

REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE (MESFP)



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE
(ENAM)

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR EN GESTION DES PROJETS

OPTION :
MANAGEMENT

FILIERE :
GESTION DES PROJETS

ANNEE ACADEMIQUE : 2005-2006

THEME :

ANALYSE DE L'APPROCHE PROGRAMME DU SECTEUR
SANTE

PRESENTE ET SOUTENU PAR :

Raymond Aimé K. AMOUSSOU

SOUS LA DIRECTION DE :

Mme Stéphanie AQUEREBURU & M. Roger DOSSOU-YOVO
Chef du Service Programmation (DPP/MS) Docteur en Droit Economique
Professeur Assistant à l'ENAM

Avril 2006

IDENTIFICATION DU JURY

Nom et Prénoms	Rôle
AKPO Pasteur E. Juste	Président
AGBOSSOU Bernadette	Vice - Présidente
AGBLONON Parfait	Membre

L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION
ET DE MAGISTRATURE (ENAM) N'ENTEND
DONNER AUCUNE APPROBATION NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES
DANS CE DOCUMENT.

CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A
LEURS AUTEURS.



A mon Feu Père Louis AMOUSSOU TODE

Pour honorer Ta Mémoire, car tu nous as donné ce que tu as de plus précieux.

A ma tendre mère Fidélia MISSODE

Ta fidélité m'a été toujours d'un très grand secours et ce mémoire se veut être en retour un témoignage pour Toi Très Chère Maman.

A mes frères et sœurs Perpétue, Euloge, Théodore, Olivier, Lambert, Anastasie.

Je voudrais cette persévérance pour chacun au service des autres jeunes frères et sœurs.

A tous mes cousins et cousines

Ce mémoire vous est dédié pour une fraternité dans la paix, la solidarité et le respect mutuel.

A tous mes oncles et tantes

Trouvez ici, le signe de ma gratitude.

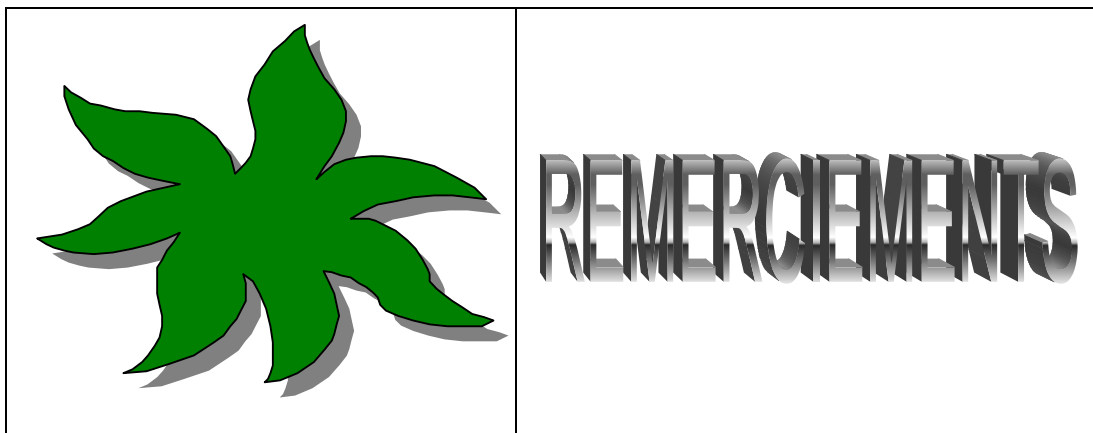
A mes enfants, Egidio, Mariarache, Rameline, Florine.

Trouvez ici, le signe de mon affection.

A mon épouse Mélanie AYATIN

Pour le soutien et l'affection indéfectibles de tous les jours, reçois cette fleur en retour.

Raymond AMOUSSOU



A mon Directeur de Mémoire, Monsieur **Roger DOSSOU-YOVO** pour l'encadrement pédagogique, l'entière disponibilité et les conseils malgré les multiples occupations.

A tout le personnel de la Direction de la Programmation et de la Prospective, en particulier à Madame **AQUEREBURU Stéphanie**, mon Maître de stage pour son soutien et ses conseils.

A tout le corps professoral et administratif de l'ENAM, en particulier le corps professoral de la filière Gestion des Projets.

A nos chers professeurs **Modeste GNIMASSOU, Parfait AGBLONON, Pasteur E.J. AKPO.**

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, je veux particulièrement nommer **Cyrille ZOUNGAN, Mathias FINOUDE, Alphonse AKPAMOLI.**

Raymond AMOUSSOU

Liste des sigles et abréviations

CDEEP : Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes

CDMT : Cadre de Dépenses à Moyen Terme

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

ENAM : Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature

ETARB: Equipe Technique d'Appui à la Réforme Budgétaire

ISPEC : Institut Supérieur Panafricain d'Economie Coopérative

MDEF : Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances

MECPPD : Ministère d'Etat Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement

MFE : Ministère des Finances et de l'Economie

MS : Ministère de la Santé

MSP : Ministère de la Santé Publique

SCMSF : Sous Comité Maladies et Santé Familiale

SCPSGR : Sous Comité Pyramide Sanitaire et Gestion des Ressources

TBE : Tableau de Bord de l'Etude

TSE : Tableau de Synthèse de l'Etude

UEMOA : Union Economique Monétaire Ouest Africaine

Liste des tableaux

	Pages
<u>Tableau n° 1</u> : Formule pour la catégorisation des dépenses.....	12
<u>Tableau n° 2</u> : Tableau d'évaluation financière des programmes.....	14
<u>Tableau n° 3</u> : Tableau de Bord de l'Etude sur << L'analyse de l'approche programme du secteur santé>>.....	24
<u>Tableau n° 4</u> : Echantillonnage.....	30
<u>Tableau n° 5</u> : Appréciation de la concurrence.....	36
<u>Tableau n° 6</u> : Autre appréciation de la concurrence.....	37
<u>Tableau n° 7</u> : Inclusion des soins de santé primaires dans les sous programmes.....	38
<u>Tableau n° 8</u> : Appréciation des programmes à faible coût.....	39
<u>Tableau n° 9</u> : Interdépendance de coût.....	40
<u>Tableau n° 10</u> : Omission de coût.....	40
<u>Tableau n° 11</u> : Autres raisons du faible coût.....	40
<u>Tableau n° 12</u> : Autre appréciation des raisons du faible coût.....	41
<u>Tableau n° 13</u> : Confirmation de l'interdépendance des coûts.....	42
<u>Tableau n° 14</u> : Coût des programmes.....	43
<u>Tableau n° 15</u> : Appréciation de l'inadéquation des indicateurs.....	44
<u>Tableau n° 16</u> : Confirmation de l'inadéquation.....	45
<u>Tableau n° 17</u> : Appréciation des approches programmes.....	53
<u>Tableau n° 18</u> : Classification des approches programmes.....	54
<u>Tableau n° 19</u> : Tableau de synthèse de l'étude	62

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Présentation de quelques résultats de l'enquête

Annexe 3 : Caractéristiques des Projets et Programmes

Annexe 4 : Evolution des indicateurs

Glossaire de l'Etude

Prévention : l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents, des handicaps.

Soins de santé primaires : soins de santé essentiels, universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation, à un coût abordable. Ils font partie intégrante du système de santé pays, dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté.

Indicateur : caractéristique facile à identifier, qu'on utilise pour mesurer un phénomène plus large et plus complexe auquel elle est significativement associée.

Projet : ensemble d'activités interdépendantes menant à la livraison d'un produit ou d'un service clairement identifié et généralement dans un contexte de temps et de ressources limités.

Programme : généralement constitué d'un ensemble de projets.

Efficacité : mesure dans laquelle les résultats se rapprochent des objectifs fixés.

Performance : progrès réalisé ou valeur ajoutée par rapport à un état initial

Suivi : processus continu d'examen de l'apport des réalisations d'un programme à ses bénéficiaires escomptés.

Cadre de Dépenses à Moyen Terme : document budgétaire présenté sous forme d'un tableau récapitulatif qui ventile les crédits sur trois (03) ans par grandes catégories de dépenses (personnel, biens et services, transferts et dépenses en capital) ; il sert de cadre de référence pour la détermination des enveloppes de crédits à allouer chaque année.

Budget programme : prévisions annuelles d'activités sur trois ans, de résultats par centre de responsabilité et d'impacts.

Résumé

Les motivations d'une gestion axée sur les résultats ont conduit le Bénin à faire de l'approche programme une approche privilégiée de gestion dans un contexte où l'approche projet a montré ses limites. L'approche programme instaurée et adoptée a pris corps sur les documents existants de politique et de stratégies de développement des secteurs tout en s'adaptant au fur et à mesure aux nouvelles réalités organisationnelles.

Cette approche programme n'est donc pas sans difficultés et les limites qui sont spécifiques au secteur de la santé ont été évoquées à travers le thème retenu <<Analyse de l'approche programme du secteur de la santé>>.

L'étude vise à contribuer à l'efficacité de la mise en œuvre de l'approche programme en vérifiant trois hypothèses essentielles :

- L'interférence basée de la concurrence entre lesdits programmes engendre l'inefficacité de l'approche programme ;
- L'interdépendance des coûts rend difficile l'évaluation des programmes et entraîne l'inefficacité de l'approche programme ;
- Le choix des indicateurs liés au système de collecte de données engendre l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes.

Pour améliorer l'efficacité de l'approche programme, il faut revoir son contenu et sa structuration.

Les réflexions sur l'approche programme s'inscrivent dans le cadre du renforcement de cette approche et il importe, que le Plan National de Développement Sanitaire actuellement en cours d'élaboration soit conçu en fonction des préoccupations actuelles.

L'approche programme a certes des avantages d'intégration, de logique d'objectifs et d'actions. Mais il faut faire valoir l'atteinte des résultats d'un programme par le programme lui-même. Tous les éléments qui concourent à un programme doivent être objectivement répertoriés.

Les solutions que nous avons projetées s'inscrivent dans cette logique et ne concernent que l'aspect de la programmation.

<u>SOMMAIRE</u>	Page
Introduction Générale	1
I- PROBLEMATIQUE, ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE	4
1.1 Restitution de l'approche programme du Ministère de la Santé	4
1.2 Objectifs et méthodologie adoptée	21
II- COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES	33
2.1 Collecte et présentation des données	33
2.2 Vérification des hypothèses et établissement de diagnostic	46
III- APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE	51
3.1 Approche de solutions	51
3.2 Conditions de mise en œuvre des solutions	59
Conclusion Générale	64
Bibliographie	
Annexes	
Table des matières	

Avant -Propos

Depuis la mise en œuvre des budgets programmes, la préoccupation première de tous les secteurs a été de porter les réflexions sur les voies et moyens de faire aboutir ce processus.

Cependant, l'approche programme, fondement du budget programme dont la mise en œuvre n'est pas sans difficultés, du moins pour le secteur de la santé, semble tirer sa légitimité des documents de politique et de stratégies des secteurs.

Or, une approche programme repose aussi sur la structure organisationnelle d'un secteur. Le changement intervenu au sein du Ministère de la Santé Publique avec la création de nouvelles directions telles que, la Direction des Hôpitaux, la Direction de la Recherche en Santé, la Direction des Pharmacies et du Médicament, la Direction Générale du Laboratoire National de Contrôle de Qualité n'est pas sans incidence.

Ces modifications sont inhérentes au développement du secteur de la santé. Elles sont liées aussi au changement politique et au moment nous nous apprêtons à finaliser ce mémoire, il est intervenu une mutation, l'élection d'un nouveau Président de la République synonyme d'un nouveau gouvernement. Le Ministère de la Santé Publique (MSP), lieu où nous avons fait notre stage a connu un changement de dénomination et est devenu le Ministère de la Santé (MS) conformément au Décret N° 2006-178 du 08 Avril 2006 portant composition du Gouvernement.

Une nouvelle organisation devra naître de ce changement et les solutions projetées ici sont également valables pour elle.

INTRODUCTION

INTRODUCTION GENERALE

La réforme budgétaire instaurée dans les années 1999 prend sa source de l'approche programme qui est un concept qu'on ne saurait définir sans faire appel à la notion de l'approche projet.

C'est la mise en œuvre de ces approches qui leur donne essence et l'on peut les résumer à partir de la notion de gestion de projet et de gestion de programme.

Or, ces notions aussi ne semblent pas totalement accessibles à tous et peuvent être considérées comme des outils utiles pour rechercher la façon la plus efficace d'organiser le travail pour en arriver aux résultats désirés ou exigés.

Si le projet est un ensemble d'activités interdépendantes menant à la livraison d'un produit ou d'un service clairement identifié et généralement dans un contexte de temps et de ressources limités, le programme est parfois un concept analogue. C'est le premier niveau de compréhension du programme.

Le programme peut se distinguer du projet par le fait qu'il est généralement constitué d'un ensemble de projets visant un objectif global commun.

Le programme est davantage orienté vers l'atteinte d'un objectif que vers la réalisation d'un produit spécifique. Il est de longue durée et peut même avoir un caractère permanent. C'est le deuxième niveau de compréhension du programme.

Le troisième niveau de compréhension qui s'inscrit dans la logique de la réforme budgétaire considère le programme comme un grand objectif stratégique. L'ensemble des activités d'un département ministériel devrait se résumer à cinq programmes au plus. Ce type de programme va au-delà du programme défini comme un ensemble de projets.

Cette approche programme est privilégiée par rapport à l'approche projet dont la mise en œuvre a certainement des limites. Le secteur de la santé s'est adapté à ce type de programme au prix d'un certain contingentement et l'existence de document de politique et de stratégies dans le secteur a relativement facilité ce passage.

Cependant, la pratique de l'approche programme dans le secteur de la santé du Bénin s'est révélée porteuse de quelques difficultés du point de vue conceptuel et c'est pour cette raison que les préoccupations de l'approche programme liées à l'élaboration du budget programme sont évoquées ici pour une recherche de solution.

L'opportunité qu'offre la fin de la mise en œuvre du document de politique et de stratégies de développement du secteur santé 2002-2006, source de l'approche programme et l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire du Secteur (2007-2015) justifient le choix du thème << Analyse de l'approche programme du secteur santé>>.

Nous aborderons ce travail en trois points essentiels à savoir : la problématique, le cadre théorique et la méthodologie de l'étude (chapitre 1), la collecte et l'analyse des données (chapitre 2), les approches de solutions et les conditions de mise en œuvre (chapitre 3).

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1.1 Restitution de l'approche programme du Ministère de la Santé

1.1.1 Approche programme au Ministère de la Santé

1.1.2 Problématique

1.2 Objectifs et méthodologie adoptée

1.2.1 Objectifs, hypothèses et revue de la littérature

1.2.2 Choix de la méthodologie de l'étude : approches empirique et théorique

Ce premier chapitre traite de la problématique d'une approche programme efficace pour l'élaboration du budget programme.

Le Ministère de la Santé, lieu de notre stage a connu des mutations au cours de son développement ainsi que dans ses orientations et les constats que nous avons faits nous permettent de restituer les observations.

1. PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1.1 Restitution de l'approche programme du Ministère de la Santé

1.1.1. Approche programme au Ministère de la Santé

Elle est née de l'élaboration du budget programme adoptée par le secteur de la santé dans le cadre de la réforme engagée depuis 1999 dont l'objectif est de permettre une plus grande efficacité, une plus grande responsabilisation, la célérité dans l'exécution budgétaire et une meilleure lisibilité du budget.

L'approche programme retenue a pour fondement principal, la réduction du nombre de programmes à cinq afin de permettre une intégration des priorités nationales.

Le présent paragraphe se subdivisera en deux parties que sont : la notion de l'approche programme puis le secteur santé et l'approche programme.

1.1.1.1. Evolution de l'approche programme

L'approche programme est un processus qui permet aux gouvernements d'articuler les priorités nationales et de réaliser les objectifs de développement humain durable dans un cadre cohérent et participatif. L'approche programme est bien plus qu'un simple moyen de réunir des projets exécutés dans un "programme", c'est une approche logique qui intègre les processus de la planification et de la gestion. L'approche programme permet à tous les partenaires sous la conduite du gouvernement, de fournir un appui à un ou plusieurs éléments du programme-cadre national, en tenant compte de leur avantage comparatif. Il encourage l'intégration de toutes les ressources disponibles (nationales et extérieures) en vue de répondre aux priorités nationales.

Quant au programme, il vise à satisfaire des besoins déterminés sur la base d'objectifs définis que des indicateurs permettent d'apprécier. Le programme est caractérisé par une logique d'intervention fonction des objectifs, des indicateurs, des composantes, de la structure, des activités et des ressources. Pour un programme on distingue, les principaux responsables, les commanditaires, les

bénéficiaires, les gestionnaires. Ces éléments ont été déterminants dans l'évolution de l'approche programme du secteur.

1.1.1.1.1. Historique

Les documents d'orientation du secteur montraient déjà une certaine approche programme.

En 1978, la République du Bénin a souscrit à la Déclaration d'Alma Ata et adopté, à l'instar des autres Etats africains membres de l'OMS, les Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie principale pour atteindre l'objectif de Santé Pour Tous en l'an 2000 (SPT/2000).

En 1981, la détérioration de l'économie nationale et l'amenuisement des ressources intérieures ont contraint le gouvernement à réduire les crédits alloués au secteur de la santé.

Face à ces difficultés, le Gouvernement a revu sa politique sectorielle et présenté les principaux résultats de cette réflexion dans deux documents : « la programmation sanitaire de la République du Bénin, 1982-1991 » et la stratégie opérationnelle, 1985-1989.

Cette stratégie impliquait l'élaboration de **14 programmes**¹. Vu la détérioration de la situation économique du Bénin, le Gouvernement n'a pas pu financer lesdits programmes.

Les prémices de l'approche programme transparaissaient déjà dans la déclaration de politique de 1989.

Pour redresser une telle situation, le Gouvernement a prévu un accroissement soutenu des crédits de fonctionnement non salariaux et s'est engagé à préparer des budgets annuels de fonctionnement fondés sur un système du **budget programme** réaliste ; le Ministère de la Santé a préparé son budget de fonctionnement de 1989 sur la base du nouveau système du **budget programme**².

¹ Document de Politique Nationale de Développement Sanitaire, Mai 1989 page 3

² Document de Politique Nationale de Développement Sanitaire de mai 1989 page 17

Le système de budget programme était connu déjà en 1989 et était fonction de certains indicateurs clés.

Au total, onze (11) **programmes** ont été finalement prévus dans cette stratégie sanitaire nationale pour mettre en œuvre la nouvelle politique sanitaire pour la période de 1989-1993 au lieu de quatorze (14) programmes initialement.

La variabilité du nombre de programmes et des intitulés desdits programmes était déjà perceptible à l'origine.

1.1.1.1.2. Evolution des intitulés de programmes

L'approche programme et la précision des intitulés de programmes sera plus perceptible à travers le document de politique et de stratégies de développement du secteur de la santé 1997-2001 qui comprenait cinq (5) axes et vingt deux (22) programmes.

Dès 1999, l'expérience du budget programme allait impulser une autre dimension de l'approche programme qui allait contraindre à faire une lecture condensée du document de politique et de stratégies en cours pour prendre les cinq axes comme les programmes à savoir, la décentralisation de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire, le renforcement des capacités de gestion des services de santé, le financement du secteur santé, l'amélioration du traitement intégré des principales maladies, l'amélioration de la santé reproductive.

L'axe 4 du document de politiques et de stratégies nationales de développement du secteur santé (1997-2001) << Amélioration du traitement intégré des principales maladies>> allait donner lieu dans le budget programme 2001 à deux programmes <<la lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins >> (programme 3) et <<la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires >> (programme 5).

L'axe 2 <<Renforcement des capacités de gestion des services de santé>> et l'axe 3 <<Financement du secteur santé>> allaient être fusionnés pour donner le programme 2 du budget programme de 2001 <<Administration et gestion des ressources>>.

Cette adaptation s'inscrit dans le cadre des préoccupations émises aux plans régional et international au sujet des maladies à forte prévalence mais aussi dans le souci de rester conforme à un nombre de programmes inférieur à cinq.

La lutte contre les maladies prioritaires comprenait en 2001 les IST/MST/SIDA et le paludisme.

En 2002, s'est opérée l'inversion du programme 4 et du programme 5 du budget programme ; le programme 4 est devenu la prévention et la lutte contre les maladies prioritaires et le programme 5, la santé familiale. Au titre de la même année 2002, la Tuberculose s'est adjointe aux maladies prioritaires que sont le IST/MST/SIDA, le Paludisme.

Cette inversion des programmes correspond à une certaine logique d'intervention des programmes de maladies et le passage des maladies prioritaires à trois composantes trouve sa raison dans le lien étroit entre la tuberculose et les IST/MST/SIDA.

A l'évaluation à mi parcours du document de politique et de stratégies de développement du secteur santé (1997-2001) en 2001, la tentation de passer même à huit programmes a été forte.

La structure des programmes du secteur a évolué dans le temps et rend compte de la nécessité de la conformer aux réalités de la pratique et des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de l'approche programme.

L'approche programme a cependant un fondement.

1.1.1.1.3. Fondement du choix des programmes

A l'évaluation de la mise en œuvre de la politique sanitaire de la République du Bénin 1989-1993, les interrogations ont porté entre autres sur l'harmonisation de l'approche par programmes de la Nouvelle Stratégie Sanitaire Nationale avec l'approche par districts et sur l'assurance des principes dont elle se réclamait

l'équité, l'accessibilité, la décentralisation, l'intégration et l'impact réel sur l'état de santé de la population.

L'approche programme est généralement une approche verticale. Il convient de la croiser avec une approche horizontale qui prend en compte le territoire.

Le Bénin a décidé de recentrer donc sa politique sanitaire pour l'adapter au processus de décentralisation conformément aux conclusions de la Table Ronde du Secteur Santé tenue les 12 et 13 janvier 1995 à Cotonou.

Les principales orientations retenues pour la période 1997-2001 reposaient sur cinq résultats attendus :

- Amélioration de la couverture sanitaire et de l'organisation de la pyramide sanitaire basée notamment sur la décentralisation de l'organisation du système ;
- Moralisation et amélioration de la gestion du secteur ;
- Amélioration du financement du secteur ;
- Amélioration de la prise en charge des malades ;
- Amélioration des conditions de vie de la mère et de l'enfant sur la base des programmes visant à promouvoir la santé reproductive, la santé maternelle et infantile.

L'origine des cinq programmes pour l'élaboration du budget programme est issue des cinq résultats attendus du document de politiques et de stratégies de développement du secteur 1997-2001.

1.1.1.2. Secteur de la Santé et approche programme 2002-2006

Nous présenterons les différents programmes du ministère pour la période 2002-2006.

1.1.1.2.1. Présentation de l'approche programme du Ministère

Dans le cadre de l'élaboration de son Budget Programme, le Ministère de la Santé a adopté une approche programme qui repose sur cinq programmes.

Le programme 1, réorganisation de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire comporte trois sous programmes et vise à améliorer l'organisation de la pyramide sanitaire et la couverture sanitaire. Il s'agit de rendre la couverture sanitaire améliorée en quantité et en qualité, la gestion du secteur décentralisée et la participation communautaire efficace.

Ce programme s'inscrit dans l'optique du développement des soins de santé primaires et accompagne la couverture sanitaire par des actions de promotion de la santé et de lutte contre les maladies.

Le programme 2, financement et amélioration de la gestion des ressources comprend six sous programmes.

Ce programme a pour objectif spécifique « améliorer la gestion des ressources du secteur » en rendant les programmes et les activités mieux coordonnées, la gestion de personnel prévisionnelle avec une perspective de carrière, la gestion des ressources financière optimisée, la tarification des soins adaptée aux conditions socio-économiques des familles, l'entretien et la maintenance des infrastructures et équipements améliorés.

Les questions de gestion prises en compte ici comportent aussi des aspects de gestion décentralisée évoquée dans le premier programme.

Dans ce programme, est logé l'ensemble des ressources humaines et matérielles.

Le programme 3, prévention et lutte contre les maladies et amélioration de la qualité des soins

L'objectif à atteindre est d'améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies en mettant en œuvre la stratégie intégrée des maladies transmissibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en assurant la promotion des activités d'hygiène et d'assainissement de base, en renforçant les actions de lutte contre les maladies non transmissibles, le secteur hospitalier, la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments de qualité, les mécanismes de prise en charge des personnes indigentes.

Le programme 1 vise le développement du secteur hospitalier de zone par la constitution d'un ensemble de formations sanitaires périphériques (publiques et privées) autour d'une structure sanitaire de référence, l'hôpital de référence tandis que le programme 3 vise le renforcement des hôpitaux de deuxième et troisième niveau.

Le programme 4, prévention et lutte contre les maladies prioritaires comprend trois sous programmes.

L'objectif spécifique à atteindre également pour ce programme est d'améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies mais par une prise en charge médicale des IST/SIDA, une surveillance épidémiologique assurée, un renforcement de l'accès à un traitement rapide et adéquat, des mesures de protection contre le paludisme, le traitement des cas de tuberculose.

Le programme 5, promotion de la santé familiale comprend quatre sous programmes.

L'objectif spécifique à atteindre ici est encore " Améliorer la qualité des soins et la lutte contre les maladies" par la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile, l'adoption de comportements sexuels responsables, l'amélioration de la prise en charge des maladies gériatriques.

Ce programme est le programme à très faible coût et est en contradiction avec les préoccupations actuelles des Objectifs du Millénaire du Développement.

En résumé, l'approche programme est articulée en cinq grands programmes démultipliés en sous programmes.

Le Ministère pilote 21 sous programmes qui avoisinent les 22 programmes initialement contenus dans le document de politique et de stratégies de développement du secteur 1997-2001.

1.1.1.2.2. Conception de l'approche programme

Au regard du descriptif que nous venons de faire, la constitution de programmes peut se réaliser suivant plusieurs approches qui côtoient le processus d'identification des problèmes, le diagnostic et les solutions.

Cette conception peut reposer sur les priorités, une approche globale, les résultats à atteindre, les normes.

La mise en équation des innombrables défis que la santé pose à la population et au développement justifie que l'approche programme soit simultanément réaliste et ambitieux.

L'effort pour l'élaboration de toute approche va consister à répertorier les aspects sectoriels considérés comme des piliers de réforme de la santé, de sorte qu'ils puissent fournir des éléments d'approfondissement et d'analyse des domaines spécifiques afin de proposer les chemins menant au changement souhaité.

L'ambition d'un programme est de constituer un instrument intégrateur qui permette d'établir une interrelation entre les besoins, les interventions et les ressources disponibles ou mobilisables, de façon à multiplier les chances et rationaliser l'utilisation des ressources pour réussir un développement harmonieux des diverses composantes des services de santé.

L'approche programme apparaît aussi comme un instrument de programmation, d'exécution et de suivi en vue de la réalisation des principaux objectifs.

Il se trouve que la présente approche programme n'est pas inspirée par des critères d'homogénéité (il y a des programmes de lutte contre les maladies, des programmes de décentralisation du secteur)

1.1.1.2.3. Programmation, exécution et suivi évaluation suivant l'approche programme

1.1.1.2.3.1. Programmation et budgétisation suivant l'approche programme

La programmation retenue est triennale et est fonction d'un cadre dénommé Cadre de Dépenses à Moyen Terme qui structure les niveaux de ressources par secteur.

Les travaux de programmation débutent par une lettre de cadrage adressée aux différentes structures avec des indications de niveaux de ressources. C'est l'étape d'orientation budgétaire.

L'étape d'élaboration est conduite entièrement au sein du Ministère à travers l'évaluation des performances antérieures, l'élaboration par chaque structure de sa programmation, la consolidation des différentes programmations, la conduite des arbitrages intra sectoriels pour affiner les allocations, la finalisation de la programmation.

L'outil principal de programmation est le plan d'action qui correspond à des objectifs prédéfinis avec des rubriques que sont le numéro de l'activité, les activités, les indicateurs de suivi, les structures impliquées, la source de financement, le coût de l'activité en millions de francs CFA, la localisation de l'activité, les observations.

Ce plan d'action reçu de l'ensemble des structures par la DPP est d'abord catégorisé en différentes rubriques de nature de dépenses, 61 personnel, 62 achats de biens et services, 63 subventions, 64 transferts, 21 immobilisations, 22 aménagement du territoire, 23 constructions et 24 équipements.

Tableau n ° 1 : Formule pour la catégorisation des dépenses

C	D	E	F	G
61i				=SOMME.SI(\$C\$11:\$C\$15;"61i";G\$11:G\$15)
62i				=SOMME.SI(\$C\$11:\$C\$15;"62i";G\$11:G\$15)
63i				=SOMME.SI(\$C\$11:\$C\$15;"63i";G\$11:G\$15)
64i				=SOMME.SI(\$C\$11:\$C\$15;"64i";G\$11:G\$15)
21i				=SOMME.SI(\$C\$11:\$C\$15;"21i";G\$11:G\$15)
22i				=SOMME.SI(\$C\$11:\$C\$15;"22i";G\$11:G\$15)
23i				=SOMME.SI(\$C\$11:\$C\$15;"23i";G\$11:G\$15)
24i				=SOMME.SI(\$C\$11:\$C\$15;"24i";G\$11:G\$15)
Ti				=SOMME(G20:G27)

Source : Budget programme

C'est une exigence du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFiP). Pour connaître le montant global par nature de dépenses, il est utilisé la fonction mathématique Somme si (la colonne comportant les rubriques de nature de dépenses ; la colonne comportant le code de la nature de dépenses ; la colonne comportant les données sur les montants).

Cette formule est écrite pour chaque plan d'action et est actualisée par la fixation des termes et par le changement des natures de dépenses.

Au besoin, les natures de dépenses sont catégorisées sous la forme intérieure et sous la forme extérieure par ajout de la lettre i (intérieure) ou de la lettre e (extérieure).

La lettre i identifie la nature de dépenses correspondante comme étant une dépense financée sur ressources intérieures et la lettre e identifie la nature de dépenses correspondante comme étant une dépense financée sur ressources extérieures.

Lorsque le code de la nature de dépenses est alphanumérique, il faut prendre soin de le circonscrire par les guillemets.

L'éclatement par nature de dépenses est une exigence de l'Union Economique Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) en vue d'une comparaison entre pays de l'effort national en faveur ou non de l'investissement.

Cette nomenclature de l'UEMOA est comme une nomenclature de destination qui n'est pas toujours conforme à la nomenclature classique qui elle, est une nomenclature d'origine.

La deuxième étape consiste à transformer les plans d'action en base de données. Cette base de données donne la latitude de concevoir la programmation sous plusieurs angles. La base de données insert la structure de programmation des actions, la localisation (périphérique, intermédiaire, central).

A la troisième étape, il faut reverser le plan d'action suivant les natures de dépenses dans les tableaux des évaluations financières.

Le tableau des évaluations financières est structuré en deux parties, le fonctionnement et le Programme d'Investissements Publics (PIP).

Le budget de fonctionnement est pris globalement par programme en raison de la constance des catégories de dépenses. Les projets par contre transparaissent en détail dans le tableau des évaluations financières en ressources intérieures et ressources extérieures et un lien part des différents plans d'action vers le tableau des évaluations.

L'approche programme s'est greffée sur l'approche classique du budget avec ses deux composantes que sont le fonctionnement et le PIP.

Elle n'a donc pas généré son propre fonctionnement et ses investissements publics.

Il arrive souvent qu'un plan d'action soit modifié alors que les formules sont déjà arrêtées. Pour ne pas reprendre les formules, il faut insérer les nouvelles actions à

la deuxième ligne. Ainsi les formules sont conservées et les résultats par nature de dépenses actualisés.

Pour des raisons d'inattention, il est préférable que par structure un seul lien soit introduit dans le tableau des évaluations financières pour générer le reste des natures de dépenses en enlevant la fixation du signe \$ et pour permettre à la variable de glisser; il est nécessaire que la disposition des natures de dépenses à la fin de chaque plan d'action soit maintenue dans le tableau des évaluations financières.

Le double contrôle est un principe important pour les tableaux d'évaluations financières et il faut pour deux mêmes résultats, deux formules différentes en vue d'une comparaison. Le travail préalable de programmation repose initialement sur les montants globaux par source de financement de chaque structure ou projet. Le tableau d'évaluations financières en bas du récapitulatif des éclatements par nature de dépenses intérieures et extérieures reprend le financement année par année de chaque source de financement contributive avec un total de toutes les ressources.

Ces derniers éléments viennent des liens avec le PIP triennal et permettent le contrôle des montants des différents éclatements.

Tableau 2 : Tableau d'évaluation financière des programmes

		ANNEE	SOURCES	ANNEE 2003	ANNEE 2004	ANNEE 2005	ANNEE 2006	ANNEE 2006	ANNEE 2006	ANNEE 2007	ANNEE 2008
N°	Libellé du programme			Résultats	Résultats	RESULTATS	Services votés	Mesures Nouvelles	Propositions	Projections	Projections
61	Dépenses de personnel	RI			4	3	3	-1	2	2	2
62	Achats de biens et services	RI		10	18	15	15	-7	8	8	8
21	Immobilisations incorporelles	RI						21	21	32	23
22	Acquisition et aménagement des sols et sous sols	RI						0	0	0	0
23	Acquisitions, constructions et grosses réparations des immeubles	RI		200	165	187	187	-52	135	108	117
24	Acquisitions et grosses réparations du matériel et mobilier	RI		90	63	45	45	39	84	100	100
			TOTAL RI	300	250	250	250	0	250	250	250
14	1.1	Mobilisation des Infrastructures Sanitaires Existantes	BN	300	250	250	250	0	250	250	250
			Total	300	250	250	250	0	250	250	250

Source : Budget programme

Ainsi, le tableau des évaluations financières trouve sa justification à partir des tableaux principaux, le PIP triennal et les différents plans d'action du programme concerné. A la fin de chaque programme ou sous programme, il est possible de

récapituler la programmation et la budgétisation par nature de dépenses et par source de financement.

Rappelons que le tableau des évaluations financières est réalisé par programme.

Pour les cinq programmes du secteur de la santé, il y a cinq feuilles de calcul.

A partir de ces tableaux d'évaluations financières, on réalise les différents tableaux de synthèse tels que le Cadre de Dépenses à Moyen Terme du budget programme ; il y a un lien direct entre le CDMT et le tableau des évaluations financières.

Quant aux tableaux synthèse, ils prennent source du CDMT.

Les tableaux de financement prennent source des tableaux des évaluations financières.

Les schémas de financement prennent source des tableaux des évaluations financières.

Le tableau de passage prend source du tableau des évaluations financières.

Il y a un récapitulatif global par nature de dépenses.

1.1.1.2.3.2. Exécution et suivi évaluation suivant l'approche programme

Pour l'exécution des programmes, nous nous contenterons du résultat des procédures.

1.1.1.2.3.2.1. Exécution suivant l'approche programme

Après le vote du Budget Général de l'Etat par l'Assemblée Nationale, le Ministère du Développement de l'Economie et des Finances saisit les départements ministériels par une lettre de notification des crédits.

Cette notification est faite aux entités dont les lignes budgétaires sont prévues.

Ces entités font partie des programmes et il n'existe pas encore des gestionnaires de programmes au sens de l'approche programme retenue mais plutôt des gestionnaires de crédits.

L'exécution se réalise suivant deux procédures, normale et exceptionnelle.

Procédure normale

Suivant la procédure normale, les dépenses publiques sont exécutées en quatre étapes que sont : l'engagement, la liquidation, l'ordonnancement et le paiement.

L'engagement de la dépense

Le gestionnaire de crédits initie la dépense en exprimant ses besoins à travers une demande d'engagement accompagnée de trois factures pro forma qu'il adresse au Directeur de l'administration.

Le Directeur de l'administration édite la fiche d'engagement de même que l'original du bon de commande et transmet le dossier au Contrôleur Financier ou à son délégué.

Le Contrôleur financier ou son délégué étudie le dossier, le valide appose son visa et le transmet au Directeur de l'administration.

Le Directeur de l'Administration contresigne le bon de commande visé par le Délégué du Contrôleur Financier et le notifie au fournisseur qui s'exécute en livrant la commande au Gestionnaire de crédits ou à son représentant.

Le gestionnaire de crédits réceptionne la commande, procède à la certification des factures et transmet le dossier au Directeur de l'Administration.

La liquidation de la dépense

Le Directeur de l'Administration édite le mandat de paiement qu'il transmet au contrôleur financier ou à son délégué.

Le contrôleur financier vise le mandat puis le transmet par bordereau au Directeur de l'administration.

L'ordonnancement de la dépense

Au niveau de la phase de l'ordonnancement, l'ordonnateur Délégué signe le mandat et le transmet au trésor public.

Le paiement

Les mandats réguliers sont mis en paiement et la dépense est réglée, soit à vue, soit par chèque trésor, soit par virement bancaire ou postal soit par transfert.

Tous les directeurs de l'administration et directeurs des ressources financières et du matériel sont invités à engager les dépenses de fonctionnement uniquement par la procédure normale d'exécution des dépenses publiques.

Il n'y a pas encore une unicité de procédure d'exécution par programme des dépenses publiques.

Procédure exceptionnelle

La procédure exceptionnelle est une procédure simplifiée par laquelle les dépenses sont exécutées soit par ordre de paiement soit par engagement ordonnancement, soit par délégation ordonnancement.

Dépenses exécutées par ordre de paiement

Le gestionnaire de crédit envoie une lettre d'appel de fonds à l'ordonnateur délégué.

L'ordonnateur délégué édite l'ordre de paiement qu'il transmet au contrôleur financier ou à son délégué.

Le contrôleur financier réceptionne le dossier, donne son visa et le retourne à l'ordonnateur délégué.

L'ordonnateur délégué signe l'ordre de paiement et le transmet au trésor public pour prise en charge et paiement.

Dépenses exécutées par engagement ordonnancement

Les dépenses exécutées par procédure engagement ordonnancement concernent des dépenses telles que la régularisation des soldes et accessoires, les rappels de salaires, les primes et indemnités.

La procédure d'exécution de ces dépenses comporte deux phases à savoir l'engagement ordonnancement et le paiement.

Pour l'engagement ordonnancement, les deux opérations se réalisent de façon concomitante.

Le gestionnaire de crédits remplit une demande d'engagement réservation et transmet l'ensemble du dossier à l'ordonnateur délégué.

L'ordonnateur délégué édite le mandat qu'il transmet au contrôleur financier ou à son délégué.

Le contrôleur financier accorde son visa et retourne le dossier à l'ordonnateur délégué.

L'ordonnateur délégué signe le mandat et transmet le dossier au trésor public pour prise en charge et paiement.

Dépenses exécutées par délégation ordonnancement

Cette procédure est utilisée pour exécuter les dépenses des postes diplomatiques. L'engagement et l'ordonnancement sont faits concomitamment.

1.1.1.2.3.2.2. Suivi évaluation suivant l'approche programme

Le cadre institutionnel de ce suivi évaluation est le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CNEEP) et les deux sous comités Pyramide Sanitaire et Gestion des Ressources (SCPSGR) Maladies et Santé Familiale (SCMSF) au niveau national, les Comités Départementaux de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets/Programmes (CDEEP) au niveau départemental.

Quant au cadre opérationnel, il est constitué de la Cellule de Suivi Evaluation, des Superviseurs d'axes (Programmes), des Points focaux des Directions Techniques et Départementales.

Le système de suivi évaluation s'est adapté à l'approche programme avec des répondants appropriés qui jouent également le rôle de facilitateurs pour la programmation.

Les outils de travail pour le suivi évaluation sont, le bilan, la fiche du Programme d'Action du Gouvernement, le rapport d'autoévaluation, le rapport d'avancement mensuel.

Tous ces rapports concourent à la rédaction du rapport de performance qui doit être déposé à la Direction Générale du Budget le 30 mars de l'année suivante avant sa transmission à la Cour des Comptes.

Ce délai n'est pas encore respecté.

Le suivi évaluation des indicateurs entre ici en ligne de compte et est collecté de façon active ou par routine.

Les indicateurs de suivi évaluation de la santé sont difficiles à lier aux programmes de façon intrinsèque et la verticalité des programmes ne permet pas de les décliner par niveau en fonction des diagnostics posés.

Par contre d'autres indicateurs semblent avoir atteints des seuils d'immuabilité et ne répondent pas au critère de sensibilité.

1.1.2. Problématique

De plus en plus les Etats, les organismes et les structures s'accordent à reconnaître dans l'approche programme un instrument pour articuler les priorités nationales dans un cadre cohérent et pour faciliter le suivi de la gestion axée sur les résultats.

L'approche du développement axée sur les projets a été longtemps expérimentée et n'a pas toujours débouché sur les niveaux de développement soutenu escomptés. Les projets généralement sont autonomes et visent à répondre à des besoins de développement particuliers. Leur intégration aux objectifs nationaux est généralement minimale.

Le secteur de la santé du Bénin dans le cadre des réformes entreprises relatives à l'efficacité dans la gestion des finances publiques et à la réduction de la pauvreté a amorcé dès 1999, l'approche budget programme qui repose sur l'approche programme.

Cette réforme est intervenue en pleine période de la mise en œuvre de la politique et des stratégies de développement du secteur santé 1997-2001 qui elle, était structurée en cinq axes d'intervention.

L'adaptation de l'approche programme à cette politique 1997-2001 avait abouti à la définition de cinq programmes. Cette adaptation a influencé le deuxième document de politique et de stratégies du secteur de la santé 2002-2006.

Cependant, les principes de base de la constitution des programmes ne semblent pas être définis de même que les critères de normalité d'un ensemble de programmes de sorte que les arguments pour faire valoir les programmes,

tiennent essentiellement aux objectifs à atteindre en aval par les structures au détriment de ceux en amont.

Les interrogations que l'approche programme suscite sont multiples en raison de la diversité des secteurs appelés à adopter ladite approche, de la nécessité de contenir le nombre de programmes pour un secteur en deçà de cinq, des fondements pour la création des programmes, de la complémentarité des programmes, de leur interaction et de leur passerelle afin que leur isolement puisse expliquer de façon intrinsèque l'atteinte des résultats par programme.

L'approche programme pour un secteur comme le Ministère de la Santé du Bénin est donc un concept auquel il convient de donner toute son importance.

Aujourd'hui, sept ans se sont écoulés depuis l'adoption de l'approche programme sans que la lisibilité recherchée du budget programme soit perçue par tous les acteurs.

De même, le contexte qui prévaut de par le monde et les mutations souhaitées pour les systèmes de santé afin que les peuples accèdent à la santé pour tous ou que les Objectifs du Millénaire pour le Développement soient atteints, interpellent les acteurs de la santé à bien penser l'approche programme en vue de respecter les échéances fixées.

En effet, l'approche programme est de nos jours privilégiée par rapport à l'approche projet et il est aisé de penser que sa mise en œuvre ne souffrirait d'aucune limite, ne serait-ce que pour l'élaboration du budget programme. Mais force est de constater que l'utilisation de l'approche programme pour le secteur de la santé comporte quelques difficultés liées à l'impossibilité de cloisonner les programmes, de circonscrire les interventions du personnel de santé, d'apprécier objectivement le coût ou financement d'un programme en raison de la dispersion des éléments qui doivent concourir à cette appréciation.

C'est pour toutes ces raisons que la présente étude portera sur le thème << ANALYSE DE L'APPROCHE PROGRAMME DU SECTEUR SANTE >>.

1.2. Objectifs et méthodologie adoptée

Il sera question, ici d'une part d'énumérer les objectifs à atteindre par l'étude et d'autre part de partir des causes supposées des problèmes pour formuler les hypothèses de l'étude afin d'aboutir à l'élaboration du Tableau de Bord de l'Etude (TBE).

1.2.1. Objectifs, hypothèses et revue de la littérature

Elle consistera à fixer l'objectif général et les objectifs spécifiques de l'étude.

1.2.1.1. Fixation des objectifs

1.2.1.1.1. Objectif général

Notre objectif général est de contribuer à l'efficacité de la mise en œuvre de l'approche programme pour l'élaboration du budget programme.

1.2.1.1.2 Objectifs spécifiques

L'objectif général sera décliné en objectifs spécifiques qui seront formulés conformément aux différents problèmes spécifiques retenus.

- Analyser les effets de l'interférence des programmes sur l'efficacité de l'approche programme (objectif spécifique n°1) ;
- Etudier les problèmes liés à l'évaluation des coûts des programmes (objectif spécifique n°2) ;
- Analyser la pertinence des indicateurs d'évaluation des programmes utilisés dans le cadre de l'approche programme (objectif spécifique n°3)

1.2.1.2. Hypothèses et tableau de bord de l'étude

Il faut identifier ici les causes supposées à la base des problèmes spécifiques évoqués et les hypothèses liées, éléments constitutifs du tableau de bord de l'étude.

1.2.1.2.1. Hypothèses liées aux problèmes spécifiques

Tout problème a toujours une cause à identifier et la détermination de celle-ci s'inscrit dans la résolution dudit problème.

1.2.1.2.1.1. Hypothèse liée au problème de concurrence entre programmes

La création de programmes qui associe l'approche spatiale et l'approche maladie concourt à cette concurrence. Il faut adopter soit l'approche spatiale ou l'approche maladie.

La réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire ne va pas sans les soins de santé primaires entendus comme soins de santé essentiels, universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation, à un coût abordable. Ils prennent en compte les soins liés à certaines maladies qui font l'objet spécifique de programmes. La concurrence entre les programmes pourrait alors provenir de l'interférence des actions entre programmes. **L'hypothèse spécifique n°1** peut être formulée ainsi qu'il suit :

L'interférence des programmes, base de la concurrence entre lesdits programmes, engendre l'inefficacité de l'approche programme.

1.2.1.2.1.2. Hypothèse liée à la mauvaise évaluation du coût des programmes

La conception d'un ensemble de programmes exige l'accompagnement de ceux-ci par un programme de gestion comme programme de soutien. Ce programme de soutien ne doit pas exclure que chaque programme de façon autonome puisse se suffire par les ressources matérielles et humaines adéquates pour son bon fonctionnement. La particularité du secteur de la santé engendre quelques difficultés quant à la détermination réelle du concours de chaque catégorie de ressource humaine à un programme donné. Face à l'impossibilité d'inventer une clé de répartition objective, l'ensemble des ressources humaines est logé dans le programme de gestion. Cette option fragilise ainsi tous les autres programmes en termes de coût et pourrait constituer une interdépendance de coût.

Les composantes logées au sein d'un programme, le sont en fonction de leur contenu jugé primordial. Le contenu moins prépondérant susceptible d'appartenir à d'autres programmes n'est pas affecté. Il aurait fallu dès le départ, répertorier

l'ensemble des actions des composantes pour les circonscrire dans les programmes appropriés.

L'hypothèse spécifique n°2 peut être libellée comme suit :

L'interdépendance de certains coûts rend difficile l'évaluation des programmes.

1.2.1.2.1.3. Hypothèse liée à l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes

Les indicateurs sont identifiés pour rendre compte de l'efficacité de la mise en œuvre des programmes. Ce compte rendu a besoin d'être exhaustif et explicite de ce que le programme aura à réaliser.

Trois types d'indicateurs ne répondent pas à ces critères.

Le premier est composé d'indicateurs marginaux qui ne prennent en compte qu'un seul aspect des volets d'un programme (taux de fréquentation).

Le deuxième est constitué d'indicateurs qui sont globaux et dont le suivi n'incombe pas au seul secteur de la santé. Il faut concevoir des indicateurs qui soient réellement sectoriels (taux de consommation des crédits, délai de passation des marchés).

Le troisième comprend les indicateurs insensibles du fait des seuils atteints et pour lesquels on pourrait concevoir des indicateurs marginaux prenant en compte l'effort supplémentaire à réaliser (indicateurs de vaccination).

Les indicateurs retenus par le secteur de la santé ne matérialisent pas les centres de responsabilité au sein du secteur ; le secteur est indexé lorsqu'un indicateur n'est pas atteint sans qu'il soit possible de répercuter la part de responsabilité (il n'y a pas de seuils d'atteinte fixés par niveau du système de santé). L'approche programme bien que verticale ne va pas sans l'horizontale traduite par la notion de centres de responsabilité et la notion spatiale.

L'hypothèse spécifique n°3 peut être exprimée comme suit :

Le choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine engendre l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes.

Tableau n° 3: Tableau de Bord de l'Etude sur << L'analyse de l'approche programme du secteur santé>>

Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes(supposées être à la base des problèmes)	Hypothèses
Niveau Général	Problème Général La faible efficacité de la mise en œuvre de l'approche programme pour l'élaboration du budget programme	Objectif Général Contribuer à l'efficacité de la mise en œuvre de l'approche programme pour l'élaboration du budget programme	-	-
Niveaux Spécifiques	Problème Spécifique 1 1 La concurrence entre les programmes	Objectif Spécifique 1 Analyser les effets de l'interférence des programmes sur l'efficacité de l'approche programme	Cause Spécifique 1 L'interférence des programmes	Hypothèse Spécifique 1 L'interférence des programmes, base de la concurrence entre lesdits programmes, engendre l'inefficacité de l'approche programme
	Problème Spécifique 2 2 La difficile évaluation du coût des programmes	Objectif Spécifique 2 Etudier les problèmes liés à l'évaluation des coûts des programmes	Cause Spécifique 2 L'interdépendance de certains coûts	Hypothèse Spécifique 2 L'interdépendance de certains coûts rend difficile l'évaluation des programmes et entraîne l'inefficacité de l'approche programme
	Problème Spécifique 3 3 L'inadéquation de certains indicateurs aux programmes	Objectif Spécifique 3 Analyser la pertinence des indicateurs d'évaluation des programmes utilisés dans le cadre de l'approche programme	Cause Spécifique 3 Le choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine	Hypothèse Spécifique 3 Le choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine engendre l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes d'où l'inefficacité de l'approche programme

1.2.1.3. Revue de la littérature

Nous partons du niveau général des dimensions théorique et empirique pour déboucher sur le choix d'une méthodologie pour la résolution des problèmes ciblés par l'étude. Il convient de faire remarquer que la revue n'est pas suffisamment riche.

Il sera question dans cette partie d'exposer les contributions antérieures à la résolution des différents problèmes identifiés et retenus. Nous aurons à mettre en exergue les approches théoriques de certains auteurs qui, par le passé, ont abordé les problèmes à résoudre de notre étude. Nous partons pour ce faire du point de connaissances liées au problème général de l'inefficacité de l'approche programme à ceux relatifs aux problèmes spécifiques en résolution :

- La concurrence entre les programmes.
- La mauvaise évaluation du coût des programmes.
- L'inadéquation de certains indicateurs aux programmes.

1.2.1.3.1. Point des connaissances liées au problème général

L'approche programme constitue une procédure de gestion intéressante et novatrice mais montre quelques limites lorsqu'elle est appliquée à des structures complexes et d'envergure tel que le secteur de la santé.

L'approche programme est une approche par objectifs qui met en valeur des fins à atteindre traduites en dépenses nécessaires. L'élaboration du programme et l'établissement du budget programme sont par conséquent deux opérations distinctes mais interdépendantes, l'élaboration du programme étant l'étape première essentielle, celle du budget programme permettant le calcul du coût de ces mesures. Ce système de gestion, novateur à bien des égards, ne fonctionne pourtant pas bien. L'approche programme doit privilégier le classement des programmes par priorité afin de régler ce qui paraît pressant quitte à déclasser dans le temps certains programmes au profit d'autres.

L'approche programme a souvent été holistique et s'est fondée sur des visions ou slogans dont la réalité dépasse parfois l'entendement. L'objectif des gouvernements et de l'Organisation Mondiale de la Santé pour faire accéder tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie

socialement et économiquement productive est devenu petit à petit inadapté et utopique.

L'approche programme du fait de son caractère explicatif du budget débouche sur l'élaboration de budgets programmes volumineux, analytiques et parfois difficiles à comprendre et à utiliser.

1.2.1.3.2. Point des connaissances liées aux problèmes spécifiques

1.2.1.3.2.1. Contributions antérieures liées à la concurrence entre les programmes

L'approche programme est une approche centrée sur les objectifs et ceux définis au niveau des programmes sont des objectifs globaux auxquels généralement concourent plusieurs événements.

C'est la première source de concurrence.

En effet, du projet au plan en passant par les programmes, il y a un enchevêtrement d'actions qui font de l'ensemble des programmes un tout s'en que la délimitation des frontières de ceux-ci soit très étanche au point d'isoler un programme par rapport à un autre.

La superposition des approches constitue aussi un handicap et la subsistance du passé est encore forte dans les réformes. L'approche programme continue de coexister avec l'approche projet, le budget classique avec le budget programme.

La démarche classique retient comme objectif premier pour un projet les produits ou services spécifiques attendus du projet ou résultats du projet et comme second objectif les produits générés par ces résultats ou objectifs spécifiques.

Ces deux niveaux d'objectifs correspondent au projet. L'impact direct du projet sur la population correspond à un niveau supérieur d'objectif qu'on peut qualifier de général.

Ce sont les objectifs généraux du projet (qui peuvent être parfois à long terme). Il s'agit là d'objectifs qu'un projet ne peut permettre à lui seul d'atteindre ; mais il contribue à leur réalisation aux côtés d'autres projets. Ce sont des objectifs déterminés pour des niveaux supérieurs tels que le niveau du programme ou du plan. C'est à leur opérationnalisation que participe le projet. L'insertion du projet dans les objectifs du plan (via ceux du programme) s'apprécie alors par rapport à sa pertinence au niveau des objectifs globaux et surtout des objectifs généraux.

1.2.1.3.2.2. Contributions antérieures liées à la mauvaise évaluation du coût des programmes

Il est reconnu que les charges additionnelles courantes ou périodiques appelées charges récurrentes induites par les réalisations de grande envergure telles que les constructions et les équipements sont soit omises volontairement ou sous estimées. Il s'agit de l'ensemble des flux annuels de dépenses brutes de fonctionnement et d'entretien occasionnées par un investissement.

Leur bonne prévision s'inscrit dans un contexte d'une meilleure planification de l'économie nationale.

A cette préoccupation initiale, s'ajoutent les difficultés d'estimation réelle de la charge de travail pour les ressources humaines à cheval sur des programmes et dont les services ne sont pas forcément dissociables. Il convient au cours de l'élaboration d'un programme de procéder à l'analyse ex-ante des charges récurrentes que génèrera les investissements.

1.2.1.3.2.3. Contributions antérieures liées à l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes

Les indicateurs permettent le choix des priorités et l'évaluation rétroactive. Lorsqu'ils ne sont pas produits à temps, ils rendent la logique d'une « programmation budgétisation » inachevée.

L'originalité de la démarche qui soutient la construction d'un budget programme réside dans une programmation par objectifs, couplée avec l'allocation des ressources. Le défaut d'obtention dans les délais des indicateurs chiffrés de résultats relatifs à l'état de santé des populations nuit à la discussion budgétaire.

L'insuffisance d'analyse pour identifier les indicateurs de résultat est aujourd'hui vérifiée. Dans ce contexte, l'implantation des mesures de performance dans le service public préoccupe le plus grand nombre. La réforme est un facteur de transparence et de bonne gouvernance certes, mais un doute subsiste quant aux incitations, sanctions ou répercussions sur un secteur fondées au vu des résultats obtenus avec la mise en œuvre de l'approche programme.

1.2.2. Choix de la méthodologie de l'étude : approches empirique et théorique

Elle vise la spécification des causes se trouvant à la base des problèmes afin de déterminer les conditions d'une meilleure complémentarité des programmes,

d'une bonne évaluation du coût des programmes et de l'adéquation des indicateurs aux programmes. La notion de limite est relative et il n'est pas nécessaire que les modalités requièrent le pourcentage de 100 %.

1.2.2.1. Approche théorique retenue

Nous présenterons d'une part l'approche théorique retenue et d'autre part la dimension empirique choisie.

1.2.2.1.1. Choix théorique lié au problème de concurrence entre les programmes

La concurrence entre les programmes est due à la non étanchéité des programmes et au caractère horizontal de certaines actions relatives aux soins de santé primaires.

Par rapport au problème de la concurrence des programmes, toute modalité qui aura une fréquence relative supérieure ou égale à 50 % sera considérée comme déterminant.

1.2.2.1.2. Choix théorique liée à la mauvaise évaluation du coût des programmes

Les programmes du secteur santé ne permettent pas une affectation conséquente de ressources humaines. Cette affectation concourt à une mauvaise évaluation des programmes.

Ici toute modalité qui aura un poids supérieur ou égal à 50 % sera retenue. Toutes les réponses seront analysées sur la base de ce seuil.

1.2.2.1.3. Choix théorique liée à l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes

Les indicateurs qui ne rendent pas compte de façon exhaustive des programmes qu'ils sont censés évalués seront soumis pour appréciation.

Le poids de 50 % au moins sera le critère de validité de la cause.

1.2.2.2. Dimension empirique de l'étude

La préparation et le déroulement de l'enquête sont les éléments de la dimension empirique.

1.2.2.2.1. Préparation de l'enquête

La préparation des enquêtes comprend la fixation des objectifs de l'enquête, la nature de l'enquête, la définition de l'échantillon, la définition du centre d'intérêt du questionnaire.

1.2.2.2.1.1. Objectifs et nature de l'enquête

L'enquête à mener vise à identifier les causes réelles se trouvant à la base des problèmes identifiés et retenus. Il s'agit de vérifier de façon spécifique les hypothèses formulées ci-après :

- L'interférence des programmes, base de la concurrence entre lesdits programmes engendre l'inefficacité de l'approche programme ;
- L'interdépendance de certains coûts rend difficile l'évaluation du coût des programmes et entraîne l'inefficacité de l'approche programme;
- Le choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine engendre l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes.

1.2.2.2.1.2. Cadre et nature de l'enquête

L'enquête est interne au secteur de la santé. Elle sera réalisée dans les structures en charge de l'élaboration du budget programme par sondage au moyen d'un questionnaire conçu et administré (**annexe 1**) à un échantillon représentatif de cette population.

1.2.2.2.1.3. Echantillonnage

Diverses techniques d'échantillonnage ont été combinées dans le cadre de cette recherche à savoir l'échantillonnage exhaustif et non exhaustif.

L'échantillon sera représentatif des personnes en charge de l'élaboration du budget programme au niveau central à la Direction de la Programmation et de la Prospective, la Direction des Ressources Financières et du Matériel ainsi que dans les structures correspondantes décentralisées que sont les Services des Etudes de la Planification et du Suivi, les Services des Ressources Financières et

du Matériel. L'échantillon sera constitué de 30 personnes au moins dans les localités de Cotonou, Abomey, Porto Novo, Lokossa, Parakou, Natitingou.

L'essentiel des populations et échantillons de travail est récapitulé dans le tableau suivant :

Tableau n° 4 : Echantillonnage

CATEGORIE	EFFECTIF	ECHANTILLON			TECHNIQUES D'ECHANTILLONAGE UTILISEES
		PREVU	TOUCHE	%	
DRFM	1	1	1	100	EXHAUSTIF
DPP	1	1	1	100	EXHAUSTIF
DDSP ATACORA	2	2	2	100	EXHAUSTIF
DDSP BORGOU	2	2	2	100	EXHAUSTIF
DDSP ZOU	2	2	2	100	EXHAUSTIF
DDSP MONO	2	2	2	100	EXHAUSTIF
DDSP OUEME	2	2	2	100	EXHAUSTIF
DDSP ATLANTIQUE	2	2	2	100	EXHAUSTIF
DIRECTIONS TECHNIQUES	8	4	4	100	NON EXHAUSTIF
S /DPP	10	10	10	100	EXHAUSTIF
S/DRFM	10	2	2	100	NON EXHAUSTIF
TOTAL	42	30	30		

Source : DPP/MSP

Les questions qui seront administrées serviront à collecter des données permettant de vérifier les hypothèses formulées, et d'évaluer les possibilités de recommandations de résolution du problème général posé.

Le questionnaire a fait l'objet de test à l'issue duquel les difficultés liées à la compréhension et au remplissage ont été prises en compte.

1.2.2.2.2. Réalisation des enquêtes

L'enquête concerne une étude qualitative réalisée auprès des personnes prioritairement concernées par les problèmes à résoudre sur la période du 01 mars au 15 mars 2006.

La saisie est faite avec EPI Info et l'analyse avec le logiciel SPSS. Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont consignés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

2.1 Collecte et présentation des données

2.1.1 Préparation et réalisation de la collecte

2.1.2 Présentation et limites des données

2.2 Vérification des hypothèses et établissement de diagnostic

2.2.1 Vérification des hypothèses

2.2.2 Diagnostic établi

Ce deuxième chapitre traite de la collecte, de la présentation et de l'analyse des données.

Il retrace les conditions de déroulement de la collecte des données et permet la vérification des hypothèses précédemment énoncées.

2 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

Pour l'analyse des limites de l'approche programme du secteur santé, des données doivent être recueillies et traitées. La situation à analyser détermine la source d'informations et pour cette raison, certaines informations ont été directement tirées de l'existant ou source secondaire d'informations, tandis que d'autres ont nécessité la réalisation d'une enquête. L'enquête a permis la vérification des aspects spécifiques des questions évoquées sur les limites de l'approche programme pour compléter les aspects généraux des informations issues des sources secondaires.

Ce chapitre est consacré en deux parties : la collecte de données qui suppose trois étapes que sont , la détermination de l'objectif de l'étude, l'élaboration du plan de recherche, la collecte proprement dite ; le traitement des données à savoir, l'analyse des données, l'interprétation et la présentation des résultats.

2.1. Collecte et présentation des données

Cette collecte s'inscrit dans une méthodologie de recherche décrite un peu plus haut. Cette méthodologie situe la nature de la recherche ainsi que le processus de conduite.

2.1.1. Préparation et réalisation de la collecte

2.1.1.1. Préparation de la collecte

Des cinq modes principaux de relevé des informations pour l'enquête, principalement deux ont été utilisés, le mode face à face et le mode électronique. Le mode face à face correspond aux interviews ou entrevues et donne lieu à des discussions entre enquêteur et enquêté. Le choix du mode électronique a consisté à l'envoi du questionnaire dans les boîtes électroniques de certaines personnes concernées par l'enquête. Ce mode a l'avantage de la saisie directe et nous a permis de joindre les enquêtés éloignés de Cotonou.

Le choix de ces deux modes s'explique par la complexité de l'information, le temps requis pour l'enquête, le délai de traitement, les ressources requises, l'influence de l'enquêteur, le taux de réponse.

L'instrument de collecte de données primaires qui a été utilisé en a tenu compte. Il est stipulé essentiellement en questions fermées à réponse unique et à réponses multiples, en quelques questions ouvertes dont les réponses seront utilisées à des fins d'analyse orientées et en quelques questions semi ouvertes.

Quant à la recherche documentaire, elle a porté sur les outils nécessaires à la réalisation de l'étude et l'enquête à travers plusieurs structures que sont :

- Le service de la statistique et de la documentation où les documents de politique et de stratégies ont été consultés;
- Le service de la programmation de la Direction de la Programmation et de la Prospective où les documents de budget programme ont été collectés ;
- Le service du budget de la Direction des ressources Financières et du Matériel où les budgets classiques ont été consultés.

D'autres centres de documentation ont été mis à contribution, tels que :

- Le centre de documentation de l'Equipe Technique d'Appui à la Réforme Budgétaire (ETARB/MFE) où divers rapports et ou aides mémoire ont été recherchés et exploités ;
- Le centre de documentation du Ministère du Développement de l'Economie et des Finances où nous avons exploité les documents stratégiques ;
- Le centre de documentation de l'Institut Supérieur Panafricain d'Economie Coopérative où des mémoires ont été consultés;
- La Bibliothèque Désiré Patrick VIEYRA de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) où différents mémoires ont été consultés.

Cette documentation a été complétée par des notes et documents de cours.

2.1.1.2. Réalisation et traitement des données

Le traitement des données a connu ces quatre étapes distinctes :

- La préparation des données qui consiste à codifier et à saisir les données recueillies à l'aide de questionnaire ;

- La vérification des données pour s'assurer de leur validité et de leur cohérence ;
- La synthèse des données qui consiste à présenter les données de façon agrégée, sous forme de tableaux pour ressortir les caractéristiques des informations recueillies ;
- L'analyse des données qui consiste à décrire les variables, à présenter leur distribution et à établir des relations causales.

La codification des données n'a pas été aisée. Les abréviations des questions en nom de variables ont considérablement augmenté le temps de saisie et le risque d'erreur dans la saisie des données a été réelle. La codification numérique des modalités n'a pas totalement permis d'éviter les erreurs.

Pour éviter les répercussions des erreurs de saisie et de codification, le SPSS logiciel de traitement a été mis à contribution pour détecter et corriger les erreurs. A partir des critères définis, la recherche, la comparaison et la modification des données ont été facilitées.

2.1.2. Présentation et limites des données

La présente recherche a pour objectif l'amélioration de l'approche programme du secteur santé et la complexité du sujet dénote de l'échantillonnage opéré mais aussi des limites qu'on pourrait lier aux données collectées.

2.1.2.1. Présentation et analyse des données mobilisées

Les informations collectées à partir de l'enquête sont annexées (**annexe 3**). Celles liées aux problèmes spécifiques sont analysées dans les paragraphes qui suivent. Il s'agit maintenant d'ordonner, de clarifier et de rendre lisibles les données recueillies.

2.1.2.1.1. Présentation et analyse des données relatives au problème de la concurrence entre les programmes

Le problème de la concurrence entrave une bonne lisibilité de l'approche programme à travers son outil principal de mise en œuvre qu'est le budget. Nous procéderons à deux types d'analyse à partir des tables obtenues.

Tableau n° 5 : Appréciation de la concurrence

CONC_PRG Pensez-vous qu'il y a une certaine concurrence entre les programmes?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	20	66,7	66,7	66,7
	NON	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

INT_PRG Si oui, cette concurrence est-elle due à l'interférence entre les programmes?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	15	50,0	50,0	83,3
	FAUX	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

STR_PRG Si oui, cette concurrence est-elle due à la structure des programmes?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	10	33,3	33,3	66,7
	FAUX	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

SEC_PRG Si oui, cette concurrence est-elle due à la nature du secteur santé?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	5	16,7	16,7	50,0
	FAUX	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AUT_PRG Si oui, cette concurrence est-elle due à autres?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	33,3	33,3	33,3
VRAI	3	10,0	10,0	43,3
FAUX	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Source : Enquête

Au regard de ces résultats, 66,7 % des personnes enquêtées estiment qu'il y a réellement concurrence entre les programmes.

La concurrence est due selon l'ensemble des enquêtés à l'interférence entre les programmes, la structure des programmes, la nature du secteur santé et autres pour respectivement 50 %, 33,3 %, 16,7 % et 10 % des enquêtés.

Pour cette première analyse, l'interférence vient en tête à hauteur de 50%. Mais lorsqu'on considère les 66,7 % des personnes enquêtées qui estiment qu'il y a réellement concurrence entre les programmes, l'interférence entre les programmes, la structure des programmes, la nature du secteur santé et autres expliquent la concurrence pour respectivement 75 %, 50 %, 25 % et 15 % des enquêtés .

Tableau n° 6: Autre appréciation de la concurrence

Modalités	Nouvelle base	Nombre de personnes	Pourcentage
Interférence	20	15	75 %
Structure programme	20	10	50 %
Nature du secteur santé	20	5	25%
Autres	20	3	15 %

Source : Enquête

Cette concurrence est confirmée par l'appréciation de l'inclusion des soins de santé primaires à bon nombre de sous programmes. Le tableau qui suit, situe le degré de cette inclusion à 76,19 % soit 16 sous programmes sur 21 programmes. Cette inclusion est évocatrice de l'interférence entre les programmes et d'autres éléments y concourent.

Tableau n°7 : Inclusion de soins de santé primaires dans les sous programmes

Sous Programmes	Réponse	Fréquences absolues	Fréquences relatives	%
Réorganisation de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire				
Renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et le développement des zones sanitaires	Oui	30	30	100
Développement du partenariat secteur public et secteur privé	Oui	30	29	97
Renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales	Oui	30	29	97
Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources				
Renforcement des capacités de planification et de coordination	Non	30	30	100
Développement des ressources humaines	Non	30	30	100
Diversification du financement du secteur	Non	30	30	100
Amélioration de la gestion des crédits	Non	30	30	100
Maintenance des infrastructures et équipements	Non	30	30	100
Prévention et lutte contre les maladies et amélioration de la qualité des soins				
Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	Oui	30	30	100
Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles	Oui	30	30	100
Renforcement du système hospitalier	Oui	30	30	100
Renforcement du sous secteur pharmacie, des explorations diagnostiques et de la transfusion sanguine	Oui	30	30	100
Promotion de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée	Oui	30	30	100
Amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes	Oui	30	30	100
Prévention et lutte contre les maladies prioritaires : SIDA, Paludisme et Tuberculose				
Prévention et la lutte contre les IST/SIDA	Oui	30	30	100
Prévention et la lutte contre le paludisme	Oui	30	30	100
Prévention et la lutte contre la tuberculose	Oui	30	30	100
Promotion de la santé familiale				
Promotion de la santé de la femme	Oui	30	30	100
Promotion de la santé de l'enfant	Oui	30	30	100
Promotion de la santé des adolescents	Oui	30	30	100
Promotion de la santé des hommes	Oui	30	30	100

Source : Enquête

Le secteur hospitalier est partagé entre le programme <<renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et développement des zones sanitaires>> et le <<renforcement du système hospitalier>>. Ces deux sous programmes sont mis à contribution respectivement pour la construction/réhabilitation des hôpitaux de zone et pour la construction/réhabilitation des Centres Hospitaliers Départementaux et du Centre National Hospitalier Universitaire et assimilés. Cette dispersion des actions en faveur des hôpitaux ne permet pas une visibilité claire du renforcement du système hospitalier. Cette situation tolérée jusqu'en 2005 devra être corrigée en raison de la création d'une nouvelle direction en avril 2005, la Direction des Hôpitaux.

L'approche programme est un instrument qui vise prioritairement la gestion axée sur les résultats mais également la comparaison des efforts réalisés par chaque secteur ou chaque pays dans le contexte régional voire mondial. Ces efforts sont appréciés non par des grandeurs absolues mais par des grandeurs relatives que l'on souhaite obtenir à première vue dans les documents de mise en œuvre des politiques. La possibilité de comparer les efforts engagés par les différents états de la sous région en faveur du secteur hospitalier pourrait en souffrir bien que ce volet transparaisse à part.

2.1.2.1.2 Présentation et analyse des données relatives à la mauvaise évaluation des coûts de programmes

L'évaluation du coût des programmes traduit dans une certaine mesure les priorités du secteur et l'approche programme y concourt. L'enquête révèle que certains programmes sont de faible coût. Ce résultat est consigné dans le tableau ci-après.

Tableau n° 8: Appréciation des programmes à faible coût

FC_PRG Pensez-vous que certains programmes sont de faible coût?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	22	73,3	73,3	73,3
	NON	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Source : Enquête

Réalisé et soutenu par AMOUSSOU Raymond - 2006

Au nombre des enquêtés, 73, 3 % estiment qu'il y a effectivement des programmes à faible coût.

Sur l'effectif de ceux qui estiment que certains programmes sont de faible coût, respectivement 56,7 %, 46,7 % et 3,3 % l'attribuent à l'interdépendance des coûts, l'omission de coûts et autres. Le récapitulatif se présente comme suit :

Tableau n°9 : Interdépendance de coût

INT_CT Si oui, ce faible coût est-il lié à l'interdépendance des coûts?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	8	26,7	26,7	26,7
VRAI	17	56,7	56,7	83,3
FAUX	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Source : Enquête

Tableau n° 10: Omission de coût

OMI_CT Si oui, ce faible coût est-il lié à l'omission des coûts?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	8	26,7	26,7	26,7
VRAI	14	46,7	46,7	73,3
FAUX	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Source : Enquête

Tableau n° 11: Autres raisons du faible coût

AUT_CT Si oui, ce faible coût est-il lié à autres?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	18	60,0	60,0	60,0
VRAI	1	3,3	3,3	63,3
FAUX	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Source : Enquête

En reprenant la même analyse avec pour base les enquêtés affirmant la faiblesse des coûts des programmes, on note les résultats en pourcentage de 77, 27 ; 63,64 ; 4,55 % respectivement pour l'interdépendance des coûts, l'omission de coûts et autres.

Tableau n°12 : Autre appréciation des raisons du faible coût

Modalités	Nouvelle base	Nombre de personnes	Pourcentage
Interdépendance des coûts	22	17	77,27 %
Omission des coûts	22	14	63,64 %
Autres	22	1	4,55 %

Source : Enquête

En effet, l'affirmation des programmes et des sous programmes en eux-mêmes exprime déjà une volonté manifeste de prioriser ces volets. L'intérêt que revêt ces programmes et sous programmes aux yeux des acteurs devrait être traduit à travers les coûts. Cela n'est pas toujours évident et dénote d'un problème réel d'appréciation de ces volets. La lecture du tableau qui suit montre que le Programme de Promotion de la Santé Familiale est le programme à faible coût. On remarque aussi que certains sous programmes sont mal lotis tels que, le développement du partenariat entre les secteurs public et privé, le renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales, la diversification du financement du secteur, la promotion de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée, promotion de la santé de l'enfant, promotion de la santé de l'adolescent, promotion de la santé des hommes.

Pour les sous programmes, la volonté de faire le détail des programmes est une des raisons. Ce détail est aussi à la base de la difficulté à prendre en compte le coût du personnel contribuant au fonctionnement de chaque sous programme. Cette difficulté a conduit à loger au sein d'un seul sous programme l'ensemble du coût des ressources humaines. Cet état de choses est confirmé par l'enquête réalisée ;

Tableau n° 13 : Confirmation de l'interdépendance des coûts

PERS_COR Arrivez vous à déterminer pour chaque programme, le personnel correspondant?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide NON	30	100,0	100,0	100,0

CPRG_NE Sinon estimez vous que le coût d'un programme est exhaustif sans le coût du personnel destiné à son exécution?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide NON	30	100,0	100,0	100,0

Source : Enquête

La totalité des enquêtés reconnaît la difficulté de caser par sous programme le personnel correspondant et en déduit que le coût d'un sous programme ne saurait être exhaustif. L'approche programme qui peut permettre la résolution d'une telle question est celle par niveaux, le personnel pouvant être identifié par rapport à sa sphère d'exercice professionnel. Cette approche territoriale n'est pas cependant sans inconvénient.

Pour revenir au programme, celui de la santé familiale occupe une place de choix dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement et le constat d'une stagnation des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale depuis plusieurs décennies mérite que l'engagement de réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile pris par le gouvernement du Bénin au Sommet du Millenium soit lisible. Cette lecture montre aujourd'hui comme engagement un montant d'au plus un milliard. Elle comporte un biais, car ce programme ne valorise pas entièrement tout ce qui contribue à la promotion de la santé familiale. Dès lors, il faut envisager le règlement des interdépendances de coût mais également d'omission.

Les enquêtés en réaction à la question ont mis l'accent sur certains des aspects pouvant contribuer à cette valorisation. Au-delà de ces aspects, il importe de faire de ce programme une priorité.

Tableau n°14 : Coût des programmes

PROGRAMMES	SOUS PROGRAMMES	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire	Renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et achèvement de la mise en place des zones sanitaires	16 931	11 336	10 748	11 691	16 678	17 596
	Développement du partenariat entre les secteurs public et privé	50	50	200	150	250	280
	Renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales			30	30	100	50
TOTAL		16 981	11 386	10 978	11 871	17 028	17 926
Financement, mobilisation et amélioration de la gestion des ressources du secteur	Renforcement des capacités de planification et coordination	170	363	100	340	400	1 132
	Diversification du financement du secteur		120	120	370	50	50
	Développement des ressources Humaines	110	67	2 735	2 588	2 550	2 600
	Amélioration de la gestion des crédits	153	193	260	563	533	456
	Maintenance des infrastructures et équipements	120		150	150	1 066	440
	Autres charges de fonctionnement *	11 876	9 233	11 967	14 848	10 368	10 527
TOTAL		12 429	9 976	15 332	18 859	14 967	15 205
Prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins.	Lutte contre les maladies transmissibles	3 429	4 151	3 909	3 752	2 603	3 852
	Lutte contre les maladies non transmissibles	255	215	345	285	638	465
	Renforcement du système hospitalier	1 626	1 812	3 483	4 034	3 620	3 870
	Renforcement du sous secteur pharmacie, des explorations diagnostiques et de la transfusion sanguine	1 440	1 043	1 047	590	801	1 013
	Promotion de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée	57	36	76	46	46	78
	Amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes				1 145	2 709	1 555
	TOTAL		6 807	7 257	8 860	9 852	10 417
Prévention et lutte contre les maladies	Prévention et lutte contre les IST/SIDA	2 352	2 210	1 177	1 989	1 539	1 639
	Prévention et lutte contre le paludisme	2 131	2 197	935	1 662	1 367	1 551
	Prévention et lutte contre la tuberculose			137	339	339	739
TOTAL		4 483	4 407	2 249	3 990	3 245	3 929
Promotion de la Santé Familiale	Promotion de la santé de la femme	175	546	1 770	928	939	714
	Promotion de la santé de l'enfant			60	80	169	110
	Promotion de la santé des adolescents et des jeunes				50	50	50
	Promotion de la santé des hommes		0	50	40	40	150
TOTAL		175	546	1 880	1 098	1 198	1 024
	TOTAL DES PROGRAMMES	40 875	33 572	39 299	45 670	46 855	48 917
	* Programme de gestion						

Source : DPP/MS

2.1.2.1.3 Présentation et analyse de l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes

L'indicateur, conçu comme variable d'un modèle socio-économique, possède une certaine structure formelle et traduit un concept ou un phénomène par une combinaison de grandeurs observables. Les divers problèmes méthodologiques que posent l'évaluation d'un indicateur, la comparaison, la mise en relation et l'agrégation de divers indicateurs et leur utilisation dans l'aide à la décision sont connus, c'est pourquoi, il est nécessaire de passer en revue les indicateurs (annexe 4).

La revue faite par l'enquête montre que certains indicateurs sont inadéquats.

Tableau n°15 : Appréciation de l'inadéquation des indicateurs

IND_ADEQ Pensez-vous que certains indicateurs ne sont pas totalement adéquats à leurs programmes?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	20	66,7	66,7	66,7
	NON	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

IND_CHOI Si oui, cette non adéquation est elle liée au choix de l'indicateur produit par le système d'informations?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	16	53,3	53,3	86,7
	FAUX	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

SEUIL_CO Si oui, cette non adéquation est elle liée au seuil d'atteinte connu d'avance?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		11	36,7	36,7	36,7
	VRAI	10	33,3	33,3	70,0
	FAUX	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

IMM_ATT Si oui, cette non adéquation est elle liée au degré d'immuabilité atteint?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	11	36,7	36,7	36,7
VRAI	11	36,7	36,7	73,3
FAUX	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

AUT_ADE Si oui, cette non adéquation est elle liée à autres?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	11	36,7	36,7	36,7
VRAI	5	16,7	16,7	53,3
FAUX	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Source : Enquête

Les enquêtés à 66, 7 % estiment que certains indicateurs ne sont pas totalement adéquats. Cette non adéquation n'est pas en fait liée aux caractéristiques principales des indicateurs.

Au nombre de tous les enquêtés, 53, 33 % lie l'inadéquation au choix d'indicateur produit par le système de routine, 33, 3 % au seuil d'atteinte connu d'avance, 36, 7 % au degré d'immuabilité atteint par certains indicateurs et 16, 7 % à autres.

La confirmation de ces réponses est obtenue à l'aide d'une autre paire de questions.

Tableau n° 16: Confirmation de l'inadéquation

MES_TF Le taux de fréquentation des services de soins mesure t-il les soins préventifs?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide OUI	7	23,3	23,3	23,3
NON	23	76,7	76,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

REG_SOIN Le programme de réorganisation de la pyramide sanitaire et de renforcement de la couverture sanitaire contribue t-il aux soins préventifs ?

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide OUI	28	93,3	93,3	93,3
NON	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Source : Enquête

Cette paire de questions révèle spécifiquement pour le taux de fréquentation que le programme de réorganisation de la pyramide sanitaire et de renforcement de la couverture sanitaire dont il est une mesure, contribue aux soins préventifs. Ce taux donc à lui seul ne peut objectivement pas refléter les actions de ce programme. Par contre, le taux d'utilisation des services de santé qui prend en compte les aspects curatifs et préventifs semble adéquat et ne fait pas encore l'objet de collecte statistique de routine.

2.1.2.2. Limites des données

Elles sont relatives d'abord à la nature du sujet abordé et du nombre restreint de ceux qui pratiquent l'approche programme dans le contexte de compilation de données pour l'élaboration du budget programme.

La première difficulté est liée à l'échantillon relativement de petite taille. L'échantillon ne prend en compte que les personnes ressources du niveau central et du niveau départemental. Le choix de l'option électronique opérée pour certains enquêtés n'a pas permis d'avoir le contact avec eux.

Nous aurions pu étendre cette enquête aux partenaires techniques et financiers du secteur de la santé qui ont un droit de regard sur la question. Les contraintes temporelles matérielles et financières ont contribué à ces insuffisances.

Toutefois les données qui ont été recueillies et fait l'objet de synthèse sur les limites de l'approche programme reflètent les difficultés liées à la pratique de l'approche programme.

2.2 Vérification des hypothèses et établissement de diagnostic

Les résultats de l'enquête permettent de dégager les causes réelles et de procéder à la vérification des hypothèses.

2.2.1 Vérification des hypothèses

Trois hypothèses spécifiques ont été formulées et il s'agit de vérifier leur validité à travers les résultats obtenus lors de l'enquête.

2.2.1.1 Degré de validation des hypothèses spécifiques

2.2.1.1.1. Hypothèse n°1

La première hypothèse spécifique est que l'interférence des programmes, base de la concurrence entre lesdits programmes, engendre l'inefficacité de l'approche programme.

De l'analyse des données recueillies, l'on peut retenir que :

- Les interactions entre sous programmes et programmes sont liées au fait que les constituants d'un sous programme ou programme sont pris sur la base de leurs volets les plus importants, ce qui n'exclut pas la mise en œuvre d'autres volets qui concourent à d'autres programmes ou sous programmes ;
- La structure organisationnelle du département de la santé est dynamique et en fonction des préoccupations d'ordre national ou régional, elle peut s'adapter par la création de nouvelles structures en raison de l'importance des fonctions et attributions qu'elles sont appelées à assumer. L'intégration de ces dimensions dans la mise en œuvre de l'approche programme engendre des conflits qui nécessitent qu'un arbitrage provisoire soit fait conformément à l'approche programme ;
- L'approche programme même se prête à cette interférence du fait de l'alliage de plusieurs approches.

Les enquêtés à 50 % estiment qu'il y a réellement interférence et par rapport au poids de 50 % retenu, l'hypothèse n°1 à savoir l'interférence des programmes base de la concurrence entre lesdits programmes, engendre l'inefficacité de l'approche programme.

2.2.1.1.2. Hypothèse n°2

La deuxième hypothèse est libellée l'interdépendance de certains coûts rend difficile l'évaluation des programmes et entraîne l'inefficacité de l'approche programme.

Au regard de l'analyse des données de l'enquête, les actions du secteur de la santé sont par essence des actions intégrées spécifiquement dans le domaine des services et des soins de santé.

Il n'est donc pas aisé de répartir les prestations d'un agent de santé en fonction des maladies, encore moins en fonction d'un programme.

La politique de décentralisation des services de santé et en particulier la mise en place des hôpitaux de zone sanitaire ou départementaux constitue une stratégie de promotion d'une politique de prise en charge correcte des malades à tous les niveaux du système de santé. De ce point de vue, ce programme concourt à tous les autres programmes.

Ces quelques exemples sont confirmés par les enquêtés à 56,7 % supérieur au poids de 50 % initialement retenu.

La deuxième hypothèse libellée l'interdépendance de certains coûts rend difficile l'évaluation des programmes et entraîne l'inefficacité de l'approche programme est vérifiée.

2.2.1.1.3. Hypothèse n°3

Le choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine engendre l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes d'où l'inefficacité de l'approche programme. Cette troisième hypothèse concerne certains indicateurs.

Le choix des indicateurs dépend en grande partie du système d'informations et des normes requises au plan international. L'introduction de nouveaux indicateurs dans le système d'informations qui difficilement arrive à réaliser la production des indicateurs déjà retenus semble être difficile, voire impossible et limite ainsi la mesure des programmes parfois dans leur entièreté.

Ceci explique en partie la conservation et l'utilisation d'indicateurs que la mise en œuvre à révéler inadéquats et dont ne peut se débarrasser facilement. Ce ne sont pas les caractéristiques de ces indicateurs qui sont fondamentalement mis en cause, mais plutôt l'impossibilité de les faire accompagner d'une batterie d'indicateurs susceptibles d'éclairer les acteurs sur leurs limites.

Cette hypothèse est attestée à 53,3 % des enquêtés.

L'hypothèse du choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine engendre l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes d'où l'inefficacité de l'approche programme est vérifiée.

2.2.1.2 Degré de validation de l'hypothèse générale

Ainsi, les trois hypothèses fondant notre hypothèse générale sont vérifiées et confirment ainsi la validité de l'hypothèse générale. Ces éléments d'appréciation nous permettent de formuler à présent le diagnostic.

2.2.2 Diagnostic établi

Les causes réelles des problèmes ont été identifiées et rendent possible, la formulation du diagnostic.

2.2.2.1 Elément de diagnostic lié au problème général

<< La faible efficacité de la mise en œuvre de l'approche programme est due à sa mauvaise structuration>>

2.2.2.2 Elément de diagnostic lié aux problèmes spécifiques

2.2.2.2.1. Elément de diagnostic lié au problème spécifique 1

<< La concurrence entre les programmes est due à l'interférence des programmes, d'où l'inefficacité de l'approche programme>>

2.2.2.2.2. Elément de diagnostic lié au problème spécifique 2

<< La difficile évaluation des programmes est due à l'interdépendance de certains coûts, d'où l'inefficacité de l'approche programme>>

2.2.2.2.3. Elément de diagnostic lié au problème spécifique 3

<<Le choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine engendre l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes d'où l'inefficacité de l'approche programme>>

Une fois le diagnostic posé, les approches de solutions pour une efficacité de la mise en œuvre de l'approche programme peuvent être envisagées. Le chapitre qui suit est consacré aux dites approches de solutions.

CHAPITRE III

APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

3.1 Approche de solutions

3.1.1 Approche de solutions aux problèmes
spécifiques

3.1.2 Approche de solution au problème général

3.2 Conditions de mise en œuvre des solutions

3.2.1 Recommandations

3.2.2 Tableau de synthèse de l'étude

Le chapitre 3 envisage les solutions et les conditions de mise en œuvre.

3 APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Le renforcement de l'approche programme dans le secteur de la santé au détriment de l'approche projet permet d'avoir une vision globale et intégrée du développement sanitaire. Cette approche nécessite une revue afin de lever les difficultés liées à sa mise en œuvre, sa conception et son contenu. Les conditions d'éradication des causes à la base des différents problèmes évoqués seront recherchées.

3.1 Approche de solutions

Trois causes essentielles déterminent les trois problèmes spécifiques identifiés à savoir l'interférence entre les programmes, l'interdépendance des coûts et la non adéquation de certains indicateurs.

Nous tenterons premièrement des ébauches de solution d'ordre général et ensuite des ébauches de solution d'ordre particulier.

3.1.1. Approche globale de solutions

Quelques approches de solution ont été soumises aux enquêtés et bien que ces résultats confortent dans une première analyse, il importe de rechercher profondément les réelles solutions. Les enquêtés dans leur contribution ont souhaité que d'autres approches soient expérimentées. Il nous faut alors passer en revue chacune des approches pour apprécier leurs inconvénients et avantages afin d'envisager un choix qui corresponde à l'aspiration des acteurs du secteur. Les résultats de l'enquête révèlent au regard des tableaux qui suivent :

Tableau n° 17 : Appréciation des approches programmes

AP Faut-il conserver l'approche programme actuelle?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	7	23,3	23,3	23,3
	NON	23	76,7	76,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AP_MOD Faut-il conserver l'approche programme actuelle et apporter les modifications nécessaires?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	23	76,7	76,7	76,7
	NON	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AP_NIV Est-il indiqué d'adopter une approche programme qui corresponde aux niveaux du système sanitaire (périphérique, intermédiaire, central) ?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	12	40,0	40,0	40,0
	NON	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AP_SOIN Faut t-il adopter l'approche de prévention et de soins curatifs?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	10	33,3	33,3	33,3
	NON	20	66,7	66,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AP_PRO Est-il indiqué d'adopter l'approche programme de priorités qui consiste à donner priorité à des programmes sur d'autres dans le temps ?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	15	50,0	50,0	50,0
	NON	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AP_OBS Est- il indiqué d'adopter l'approche programme qui repose sur les déterminants d'obstacles aux soins, la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation, la continuité et la qualité ?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	15	50,0	50,0	50,0
	NON	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Source : Enquête

Au nombre des enquêtés, 23, 3 % souhaitent conserver l'approche programme actuelle dont la mise en œuvre pour l'élaboration du budget programme engendre quelques difficultés.

Pour la conservation de l'approche programme tout en y intégrant les modifications nécessaires pour son amélioration, 76, 7 % des enquêtés sont favorables.

L'approche programme basée sur la priorité de certains programmes sur d'autres, ainsi que l'approche programme sur les déterminants des obstacles aux soins ont requis 50 % d'avis favorable de la part des enquêtés.

Quant aux approches programmes calquées sur les niveaux du système sanitaire et le type de soins, les enquêtés ont accordé respectivement 40 % et 33,3 % d'avis favorable.

Ces résultats permettent une classification des approches résumée dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° 18: Classification des approches programmes

N°	Approche programme	% d'acceptation des enquêtés	Rang
1	Approche programme actuelle avec intégration de quelques modifications	76,3	1 ^{er}
2	Approche programme sur les déterminants des obstacles aux soins	50	2 ^e
3	Approche programme basée sur la priorité des programmes	50	2 ^e ex
4	Approche programme calqué sur les niveaux du système sanitaire	40	4 ^e
5	Approche programme de prévention et de soins curatifs	33,3	5 ^e
6	Approche programme actuelle	23,3	6 ^e

Source : Enquête

3.1.1.1. Approche programme actuelle avec intégration de quelques modifications

Il s'agit donc de conserver l'approche programme telle qu'elle est actuellement en apportant les solutions aux problèmes évoqués.

3.1.1.2. Approche programme sur les déterminants des obstacles aux soins

Elle a l'avantage de mettre l'accent sur les goulots d'étranglement de l'accès aux soins que l'on peut résumer en cinq étapes essentielles, la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation, la continuité, la qualité.

La disponibilité assure l'existence des inputs sensibles tels que les médicaments, les vaccins, les ressources humaines etc.

L'accessibilité en terme d'accessibilité physique (géographique) des patients aux services de santé comprend la présence des ressources humaines qualifiées au niveau de la communauté, le nombre de village couvert au moins une fois par mois par des stratégies avancées ou services sanitaires en dehors du centre de santé, et le temps dont on dispose pour atteindre les centres de santé où sont donnés des soins.

L'utilisation décrit la première utilisation faite des services de santé de base par exemple le premier contact prénatal.

La continuité ou la couverture adéquate assure la faisabilité et la conformité des soins en comparaison avec les normes par exemple le pourcentage d'enfants vaccinés pour la dernière dose ou de femmes ayant fait les trois consultations prénatales.

La qualité (ou couverture effective) concourt à la qualité des soins obtenue à partir des compétences des agents de santé. La compétence est mesurée en termes de l'habileté à examiner les bénéficiaires, à poser des diagnostics, à faire les interventions qui s'imposent et à utiliser correctement les équipements.

Cette approche a également pour avantage l'organisation en séquence suivant la logique que les services sanitaires doivent être disponibles dans le milieu (**disponibilité**), que les lieux de prestation doivent être accessibles aux usagers et ne doivent pas être trop éloignés (**accessibilité**), que les usagers potentiels utilisent réellement les services (**utilisation**), que les usagers potentiels utilisent

les services selon des calendriers complets (**continuité**), que les usagers potentiels utilisent les services de façon correcte et efficace (**qualité**).

L'examen de ces différentes étapes permet d'identifier aisément les points les plus faibles dans la chaîne d'exécution. Lorsque le niveau de disponibilité est de 90 % et que le niveau d'accessibilité est inférieur, il y a alors un goulot qu'il faut juguler et généralement trois options s'offrent :

Option 1 : Amener le niveau d'accès au même niveau de disponibilité (accessibilité /disponibilité)

Option 2 : Amener le niveau d'utilisation au même niveau d'accessibilité (utilisation/accessibilité)

Option 3 : Ramener le niveau de la qualité et de la continuité au même niveau d'utilisation (qualité/utilisation).

Ces options reposent donc sur les rapports accessibilité/disponibilité, utilisation/accessibilité, qualité/utilisation.

Cette approche offre aussi la possibilité d'identifier une option susceptible d'améliorer significativement les indicateurs sanitaires et évite de mettre l'accent sur l'ensemble des options à la fois au cours d'un exercice budgétaire.

Elle nécessite cependant suffisamment de données de base pour permettre l'appréciation des obstacles.

Le choix porté par les enquêtés sur cette approche à hauteur de 50 % s'explique par l'homogénéité de ces composantes, l'organisation de ces composantes en séquence permettant de considérer l'option susceptible d'améliorer significativement les indicateurs.

3.1.1.3. Approche programme basée sur la priorité des programmes

La conception de l'approche programme actuelle a fait du programme 4 <<lutte et prévention contre les maladies prioritaires>> un programme prioritaire. Cette priorité devrait pouvoir être cyclique pour accorder une importance particulière à un programme donné périodiquement et de façon spécifique.

En effet, en l'espace d'un exercice budgétaire, il est utopique de vouloir régler l'ensemble des questions de la santé. Au lieu donc de définir des priorités, il serait indiqué de définir plutôt des programmes prioritaires.

Cette préoccupation a été évoquée à travers la question de la couverture de l'ensemble des domaines de la santé par l'approche programme actuelle. Les enquêtés reconnaissent à 96,7 % que l'approche programme couvre entièrement tous les domaines. Il est donc important dans la mise en oeuvre d'en privilégier certains par rapport à d'autres et ce de façon rotatoire.

3.1.1.4. Approche programme calquée sur les niveaux du système sanitaire

L'organisation du système national de santé repose sur une structure pyramidale calquée sur le découpage administratif. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- Le niveau central ou national ;
- Le niveau intermédiaire ou départemental ; et
- Le niveau périphérique.

Le niveau périphérique est celui des personnels et des services qui, au contact de la population, sont en principe à même de répondre à la plupart des besoins de santé. Le niveau intermédiaire déjà plus technique correspond aux centres de santé plus étoffés, aux hôpitaux départementaux, aux spécialistes. Le niveau central, au sommet de la pyramide représente les centres hospitalo-universitaires, les spécialités plus diversifiées, plus pointues ; c'est aussi à ce niveau que les soins de santé sont à la fois moins accessibles et plus coûteux.

Cette représentation classique prend en compte au niveau périphérique ce qui se passe en matière de santé et de bien être social au sein même de la population et qui ne débouche pas toujours sur une demande de soins. La recherche d'informations sur les problèmes de santé au niveau de la famille permet de mieux percevoir la santé des personnes sans que soient médicalisés lesdits problèmes. Ce système fonctionne de façon efficace lorsque trois conditions essentielles sont remplies :

- Les entrées doivent se faire au niveau plus périphérique compatible avec les solutions des problèmes. Les entrées directes au niveau intermédiaire déséquilibre le fonctionnement et encombrant souvent inutilement les services les plus pointus qui sont aussi les plus coûteux ;
- Il doit y avoir communication, et non barrières entre les différents niveaux ;

- Un flux incessant d'information doit circuler dans les deux sens, et non seulement de la base vers le haut (rapport d'activités, dossiers de malades) ou de haut en bas (consignes).

Cette approche circonscrit les activités dans l'espace. Elle permet de régler la question du personnel qu'on ne saurait répartir et de valoriser le niveau périphérique qui contribue efficacement à la résolution des problèmes de santé par des stratégies communautaires.

Il est possible d'envisager des indicateurs pour accroître la responsabilité par niveau, plutôt qu'une responsabilité collégiale sectorielle qui en fait repose, essentiellement sur le niveau périphérique producteur des principaux résultats. Cela suppose une réé définition des résultats ce qui n'est pas toujours aisé.

3.1.1.5. Approche programme de prévention et de soins curatifs

Il est reconnu pour les systèmes de santé, qu'il y a un déséquilibre entre les activités de soins basées sur une approche individuelle et les actions de prévention et de santé publique collective faisant appel surtout à la protection de la santé par des actions sur le milieu et à la promotion de la santé par l'éducation sanitaire. Pour donner de l'importance à la prévention certains Etats n'hésitent pas à faire de leur ministère de la santé, un ministère de la prévention aussi. Cependant, le contexte actuel rend difficile la séparation de la prévention des soins curatifs.

Nous retenons que l'approche actuelle avec l'intégration de quelques modifications est celle qui correspond aux attentes des acteurs.

Mais la description des différentes approches montrent qu'il n'y a pas d'approche idéale et que les pistes explorées peuvent au besoin être toutes exploitées.

3.1.2. Approche de solutions aux problèmes spécifiques

3.1.2.1. Solution spécifique n°1

La cause à éradiquer est l'interférence des programmes.

Les questions préoccupantes de santé perçues aujourd'hui comme des problèmes de développement font du secteur de la santé un vaste champ de multisectorialité.

Cette répercussion est ressentie au sein même du secteur et il est nécessaire de dissocier distinctement les actions entrant dans le cadre d'un programme donné. C'est la seule condition pour apprécier les programmes à leur juste valeur. Une structure de par ses attributions ne sera plus entièrement logée au sein d'un programme. Ce sont les actions à mener par la structure qui détermineront les programmes.

Pour ce faire, nous proposons pour chaque structure de :

- Procéder à l'inventaire des actions conformément à l'outil approprié de planification ;
- Classer les actions par programme en mettant en exergue, celles qui ne relèvent pas prioritairement de leurs attributions ;
- Saisir à l'étape de planification, les structures concernées par les activités subsidiaires à titre d'information.

Il s'agit donc d'une spécification des actions par programme contrairement à la spécification d'une structure par programme qui s'opérait.

Pour l'interférence des programmes, il importe de travailler les outils de base de programmation de façon à obtenir systématiquement de chaque structure, les actions classifiées par domaine ; il est donc possible de voir une même structure à cheval sur plusieurs programmes avec la possibilité de reconstitution grâce à l'outil informatique. Les bases de données seront mises à contribution. Ces bases de données peuvent permettre de catégoriser les actions suivant toutes les approches proposées.

3.1.2.2. Solution spécifique n°2

La cause à éradiquer est l'interdépendance de coût.

L'option du maintien de l'approche programme avec quelques modifications pousse à dissocier les ressources matérielles et humaines en fonction de certains critères précis.

Pour la faiblesse du coût du programme 5.

Tout en maintenant le programme de réorganisation de la base la pyramide sanitaire, on pourra veiller spécifiquement à la question des constructions et réhabilitations tout en procédant à leur démembrement respectif. Les constructions et réfections des maternités ainsi que les équipements entrant en

ligne de compte pour la prise en charge ou pour la promotion de la santé familiale devront être logées au programme 5.

Pour la question du personnel couplée avec la promotion de la santé familiale, les Sages Femmes d'Etat, les Médecins Gynécologues Obstétriciens peuvent être dissociés.

Pour répartir le personnel dans un contexte d'une approche programme maladie, il est possible d'utiliser la proportion des affections les plus fréquemment notifiées dans les consultations comme temps d'occupation du personnel avec le paludisme en tête, les IRA ou Infections Respiratoires Aigues, les gastro-entérites, les traumatismes, la diarrhée, l'anémie, les affections dermatologiques, l'hypertension artérielle, les affections uro-génitales, les affections ostéo-articulaires.

A défaut, une enquête sera organisée par catégorie de personnel pour définir le temps d'occupation des agents par programme.

Il s'agit donc d'une dissociation du temps d'occupation pour le personnel et de la segmentation des investissements durs. La segmentation des coûts est donc la solution.

3.1.2.3. Solution spécifique n°3

La cause à éradiquer est l'inadéquation de certains indicateurs.

Il faut se conformer à l'accord passé par le gouvernement avec les partenaires sur des indicateurs précis, tout en utilisant une batterie de nouveaux indicateurs permettant d'argumenter ceux retenus de façon contractuelle.

Le fait de se contenter d'un seul indicateur par programme rend l'objectivité de l'analyse pas pertinente.

3.2 Conditions de mise en œuvre des solutions

Les solutions envisagées pour être mises en œuvre nécessitent que la vitesse de circulation des informations entre les acteurs soit plus élevée, ce qui suppose la mise en place d'outils informatiques à tous les niveaux mais également l'implantation de réseaux au niveau central et départemental. Il n'existe pas de

réseaux entre les services de la Direction de la Programmation et de la Prospective et il n'en existe pas entre les directions du niveau central.

La compilation des données s'en trouverait ainsi facilitée. Les données pourraient être réceptionnées de façon électronique traitées et retournées au besoin aux structures de base.

La deuxième condition de mise en œuvre tient au fait que la spécialisation des structures ne se remarque plus dans la mise en œuvre en raison du caractère transversal de la plupart des actions. Cela nécessite le rattachement de chaque action au programme approprié. Cette situation est due en partie à la superposition de l'approche programme à l'approche classique. On pourra y remédier en donnant un contenu nouveau aux programmes avec des projets ou actions bien appropriés.

3.2.1 Recommandations

3.2.1.1 A l'attention du Ministère de la Santé

- Œuvrer pour le renforcement de l'approche programme en tant que Ministère Pilote dans la réforme budgétaire ;
- Veiller aux côtés des autres Ministères PERAC pour que l'approche programme se substitue graduellement à l'approche classique;
- Accélérer la mise en réseau des structures en charge de la préparation du budget au sein du secteur ;
- Etendre la mise en réseau à l'ensemble des structures du niveau central et du niveau départemental ;
- Favoriser la planification par programme en nommant des gestionnaires de programmes ;
- Favoriser la constitution des équipes de programme ;
- Appuyer le système d'information dans la production de nouveaux indicateurs ;
- Former les cadres à divers niveaux en gestion de base de données.

3.2.1.2 A l'attention des partenaires

- Appuyer le processus de l'approche programme ;

- Adapter les volets d'actions aux programmes ;
- Appuyer le système d'informations ;
- Aider à la mise en place d'autres outils automatisés ;
- Promouvoir la formation des cadres en matière de l'approche programme.

3.2.1.3. A l'attention des acteurs

- Participer au processus de l'approche programme ;
- Soutenir le système d'informations ;
- Aider à la collecte et à la production de données pour le système d'informations.

3.2.2 Tableau de synthèse de l'étude

Tableau n° 18 : Tableau de Synthèse de l'Etude (TSE)

Ce tableau récapitulatif retrace :

- La problématique (problème général et problèmes spécifiques) ;
- Les objectifs ;
- Les hypothèses ;
- Le diagnostic ;
- Les solutions.

Tableau de Synthèse de l'Etude : " Analyse de l'approche programme du secteur de la santé"					
Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Hypothèses	Diagnostic	Solutions
Niveau Général	Problème Général La faible efficacité de la mise en œuvre de l'approche programme pour l'élaboration du budget programme	Objectif Général Contribuer à l'efficacité de la mise en œuvre de l'approche programme pour l'élaboration du budget programme	-	-	-
Niveaux Spécifiques	1 Problème Spécifique 1 La concurrence entre les programmes	Objectif Spécifique 1 Analyser les effets de l'interférence des programmes sur l'efficacité de l'approche programme	Hypothèse Spécifique 1 L'interférence des programmes, base de la concurrence entre lesdits programmes, engendre l'inefficacité de l'approche programme	Elément de diagnostic spécifique 1 La concurrence entre les programmes est due à l'interférence des programmes d'où l'inefficacité de l'approche programme	Approche de solution spécifique 1 Spécification des actions par programme plutôt que la spécification d'une structure par programme
	2 Problème Spécifique 2 La difficile évaluation du coût des programmes	Objectif Spécifique 2 Etudier les problèmes liés à l'évaluation des coûts des programmes	Hypothèse Spécifique 2 L'interdépendance de certains coûts rend difficile l'évaluation des programmes et entraîne l'inefficacité de l'approche programme	Elément de diagnostic spécifique 2 La difficile évaluation du coût des programmes est due l'interdépendance de certains coûts d'où l'inefficacité de l'approche programme	Approche de solution spécifique 2 - Dissociation des ressources en fonction de critères précis -Segmentation des coûts
	3 Problème Spécifique 3 L'inadéquation de certains indicateurs aux programmes	Objectif Spécifique 3 Analyser la pertinence des indicateurs d'évaluation des programmes utilisés dans le cadre de l'approche programme	Hypothèse Spécifique 3 Le choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine engendre l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes d'où l'inefficacité de l'approche programme	Elément de diagnostic spécifique 3 L'inadéquation de certains indicateurs aux programmes est causée par le choix des indicateurs liés au système de collecte de données de routine d'où l'inefficacité de l'approche programme	Approche de solution spécifique 3 Identification de nouveaux indicateurs

CONCLUSION

CONCLUSION GENERALE

La mise en œuvre de l'approche programme en matière de santé est récente mais enrichissante. Elle permet une lecture rapide des différentes composantes d'un programme mais comporte encore quelques insuffisances qui méritent d'être connues et partagées.

L'efficacité de l'approche programme en dépend et les contours pour une meilleure mise en œuvre de l'approche pour l'élaboration du budget ont été ébauchés. Ils tiennent à la nécessité de créer les conditions d'une meilleure programmation mais également du renforcement du système d'information en vue de conforter les bases d'une adaptation programme qui ne soit pas forcément tributaire de l'approche classique.

Nous sommes dans le domaine de la santé ou la prescription d'ordonnance a valeur d'un diagnostic bien posé et nous voudrions inscrire les solutions proposées dans ce contexte tout en rappelant que la complexité du secteur explique le seul pan abordé, les autres devant faire l'objet d'autres investigations.

Le choix d'une approche programme améliorée et la réalisation des conditions de mise en œuvre permettront de rendre plus lisibles les actions du secteur et d'ouvrir aussi la voie à de nouvelles expérimentations conformes à l'esprit programme et mettant au diapason tous les axes de développement du secteur.

Nous avons choisi d'aborder l'utilisation de l'approche programme pour l'élaboration du budget programme et nous avons la certitude que cela constitue une base de succès aussi pour les aspects de l'exécution et du suivi évaluation. C'est pourquoi, les efforts constants dans le sens du renforcement de l'approche programme devront se poursuivre.

BIBLIOGRAPHIE

AUTEURS	TITRES
AHOVEY, G. R. et BOCO, S. (2004)	<<Contribution des budgets programmes au développement des investissements publics en République du Bénin>>
DANNOUDO E. (2004)	<<Les budgets programmes au Bénin : Expérience du MEHU>>
GADO, K. et SOUBEROU, M. Z.	<<Contribution pour une gestion performante du Budget programme au MEHU>>
TROSAS, S. (2002)	<<Guide de la gestion par programme vers une culture de résultats de Sylvie TROSA en 2002>>
JEAN, C. (2003)	<<Evaluation des budgets programmes de Jean Charles Rouge en 2003>>
MSP (2003) :	<<Revue des dépenses publiques du secteur santé Avril 2003>>
MSP (2001-2005) :	<<Annuaire des statistiques sanitaires 2000, 2001, 2002, 2003, 2004>>
MSP (1997) :	<<Politiques et Stratégies de développement du secteur santé 1997-2001>>
MSP (2002) :	<<Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006>>
MSP (2000-2005)	<<Budget programme du secteur santé 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006>>

ANNEXE

ANNEXE 1

Annexe 1 : Questionnaire

RECHERCHE SUR L'APPROCHE PROGRAMME DU SECTEUR SANTE

Questionnaire sur l'approche programme du secteur santé au Bénin (mars 2006)

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

Ce questionnaire est distribué à une série d'acteurs concernés par l'approche programme dans le secteur de la santé au Bénin. Il cherche à situer les difficultés rencontrées dans l'utilisation de l'approche programme pour produire le budget programme. Il vise également les modalités de prise en compte des différents aspects évoqués pour améliorer l'approche au regard de ses composantes.

Le questionnaire sera traité de manière anonyme et devrait permettre de :

- donner un aperçu des limites de l'approche programme ;
- mettre en évidence les solutions susceptibles d'être apportées.

La première partie du questionnaire va recueillir les données sur la pratique du budget programme dans le secteur de la santé. La deuxième partie tente d'apprécier les difficultés liées à l'approche programme et la troisième partie évalue les possibilités d'approche de solutions.

I- PRATIQUE DU BUDGET PROGRAMME

1, Identité de la personne enquêtée

A	Nom et prénoms:
B	Sexe:
C	Qualification:
D	Fonction:
E	Structure:
F	Département:

2, Pratique du budget programme

A	Avez-vous entendu parler du budget programme ?	Oui	/__/	Non	/__/
B	Avez-vous été associé à l'élaboration du budget programme?	Oui	/__/	Non	/__/
C	Etes-vous impliqué dans l'élaboration du budget programme?	Oui	/__/	Non	/__/
D	Si oui, depuis combien d'années êtes-vous impliqué dans l'élaboration du budget programme?	<= 3 ans	/__/	>3 ans	/__/

3, Degré de pratique du budget programme

A	Quel est votre degré d'implication dans l'élaboration du budget programme?	Fort	/__/	Moyen	/__/	Faible	/__/
---	--	------	------	-------	------	--------	------

B	Quels sont les sous programmes sur lesquels vous intervenez?				
	Réorganisation de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire				
	Renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et le développement des zones sanitaires	Oui	/__/	Non	/__/
	Développement du partenariat secteur public et secteur privé	Oui	/__/	Non	/__/
	Renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales	Oui	/__/	Non	/__/
	Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources				
	Renforcement des capacités de planification et de coordination	Oui	/__/	Non	/__/
	Développement des ressources humaines	Oui	/__/	Non	/__/
	Diversification du financement du secteur	Oui	/__/	Non	/__/
	Amélioration de la gestion des crédits	Oui	/__/	Non	/__/
	Maintenance des infrastructures et équipements	Oui	/__/	Non	/__/

ANNEXE

	Prévention et lutte contre les maladies et amélioration de la qualité des soins				
	Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles	Oui	/___/	Non	/___/
	Renforcement du système hospitalier	Oui	/___/	Non	/___/
	Renforcement du sous secteur pharmacie, des explorations diagnostiques et de la transfusion sanguine	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée	Oui	/___/	Non	/___/
	Amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et lutte contre les maladies prioritaires : SIDA, Paludisme et Tuberculose				
	Prévention et la lutte contre les IST/SIDA	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et la lutte contre le paludisme	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et la lutte contre la tuberculose	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la santé familiale				
	Promotion de la santé de la femme	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la santé de l'enfant	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la santé des adolescents	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la santé des hommes	Oui	/___/	Non	/___/

C	Faites vous un état des lieux avant l'élaboration de votre budget programme?	Oui	/___/	Non	/___/
D	Vos indicateurs correspondent-ils à ceux retenus par programme?	Oui	/___/	Non	/___/

II- DIFFICULTES LIEES A L'APPROCHE PROGRAMME

1, Connaissance de l'approche programme

A	Avec l'approche programme du secteur pensez vous que tous les domaines de la santé sont couverts?	Oui	/___/	Non	/___/
B	Si non, lesquels sont omis ?.....				

C	Dans quel(s) sous programme (s) peut on loger les activités sur les soins de santé primaires?				
	Renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et le développement des zones sanitaires	Oui	/___/	Non	/___/
	Développement du partenariat secteur public et secteur privé	Oui	/___/	Non	/___/
	Renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales	Oui	/___/	Non	/___/
	Renforcement des capacités de planification et de coordination	Oui	/___/	Non	/___/
	Développement des ressources humaines	Oui	/___/	Non	/___/
	Diversification du financement du secteur	Oui	/___/	Non	/___/
	Amélioration de la gestion des crédits	Oui	/___/	Non	/___/
	Maintenance des infrastructures et équipements	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles	Oui	/___/	Non	/___/
	Renforcement du système hospitalier	Oui	/___/	Non	/___/
	Renforcement du sous secteur pharmacie, des explorations diagnostiques et de la transfusion sanguine	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée	Oui	/___/	Non	/___/
	Amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et la lutte contre les IST/SIDA	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et la lutte contre le paludisme	Oui	/___/	Non	/___/
	Prévention et la lutte contre la tuberculose	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la santé de la femme	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la santé de l'enfant	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la santé des adolescents	Oui	/___/	Non	/___/
	Promotion de la santé des hommes	Oui	/___/	Non	/___/

2, Difficultés liées à l'approche programme

2.1 Difficultés personnel- coût

A	Arrivez vous à déterminer pour chaque programme, le personnel correspondant?	Oui	/___/	Non	/___/
B	Sinon estimez vous que le coût d'un programme est exhaustif sans le coût du personnel destiné à son exécution?	Oui	/___/	Non	/___/
C	Existe-il d'autres facteurs qui sont à la base de la sous- estimation du coût d'un programme?	Oui	/___/	Non	/___/
D	Si oui, lesquels?				
	Non prise en compte des infrastructures qui concourent à la réalisation du programme				/___/
	Non prise en compte des charges récurrentes				/___/
	Non prise en compte des équipements				/___/
	Autres				

2.2 Difficultés localisation

A	A quel (s) niveau (x) du système de santé peut- on lier chaque sous programme?						
	Renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et le développement des zones sanitaires	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
	Développement du partenariat secteur public et secteur privé	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
	Renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
	Renforcement des capacités de planification et de coordination	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
	Développement des ressources humaines	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
	Diversification du financement du secteur	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
	Amélioration de la gestion des crédits	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/

ANNEXE

Maintenance des infrastructures et équipements	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Renforcement du système hospitalier	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Renforcement du sous secteur pharmacie, des explorations diagnostiques et de la transfusion sanguine	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Promotion de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Prévention et la lutte contre les IST/SIDA	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Prévention et la lutte contre le paludisme	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Prévention et la lutte contre la tuberculose	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Promotion de la santé de la femme	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Promotion de la santé de l'enfant	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Promotion de la santé des adolescents	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/
Promotion de la santé des hommes	Périphérique	/___/	Intermédiaire	/___/	Central	/___/

2.2 Difficultés type soins

A	Quels sont, selon vous les sous programmes qui concourent à la prévention ou et aux soins curatifs ?				
	Renforcement de la décentralisation de la pyramide sanitaire et le développement des zones sanitaires	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Développement du partenariat secteur public et secteur privé	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Renforcement de la participation communautaire et de la collaboration avec les collectivités locales	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Renforcement des capacités de planification et de coordination	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Développement des ressources humaines	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Diversification du financement du secteur	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Amélioration de la gestion des crédits	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Maintenance des infrastructures et équipements	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Renforcement du système hospitalier	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Renforcement du sous secteur pharmacie, des explorations diagnostiques et de la transfusion sanguine	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Promotion de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Amélioration de la prise en charge des populations pauvres et indigentes	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Prévention et la lutte contre les IST/SIDA	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Prévention et la lutte contre le paludisme	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Prévention et la lutte contre la tuberculose	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Promotion de la santé de la femme	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Promotion de la santé de l'enfant	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Promotion de la santé des adolescents	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/
	Promotion de la santé des hommes	Prévention	/___/	Soins Curatifs	/___/

2.3 Difficultés indicateurs

A	Parmi les indicateurs retenus par programme, lesquels vous semblent appropriés?				
	<i>Réorganisation de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire</i>				
	Taux de fréquentation des services de soins	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	<i>Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources</i>				
	Délai de passation de marché de fournitures	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Délai de passation de marché de services et petits travaux	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Délai de passation de marché de grands travaux	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux de consommation des crédits du secteur	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Pourcentage d'audits réalisés dans les centres de coûts	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux de crédits délégués arrivant effectivement dans les centres périphériques (CSC)	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	<i>Prévention et lutte contre les maladies et amélioration de la qualité des soins</i>				
	Nombre de cas de lèpre dépistés	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux de couverture vaccinale du PEV (DTCP3) %	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux de couverture vaccinale du PEV (VAR) %	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	<i>Prévention et lutte contre les maladies prioritaires : SIDA, Paludisme et Tuberculose</i>				
	Taux de séroprévalence du VIH chez les consultantantes prénatales au BENIN	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux d'utilisation des préservatifs par la population	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux de létalité du paludisme pour 10 000 cas	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux de succès thérapeutique (tuberculose)	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	<i>Promotion de la santé familiale</i>				
	Taux d'accouchements assistés (%)	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux de consultations prénatales (%)	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
	Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes (%)	Oui	/__/ <input type="checkbox"/>	Non	/__/ <input type="checkbox"/>
B	Le taux de fréquentation des services de soins mesure t-il les soins préventifs?	Oui	/_ <input type="checkbox"/>	Non	/_ <input type="checkbox"/>
C	Si non, lesquels proposez vous ?				
D	Le programme de réorganisation de la pyramide sanitaire et de renforcement de la couverture sanitaire contribue t-il aux soins préventifs ?	Oui	/_ <input type="checkbox"/>	Non	/_ <input type="checkbox"/>

ANNEXE

E Quel est le niveau acceptable en % des indicateurs ci-après ?							
	Taux de consommation des crédits du secteur	<80	/_/_/	>=80 et <90	/_/_/	>=90 et <100	/_/_/
	Taux de couverture vaccinale du PEV (DTCP3)	<80	/_/_/	>=80 et <90	/_/_/	>=90 et <100	/_/_/
	Taux de couverture vaccinale du PEV (VAR)	<80	/_/_/	>=80 et <90	/_/_/	>=90 et <100	/_/_/

2.3 Difficultés liées à l'approche programme

A	Pensez-vous qu'il y a une certaine concurrence entre les programmes?	Oui	/_/_/	Non	/_/_/
B	Si oui, cette concurrence est-elle due à :				
	Interférence entre programmes				/_/_/
	Structure des programmes				/_/_/
	Nature du secteur santé				/_/_/
	Autres				
C	Pensez-vous que certains programmes sont de faible coût?	Oui	/_/_/	Non	/_/_/
D	Si oui, ce faible coût est-il lié à :				
	Interdépendance des coûts				/_/_/
	Omission de coûts				/_/_/
	Autres				
E	Pensez-vous que certains indicateurs ne sont pas totalement adéquats à leurs programmes?	Oui	/_/_/	Non	/_/_/
F	Si oui, cette non adéquation est elle liée à :				
	Choix de l'indicateur produit par le système d'informations				/_/_/
	Seuil d'atteinte connu d'avance				/_/_/
	Degré d'immuabilité atteint				/_/_/
	Autres				

III - APPROCHES DE SOLUTIONS

A	Faut-il conserver l'approche programme actuelle?	Oui	/___/	Non	/___/
B	Faut-il conserver l'approche programme actuelle et apporter les modifications nécessaires?	Oui	/___/	Non	/___/
C	Est-il indiqué d'adopter une approche programme qui corresponde aux niveaux du système sanitaire (périphérique, intermédiaire, central) ?	Oui	/___/	Non	/___/
D	Faut t-il adopter l'approche de prévention et de soins curatifs?	Oui	/___/	Non	/___/
F	Est-il indiqué d'adopter l'approche programme de priorités qui consiste à donner priorité à des programmes sur d'autres dans le temps ?	Oui	/___/	Non	/___/
G	Est- il indiqué d'adopter l'approche programme qui repose sur les déterminants d'obstacles aux soins, la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation, la continuité et la qualité ?	Oui	/___/	Non	/___/

ANNEXE 2

Annexe 2 : Quelques résultats de l'enquête**CONCURRENCE ENTRE PROGRAMMES****Tableau de fréquences**

CONC_PRG Pensez-vous qu'il y a une certaine concurrence entre les programmes?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	20	66,7	66,7	66,7
	NON	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

INT_PRG Si oui, cette concurrence est-elle due à l'interférence entre les programmes?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	15	50,0	50,0	83,3
	FAUX	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

STR_PRG Si oui, cette concurrence est-elle due à la structure des programmes?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	10	33,3	33,3	66,7
	FAUX	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

SEC_PRG Si oui, cette concurrence est-elle due à la nature du secteur santé?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	5	16,7	16,7	50,0
	FAUX	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AUT_PRG Si oui, cette concurrence est-elle due à autres?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	3	10,0	10,0	43,3
	FAUX	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

PROGRAMME DE FAIBLE COUT

Tableau de fréquences

FC_PRG Pensez-vous que certains programmes sont de faible coût?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	22	73,3	73,3	73,3
	NON	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

INT_CT Si oui, ce faible coût est-il lié à l'interdépendance des coûts?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		8	26,7	26,7	26,7
	VRAI	17	56,7	56,7	83,3
	FAUX	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

OMI_CT Si oui, ce faible coût est-il lié à l'omission des coûts?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		8	26,7	26,7	26,7
	VRAI	14	46,7	46,7	73,3
	FAUX	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AUT_CT Si oui, ce faible coût est-il lié à autres?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		18	60,0	60,0	60,0
	VRAI	1	3,3	3,3	63,3
	FAUX	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

INADEQUATION DE CERTAINS INDICATEURS

IND_ADEQ Pensez-vous que certains indicateurs ne sont pas totalement adéquats à leurs programmes?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	20	66,7	66,7	66,7
	NON	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

IND_CHOI Si oui, cette non adéquation est elle liée au choix de l'indicateur produit par le système d'informations?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		10	33,3	33,3	33,3
	VRAI	16	53,3	53,3	86,7
	FAUX	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

SEUIL_CO Si oui, cette non adéquation est elle liée au seuil d'atteinte connu d'avance?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		11	36,7	36,7	36,7
	VRAI	10	33,3	33,3	70,0
	FAUX	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

IMM_ATT Si oui, cette non adéquation est elle liée au degré d'immuabilité atteint?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		11	36,7	36,7	36,7
	VRAI	11	36,7	36,7	73,3
	FAUX	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AUT_ADE Si oui, cette non adéquation est elle liée à autres?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		11	36,7	36,7	36,7
	VRAI	5	16,7	16,7	53,3
	FAUX	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

SOLUTIONS SUSCEPTIBLES D'ETRE ENVISAGEES

Tableau de fréquences

AP Faut-il conserver l'approche programme actuelle?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	7	23,3	23,3	23,3
	NON	23	76,7	76,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AP_MOD Faut-il conserver l'approche programme actuelle et apporter les modifications nécessaires?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	23	76,7	76,7	76,7
	NON	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AP_NIV Est-il indiqué d'adopter une approche programme qui corresponde aux niveaux du système sanitaire (périphérique, intermédiaire, central) ?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	30	100,0	100,0	100,0

AP_SOIN Faut t-il adopter l'approche de prévention et de soins curatifs?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	30	100,0	100,0	100,0

AP_PRO Est-il indiqué d'adopter l'approche programme de priorités qui consiste à donner priorité à des programmes sur d'autres dans le temps ?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	15	50,0	50,0	50,0
	NON	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

AP_OBS Est- il indiqué d'adopter l'approche programme qui repose sur les déterminants d'obstacles aux soins, la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation, la continuité et la qualité ?

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	15	50,0	50,0	50,0
	NON	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

ANNEXE 3

ANNEXE

Annexe 3 : Evolution des indicateurs

PROGRAMMES INDICATEURS	ANNEE	2000	2001	2002	2003	2004
Réorganisation de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire						
Taux de fréquentation des services de soins		34	36	35	38	39
Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources						
Délai de passation de marché de fournitures		50 jours	50 jours	50 jours	50 jours	50 jours
Délai de passation de marché de services et petits travaux		59 jours	59 jours	59 jours	59 jours	59 jours
Délai de passation de marché de grands travaux		75 jours	75 jours	75 jours	75 jours	75 jours
Taux de consommation des crédits du secteur		80%	90%	92%	82%	80%
Pourcentage d'audits réalisés dans les centres de coûts		100%	100%	100%	100%	100%
Taux de crédits délégués arrivant effectivement dans les centres périphériques (CSC)		100%	100%	100%	100%	100%
Prévention et lutte contre les maladies et amélioration de la qualité des soins						
Nombre de cas de lèpre dépistés		645	391	392	377	453
Taux de couverture vaccinale du PEV (DTCP3) %		96%	90%	102%	105%	87%
Taux de couverture vaccinale du PEV (VAR) %		87%	85%	97%	97%	86%
Prévention et lutte contre les maladies prioritaires : SIDA, Paludisme et Tuberculose						
Taux de séroprévalence du VIH chez les consultantes prénatales au BENIN		3,64%	4,10%	1,90%	2,20%	2%
Taux d'utilisation des préservatifs par la population		10,70%	6,90%	15,60%	13,20%	16,40%
Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées obtenu après enquête			3,80%		35,02%	
Taux de létalité du paludisme pour 10 000 cas		3,7 %0	2,1 %0	7 %0	11 %0	13,5 %0
Taux de succès thérapeutique (tuberculose)		80%	79%	80%	80%	81%
Promotion de la santé familiale						
Taux d'accouchements assistés (%)		74	77	62,8	76	76
Taux de consultations prénatales (%)		86,7	90	76,5	91,2	91
Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes (%)		10,7	6,9	15,6	13,2	10,6

ANNEXE 4

ANNEXE 4 : Caractéristiques Projets et Programmes

PROJET		PROGRAMME	
Nouveauté Unicité	Produit unique	Nouveauté	Atteinte d'un objectif plutôt que réalisation d'un produit unique
	Contexte unique		
	Processus unique		
	Grande incertitude		Grande incertitude
Durée limitée et déterminée	Temporaire par nature	Durée longue, voire permanente	Non temporaire par nature
	Dates de début et de fin		Dates de début mais souvent pas de date de fin
Contraintes rigoureuses et d'importance variable selon le type et la nature du projet	Performance	Contraintes rigoureuses et d'importance variable selon le type et la nature du programme	Performance
	Qualité (normes)		Qualité (normes)
	Délais (échéances diverses)		Délais (échéances diverses)
	Coûts		Coûts
Cycle de vie dynamique	Les projets prennent naissance dans l'émergence d'un désir ou d'un besoin et se terminent par la livraison d'un produit ou service perçus comme satisfaisant ce besoin	Cycle de vie dynamique	Les programmes sont tournés vers l'atteinte d'objectif dont on peut périodiquement prendre la mesure
	Cycle itératif constitué de phases		Cycle itératif constitué de phases
Implication de nombreux intervenants	Intérêts différents	Implication de nombreux intervenants	Intérêts différents
	Disciplines différentes		Disciplines différentes
	Organisations différentes		Organisations différentes
	Cultures différentes		Cultures différentes
Contexte d'incertitude relative	Incertitudes de l'environnement (complexité, imprévisibilité)	Contexte d'incertitude relative	Incertitudes de l'environnement (complexité, imprévisibilité)
	Incertitudes technologiques (nouveauté, taille, contraintes TCQ-P)		
	Incertitudes liées aux ressources (diversité, nombre, complexité, etc.)		Incertitudes liées aux ressources (diversité, nombre, complexité, etc.)

INTRODUCTION GENERALE	1
1. PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	4
1.1 Restitution de l'approche programme du Ministère de la Santé.....	4
1.1.1. Approche programme au Ministère de la Santé.....	4
1.1.1.1. Evolution de l'approche programme	4
1.1.1.1.1. Historique.....	5
1.1.1.1.2. Evolution des intitulés de programmes.....	6
1.1.1.1.3. Fondement du choix des programmes	7
1.1.1.2. Secteur de la Santé et approche programme 2002-2006.....	8
1.1.1.2.1. Présentation de l'approche programme du Ministère	8
1.1.1.2.2. Conception de l'approche programme.....	10
1.1.1.2.3. Programmation, exécution et suivi évaluation suivant l'approche programme	11
1.1.2. Problématique	19
1.2. Objectifs et méthodologie adoptée	21
1.2.1. Objectifs, hypothèses et revue de la littérature	21
1.2.1.1. Fixation des objectifs	21
1.2.1.1.1. Objectif général.....	21
1.2.1.1.2 Objectifs spécifiques.....	21
1.2.1.2. Hypothèses et tableau de bord de l'étude	21
1.2.1.2.1. Hypothèses liées aux problèmes spécifiques	22
1.2.1.3. Revue de la littérature	25
1.2.1.3.1. Point des connaissances liées au problème général	25
1.2.1.3.2. Point des connaissances liées aux problèmes spécifiques	26
1.2.2. Choix de la méthodologie de l'étude : approches empirique et théorique.....	27
1.2.2.1. Approche théorique retenue.....	28
1.2.2.1.1. Choix théorique lié au problème de concurrence entre les programmes	28
1.2.2.1.2. Choix théorique liée à la mauvaise évaluation du coût des programmes	28
1.2.2.1.3. Choix théorique liée à l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes	28
1.2.2.2. Dimension empirique de l'étude.....	28
1.2.2.2.1. Préparation de l'enquête	29
1.2.2.2.2. Réalisation des enquêtes	30
2 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES	33
2.1. Collecte et présentation des données	33
2.1.1. Préparation et réalisation de la collecte	33
2.1.1.1. Préparation de la collecte.....	33
2.1.1.2. Réalisation et traitement des données	34
2.1.2. Présentation et limites des données	35
2.1.2.1. Présentation et analyse des données mobilisées	35
2.1.2.1.1. Présentation et analyse des données relatives au problème de la concurrence entre les programmes	35
2.1.2.1.2 Présentation et analyse des données relatives à la mauvaise évaluation des coûts de programmes.....	39
2.1.2.1.3 Présentation et analyse de l'inadéquation de certains indicateurs aux programmes	44
2.1.2.2. Limites des données.....	46
2.2 Vérification des hypothèses et établissement de diagnostic	46

TABLE DES MATIERES

2.2.1	Vérification des hypothèses	46
2.2.1.1	Degré de validation des hypothèses spécifiques	47
2.2.1.1.1	Hypothèse n°1	47
2.2.1.1.2	Hypothèse n°2	47
2.2.1.1.3	Hypothèse n°3	48
2.2.1.2	Degré de validation de l'hypothèse générale	49
2.2.2	Diagnostic établi	49
2.2.2.1	Elément de diagnostic lié au problème général	49
2.2.2.2	Elément de diagnostic lié aux problèmes spécifiques	49
2.2.2.2.1	Elément de diagnostic lié au problème spécifique 1	49
2.2.2.2.2	Elément de diagnostic lié au problème spécifique 2	49
2.2.2.2.3	Elément de diagnostic lié au problème spécifique 3	49
3	APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	52
3.1	Approche de solutions	52
3.1.1	Approche globale de solutions	52
3.1.1.1	Approche programme actuelle avec intégration de quelques modifications	54
3.1.1.2	Approche programme sur les déterminants des obstacles aux soins	55
3.1.1.3	Approche programme basée sur la priorité des programmes	56
3.1.1.4	Approche programme calquée sur les niveaux du système sanitaire	57
3.1.1.5	Approche programme de prévention et de soins curatifs	58
3.1.2	Approche de solutions aux problèmes spécifiques	58
3.1.2.1	Solution spécifique n°1	58
3.1.2.2	Solution spécifique n°2	59
3.1.2.3	Solution spécifique n°3	60
3.2	Conditions de mise en œuvre des solutions	60
3.2.1	Recommandations	61
3.2.1.1	A l'attention du Ministère de la Santé	61
3.2.1.2	A l'attention des partenaires	61
3.2.1.3	A l'attention des acteurs	62
3.2.2	Tableau de synthèse de l'étude	62
	CONCLUSION GENERALE	64