



REPUBLIQUE DU BENIN  
-----  
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



-----  
UNIVERSITE D' ABOMEY-CALAVI  
-----  
ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION  
ET DE MAGISTRATURE (E.N.A.M)  
-----

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR  
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR DES RESSOURCES HUMAINES

OPTION :  
Management

FILIERE :  
Gestion des Ressources Humaines

ANNEE ACADEMIQUE ; 2008 - 2009

THEME :

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DES  
MECANISMES DE CONTRACTUALISATION  
DES AGENTS DANS LE SYSTEME DE SANTE**

Réalisé et soutenu par :

Anatole HOUNTONDJI

Maître de stage :  
Nicolas SODABI  
Administrateur Civil

Directeur de mémoire :  
Dénis YEHOUEOU  
Enseignant à l'ENAM

FEVRIER 2010

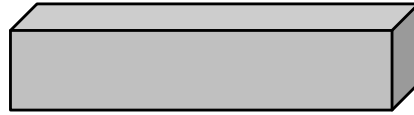
**L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE  
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER AUCUNE  
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES  
DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE  
CONSIDEREES COMME PROPRES A  
LEUR AUTEUR**

## DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- ✓ mon père **Augustin HOUNTONDI**, Secrétaire des Services Administratifs en retraite ;
- ✓ ma mère **Constance DOSSOU YOVO** ;
- ✓ mon frère **Eugène HOUNTONDI**, Administrateur Civil en service au Ministère de l'Intérieur et de l'Administration Territoriale ;
- ✓ mon beau père **Raymond Z. KODJOGBE**, instituteur en retraite ;
- ✓ ma belle mère **Antoinette VLASOPOULOS** épouse **KODJOGBE**, Institutrice en retraite ;
- ✓ mon épouse **Jeanne Victoire KODJOGBE**, Secrétaire des Services Administratifs en service au Ministère de la Santé ;
- ✓ mes enfants **Darwin** et **Orèle**.

## REMERCIEMENTS



A :

M. **Denis YEHOUENOU**, directeur de ce mémoire, docteur en Droit Privé, enseignant à l'ENAM, pour sa disponibilité ;

M. **Christian Napoléon Bonaventure AGOSSA**, économiste, en service à la BOAD à Lomé au TOGO ;

M. **Nicolas SODABI**, mon maître de stage, administrateur civil, en service à la DPM du Ministère de la Santé ;

M. **Vincent FABY**, administrateur, Directeur des Ressources Humaines du Ministère de la Santé ;

M. **Anatole DOUGBE**, administrateur, chef/SGEA de la DRH du Ministère de la Santé ;

Mrs. **Carlos ASSOGBA**, **Omer GAGUI**, **Romuald SOKADJO**, tous agents du SFEA de la DRH du Ministère de la Santé ;

Mme **Mathilde AYOSSO** épouse **JOHNSON**, administrateur du travail, chef/SARH de la DRH du Ministère de la Santé ;

Mme Cécile **ADJOUAN** épouse **HOUNTONDJI**, agent des Postes et Télécommunications, à la retraite ;

Tous les collègues du Ministère de la Santé et de la Direction des Ressources Humaines en particulier ;

Tous les enseignants de l'ENAM, pour les connaissances, qu'ils nous ont fait acquérir au cours des deux années de formation ;

Tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre ont contribué à la rédaction de ce mémoire.



<b>MS</b>	:	Ministère de la Santé
<b>DC</b>	:	Directeur de Cabinet
<b>DAC</b>	:	Directeur Adjoint du Cabinet
<b>SGM</b>	:	Secrétaire Général du Ministère
<b>CT</b>	:	Conseiller Technique
<b>CTJ</b>	:	Conseiller Technique Juridique
<b>AC</b>	:	Attaché de Cabinet
<b>PNLS</b>	:	Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA
<b>DPM</b>	:	Direction des Pharmacies et des Médicaments
<b>DRH</b>	:	Direction des Ressources Humaines
<b>DRFM</b>	:	Direction des Ressources Financières et du Matériel
<b>DPP</b>	:	Direction de la Programmation et de la Prospective
<b>DDZS</b>	:	Direction du Développement des Zones Sanitaires
<b>PNSDRH</b>	:	Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines en Santé
<b>CDEEP</b>	:	Comité Départemental de Suivi, de l'Exécution et d'Evaluation Des Projets et Programmes
<b>CNEEP</b>	:	Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation Des Projets et Programmes du Secteur Santé
<b>ACE</b>	:	Agent Contractuel de l'Etat
<b>APE</b>	:	Agent Permanent de l'Etat
<b>MEF</b>	:	Ministère de l'Economie et des Finances
<b>MFE</b>	:	Ministère des Finances et de l'Economie
<b>MFPTRA</b>	:	Ministère de la Fonction Publique et du Travail
<b>DGE</b>	:	Direction Générale de l'Economie
<b>DGT</b>	:	Direction Générale du Travail
<b>DGFP</b>	:	Direction Générale de la Fonction Publique

## LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau N°1 : Répartition par service du budget de la GRH (exercice 2008 et 2009)	12
Tableau N°2 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt	18
Tableau N°3 : Tableau de synthèse des approches théoriques par problème	21
Tableau N°4 : Conception du tableau de bord	25
Tableau N°5 : Répartition des données d'enquêtes par rapport à l'insuffisance ou l'inadéquation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation.	41
Tableau N°6 : Répartition des données d'enquêtes par rapport à l'insuffisance des textes relatifs à la contractualisation.	43
Tableau N°7 : Répartition des données d'enquêtes sur l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement.	45
Tableau N°8 : Répartition des données d'enquêtes sur la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et/ou permanent de l'Etat, dans les centres urbains au détriment des centres ruraux des Administrations ou des Zones Sanitaires.	46
Tableau N°9 : Répartition des données d'enquêtes relative à la faiblesse de la couverture sanitaire	47
Tableau N°10 : Répartition des données d'enquêtes par rapport au Reversement.	48
Tableau N°11: Répartition des données d'enquêtes sur la suppression de la Fonction Publique de carrière ou sa juxtaposition à une Fonction Publique d'emploi.	49



## LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure N°1 : Répartition des données d'enquêtes sur l'insuffisance ou l'inadéquation des textes législatifs et réglementaires	41
Figure N°2 : Répartition des données d'enquêtes par rapport à l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires	42
Figure N°3 : Répartition des données d'enquêtes sur l'absence de mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement	44
Figure N°4 : Répartition des données d'enquêtes compte tenu de la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et/ou permanent de l'Etat, dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'administration ou des zones sanitaires.	45
Figure N°5 : Répartition des données d'enquêtes par rapport à la faiblesse de la Couverture sanitaire.	47
Figure N°6 : Répartition des données d'enquêtes par rapport au reversement	48
Figure N°7 : Répartition des données d'enquêtes par rapport à la suppression de la Fonction Publique de carrière ou sa juxtaposition à une Fonction Publique d'emploi.	49



LISTE DES ANNEXES

	Pages
Annexe N° 1 : Questionnaire d'enquête	III
Annexe N° 2 : Loi N° 2004 du 26 décembre 2004	VI
Annexe N° 3 : Décret N° 2008-377 du 24 juin 2008	VII
Annexe N°4 : Arrêté interministériel N°141/MFPTRA/ DC/SGM/DPE/SGC du 12 septembre 2001 portant comité chargé des Etudes – Suivi – Renouvellement des Contrats de Travail	VIII

## Résumé

Les recommandations du Programme d'Ajustement Structurel ont eu pour objectif, d'aider l'Etat béninois à résoudre durablement le problème de sur-effectif de son personnel.

Les Agents Contractuels sont devenus aujourd'hui indispensables à la résorption, fût-elle partielle des problèmes de sous-effectif quantitatif et qualitatif auxquels l'Administration Publique Béninoise est confrontée au lendemain de la mise en œuvre du Programme.

La contractualisation, qui en résulte, accuse cependant de quelques faiblesses liées notamment à :

- L'insuffisance ou l'inadéquation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation du système de santé.
- L'absence d'une politique transparente de motivation et d'évaluation du rendement du personnel contractuel et/ou permanent de l'Etat.
- La concentration massive du personnel qualifié contractuel et/ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.

La vision globale de résolution de la problématique de l'effectivité de la contractualisation dans notre système de santé, découle des objectifs spécifiques ci-après :

- L'amélioration du cadre législatif réglementaire et institutionnel de la contractualisation dans le système de santé
- La mise en œuvre d'une politique adéquate de gestion des ressources Humaines
- La performance de la couverture sanitaire.

Pour atteindre ces objectifs, des solutions suivantes ont été préconisées :

- Une sensibilisation des gouvernants, afin d'aiguiser leur volonté politique.
- Une dépolitisation de l'Administration, en l'occurrence celle de santé.

- La mise en œuvre d'une politique contractuelle des ressources humaines du système de santé par le développement entre autres actions, des mesures d'accompagnement au profit du personnel contractuel et/ou permanent en poste dans les centres ruraux de l'Administration et des zones sanitaires.
- La lutte contre les pesanteurs socio-politiques.

Dans cette perspective, des recommandations ont été formulées à l'endroit des autorités et des gestionnaires de la carrière du personnel de l'Etat d'une part, à l'égard des Agents Contractuels, syndicats et partenaires au développement d'autre part.

Ces différents acteurs doivent :

- ✓ Faire la preuve de leur engagement réel et suivi en faveur d'un cadre juridique et institutionnel propre à la contractualisation.
- ✓ Elaborer une politique contractuelle ayant pour socle, la gestion axée sur les résultats.
- ✓ S'impliquer davantage afin de rendre la contractualisation plus effective dans le système de santé.

## SOMMAIRE

INTRODUCTION :

CHAPITRE PREMIER : Des observations de stage à la problématique et à la méthodologie adoptée

Section 1<sup>ère</sup> : Des observations de stages au Ministère de la Santé au ciblage de la problématique

Paragraphe 1<sup>er</sup> : Présentation du Ministère de la Santé et observations de stage

Paragraphe 2 : De l'inventaire des éléments de l'état des lieux à la DRH du MS, à la Vision globale de résolution de la problématique spécifiée

Section 2 : Des objectifs de l'étude à la méthodologie adoptée en vue de la résolution de la problématique de la gestion effective et performante de la contractualisation des agents dans le système de santé

Paragraphe 1<sup>er</sup> : Des objectifs et hypothèses de l'étude à la revue de la littérature

Paragraphe 2 : Méthodologie adoptée

CHAPITRE 2 : De l'organisation des enquêtes à l'établissement du diagnostic

Section 1<sup>ère</sup> : De la préparation des enquêtes aux difficultés rencontrées

Paragraphe 1<sup>er</sup> : Préparation et réalisation des enquêtes

Paragraphe 2 : Difficultés rencontrées et impacts sur la collecte des données

Section 2 : De la présentation et vérification des hypothèses à l'établissement du diagnostic

Paragraphe 1<sup>er</sup> : Présentation et analyse des résultats

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement des diagnostics

CHAPITRE 3 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre

Section 1<sup>ère</sup> : Approches de solutions

Paragraphe 1<sup>er</sup> : Approches de solutions au problème spécifique N°1 : procéder à l'amélioration du cadre juridique et institutionnel

Paragraphe 2 : Approche de solutions aux problèmes de management

Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions

Paragraphe 1<sup>er</sup> : Recommandations à l'endroit des autorités

Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des gestionnaires des ressources humaines, le personnel contractuel et/ou permanent de l'Etat, syndicats, ainsi que les partenaires au développement

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

## **INTRODUCTION**

Le Programme d'Ajustement Structurel avait proposé des réformes au sein de l'administration béninoise suite au désengagement de l'Etat du recrutement systématique des agents dans la Fonction Publique, conformément à la loi N°87-001 portant loi des finances pour la gestion 1987, pour aider le Bénin à faire face à un problème de sur-effectif du personnel.

Les Institutions de Bretton-Wood ont estimé également que le recrutement d'agents contractuels contribuera à mieux maîtriser la masse salariale en période de crise, en dégraissant la Fonction Publique en priorité de ses agents contractuels.

Force est de constater aujourd'hui que, loin de pouvoir résorber totalement les problèmes de sous-effectif quantitatif et qualitatif de notre Administration, les agents contractuels de l'Etat sont devenus indispensables à la gestion du système de santé.

La juxtaposition au statut des Agents Permanents de l'Etat d'un dispositif relatif au recrutement et à leur gestion, révèle un univers contractualisé dérogatoire au droit commun, avec des interférences se traduisant par des reversements d'un statut de contractuel local à celui de l'Etat et/ou de statut de contractuel de l'Etat à celui d'Agent Permanent de l'Etat.

Cependant, cette Institution dénommée « contractualisation » n'a pas été pleinement à la hauteur de nos espérances en ce qui concerne la gestion des agents contractuels de l'Etat. Elle présente encore quelques défaillances parmi lesquelles nous pouvons citer :

- L'insuffisance ou l'inadéquation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la gestion des contractuels de l'Etat du secteur santé ;
- L'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement du personnel contractuel et/ou permanent de l'Etat du système de santé ;
- La concentration massive du personnel qualifié contractuel et/ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.

Ces insuffisances posent la problématique de l'effectivité de la contractualisation dans le système de santé.

Dans sa théorie évolutionniste, Claude Levi-Straus (« Race et Histoire », in la gestion raciale devant la science moderne UNESCO, pp. 21-22) disait à propos du progrès :

« il procède par sauts, par bonds, ou, comme diraient les biologistes, par mutations. Ces sauts et ces bonds ne consistent pas à aller toujours plus loin dans la même direction, ils s'accompagnent de changement d'orientation, un peu à la manière du cavalier des échecs qui a toujours à sa disposition plusieurs progressions mais jamais dans le même sens ».

C'est en vue d'aider à la réalisation de cet objectif de progrès pour une bonne gouvernance administrative que nous avons choisi de porter notre réflexion sur le thème : « **contribution à l'amélioration des mécanismes de contractualisation des agents dans le système de santé** ».

Le présent document aborde en chapitre premier, les observations de stage au Ministère de la Santé et la méthodologie adoptée. Il présente en chapitre deuxième, l'organisation des enquêtes au niveau central du M.S et dans la Zone Sanitaire du troisième arrondissement de Cotonou, ainsi que l'établissement du diagnostic, puis en chapitre troisième, les approches de solutions et leurs conditions de mise en œuvre.

**CHAPITRE PREMIER :**

**DES OBSERVATIONS DE STAGE AU MINISTERE DE LA SANTE, A LA  
METHODOLOGIE ADOPTEE**

**Section 1<sup>ère</sup> :** Des observations de stage au Ministère de la Santé au ciblage de la Problématique.

**Paragraphe 1<sup>er</sup> :** La présentation du Ministère de la Santé et les observations de stage.

**A/ La présentation du Ministère de la Santé.**

**1- L'historique :**

Avant le processus démocratique, les ministères et institutions de l'Etat dont le Ministère de la Santé étaient régis par le Conseil National Révolutionnaire, lequel définissait leur mode de fonctionnement.

Au cours du processus démocratique, les missions des organes de l'Etat sont profondément réformés grâce à l'adoption de la constitution du 11 décembre 1990 et le décret N°96-402 du 18 septembre 1996, portant attributions et organisation du MFPTRA.

Le décret N°2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, est le dernier encore en vigueur.

**2- Les missions statutaires :**

Le Ministère de la Santé est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le gouvernement en matière de santé. Dans ce cas, il initie les actions de santé, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent.

Le Ministère de la Santé est la structure responsable de la conception et de la mise en œuvre des activités résultant de la politique sanitaire.

Il est chargé de la conception, de l'application et du contrôle de la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat.

Il suggère au Gouvernement au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, des stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire.

A ce titre :

- il conçoit des stratégies et méthodes pouvant garantir une bonne santé du citoyen ;

- il conçoit avec le concours d'autres départements ministériels des politiques de formation et de mise en œuvre du personnel de santé ;
- il assure le bon fonctionnement des services et structures publiques et privées, qui concourent à la préservation et à l'amélioration de la santé du citoyen béninois.

Le Ministre de la Santé est l'ordonnateur du budget du Ministère.

## **B- La structure organisationnelle du MS et le fonctionnement général de la DRH.**

### **a) La structure organisationnelle du MS :**

La structure organisationnelle du Ministère de la Santé est caractérisée par une Entité dans laquelle chaque organe se trouve dans une position ascendante ou descendante de pouvoir et de responsabilité, selon son rang défini par les dispositions réglementaires.

Cette architecture organisationnelle est composée de directions centrales et techniques, ainsi que des organismes sous tutelle, tous coiffés par un cabinet ministériel. Ainsi, conformément aux dispositions du décret n°2006-396 du 31 juillet 2006, portant attributions, organisation et fonctionnement du MS, l'organigramme du Ministère de la Santé se présente comme suit :

Un cabinet du Ministre de la Santé qui compte en son sein dix (10) membres à savoir :

- un Directeur de Cabinet (DC) et un Directeur Adjoint de Cabinet (DAC) ;
  - cinq (05) Conseillers Techniques (CT) dont un Conseiller Juridique (CTJ) ;
  - un (01) Attaché de Cabinet (AC) ;
  - un Chef de la Cellule de Communication du Ministère (CCC) ;
  - un Assistant du Ministre (AM).
- Une Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne ;
  - Une Inspection Générale du Ministère et directement rattachée au Cabinet du Ministre ;

- Un Secrétariat Général ;
- Trois Directions Centrales ;
- Six Directions Départementales ;
- Onze Directions Techniques ;
- Des organismes sous tutelle.

On distingue, au titre des Directions Centrales :

- la Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
- la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM)
- la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP).

On distingue au titre des Directions Techniques, la DDZS, la DPM, la DEDTS, la DSF, la DHAB, la DRS, la DH, la DIEM, la DSIO, la DNPEV, la DNPS.

La Direction des Ressources Financières et du Matériel est l'organe de conception, d'application et de contrôle des règlements, normes et procédures en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles du Ministère. A ce titre, elle est chargée de :

- établir, un accord avec les autres Ministères concernés et faire appliquer les règles de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles applicables à toutes les structures du Ministère dans le contexte de mise en œuvre de la décentralisation ;
- assurer l'administration comptable et financière de l'ensemble des crédits financièrement mis à la disposition du ministre, en tenir la comptabilité analytique et contrôler la gestion des unités décentralisées :
- mobiliser et suivre l'utilisation optimale des ressources financières en collaboration avec la Direction de la Programmation et de la Prospective ainsi qu'avec les autres directions du ministère ;
- centraliser les besoins, l'acquisition et la répartition matérielles ainsi que la tenue des inventaires réglementaires ;
- coordonner la préparation et l'établissement des projets de budget du ministère en collaboration avec la Direction de la Programmation

et de la Prospective ainsi qu'avec les directions centrales, techniques et départementales ;

- assister le ministre aux conférences budgétaires et participer au côté des directions centrales, techniques et départementales à toutes les réunions ou travaux traitant des questions relatives aux ressources budgétaires, financières et matérielles du ministère ;
- suivre l'exécution financière des contrats des marchés publics signés par le Ministre de la Santé et approuvés par le Ministre chargé des finances.

La Direction des Ressources Financières et du Matériel comprend :

- le Secrétariat Administratif (SA)
- le Service de la Comptabilité et du Budget (SCB)
- le Service de la Trésorerie (ST)
- le Service de l'Assistance à la Gestion (SAG)
- le Service du Matériel (SM).

La Direction des Ressources Humaines est l'organe de conception et de contrôle des règlements, des normes et des procédures en matière de gestion et de développement des ressources humaines du Ministère de la Santé, en liaison avec des directions centrales, techniques, départementales et les autres ministères. A ce titre, elle est chargée de :

- élaborer et actualiser le Plan National Stratégique des Ressources Humaines en Santé (PNSDRHS) ;
- définir, suivre et coordonner avec les autres directions, la mise en œuvre de la politique nationale en matière de formation continue et de recyclage des personnels du ministère ;
- gérer, en collaboration avec les directions départementales de la santé, l'ensemble du personnel du ministère sur le plan des emplois et des carrières ;
- établir, en accord avec les autres ministères concernés et faire appliquer les règles, normes et procédures de gestion des ressources humaines applicables à toutes les structures du

ministère dans le contexte de la mise en œuvre de la décentralisation ;

- contrôler les structures décentralisées, l'application des normes, règlements et procédures en matière d'administration du personnel ;
- assurer le secrétariat de la commission ministérielle d'attribution des bourses.

La Direction des Ressources Humaines comprend :

- le Secrétariat Administratif (SA) ;
- le Service Administration des Ressources Humaines (SARH) ;
- le Service Formation et Evaluation des Agents (SFEA) ;
- le Service Gestion des Effectifs et Archive (SGEA) ;
- le Service de la Comptabilité (SC).

La Direction de la Programmation et de la Prospective est l'organe de conception et de coordination du processus de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi des programmes du secteur de la Santé. A ce titre, elle est chargée de :

- coordonner l'exécution du processus de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi des programmes stratégiques et opérationnelles et préparer les plans de développement assortis de budgets d'investissement ;
- coordonner l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des différentes politiques du secteur en collaboration avec les autres directions ;
- coordonner les activités des Comités Départementaux de Suivi d'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes (CDEEP) ;
- établir un plan de collecte des données sanitaires et coordonner la collecte de ces données en collaboration avec le personnel des structures décentralisées ;
- agréger les données, les analyser et assurer leur rétro-information ;

- apporter l'appui nécessaire à la conception générale, au suivi et à l'évaluation des programmes du secteur ;
- participer aux négociations relatives aux différents accords avec les Gouvernements étrangers et les partenaires au développement ;
- organiser les sessions du Comité National de Suivi, l'Exécution et d'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé (CNEEP) ;
- assurer le secrétariat du CNEEP ;
- suivre et coordonner les interventions des partenaires au développement sanitaire.

La Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) comprend :

- le Secrétariat Administratif (SA) ;
- le Service des Etudes, des Stratégies et de la Prospective (SESP) ;
- le Service de la Coordination, de la Coopération Technique (SCCT) ;
- le Service de la Programmation (SP) ;
- le Service de la Comptabilité (SC) ;
- la Cellule du Suivi et de l'Evaluation (CSE).

La Direction du Développement des Zones Sanitaires (DDZS) est l'organe de promotion et de coordination du processus de la réforme de la base de la pyramide sanitaire.

A ce titre elle est chargée de :

- veiller à l'application efficiente des réformes nécessitées par le contexte de la décentralisation ;
- coordonner les actions d'appui au développement des Zones Sanitaires ;
- coordonner et suivre les activités liées au fonctionnement des organes de gestion des Zones Sanitaires ;
- capitaliser les expériences acquises dans le processus de développement des zones sanitaires.

La Direction du Développement des zones sanitaires (DDZS) comprend :

- le Secrétariat Administratif (SA) ;
- le Service de l'Appui à la Formation et à l'Animation (SAFA) ;
- le Service du Suivi, d'Evaluation et de la Recherche (SSER) ;
- le Service d'Appui à la Décentralisation (SAD) ;
- le Service de la Comptabilité (SC).

**b) Le fonctionnement général de la DRH : attributions de la Direction des Ressources Humaines.**

Parent pauvre en matière d'infrastructure immobilière, la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé a ses attributions, son organisation et son mode de fonctionnement définis conformément à l'arrêté N°2437/MSP/DC/SGM/DRH/SA, du 02 avril 2003, portant attributions, organisation et fonctionnement de la DRH, repris pour plus de précisions par la décision 2007/1403/MS/DRH/SA du 30 novembre 2007, portant organisation des services de la Direction des Ressources Humaines. En effet, la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé est compétente en matière d'élaboration de la politique des ressources humaines en santé.

Elle est chargée notamment d'assurer :

- la gestion des Agents Permanents et / ou contractuels de l'Etat, mesures sociales, Programme d'Investissement Public, projet / programme ; communautaires ;
- le suivi des dossiers dans le circuit administratif et financier, la parution et la remise des actes aux agents concernés
- la gestion des contentieux administratifs des affaires sociales et disciplinaires ;
- la mise en œuvre de la politique de formation et de recyclage des agents du secteur santé à partir de l'inventaire des effectifs et des emplois ;
- la mobilisation, l'utilisation et le suivi des ressources financières et matérielles allouées à la Direction.

Elle est chargée de veiller :

- à l'affectation et à la prise de service effective des agents ;

- Au reversement de certains agents contractuels de l'Etat dans l'effectif des agents permanents de l'Etat, ainsi que celui des contractuels locaux en contractuel de l'Etat ;
- A l'immatriculation des agents contractuels à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Elle est chargée d'élaborer :

- des projets d'acte de nomination, de titularisation, d'avancement, de promotion, de détachement, de mise en disponibilité et d'admission à la retraite des APE .
- des contrats à durée déterminée (primaires et de renouvellement), à durée indéterminée et des avenants au profit des agents contractuels de l'Etat ;
- le budget prévisionnel des activités à exécuter pour l'amélioration de la carrière des agents.

Elle est chargée d'appliquer les dispositions réglementaires, statutaires et les procédures liées à la gestion des carrières et de la mise en place d'une politique de motivation et d'évaluation du rendement des agents.

Ces modes de gestion sont mis en œuvre grâce aux diverses ressources disponibles.

### **C) Les observations de stage à la DRH :**

Elles portent sur les ressources humaines, matérielles et financières de la DRH

#### **1) Les ressources humaines :**

Elles sont réparties dans les cinq services ci-après, composant la Direction des Ressources Humaines :

- un service secrétariat d'un effectif de 03 agents, tous des agents permanents ;
- un service administration des ressources humaines avec un effectif de 11 agents dont 08 agents permanents et 03 contractuels de l'Etat ;
- un service formation d'un effectif de 07 agents dont 06 agents permanents et 01 contractuel de l'Etat ;

- un service des effectifs et archives avec 09 agents, tous des agents permanents de l'Etat ;
- un service comptabilité d'un effectif de 03 agents dont 02 agents permanents et 01 contractuel de l'Etat.

## 2) Les ressources matérielles :

Elles se répartissent en ressources technologiques et en fournitures de bureau.

- Ressources technologiques : la direction dispose d'un pool informatique organisé et doté de base de données.
- Fournitures et matériels de bureau, indispensables à la prise des projets d'actes et à leur examen en commission interministérielle notamment en matière de promotion, étude des contrats, reversement. Au nombre des matériels figurent quatre (04) appareils photocopieurs.

## 3) Les ressources financières :

La Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé a disposé respectivement au titre des années 2008 et 2009 d'une enveloppe financière annuelle de quatre vingt dix millions (90.000.000) de francs CFA provenant du budget national et répartie par service en vue de la réalisation des activités, conformément au **tableau n°1** ci-après :

SERVICES	ANNEES		Ecart
	2008	2009	
SARH	26 Millions	31 Millions	+ 05 Millions
SGEA	16 Millions	13,5 Millions	- 02,5 Millions
SFEA	04 Millions	07,5 Millions	+ 03,5 Millions
SC	51 Millions	48 Millions	- 03 Millions

L'écart de 05 millions justifie l'intégration en 2009, aux activités du service administration des ressources humaines, d'une mission de contrôle physique des agents sur Programme d'Investissement Public, Mesures Sociales et

Financement Communautaire, susceptibles d'être reversés dans le statut des agents contractuels de l'Etat.

L'écart de 03 millions de francs CFA, explique l'importance qu'accorde la DRH en 2009, à la finalisation du plan de formation du secteur santé dans le cadre de la maîtrise des besoins de formation sur la base des normes et standard en matière de ressources humaines de santé.

A cet effet, les écarts de 02,5 et 03,5 millions de francs CFA, constituent un sacrifice consenti par la DRH sur les enveloppes financières allouées aux services Comptabilité et Gestion des Effectifs et Archives en 2008, afin de rester dans le cadrage budgétaire de cet exercice.

**Paragraphe 2 : De l'inventaire des éléments de l'état des lieux à la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé, à la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.**

Le processus de ciblage de la problématique est basé sur l'examen des forces et faiblesses de gestion des ressources humaines.

**A- De l'inventaire des éléments de l'état des lieux à la Direction des Ressources Humaines, à la formulation du sujet :**

Il s'agira ici de faire l'inventaire des forces et faiblesses en vue d'élaborer le tableau des problématiques possibles et d'en choisir une pour la formulation du sujet de l'étude.

**1- L'inventaire des forces et faiblesses résultant de l'état des lieux à la Direction des Ressources humaines du Ministère de la Santé:**

**a- L'inventaire des atouts :**

Dans le cadre de la gestion des carrières et retraite du personnel contractuel et/ou permanent de l'Etat, le service Administratif des Ressources Humaines de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé veille aux :

- Mouvements,(affectations et mutations) du personnel ;
- Positions d'activité, de disponibilité, de détachement et sous le drapeau des agents ;
- Règlement des contentieux et affaires sociales.

En effet, l'exécution de l'activité annuelle relative à la mise à jour de la carrière des contractuels et/ou permanents de l'Etat est le prélude au SARH d'informer les agents en poste dans leurs départements respectifs, sur l'évolution de leur carrière et de recueillir en retour, leurs diverses préoccupations en vue d'y apporter des solutions.

Le SARH veille également à :

- L'élaboration des projets d'actes de nomination, de titularisation, l'étude et le traitement en commission interministérielle, des dossiers de promotion, de reversement des contractuels locaux en contractuels de l'Etat, et de reversement des contractuels de l'Etat dans l'effectif des agents permanents de l'Etat;
  - Le Service des Effectifs et Archives veille quant à elle à l'actualisation des états d'effectif du Ministère et par voie de conséquence de la base de données informatisées qui offre des informations rapides sur le personnel du Ministère de la Santé.
  - Le Service Formation et Evaluation des Agents(SFEA), s'occupe de la programmation, du suivi et de l'évaluation des actions de formation:

Les activités annuelles sont exécutées à plus de 80% des enveloppes financières mises à la disposition des Directions du Ministère par le budget national et placées sous la gestion des comptables des diverses Directions du Ministère.

A ces éléments constitutifs des forces de la DRH, il faut ajouter la richesse et l'expérience accumulée par la plupart des agents à leurs postes respectifs de travail et l'émergence d'un modèle de gestion de référence au niveau du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA.

En effet, le PNLIS offre un modèle de référence de description de poste et des emplois, de manière à décrire leurs structures et leurs hiérarchies ; les tâches qui seront confiées à leurs titulaires, les obligations de ceux-ci, les indicateurs de performance qui permettent d'évaluer leur rendement.

Des rapports périodiques de réalisation des tâches assignées, sont produits par les agents contractuels du programme. Chaque poste est doté d'objectifs spécifiques ainsi que la liste des résultats attendus selon une périodicité.

Une politique de rémunération motivante y est développée dans le but d'encourager la performance.

Un système de remise en compétition périodique des postes caractérise le programme, lequel ne fonctionne que sur la base du contrat à durée déterminée. Les contrats de renouvellement automatique et à durée indéterminée sont des concepts étrangers au vocabulaire du programme.

Malgré ces forces, il existe des problèmes se traduisant par des faiblesses qui compromettent les efforts de mise en œuvre efficace des attributions de la DRH et celles du Ministère.

**b) L'inventaire des faiblesses :**

Le point récapitulatif des facteurs qui freinent le développement et la gestion performante des ressources humaines, met en relief des problèmes tant du point de vue de la modicité des ressources financières que de la mise en œuvre des politiques de gestion des ressources humaines de santé.

**b1) Du point de vue de la gestion administrative des ressources humaines :**

Les problèmes rencontrés dans ce cadre ont trait à la gestion de la carrière des agents, à l'élaboration de politique découlant de la mise en œuvre des réformes et aux textes législatifs et réglementaires.

**Problème N°1 : La lenteur administrative**

La lenteur administrative constitue une insuffisance et est de nature à entraîner des dysfonctionnements dans la gestion de la carrière des agents, malgré l'effort d'informatisation des fichiers, tant au Ministère de la Santé, à la Fonction Publique, qu'au Ministère de l'Economie et des Finances (MEF). Le reversement encore latent de certains agents dans l'effectif des APE et /ou des contractuels de l'Etat illustre à bien des égards cette problématique.

**Problème N°2 : L'insuffisance ou l'inadéquation de certains textes législatifs et réglementaires en matière de gestion contractuelle.**

Les dispositions existantes ne facilitent pas la mise en œuvre d'une politique contractuelle adéquate. De plus, les textes disponibles subissent une mauvaise application, compte tenu de la politisation persistante de l'Administration Publique.

Les mécanismes d'application des lois, règlements, procédures et décisions en vigueur au PNLIS, pourront-ils lui permettre d'envisager le reversement de son personnel contractuel local au rang des contractuels de l'Etat, conformément aux dispositions du décret N°2008-377 du 24 juin 2008 portant régime juridique d'emploi des agents contractuels de l'Etat ?

**Problème N°3 : L'absence de politique transparente de motivation et d'évaluation du rendement :**

Ce dysfonctionnement est le corollaire de l'insuffisance des mécanismes de la politique de gestion des ressources humaines du ministère. La profonde crise de démotivation sous-tendue par des mouvements de revendication et de débrayage qui secouent le secteur santé depuis un certain temps, reste l'expression éloquente du duel entre l'Administration de Santé et son personnel.

Une politique de management axée sur la récompense des performances individuelles ainsi qu'un système d'attraction et de rétention de cadres supérieurs et

moyens ne sont pas élaborés au profit du personnel contractuel administratif, médical et paramédical

**Problème N°4 : La mise en œuvre tardive ou précipitée des réformes administratives relative à la contractualisation des agents de l'Administration, en l'occurrence, ceux du système de santé :**

La pseudo-contractualisation qui caractérise la Fonction Publique est le reflet de l'attachement des pouvoirs publics à une fonction publique de carrière héritée de la colonisation, au détriment d'une fonction publique d'emploi : la culture administrative demeure encore réfractaire à une « obligation de résultat ». Par conséquent, les critères d'évaluation des agents de l'administration (mal définis) manquent d'objectivité.

**b2) Du point de vue de la gestion de la formation des ressources humaines**

**Problème N°5 : l'absence d'un plan de formation**

Des formations sont sans rapport avec les besoins en compétences réelles du ministère.

**b3) Du point de vue de la gestion des effectifs et des archives**

**Problème N°6 : la politisation persistante de l'administration de santé :**

Elle alimente des affectations et mutations influencées par des autorités politiques. Il en résulte une concentration des compétences dans les centres urbains au détriment des centres ruraux. La pénurie relative en personnel suffisant et qualifié des zones rurales est de nature à jeter du discrédit sur la qualité des prestations de service et/ou en soins de santé dont doivent bénéficier les populations rurales.

La couverture sanitaire est faible car l'offre de service réelle n'est ni partout, ni complète à tout moment en dépit d'un plateau technique très fourni.

Les problèmes qui viennent d'être passés en revue peuvent être regroupés par centre d'intérêt en vue de déterminer les problèmes (spécifiques – général – problématique) possibles.

**c) Le regroupement des problèmes par centre d'intérêt :**

**(Tableau N°2)**

N° d'ordre	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	La gestion de contractualisation des agents, dans le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lenteur administrative persistante surtout dans la gestion de la carrière du personnel contractuel ;</li> <li>- inadéquation des textes législatifs et réglementaires en matière contractuelle ;</li> <li>- l'absence de mécanisme transparent de motivation et d'évaluation</li> <li>- la culture administrative désorientée de « l'obligation de résultat » ;</li> <li>- inexistence d'une politique contractuelle massive ;</li> </ul> <p>Concentration massive du personnel qualifié dans les centres urbains au détriment des centres ruraux des zones sanitaires.</p>	La pseudo contractualisation des agents, dans la gestion du système de santé	Problématique de gestion effective de la contractualisation
2	Gestion de la carrière des Agents Permanents de l'Etat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'absence de mécanisme d'évaluation transparent ;</li> <li>- politisation persistante de l'administration et concentration massive du personnel qualifié dans les centres urbains.</li> </ul>	Gestion non performante du personnel de l'Etat	Problématique de la gestion non performante du personnel de l'Etat.

## **B- La spécification de la problématique choisie et la détermination de la vision globale de résolution.**

### **1) La spécification de la problématique choisie :**

Il est actuellement manifeste que, deux (02) centres d'intérêts correspondant à deux (02) problématiques générales ont été identifiés :

- la problématique de gestion d'une contractualisation effective de l'action publique ;
- la problématique de gestion de la carrière des Agents Permanents de l'Etat.

La problématique dont la résolution contribuera à régler les problèmes principaux rencontrés au niveau des deux centres d'intérêt, reste la problématique de la gestion effective et efficace de la politique de contractualisation des agents dans notre système de santé.

En effet, dans le contexte d'une fonction publique malade de ses hommes, ses textes et procédures, il est nécessaire de se départir convenablement de la fonction publique de carrière au profit de celle d'emploi.

C'est dans cette perspective que nous avons choisi de mener notre réflexion sur le thème « contribution à l'amélioration des mécanismes de contractualisation des agents dans le système de santé ».

La problématique générale énoncée plus haut se décline en problèmes spécifiques ci-après :

- l'insuffisance ou l'inadéquation des dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation ;
- l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement ;
- concentration massive du personnel contractuel qualifié dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.

Quelle est alors notre vision globale de résolution des problèmes identifiés (problème général – problèmes spécifiques) ?

**2) La vision globale de résolution de la problématique :**

Le problème général identifié est la gestion de la pseudo-contractualisation de l'Administration Publique, en l'occurrence celle du système de santé.

Cette difficulté sera surmontée en fonction du diagnostic proposé pour la résolution des différents problèmes spécifiés précédemment.

**Par rapport au problème spécifique N°1 :** lié à l'insuffisance ou l'inadéquation des dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation, sa résolution passe par une amélioration du cadre législatif, réglementaire, contractuel et institutionnel.

**Par rapport au problème spécifique N°2 :** concernant l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement, sa résolution passe par une politique contractuelle appropriée et respectant les règles relatives au régime juridique des contrats.

**La résolution du problème spécifique N°3** relatif à la concentration massive du personnel contractuel qualifié dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires, passe par une couverture sanitaire décentralisée et plus performante.

**Le tableau de synthèse des approches théoriques par problème :**  
**(Tableau N°3)**

Niveaux spécifiques	Problèmes spécifiques	Approches théoriques retenues
1	L'insuffisance ou l'inadéquation des dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation	Approche théorique basée sur l'amélioration du cadre (législatif, réglementaire, contractuel et institutionnel).
2	L'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement	Approche théorique basée sur la mise en œuvre d'une politique contractuelle appropriée de l'Administration Publique dans le système de santé.
3	La concentration massive du personnel qualifié dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.	Approches théoriques basée sur le renforcement des mesures d'accompagnement et la suppression des pesanteurs socio-politiques.

L'étude ainsi présentée dans le tableau de synthèse des approches théoriques vise un certain nombre d'objectifs et s'appuie sur des hypothèses.

**Section 2 : Des objectifs de l'étude à la méthodologie en vue de la résolution de la problématique de la gestion effective et performante de la contractualisation des agents dans le système de santé.**

**Paragraphe 1<sup>er</sup> : Des objectifs et hypothèses de l'étude à la revue de la littérature.**

**A) Des Objectifs et hypothèses de l'étude**

**1- Les objectifs de l'étude :**

La gestion performante des ressources humaines participe à la mise en place d'une réelle contractualisation de l'Administration publique, l'un des maillons déterminant de la réforme de l'Administration Béninoise.

Cette étude vise comme objectif général de rendre le système de santé plus performant à travers une contractualisation effective et efficace. De ce fait, les compétences dont le ministère regorge tant dans l'administration de santé, hôpitaux de référence, que dans les centres de santé seront optimisées à partir des procédures et méthodes empruntées de la gestion privée.

L'objectif général ci-dessus cité se décline en objectifs spécifiques :

- améliorer le cadre institutionnel, légal et réglementaire contractuel ;
- mettre en place une politique contractuelle appropriée des ressources humaines ;
- rendre la couverture sanitaire plus décentralisée et plus performante.

**2- Les causes et hypothèses liées aux problèmes identifiés :**

Elles s'articulent autour du niveau général et autour des niveaux spécifiques des problèmes en résolution.

**a) Les causes et hypothèses liées au problème général :**

Le problème général qui est la pseudo-contractualisation de l'action administrative dans le système de santé tire sa cause de l'attachement de l'Etat béninois à la fonction publique de carrière héritée de la colonisation. Nous avons donc retenu comme hypothèse que **l'attachement de l'Etat aux règles et procédures de**

**la fonction publique de carrière héritée de la colonisation est à la base de la pseudo-contractualisation de l'action administrative dans le système de santé.**

**b) Les causes et hypothèses liées au problème spécifique N°1 :**

Par rapport à l'insuffisance ou l'inadéquation des dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation, les causes supposées sont :

- **le manque de volonté politique de l'Etat ;**
- **la politisation persistante de l'administration de santé.**

Les deux causes nous paraissent fondées d'autant plus que si par manque de courage, l'Etat démocratique n'a pas pu faire une place prépondérante à la contractualisation dans un dispositif législatif à l'exclusion du statut Général des Agents permanents de l'Etat pour prévoir le recrutement et le mode de gestion de l'agent contractuel de l'Etat, il pêche également par la politisation persistante de l'Administration et celle du secteur santé en particulier. L'on peut être amené à formuler l'hypothèse suivante :

**Le manque de volonté politique et la politisation persistante de l'Administration de santé explique l'insuffisance ou l'inadéquation des dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation.**

**c) Les causes et hypothèse liées au problème spécifique N°2 :**

Au sujet de l'inexistence d'une politique contractuelle appropriée, nous pouvons dire que cette situation est due à l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement.

L'hypothèse que nous émettons à ce sujet est :

- **l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement justifie l'inexistence d'une politique contractuelle appropriée dans le système de santé.**

**d) Les causes et hypothèse liées au problème spécifique N°3**

Quant à la concentration massive du personnel qualifié dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et de Zones Sanitaires, les causes supposées être à l'origine sont :

- l'insuffisance des mesures d'accompagnement ;
- l'existence de pesanteurs socio-politiques.

Les deux causes nous semblent fondées ; ce qui nous amène à formuler l'hypothèse qui suit :

**L'insuffisance des mesures d'accompagnement et l'existence de pesanteurs socio-politiques engendrent la concentration massive du personnel qualifié dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.**

Le problème général et les problèmes spécifiques ayant été cernés, les objectifs définis, les causes supposées identifiées et enfin les hypothèses de travail formulées, le tableau de bord de l'étude peut être présenté.

#### 4- Le tableau de bord de l'étude :

Niveaux d'analyse		Problématique	Objectifs	Causes (supposées être à la base des problèmes)	Hypothèses
Niveau général		La pseudo-contractualisation dans la gestion du système de santé	Contribuer à une réelle contractualisation du système de santé	(Causes générales)	(hypothèses générales)
Niveaux spécifiques	1	Insuffisance ou inadéquation des dispositions législatives, réglementaires et institutionnelles sur la contractualisation	Améliorer le cadre législatif, réglementaire et institutionnel	Manque de volonté politique de l'Etat et la politisation persistante de l'Administration, en l'occurrence celle de santé.	Le manque de volonté politique de l'Etat et la politisation persistante de l'Administration, sont à la base de l'insuffisance ou de l'inadéquation des dispositions législatives, réglementaires et institutionnelles sur la contractualisation
	2	Absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement	Assurer une rémunération, une formation et une évaluation adéquates du personnel contractuel	L'absence d'une politique contractuelle appropriée	L'absence d'une politique contractuelle appropriée explique l'inexistence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement
	3	Concentration massive du personnel qualifié contractuel et / ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires	Rendre la couverture sanitaire plus performante	L'insuffisance des mesures d'accompagnement et l'existence des pesanteurs socio-politiques	L'insuffisance des mesures d'accompagnement et l'existence des pesanteurs socio-politiques engendrent la concentration massive du personnel qualifié contractuel et / ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires

**B) La revue de littérature liée à la problématique :**

Cette revue de la littérature prendra pour point de repère la pseudo-contractualisation dans la gestion du système de performance du secteur santé pour ensuite s'étendre progressivement aux problèmes spécifiques en résolution;

**1- Le rappel des problèmes spécifiés et des approches théoriques y afférentes :**

- l'insuffisance ou l'inadéquation des dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation ;
- l'inexistence d'une politique contractuelle appropriée ;
- la concentration massive du personnel contractuel et/ou fonctionnaire qualifié dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.

Rappelons que la vision globale de résolution de la problématique spécifiée nous a amené à identifier les racines thématiques suivantes :

- approche théorique basée sur l'amélioration du cadre juridique et institutionnel contractuel (thématique liée au problème spécifique N°1) ;
- approche théorique basée sur la mise en œuvre d'une rémunération et d'une formation adéquates du personnel contractuel (thématique liée au problème spécifique N°2) ;
- approche théorique fondée sur une couverture sanitaire décentralisée et plus performante. (thématique liée au problème spécifique N°3).

Il est à souligner que les points de connaissances liées aux problèmes spécifiques permettent d'élucider la thématique du problème général qui est la pseudo-contractualisation dans la gestion des performances du système de santé. Par conséquent, seuls les points de connaissance relatifs aux problèmes spécifiques seront exposés.

## 2- L'exposé des contributions antérieures sur l'amélioration du cadre institutionnel, législatif et réglementaire

Patrick JANIN (2004) dans sa communication sur la « **sécurité juridique et contractualisation de l'action publique** » dit :

« Il est sans doute souhaitable et il doit être possible d'y parvenir par un renforcement des bases juridiques de la contractualisation. Le législateur et le pouvoir réglementaire pourraient utilement définir des régimes juridiques plus précis, s'efforçant de lever toute ambiguïté quant aux effets attendus. La démarche contractuelle offrirait alors, une réelle garantie de stabilité à moyen terme, aux situations juridiques ainsi créées »<sup>1</sup>

Il est à souligner que, « le lien contractuel, fondé sur un contrat administratif est inégalitaire. C'est là une des caractéristiques les plus saillantes. L'une des parties, en l'occurrence l'Administration, dispose d'un pouvoir de modification, voire de résiliation unilatérale qui apparaît d'emblée comme une cause, un risque majeur, d'insécurité Juridique pour le « partenaire ». Il peut s'agir d'une personne physique ou morale de droit privé.

Cependant, en présence d'un contrat conclu entre deux personnes publiques, la « contractualisation associée à la décentralisation, postule en effet, l'égalité des partenaires. Et l'égalité rejoint l'objectif de sécurité juridique pour justifier, sur ce point, une adaptation de la théorie des contrats administratifs ».

Patrick JANIN poursuit en ces termes :

« Il faut se rappeler en effet que l'affirmation progressive dans le droit positif de la sécurité juridique est largement déterminée par des problématiques liées à l'usage d'instruments juridiques unilatéraux, qu'il s'agisse de la loi ou du règlement administratif, contre la logique desquels cet objectif et ce principe s'efforcent d'opérer un équilibre. La sécurité juridique se manifeste clairement, notamment en jurisprudence, comme une garantie, une protection des droits individuels. Il s'agit de sécuriser des situations individuelles face à l'arbitraire, toujours redouté, ou l'imprévisibilité de la puissance publique ».

---

<sup>1</sup> Mhtml :file://G:/[Droits-Libertés-Territoires].mht.

La loi est un acte juridique à caractère général et impersonnel édictée par le parlement et impliquant une collaboration du Gouvernement.

Au Bénin, les fonctionnaires sont régis par la loi 86-013 du 26 Février 1986 portant statut général des APE.

Or, la gestion des contractuels de la Fonction Publique Béninoise est caractérisée par un dualisme rendant compliquée la mise en œuvre d'un mécanisme clair. Ils sont soumis en partie aux dispositions de la loi 98 – 004 du 27 janvier 1998 portant code de travail en République du Bénin et en partie au statut des APE consacré par la loi sus – référencée.

En effet, l'article 2 nouveau de la loi n°2004-27 modifiant et complétant l'article 2 de la loi n°86-013 du 26 Février 1986 dispose :

« les personnes des administrations, services et organismes mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> sont dénommées Agents Permanents de l'Etat. Toutefois, des personnes autres que les Agents permanents de l'Etat (APE), peuvent être recrutées pour occuper des emplois publics lorsque la nature des fonctions et les besoins des services le justifient. L'engagement de ces personnes s'effectue par contrat. Un décret pris en conseil des ministres fixe les règles générales de leur utilisation ».

Jean Marie BRETTON, dans son ouvrage intitulé « **Droit de la Fonction Publique des Etats d'Afrique Francophone** », soulignait à propos du concept d'agent contractuel de l'Etat que : « si l'on en croit les remarques formulées par le Commissaire du Gouvernement CHARDEAU, dans ses conclusions à propos de l'espèce qui a conduit à l'origine le juge français à prendre position sur ce point, le droit public serait applicable en ce sens à tous les personnels, sans considération du fait qu'ils se trouvent placés en l'occurrence en situation réglementaire ou contractuelle. (Il ne peut s'agir que d'un contrat administratif), qui a pour mission d'assurer le fonctionnement du service public administratif dont ils font partie, et qui collaborent à cet effet, à la réalisation du but poursuivi par ce service. (Ne relèveraient, à l'opposé, du droit privé, et n'auraient pas en conséquence la qualité d'agents publics, les petits personnels d'exécution, engagés à titre contractuel, pour des tâches qui ne sont que l'accessoire de la mission de service public) ». <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> ABID L. (2009) ESAA « La mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration des prestations de santé »

Cependant, cette prouesse du législateur béninois quelque louable soit - elle reste insuffisante eu égard à l'opacité du fonctionnement des mécanismes de contractualisation.

Le Cameroun a intégré dans son décret du 07 Octobre 1994, portant statut général de la Fonction Publique d'Etat la notion de poste. « Les articles 2 et 4 de ce décret sont ainsi conçus :

**Article 2** : la fonction publique de l'Etat est constituée par l'ensemble des postes de travail correspondant à des niveaux de classifications différentes. Elle est organisée en corps, cadres, grades et catégories...

**Article 4** : le poste de travail, préalablement prévu au budget de l'Etat, correspond à l'ensemble des tâches, attributions et responsabilités, exigeait des connaissances et aptitudes particulières... Tout fonctionnaire peut changer de poste au sein d'une ou de plusieurs administrations, sous la condition que ce poste de travail corresponde à ses connaissances et aptitudes particulières ».

« La Fonction Publique Camerounaise est en partie une Fonction Publique d'emploi »<sup>3</sup>

Les textes réglementaires sont de l'exécutif. Ces dispositions ont pour but de fixer les mesures de portée générale, impersonnelle et permanente qui s'imposent à tous.

« La prise des actes réglementaires se justifie par le caractère technique de nombreux problèmes administratifs, la faible portée de certaines règles, la nécessité de prendre parfois sans retard certaines décisions, la complexité croissante de l'administration, sont autant de motifs qui conduisent à recourir à des textes dont l'élaboration suppose une procédure moins longue et plus simple que la procédure tendant au vote des lois.

Les actes réglementaires sont pris par le chef de l'Etat, les membres du gouvernement, les préfets et maires ».<sup>4</sup>

---

Mhtml :file://G:/contractualisation.mht.

<sup>3</sup> Déclarations et Résolutions (1997) Conférence des Ministres de la Fonction Publique des Etats membres de l'observatoire des Fonctions Publiques Africaines (OFPA) pp 293-294

<sup>4</sup> Séminaire de formation (2003) sur les « Techniques d'élaboration des actes administratifs » p.7

Le cadre institutionnel est l'ensemble des structures mises en place pour gérer la carrière du personnel de l'Etat.

Il faut distinguer à cet effet, les organes administratifs d'une part et les organes juridictionnels d'autre part.

La principale structure de gestion des agents contractuels de l'Etat est la Direction de la Règlementation et du Suivi des Carrières du MTFP, en liaison avec les DRH des Ministères.

Elle a pour mission principale la centralisation et la coordination des activités des structures chargées du suivi des carrières des personnels de l'Etat.

Elle est chargée de l'élaboration des contrats. Conformément à l'art.2 de l'arrêté interministériel N°141/MFPTRA/MFE/DC/SGM/DGE/SGE du 12 septembre 2001 une commission interministérielle statue sur la conformité des dossiers avant leur insertion dans le circuit financier.

La commission interministérielle se compose :

- d'un comité de supervision ;
- d'un comité technique.

Conformément à la loi 98-004 du 27 janvier 1998, portant code du travail au Bénin, les structures chargées de statuer administrativement sur les conflits entre employeurs et employés sont :

- la Direction Générale du Travail (DGT) ;
- les Directions Départementales de la Fonction Publique (DGFP).

Le Ministre du Travail et de la Fonction Publique sur proposition du Ministre de tutelle de l'agent, résilie d'office le contrat de ce dernier pour faute lourde.

En République du Bénin c'est la chambre administrative de la Cour suprême qui est l'organe juridictionnel compétent pour connaître des recours des agents de l'Etat.

### **3- L'exposé des contributions antérieures sur la mise en œuvre d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement :**

Selon J.J. Rousseau « c'est la raison qui fait l'homme, mais c'est l'émotion qui le conduit »<sup>5</sup>

Xavier MONTSERRAT, dans son ouvrage « comment motiver » (p.131) affirme que motiver c'est émouvoir et transmettre une émotion...

L'étude de la motivation conduit à s'interroger sur l'expression, la reconnaissance et la maîtrise des émotions »

Julien GRACQ disait également que » tant de mains pour transformer le monde et si peu de regards pour le contempler »<sup>6</sup>

« La motivation professionnelle est avant tout une forme d'investissement affectif. Chacun a besoin de respect, d'attention et de considération. Derrière chaque attitude ou chaque action se cache l'espoir d'être apprécié et valorisé » renchérit MONTSERRAT.

Il poursuit en ces termes : « parmi les voies secrètes du management de la motivation, le renforcement du sentiment d'équité et de sécurité joue un rôle majeur...Chacun se souvient en effet, des injustices ou des différences de traitement dont il a été victime, ainsi que de l'incertitude ou de la précarité des situations qu'il a eu à subir. »

Pour ADAMS, « les individus ont besoin de se sentir traités de façon juste et impartiale par rapport aux autres, dans leur relation d'échange avec l'organisation ».<sup>7</sup>

AHAMADA Mélanie épouse AKANDO (2006) dans son mémoire cycle II ENAM a dit : « il est rare de confier des responsabilités aux agents contractuels lorsqu'il y a des agents permanents de l'Etat, quand bien même si ces derniers sont d'un niveau d'étude inférieur...Les supérieurs hiérarchiques éprouvent de réserve pour la

---

<sup>5</sup> « comment motiver » pp.131-161

<sup>6</sup> « comment motiver » pp.131-161

<sup>7</sup> « comment motiver » pp.131-161

nomination des agents contractuels de l'Etat à des postes de responsabilités, compte tenu de leur statut ».

« Il y a perception d'une inéquité chaque fois qu'il existe un sentiment d'injustice ou d'inéquité entre le ratio compensation/rétribution d'un individu et le ratio des autres...

Les rétributions sont des facteurs de l'équation motivationnelle, l'autonomie et les perspectives d'évolution professionnelle ». <sup>8</sup>

Par rapport aux perspectives d'évolution professionnelle, « la formation apparaît aujourd'hui comme un outil primordial pour améliorer la quantité et la qualité de travail, réduire les coûts de production, augmenter le moral et la motivation des employés. Elle leur permet d'accéder à des postes plus importants, les rend plus aptes à utiliser pleinement leurs compétences et les prépare à utiliser leur plan de carrière »

VIGNON L. (2009) dans son cours « formation et développement des ressources humaines » pp 19 – 20 dit que: « La politique de formation est l'ensemble des orientations définies par la Direction de l'organisation et visant à mener des activités de formation en tenant compte de toutes les composantes institutionnelles de l'organisation.

Elle donne des directives, des orientations de façon globale et exige pour sa mise en œuvre, l'élaboration d'un plan de formation ...

Dans sa forme, le plan de formation est un document écrit contenant :

> Un exposé du contexte de l'Entreprise ;

> Une description des actions de formation : objectif, contenu de l'action, résultat attendu, population concernée, organisation pédagogique, durée, calendrier, modalités de formation, coût ».

DAVOH Martin (2009) dans son cours « évaluation de rendement dans les entreprises » p.8 estime que « La performance ou le rendement c'est ce que l'employé produit par rapport à ce qui est attendu de lui. L'évaluation de la

---

<sup>8</sup> « comment motiver » p. 162

performance ou du rendement est un processus formel et structuré qui permet de porter un jugement sur les résultats obtenus et les comportements manifestés par l'employé pendant une période donnée dans une Entreprise ou une organisation et à prendre une décision selon que le travail a été bien fait ou non.

Ce jugement doit idéalement s'appuyer sur des critères explicites et des normes établies de façon que l'évaluateur puisse formuler une opinion objective sur la performance de l'employé évalué.

Ainsi définie, l'évaluation de la performance soulève la question de la reconnaissance du mérite et la manière de l'objectiver...

L'évaluation de performance, suppose donc la fixation des objectifs aux employés en vue de leur réalisation. Elle vise donc comme objectifs de :

- favoriser la communication entre l'évaluateur et l'évalué ;
- motiver l'employé (reconnaître ses mérites) ;
- responsabiliser l'employé en lui fixant des objectifs dont il doit rendre compte ».

« Bien qu'il s'agisse d'une tâche complexe, l'organisation reconnaît l'importance et la nécessité d'élaborer une politique d'évaluation. Pour la réussite de cette politique, son implantation doit se faire d'une manière progressive et sera précédée de mesures préparatoires telles que :

- La description des postes ;
- l'information de tout le personnel sur la philosophie du système, sur ses mécanismes, son déroulement et ses conséquences ;
- la formation des évaluateurs ;
- la mise en œuvre d'un mécanisme de son contrôle...

Ainsi donc, les Entreprises qui adoptent d'évaluation du rendement le font généralement pour des raisons suivantes :

- Reconnaître les résultats et les efforts des employés dans l'atteinte des objectifs
- Identifier les besoins en formation des employés ;
- Récompenser les employés pour les résultats concrets atteints ;
- Améliorer l'efficacité de l'Entreprise...

Quant à l'équité, c'est la réalisation suprême de la justice, allant parfois au-delà de ce que prescrit la loi. Un système d'évaluation de rendement se doit d'être équitable pour favoriser une saine émulation au sein des salariés ». <sup>9</sup>

#### **4- L' exposé des contributions antérieures sur la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et/ou permanent de l'Etat, dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires :**

Dans la fonction publique béninoise, les recrutements, nominations et promotions ne sont pas toujours à l'abri de l'emprise du politique. La fidélité au pouvoir en place et la capacité à corrompre certaines sphères de responsabilités sont souvent plus déterminantes que les critères de mérite et de compétence.

SOSSOU Yves (2004) dans son rapport « **étude sur l'approche contractuelle dans la gestion du système de santé de zones sanitaire** » p. 5 affirme que « Le Ministre de la Santé Publique, les collectivités locales, les Entreprises publiques et privées, les assurances et les mutuelles, les associations privées civiles et/ou confessionnelles, les syndicats, les ordres et les partenaires au développement du secteur santé reconnaissent et déplorent de façon quasi unanime les dysfonctionnements du secteur public au nombre desquels :

- la politisation à outrance du secteur santé ;
- la mauvaise répartition du personnel qualifié ».

---

<sup>9</sup> ZOCLI M.V. (2009) Compil des exposés « cours d'élaboration des politiques de GRH » cycle II ENAM. Pp.109-110

Le Rapport Provisoire (2009) du « **Plan Stratégique de Réforme Administrative et Institutionnelle** » fait état de la table ronde sectorielle de la santé organisée en 1995, laquelle a décidé de la restructuration des systèmes de santé en zones sanitaires mises en place en 1998 par la création des hôpitaux de zones qui constituent les hôpitaux de première référence autour desquels gravitent des centres de santé périphériques et que le gouvernement a également décidé, à cet effet, du recrutement de personnel contractuel socio-sanitaire sur mesures sociales.

L'Etat devrait disposer des ressources humaines motivées en quantité et en qualité, dans toutes les formations sanitaires du pays pour la mise en œuvre des différents paquets minimum d'activités (PMA), tout en respectant les contraintes macro économiques de l'UEMOA

Cependant, le rapport provisoire ci-dessus référencié précise que « si la couverture géographique réalisée au moyen d'hôpitaux de zones sanitaires semble satisfaisante, la permanence du service n'est pas parfaitement assurée : l'offre de service réelle n'est ni partout, ni complète à tout moment.

En effet, même si la couverture géographique en infrastructures sanitaires au Bénin s'est améliorée, passant de 80% en 2001 à 89% en 2005, le tiers des populations rurales n'a pas un hôpital à moins de 25 km. L'insuffisance chronique du personnel aussi bien en quantité qu'en qualité, sa concentration dans les centres urbains au détriment des centres ruraux, le manque de personnel spécialisé (spécialistes, médicaux et paramédicaux) demeure une préoccupation, donc un défi à relever ».

Par rapport à la performance, BERTRAND Dominique, conseiller médical du programme Management de la santé à l'Université Paris 7 déclare lors d'une communication sur « les localisations de la qualité au sein d'une consultation que « les prestations de soins peuvent être considérées comme des biens et des services produits par le système de soins. L'amélioration de la qualité des prestations doit être un effort pour passer d'un niveau de base à un niveau supérieur ». <sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> ABID L. (2009) ESAA « La mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration des prestations de santé » (santemaghreb.com-le guide de la médecine de la santé en algérie

Cette performance est assujettie à des conditions, lesquelles sont traduites comme le souligne Yves SOSSOU dans son rapport « **étude sur l'approche contractuelle dans la gestion du système de santé de zone sanitaire** », à travers des mesures d'accompagnement à mettre à la charge des différents acteurs de l'approche contractuelle et que pour offrir ces conditions de garantie, il est nécessaire, voire obligatoire d'opérer un certain nombre de choix dont les mieux indiqués sont aujourd'hui : la mise en place d'un système de gestion décentralisée et la mise en œuvre d'une planification opérationnelle et consensuelle.

Il poursuit en ajoutant que, dans le secteur privé règnent des formations sanitaires à caractère humanitaire, associatif ou confessionnel qui couvrent à plus de 40%, les besoins en soins de santé du territoire que, la contractualisation est l'un des outils qui améliorent la performance du système de santé et qu'au Bénin, des réflexions profondes (élaboration des cahiers de charges faite) sont en cours en vue de contractualiser certains hôpitaux publics de district à l'instar du centre de Mènotin, hôpital de 110 lits construit dans un environnement périphérique de Cotonou par le Ministère de la Santé sur financement Banque Mondiale et dont la gestion est confiée depuis juillet 1996 à l'association médicosociale de Mènotin pour une durée de dix (10) ans renouvelable.

Suite à cette revue de littérature, quelle méthodologie adoptée dans la conduite de la présente étude ?

### **Paragraphe 2 : La méthodologie adoptée :**

En vue de donner à la présente étude une dimension scientifique, nous avons estimé qu'une démarche d'entrée sur la recherche diagnostic, c'est-à-dire sur l'observation directe ainsi que des investigations de terrain est plus indiquée.

#### **A) L'observation directe :**

L'observation directe est celle qui permet de s'informer et de décrire la structure d'accueil, de faire l'état des lieux et de relever les problèmes liés à l'effectivité de la contractualisation des agents dans le système de santé.

## **B) Les investigations de terrain**

Les investigations de terrain sont constituées par les enquêtes et la revue documentaire. La collecte des informations nécessaires à la vérification des hypothèses énoncées ci-dessus sera réalisée au moyen de questionnaires ou guide d'entretien auprès des gestionnaires des ressources humaines des responsables d'hôpitaux de zones sanitaires, des agents contractuels de tous ordres du secteur santé.

**CHAPITRE DEUXIEME:**

**DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AU NIVEAU CENTRAL DU MS ET DANS  
LA ZONE SANITAIRE DU TROISIEME ARRONDISSEMENT DE COTONOU, A  
L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC**

Dans ce chapitre seront abordés successivement, la préparation et la réalisation des enquêtes, l'analyse des résultats qui en résultent, la vérification des hypothèses de travail et l'énoncé des éléments du diagnostic.

### **Section 1<sup>ère</sup> : De la préparation des enquêtes aux difficultés rencontrées**

Nous envisagerons à ce niveau, la préparation des enquêtes proprement dites ainsi que les difficultés rencontrées au moment de leur réalisation.

#### **Paragraphe 1<sup>er</sup> : La préparation et la réalisation des enquêtes**

##### **A/ La préparation des enquêtes :**

Dans le cadre de notre étude, il a paru nécessaire de recueillir le point de vue de certains cadres et / ou supérieurs hiérarchiques sur des concepts relatifs à l'effectivité de la contractualisation des agents dans le système de santé.

L'outil de collecte mis en place est un (01) guide d'entretien à l'intention de certains gestionnaires des ressources humaines, jouissant d'une maîtrise des questions liées à la contractualisation du système de santé, de responsables de zones sanitaires, de quelques Agents Contractuels de l'Etat et Mesures Sociales.

Cet outil nous permet de recueillir les avis des agents du secteur santé sur les préalables à l'effectivité de la contractualisation du système.

Les résultats des enquêtes et interviews nous permettront de fonder nos hypothèses sur des bases solides.

##### **B/ La réalisation des enquêtes :**

Les enquêtes se sont déroulées du 20 au 30 octobre 2009 à la Direction des Ressources Humaines (DRH) du MS et dans les zones sanitaires du troisième arrondissement de Cotonou.

Au total, cinquante six questionnaires ont été distribués.

## **Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et leurs impacts sur la collecte des données**

### **A/ Les difficultés rencontrées**

La collecte des questionnaires et la réalisation des interviews ont connu quelques problèmes liés à la grève. La surcharge de travail résultant des journées de débrayage rend le personnel du système de santé indisponible les jours de présence au service à savoir les lundis et vendredis.

### **B/ Les impacts sur la collecte des données**

Les difficultés rencontrées ont entraîné la restriction de la taille de l'échantillon initialement prévu. En effet, des cinquante six questionnaires distribués, cinquante et un ont été récupérés.

## **Section 2 : De la présentation et vérification des résultats d'enquêtes à l'établissement du diagnostic :**

Cette étape sera consacrée d'une part, à la présentation et à l'analyse des résultats d'enquêtes par rapport à chacun des problèmes spécifiques identifiés et d'autre part, à vérifier les hypothèses émises pour finir par l'établissement du diagnostic.

## **Paragraphe 1<sup>er</sup> : La présentation et l'analyse des résultats d'enquêtes :**

### **A/ La présentation et l'analyse des données d'enquêtes sur l'insuffisance ou l'inadéquation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation.**

## **Question N°1a : Y a-t-il insuffisance ou inadéquation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation ?**

**Tableau n°5 :** La répartition des données d'enquêtes sur l'insuffisance ou l'inadéquation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation.

Modalités	Nombre d'observations	Pourcentages
L'insuffisance des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation	45	88 %
L'inadéquation des dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation	06	12 %
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

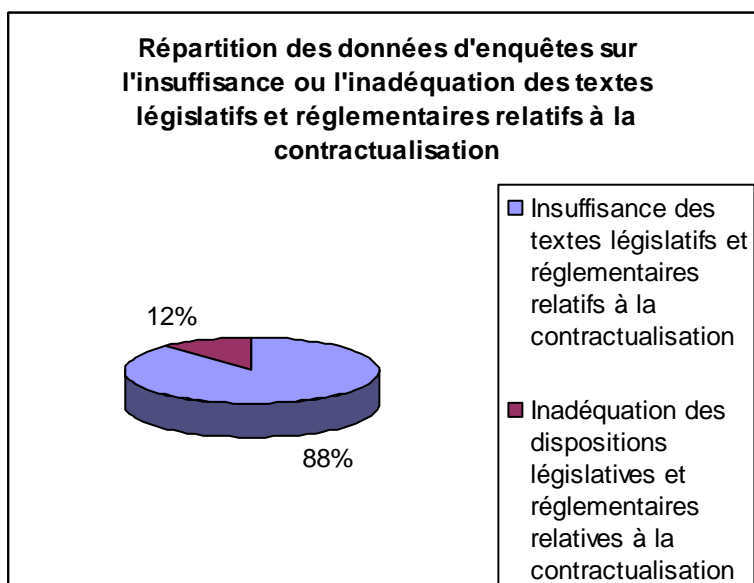


Figure N°1

L'analyse du tableau N° 5 ci-dessus révèle que 88 % des enquêtés estiment qu'il y a plutôt insuffisance des textes législatifs et réglementaires relatifs à la

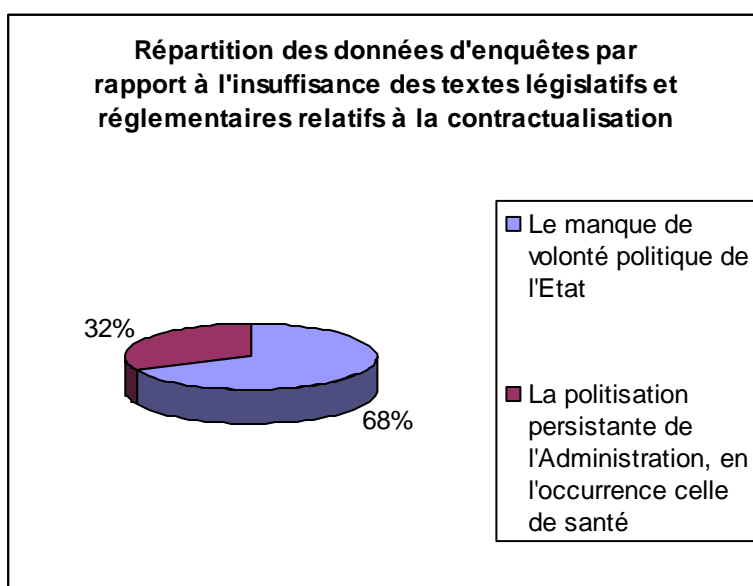
contractualisation, alors que 12 % seulement des enquêtés soutiennent l'inadéquation de ces dispositions par rapport à la contractualisation.

**B/ La présentation et l'analyse des données d'enquêtes sur l'insuffisance des textes législatifs et règlementaires relatifs à la contractualisation**

**Question N°1b :** A quoi est dû l'insuffisance des textes législatifs et règlementaires relatifs à la contractualisation ?

**Tableau N° 6 :** La répartition des données d'enquêtes par rapport à l'insuffisance des textes législatifs et règlementaires relatifs à la contractualisation

Modalités	Nombre d'observations	Pourcentages
Le manque de volonté politique de l'Etat	35	68 %
La politisation persistante de l'administration, en l'occurrence celle de santé	16	32 %
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>



**Figure 2**

L'analyse du tableau N°6 ci-dessus, montre que 68 % des enquêtés pensent que l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires instituant la contractualisation est due à un manque de volonté politique de l'Etat. 26 % des enquêtés estiment que la politisation persistante de l'administration en l'occurrence celle de la santé en est à l'origine.

**C/ La présentation et analyse des données d'enquêtes par rapport à l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement dans le système de santé**

**Question N°2 : Qu'est-ce qui explique l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement dans le système de santé ?**

**Tableau N°7: La répartition des données d'enquêtes relative à l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement dans le système de santé**

<b>Modalités</b>	<b>Nombre d'observations</b>	<b>Pourcentages</b>
L'absence d'une politique contractuelle	21	41 %
La politisation persistante de l'administration	30	59 %
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

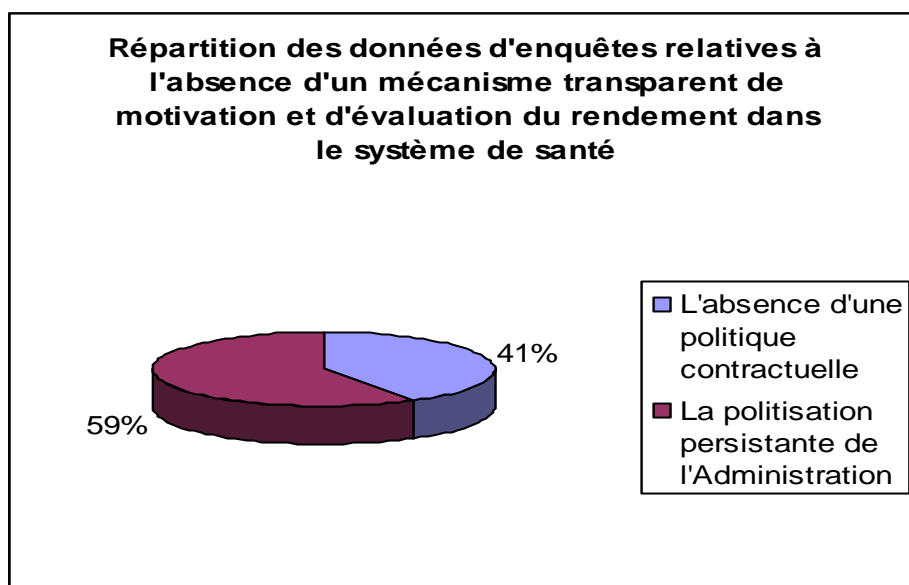


Figure N°3

L'analyse des résultats du tableau N°7 révèle que 41 % des enquêtés estiment que l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement est dû à l'absence d'une politique contractuelle. Cependant, 59 % des enquêtés pensent que la politisation persistante de l'administration en l'occurrence celle du système de santé en est un handicap majeur.

**D/ La présentation et l'analyse des données d'enquêtes relatives à la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et / ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.**

**Question N°4 : Quelle est la cause de la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et/ ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'administration et des zones sanitaires**

**Tableau N°8 :** La répartition des données d'enquêtes sur la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et / ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires

Modalités	Nombre d'observations	Pourcentages
L'insuffisance des mesures d'accompagnement	42	82 %
Les pesanteurs socio-politiques	09	18 %
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

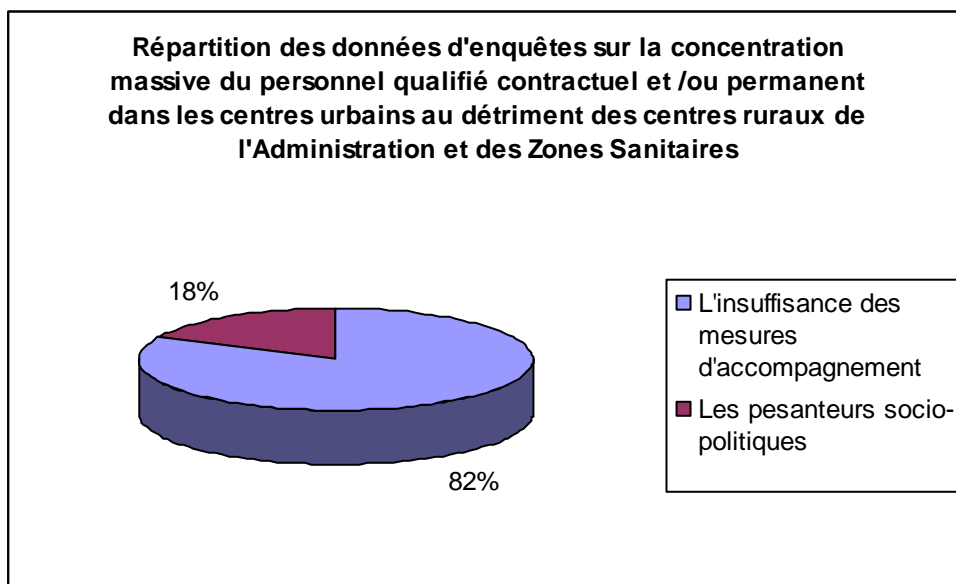


Figure N°5

L'analyse des résultats du tableau N°8 résulte de la question N°4 et nous permet d'émettre les commentaires suivants :

- 82 % des enquêtés estiment que ce dysfonctionnement est dû à l'insuffisance des mesures d'accompagnement ; tandis que,
- 18 % des enquêtés soutiennent que les pesanteurs socio-politiques en sont à l'origine.

#### **E/ La présentation et l'analyse des données d'enquêtes relatives à la faiblesse de la couverture sanitaire**

**Question N°5 :** Pourquoi la floraison d'hôpitaux de zones sanitaires installés dans le pays n'a pas permis de garantir une couverture sanitaire adéquate ?

**Tableau N°9 :** La répartition des données d'enquêtes par rapport à la faiblesse de la couverture sanitaire

<b>Modalités</b>	<b>Nombre d'observations</b>	<b>Pourcentages</b>
La concentration massive du personnel qualifié, contractuel et / ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux	31	61 %
La faible fréquentation des centres par les populations	20	39 %
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

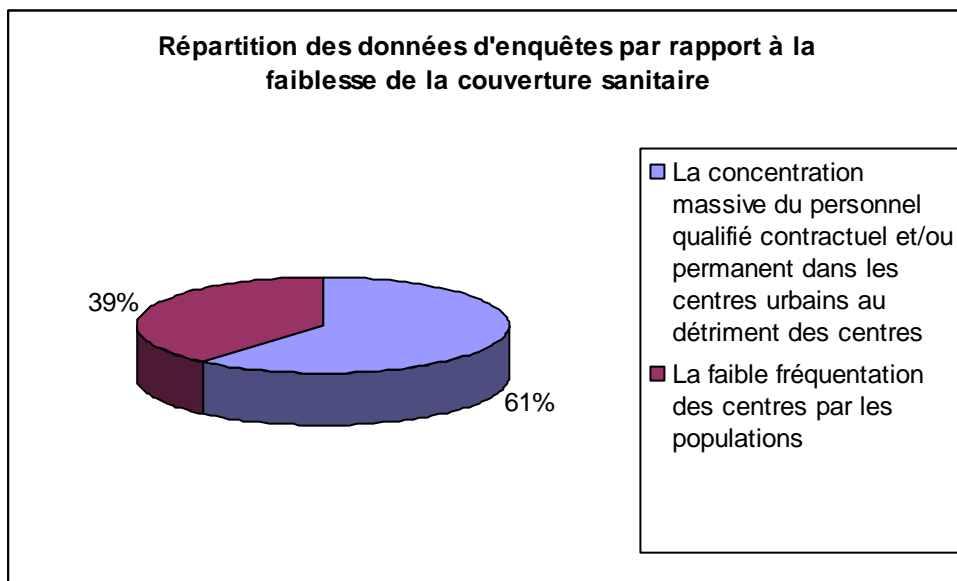


Figure N°6

L'analyse des résultats du tableau n°9 montre que 61 % des enquêtés considèrent que c'est la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et / ou permanent, dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'administration et des zones sanitaires qui est à la base de la faiblesse de la couverture sanitaire alors que 39 % de ces enquêtés estiment que la faible fréquentation des centres par les populations a un impact néfaste sur la couverture sanitaire.

**F/ La présentation et analyse des données d'enquêtes par rapport au reversement des agents contractuels de l'Etat dans l'effectif des agents permanents de l'Etat :**

**Question N°6 : Quelle est la conséquence du reversement des agents contractuels de l'Etat dans l'effectif des agents permanents de l'Etat ?**

**Tableau N°10 : La répartition des données d'enquêtes par rapport au reversement :**

Modalités	Nombre d'observations	Pourcentages
Un frein à la contractualisation	12	24 %
Une interférence entre fonction publique de carrière et fonction publique d'emploi	39	76 %
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

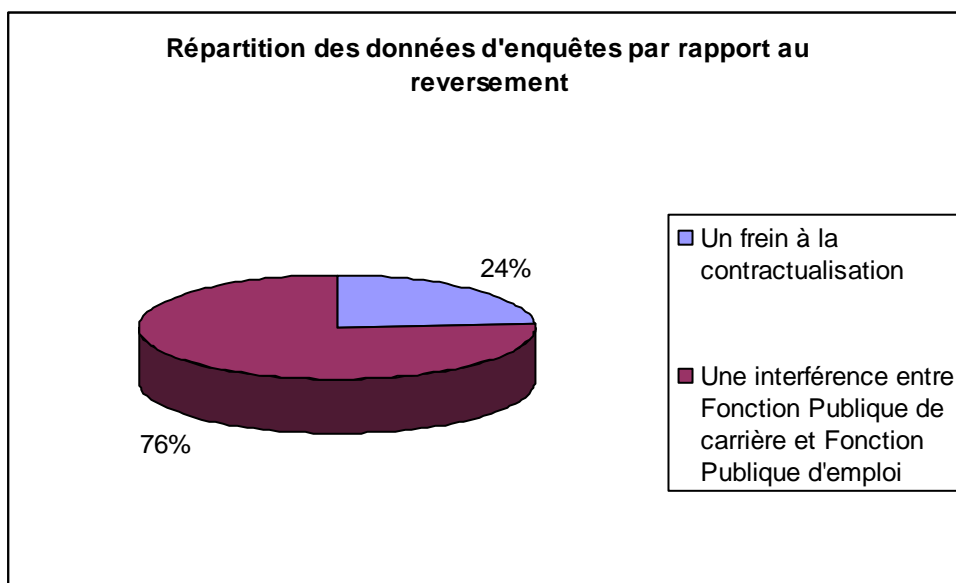


Figure N°7

L'analyse des résultats du tableau N°10 révèle que 24 % des enquêtés sont convaincus que le reversement des agents contractuels de l'Etat dans l'effectif des agents permanents de l'Etat est un frein à la contractualisation. Cependant, 76 % des enquêtés estiment que cela représente une interférence entre fonction publique de carrière et fonction publique d'emploi.

**G/ La présentation et l'analyse des données d'enquêtes par rapport à la suppression de la fonction publique de carrière ou sa juxtaposition à une fonction publique d'emploi**

**Question N°7 :** la contractualisation peut-elle entraîner la suppression de la fonction publique de carrière ou la juxtaposition de cette dernière à une fonction publique d'emploi ?

**Tableau N°11 :** La répartition des données d'enquêtes par rapport à la suppression de la fonction publique de carrière ou sa juxtaposition à une fonction publique d'emploi

Modalités	Nombre d'observations	Pourcentages
La fonction publique de carrière peut disparaître sous l'effet d'une refonte totale des structures de l'administration	12	24 %
La juxtaposition à la fonction publique de carrière d'une fonction publique d'emploi	39	76 %
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

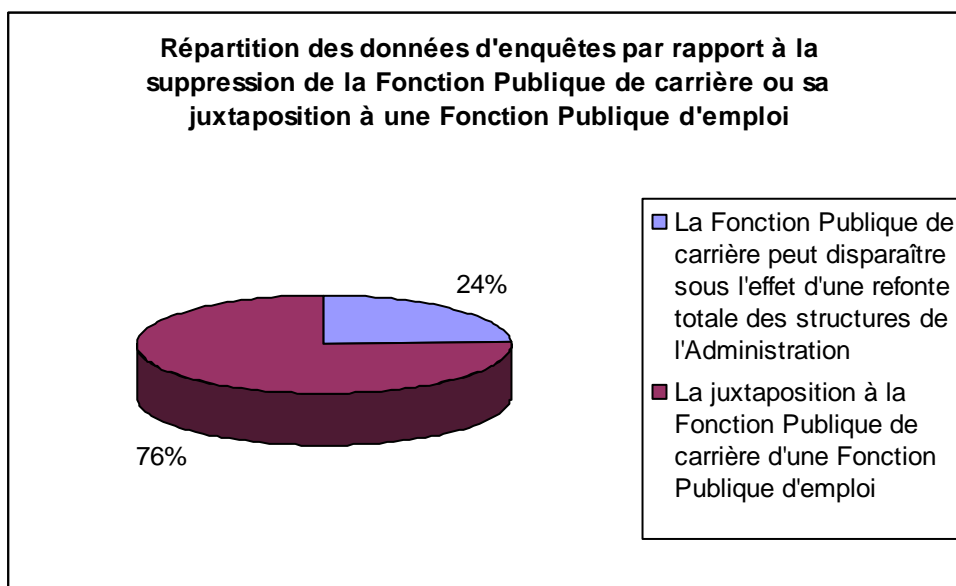


Figure N°8

L'analyse des résultats du tableau N°11 montre que 76 % des enquêtés sont favorables à la juxtaposition de la fonction publique de carrière à une fonction publique d'emploi, car quel que soit le mode de gestion emprunté du privé, la fonction publique ne peut être totalement assimilée à une entreprise privée étant entendu qu'elle est investie généralement d'une mission de service public se traduisant par la

satisfaction de l'intérêt général des populations. Par contre, 24 % des enquêtés estiment que la fonction publique de carrière peut disparaître sous l'effet d'une refonte totale des structures de l'administration publique béninoise.

Ces diverses analyses permettront de vérifier les hypothèses formulées a priori.

## **Paragraphe 2 : La vérification des hypothèses et établissement des diagnostics :**

Il sera procédé dans ce paragraphe à la vérification des hypothèses qui avaient été formulées au départ en tenant compte des seuils de décisions à fixer, puis nous établirons le diagnostic lié à chaque problème.

### **A/ La vérification des hypothèses :**

Trois (03) problèmes spécifiques et donc trois (03) hypothèses avaient été précédemment formulés. Leur vérification se fera à la lumière des résultats des enquêtes et des seuils de décision retenus.

#### **1- La vérification de l'hypothèse relative au problème N° 1**

Les données quantitatives ayant servi de base à notre analyse ont révélé d'une part que l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation dans le système de santé (d'un taux de 88 %) est due à :

- Un manque de volonté politique avec un taux de 32 %
- Une politisation persistante de l'administration publique en l'occurrence celle de santé avec un taux de 68 %

Il est de principe que selon lequel toutes les causes dont les poids sont supérieurs à 0% peuvent être retenues.

Cependant, la priorité sera donnée aux poids les plus élevés. Pour cette raison, les causes relatives à l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires instituant la contractualisation sont :

- la politisation persistante de l'administration publique en l'occurrence celle de la santé : 68 % ;
- le manque de volonté politique de l'Etat : 32 %. Elles sont toutes deux valables et confortent notre hypothèse de départ.

v

## **2- La vérification de l'hypothèse relative au problème spécifique N°2**

En ce qui concerne le problème spécifique N°2 relatif à l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement dans le système de santé, il a été convenu que la cause d'un poids plus ou moins considérable sera retenue.

En effet, de l'analyse des données recueillies, apparaissent les causes suivantes :

- **la politisation persistante de l'Administration publique en l'occurrence, celle de santé : 59 %**
- **l'absence d'une politique contractuelle : 41 %.**

L'analyse de ces réponses compte tenu du seuil de décision fixé permet de conclure que la politisation persistante de l'Administration publique et l'absence d'une politique contractuelle appropriée au secteur santé justifient l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement.

Cette analyse conforte également notre hypothèse de base.

## **3- La vérification de l'hypothèse relative au problème spécifique N°3 :**

Par rapport au problème spécifique N°3 relatif à la concentration massive du Personnel qualifié, permanent et / ou contractuel de l'Etat, dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'administration et des zones sanitaires, la cause ayant le poids le plus considérable sera retenue.

Aussi, les données d'enquêtes révèlent-elles les causes suivantes :

- **l'insuffisance des mesures d'accompagnement : 82 %**
- **les pesanteurs socio-politiques : 18 %**

Dès lors, il apparaît que l'insuffisance des mesures d'accompagnement est à la base de la concentration massive du personnel permanent qualifié, et / ou contractuel de l'Etat, dans les centre urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.

Cette analyse ne conforte pas notre hypothèse de départ, compte tenu du faible poids de la cause liée aux pesanteurs socio-politiques.

## **B/ La synthèse des diagnostics :**

### **1- L'élément du diagnostic relatif au problème spécifique N°1**

La vérification de l'hypothèse relative à l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation a permis de confirmer que les deux causes ci-après sont à l'origine de ce problème. Il s'agit de :

- la politisation persistante de l'Administration publique, en l'occurrence celle du secteur santé ;
- le manque de volonté politique de l'Etat.

### **2- L'élément du diagnostic relatif au problème spécifique N°2 :**

Au terme de la vérification de l'hypothèse liée à l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement, il a été retenu les causes ci-après :

- **la politisation persistante de l'Administration publique**
- **l'absence d'une politique contractuelle appropriée au système de santé.**

### **3- L'élément du diagnostic relatif au problème spécifique N°3**

Il résulte de la vérification de l'hypothèse relative à la concentration massive du personnel qualifié, permanent et / ou contractuel, dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires **que l'insuffisance des mesures d'accompagnement est à la base du dysfonctionnement.**

Les différents diagnostics étant établis, il importe d'aborder les approches de solutions aux divers problèmes à résoudre.

**CHAPITRE TROISIEME :**

**LES APPROCHES DE SOLUTIONS ET LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE**

Le diagnostic de la pseudo-contractualisation étant posé, il reste à résoudre les différents problèmes. Dans quelles mesures transformer les menaces en opportunités, les faiblesses en forces pour assurer l'effectivité de la contractualisation des agents dans le système de santé.

### **Section 1ère : Les approches de solutions :**

#### **Paragraphe 1<sup>er</sup> : Les approches de solutions au problème spécifique N°1 : procéder à l'amélioration du cadre juridique et institutionnel**

Pour régler le problème de l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation, il faut procéder à une réforme législative et institutionnelle profonde allant bien au-delà de simples réaménagements de statut et décret ainsi que des structures de la gestion des carrières du personnel de l'Etat.

#### **A) L'amélioration du cadre légal et réglementaire :**

La pseudo contractualisation à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui démontre à juste titre, que de simples réaménagements du statut général des agents permanents de l'Etat ne suffisent pas pour doter l'agent contractuel de l'Etat de notre système de santé d'un dispositif réglementaire approprié susceptible de le stimuler sensiblement et de garantir sa motivation.

##### **1- Le cadre légal :**

Le gouvernement doit avoir une vision cohérente et prospective de la contractualisation ainsi qu'une volonté politique forte et soutenue pour la conduire.

Il y a lieu de soustraire l'agent contractuel de l'Etat de son infériorité statutaire et sociale par rapport à un dispositif légal dont les limites actuelles sont incontestables et incompatibles avec nos impératifs de développement engendrés par le libéralisme économique.

Dans le cadre d'une bonne gouvernance, l'idéal pour le législateur béninois à l'étape actuelle du processus démocratique sera d'aménager un cadre unique de référence pour y juxtaposer avec interférences, le statut contractuel et le statut général des APE.

En effet, le reversement des agents contractuels de l'Etat dans l'effectif des APE a été prévu dans les dispositions transitoires du décret N°2008-377 du 06 juin 2008 portant régime juridique d'emploi des agents contractuels de l'Etat.

Cependant, l'impact de cette interférence sur l'effectif actuel des APE, n'est pas perceptible dans les structures du système de santé déficitaires en personnel. Le reversement n'est pas automatiquement suivi d'affectation. Le gestionnaire prévisionnel des effectifs et des compétences du système de santé, est toujours contraint de recourir au recrutement externe pour résoudre les problèmes de sous-effectif quantitatif et qualitatif notés à des niveaux de la pyramide sanitaire, dans la limite du cadrage budgétaire.

Par ailleurs, il est à souligner que les mécanismes de contractualisation des agents du système de santé, à l'étape actuel de notre développement, ne sont pas encore suffisamment huilés pour attirer l'Agent Permanent de l'Etat désireux de se faire reverser dans l'effectif des Agents Contractuels de l'Etat.

**2- Le cadre réglementaire :** Il sera consacré par un décret d'application du statut des agents contractuels de l'Etat déjà régis par le cadre unique de référence.

## **B) L'amélioration du cadre institutionnel ;**

Les attributions et l'organisation de la Direction de la Règlementation et du Suivi des Carrières seront renforcées notamment en matière de traitement accéléré, d'acheminement et du suivi des dossiers dans le circuit financier (Ministère des Finances) et contentieux (Direction Général du Travail).

La commission interministérielle chargée de l'étude des dossiers de contrat doit être dotée suffisamment de ressources (matérielles, financières et humaines) indispensables au bon déroulement de ses travaux.

Il doit en être de même pour les institutions du système de santé chargées de promouvoir des activités en faveur de la prévention et de l'amélioration de la santé des populations.

A ce titre, les programmes de lutte contre les grandes endémies dont les Programmes (VIH/SIDA, Paludisme) sont investis d'une mission de service public et oeuvrent essentiellement pour la satisfaction de l'intérêt général.

Le partenariat entre ces structures du Ministère de la Santé et des Organisations Non Gouvernementales et autres partenaires au développement, leur permettra de disposer des moyens humains, matériels et financiers nécessaires à leur mission.

**Paragraphe 2 : L'approche de solutions aux problèmes de management :**

La vision de l'Etat en matière de Fonction Publique de développement régie par les impératifs de la professionnalisation, de rationalisation budgétaire, de contractualisation opérationnelle (regroupement ou fusion de Directions du MS) conduisent au dialogue de gestion, en vue d'améliorer les politiques de gestion des Ressources Humaines de santé, afin de rendre la couverture sanitaire plus performante.

**A) Les approches de solutions aux problèmes spécifiques N° 2 :  
assurer une politique de motivation et d'évaluation adéquate du  
personnel contractuel de l'Etat.**

Les mesures d'accompagnement à la contractualisation du système de santé, ne doivent pas se traduire simplement en des primes dites d'éloignement octroyées aux agents socio-sanitaires communément appelés « mesures sociales ». Les mesures d'accompagnement auraient une portée plus profonde si des bâtiments administratifs sont construits en l'occurrence dans les zones les plus déshéritées des départements du Bénin pour y loger, fût-il contre des loyers forfaitaires le personnel contractuel et/ou permanent de l'Etat, investi de la mission d'améliorer la couverture sanitaire.

A cet effet, l'Etat doit assurer constamment, en liaison avec les partenaires au développement le financement des infrastructures, des équipements et de leur maintenance, l'appui en produits pharmaceutiques, la prise en charge des dépenses en eau, électricité et téléphone, l'appui technique et le renouvellement de l'équipement lourd.

L'Etat doit également doter le personnel contractuel de l'Etat d'une grille indiciaire spécifique.

**B) Les approches de solutions au problème spécifique N°3 : Œuvrer à rendre la couverture sanitaire plus performante :**

La décentralisation plus étroite de la contractualisation pourra garantir une couverture sanitaire convenable.

En effet, le rapprochement, du centre de décision de l'employé ou du niveau opérationnel est l'une des garanties nécessaires à une meilleure gestion des ressources humaines avec une possibilité d'accroître au regard des performances les éléments de motivation des agents.

Des hôpitaux pilotes contribueront à expérimenter progressivement la contractualisation au moyen de contrat de concession de gestion, avec définition claire des droits et obligations.

Les solutions ainsi proposées ne peuvent être mises en œuvre que si certaines conditions sont remplies. Leur réussite fait appel aux actions conjuguées de tous les acteurs : l'Etat, les gestionnaires des ressources humaines, les syndicats du secteur santé, les agents contractuels et / ou permanents de l'Etat, les populations bénéficiaires des prestations en soins de santé et enfin les partenaires au développement.

A cet effet, des recommandations ont été formulées

**Section 2 : Les conditions de mise en œuvre des solutions :**

**Paragraphe 1<sup>er</sup> : Les recommandations à l'endroit des autorités.**

**A- Par rapport au cadre juridique :**

Au terme de cette étude, il est à recommander que l'Etat :

- ❖ fasse la preuve de son engagement réel et suivi en faveur d'un cadre législatif et réglementaire propre à la contractualisation.
- ❖ Continue d'initier une réforme des procédures budgétaires en adoptant des « budgets programmes ou budgets par objectifs »
- ❖ Garantisse seul ou en liaison avec les partenaires au développement le financement des infrastructures, des équipements et leur maintenance, l'appui technique et le renouvellement des équipements lourds.

#### **B- Par rapport au cadre institutionnel :**

L'Etat doit mettre en place un dispositif de veille stratégique sur le processus de la contractualisation. A ce titre, le leadership du Ministère de la Réforme Administrative et Institutionnelle doit être constamment entretenu.

La dépolitisation de l'administration en l'occurrence celle du système de santé doit être effective.

#### **Paragraphe 2 : Les recommandations à l'égard des gestionnaires des Ressources humaines, le personnel contractuel et / ou permanent de l'Etat ainsi que les partenaires au développement :**

##### **A- A l'endroit des gestionnaires des ressources humaines du système de santé :**

Il est à recommander :

- La détermination du standard de performance ;
- L'élaboration d'un mécanisme transparent d'évaluation du rendement et de motivation du personnel contractuel et / ou permanent de l'Etat du secteur santé ;
- L'élaboration des contrats d'objectifs avec :
  - fiche de poste ;
  - description de poste.

Il urge de concevoir autrement la fiche d'évaluation de l'ACE et d'envisager la formation des évaluateurs.

Cinq critères qualitatifs permettront de vérifier la compétence, les aptitudes et les comportements des agents à leur poste de travail.

## **CATEGORGIE A ET B**

### **Critères** :

#### 1- Conscience professionnelle :

- qualité du travail ;
- tenue des objectifs ;
- disponibilité.

#### 2- Sens du service public :

- sens des responsabilités ;
- esprit d'initiative.

#### 3- Management

- commandement ;
- supervision ;
- organisation.

#### 4- Volonté de développement personnel

- motivation ;
- adaptation au changement.

#### 5- Sens des valeurs :

- esprit d'équipe ;
- probité ;
- moralité ;
- objectivité ;

## **CATEGORGIE C ET D**

### **Critères**

1- Conscience professionnelle:

- ponctualité ;
- disponibilité.

2- Sens du service public :

- Discipline ;
- respect des procédures.

3- Productivité :

- qualité du travail ;
- quantité du travail ;
- organisation.

4- Volonté de développement personnel :

- motivation ;
- adaptation au changement.

5- Sens des valeurs :

- esprit d'équipe ;
- probité ;
- franchise.

**B- A l'endroit du personnel contractuel et/ou permanent de l'Etat, syndicats du système de santé et partenaires au développement :**

Il est recommandé que :

- Une implication et une adhésion fortes au processus de contractualisation des agents du système de santé soient assurées ;
- Les syndicats, au-delà de leur mission liée à la défense des intérêts professionnels collectifs, éduquent et sensibilisent les syndiqués en vue de leur inculquer le sens du travail bien fait et le respect des obligations de l'agent public.

## **CONCLUSION**

Au terme de ce travail de recherche sur l'amélioration des mécanismes de la contractualisation des agents dans le système de santé, il apparaît que la contractualisation est un maillon déterminant de la réforme administrative au Bénin compte tenu des changements notables qu'elle engendrera dans notre système de bonne gouvernance administrative

Dans cette perspective, les pouvoirs publics auraient pu, chacun dans sa sphère de compétence user de leurs prérogatives de puissance publique en vue de rendre effective, la contractualisation de l'action administrative, en l'occurrence des agents dans le système de santé, si elle est combinée avec une politique contractuelle des ressources humaines. .

En effet, l'analyse des résultats des diverses enquêtes consécutives à la méthodologie de travail axée sur l'observation directe et les investigations de terrain, a permis d'identifier les problèmes majeurs suivants :

- l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation.
- l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation de rendement du personnel contractuel et ou permanent de l'Etat.
- la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et/ou permanent de l'Etat, dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'Administration et des Zones Sanitaires.

Ces problèmes nous ont amené à poser la problématique de l'effectivité de la contractualisation des agents dans notre système de santé, dont la vision globale de résolution repose sur les approches théoriques basées sur :

- l'amélioration du cadre législatif, réglementaire et institutionnel ;
- la mise en œuvre d'une politique adéquate de rémunération, de formation et de gestion axée sur les résultats.
- la performance de la couverture sanitaire.

Pour atteindre ces objectifs spécifiques, des approches de solutions suivantes ont été proposées :

- sensibiliser les gouvernants sur la nécessité d'une volonté politique forte et la dépolitisation effective de l'administration.
- mettre en œuvre une politique contractuelle des ressources humaines ;
- développer suffisamment des mesures d'accompagnement au profit du personnel contractuel et ou permanent de l'Etat en poste dans les centres ruraux de l'administration et des zones sanitaires et lutter contre les pesanteurs socio-politiques pour favoriser l'enracinement des mécanismes de la contractualisation dans le système de santé.

L'efficacité de ces approches de solutions, requiert l'adhésion et la participation de tous les acteurs à la contractualisation du système de santé.

A cet effet, des recommandations ont été formulées à l'endroit des autorités, eu égard à leur qualité de décideurs, et aux gestionnaires de la carrière du personnel contractuel de l'Etat. Chacun de ces acteurs devra jouer sa partition afin de contribuer à la correction des lacunes organisationnelles et de gestion dudit personnel.

Il s'agit :

- pour les autorités de faire la preuve de leur engagement réel et suivi en faveur d'un cadre législatif, réglementaire et institutionnel propre à la contractualisation ainsi que l'adoption des budgets de programmes ;
- pour les gestionnaires des ressources humaines du système de santé, l'élaboration d'une politique contractuelle avec pour socle, la gestion axée sur les résultats fixés à partir de contrats d'objectifs précis.
- pour le personnel contractuel et/ou permanent de l'Etat, syndicat du secteur santé et partenaires au développement, une implication élevée afin de rendre la contractualisation des agents plus effective dans le système de santé.

La connexion à la rémunération, d'un système d'emploi, constitue dans l'immédiat des aménagements à opérer en vue de redonner à la contractualisation sa lettre de noblesse, dans la mesure où le cadre législatif et réglementaire y afférent

aura pris en compte les exigences relatives à la notion de poste, d'emploi et de traitement motivant.

Nous souhaitons que nos responsables se départissent des pesanteurs socio-politiques nuisibles à la contractualisation des agents du système de santé et au partenariat Ministère de la santé /Organisation non gouvernementale relatif à la gestion des Zones Sanitaires.

Le programme béninois de lutte contre le VIH/SIDA a survécu dans la sous région grâce à ses actions conjuguées avec des Organisations Non Gouvernementales (ONG), présentes sur toute l'étendue du territoire national, voire dans les hameaux les plus déshérités du pays.

Eu égard à tout ce qui précède, nous avons aujourd'hui la conviction que, la contractualisation effective des agents du système de santé demeure un enjeu majeur pour une gouvernance administrative et économique efficace au service du développement.

## BIBLIOGRAPHIE

### 2- OUVRAGES

CHASSAGNARD – PINET, S. et D. HIEZ (2007 : « **Approche Renouvelée de la Contractualisation** » Presses Universitaires d'Aix – Marseilles pp. 100 – 104

MONSERRAT, X. « **Comment Motiver** » Editions d'Organisation

BRETTON, J. M. « **Droit de la Fonction Publique** »

ROBINS, S. et D. DE CENZO « **L'Essentiel des Concepts et des Pratiques** » 4<sup>ème</sup> édition. (connaître et pratiquer la gestion)

MARTORY, B. et D. CROZET « **Gestion des Ressources Humaines** »

### 3- TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

#### MEMOIRES ET COURS

(1986) Loi N°86 – 013 du 26 février portant statut général des Agents Permanents de l'Etat 180 articles, 84 pages.

(1998) Loi N°98-004 portant code du travail en République du Bénin 317 articles, 86 pages ;

(2004) Loi N°2004-27 du 23 décembre 2004, portant modification et complétant l'article 2 de la loi 86-013 du 2 février 1986 portant statut général des Agents Permanents de l'Etat, 2 articles, 1 page ;

(2007) Décret N°2007 du 31 décembre 2007, 115 articles, 32 pages ;

(2006) Décret N°2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. 90 articles, 28 pages ;

(2008) Décret N°2008-377 du 6 juin 2008 ;

ALLAGBE, D. et A. D. AGOSSOU (2006) « **Problèmes et Perspectives de la Contractualisation : Cas du Ministère de la Santé** » ;

NEMBOT, M. (1996) « **Le Glas de la Fonction Publique dans les Etats d'Afrique Francophone** » Essai sur les significations d'une institution en quête de légitimité ;

DAVOH M.(2009) « **Evaluation du rendement des ressources humaines dans les entreprises** » ;

ENAM cycle II, Abomey - Calavi.

ZOCLI M.V. (2009) Compil des exposés sur « **l'élaboration des politiques de gestion des ressources humaines** » ;

ENAM Cycle II Abomey - Calavi

VIGNON L. (2009) « **Formation et Développement des Ressources Humaines** » ;

ENAM Cycle II Abomey- Calavi

### INTERNET

ESAA – (2009) Alger « **la mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration des prestations de santé** » ;

mhtml : file : //G:/contractualisation. mht

consulté le 23/10/2009

Dialogue social (1996-2009) « **Bonnes pratiques dans l'administration du travail** »

[http : // www.ib.org/public/french/ dialogue/ifp dial/la/gp/France 2.htm](http://www.ib.org/public/french/dialogue/ifp/dial/la/gp/France2.htm)

consulté le 26/10/2009

JANIN P. (2004) « **Sécurité juridique et contractualisation de l'action publique** »

[http : //www.la loupiste.net/DLT/article.php3 ? id article : 16](http://www.laloupe.net/DLT/article.php3?idarticle:16)

consulté le 26/10/2009.

Exposé de droit administratif général (2007) « **Les pouvoirs de l'administration en matière contractuelle** »

[http : // www. 00doc.com/32154-pouvoirs – administration – contrat – contractuelle.php.](http://www.00doc.com/32154-pouvoirs-administration-contrat-contractuelle.php)

consulté le 26/10/2009

Legifrance (2008) « **La politique contractuelle dans le spectacle vivant public et privé** »

<http://www.Legifrance.gouv.fr/affich/DCC;DO>

/jsession id=00D5D5D3B79B70EC63292A...

Portail e-DGESIP (2009) « **Nouveautés de la politique contractuelle** »

<http://edgesip.sap.adc.education.fr/contrac./editorial.contrats/info-gen/jaune2010>

## **ARTICLES ET RAPPORTS DE SEMINAIRE**

Ministère de la Réforme Administrative et Institutionnelle (2009) « **Plan stratégique de Réforme Administrative et Institutionnelle** » Rapport provisoire

Conférence des Ministres de la Fonction Publique des Etats membres de l'Observatoire des Fonctions Publiques Africaines (OFPA) (1997) « **Déclaration des obligations de l'administration et les services publics envers les citoyens dans les Etats africains** »

Préambule. COTONOU

Ministère de la Santé (2003) « **Etude sur l'approche contractuelle dans la gestion du système de zone sanitaire** ».



**ANNEXES**

**ANNEXE N° 1**  
**Questionnaire d'enquêtes**

## QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

(A l'endroit des gestionnaires des ressources humaines, d'hôpitaux de zones sanitaires – agents contractuels)

**THEME** : « Contribution à l'amélioration des mécanismes de la contractualisation dans le système de santé ».

1- Y-a-t-il insuffisance ou inadéquation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation.

Insuffisance  inadéquation

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

2- Qu'est-ce qui explique l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement dans le système de santé ?

- l'absence d'une politique contractuelle

- la politisation persistante de l'administration.

Autres raisons \_\_\_\_\_

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

3- Quelle est la cause de la concentration massive du personnel contractuel et ou permanent qualifié dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'administration et des hôpitaux des zones sanitaires ?

\_\_\_\_\_

- l'insuffisance des mesures d'accompagnement ?

.- existence de pesanteurs sociopolitiques

Autres raisons \_\_\_\_\_

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- En quoi selon vous, le décret portant régime juridique d'emploi des agents contractuels de l'Etat est-il incomplet ?

- plan juridique

---

---

- plan social

---

---

5- Le contrat a l'avantage de responsabiliser le personnel de l'Etat et aussi de lui assurer une rémunération plus importante, donc plus motivante.

Oui  Non

6- Le cadrage budgétaire en dépit du train de vie élevé de l'Etat justifie t-il une rémunération démotivante ?

Oui  Non

7- Les gouvernements africains devront entreprendre des réformes structurelles profondes allant au-delà des simples réaménagements des institutions actuelles.

Oui  Non

8- Pourquoi la floraison d'hôpitaux de zones sanitaires installés dans le pays n'a pas permis de garantir une couverture sanitaire adéquate ?

- concentration massive du personnel contractuel et/ou permanent de l'Etat dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'administration et des hôpitaux des zones sanitaires

- faible fréquentation des centres par les populations

9- Le partenariat hôpitaux de zones sanitaires /ONG peut-il renforcer la contractualisation du système de santé ?

Oui  Non

10- Selon vous, le reversement des agents contractuels de l'Etat dans l'effectif des agents permanents constitue :

- un frein à la contractualisation

- une interférence entre fonction publique de carrière et fonction publique d'emploi

11- Pensez-vous que la fonction publique de carrière peut disparaître sous l'effet d'une refonte totale des structures de l'administration

Oui

Non

**ANNEXE N° 2**  
**Loi N°2004 du 26 décembre 2004**

**ANNEXE N° 3**

**Dispositions transitoires et finales du décret N°2008-377 du 24 juin 2008**

#### **ANNEXE N° 4**

Arrêté interministériel N°141/MFPTRA/ DC/SGM/DPE/SGC du  
12 septembre 2001 portant comité chargé des Etudes – Suivi –  
Renouvellement des Contrats de Travail

## **TABLES DES MATIERES**

<b>TITRES</b>	<b>PAGES</b>
Identification du jury .....	i
Déclaration d'engagement du chercheur.....	ii
Dédicace .....	iii
remerciements.....	iv
Liste des sigles .....	v
Liste des tableaux .....	vi
Liste des figures .....	vii
Liste des annexes .....	viii
Résumé .....	ix
Sommaire .....	x
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b><u>CHAPITRE 1<sup>ER</sup></u> : DES OBSERVATIONS DE STAGE AU MS, A LA</b>	
<b>PROBLEMATIQUE ET A LA METHODOLOGIE ADOPTEE. ....</b>	<b>3</b>
<b><u>Section 1<sup>ère</sup></u> : Des observations de stage au Ministère de la Santé au ciblage de</b>	
<b>la problématique.....</b>	<b>4</b>
<b><u>Paragraphe 1<sup>er</sup></u> : Présentation du Ministère de la Santé et observations de</b>	
<b>Stage :.....</b>	<b>4</b>
<b>A/ Présentation du Ministère de la Santé.....</b>	<b>4</b>
<b>1- Historique.....</b>	<b>4</b>
<b>2- Missions statutaires.....</b>	<b>4</b>
<b>3- Structure organisationnelle du MS et fonctionnement général de la</b>	
<b>DRH.....</b>	<b>5</b>
<b>a) Structure organisationnelle du MS :...</b>	<b>5</b>
<b>b) Fonctionnement général de la DRH</b>	<b>10</b>
<b>Les attributions de la Direction des Ressources Humaines:.....</b>	<b>10</b>
<b>B/ Observations de stage à la DRH :.....</b>	<b>11</b>
<b>1- Ressources :.....</b>	<b>11</b>
<b>a) Ressources humaines.....</b>	<b>12</b>
<b>b) Ressources matérielles.....</b>	<b>12</b>
<b>c) Ressources financières.....</b>	<b>12</b>

2-	Tableau n°1 : Répartition par service du budget de fonctionnement de la DRH.	12
	<u>Paragraphe 2</u> : De l'inventaire des éléments de l'état des lieux à la DRH du MS, vision globale de résolution de la problématique spécifiée.	13
A/	De l'inventaire des éléments de l'état des lieux à la GRH, à la formulation du sujet.	13
1-	Inventaire des forces et faiblesses résultant de l'état des lieux à la DRH du MS.	13
a)	Inventaire des atouts.....	13
b)	Inventaire des faiblesses.....	15
	Problème N°1 : la lenteur administrative.....	16
	Problème N°2 : l'insuffisance ou l'inadéquation de certains textes législatifs et réglementaires en matière de gestion contractuelle.	16
	Problème N°3 : l'absence de politique transparente de motivation et d'évaluation du rendement.	16
	Problème N°4 : La mise en œuvre tardive ou précipitée des réformes administratives relatives à la contractualisation de l'administration, en l'occurrence du système de santé.	17
	➤ Du point de vue de la formation des ressources humaines.....	17
	Problème N°5 : l'absence d'un plan de formation.....	17
	➤ Du point de vue de la gestion des effectifs et des archives	17
	Problème N°6 : la politisation persistante de l'administration de santé .....	17
	<b>2- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : tableau n°2</b>	18
B/	Spécification de la pseudo-contractualisation des agents et détermination de la vision globale de résolution.	19
1-	Spécification de la problématique choisie.....	19
2-	Vision globale de résolution de la problématique.....	20
	• Par rapport au problème spécifique N°1.....	
	• Par rapport au problème spécifique N°2.....	21
	• La résolution du problème spécifique N°3.....	21

Tableau N°2 : Synthèse des approches théoriques par problème.....	21
<b><u>Section 2</u> : Des objectifs de l'étude à la méthodologie en vue de la résolution de la problématique de la gestion effective et performante de la contractualisation des agents, dans le système de santé.</b>	22
<b><u>Paragraphe 1<sup>er</sup></u> : Des objectifs et hypothèses de l'étude à la revue de la littérature.....</b>	22
A/ Objectifs et hypothèse de l'étude :.....	22
1) Les objectifs de l'étude.....	22
2) Causes et hypothèses liées aux problèmes identifiés.....	22
a) Causes et hypothèses liées au problème général.....	22
b) Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°1.....	23
c) Causes et problèmes liés au problème spécifique N°2.....	23
d) Causes et hypothèses liées au problème spécifique N°3 .....	23
Tableau de bord de l'étude.....	25
B/ Revue de littérature liée à la problématique (tableau n°4).....	26
1- Rappel des problèmes spécifiés et des approches théoriques y afférentes.	26
2- Exposé des contributions antérieures sur l'amélioration du cadre institutionnel, législatif et réglementaire.	27
3- Exposé des contributions antérieures sur la mise en oeuvre d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement.	31
4- Exposé des contributions antérieures sur la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et / ou permanent de l'Etat, dans les centres urbains, au détriment des centres ruraux de l'administration et des zones sanitaires.	34
<u>Paragraphe 2</u> : Méthodologie adoptée.....	36
A/ L'observation directe.....	36
B/ Les investigations de terrain.....	37
<b><u>CHAPITRE II</u> : DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AU NC DU MS ET DANS LA ZONE SANITAIRE DU TROISIEME ARRONDISSEMENT DE COTONOU, A L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC</b>	38
<b><u>Section 1<sup>ère</sup></u> : De la préparation des enquêtes aux difficultés rencontrées</b>	39
Paragraphe 1 <sup>er</sup> : Préparation et réalisation des enquêtes.....	39

A/ Préparation des enquêtes.....	39
B/ Réalisation des enquêtes.....	39
<u>Paragraphe 2</u> : Difficultés rencontrées et impacts sur la collecte des données	40
A/ Difficultés rencontrées.....	40
B/ Impacts sur la collecte des données.....	40
<b><u>Section 2</u> : De la présentation et vérification des résultats d'enquêtes à l'établissement du diagnostic.</b>	40
<u>Paragraphe 1<sup>er</sup></u> : Présentation et analyse des résultats d'enquêtes.....	40
A/ Présentation et analyse des données d'enquêtes sur l'insuffisance ou l'inadéquation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation	40
Tableau N°5.....	41
B/ Présentation et analyse des données d'enquête sur l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires relatifs à la contractualisation.	42
Tableau N°6.....	42
C/ Présentation et analyse des données d'enquêtes par rapport à l'absence d'un mécanisme transparent de motivation et d'évaluation du rendement dans le système de santé.	43
Tableau N°7.....	43
D/ Présentation et analyse des données d'enquêtes relatives à la concentration massive du personnel qualifié, contractuel et / ou permanent dans les centres urbains au détriment des centres ruraux de l'administration et des zones sanitaires.	44
Tableau N°8.....	45
E/ Présentation et analyse des données d'enquêtes relatives à la faiblesse de la couverture sanitaire.	46
Tableau N°9.....	46
F/ Présentation et analyse des données d'enquêtes par rapport au reversement des agents contractuels de l'Etat dans l'effectif des APE.	47
Tableau N°10.....	48
G/ Présentation et analyse des données d'enquêtes par rapport à la suppression de la fonction publique de carrière ou sa juxtaposition à une fonction publique d'emploi.	48

Tableau N°11.....	49
<b>Paragraphe 2</b> : Vérification des hypothèses et établissement des diagnostics.	50
A/ Vérification des hypothèses.....	50
1- Vérification de l'hypothèse relative au problème spécifique N°1.....	50
2- Vérification de l'hypothèse relative au problème spécifique N°2.....	51
3- Vérification de l'hypothèse relative au problème spécifique N°3.....	51
B/ Synthèse des diagnostics .....	52
1- Elément du diagnostic relatif au problème spécifique N°1.....	52
2- Elément du diagnostic relatif au problème spécifique N°2.....	52
3- Elément du diagnostic relatif au problème spécifique N°3.....	52
<b>CHAPITRE III : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITION DE MISE EN ŒUVRE .</b>	53
<b>Section 1<sup>ère</sup> : Approches de solutions</b> .....	54
<b>Paragraphe 1<sup>er</sup></b> : Approches de solutions au problème spécifique N°1 : procéder à l'amélioration du cadre juridique et institutionnel.	54
A/ Amélioration du cadre législatif et réglementaire.....	54
- le cadre légal.....	54
- le cadre réglementaire.....	55
B/ Amélioration du cadre institutionnel.....	55
<b>Paragraphe 2</b> : Approche de solutions aux problèmes de management.....	56
A/ Approche de solutions aux problèmes spécifiques N°2 : assurer une rémunération, une formation et une évaluation adéquates au personnel contractuel de l'Etat.	56
B/ Approches de solutions au problème spécifique N°3.....	57
<b>Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions</b> .....	57
<b>Paragraphe 1<sup>er</sup></b> : Recommandations à l'endroit des autorités.....	57
A/ Par rapport au cadre juridique.....	57
B/ Par rapport au cadre institutionnel.....	58
<b>Paragraphe 2</b> : Recommandations à l'égard des gestionnaires des ressources humaines, le personnel contractuel et/ ou permanent de l'Etat ainsi que les partenaires au développement.	58

A/ A l'endroit des gestionnaires des ressources humaines du système de santé	58
B/ A l'endroit du personnel contractuel et / ou permanent de l'Etat, syndicats du système de santé et partenaires au développement.	60
CONCLUSION .....	62
BIBLIOGRAPHIE	65