exemple. De plus, il manque souvent les indicateurs correspondants, de sorte que leur évaluation

reste difficile, voire impossible. Cela traduit ***une mauvaise définition des indicateurs d'objectifs, d'extrants ou de résultats.***

Egalement, rares sont les services ou structures assimilées qui reçoivent des contrats de performance au sein des directions centrales ou techniques. Autrement dit, ***la pratique de contrat de performance n'est pas étendue à tous les services des directions.***

Aux termes de l'analyse des revues de performance 2010 et 2011 à quelque nuance près, il est relevé la baisse continue du budget alloué au secteur de la santé (82 milliards en 2010 contre 69 milliards en 2011 et 66 milliards en 2012), l'abattement fréquent des crédits alloués, le chargement partiel ou tardif des crédits, l'ouverture tardive et la fermeture précoce du système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) avant même les délais d'arrêt des opérations, la non disponibilité d'information sur les taux de consommation ou la disponibilité des ressources extérieures. Il est souvent difficile aux gestionnaires de préjuger avec certitude des montants réels de crédits à consommer par leurs projets ou unités administratives au cours d'une année. Il se pose alors ***un problème de faible prévisibilité dans le flux des crédits attendus.***

Aussi, remarque-t-on l'introduction tardive des dossiers et leurs rejets répétitifs dans le circuit financier, la non maîtrise des procédures d'exécution des dépenses publiques, la rigidité des procédures de gestion publique, la non maîtrise des procédures des partenaires, l'élaboration tardive des outils de gestion (plan de trésorerie, plan de passation de marché public, etc.), l'exécution d'activités non programmées, la non maîtrise de la démarche de la GAR et la lourdeur administrative. Il est ainsi constaté ***une faible capacité de coordination de projets/programmes du secteur.***

Pour y remédier, la Direction de la Programmation et de la Prospective organise quelques fois des sessions de formations sur la GAR au profit des

gestionnaires de projets/programmes. Mieux, des programmes spécifiques sur la GAR ont été mis en œuvre en vue de renforcer la pratique de la GAR dans le secteur de la santé ; il s'agit notamment du Programme de Coordination et d'Appui au Système de Gestion Axée sur les Résultats (PCASGAR), de l'instauration de paiement de prime axée sur les résultats dans 5 zones d'intervention par la Coopération Technique Belge et l'expérimentation de l'approche du financement basé sur les résultats dans 8 Zones Sanitaire (ZS) par la Banque Mondiale. ***Des efforts sont donc fournis pour le renforcement de la pratique de la GAR dans le secteur de la santé.***

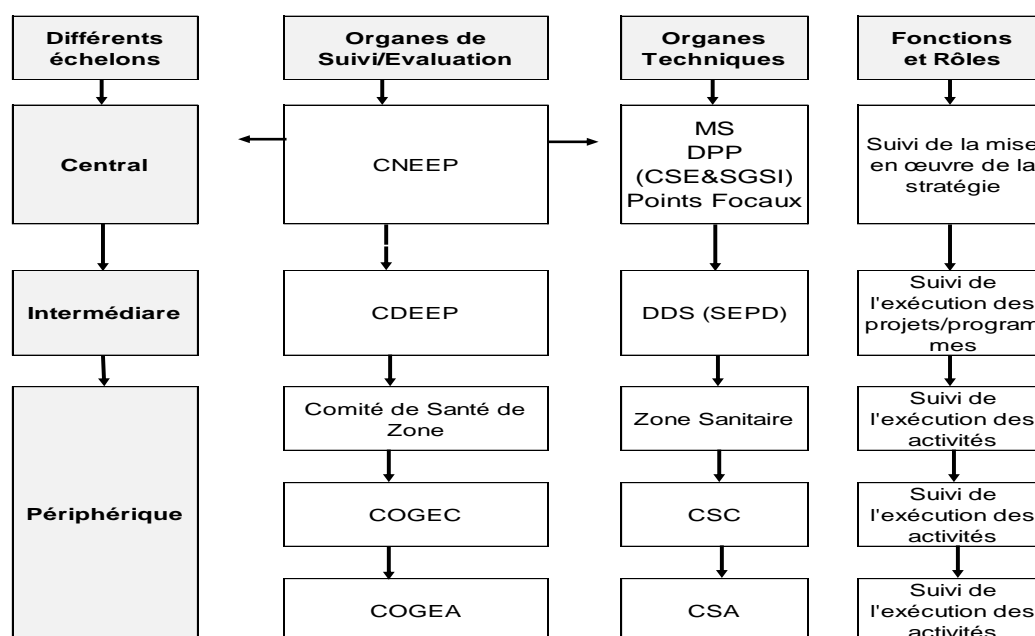
2.2.3 – le Suivi et l'évaluation

Le suivi des activités des unités administratives et des projets/programmes consiste à organiser la collecte des informations nécessaires au moyen des indicateurs retenus lors de la phase de programmation. C'est le trait d'union entre la programmation et l'évaluation. Dès que les informations brutes (collectées pendant la phase de suivi) sont analysées, commentées, interprétées, comparées ou encore valorisées, on entre dans la phase de l'évaluation.

En ce qui concerne ces troisième et quatrième composantes de la GAR, c'est-à-dire le suivi et l'évaluation, un système est mis en place et est opérationnel dans le secteur de la santé. Il s'agit de la Cellule de Suivi/Evaluation (CSE) qui est chargée de suivre la mise en œuvre des actions des structures, projets et programmes du Ministère de la Santé. De même, les programmes ou unités administratives installent une structure ou recrutent un responsable de suivi-évaluation qui suit la progression des activités vers l'atteinte des résultats à l'aide d'indicateurs. ***Il existe donc un système de suivi-évaluation.***

Aussi, d'autres organes ont-ils été créés pour suivre ou évaluer périodiquement la performance des activités et projets du secteur. Il s'agit du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et

Programmes (CNEEP), de la Revue conjointe de performance du secteur, du Comité des directeurs (CODIR), du Comité Consultatif Inter Agences (CCIA) du Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/Projets (CDEEP), du Collectif des médecins, du Comité de Santé de zone et du Comité de Gestion. Il est important de signaler l'existence, depuis 1990, du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) qui appuie ce mécanisme de suivi-évaluation et constitue un outil d'aide à la prise de décision. *Le système de suivi-évaluation est renforcé par d'autres organes d'informations, d'échange et d'évaluation qui font de lui un mécanisme opérationnel.*



Source : CSE/DPP/MS, 2012

Figure 2 : Mécanisme de Suivi/Evaluation du MS

Toutefois, le suivi éprouve encore de sérieuses difficultés car les indicateurs d'objectifs ou de résultats mal définis ne permettent pas à la CSE de bien faire son travail. Même s'il *existe des outils de suivi-évaluation* (PTA, fiche bilan, canevas d'auto-évaluation, grille d'évaluation, rapport d'avancement, canevas TDR, Fiche PIP), on observe encore l'envoi tardif des rapports ou de données parcellaires ou biaisées ou encore mal présentées par

les gestionnaires. Ce qui fait observer ***qu'il n'existe pas un guide de procédure en matière de suivi-évaluation.***

L'évaluation peine également à rentrer dans les habitudes. Seuls les projets à financement extérieur font objet d'évaluation (à mi-parcours, finale ou d'impact). Au cours de l'exécution, les données du suivi évaluation ne sont pas toujours exploitées pour opérer s'il y a lieu des ajustements nécessaires. Elles sont produites en retard, dès fois sans cohérence. Il est ainsi constaté la ***faible compétence des coordinations des projets/programmes du secteur en matière de suivi et d'évaluation.***

Par ailleurs, la GAR exige la transparence et l'imputabilité des gestionnaires publics envers les citoyens et les PTF dans la gestion. En ce qui concerne les programmes ou les unités administratives, l'évaluation de leur gestion financière n'est pas systématique. Il s'en suit alors que ***l'évaluation de la gestion financière des projets/programmes et des unités administratives n'est pas systématique.***

2.2.4 - La rétroaction ou la reddition de comptes

Les ministères qui reçoivent des ressources de l'Etat doivent en rendre compte à la population, à la société civile, à la chambre des comptes de la Cour suprême et aux parlementaires. La reddition de comptes au Ministère de la Santé s'effectue au moyen de rapport annuel de performance validé et régulièrement adressé à la chambre des comptes à la fin de chaque exercice budgétaire. Il est constaté que ***le secteur rend régulièrement compte de la gestion des ressources mises à sa disposition.***

Toutefois, il convient de noter que les rapports de performance ne sont pas produits à temps et leurs résultats ne sont pas exploités lors de la préparation du budget et du CDMT. ***Les résultats des rapports de performance ne sont pas toujours utilisés pour la prise de décision.***

Après avoir procédé à cet état des lieux, essayons à présent d'en faire l'inventaire.

2.3 - Inventaire des éléments de l'état des lieux

Il s'agit ici d'inventorier, d'une part, les atouts (forces et opportunités) qui méritent d'être valorisés et, d'autre part, les problèmes (faiblesses et menaces) qu'il conviendrait de minimiser ou d'éradiquer.

2.3.1 – Inventaire des atouts (forces et opportunités)

De la restitution des observations de stage, nous avons pu dégager les atouts ci-après que la DPP peut consolider :

- ✓ Existence de moyens modernes de communication ;
- ✓ Existence de ressources humaines satisfaisantes au double plan quantitatif et qualitatif ;
- ✓ Existence d'un manuel de procédures en planification ;
- ✓ Processus de planification ascendant et intégré ;
- ✓ Application informatique pour la consolidation des PTA ;
- ✓ Développement de nombreux outils de planification par niveau de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Bonne clarification de mission, d'objectifs, de résultats attendus et de ressources nécessaires à travers les lettres de mission;
- ✓ Existence d'un mécanisme de suivi-évaluation ;
- ✓ Reddition régulière de compte à travers le rapport de performance ;
- ✓ Existence d'outils de suivi-évaluation des projets/programmes ;
- ✓ Volonté politique affichée en matière de GAR;
- ✓ Existence de dispositif technique favorable à la GAR ;
- ✓ Appui constant des PTF dans le cadre de la mobilisation des ressources extérieures pour combler les gaps financiers ;
- ✓ Existence de Compact et du protocole d'accord entre le Gouvernement et les PTF pour assurer la prévisibilité des financements et l'alignement sur les procédures nationales ;
- ✓ Engagement du Gouvernement dans la systématisation de la GAR.

2.3.2 – Inventaire des problèmes (Faiblesses et menaces)

De l'état des lieux, il ressort également les problèmes suivants :

- ✓ Mauvaise répartition ou de sous-utilisation du personnel ;
- ✓ Insuffisance ou pénurie de personnel qualifié aux niveaux intermédiaire et périphérique ;
- ✓ Inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR ;
- ✓ Faible prise en compte des besoins du niveau périphérique dans les actions des projets et programmes ;
- ✓ Manque de rigueur dans la planification des activités et non-respect du PTA du secteur ;
- ✓ Absence d'engagement formel des gestionnaires ;
- ✓ Absence d'obligation de résultats pour les gestionnaires ;
- ✓ Mauvaise définition des indicateurs d'objectif, d'extrant ou de résultat ;
- ✓ Non-extension de la pratique de contrat de performance aux services dans les directions ;
- ✓ Faible prévisibilité dans le flux des crédits attendus ;
- ✓ Faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur ;
- ✓ Faible compétence des coordinations de projets/programmes en matière de suivi et d'évaluation ;
- ✓ Non-systématisation de l'évaluation de la gestion financière des projets/programmes et des unités administratives ;
- ✓ Non-utilisation des résultats des rapports de performance pour la prise de décision ;
- ✓ Absence d'un guide de procédures en matière de suivi-évaluation ;
- ✓ Mobilité du personnel ;
- ✓ Amenuisement des ressources extérieures ;
- ✓ Difficultés dans l'application du Compact ;

SECTION 2 : CIBLAGE, SPECIFICATION ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

Dans cette section, nous allons procéder d'une part, au choix et à la spécification de la problématique et d'autre part, à la détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

Paragraphe 1 : CIBLAGE ET SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE

Le choix et la spécification de la problématique de notre étude sont faits à partir de l'identification des problématiques d'étude possibles qui résulte du regroupement par centre d'intérêt des différents problèmes inventoriés ci-dessus.

1.1- Identification des problématiques possibles

Les différents problèmes supra inventoriés sont regroupés par centre d'intérêt dans l'optique de l'identification des problématiques possibles.

Tableau 3 : Détermination des problématiques possibles à partir du regroupement des problèmes par centre d'intérêt

N°	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Suivi et évaluation des projets et programmes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Absence d'un manuel de procédures de suivi-évaluation ; ❖ Faible compétence des coordinations de projets/programmes en matière de suivi et d'évaluation ; ❖ Non-respect du PTA du secteur ; ❖ Non-utilisation des résultats des rapports de performance pour la prise de décision. 	Dysfonctionnement du système de suivi-évaluation des projets/programmes	Problématique de l'amélioration du fonctionnement du système de suivi-évaluation des projets/programmes
2	Gestion des ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Non-systématisation de l'évaluation de la gestion financière des projets/programmes; ❖ Faible prévisibilité dans le flux des crédits attendus ; ❖ Amenuisement des ressources extérieures ; ❖ Difficultés dans l'application du Compact ; 	Gestion non optimale des ressources financières	Problématique de la gestion optimale des ressources financières
3	Mise en œuvre de la GAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Non-extension de la pratique de contrat de performance aux services dans les directions ; ❖ Mauvaise définition des indicateurs d'objectifs, d'extrants ou de résultats ; ❖ Absence d'engagement formel des gestionnaires ; ❖ Absence d'obligation de résultats pour les gestionnaires ; ❖ Manque de rigueur dans la planification des activités et non-respect du PTA du secteur ; ❖ Faible ou non prise en compte des besoins du niveau périphérique dans les actions des projets et programmes ; ❖ Faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur ; ❖ Inexistence de stratégie de communication sur la GAR. 	Mise en œuvre inefficace de la GAR	Problématique de l'efficacité de la mise en œuvre de la GAR
4	Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mauvaise répartition ou de sous-utilisation du personnel ; ❖ Insuffisance ou pénurie de personnel qualifié aux niveaux intermédiaire et périphérique ; ❖ Mobilité du personnel ; 	Gestion non optimale des ressources humaines	Problématique de la gestion optimale des ressources humaines

Source : Résultat des enquêtes de terrain

1.2 - Présentation des problématiques possibles

Le tableau ci-dessus a permis de dégager quatre (4) différentes problématiques qui se présentent comme ci-après :

- Problématique de l'amélioration du fonctionnement du système de suivi-évaluation des projets/programmes;
- Problématique de la gestion optimale des ressources humaines ;
- Problématique de la gestion optimale des ressources financières;
- Problématique de la mise en œuvre efficace de la GAR ;

Toutes ces problématiques énumérées supra méritent une attention particulière pour accroître la performance du système de santé mais il nous faudra choisir et spécifier celle qui doit sous-tendre la présente étude.

1.3 - Choix de la problématique et formulation du sujet

Les divers problèmes relevés suite aux observations faites dans notre structure d'accueil laissent apparaître quatre différentes problématiques que les autorités sanitaires devraient méthodiquement appréhender et résoudre en vue d'accroître la performance du secteur.

La Problématique de l'amélioration du fonctionnement du système de suivi-évaluation des projets/programmes préoccupe sérieusement les autorités de la DPP qui ont déjà pris des dispositions en vue de l'élaboration d'un manuel de procédure en matière de suivi-évaluation. Au cours de nos investigations, nous avons découvert que certaines études ont déjà abordé cette problématique dans toutes ses dimensions avec des propositions de solutions. Par conséquent, cette problématique ne suscite plus d'intérêt de notre point de vue.

En ce qui concerne la problématique de la gestion optimale des ressources humaines, elle est fondamentale car le capital humain est au commencement de toute entreprise humaine. Cependant, elle ne saurait faire

l'objet de notre étude car beaucoup de spécialistes revenus de stage de formation dans ce domaine se sont déjà penchés sur la question. Mieux des études commanditées par les autorités sanitaires et qui sont déjà réalisées ou en cours de réalisation se préoccupent également de cette problématique. Ainsi, il ne nous paraît plus utile de ressasser encore ce même sujet étant donné que nous n'avons rien de nouveau à proposer.

Quant à la problématique de la gestion optimale des ressources financières, elle nous intéresse aussi. Mais cette préoccupation a déjà fait l'objet de réflexion de beaucoup de chercheurs jusqu'au niveau de l'Etat central qui a initié un projet de loi relative aux lois des finances (LOLF) en souffrance à l'Assemblée nationale depuis 2009 ; Mieux, fidèle au principe méthodologique qui impose que l'on ne résout pas un problème qui ne relève pas de son domaine d'expertise, nous nous consacrerons donc à la dernière problématique, celle relative à la mise en œuvre efficace de la GAR dont la résolution permettra d'accroître la performance de notre système de santé, d'offrir de meilleures prestations aux usagers/clients et de contribuer à terme au développement de notre pays.

A la lumière des considérations ci-dessus évoquées, le problème général de notre étude est donc celui de **la mise en œuvre inefficace de la Gestion Axée sur les Résultats**. La problématique qui en a résulté est celle de *l'efficacité de la mise en œuvre de la GAR au Ministère de la Santé*.

C'est donc dans le souci d'apporter notre modeste contribution à la résolution des problèmes général et spécifiques liés à cette problématique d'étude, en vue de l'amélioration de la performance du système de santé, que nous avons intitulé notre sujet de recherche : «**Approche pour une pratique efficace de la Gestion Axée sur les Résultats au Ministère de la Santé**».

1.4 - Justification et intérêt du sujet choisi

Le choix de notre sujet de mémoire se fonde sur le fait que jadis et plus encore de nos jours, les organisations qui émergent sont celles qui accordent une place de choix à la performance et à l'efficacité. Selon Docteur OUCHFOUN A. et Docteur HAMMOUDA D. (Les cahiers du CREAD, 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 ». Les autorités du secteur de la santé au Bénin ne sont pas moins préoccupées au regard des défis importants à relever dans le domaine de la santé. En effet, le Bénin s'est engagé au sommet du millénaire en 2000 à New York en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015. La réalisation de ce défi important, nécessite un flux financier adéquat, la mise en commun des ressources, la bonne gouvernance dans le cadre de la déclaration de Paris signé en mars 2005 dont l'un des principes fondamentaux est la gestion axée sur les résultats.

Il s'agit alors d'une transition vers un pilotage par les résultats qui requiert une double transformation au niveau institutionnel, pour définir de nouvelles règles du jeu et au niveau organisationnel pour les implanter. Beaucoup d'outils ont été élaborés et utilisés à cet effet dans le secteur de la santé. Mais à l'observation, près d'une décennie de mise en œuvre de cet outil de gestion dans le secteur de la santé, les résultats sont malheureusement mitigés. Les nombreuses difficultés relevées au cours de l'état des lieux continuent de jalonner le processus. « Certains défis restent à relever car des domaines continuent d'enregistrer des contre-performances » selon la conclusion du Rapport de performance 2011 du Ministère de la santé. Mais face à cette situation peu réconfortante, les autorités du secteur, certainement conscientes des difficultés, semblent manquer d'inspiration ou d'initiatives pour donner un nouveau souffle au moteur de la GAR visiblement essoufflé dans ce département. C'est pourquoi, l'étude présente un double intérêt à savoir :

Primo, elle permettra d'attirer l'attention des autorités sanitaires sur les préalables à réaliser avant la mise en œuvre de la GAR dans le contexte du Ministère de la Santé ;

Secundo, elle offrira l'opportunité de comprendre que l'efficacité de la mise en œuvre de la GAR n'est pas seulement liée à la bonne gestion des ressources financières mais qu'il y a d'autres paramètres à prendre en compte ; d'où la nécessité de la mise en place de nouvelles dispositions en vue de dynamiser le système de la GAR pour une meilleure performance du secteur.

1.5 - Spécification de la problématique de l'étude

Il faut souligner que nombreux sont les problèmes spécifiques qui sont liés à la problématique de notre étude et qui affectent le processus de la GAR dans le secteur de la santé. Ne pouvant faire l'étude complète de tous ces problèmes compte tenu du délai qui nous est imparti et surtout qu'il s'agit d'un mémoire et non d'une consultation, nous procéderons à la sélection de ceux qui nous paraissent les plus importants et dont la résolution aidera à celle du problème général.

L'outil pour opérer cette sélection est le degré de complexité des problèmes spécifiques. Ainsi, les problèmes de non extension de la pratique de contrat de performance aux services dans les directions, manque de rigueur dans la planification des activités et non-respect du PTA du secteur, faible prise en compte des besoins du niveau périphérique dans les actions des projets et programmes ne présentent aucune complexité et peuvent être facilement résolus par la DPP étant donné qu'elle dispose de l'expertise nécessaire. Il suffit que les conditions requises soient réunies. En ce qui concerne le problème de l'absence d'engagement formel des gestionnaires, il relève du même ordre que celui d'absence d'obligation de résultats qui sera ci-dessous pris en compte.

Les problèmes spécifiques qui présentent une certaine complexité et dont la résolution permettra de trouver une solution efficace et durable au problème général, au nombre de trois, sont les suivants :

- ✓ **Problème spécifique (PS) n°1** : Absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes ;
- ✓ **Problème spécifique (PS) n°2** : Inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR ;
- ✓ **Problème spécifique (PS) n°3** : Faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur.

Paragraphe 2 : DETERMINATION DE LA VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE SPECIFIEE

Il s'agit ici de faire ressortir les approches génériques ainsi que les séquences de résolution des problèmes général et spécifiques.

2.1 - Approches génériques

Le problème général est la mise en œuvre inefficace de la GAR. A ce sujet, il faut rappeler que l'implantation de la GAR est un changement volontaire introduit dans la gestion du secteur de la santé. Cette innovation vise l'efficacité, c'est-à-dire l'amélioration de la performance du système de santé, la qualité supérieure des prestations de soins. Le secteur de la santé, faisant preuve d'une certaine proactivité en matière d'initiation de réformes et jouissant d'une longue expérience en matière de planification stratégique, pourrait instaurer la GAR sans grands écueils. Mais force est de constater que, malgré tous les efforts consentis jusque-là, ce changement bat de l'aile. Si la pratique de la GAR peine à s'implanter aujourd'hui, les autorités du secteur se doivent de s'interroger sur le processus du changement qu'elles veulent

opérer. Toutes les dispositions adéquates ont-elles été prises ? Ont-elles pu définir les objectifs, analyser les circuits d'influence, identifier les acteurs potentiels, les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces, mettre en évidence les possibilités d'action, planifier les stratégies et réaliser la solution ?

Ainsi pour la résolution du problème général de notre étude, nous emprunterons une approche générique basée sur la gestion du changement dans les organisations.

Quant au problème spécifique n°1 relatif à l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes, il convient de préciser que les droits et devoirs ne peuvent naître que de l'édiction de normes juridiques, de principes ou de règles juridiques. Ainsi, pour résoudre ce problème, nous ferons recours à une approche générique basée sur l'obligation de résultats.

En ce qui concerne le problème spécifique n°2 lié à l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR, il faut souligner que si une institution veut progresser, se développer, les idées doivent provenir aussi bien du manager que de ses collaborateurs. Ces idées sont d'autant plus harmonieuses et efficaces lorsqu'elles sont exprimées avec conscience, liberté, flexibilité, expressivité et réciprocité. Pour la résolution de ce problème, nous ferons référence à une approche générique basée sur la communication d'entreprise.

Pour ce qui est du problème spécifique n°3 relatif à la faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur, l'approche générique que nous allons utiliser sera fondée sur la théorie générale d'acquisition des ressources humaines.

Tableau 4 : Synthèse des approches génériques de résolution des Problèmes

NIVEAU D'ANALYSE	PROBLEMES		APPROCHES GENERIQUES DE RESOLUTION
GENERAL	Mise en œuvre inefficace de la GAR		Gestion du changement dans les organisations
SPECIFIQUE	1	Absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes	Droit des obligations
	2	Inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR	Théorie de communication d'entreprise
	3	Faible capacité de gestion des coordonnateurs de projets/programmes du secteur	Théorie générale d'acquisition des ressources humaines

Source : Vision globale de résolution des problèmes

2.2 - Séquence de résolution de la problématique

Pour résoudre la problématique en étude, nous adopterons une démarche méthodologique comportant les séquences successives ci-après :

1. Définition des objectifs de l'étude ;
2. Identification des causes supposées être à la base des différents problèmes spécifiques ;
3. Formulation des hypothèses ;
4. Construction du tableau de bord ;
5. Revue de littérature ;
6. Choix de l'outil de mobilisation des données ;
7. Choix de l'outil d'analyse des données ;
8. Mobilisation des données ;
9. Vérification des hypothèses ;
10. Etablissement du diagnostic ;
11. Approches de solutions aux différents problèmes en étude ;
12. Conditions de leur mise en œuvre ;
13. Etablissement du tableau de synthèse de l'étude.

CHAPITRE DEUXIEME :
CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE
DE L'ETUDE, DIAGNOSTIC, APPROCHES DE
SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN
ŒUVRE

Dans ce second chapitre, il est d'abord présenté le cadre théorique et méthodologique de l'étude, ensuite le processus de collecte des données, de la vérification des hypothèses et enfin les approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre.

SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE **DE L'ETUDE**

Dans cette section, il est exposé dans un premier paragraphe les objectifs et les hypothèses de notre étude, le tout résumé dans un tableau de bord suivi de la revue de littérature, puis dans un second paragraphe la méthodologie de notre recherche.

Paragraphe 1 : OBJECTIFS, HYPOTHESES ET REVUE DE LA **LITTERATURE**

1.1- Objectifs, causes possibles et hypothèses de l'étude

1.1.1- Objectifs de l'étude

Avant de présenter les objectifs de l'étude, il conviendrait de rappeler que les problèmes général et spécifiques de notre étude sont les suivants :

- ✓ **Problème Général (PG)** : Mise en œuvre inefficace de la GAR dans le secteur de la santé ;
- ✓ **Problème spécifique (PS) n° 1** : Absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes ;
- ✓ **Problème spécifique (PS) n° 2** : Inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR ;
- ✓ **Problème spécifique (PS) n° 3** : Faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur.

Au regard de ces différents problèmes, les objectifs de l'étude sont définis en termes d'objectif général et d'objectifs spécifiques. Ainsi, **l'Objectif Général** visé par l'étude est de contribuer à la mise en œuvre efficace de la gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé.

Cet objectif général est décliné en trois objectifs spécifiques qui se présentent ainsi qu'il suit :

- ❖ **Objectif spécifique n°1** : Proposer une esquisse de cadre juridique portant application de la GAR au Ministère de la Santé;
- ❖ **Objectif spécifique n°2** : Proposer des stratégies pour une meilleure communication sur la GAR;
- ❖ **Objectif spécifique n°3** : Suggérer les conditions de mise en place de coordinations plus efficaces des projets et programmes du secteur.

1.1.2- Causes possibles de l'étude

Après avoir fixé les objectifs de l'étude, nous allons à présent identifier les différentes causes supposées être à la base des problèmes ci-dessus rappelés. La cause générale devrait être la formulation générique unifiée des différentes causes spécifiques, or il n'est pas évident de trouver une formulation aussi juste que fidèle. C'est pourquoi, seules les causes spécifiques supposées être à la base des problèmes spécifiques supra énumérés sont présentées ci-dessous :

- ❖ la **cause spécifique du problème spécifique n°1** est : Inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR;
- ❖ la **cause spécifique du problème spécifique n°2** est : Faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires ;
- ❖ la **cause spécifique du problème spécifique n°3** est : Inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire de projets/programmes.

1.1.3- Hypothèses de l'étude

En fonction de ce qui précède, trois hypothèses spécifiques d'étude ont été dégagées. Elles sont formulées comme il suit :

- ❖ **Hypothèse spécifique n°1** : l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes s'explique par l'inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR;
- ❖ **Hypothèse spécifique n°2** : l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR est due à la faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires ;
- ❖ **Hypothèse spécifique n°3** : la faible capacité de coordination des projets/programmes est liée à l'inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire.

Tous ces éléments ont permis d'élaborer le tableau de bord de notre étude qui se présente ainsi qu'il suit :

Tableau 5 : Tableau de Bord de l'Etude (T.B.E).

Sujet : « Approche pour une pratique efficace de la GAR au Ministère de la Santé »

NIVEAUX D'ANALYSE		PROBLEMATIQUE	OBJECTIFS	CAUSES (supposées être à la base des problèmes)	HYPOTHESES
Général		<u>Problème général</u> Inefficacité de la mise en œuvre de la GAR dans le secteur de la santé	<u>Objectif général</u> Contribuer à la mise en œuvre efficace de la GAR dans le secteur de la santé	<u>Cause Générale</u> -	<u>Hypothèse Générale</u> -
Spécifique	1	<u>Problème spécifique 1</u> Absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets et programmes.	<u>Objectif spécifique 1</u> Proposer une esquisse du cadre juridique portant application de la GAR au Ministère de la Santé	<u>Cause spécifique 1</u> Inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR dans le secteur de la santé	<u>Hypothèse spécifique 1</u> l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes s'explique par l'inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR dans le secteur de la santé
	2	<u>Problème spécifique 2</u> Inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR	<u>Objectif spécifique 2</u> Proposer des stratégies pour une meilleure communication sur la GAR	<u>Cause spécifique 2</u> Faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires	<u>Hypothèse spécifique 2</u> l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR est due à la faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires
	3	<u>Problème spécifique 3</u> Faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur	<u>Objectif spécifique 3</u> Suggérer les conditions de mise en place de coordinations plus efficaces des projets et programmes du secteur	<u>Cause spécifique 3</u> Inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire	<u>Hypothèse spécifique 3</u> la faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur est liée à l'inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire de projets/programmes.

Source : Résultats de recherche

1.2 – Revue de littérature

Après la recherche et la revue documentaires qui nous ont permis de mobiliser et d'exploiter la documentation nécessaire à notre étude, il s'agit de faire ici le point des connaissances antérieures sur les problèmes en résolution. Il n'est pas superflu de rappeler que dans la vision globale de résolution de la problématique spécifiée, des approches génériques précises ont été identifiées par rapport aux différents problèmes spécifiques et se présentent comme ci-après :

- ✓ approche générique basée sur la gestion du changement dans les organisations (**problème général**) ;
- ✓ approche générique basée sur le droit des obligations (**problème spécifique 1**).
- ✓ approche générique basée sur la communication d'entreprise (**problème spécifique 2**).
- ✓ approche générique fondée sur la théorie générale d'acquisition des ressources humaines (**problème spécifique 3**).

1.2.1 – Contributions antérieures sur le problème de l'inefficacité de la mise en œuvre de la GAR dans le secteur de la santé

La résolution de ce problème repose sur une approche basée sur la gestion du changement dans les organisations. En effet, la GAR est une approche de gestion des institutions privées et publiques qui repose entre autres sur la planification stratégique, l'examen régulier de la performance, la reddition de comptes aux acteurs concernés et le feed-back dans le processus de décisions. De ce fait, elle implique un changement profond dans le mode de gestion. Selon le dictionnaire Petit Larousse illustré (2007), le changement c'est « l'action, le fait de changer, de se modifier en parlant de quelqu'un ou de quelque chose ». C'est une innovation, c'est-à-dire l'introduction de quelque chose de nouveau dans une situation, une organisation.

Selon Rogers et Shoemaker (1971) l'innovation est une idée, une pratique, un objet perçu comme nouveau par les membres d'un système. Selon Michel Bererdre (1977), l'innovation est « l'introduction volontaire de nouveau dans quelque chose d'ancien, d'établi ».

Pour le Comité directeur de la Prospérité du Canada (1992), « l'innovation, c'est l'apport de nouveaux produits et services, de nouveaux procédés ou de nouveaux moyens de faire les choses. Elle exige une grande ouverture au changement, une aptitude à initier, à absorber ou à s'adapter à de nouvelles façons de penser, de se comporter et de travailler ensemble ».

De ce fait, il existe plusieurs formes de changement, notamment le changement individuel, le changement social et le changement organisationnel compris comme « ce changement qui intervient dans l'organisation et qui est impulsé par toutes sortes d'interventions d'éléments intérieurs (innovations technologiques par exemple, politiques nouvelles de gestion), ou extérieurs (politiques extérieures, innovations de l'extérieur, etc. » (Alphonse GAGLOZOUN, 2010). La GAR est donc un changement organisationnel dont l'implantation dans une structure nécessite une stratégie.

Selon Julien DERESSE (2008), la gestion du changement dans les organisations appelle le changement stratégique. La stratégie est clairement exprimée à l'ensemble des membres de l'organisation, l'inertie et la résistance au changement sont inévitables. Il pense que le changement stratégique ne peut s'envisager sans changement opérationnel et la manière de gérer le changement dépend du contexte de l'organisation.

D'après Balogoun et Hope Hailey (1998), il faut modifier le contexte avant de modifier la structure. Pour ce faire, on doit prendre en compte les éléments contextuels suivants :

Délai : dans quel délai le changement est-il nécessaire ?

Ampleur : quel est le degré de changement nécessaire ?

- Préservation : quelles ressources et compétences conservées ?
- Diversité : quelle homogénéité du personnel ?
- Capacité : les managers sont-ils capables d'implanter le changement ?
- Disponibilité : quelles ressources disponibles pour le changement ?
- Volonté : le personnel est-il disposé à changer ?
- Pouvoir : le leader a-t-il le pouvoir pour imposer le changement ?

Avec les théories de l'environnement, MINTZBERG pense que la stratégie dépend de la taille de l'entreprise, des techniques, de la stabilité du contexte, de l'hostilité de l'environnement ; le changement va donc découler de l'analyse de ces éléments.

De l'analyse, il faut pouvoir identifier les potentialités mais aussi les goulots d'étranglement de l'implantation du changement. A cet effet, John (2001), identifie les champs de force en termes d'accélérateurs et entraves au changement. Quant aux forces qui encouragent le changement, il cite la qualité du service, la forte capacité de travail, la flexibilité et l'autonomie des services. En ce qui concerne les forces qui entravent le changement, il a identifié les éléments suivants : la charge de travail excessive, la culture de la sanction, le management très formalisé, l'existence de baronnies, la départementalisation, l'urgence permanente, le conformisme et la déférence.

Mais du fait que l'homme est au centre de tout, l'implantation du changement nécessite l'identification des acteurs. Dans ce cadre, Rogers (1969, 1983), propose une typologie des bénéficiaires de changement qu'il appelle les « adoptants ». On y distingue cinq types : les pionniers, les innovateurs, la majorité précoce, la majorité tardive et les retardataires ou réfractaires.

Contre les dérives du changement, Julien DERESSE (2008) préconise la planification du changement. Mais, la planification stratégique pourrait aussi comporter des biais. Une solution radicale s'impose : le reengineering ou la

réingénierie. En effet, la réingénierie est une nouvelle démarche managériale pratique, un outil dans la recherche de la qualité totale qui mobilise aujourd'hui l'attention de nombreux gestionnaires.

Selon James Champy et Michaël Hammer, la réingénierie est « une remise en cause fondamentale et une redéfinition radicale des processus opérationnels à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour obtenir des gains spectaculaires dans les performances critiques que constituent aujourd'hui les coûts, la qualité, le service et la rapidité ». (M. DAVOH, 2012).

La réingénierie repose donc sur la technologie : les TIC qui sont censées améliorer l'efficacité mais aussi la façon de faire les tâches. Ainsi, On élimine les tâches qui ne créent pas de valeurs ajoutées réellement et on reconstruit l'entreprise pour supprimer les contraintes du passé.

1.2.2 – Contributions antérieures sur le problème de l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes du ministère.

La résolution de ce problème repose sur une approche générique basée sur la notion d'obligation de résultat à travers la signature de contrat de performance encadré par des actes normatifs.

La GAR implique la responsabilité et l'imputabilité. Si l'imputabilité signifie que la faute doit pouvoir être imputable c'est-à-dire que la responsabilité de la faute doit être attribuée à son auteur, le terme responsabilité désigne l'obligation qui incombe à quelqu'un de rendre compte de ses actes. Ainsi, un contremaître est responsable devant son chef d'atelier de l'activité de son équipe d'ouvriers. La responsabilité en tant que source d'obligation suppose un lien de droit entre deux personnes et conduit à déterminer la personne qui doit répondre du fait anormal afin de la déclarer débitrice d'une dette de réparation à l'égard de la victime. On peut parler de responsabilité morale, responsabilité pénale, responsabilité civile qui peuvent

être qualifiées de contractuelle ou de délictuelle. Elle est dite contractuelle lorsque la victime et l'auteur sont liés par un contrat et que le préjudice résulte de l'inexécution ou la mauvaise exécution des obligations. Elle est qualifiée de délictuelle dans tous les autres cas.

Selon le Petit Larousse Illustré 2007, le concept « obligation » signifie contrainte, devoir qu'impose la loi, la morale, les conventions sociales ; En droit, c'est le lien de droit par lequel une personne est tenue de faire ou de ne pas faire quelque chose. Ainsi, l'obligation de résultat est une obligation en vertu de laquelle le débiteur est tenu d'un résultat précis. Alors, le transporteur de personnes s'engage envers le voyageur à le déplacer d'un point A à un point B.

Au sens juridique du concept, le débiteur engage sa responsabilité du simple fait que l'obligation n'a pas été exécutée. Il ne peut alors échapper à sa responsabilité qu'en prouvant la survenance d'un cas de force majeure.

L'existence d'une telle obligation permet au créancier de mettre en jeu la responsabilité de son débiteur par la simple constatation que le résultat promis n'a pas été atteint, sans avoir à prouver une faute. Selon l'article 1147 du code civil, « le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts soit à raison de l'inexécution de l'obligation, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part ». Le degré de diligence exigé d'une partie dans l'exécution d'une obligation varie de façon considérable selon la nature de l'obligation. Parfois une partie n'est liée que par une obligation de moyens.

Selon Claire DEBOURG (2007), la distinction entre ces différents types d'obligation tient au contenu et à la force de l'engagement du débiteur. La question est de savoir si le débiteur promet un résultat ou s'il s'engage à mettre en œuvre les moyens qui devraient permettre d'y parvenir.

- L'obligation de moyens est celle dans laquelle le débiteur s'engage à faire son possible, c'est-à-dire à mettre en œuvre toutes les diligences

pour accomplir une tâche. Le débiteur ne s'engage qu'à employer tous les moyens possibles, sans s'engager à atteindre le résultat visé. L'exemple type est celui du médecin. En effet, il n'a pas l'obligation de parvenir à la guérison du patient, mais celle, de moyen, de faire tout son possible pour y parvenir.

- L'obligation de résultats, au contraire, est celle dans laquelle le débiteur s'engage à atteindre un résultat. Par exemple, le transporteur qui s'engage à livrer une chose est débiteur d'une obligation de résultat.

Par ailleurs, cette distinction présente un intérêt dans le cadre de l'action en responsabilité contractuelle. En effet, sa mise en œuvre nécessite en principe que le demandeur démontre la faute contractuelle de son débiteur, c'est-à-dire sa défaillance dans l'exécution de ses obligations contractuelles. La distinction entre ces types d'obligation joue un rôle quant à la preuve de cette faute. Il sera plus facile de rapporter la preuve de l'inexécution d'une obligation de résultat que de démontrer l'inexécution d'une obligation de moyen.

Il est nécessaire de rappeler que la mise en œuvre de l'obligation de résultats passe par l'approche contractuelle. En matière de GAR, l'obligation de résultats rappelle le principe d'imputabilité et se traduit par la signature de contrat de performance ou de lettre de mission. A cet effet, le décret 2012-191 du 03 juillet 2012 fixant la structure-type des ministères dispose en son article 33, alinéa 7 que le Secrétaire Général du Ministère est chargé «d'élaborer les projets de lettres de mission, de contrats d'objectifs et de modèles de rapports mensuel, trimestriel et annuel pour les principaux postes de responsabilité au sein du ministère ». Le contrat de performance est un document d'engagement du gestionnaire de crédits sur les résultats sur lesquels il sera évalué. Il est signé entre ce dernier et l'autorité chargée de sa nomination. Il présente le mandat du gestionnaire de crédits et les résultats attendus de lui pour l'exercice budgétaire concerné. Le gestionnaire de crédits le déclinera en

actions concrètes aux autres membres de l'équipe intervenant dans l'exécution du programme. *Les destinataires de lettre de mission devront y répondre par des lettres d'acceptation qui préciseront, entre autres, la stratégie à mettre en œuvre pour accomplir la mission à eux confiée.* C'est justement l'absence de lettre d'acceptation qui conduit à l'absence d'engagement voire l'absence d'obligation de résultat.

Quant au contrat d'objectifs, il est « un ensemble d'instructions et de consignes données à un agent en vue de la réalisation du programme d'activités et du fonctionnement de la structure à laquelle il appartient. Il sert de base à l'évaluation des agents de la fonction publique. Il prend la forme d'une lettre de mission lorsqu'il s'agit d'un supérieur hiérarchique immédiat disposant du pouvoir de notation et d'une fiche d'indication des attentes, en ce qui concerne les autres agents. En effet, la lettre de mission est une instruction écrite du supérieur hiérarchique immédiat qui fixe les objectifs à chaque collaborateur responsable de structure. Elle fait l'objet d'un canevas valable pour l'ensemble des structures des Administrations de l'Etat » (Gustave MILLOGO, 2009) cité par AWEHA GUEDOU (2010).

Un cadre juridique est nécessaire pour normaliser tout le processus.

1.2.3 – Contributions antérieures sur le problème d'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur de la santé

Conformément à notre vision globale de résolution, la thématique sera abordée en termes d'approche basée sur la communication d'entreprise.

En effet, communiquer, « c'est rendre commun ». Au sens actuel, la communication est un concept très vaste qui englobe tous les acteurs de l'organisation. Celle-ci est en relation permanente avec son environnement tant extérieur (clients, fournisseurs, prestataires, de services, administrations..) qu'interne (l'ensemble de son personnel). S'agissant de l'entreprise, la communication est « l'action pour une entreprise d'informer et de promouvoir

son activité auprès du public, d'entretenir son image par tout procédé » (Le Petit Larousse, 2008).

Par conséquent, la communication est un outil de management qui sert à construire l'image d'une entreprise et à agir sur la mobilisation des hommes qui y ont été réunis pour travailler. Elle doit développer l'appartenance à l'entreprise par une information des salariés sur sa situation et permet une implication de l'ensemble du personnel dans la réalisation de ses objectifs en favorisant leur expression.

Un déficit de communication, une mauvaise gestion des informations conduisent à la désinformation, à l'intoxication, aux rumeurs entretenues par tous et inévitablement à la chute.

On distingue dès lors la communication externe et la communication interne.

La communication externe, différente de la communication commerciale qui vise à vendre les produits ou les prestations de l'entreprise, est l'ensemble des actions qui ont pour but de développer dans l'esprit du public, une certaine image de l'entreprise, la marque et la qualité des produits qu'elle fabrique ou les services qu'elle offre, en somme ses activités.

Par contre, la communication interne est l'ensemble des actions de communication menées en direction des différentes catégories du personnel de l'entreprise. Ces actions ont pour but d'informer, de renforcer la cohésion et le sentiment d'appartenance du personnel.

Selon, Bordeaux Conseil (2004), la communication interne est une des déclinaisons de la communication d'entreprise. Elle est la composante d'un système global d'organisation des flux d'information et des échanges. Sa particularité réside moins dans les techniques de communication utilisées que dans la cible visée, soit l'ensemble des salariés d'une entreprise et dans les objectifs particuliers qui sont poursuivis. En entreprise plus qu'ailleurs, l'information, qui est la matière première de la décision, n'est pas donnée mais elle est construite.

Deux objectifs cruciaux sont visés par une stratégie de communication :

- ✓ Rendre la structure transparente aussi bien pour les autorités, les cadres que pour les agents d'exécution ;
- ✓ Motiver le personnel et créer l'esprit d'entreprise : la meilleure manière de fidéliser le personnel et de l'informer sur les objectifs, les problèmes de l'entreprise, ce qui n'est possible que s'il existe un système de communication bien élaboré. (Wassi LIAMIDI SALAKO, 2010)

Mais fondamentalement, pour Bordeaux Conseil, l'objectif global de la communication interne consiste à gérer de manière optimale le couple demande/offre d'informations dans l'organisation.

- ❖ Au service du projet d'entreprise : la communication interne accompagne le projet socio-économique de l'entreprise dont elle présente les objectifs et les modalités.
- ❖ Accompagner le management : l'imbrication de la communication et du management résulte de la pratique quotidienne des relations organisées aux différents niveaux hiérarchiques entre les différentes équipes de travail.
- ❖ Relier et informer : le troisième grand objectif de la communication interne est de mettre en commun un langage, une culture, un ensemble de valeurs afin de développer une appartenance à l'entreprise.

Pour Aldosa N. et al. (2003), le but de la communication interne est donc d'informer pour motiver et impliquer le personnel dans la vie de l'entreprise, résoudre ou atténuer les difficultés d'ordre organisationnel, social ou de management. Selon un article de Wikimedia Foundation, la stratégie de communication est la manière de planifier et de coordonner la communication et le questionnement qui précède toute stratégie de communication est le suivant :

1. QUOI : quel produit, service, action, que veut-on promouvoir ?
2. POURQUOI : quels sont les objectifs ? (type d'objectifs : de notoriété, d'image, de comportement, d'information)
3. A QUI : auprès de quelles cibles? (Définition des cibles, et de leurs freins et motivations.)
4. COMBIEN : quel budget est-il alloué ?
5. COMMENT : par quels moyens - adaptés à chaque cible, et en fonction du budget ?
6. QUAND : selon quel planning ?
7. DE QUI : qui est le porte-parole des messages de l'organisation ?

Ainsi les étapes ci-dessous doivent être respectées lors de l'élaboration d'une stratégie de communication selon la même source :

1. L'analyse marketing de l'entreprise (sa culture, ses valeurs, sa place sur le marché) et du produit (marque, contexte concurrentiel, besoins exprimés ou à susciter, méthodes de fabrication)
2. Élaboration des différentes actions de création en fonction des cibles retenues et du positionnement : axes et thèmes des messages, visuels.

1.2.4 – Contributions antérieures sur le problème de faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur

Compte tenu de la thématique de ce problème spécifique, nous essayerons de mettre en exergue les connaissances existantes sur l'acquisition des ressources humaines. Le problème de la faible capacité des gestionnaires de projets/programmes du secteur de la santé peut être résolu par une révision du processus de recrutement de ces derniers.

En effet, c'est Jean-Marie PERETTI (2003) qui nous explique que « la qualité d'un recrutement est le résultat de l'adéquation existant entre le profil de la personne recrutée et le besoin immédiat et futur de l'entreprise. Elle repose sur une définition et une description réalistes de poste à pourvoir, sur l'identification du profil correspondant, sur la recherche fructueuse de

candidat compétent et enfin sur son accueil et son intégration réussie dans l'entreprise ».

Dans une réflexion sur le sujet, Abderrahman Lachkar [s.d.] pense que le choix d'un candidat est effectivement une affaire trop sérieuse, pour laisser la place à trop d'improvisation. C'est pourquoi, l'on comprend mieux aujourd'hui le luxe de précautions dont s'entourent certaines entreprises lorsqu'elles procèdent à des recrutements. Selon sa vision et contrairement à une idée répandue, le recrutement ne se limite pas aux procédures de sélection. Le recrutement recouvre un ensemble d'opérations qui s'articulent autour de 3 phases principales : identification et spécification du besoin, campagne de recrutement et procédures de sélection et intégration dans le poste.

Pour Emmanuel A. de Chatillon et al. (2008), le processus d'un recrutement se décompose en cinq étapes à savoir : définition de poste, définition du profil, recherche de candidats, sélection et intégration. Par ailleurs, d'autres conceptions déclinent le processus de recrutement en huit étapes que sont : 1 expression du besoin, 2 description de poste, 3 rédaction de l'offre et diffusion de l'annonce, 4 phase de présélection, 5 phase de sélection, 6 archivage, 7 proposition d'embauche et signature du contrat et 8 intégration de la nouvelle recrue.

Jean-Marie PERETTI (2003), quant à lui, porte les étapes à treize (13) en rappelant au chapitre de définition du poste les trois rubriques de la définition de poste à savoir : la mission confiée, les compétences nécessaires et le profil du candidat qui définit notamment, par la formation indispensable, la formation souhaitée, l'expérience nécessaire, les compétences spécifiques exigées.

En fait deux impératifs mobilisent l'attention des recruteurs, l'adéquation immédiate au poste et la capacité d'adaptation de la personne à l'évolution du poste et de sa structure. A cet effet, aucune des étapes ne

devrait être négligée. Cependant, dans le secteur de la santé, l'attention doit être accordée beaucoup plus aux deux premières étapes à savoir la définition de poste et la définition du profil afin d'assurer l'adéquation entre le poste et le profil de la personne recrutée. La définition de profil vague comme « être titulaire d'un diplôme de haut niveau de l'enseignement supérieur et être un spécialiste du domaine d'intervention du projet » (avis de sélection des responsables des unités de gestion des projets et programmes du Ministère de la Santé, 2008) comme condition principale aboutit souvent à la sélection de médecin formé pour soigner et non pour s'occuper des tâches de management de projet qui n'est pas prioritairement son domaine de compétence.

La revue de littérature ainsi réalisée, quelle sera la méthodologie à adopter ?

Paragraphe 2 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La méthodologie adoptée pour la réalisation de notre étude est axée sur des approches à la fois théoriques et empiriques.

2.1- Approches théoriques retenues

Il est présenté ici pour chaque problème spécifique la théorie retenue ainsi que le seuil de décision qui nous a permis de vérifier chacune des hypothèses formulées supra.

2.1.1- Choix théorique lié au problème d'absence d'obligation de résultat pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes du secteur

2.1.1.1- Présentation de la théorie retenue

L'approche théorique qui est retenue pour examiner ce problème est celle du droit des obligations qui établit que celui qui s'oblige engage sa responsabilité du simple fait que l'obligation n'a pas été exécutée. Il ne peut alors échapper à sa responsabilité qu'en prouvant la survenance d'un cas de force majeure.

L'existence d'une telle obligation à travers les contrats de performance permettra au Ministère de la Santé de mettre en jeu la responsabilité contractuelle des gestionnaires par la simple constatation que le résultat promis n'a pas été atteint et par la mise en œuvre des sanctions appropriées. Cette situation connaîtra d'amélioration lorsque des actes normatifs appropriés seront élaborés pour définir le cadre juridique et institutionnel, fixer les droits et obligations des gestionnaires de crédits.

2.1.1.2 - Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée à l'absence d'obligation de résultat pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes

La cause réelle se trouvant à la base du problème d'absence d'obligation pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets et programmes sera celle qu'identifiera au moins la majorité absolue des personnes enquêtées.

2.1.2- Choix théorique lié au problème d'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur

2.1.2.1- Présentation de la théorie retenue

Pour résoudre le problème d'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur, l'approche théorique retenue est celle fondée sur la communication d'entreprise développée par W. LIAMIDI SALAKO qui établit qu'elle est un outil de management qui sert à construire l'image de l'entreprise et à mobiliser le personnel autour de ses objectifs. Son efficacité dépend de la stratégie de l'entreprise. Toute défaillance ou tout dysfonctionnement dans le système d'information ou dans le processus de communication entre les hommes, a des incidences négatives importantes sur l'efficacité de l'action, sur les résultats et le climat social au sein de l'entreprise. Ce problème sera résolu lorsque les responsables à divers niveaux du secteur se seront bien appropriés l'outil de la GAR pour élaborer

une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur aux fins d'obtenir l'adhésion totale du personnel à ce processus.

2.1.2.2 - Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée à l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur

Cette hypothèse sera vérifiée si déjà la majorité absolue des personnes enquêtées énonce la même cause se trouvant à la base du problème lié à l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur.

2.1.3- Choix théorique lié au problème de faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur

2.1.3.1- Présentation de la théorie retenue

Pour résoudre le problème de faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur, nous emprunterons l'approche théorique de **Jean-Marie PERETTI** (2003) qui pense que :

« la qualité d'un recrutement est le résultat de l'adéquation existant entre le profil de la personne recrutée et le besoin immédiat et futur de l'entreprise. Elle repose sur une définition et une description réalistes de poste à pourvoir, sur l'identification du profil correspondant, sur la recherche fructueuse de candidat compétent et enfin sur son accueil et son intégration réussie dans l'entreprise».

Le problème de faible efficacité de management des projets ne sera réglé que lorsqu'il sera établi une adéquation entre le profil et le poste de gestionnaire de projets/programmes lors du processus de recrutement dans le secteur de la santé.

2.1.3.2 - Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée à la faible capacité de coordination des projets/programmes

Cette hypothèse sera vérifiée si la majorité absolue des personnes enquêtées énonce la même cause se trouvant à la base du problème lié à la faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur

2.2- Approche empirique

L'approche empirique de l'étude a pour but de faire ressortir d'une part, la méthode d'enquête envisagée à travers les outils de mobilisation des données et d'analyser les résultats d'enquêtes d'autre part. Pour ce faire, il s'agira successivement de :

- définir les objectifs de notre enquête ;
- identifier la population cible ;
- déterminer la technique de collecte des données ;
- indiquer les outils de présentation des données

2.2.1- Des objectifs de la collecte à la population cible

2.2.1.1- Objectifs de la collecte des données

L'objectif général poursuivi par l'enquête est de mobiliser les données relatives aux causes réelles qui expliquent les problèmes en résolution et par conséquent de vérifier les hypothèses formulées. Ainsi, de façon spécifique, l'enquête a permis de vérifier si :

- ✓ l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes s'explique par l'inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR ;
- ✓ l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR est due à la faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires ;

- ✓ la faible capacité de coordination des projets/programmes est liée à l'inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire des projets/programmes.

2.2.1.2 - Population cible

L'enquête a été menée auprès des responsables du Ministère de la Santé à divers niveaux notamment tous les acteurs de la GAR dans le secteur. Il s'agit surtout :

- des responsables administratifs : Directeur de Cabinet, Secrétaire Général, Directeurs centraux et techniques, Directeurs départementaux de santé ;
- des gestionnaires de crédits c'est-à-dire les gestionnaires de projets et programmes du portefeuille actif du secteur ayant reçu des lettres de mission en 2008 et les autres gestionnaires de projets initiés après 2008 et ayant reçu de lettre de mission en 2012.

Tableau 6 : Population cible de l'enquête

POPULATION CIBLE	EFFECTIF
Directeur de Cabinet	1
Secrétaire Général	1
IGM	1
Directeur Centraux et Techniques	10
Directeurs Départementaux de la Santé	06
Gestionnaires de projets et programmes recrutés en 2008 et ayant reçu des lettres de mission en 2008	20
Autres Coordonnateurs de projets/programmes ayant reçu de lettres de mission en 2012	10
TOTAL	49

Source : Enquête auprès du Service de Programmation/DPP

Ainsi, nous avons retenu une population de quarante-neuf (49) individus qui se trouvent être l'effectif total des responsables administratifs et gestionnaires de projets des niveaux central et déconcentré de la pyramide sanitaire.

2.2.2. – De la technique de collecte à la présentation des données

222.1 - Technique de collecte des données

Pour mener à bien la collecte des données, la technique de recensement a été utilisée car la population concernée n'est pas aussi nombreuse pour qu'on puisse procéder à un échantillonnage et faire un sondage. Ce recensement a été réalisé au moyen d'un questionnaire.

222.2- Conception du questionnaire

Le questionnaire est essentiellement conçu en tenant compte des problèmes spécifiques identifiés qui sont les variables sur lesquelles portent les questions dont les réponses aideront à la vérification des hypothèses. Il s'agit des variables ci-après :

- ❖ Absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes ;
- ❖ Inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR ;
- ❖ Faible capacité de gestion de coordination des projets/programmes du secteur.

Le questionnaire se trouve à l'annexe n°1 du présent document.

2.2.2.3- Dépouillement et présentation des données

Les données recueillies, sur la base du questionnaire administré à la population retenue ou rempli par elle, ont été dépouillées de façon manuelle au regard de l'effectif facile à gérer des enquêtes. Le traitement de ces données primaires et les résultats présentés sous forme de tableaux et de graphiques ont été réalisés au moyen des logiciels WORD et EXCEL.

SECTION 2 : COLLECTE DES DONNEES, VERIFICATION DES HYPOTHESES, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE

Après l'exposé des stratégies de collecte des données adoptées pour la réalisation des enquêtes, nous allons procéder à l'analyse des données d'enquête afin de vérifier les hypothèses et de retenir les approches de solutions ainsi que les conditions de leur mise en œuvre.

Paragraphe 1 : ENQUETE, VERIFICATION DES HYPOTHESES ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

Le processus de réalisation de l'enquête, les difficultés qui y sont liées et les analyses des données font l'objet de ce paragraphe. Il y est aussi procédé à la vérification des hypothèses et à l'établissement du diagnostic.

1.1- De la préparation de l'enquête à l'analyse des résultats

Cette partie expose essentiellement le processus de la préparation de l'enquête, de sa réalisation, la présentation et l'analyse des résultats.

1.1.1- Préparation et réalisation de l'enquête

Pour recueillir les informations sur les questions relatives aux variables retenues, un questionnaire d'enquête a été conçu, testé et rendu opérationnel. Pour y parvenir, une pré-enquête a été organisée sur un échantillon d'individus pris de façon aléatoire et a permis non seulement de vérifier la cohérence et de corriger les imperfections de l'outil mais aussi de nous y familiariser. Cette phase a duré deux jours.

L'enquête proprement dite s'est déroulée dans la période du 12 octobre au 09 novembre 2012. Compte tenu de la disponibilité des enquêtés, le

questionnaire est tantôt administré, tantôt rempli. La plupart des responsables ciblés sont touchés. L'enquête a concerné un échantillon de quarante-neuf responsables constitués de la Directrice de Cabinet, du Secrétaire Général, des Directeurs centraux, techniques et départementaux et de tous les Coordonnateurs des projets/programmes du Ministère de la Santé.

La difficulté majeure que nous avons rencontrée a été la forte mobilité des enquêtés pris par des réunions de toutes formes voire des missions à l'intérieur ou à l'extérieur du pays. La période de l'enquête a aussi, malheureusement coïncidé avec le pèlerinage à la Mecque et nous avons dû exploiter les ressources de l'Internet pour pouvoir joindre certains en mission hors du territoire national. Nous avons par exemple profité de l'organisation d'une réunion du Comité des Directeurs (CODIR) pour administrer le questionnaire aux directeurs départementaux.

1.1.2- Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Il est présenté ici et analysé par problème spécifique les résultats de l'enquête. Mais avant cela, il nous semble opportun de présenter la proportion dans laquelle les éléments de la population cible de l'enquête ont été touchés pour permettre d'apprécier le degré de fiabilité et de complétude des données.

Tableau 7 : Complétude des questionnaires

Population enquêtée	Nombre de questionnaires déployés	Nombre de questionnaires récupérés	Ecart	Taux de collecte (%)
DC	1	1	0	100
SGM	1	1	0	100
IGM	1	1	0	100
DCT	10	9	-1	90
DDS	6	6	0	100
Coord. Projet/Prog	30	25	-5	83,33
TOTAL	49	43	-6	87,75

Source : Enquête de vérification, 2012

Le tableau ci-dessus montre que nous avons pu toucher 43 responsables sur 49, soit un taux de 87,75 %. La complétude des questionnaires est donc très bonne et les données offrent la représentativité et la consistance nécessaires pour les analyses.

1.1.2.1- Présentation et analyse des données liées à la cause de l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes

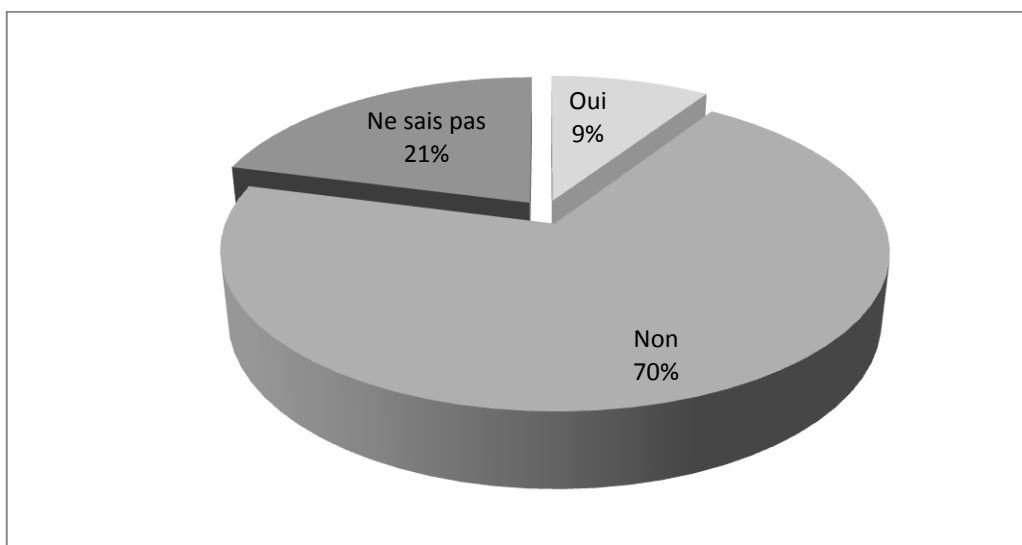
Afin de vérifier la cause qui explique l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes (PS1), nous avons posé la question (2.4) aux enquêtés de savoir s'il existe un texte réglementaire qui définit les conditions de mise en œuvre de la GAR dans le secteur de la santé (fixant droits et obligations des gestionnaires, motivations, sanctions, etc.). Les réponses obtenues se présentent ainsi qu'il suit :

Tableau 8 : Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS1

Modalités	Effectif	Taux (%)
Oui	4	9
Non	30	70
Ne sais pas	9	21
TOTAL	43	100

Source : Enquête de vérification, 2012

Le graphique ci-dessous illustre plus clairement les réponses obtenues.



Source : Enquête de vérification, 2012

Graphique 2 : Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS1

De l'observation de ce résultat, il ressort que 70 % des enquêtés estiment qu'il n'existe pas un texte réglementaire portant application de la GAR qui définit les droits et les obligations des gestionnaires, les conditions de motivation, de sanction, les critères de performance, etc. et qui soit propre au secteur de la santé. 9 % pensent qu'il existe un cadre réglementaire portant application de la GAR dans le secteur, tandis que les 21% n'en savent rien. En additionnant la proportion des 70% qui estiment qu'il n'existe pas une norme réglementaire propre au secteur de la santé qui encadre la pratique de la GAR et le pourcentage de ceux qui ne le savent pas, on retrouve une proportion de 91 % de responsables gestionnaires au Ministère de la Santé qui n'ont pas connaissance d'un texte normatif portant application de la GAR. Autrement dit la grande majorité du personnel est ignorante de l'existence de ces textes

1.1.2.2- Présentation et analyse des données liées à la cause de l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR

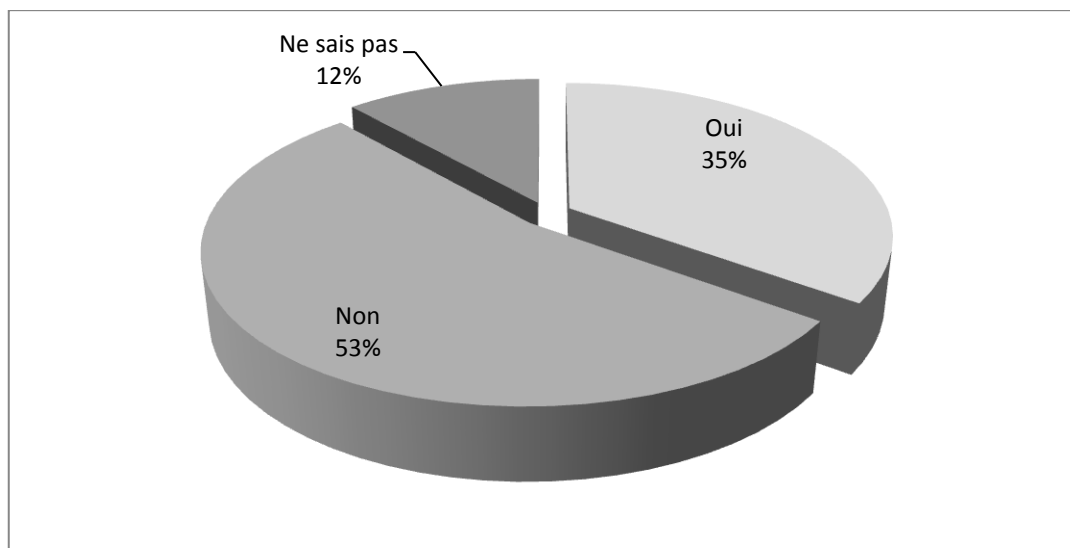
Pour recueillir les données susceptibles de révéler la cause du problème spécifique n°2, c'est-à dire l'inexistence d'une stratégie de communication dans le secteur de la santé, nous avons posé la question (3.3) de savoir si les autorités sanitaires maîtrisent bien le concept de la GAR. Les réponses y afférentes se présentent comme ci-après.

Tableau 9 : Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS2

Modalités	Effectif	Taux
Oui	15	35 (%)
Non	23	53 (%)
Ne sais pas	5	12 (%)
TOTAL	43	100 (%)

Source : Enquête de vérification, 2012

Le Graphique suivant illustre mieux la proportion dans laquelle les opinions ont été émises.



Source : Enquête de vérification, 2012

Graphique 3 : Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS2

Le tableau et le graphique ci-dessus montrent que 53% des responsables enquêtés estiment que les autorités du secteur de la santé ne maîtrisent pas bien le concept de la GAR tandis que 35% pensent qu'elles le maîtrisent bien. Une proportion de 12% des enquêtés ne peut apprécier. Le fait de ne pouvoir se prononcer de façon tranchée traduit un certain doute. Des collaborateurs qui reçoivent des instructions relatives à une pratique et qui ne sont pas en mesure d'apprécier si leurs supérieurs hiérarchiques maîtrisent la théorie qui sous-tend ladite pratique ne pensent pas moins la même chose que ceux qui ont répondu par la négative. Ou alors, il transparaît dans leur attitude une certaine prudence qui ne leur permet pas d'exprimer leurs vraies opinions vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques. En mettant ensemble ces deux groupes de responsables, il se dégage une proportion de 65% de gestionnaires ne sachant pas les réelles compétences des autorités en matière de la GAR.

1.1.2.3- Présentation et analyse des données liées à la cause relative à la faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur

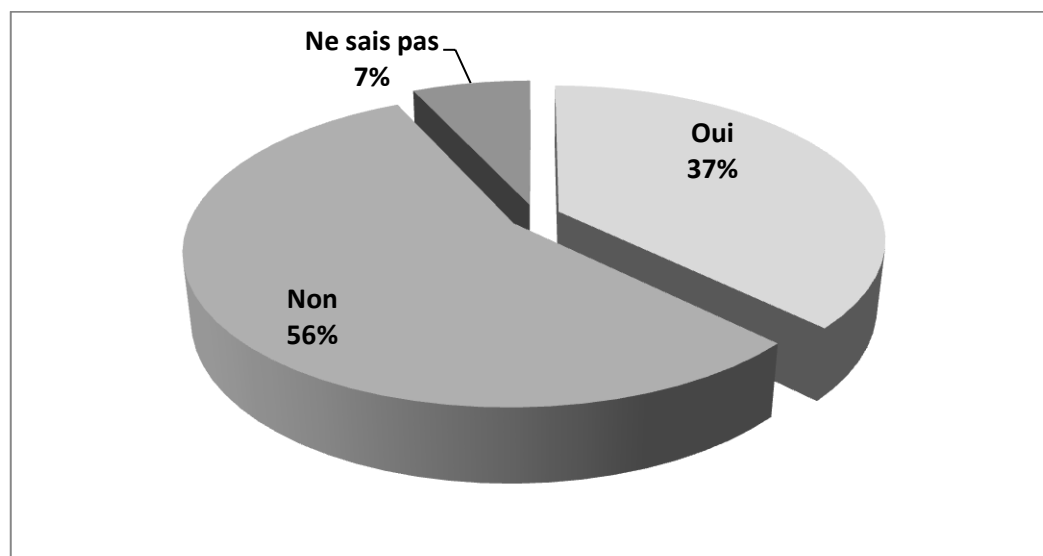
Pour illustrer la cause liée à ce problème spécifique de la faible capacité de coordination des projets/programmes, nous avons cherché à savoir s'il y a une adéquation entre le profil et le poste de gestionnaire de projet/programme dans le secteur de la santé. Les avis des personnes enquêtées sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 10 : Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS3

Modalités	Effectif	Taux
Oui	16	37 (%)
Non	24	56 (%)
Ne sais pas	3	7 (%)
TOTAL	43	100 (%)

Source : Enquête de vérification, 2012

Pour mieux apprécier les proportions des opinions émises, nous les avons transcrites sur le graphique ci-après :



Source : Enquête de vérification, 2012

Graphique 4 : Opinions des enquêtés sur la cause liée au PS3

Les données ci-dessus montrent que 56% retiennent qu'il n'y pas une adéquation entre le profil et le poste de gestionnaire de projet/programme dans le secteur de la santé alors que 37% pensent le contraire. 7% des enquêtés estiment n'avoir pas d'éléments pour apprécier.

Aussi avons-nous consulté auprès du Service de la Programmation de la DPP la base de données sur les projets et programmes du secteur de la santé en 2012. Ainsi, nous avons pu obtenir les données ci-dessous.

Tableau 11 : Profils des coordonnateurs dans le secteur de la santé

Profil	Effectif	Taux (%)
Médecin	14	46,66
Administrateurs (civil, service de santé)	3	10
Administrateur gestionnaire de projet	1	3,33
Ingénieur Statisticien Economiste	4	13,33
Ingénieur en génie civil	2	6,66
Ingénieur sanitaire	2	6,66
Ingénieur Biomédical	1	3,33
Sociologue	1	3,33
Démographe	1	3,33
Technicien Sup. en génie civil	1	3,33
TOTAL	30	100

Source : Enquête auprès du Service de Programmation/DPP, 2012

Il découle du tableau 11 ci-dessus que 46,66 % des coordonnateurs des projets et programmes du secteur de la santé sont des médecins, donc presque la moitié de l'effectif. Le Corps des Administrateurs de projets fait partie des rares corporations qui gèrent les projets dans le secteur de la santé avec 3,33%. En observant de près, il est constaté que ce sont les médecins qui sont majoritairement les coordonnateurs de projets. La portion congrue revient aux autres corporations du secteur. Cependant, les nombreuses personnes autorisées chaque année par les autorités sanitaires pour suivre un cycle de formation en matière de gestion de projet tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays sont rarement exploitées à cette fin. Il n'y a qu'à voir les données ci-dessus.

1.2- Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Il s'agit ici de procéder à la vérification des hypothèses formulées en tenant compte des seuils de décision antérieurement fixés, puis d'établir les éléments du diagnostic.

1.2.1- La vérification des hypothèses de l'étude.

Les hypothèses de notre étude sont vérifiées à partir des résultats d'enquête présentés supra et des seuils de décision que nous avons retenus au préalable comme outils d'analyse des données

1.2.1.1- Degré de vérification de l'hypothèse n°1

Selon le seuil de décision choisi, la cause identifiée par la majorité absolue des personnes enquêtées sera retenue comme cause réelle se trouvant à la base du problème spécifique n°1. Or, selon les résultats de l'enquête menée, 70 % des enquêtés estiment qu'il n'existe pas un texte réglementaire portant application de la GAR qui définit les droits et les obligations des gestionnaires, les conditions de motivation, de sanction, les critères de performances, etc. et qui soit propre au secteur de la santé. Ce qui explique l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes. On peut donc conclure que l'hypothèse n°1 est entièrement confirmée.

1.2.1.2- Degré de vérification de l'hypothèse n°2

Par rapport à l'hypothèse concernant l'inexistence d'une stratégie de communication dans le secteur de la santé, le seuil de décision supra fixé est la cause énoncée par la majorité absolue (soit plus de 50%) des personnes enquêtées.

L'analyse des données a montré que 53% des responsables enquêtés pensent que les autorités du secteur de la santé ne maîtrisent pas bien le

concept de la GAR. Il va s'en dire que l'hypothèse selon laquelle l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR s'explique par la faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires est confirmée.

L'hypothèse n°2 de notre étude est par conséquent confirmée.

1.2.1.3- Degré de vérification de l'hypothèse n°3

Les résultats de notre enquête montrent que 56 % des personnes enquêtées ont confirmé la cause que nous avons supposée être à la base du problème spécifique n°3. Ces résultats viennent donc confirmer l'hypothèse selon laquelle, la faible capacité de coordination des projets/programmes est liée à l'inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire.

Nous pouvons alors conclure que l'hypothèse n°3 de notre étude est totalement confirmée.

En guise de synthèse, nous pouvons affirmer, à partir de la vérification des hypothèses que nous venons de faire, que les causes supposées des problèmes identifiées sont confirmées comme étant les causes réelles de ces problèmes.

1.2.2- Etablissement du diagnostic de l'étude

Le diagnostic est établi ici en fonction de chaque problème spécifique

1.2.2.1- Élément de diagnostic lié au problème spécifique n°1

Après la confirmation de l'hypothèse 1, nous pouvons établir que l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes s'explique par l'inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR dans le secteur.

1.2.2.2- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°2

La confirmation de l'hypothèse 2 nous permet d'établir définitivement que l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR est due à la faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires.

1.2.2.3- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°3

L'hypothèse n°3 ayant été confirmée, nous sommes en mesure d'établir définitivement que la faible capacité de coordination des projets/programmes est liée à l'inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire.

Aux termes des diagnostics posés, quelles solutions peut-on proposer pour une mise en œuvre efficace de la GAR dans le secteur de la santé ?

Paragraphe 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE

Dans cette partie, il s'agit essentiellement de proposer des approches de solutions aux différents problèmes spécifiques et envisager les conditions de leur mise en œuvre.

2.1- Approches de solutions

Les approches de solutions sont des mesures d'éradication des causes réelles se trouvant à la base des problèmes en étude. Ainsi, les propositions d'approches de solutions se feront par problème spécifique en tenant compte des objectifs fixés.

2.1.1- Approches de solutions au problème spécifique n°1

Le diagnostic lié au problème spécifique n° 1 présente l'inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR dans le secteur de la santé comme la cause de l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes. Ceci est d'autant plus

vrai que, lors de nos recherches, certains responsables estiment qu'ils ne courent aucune sanction en cas de contre-performance, d'autres pensent qu'ils ne peuvent subir qu'un avertissement ou blâme, le cadre légal budgétaire est non adapté. Il se trouve que le projet de loi organique relative aux lois des finances validé en février 2009 encore non voté prend déjà en compte l'aspect de la gestion financière axée sur les résultats. En effet, il propose des nouveautés telles que la fongibilité des crédits, une application plus souple de la spécialité budgétaire (à l'intérieur d'un programme, l'administrateur de crédits peut procéder à des réallocations et utiliser les crédits, soit en dépenses de fonctionnement, soit en dépenses d'investissement avec la perspective d'atteindre les résultats).

Tenant donc compte de tous les constats relevés lors de nos observations de stage et confirmés par l'enquête, nous proposons que soit pris un arrêté ministériel portant application de la GAR dans le secteur de la santé. Cet arrêté, pour un meilleur cadrage de la GAR dans le secteur, doit fixer le profil de coordonnateur de projet (cycle entier en gestion de projet), définir le mode de son recrutement (appel à candidature), ses droits et ses obligations en termes de performance et de reddition de comptes. Il doit également fixer les conditions d'établissement des lettres de missions /contrats d'objectifs et des lettres d'acceptation (engagement formel des gestionnaires) à travers un nombre réduit d'objectifs clairs et de cibles précises et réalistes. Ce texte normatif doit, par ailleurs, renforcer le suivi-évaluation, le contrôle interne et a posteriori, clarifier comment mesurer et récompenser la performance ou sanctionner la contre-performance ou les irrégularités. Au plan institutionnel, le texte doit renforcer la DPP aux fins de lui permettre de mieux remplir sa mission d'assistant technique et l'IGM pour renforcer son rôle de contrôle a posteriori.

2.1.2- Approches de solutions au problème spécifique n°2

Après la confirmation des hypothèses, le diagnostic établi est que l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR est due à la faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires. En effet, il a été observé qu'aucune stratégie digne du nom n'a été mise en place en matière de communication sur la GAR dans le secteur de la santé. Aucun document n'a été élaboré à cet effet alors que l'implantation de la GAR exige une large sensibilisation et communication sur la stratégie aux différents acteurs intervenant dans la mise en œuvre du projet GAR pour obtenir leur adhésion. C'est la communication qui permet de fédérer les énergies autour des objectifs de la structure. 53 % des personnes enquêtées ont affirmé que les autorités sanitaires ne maîtrisent pas le concept de la GAR. Certains ont estimé qu'il n'y a pas un discours cohérent clair définissant les objectifs et les préalables de cette réforme. Or, le déficit de communication conduit à la désinformation, à l'intoxication, aux rumeurs et inévitablement à la chute. Dès lors, pour résoudre ce problème, nous suggérons de :

- ✓ organiser de façon cyclique des sessions de formation afin de former une masse critique de cadres y compris les responsables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur la GAR; lorsque les notions clés et les préalables de la GAR sont maîtrisés par les autorités, elles pourront imprimer la direction nécessaire et bien communiquer sur le sujet ;
- ✓ organiser à l'intention des autorités des formations sur le leadership et la communication pour les outiller à mieux mobiliser le personnel autour des objectifs visés;
- ✓ élaborer un plan de communication clair sur la GAR ;
- ✓ élaborer une feuille de route réaliste avec des repères clés ;
- ✓ élaborer un guide sur la GAR dans le secteur de la santé ;
- ✓ élaborer des dépliants ou plaquettes sur les bonnes pratiques de la

GAR et les vulgariser ;

- ✓ récompenser et offrir l'opportunité aux programmes ayant réalisé de belles performances de partager leurs expériences ;
- ✓ sanctionner et expliquer aussi les contre-performances objet de la sanction ;

Au total, il est nécessaire de communiquer sur les succès mais aussi sur les échecs de ce processus en cours dans le secteur. Cela permettra aux autorités sanitaires d'informer sur ce qu'elles font, ce qu'elles veulent faire et comment elles le font sur les plans organisationnel, financier, institutionnel ou social.

2.1.3 - Approches de solutions au problème spécifique n°3

L'élément de diagnostic lié au problème spécifique n°3 a établi définitivement que la faible capacité de coordination des projets/programmes est liée à l'inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire.

Les résultats de nos recherches montrent que 14 sur les 30 coordonnateurs des projets et programmes du secteur de la santé, soit 46,66 % sont des médecins. Même s'il est évident que la plupart des programmes qu'ils gèrent sont des projets/programmes de santé, ils n'y offrent pas des prestations de soins de santé mais y accomplissent des tâches de management. La formation en santé publique qui leur donne cette opportunité n'est pas aussi complète que celle suivie sur un cycle de deux ans par les Administrateurs gestionnaires de projets. Un médecin renforcé par une formation sérieuse en gestion de projet est encore plus apte que quiconque pour gérer un programme de santé. Aussi est-il révélé que les coordonnateurs sont nommés par affinité et non recrutés après un appel à candidature comme ce fut le cas en 2008. Si cette option n'a pu porter ses fruits jusqu'ici et qu'on continue de parler de mauvaise gestion des projets, il est indiqué que l'autorité sanitaire rompe avec cela. C'est donc dans cet ordre d'idées que nous proposons, avant la mise en place de toute coordination de projet, de :

- veiller à la qualité du recrutement en assurant l'adéquation entre le profil du candidat et les exigences du poste sur la base d'une définition et d'une description réalistes de poste à pourvoir en évitant les profils vagues à travers lesquels tout le monde peut se retrouver.
- exiger la formation en Gestion des projets comme critère fondamental ;
- reprendre la sélection des gestionnaires de projets/programmes sur appel à candidature ;
- respecter scrupuleusement les huit étapes du processus du recrutement que sont : 1 expression du besoin, 2 description de poste, 3 rédaction de l'offre et diffusion de l'annonce, 4 phase de présélection, 5 phase de sélection, 6 archivage, 7 proposition d'embauche et signature du contrat et 8 intégration de la nouvelle recrue.

2.2- Conditions de mise en œuvre des solutions

L'efficacité voire l'efficience des différentes approches de solutions ci-dessus suggérées ne peut être obtenue que lorsque certaines conditions seront réunies. C'est pourquoi, nous voudrions ici formuler quelques recommandations à l'endroit de la Direction de la Programmation et de la Prospective, aux autorités (SGM, DC, Ministre) et au personnel du Ministère de la Santé et aux partenaires techniques et financiers.

2.2.1- Recommandations à l'endroit de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)

- ❖ Renforcer les capacités des services de la DPP, notamment celles de la Cellule de Suivi-Evaluation, du Service de la Programmation et du Service de Gestion du Système d'Information en moyens technique matériel et humain notamment des planificateurs ;
- ❖ Améliorer la qualité des indicateurs selon les critères CREAM (Clear = clair, Relevant = pertinent, Economic = économique, Assignable =

assignable, Monitorable = pouvant faire objet d'un suivi régulier à partir de données valides)

- ❖ Renforcer la planification stratégique et opérationnelle, le suivi et l'évaluation par la mise en œuvre effective de l'application informatique du plan de travail du secteur ;
- ❖ Elaborer un manuel de procédures en matière de suivi et évaluation ;

2.2.2- Recommandations à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé

- ❖ Faire preuve d'un leadership éclairé pour prendre, appliquer et faire appliquer dans ses lettres et dans son esprit le futur texte réglementaire qui va désormais régir la mise en œuvre de la GAR dans le secteur de la santé ;
- ❖ Améliorer le contrôle a posteriori de la gestion des projets/programmes en vue d'accroître l'imputabilité et la responsabilité des gestionnaires ;
- ❖ Mettre le cadre organique du ministère en œuvre ;
- ❖ Utiliser les résultats des rapports de performance pour la prise de décision (allocation de ressources, définition des indicateurs)
- ❖ Etendre l'élaboration de contrat de performance à tous les services entre les directeurs et chefs de service ;
- ❖ Obtenir l'engagement formel des gestionnaires par les lettres d'acceptation de mission ;
- ❖ Instaurer l'élaboration de rapport annuel d'activités à toutes les structures sous tutelle aux fins de renforcer la reddition de comptes ;
- ❖ Organiser régulièrement des audits internes ou externes afin de garantir une gestion saine ;
- ❖ Promouvoir la bonne gouvernance et l'assurance qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ❖ Rendre opérationnelle la Cellule Sectorielle de Pilotage de la Réforme Administrative et Institutionnelle (CSPRAI).

2.2.3 - Recommandations à l'endroit du personnel du Ministère

- ❖ être ponctuel, assidu et consciencieux à la tâche ;
- ❖ s'ouvrir au changement à opérer pour améliorer leurs conditions de travail ;
- ❖ accepter de se remettre en cause et de changer de poste périodiquement ;
- ❖ constituer des cercles de qualité ;
- ❖ favoriser l'application des sanctions positives et négatives aux agents.

2.2.4 - Recommandations à l'endroit des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé

- ❖ s'aligner sur le processus de planification, de budgétisation, de suivi et d'évaluation du secteur ;
- ❖ informer à temps le Gouvernement de la contribution financière à apporter au secteur avant la finalisation du budget général de l'Etat ;
- ❖ respecter les engagements financiers pris afin de permettre au secteur d'assurer la prévisibilité des crédits à consommer.

Tableau 12 : Synthèse de l'étude sur « Approche pour une pratique efficace de la GAR au Ministère de la Santé »

Niveau d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes	Diagnostic établi	Solutions
Général	<u><i>Problème général</i></u> Inefficacité de la mise en œuvre de la GAR au Ministère de la Santé	<u><i>Objectif général</i></u> Contribuer à la mise en œuvre efficace de la GAR au Ministère de la Santé	<u><i>Cause générale</i></u>	<u><i>Elément de diagnostic général</i></u>	<u><i>Approche de solution générale</i></u>
Spécifique	1 <u><i>Problème spécifique 1</i></u> Absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets et programmes.	<u><i>Objectif spécifique 1</i></u> Proposer l'esquisse d'un cadre juridique portant application de la GAR dans le secteur de la santé	<u><i>Cause spécifique 1</i></u> Inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR.	<u><i>Elément de diagnostic spécifique 1</i></u> l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes s'explique par l'inexistence d'un cadre juridique portant application de la GAR dans le secteur	<u><i>Solution n°1</i></u> Mettre en vigueur un arrêté ministériel portant application de la GAR dans le secteur de la santé et fixant les droits et les obligations des gestionnaires
	2 <u><i>Problème spécifique 2</i></u> Inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR	<u><i>Objectif spécifique 2</i></u> Proposer des stratégies de communication sur la GAR	<u><i>Cause spécifique 2</i></u> Faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires	<u><i>Elément de diagnostic spécifique 2</i></u> L'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR est due à la faible appropriation de la GAR par les autorités sanitaires.	<u><i>Solution n°2</i></u> Former d'une masse critique de cadres et responsables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur la GAR. Former les autorités en leadership et communication.
	3 <u><i>Problème spécifique 3</i></u> Faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur	<u><i>Objectif spécifique 3</i></u> Suggérer les conditions de mise en place de coordination plus efficace des projets et programmes du secteur	<u><i>Cause spécifique 3</i></u> Inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire de projets et programmes	<u><i>Elément de diagnostic spécifique 3</i></u> La faible capacité de coordination des projets/programmes est liée à l'inadéquation entre le profil et les exigences du poste de gestionnaire.	<u><i>Solution n°3</i></u> Assurer l'adéquation entre le profil du candidat et les exigences du poste sur la base d'une définition et d'une description réalistes de poste à pourvoir en exigeant la formation en gestion de projet comme critère fondamental.

Source : Résultat de l'étude

CONCLUSION GENERALE

Somme toute, la présente étude nous a permis de constater que, après une décennie d'expérimentation de la gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé, de nombreux problèmes persistent encore.

Des observations des activités de la DPP au Ministère de la Santé, il ressort que ce département ministériel fait beaucoup d'effort dans la mise en œuvre de la GAR mais des efforts qui sont demeurés insuffisants au regard des résultats attendus. Ainsi, de nombreux problèmes ont été relevés et répartis en quatre centres d'intérêt qui ont conduit à l'identification de quatre problématiques dont celle de l'efficacité de la mise en œuvre de la GAR a retenu notre attention. Le problème général ayant conduit à la formulation de cette problématique est celui de la mise en œuvre inefficace de la GAR au Ministère de la Santé.

L'objectif général visé est de contribuer à la mise en œuvre efficace de la GAR au Ministère de la Santé. Pour y parvenir, nous avons, sur la base des problèmes spécifiques identifiés, émis des hypothèses dont la vérification à travers une enquête a permis leur confirmation et le diagnostic.

Face au tableau peu reluisant que présente le secteur de la santé en matière de la GAR, des approches de solutions qui permettront d'éradiquer les causes identifiées ont été proposées.

En vue de garantir toutes les chances de succès et d'efficacité des solutions préconisées, nous avons recommandé un certain nombre d'actions qui impliqueront sans doute un changement de comportement aussi bien de la part des autorités que du personnel du Ministère de la Santé.

La GAR n'est pas une solution « miracle », il est un processus qui nécessite de temps, de mesure, à la fois de rigueur, de souplesse et du savoir-faire. Il s'agit d'adapter avec doigté les méthodes et les outils aux problèmes rencontrés.

Dans le contexte actuel qui est celui de l'administration béninoise fortement politisée où le système partisan, le clientélisme, le népotisme et l'impunité ont cours, nous sommes enclin à présager d'un avenir incertain

pour la GAR. Mais, au regard de la détermination de la communauté internationale à travers les partenaires techniques et financiers et la société civile qui exigent de plus en plus une utilisation plus rationnelle des ressources et de l'engagement du Gouvernement à gérer les ressources publiques selon les principes de la GAR, une lueur d'espoir demeure.

Ainsi, nous espérons, en attendant le vote de la loi organique relative aux lois des finances par l'Assemblée nationale pour véritablement encadrer le volet gestion budgétaire, que les mesures proposées dans le cadre de la présente étude puissent réellement renforcer la culture de la GAR et rendre sa pratique efficace dans le secteur de la santé.

Certes, nous pensons avoir apporté notre modeste contribution à la résolution de la situation observée mais nous ne saurions prétendre avoir abordé tous les problèmes relevés et qui sont liés à la mise en œuvre de la GAR au Ministère de la Santé.

C'est pourquoi, nous voudrions espérer que des recherches futures seront consacrées par exemple aux problématiques liées notamment à la très forte mobilité du personnel qui nuit à la capitalisation des acquis en matière de gestion axée sur les résultats dans le secteur.

BIBLIOGRAPHIE

1 – OUVRAGES GENERAUX

- ✓ ALDOSA N. BIHAN M. (LE), MONIN M. (2003).- «*Information communication organisation* », 2^e éd.- Rosny : Bréal.-222 p,
- ✓ GIRARD B. (2005).- « **Management dans le secteur public** ».- Paris : Sciences Po.- 129 p.
- ✓ CHATILLON E. A. (de), DESMARAIS C. et MEUNIER M. (2003).- « **Modéliser les ressources humaines** ».- Paris : Foucher.- 208 p.
- ✓ GUILLIEN R., VINCENT J. (2003).- « **Lexique des termes juridiques** ».- Paris : Dalloz, 14^e éd.- 619 p.
- ✓ HELLRIEGEL D., SLOCUM J.W., WOODMAN R.W(2002).-«**Management des organisations**».- 5^e éd.- Paris, Bruxelles : Nouveaux Horizon, De Boeck.- 693 p.
- ✓ PERETTI J-M., (2003).- « **Gestion des ressources humaines** », 10^e éd.- Paris : Vuibert.-284p.

2 - DOCUMENTS SPECIFIQUES

2.1 – GUIDES ET GLOSSAIRE

- ✓ ACIDI(1999).-« **La Gestion axée sur les résultats à l'ACDI : guide d'introduction aux concepts et aux principes** ».-Canada : ACIDI.- 26 p.
- ✓ PNUD (2002).- « **Guide du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats**».-138 p.
- ✓ Secrétariat du Conseil du Trésor Québec (2002).- « **Guide sur la gestion axée sur les résultats** », Québec : SCT.- 31 p.
- ✓ BOUCHARD L. (2005).- « **Guide de gestion axée sur les résultats**».- 26 p.
- ✓ LAAZIZ S(2007).- « **La Gestion axée sur les résultats : guide de formation et d'exercices**».- Rabat : Espace Associatif.- 23 p.
- ✓ OCDE (2002) – « **Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats**».- Paris : OCDE Publications ; 38 p.

2.2 - ARTICLES DE PERIODIQUE

- ✓ BOURGAULT J. (1994).- « **La Mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats : leçons tirées de l'expérience québécoise** » *Revue française d'Administration publique*, ENA, n° 109 ; pp. 109-128,
- ✓ EMERY Y. (2005).- « **La gestion par les résultats dans les organisations publiques : de l'idée aux défis de la réalisation** » *TELESCOPE : revue d'analyse comparée en administration publique* Vol 12, n°3 ; pp.1-11.

- ✓ MAZOUZ B, ROCHET C(2005).- « **De la gestion par les résultats et de son institutionnalisation : quelques enseignements préliminaires des expériences françaises et québécoise** » *TELESCOPE : revue d'analyse comparée en administration publique* Vol 12, n°3 ; pp.69-85.
- ✓ OUCHFOUN A., HAMMOUDA D. (1993). – « **Les cahiers du CREAD : revue du centre de recherches en économie appliquée pour le développement** ». – N° 33/36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre », p. 81

2.3 - MEMOIRES ET REFERENTIEL

- ✓ ABUL C., ZOUNGAN C. E (2004). - « **Le Suivi Evaluation des projets du Ministère de la Santé publique: analyse et propositions d'amélioration** », Abomey-Calavi : ENAM, 2004, 57 p.
- ✓ ADAM ASSA K. (2008).- « **Contribution à la promotion de la Gestion Axée sur les Résultats au Ministère de la Santé** », Abomey-Calavi : ENAM.- 69 p.
- ✓ AMOUSSOU A. K (2006).- « **Analyse des limites de l'approche programme du secteur santé** », Abomey-Calavi : ENAM , 77 p.
- ✓ AWEHA GUEDOU S. J. (2010).- « **Performance du gestionnaire de crédits dans le contexte de la gestion axée sur les résultats au Bénin**», ENAM Lomé.- 68p.
- ✓ DJOSSOU H. M., YAROU P. (2010).- « **Le Système de suivi-évaluation des projets et programmes du Ministère de la Santé : analyse et propositions d'amélioration** », Cotonou : ENEAM.- 82 p.
- ✓ ENAM (2007).- « **Référentiel des mémoires** ».- 2^{ème} éd.- Abomey-Calavi : UAC/ENAM.- 100 p.

2.4 - RAPPORTS

- ✓ Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Evaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, (2005) « **Evaluation de la mise en œuvre de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement au Bénin : rapport final** ».- 116 p.
- ✓ Ministère de la Santé Publique (2007).- « **Rapport général des Etats Généraux de la Santé du Bénin, Palais des Congrès de Cotonou du 21 au 24 novembre 2007** ».- Cotonou : MSP.- 35 p.
- ✓ Ministère de la Santé (2009).- « **Evaluation des lettres de mission des coordonnateurs des projets/programmes du secteur santé : session Sous-Comités CNEEP, les 28 et 29 octobre 2009** ».- 67 p.
- ✓ Ministère de la Santé (2011).-« **les Actes de la revue conjointe de performance 2010 du secteur santé, tenue au Palais des Congrès les 11, 12, et 13 mai 2011** ».- Cotonou : MSP.- 48 p.
- ✓ Ministère de la Santé (2008, 2009, 2010, 2011).- «**Rapport de performance**».- Cotonou : MS.

2.5 - COMMUNICATIONS EN ATELIER

- ✓ Direction de la Programmation et de la Prospective (Ministère de la Santé) (2006).- « **La Gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé au Bénin** » [s.p.]
- ✓ Direction de la Programmation et de la Prospective (Ministère de la Santé) (2007).- « **La Gestion basée sur les résultats : concepts et approches : formation des coordonnateurs des projets/programmes** ».- 23 p.
- ✓ Direction de la Programmation et de la Prospective (Ministère de la Santé) (2007).- « **Mécanisme de suivi/évaluation: cas du secteur santé et son adaptation à la gestion axée sur les résultats** » [s.p.]
- ✓ Direction de la Programmation et de la Prospective (Ministère de la Santé) (2012).- « **Planification ascendante intégrée** ».- 23 p.
- ✓ IDEA International, Université Laval (2010).- « **la Gestion axée sur les résultats, contrôle financier et audit de performance dans le secteur public : certification 4 : contrôle financier et audit de performance dans le secteur public** ».
- ✓ IDEA International (2010).- « **Atelier sur la GAR et Budgétisation Pluriannuelle axée sur les résultats (CDMT et CDS-MT), Dakar : 1 au 12 novembre** ».-113 p.
- ✓ IDEA International (2008).- « **La Gestion axée sur les résultats dans le secteur public : atelier de validation de la LOLF, Ministère de l'Economie et des Finances, Cotonou, Bénin, 2 au 5 février 2009** »
- ✓ IDEA International (2008).- « **La Gestion axée sur les résultats dans le secteur public : atelier technique sur la gestion axée sur les résultats (GAR), le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), les cadres de dépenses sectoriels à moyen terme (CDS-MT) du 6 au 17 octobre 2008.**
- ✓ ZODJIHOUE J. D. E. [s.d].- « **La Gestion axée sur la Performance et les Résultats appliquée à la gestion des Finances Publiques : préparation et mise en place du budget axé sur la performance et les résultats** ».- 37 p.
- ✓ SOUZA F.(de) [s.d].- « **La Gestion axée sur les résultats dans le secteur public : concepts, principes et outils** ». [s.p.]

2.6- COURS

- ✓ AFRIQUE ETUDES, BNETD (2004).- « **Chaîne de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi (PPBS) : modules de cours** »
- ✓ DAVO M. (2012).- « **Réingénierie des processus** ».- Abomey-Calavi : ENAM ; (MSP, CYCLE II).
- ✓ GAGLOZOUN A. (2012).- « **Gestion axée sur les résultats** ».- Abomey-Calavi : ENAM ; (MSP, CYCLE II).
- ✓ GAGLOZOUN A. (2012).- « **Gestion du changement** ».- Abomey-Calavi : ENAM ; (MSP, CYCLE II).
- ✓ GNANSOUNOU C. S. (2012).- « **Méthodologie de réalisation de mémoire professionnel au cycle 2** ».- Abomey-Calavi : ENAM ; (MSP, CYCLE II).

2.7 - DOCUMENTS DE PLANIFICATION

- ✓ Ministère de la Santé (2009).- « **Plan national de développement sanitaire 2009-2018** ».- Cotonou : MS.- 96p.
- ✓ Ministère de la Santé (2010).- « **Cadre de dépenses à moyen terme 2010-2012 du Ministère de la Santé** ».- Cotonou : MS.- 44 p.
- ✓ Ministère de la Santé (2010).- « **Plan triennal de développement sanitaire 2010-2012** ».- Cotonou : MS.- 79 p.
- ✓ Ministère de la Santé (2010).- « **Pacte national entre le gouvernement du Bénin et ses partenaires techniques et financiers : compact : accroître les efforts et les ressources dans le secteur de la santé en vue d'accélérer l'atteinte des OMD** ».- Cotonou : MS.- 35 p.
- ✓ Ministère de la Santé (2010).- « **Revue sectorielle conjointe de performance du secteur santé année 2010 : document technique** ».- Cotonou : MS.- 105 p.
- ✓ Direction de la Programmation et de la Prospective (2006).- « **Manuel de procédures de planification ascendante intégrée du Ministère de la Santé** ».- Cotonou : MS.- 47 p.

2.8 - TEXTES REGLEMENTAIRES

- ✓ **Décret n°2012-191 du 03 juillet 2012** fixant la structure-type des ministères ;
- ✓ **Décret n°2012-272 du 13 août 2012** portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- ✓ **Arrêté n°4238/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/SA du 30 juillet 2010** portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction de la Programmation et de la Prospective ;

2.9 – SOURCES INTERNET

- ✓ BORDEAUX CONSEIL (2004).-« **La Communication interne de l'entreprise** »
<http://www.bordeauxconseil.com>
- ✓ « **Les Bonnes pratiques émergentes pour une gestion axée sur les résultats de développement première version** ».- 190 p. www.mfdr.org/Sourcebook.html
- ✓ DEBOURG, C. (2007).- « **Fiche de niveau 4. Droit des contrats : responsabilité contractuelle : la faute contractuelle** » www.google.com
- ✓ DERESSE, J. (2008).-«**La Gestion du changement dans les organisations**».- 45p. www.google.com
- ✓ HEDIA H-C, WILBEAUX, N. (2007).- « **La Gestion axée sur les résultats, fiche 7** », 16 p., <http://www.cota.be>
- ✓ LACHKAR, A. [s.d].-« **Processus de recrutement** ».-[s.p.] www.google.com
- ✓ MEDE N., [s.d].- « **La Nouvelle gestion budgétaire : l'expérience des budgets de programmes au Bénin** » *In AFRILEX n°4*- <http://www.afrilex.u-bordeaux4.fr>

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête

Annexe 2 : Organigramme du Ministère de la Santé

ANNEXE 1 :

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire professionnel de fin de formation au cycle II, filière Management des Services Publics (MSP) de l'École Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), nous avons entrepris une étude contributive à l'**efficacité de la mise en œuvre de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR)** dans le secteur de la santé. A cet effet, nous vous avons identifié comme personne ressource capable de nous apporter des éclaircissements sur les préoccupations ci-dessous formulées.

Nous vous remercions par anticipation pour votre contribution et votre disponibilité.

IDENTIFICATION

- Nom de la structure
- Nom et Prénoms du Responsable enquêté (facultatif)
- Fonction/Titre
- Profil/Formation de base

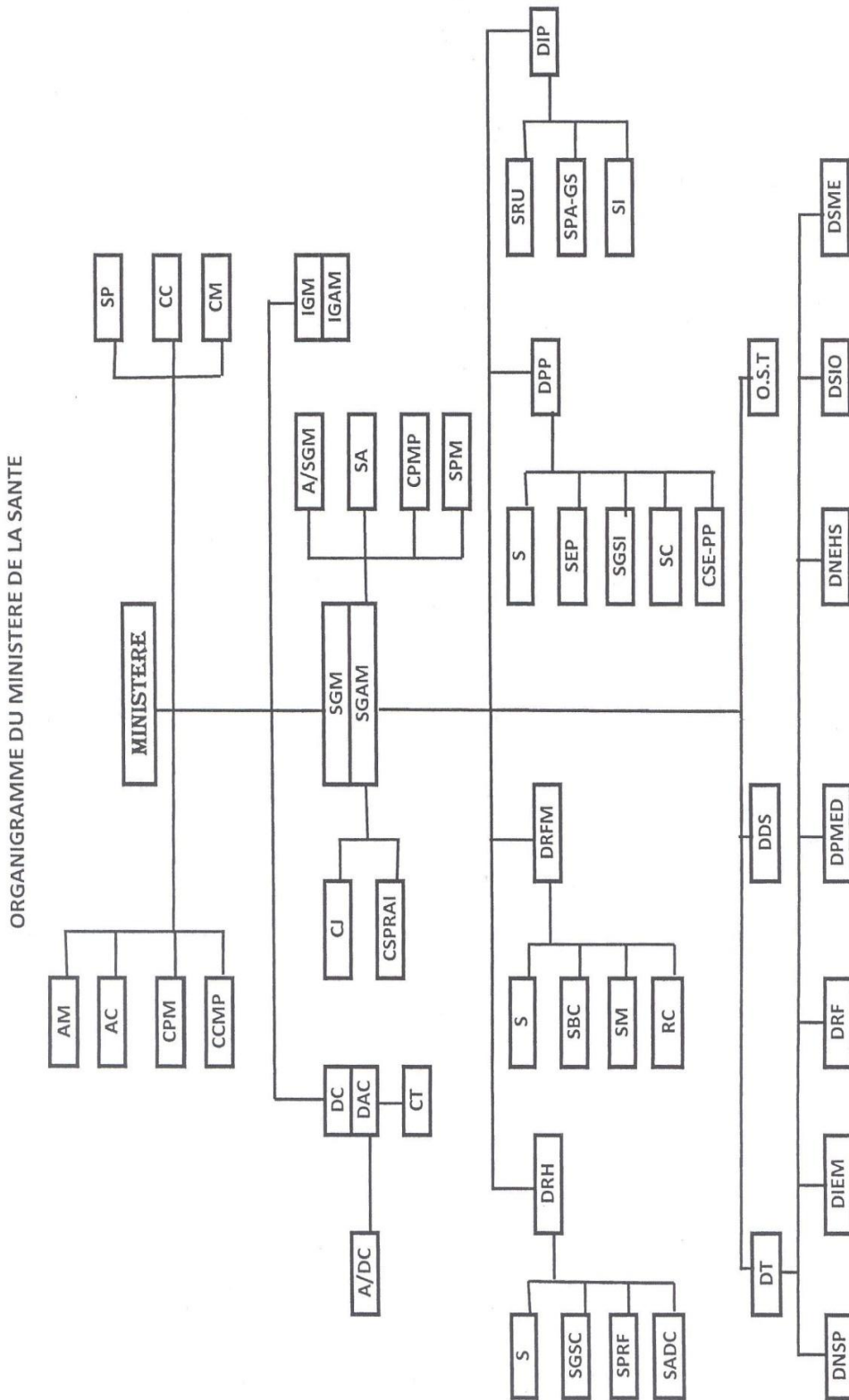
1 - Compétence des gestionnaires de crédits ou coordonnateurs de projets/programmes	
1.1	Avez-vous reçu une formation sur la <i>Gestion Axée sur les Résultats</i> (GAR) ? Oui /___/ Non /___/ Si oui, à quelle occasion l'avez-vous reçue ? Atelier de formation /___/ lors de votre cursus universitaire /___/ culture personnelle /___/
1.2	Avez-vous reçu une formation en matière de <i>procédures d'exécution des dépenses publiques</i> ? Oui /___/ Non /___/ Si oui, à quelle occasion l'avez-vous reçue ? Atelier de formation /___/ lors de votre cursus universitaire /___/ culture personnelle /___/
1.3	Avez-vous reçu une formation en matière de <i>gestion de projet</i> ? (si Gestionnaire de projet) Oui /___/ Non /___/ Si oui, à quelle occasion l'avez-vous reçue ? Atelier de formation /___/ lors de votre cursus universitaire /___/ culture personnelle /___/
1.4	Pensez-vous qu'il y a une adéquation entre le profil et le poste de gestionnaire de projet/programme dans le secteur? Oui /___/ Non /___/ Ne sais pas /___/. Si non, pourquoi ? Profil mal défini /___/ recrutement parrainé /___/ recrutement par affinité (amicale, familiale, politique, religieuse, régionaliste) /___/ pas du tout de recrutement /___/
2 – Cadre juridique de la GAR	
2.1	Avez-vous reçu une lettre de mission au démarrage de l'exercice budgétaire en cours ? Oui /___/ Non /___/ Si oui, l'avez-vous déclinée en contrat d'objectifs pour vos collaborateurs ? Oui /___/ Non /___/ Si non, quelles sont les raisons qui justifient cette situation ? les textes n'y obligent pas /___/ Pas nécessaire /___/ ne sait pas /___/

2.2	Avez-vous répondu à la lettre de mission par une lettre d'acceptation ou d'engagement? Oui /___/ Non /___/ Si non, existe-t-il un texte ou disposition réglementaire qui vous impose l'obligation de résultats? Oui /___/ Non /___/ ne sait pas /___/ Si oui, quelles sont les références du texte ?
2.3	Quelle sanction courrez-vous si, de votre fait, les objectifs assignés à votre structure ne sont pas atteints? Aucune /___/ perte du poste /___/ avertissement /___/ blâme /___/
2.4	Existe-t-il un texte réglementaire qui définit les conditions de mise en œuvre de la GAR dans le secteur de la santé (droits et obligations des gestionnaires, motivations, sanctions etc.) Oui /___/ Non /___/ ne sait pas /___/ Si oui, donnez les références du texte.
3 - Stratégie de communication sur la GAR	
3.1	Pensez-vous que le personnel du secteur est bien sensibilisé sur la mise en œuvre de la GAR ? Oui /___/ Non /___/ ne sait pas /___/ Si non, pourquoi.....
3.2	Existe-t-il une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur ? Oui /___/ Non /___/ ne sait pas /___/
3.3	Pensez-vous que les autorités sanitaires maîtrisent bien le concept de la GAR ? Oui /___/ Non /___/ ne sait pas /___/.Justifiez votre réponse.....
4 – Questions subsidiaires	
4.1	Pensez-vous que, dans le secteur de la santé, la mise en œuvre de la GAR est : Très efficace /___/ Efficace /___/ Peu efficace /___/ Pas du tout efficace /___/
4.2	Si elle est peu ou pas efficace, que proposeriez-vous pour son amélioration?

Merci pour votre aimable collaboration.

ANNEXE 2 :

ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANE



ORGANIGRAMME DU DECRET n°2012-272 du 13 août 2012

TABLE DES MATIERES

Identification du Jury.....	ii
Déclaration d’engagement.....	iii
A la mémoire de	iv
Dédicace.....	v
Remerciements.....	vi
Liste des sigles.....	vii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures et graphique.....	x
Glossaire.....	xi
Résumé	xiii
Sommaire.....	xiv
Introduction.....	1
<u>CHAPITRE PREMIER</u> : CADRE CONTEXTUEL, ETATS DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE DE L’ETUDE	5
<u>SECTION 1</u> : Cadre contextuel de l’étude et état des lieux à la DPP	6
<u>Paragraphe 1</u> : Présentation du Ministère de la Santé et de sa Direction de la Programmation et de la Prospective.....	6
1.1- Le Ministère de la Santé.....	6
1.1.1 - Bref rappel historique	6
1.1.2 - Mission et attributions.....	7
1.1.3 - Organisation et fonctionnement	8
1.2- Présentation de la DPP du MS	9
1.2.1- Mission et attributions	9
1.2.2 – Organisation et fonctionnement de la DPP.....	10
<u>Paragraphe 2</u> : Etats des lieux du processus de la planification, mise en œuvre, et de suivi et d’évaluation des programmes du secteur de la santé.....	13
2.1. Observations d’ordre général	13
2.2 - Observations d’ordre spécifique	17
2.2.1- la Planification stratégique et opérationnelle	17
2.2.2 – la Mise en œuvre des activités des projets et unités administratives	20
2.2.3 – le Suivi et l’évaluation	22
2.2.4 - La rétroaction ou la reddition de comptes	24
2.3 - Inventaire des éléments de l’état des lieux	25
2.3.1 – Inventaire des atouts	25

2.3.2 – Inventaire des problèmes	26
<u>SECTION 2</u> : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la Problématique	27
<u>Paragraphe 1</u> : Ciblage et spécification de la problématique.....	27
1.1- Identification des problématiques possibles	27
1.2 - Présentation des problématiques possibles	29
1.3 - Choix de la problématique et formulation du sujet	29
1.4 - Justification et intérêt du sujet choisi	31
1.5 - Spécification de la problématique de l'étude.....	32
<u>Paragraphe 2</u> : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique Spécifiée	33
2.1 - Approches génériques	33
2.2 - Séquence de résolution de la problématique	35
<u>CHAPITRE DEUXIEME</u> : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE, DIAGNOSTIC, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	36
<u>SECTION 1</u> : Cadre théorique et méthodologique de l'étude	37
<u>Paragraphe 1</u> : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature	37
1.1- Objectifs, causes possibles et hypothèses de l'étude	37
1.1.1- Objectifs de l'étude	37
1.1.2- Causes possibles de l'étude	38
1.1.3- Hypothèses de l'étude	38
1.2 – Revue de littérature	41
1.2.1 – Contributions antérieures sur le problème de l'inefficacité de la mise en œuvre de la GAR dans le secteur de la santé.....	41
1.2.2 – Contributions antérieures sur le problème de l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes du ministère.....	44
1.2.3 – Contributions antérieures sur le problème d'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur de la santé	47
1.2.4 – Contributions antérieures sur le problème de faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur	50
<u>Paragraphe 2</u> : Méthodologie de l'étude	52
2.1- Approches théoriques retenues.....	52
2.1.1- Choix théorique lié au problème d'absence d'obligation de résultat pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets	52
2.1.1.1- Présentation de la théorie retenue.....	52

2.1.1.2 - Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée à l'absence d'obligation de résultat pour les responsables administratifs et gestionnaires de projets/programmes.....	53
2.1.2- Choix théorique lié au problème d'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur.....	53
2.1.2.1- Présentation de la théorie retenue.....	53
2.1.2.2 - Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée à l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR dans le secteur	54
2.1.3- Choix théorique lié au problème de faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur	54
2.1.3.1- Présentation de la théorie retenue	54
2.1.3.2 - Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée à la faible capacité de coordination des projets/ programmes du secteur.....	55
2.2- Approche empirique	55
2.2.1- Des objectifs de la collecte à la population cible.....	55
2.2.1.1- Objectifs de la collecte des données.....	55
2.2.1.2 - Population cible.....	56
2.2.2. – De la technique de collecte à la présentation des données ...	57
222.1 - Technique de collecte des données	57
222.2- Conception du questionnaire	57
2.2.2.3- Dépouillement et présentation des données.....	57
SECTION 2 : Collecte des données, vérification des hypothèses, approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.....	58
<u>Paragraphe 1</u> : Enquête, vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.....	58
1.1- De la préparation de l'enquête à l'analyse des résultats.....	58
1.1.1- Préparation et réalisation de l'enquête.....	58
1.1.2- Présentation et analyse des résultats de l'enquête.....	59
1.1.2.1- Présentation et analyse des données liées à la cause de l'absence d'obligation de résultats pour les responsables administratifs et gestionnaires des projets/programmes (PS1).....	60
1.1.2.2 - Présentation et analyse des données liées à la cause de l'inexistence d'une stratégie de communication sur la GAR PS2)	61
1.1.2.3- Présentation et analyse des données liées à la cause relative à la faible capacité de coordination des projets/programmes du secteur (PS3)	62
1.2- Vérifications des hypothèses et établissement du diagnostic	64

1.2.1- La vérification des hypothèses de l'étude	65
1.2.1.1- Degré de vérification de l'hypothèse n°1	65
1.2.1.2- Degré de vérification de l'hypothèse n°2.....	65
1.2.1.3- Degré de vérification de l'hypothèse n°3.....	66
1.2.2- Etablissement du diagnostic de l'étude.....	66
1.2.2.1- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°1...	66
1.2.2.2- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°2..	66
1.2.2.3- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°3...	67
Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.....	67
2.1- Approches de solutions	67
2.1.1- Approches de solutions au problème spécifique n°1.....	67
2.1.2- Approches de solutions au problème spécifique n°2.....	68
2.1.3 - Approches de solutions au problème spécifique n°3	70
2.2- Conditions de mise en œuvre des solutions	71
2.2.1- Recommandations à l'endroit de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP).....	71
2.2.2 - Recommandations à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé	72
2.2.3 - Recommandations à l'endroit du personnel du Ministère	72
2.2.4 - Recommandations à l'endroit des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé	73
CONCLUSION GENERALE	75
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	82
TABLE DES MATIERES	89