

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 DE PROJET**

**OPTION :**  
MANAGEMENT

**FILIERE :**  
GESTION DE PROJET

**ANNEE ACADEMIQUE : 2005-2006**

**ANALYSE DIAGNOSTIQUE DU PROCESSUS  
DE GESTION DES PROJETS AU MINISTRE  
DE LA SANTE**

REALISE ET SOUTENU PAR

**Bertin Komlan. K. GLELE**

SOUS LA DIRECTION DE :

**MAITRE DE STAGE**

**Madame Stéphanie AQUEREBURU**  
*Chef Service Programmation (SP/DPP/MS)*

**MAITRE DE MEMOIRE**

**Monsieur Parfait AGBLONON**  
*Juriste d'affaires- Analyste financier  
Spécialiste en management de projet*

*Avril 2006*

**(Version après soutenance)**



# IDENTIFICATION DU JURY

<b>QUALITE</b>	<b>NOM ET PRENOMS</b>
PRESIDENT	Simon C. GNANSOUNOU
VICE-PRESIDENT	William COMLAN
MEMBRE	Souley BIO GOURA

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

# DEDICACES

## Je dédie ce travail



La mémoire de :

☞ Ma Feue mère, Marie- Thérèse Sindokpomè ZEHE-KPEHOUNDE épouse AHANHANZO-GLELE,

☞ Ma Feue belle-mère, Céline KPOFON épouse GBAGUIDI,

Rappelées à l'Eucharistie Eternelle respectivement aux mois de septembre et mars derniers. Mes sincères gratitude après tant de sacrifices et d'encouragements pour cette formation. Mais, hélas ! Repos éternel in CHRISTI.



☞ Mon épouse Germaine GBAGUIDI et à nos enfants Euriel Jean-Eudes et Chrysostome Ursulin AHANHANZO-GLELE.

Recevez ici toute ma reconnaissance pour avoir accepté tant de privations.

## REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous adressons nos sincères remerciements à :

- ☞ Monsieur Parfait AGBLONON, Directeur de la Production à la Poste, Spécialiste en Management de Projet, qui n'a managé aucun effort pour suivre et diriger ce mémoire malgré ses multiples occupations.
- ☞ Monsieur Christian EYEBIYI, Directeur de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé pour nous avoir admis en stage dans sa Direction.
- ☞ Les membres de jury qui nous ont fait l'honneur de juger ce travail. Nous sommes persuadés que leurs remarques, critiques et suggestions constitueront un apport de qualité.
- ☞ Mes valeureux Professeurs qui ont réussi à faire de nous des majeurs.
- ☞ Madame Stéphanie AQUEREBURU pour sa précieuse contribution
- ☞ Messieurs Cyrille ZOUNGAN, Olivier KANGBETO, Grégoire GNANVI, Evariste AGOSSOU, Adrien HOUNSA et Théophile HOUNSA pour leur constante disponibilité, leur soutien moral et leurs multiples conseils.
- ☞ Tous mes chers parents spécialement, Bonaventure, Toussaint, Ange, Polycarpe, Guillaume, Emmanuel AHANHANZO-GLELE et Soulé SANNY pour les aides précieuses et soutiens indéfectibles.
- ☞ Tous les personnels de la DPP/MS et du SEPS/DDSP pour leurs multiples soutiens.

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AFNOR :	Association Française de Normalisation
ANAPROG :	ANALyse PROGrammation
BN :	Budget National
CC :	Chambre des Comptes
CDEEP :	Comité Départemental de l'Exécution et d'Evaluation des
CFA :	Communauté Financière d'Afrique
CNEEP :	Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des
CODIR :	COMité de DIRection
CSA :	Centre de Santé d'Arrondissement
CSE :	Cellule de Suivi-Evaluation
DDS :	Direction Départementale de la Santé des Projets/Programme
DESIO:	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DIEM :	Direction des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance
DIVI :	Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne
DPP :	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM:	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DRHC:	Développement des Ressources Humaines Canada
ELAM :	Enquête Légère Auprès des Ménages
ENAM:	Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
FS :	Formations Sanitaires
HZ :	Hôpital de Zone
IB :	Initiative de Bamako
IEC :	Information Education et Communication
INSAE :	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
MDEF :	Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances
MEHU:	Ministère de l'Environnement et de l'Habitat
MS :	Ministère de la Santé

---

---

MSP	:	Ministère de la Santé Publique
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale Opérationnelle
PIP	:	Programme d'Investissements Publics Projets/Programmes Projets/Ptogrammes
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SEPS	:	Service des Etudes de la Planification et du Suivi
SIGFIP	:	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SNIGS	:	Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SP	:	Service de la Programmation
SSD	:	Service de la Statistique et de la Documentation
SSDRO	:	Service de la Statistique, de la Documentation et de la Recherche
SSP	:	Soins de Santé Primaires
TBE	:	Tableau de Bord de l'Etude
TBM	:	Taux Brut de Mortalité
TBN	:	Taux Brut de Natalité
TMI	:	Taux de Mortalité Infantile
TMM	:	Taux de Mortalité Maternelle
TSE	:	Tableau de Synthèse de l'Etude
UAC	:	Université d'Abomey-Calavi
ZS	:	Zone Sanitaire

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau n° 1 :</b>	Evolution des indicateurs socio-sanitaires .....	5
<b>Tableau n° 2:</b>	Evolution des crédits alloués et consommés dans l'exécution des projets (en millions de francs CFA) .....	14
<b>Tableau n° 3 :</b>	Forces et faiblesses du processus de gestion des projets .....	20
<b>Tableau n° 4 :</b>	Tableau de Bord de l'Etude "Contribution à le gestion performante de la gestion des projets' .....	26
<b>Tableau n°5 :</b>	Grille d'analyse des hypothèses de l'étude .....	29
<b>Tableau n°6 :</b>	Point de la collecte des données .....	36
<b>Tableau n° 7 :</b>	Opinion sur l'atteinte des résultats par les projets .....	37
<b>Tableau n° 8 :</b>	Répartition des réponses par rapport à la non-atteinte des résultats par certains projets .....	37
<b>Tableau n° 9 :</b>	Opinion sur les retards d'exécution des projets .....	38
<b>Tableau n° 10 :</b>	Répartition des réponses par rapport aux retards qu'accusent des projets dans leur réalisation. ....	38
<b>Tableau n° 11 :</b>	Opinion sur la satisfaction des bénéficiaires .....	39
<b>Tableau n° 12 :</b>	Répartition des réponses par rapport au sentiment d'insatisfaction persistante de certains bénéficiaires des projets. ....	40
<b>Tableau n° 13 :</b>	Tableau de Synthèse de l'étude "contribution à la gestion performante des projets au Ministère de la Santé" .....	51

## LISTE DES GRAPHIQUES

<b>Graphique n° 1 :</b>	Evolution des crédits mobilisés et consommés par les projets du MS (Période 1997 -2004) .....	15
<b>Graphique n°2 :</b>	Représentation des causes relatives à la non-atteinte des résultats .....	41
<b>Graphique n° 3 :</b>	Représentation des Causes des retards d'exécution des Projets en pourcentage .....	42
<b>Graphique n° 4 :</b>	Répartition des motifs d'insatisfaction .....	44

## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N°1 :	Système national de santé .....	59
ANNEXE N°2 :		
	1. Politique et stratégie de développement du secteur santé 1997-2001	61
	2 Cadre général des orientations politique et stratégiques de développement du secteur santé 2002-2006 .....	63
ANNEXE N°3 :	Liste des projets et programmes du secteur santé en 2006 .....	65
ANNEXE N°4 :	Guide d'entretien et questionnaires .....	68

## RESUME

Pour répondre aux nombreuses sollicitations des populations en matière de santé, il a été mis en œuvre des politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé 1997-2001. Pour renforcer les acquis de ces politiques et stratégies, celles de 2002-2006 ont été élaborées. La mise en œuvre de ces politiques et stratégies est soutenue par cinq (5) programmes avec des sous programmes appuyés par des projets/programmes. Les performances obtenues de ces projets/programmes ne sont pas toujours satisfaisantes. Ainsi, plusieurs projets n'obtiennent pas les résultats attendus d'eux. On note entre autres également, des retards dans l'exécution des projets et l'insatisfaction des bénéficiaires. Toutes choses qui appellent un diagnostic du processus de gestion des projets au Ministère de la Santé. D'où l'importance de notre thème «Analyse diagnostique du processus de gestion des projets au Ministère de la Santé».

La présente étude dont la problématique est la gestion performante des projets au Ministère de la Santé (MS), se fixe comme objectif, de contribuer à l'amélioration de la gestion des projets du secteur santé. Partant du problème général de la faible performance des projets au MS, des hypothèses ont été émises en liaison avec les problèmes spécifiques.

La vérification de ces hypothèses nous a amené à adopter la recherche-action comme méthode soutenue par l'approche participative. Des observations ont été faites ; des entretiens avec des personnes ressources ont également eu lieu. Une enquête par sondage a été menée sur la base d'un questionnaire élaboré pour la circonstance.

Après dépouillement et analyse des données, le diagnostic révèle que :

- la cause principale de la non atteinte des résultats par des projets au MS est liée à la mauvaise gestion des projets par l'équipe de projet ;
- la raison fondamentale des retards observés dans l'exécution des projets est le non respect des plannings de décaissement des fonds ;
- la mauvaise qualité des extrants est à la base du climat d'insatisfaction persistante des bénéficiaires des projets.

En terme d'approches de solutions, il y a lieu de :

- procéder systématiquement à la description des tâches et d'institutionnaliser les lettres de mission pour les coordonnateurs ;
- tenir compte des plannings de financement contenu dans les documents de base pour les allocations de ressources annuelles ;
- définir et d'inscrire le mécanisme de contrôle, de suivi-évaluation des projets dans les documents des projets surtout ceux sur financement Budget National, et le mettre en œuvre effectivement.

Enfin des recommandations à l'endroit des autorités du Ministère et des coordonnateurs des projets/programmes ont été formulées pour la mise en œuvre des approches de solutions.

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE .....	4
<b>Section 1 : Restitution des observations de stage et ciblage de la Problématique</b> .....	5
<u>Paragraphe 1</u> : Etat des lieux de base du processus de gestion des projets .....	6
<u>Paragraphe 2</u> : Problématique de la gestion performante des projets du Ministère de la Santé .....	19
<b>Section 2 : Des objectifs de l'étude à la méthodologie</b> .....	22
<u>Paragraphe 1</u> : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature .....	22
<u>Paragraphe 2</u> : Choix de la méthodologie de l'étude .....	28
CHAPITRE PREMIER : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES .....	32
<b>Section 1 : Collecte et présentation des données</b> .....	33
<u>Paragraphe 1</u> : Préparation et réalisation de la collecte .....	33
<u>Paragraphe 2</u> : Présentation et limite des données .....	35
<b>Section 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic</b> .....	41
<u>Paragraphe 1</u> : Analyse des données .....	41
<u>Paragraphe 2</u> : Vérification des hypothèses et diagnostic établi ...	44
CHAPITRE DEUXIEME : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE .....	46
<b>Section 1 : Approches de solutions</b> .....	47
<u>Paragraphe 1</u> : Approche de solutions aux problèmes de non-atteinte des résultats et d'insatisfaction persistante des bénéficiaires .....	47
<u>Paragraphe 2</u> : Approche de solutions au problème spécifique n° 2 : retard dans l'exécution des projets. ....	48
<b>Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions</b> .....	49
<u>Paragraphe 1</u> : Les recommandations .....	49
<u>Paragraphe 2</u> . Tableau de Synthèse de l'Etude : « Contribution à la gestion performante des projets au Ministère de la Santé » .....	50
CONCLUSION .....	53
BIBLIOGRAPHIE .....	55
ANNEXES .....	58
TABLE DES MATIERES .....	75

# INTRODUCTION

La santé a été reconnue comme un droit de tout être humain. C'est pourquoi, la plupart des pays africains subsahariens, face à la contrainte de réduction drastique de leurs dépenses notamment dans les secteurs sociaux tels que la santé et l'éducation, ont souscrit à deux idées fortes :

- la déclaration d'Alma Ata de 1978 qui engage les Etats membres de l'OMS à viser « la Santé Pour Tous à l'An 2000 » ;
- l'Initiative de Bamako (IB) de Septembre 1987 dont le but est « d'assurer l'accès universel aux soins de santé primaires »

Classé parmi les pays les plus pauvres de la planète, le Bénin a une population dont la vie sociale est caractérisée par une précarité globale qui touche à maints domaines, dont celui de la santé. Le seuil global national de pauvreté demeure bas, 65 638 F CFA en 2000 (cf Rapport sur le Développement Humain au Bénin, PNUD, 1997 et ELAM<sup>1</sup> 9, 1999). L'espérance de vie à la naissance de la population béninoise est de 59,2 ans en 2002 selon le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 3). Une mauvaise alimentation et l'exposition à des risques environnementaux plus élevés rendent les Béninois pauvres et très vulnérables aux problèmes de santé. Les problèmes de santé trouvent leur source entre autres, dans la sous-information, le faible niveau d'éducation socio-sanitaire et l'inaccessibilité aux soins de santé de base par les populations. Le taux de fréquentation des soins de santé de qualité reste faible. Il est passé de 35 % en 2003 à 39 % en 2004.

Depuis plusieurs décennies, des efforts sont déployés par les gouvernants au moyen de réformes et de la définition de politique et stratégie de développement du secteur santé pour assurer une meilleure disponibilité des services. Il s'agit notamment :

- de la construction des centres de santé ;
- du recrutement et du redéploiement du personnel de santé ;
- de la diversification des prestations, etc.

---

<sup>1</sup> ELAM : Enquête Légère Auprès des Ménages

Dans ce cadre, des projets et programmes sont élaborés pour satisfaire les besoins sanitaires des populations. Ces efforts sont renforcés par les initiatives privées des associations caritatives, des ONG nationales et de la coopération internationale.

En dépit des ressources énormes englouties chaque année dans les projets/programmes, on ne note pas d'amélioration significative de la situation sanitaire de la population. On est alors en droit de se poser des questions. Les objectifs et les résultats attendus des projets programmes sont-ils atteints ? Que faire pour rendre plus visibles et plus lisibles les actions des projets du Ministère. Autant de questionnements qui nous poussent à envisager l'étude du processus de gestion des projets au Ministère de la Santé (MS).

Pour y parvenir, dans un chapitre préliminaire nous ferons la restitution des observations de stage, ciblerons la problématique avant de dégager les objectifs de l'étude ainsi que la méthodologie adoptée. Ensuite dans un second temps, nous nous pencherons sur la collecte et l'analyse des données et nous poserons le diagnostic. Enfin nous identifierons des approches des solutions et les conditions de leur mise en œuvre.

# CHAPITRE PRELIMINAIRE :

## PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

## **Section 1 : Restitution des observations de stage et ciblage de la problématique**

La République du Bénin, à l'instar des autres pays francophones de l'Afrique de l'Ouest, a un système de prestation des soins largement dominé par les structures publiques. Mais le secteur privé connaît progressivement un essor avec le développement des œuvres caritatives confessionnelles et des initiatives privées locales. La caractéristique essentielle de la situation sanitaire est la prédominance des affections tropicales. Les indicateurs de santé sont caractéristiques de ceux des pays pauvres.

En 2004, la situation sanitaire est caractérisée par un taux de morbidité élevé avec un environnement en constante dégradation. Selon les résultats du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 3) de 2002, les indicateurs socio-sanitaires n'ont pas véritablement évolué. Ils se présentent comme suit :

**Tableau n° 1 : EVOLUTION DES INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES**

	<b>INDICATEURS</b>	<b>ESTIMATION 2002</b>	<b>ESTIMATION 2004</b>
1	Taux Brut de Natalité (TBN)	41,2 ‰	39,9 ‰
2	Taux Brut de Mortalité (TBM)	12,3 ‰	10,8 ‰
3	Taux de Mortalité Infantile (TMI)	90 ‰	66,8 ‰
4	Taux de Mortalité Infanto-juvénile	146,4 ‰	105,1 ‰
5	Taux de Mortalité Maternelle (TMM) en 2002	474,4 décès pour 100 000 NV	-
6	Espérance de vie à la naissance	59,2 ans	59,7
7	Espérance de vie à la naissance des hommes	57,2 ans	57,4
8	Espérance de vie à la naissance des femmes	61,3 ans	61,9
9	Age moyen à la maternité (ans)	30,3	-
10	Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	5,53 enfants par femme	5,38 enfants par femme

**Sources** : INSAE/DED/RGPH3 2002 & Projections démographiques 2003

## **Paragraphe 1 : Etat des lieux de base du processus de gestion des projets**

Le système national de santé au Bénin évolue avec le découpage administratif. Il a connu ces dernières années une réorganisation de la base de la pyramide sanitaire avec l'érection des Zones Sanitaires (ZS) Les Hôpitaux de Zone qu'on y rencontre, constituent des hôpitaux de première référence et sont entourés de centres de santé périphériques.

Le système national de santé a une structure pyramidale à trois (3) niveaux que sont :

- le niveau central ;
- le niveau intermédiaire ;
- le niveau périphérique.

### **I. Politique et orientations stratégiques**

#### **A. Stratégies sanitaires**

Malgré d'importants progrès observés au cours des quinze dernières années, la performance actuelle du système de santé reste encore une source de préoccupation. En effet, la situation sanitaire se caractérise par un environnement en constante dégradation, des conditions d'hygiène précaires. Les affections infectieuses et parasitaires telles que le paludisme, les gastro-entérites, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës sont fréquentes.

La déclaration d'Alma Ata (1978) fait de la promotion des Soins de Santé Primaires (SSP), la voie de développement sanitaire pour atteindre l'objectif « la santé pour tous en l'an 2000 ». Les domaines prioritaires qu'elle dégage sont :

- l'éducation sanitaire ;
- la promotion de la bonne alimentation et nutrition ;
- l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement ;

- la protection maternelle et infantile ;
- la vaccination ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies courantes ;
- la fourniture des médicaments essentiels.

Avec l'Initiative de Bamako (IB), la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé ont été introduits pour le financement de la santé.

Afin d'apporter des réponses précises et concrètes aux différents problèmes qui se posent dans le secteur, le Bénin avec l'appui des partenaires au développement, a mis en œuvre de 1989 à 1993, des stratégies sanitaires. Celles-ci privilégient les activités préventives<sup>2</sup> et celles curatives avec à l'appui une politique pharmaceutique de médicaments essentiels sous noms génériques, la réhabilitation et/ou la construction d'infrastructures sanitaires, la prévention et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. La mise en œuvre de la dizaine de programmes prévus pour cette stratégie et la consolidation des acquis jusqu'en 1996, n'a pu combler toutes les attentes. Les indicateurs de mortalité et de morbidité demeurent élevés. En 1996 le taux de mortalité générale est de 15,6‰, le taux de mortalité infantile est de 98,6‰, et de 162‰ pour les enfants de moins de 5 ans, le taux d'incidence du paludisme représente 31,7% des affections infectieuses et parasitaires en 1993, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) représentent 14% des pathologies notifiées en 1993.

Par ailleurs, avec le processus de décentralisation dans lequel le pays s'est engagé, il s'est avéré indispensable de recentrer la politique sanitaire du pays. C'est alors que le Ministère de la Santé, à la suite de la Table Ronde des partenaires au développement de janvier 1995, a mis en place pour la période 1997 – 2001, une politique et des stratégies de développement du secteur. Sa mise en œuvre a permis d'amorcer les réformes dont la consolidation a engendré l'élaboration de politique et stratégies nationales de développement du secteur santé 2002 – 2006.

---

<sup>2</sup> Il s'agit de : vaccination – santé maternelle et infantile – planning familial - hygiène et assainissement - Information, Education et Communication (IEC).

## B. Orientations stratégiques

Depuis 1997, le cadre d'orientation a été défini dans un document de politique et stratégies de développement du secteur santé. La politique et les stratégies nationales de développement du secteur mises en œuvre ont porté sur les principaux axes suivants :

- la décentralisation de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire ;
- le renforcement des capacités de gestion du secteur ;
- l'amélioration du système et des capacités de financement du secteur ;
- l'amélioration du traitement intégré des principales maladies ;
- l'amélioration de la santé reproductive.

Avec la politique et les stratégies 1997-2001, deux objectifs principaux étaient visés, à savoir :

- Améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé et des services de santé ;
- Améliorer la participation communautaire et l'utilisation des services de santé.

De ces objectifs, cinq résultats étaient attendus :

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

La mise en œuvre des politique et stratégies nationales de développement du secteur santé 1997-2001 n'a pas pu combler les attentes. L'état de santé de la population ne s'est pas amélioré de façon significative. Toutefois, elle a balisé le terrain pour les politique et stratégies nationales de développement du secteur 2002-2006. Aussi, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont – ils servi de creuset pour l'élaboration de la nouvelle politique et stratégies dont les principaux objectifs sont :

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

Quant aux résultats attendus, ils sont au nombre de trois, à savoir :

- l'organisation de la pyramide et la couverture sanitaire sont améliorées ;
- la gestion des ressources du secteur est améliorée ;
- la qualité des soins et la lutte contre les maladies sont améliorées.

Pour atteindre ses résultats, cinq axes d'intervention soutenus par des sous-programmes sont retenus.

### **c. Axes d'intervention**

Les politique et stratégies nationales de développement du secteur santé 2002-2006 ont défini cinq (5) axes d'intervention avec leurs objectifs et résultats attendus (cf. Annexe 1). Ces programmes se présentent comme suit :

- ☞ Réorganisation de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire ;
- ☞ Financement et amélioration de la gestion des ressources ;
- ☞ Prévention et lutte contre les maladies et amélioration de la qualité des soins ;
- ☞ Prévention et lutte contre les maladies prioritaires ;
- ☞ Promotion de la santé familiale.

La mise en œuvre des différents axes stratégiques à travers les programmes et sous-programmes n'a pas permis d'améliorer sensiblement les indicateurs de santé. La gestion de ces programmes et sous-programmes est essentiellement basée sur l'exécution des activités

## II. Processus de gestion des projets dans le secteur santé

Selon la Norme X50 -105 de l'Association Française de Normalisation (AFNOR), un projet est « une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir ». Elle ajoute que « un projet est défini et est mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client, ou d'une clientèle et il implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données ».

Pour atteindre les objectifs contenus dans les programmes et sous-programmes, des projets sont élaborés et mis en œuvres. En terme de typologie, on rencontre des :

- Projets durs<sup>3</sup> (programme n°1 et sous-programme 3 du programme 3)
- Projets mous<sup>4</sup> (les autres programmes et sous programmes)

### A. Processus de gestion des projets

Les projets du secteur santé suivent le processus classique du cycle de vie d'un projet. Les différentes étapes du cycle de vie étant l'identification, la définition, la planification, l'exécution, la clôture et l'évaluation.

#### 1. Phase d'identification

Les besoins identifiés pour résoudre des problèmes de santé publique ou ceux qui y contribuent, doivent relever au moins de l'un des cinq axes d'intervention retenus. Dès lors, une fiche est adressée au Ministre de la Santé Publique qui l'affecte au Directeur de la Programmation et de la Prospective lorsque les problèmes posés sont jugés pertinents. Ce document de base comportant entre autres, les objectifs, la justification, les coûts et les

---

<sup>3</sup> Ce sont des projets dont les résultats sont visibles.

<sup>4</sup> Il s'agit des projets dont les réalisations ne sont pas palpables, des réalisations non visibles.

lieux d'intervention fait l'objet d'études pour apprécier l'ampleur et l'importance de la question. Ces études peuvent parfois, être complétées par des plans d'actions budgétisés. Lorsqu'elles sont concluantes, elles constituent un indicateur pour être introduit au Programme d'Investissements Publics (PIP). Sur la base du contenu de l'ensemble des documents, une fiche de synthèse d'Analyse des Projets (ANAPROG) est établie. Celle-ci permet au système d'analyse multicritère mis en place de juger de la pertinence et de la validité du projet à introduire. Après, le Ministère du Plan, saisi de tout le dossier, effectue l'analyse multicritère pour une éventuelle sélection.

Toutefois, il est à faire remarquer qu'au cours de nos investigations sur le terrain, nous avons pu constater que :

- *les bénéficiaires ne sont pas toujours associés à l'identification des besoins ;*
- *des besoins non prioritaires sont parfois exprimés ;*
- *les documents des projets ne comportent pas de cadre logique*

## ***2. Phase de définition***

Cette phase débute par la sélection du projet, le dossier constitué à cette fin sont : le profil de projet, la fiche de programmation financière, la fiche de programmation physique, les créations d'emplois liés au fonctionnement du projet, le tableau de financement prévisionnel, les achats et ventes de biens et services, la fiche de suivi financier, la fiche de suivi physique, la fiche des charges récurrentes.

Le dossier constitué des fiches ci-dessus, est accompagné des pièces justificatives à savoir étude de pré-faisabilité, étude de faisabilité<sup>5</sup> et document portant protocole d'accord entre le Bénin ou la société civile et le bailleur de fonds. La sélection des projets se fait au niveau de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) du Ministère en charge de la santé sur la base des priorités en se conformant au cadrage macro-économique.

---

<sup>5</sup> Pour tout projet dont le coût excède 2 milliards de francs CFA, il est exigé une étude préalable de faisabilité et de rentabilité avant son inscription au titre des projets de la première année du PIP

Plusieurs autres éléments permettent d'apprécier les projets. Il s'agit :

- de leur cohérence avec la stratégie du secteur auquel ils appartiennent ;
- de leur incidence sur la réduction de la pauvreté.

Signalons que selon la nature du projet les directions techniques sont associées à cette phase de la définition. Il s'agit :

- pour les projets durs (infrastructures, équipements médico-techniques, matériel roulant, équipements techniques, etc.), essentiellement de la Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM) et de la Direction des Ressources Financières et du Matériel du MS ;
- pour les projets mous (amélioration de la gestion des ressources, prévention et lutte contre les maladies et amélioration de la qualité des soins, prévention et lutte contre les maladies prioritaires et promotion de la santé familiale), plusieurs directions techniques sont associées : Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS), Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DSIO), Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) et la Direction des Ressources Humaines (DRH).

Le projet n'est considéré comme retenu qu'après le vote du PIP. Le Ministre en charge des Finances et de l'Economie le notifie au Ministre de la Santé par un document appelé "Lettre de notification du budget".

*Mentionnons que les documents de projet, en l'occurrence sur financement interne du PIP, ne prévoient pas de mécanisme de suivi-évaluation. Aussi, le choix des sites dans le cas des projets d'infrastructures socio-sanitaires pose – t – il bien de fois des problèmes. Ce qui n'est pas sans incidence sur le démarrage des travaux.*

### **3. Phase de planification**

Après notification, le Ministre de la Santé, par arrêté, nomme les membres de l'équipe de projet. L'équipe de projet est constituée généralement du coordonnateur, du régisseur, de la secrétaire, d'un conducteur de véhicule administratif, d'un assistant technique pour les projets à cofinancement extérieur. Quant aux projets sur financement intérieur, l'équipe de projet ne comprend en général que le Coordonnateur et le Régisseur ; rarement le personnel d'appui..

Le coordonnateur, à l'aide des documents du projet planifie et budgétise les activités en vue de leur exécution

A chaque exercice et après le vote du budget, dans le cadre de l'opérationnalisation du budget, le coordonnateur à l'aide des documents du projet, élabore son plan d'action budgétisé. Ce plan est validé par la DPP et est inscrit dans le budget opérationnel du secteur.

Au début de chaque trimestre le coordonnateur établit un chronogramme d'activités qui est transmis à la DPP puis présenté et validé au CODIR élargi.

*Nos investigations et observations de stages révèlent que :*

- *les coordonnateurs des projets sont majoritairement des Médecins (39/53 projets en 2006).*
- *Pour les projets sur financement exclusivement Budget National (BN), aucune charte de responsabilité n'est définie dans les documents de projet*

### **4. Phase d'exécution**

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

L'exécution se fait en fonction des programmes qui sont gérés par des structures responsables des projets.

Ces structures sont appelées gestionnaires de programmes. Elles sont responsables desdits projets et sont tenues de suivre l'exécution des activités programmées.

L'évolution des ressources allouées et la consommation des crédits se présente comme suit :

**Tableau 2:** ÉVOLUTION DES CREDITS ALLOUES ET CONSOMMES DANS L'EXECUTION DES PROJETS (EN MILLIONS DE FRANCS CFA)

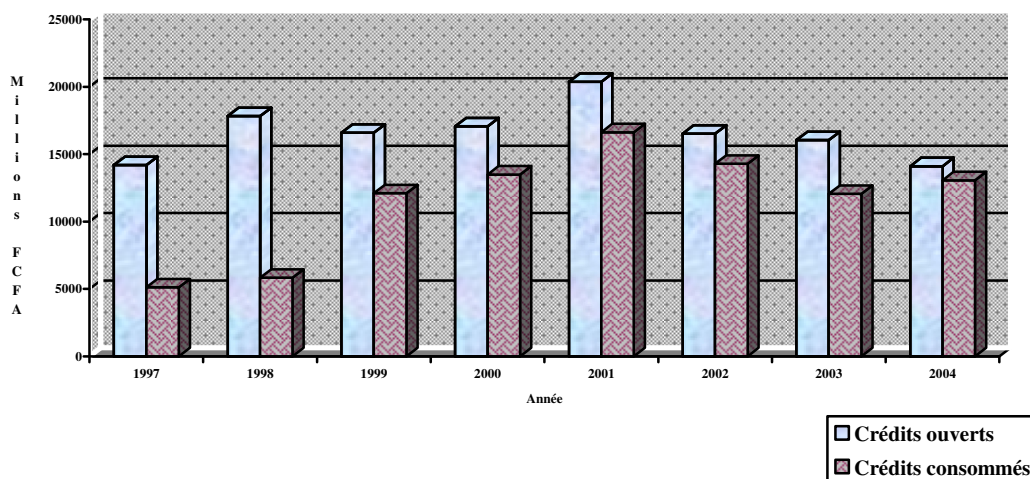
Rubriques	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Nombre total de projets exécutés par année au cours de la période	16	27	41	39	49	57	47	60	-
Ressources intérieures mobilisées (1)	1 737	2 381	2 652	2 734	8 546	8 516	8 615	7 117	<b>42 298</b>
Ressources extérieures mobilisées (2)	12 459	15 447	13 935	14 338	11 816	8 001	7 427	6 989	<b>90 412</b>
Total des ressources mobilisées (3) = (1)+(2)	14 196	17 828	16 587	17 072	20 362	16 517	16 042	14 106	<b>132 710</b>
Ressources intérieures consommées (4)	950	1 060	2 135	2 333	6 270	7 550	7 162	6 073	<b>33 533</b>
Ressources extérieures consommées (5)	4 177	4 781	9 971	11 156	10 355	6 730	4 898	6 989	<b>59 057</b>
Ressources totales consommées (6) = (4) + (5)	5 127	5 841	12 107	13 489	16 625	14 280	12 060	13 062	<b>92 591</b>
Taux global de consommation en % (7) =(6)/(3)	36,12	32,76	72,99	79,01	81,65	86,46	75,18	92,60	<b>69,77</b>

**Source :** SP/DPP/MS

De l'analyse du tableau, sur 132,710 milliards mobilisés pour les projets du secteur au cours de la période 1997 – 2004, la consommation n'est que de 92,591 milliards ; soit un taux de consommation de 69,77 %.

Le graphique ci-après présente l'évolution des crédits ouverts et consommés par les projets sur la période susmentionnée.

**Graphique n° 1 :** EVOLUTION DES CREDITS MOBILISES ET CONSOMMES  
PAR LES PROJETS DU MS (PERIODE 1997 -2004)



**Source :** SP/DPP/MS

Il y a lieu de signaler que l'évolution du taux global de consommation qui passe de 36,12 % en 1997 à 92,60 % en 2004, ne traduit pas la réalité si l'on tient compte des réductions budgétaires opérées en cours d'exercice. En 2004 cette réduction est 3,411 milliards. Elle entraîne des réajustements des chronogrammes et des plans d'actions. Les besoins prioritaires sont généralement délaissés au profit des besoins moins prioritaires.

Par ailleurs, un certain nombre d'outils sont élaborés par le Service de la Programmation et la Cellule de Suivi-évaluation pour recueillir périodiquement (trimestriellement, semestriellement et annuellement) les informations relatives à l'exécution des projets. Il s'agit :

- du budget-programme (qui prend en compte toutes les activités programmées au cours de l'année) ;
- des fiches de programmation en annexe (qui découpent en trimestres les activités contenues dans le budget-programme) ;
- des fiches de bilan trimestriel, semestriel et annuel qui se trouvent en annexe (elles font le point d'exécution de la programmation) ;
- du rapport d'auto-évaluation qui reprend le point d'exécution annuelle fait par l'équipe de projet et adressée à la DPP qui rappelle à l'approche de l'échéance par lettre adressée au coordonnateur la date de transmission des documents ;
- du rapport d'évaluation qui est élaboré par les évaluateurs externes dans le cas où le projet est évalué. Ce rapport est adressé à la DPP et au bailleur de fonds.

Les fiches bilan sont transmises aux Ministères chargé du Plan et à celui en charge des Finances et de l'Economie. Ce processus reprend au début de chaque année jusqu'à la clôture du projet. La cellule de suivi-évaluation fait des descentes sur le terrain pour constater l'exécution du projet. Un rapport est établi à la fin de chaque tournée.

De par nos investigations, il est à noter à la réalisation des projets ce qui suit :

- *des retards sont enregistrés dans l'exécution de plusieurs projets ;*
- *le non-respect du planning de décaissement ;*
- *le non-respect des délais contractuels par les entreprises, fournisseurs et prestataires de service ;*
- *la mauvaise qualité des extrants de certains projets<sup>6</sup> ;*
- *la faible participation des bénéficiaires à la réalisation des projets ;*
- *le non achèvement de certains projets avant leur sortie du PIP.*

---

<sup>6</sup> Mauvaises qualités de composantes des infrastructures murs lézardé, fissuration de mur et ou de dalle, installations électriques, etc.), des équipements.

## **5. Phase de clôture**

La clôture du projet est l'étape qui marque sa fin. Cette phase n'est observée que par les projets à cofinancement extérieur pour lesquels un rapport de fin de projet est établi,

Quant à ceux à financement exclusivement Budget National, il n'existe pas de clôture formelle. *Les projets cessent leurs activités lorsqu'ils ne sont plus inscrits au PIP. Il n'est donc pas aisé à la fin des projets d'avoir le coût réel du projet par exemple surtout si les objectifs sont atteints.*

## **6. Phase d'évaluation**

Créée par l'arrêté n°4735/MS/DC/SGM/DPP/SA du 24 juin 2003, la Cellule de Suivi-Evaluation (CSE) est chargée du suivi et d'évaluation du budget-programme. Il a rang de service au sein de la DPP.

C'est une étape importante de la gestion du budget-programme. Le Suivi-évaluation permet, non seulement, de s'assurer de l'utilisation correcte des crédits, c'est-à-dire l'exécution financière des projets/ programmes, mais aussi de l'exécution physique des activités et de l'évolution des indicateurs de performance associés à la réalisation des projets/programmes.

Chaque direction technique du ministère, chaque projet dispose d'un point focal qui est chargé de coordonner les activités de programmation et de suivi-évaluation dans les domaines de compétence de sa structure de tutelle en collaboration avec les superviseurs des axes stratégiques du secteur.

Pour pouvoir mener à bien sa mission, il est mis en place des outils de travail tels que :

- le plan d'opérationnalisation du budget ;
- le plan de consommation des Crédits ;
- les Termes de Référence des activités ;
- etc.

Tous ces outils facilitent l'élaboration du rapport de performance qui est produit pour chaque exercice budgétaire et envoyé à la Chambre des Comptes au plus tard le 30 juin de l'année suivante. Dans la pratique, ce délai n'est pas respecté ; il est noté un retard dans l'élaboration de ce rapport. A titre d'exemple, celui de l'année 2004 a été finalisé et envoyé à la Chambre des Comptes à la fin du mois d'août 2005.

Après la rédaction du rapport de performance, le ministère l'envoie à la Chambre des Comptes (CC) qui se charge d'en faire l'audit.

Les investigations et les observations de stage révèlent que de manière générale, *les projets sur financement exclusivement Budget National, ne font pas objet de suivi-évaluation proprement dit si ce n'est que le rapport d'auto-évaluation que les coordonnateurs des projets produisent. Même les vérifications périodiques par échantillonnage de la Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne (DIVI), ne se limitent qu'à la régularité des dépenses effectuées.*

*L'évaluation ex post devrait intervenir des années après la fin du projet pour apprécier les effets et les impacts. Nos investigations ont révélé que la réalisation de cette évaluation n'est pas encore rentrée dans les habitudes.*

## **B. Organes et structures de gestion des projets**

Le mécanisme de Programmation, de Suivi et d'Évaluation dans le secteur de la santé remonte aux années 90 avec l'institutionnalisation du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets/Programmes (CNEEP) du secteur santé par le décret N° 90-236 du 31 Août 1990. Il s'est avéré nécessaire de le dynamiser, suite au diagnostic du secteur santé lors de la Table Ronde tenue en janvier 1995. Le décret N° 97-648 du 31 décembre 1997 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du CNEEP, est venu redéfinir le cadre institutionnel de ce comité.

Depuis l'année 2000 un nouveau mécanisme d'élaboration, d'exécution, et de suivi-évaluation est mis en place au Ministère de la Santé.

Au titre des structures, nous avons pour l'essentiel :

- le Comité National de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets/Programmes du secteur santé (CNEEP) dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont modifiés par le décret N°2003-401 du 13 octobre 2003 qui crée deux sous-comités (le sous-comité pyramide sanitaire et gestion des ressources du secteur et le sous-comité maladies et santé familiale) ;
- le Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets/Programmes du secteur santé (CDEEP) ;
- la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) qui est l'organe de conception et de coordination du processus de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi-évaluation des programmes du secteur santé. Au sein de cette Direction, le Service de la Programmation (SP) et la Cellule de Suivi-Evaluation sont les interlocuteurs de la coordination des projets ;
- le Service des Etudes, de la Planification et du Suivi des Directions Départementales de la Santé (SEPS/DDS), un répondant de la DPP dans le Département.

## **Paragraphe 2 : Problématique de la gestion performante des projets du Ministère de la Santé**

### **I. Forces et faiblesses**

Compte tenu de tout ce qui précède, les forces, opportunités faiblesses et menaces identifiées se présentent comme suit :

**Tableau n° 3 :** FORCES ET FAIBLESSES DU PROCESSUS DE GESTION DES PROJETS

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence de cadre institutionnel</li> <li>- Elaboration de dossiers de projet</li> <li>- Existence de structure de programmation</li> <li>- Elaboration de plan d'action</li> <li>- Elaboration de chronogramme</li> <li>- Elaboration de rapport d'autoévaluation</li> <li>- Elaboration de rapport de performance</li> <li>- Elaboration de fiche bilan</li> <li>- Organisation régulière des sessions du CNEEP, CDEEP</li> <li>- Mise en place et fonctionnement effectifs des organes et structures prévus par les textes</li> <li>- Présence au sein du CNEEP et du CDEEP des représentants d'autres Ministères</li> <li>- Expérience de mécanisme de Suivi-Evaluation du MEHU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible association des bénéficiaires à toutes les phases de gestion</li> <li>- Absence de cadre logique</li> <li>- Expression de besoins non prioritaires</li> <li>- Retard dans l'exécution des activités</li> <li>- Mauvaise évaluation des coûts (réévaluation de projet)</li> <li>- Interférence de la hiérarchie</li> <li>- Non-respect du planning de décaissement des fonds</li> <li>- Durée de vie de projet très longue</li> <li>- Absence ou insuffisance d'évaluation systématique des projets</li> <li>- Absence de charte de responsabilité</li> <li>- Baisse de la crédibilité du CNEEP et du CDEEP</li> <li>- Difficultés de financement des sessions du CDEEP</li> </ul>

**Source :** Notre étude

## II. Choix et Spécification de la problématique

### A. Ciblage et justification de la problématique

Le développement d'un pays et la réduction de la pauvreté dépendent en grande partie de la réussite des actions contenues dans le Programme d'Action de son Gouvernement. Ces actions sont pour la plupart réalisées à travers des projets de développement susceptibles d'engendrer à terme, une amélioration significative des conditions de vie des populations.

La Vision du Bénin contenue dans les Etudes Nationales de Perspectives à long terme : Bénin 2025, met l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres, sur les éléments suivants :

- une démocratie enracinée dans un pays de bonne gouvernance ;
- une économie en croissance forte, saine et durable ;
- une réponse satisfaisante apportée à la demande sociale permettant :
  - d'assurer un système éducatif efficace et performant ;
  - d'offrir des soins de santé de qualité ;
  - de fournir de l'eau potable, de l'électricité et un habitat sain pour tous ;
  - de favoriser l'émergence d'une culture de développement.

Dans le secteur santé, cette vision déclinée progressivement en des actions à travers les différents Programmes d'Action du Gouvernement (PAG), vise l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations. Les objectifs globaux intégrant ceux de développement du millénaire<sup>7</sup> sont :

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

Pour atteindre ces objectifs, des projets et programmes ont été initiés dans les cinq principaux axes stratégiques de développement du secteur santé. Mais à la phase de réalisation des projets, on note souvent chez les bénéficiaires des plaintes d'insatisfaction. A y voir de près, il semble que des projets sont mal gérés ou accusent des retards importants dans l'exécution ou connaissent des réévaluations. Aussi, assiste-t-on parfois à des épuisements des crédits sans que les extrants attendus des projets ne soient obtenus.

---

<sup>7</sup> Les Objectifs de Développement du Millénaire relatifs aux secteurs santé sont : – réduire la mortalité infantile – promouvoir la santé maternelle – combattre les IST/SIDA, le paludisme et les autres maladies.

Ainsi, dans ce secteur de la santé, les effets attendus des projets/programmes ne sont toujours pas au rendez-vous à l'heure des bilans malgré les ressources importantes qui y sont englouties. Quelles sont donc les insuffisances du processus de gestion des projets/programmes ? Quelles sont les contributions à l'amélioration du processus actuel de gestion des projets ?

De tout ce qui précède, les problématiques possibles sont nombreux. **Mais le choix de la problématique s'est porté sur la gestion performante des projets dont le problème général est la faible performance des projets au Ministère de la Santé.** Il découle de ce problème général des problèmes spécifiques à savoir :

## B. Spécification des problèmes

☞ Problème spécifique n° 1 :

↳ Non-atteinte des résultats attendus des projets.

☞ Problème spécifique n° 2 :

↳ Retard dans l'exécution des projets.

☞ Problème spécifique n° 3 :

↳ Persistance de l'insatisfaction chez les bénéficiaires des projets.

Les problèmes ainsi posés, nous formulerons les objectifs de la recherche.

## Section 2 : Des objectifs de l'étude à la méthodologie

### Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature

#### I. Objectifs de l'étude

Les objectifs de notre étude seront exprimés en terme d'objectif général et d'objectifs spécifiques.

## A. Objectif Général

L'objectif général de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la gestion des projets du secteur santé.

## B. Objectifs spécifiques

### Objectif Spécifique n° 1 :

➤ Proposer les conditions pour l'atteinte des résultats de conduite des projets au Ministère de la Santé.

### Objectif Spécifique n° 2 :

➤ Proposer les conditions pour une réalisation des projets dans les délais fixés.

### Objectif Spécifique n° 3 :

➤ Proposer des solutions pour réduire ou supprimer le climat d'insatisfaction observé chez les bénéficiaires.

Les objectifs ainsi définis, nous identifierons les causes et formulerons les hypothèses liées au problème de contre performance qui traduit la non réalisation du triangle vertueux<sup>8</sup> de certains projets au Ministère de la Santé.

## II. Causes et hypothèses de recherche

### A. Cause et hypothèse liées au problème de la non-atteinte des résultats

Comme causes probables de la non-atteinte des résultats par des projets, nous avons :

- Mauvaise conception des projets ;
- Les interférences de la hiérarchie dans la gestion des projets;
- L'Absence d'études de pré faisabilité et de faisabilité ;
- Mauvaise gestion du projet par l'équipe de gestion des projets ;
- L'insuffisance des ressources financières mobilisées.

---

<sup>8</sup> Atteindre les **objectifs** du projet avec les **moyens** définis dans le **délai** fixé

La cause supposée n° 1 que nous retenons pour le problème spécifique est celle de **la mauvaise gestion de projet par l'équipe de projet.**

↳ Comme hypothèse, nous retiendrons que **la mauvaise gestion de projet par l'équipe de projet explique la non-atteinte des résultats attendus des projets.**

### **B. Cause et hypothèse liées au problème de retard dans l'exécution des projets.**

Au titre des causes probables du problème de retard dans l'exécution des projets, il y a :

- Non-respect du planning de décaissement des fonds ;
- Insuffisance des crédits annuels alloués aux projets ;
- Non-respect des délais contractuels par les entreprises, fournisseurs et prestataires de services ;
- Lenteur dans la mise en œuvre de la procédure de passation des marchés publics.
- Retard dans la mise en place des équipes de gestion des projets
- Lenteurs administratives

Nous retenons comme cause supposée n° 2 au problème de retard dans l'exécution des projets **le Non-respect du planning de décaissement des fonds.**

↳ L'hypothèse retenue pour le problème de retard dans l'exécution des projets est : **le Non-respect des plannings de décaissement est à la base des retards enregistrés dans l'exécution des projets.**

### **C. Cause et hypothèse liées au problème du climat d'insatisfaction persistante des bénéficiaires**

Le sentiment d'insatisfaction persistante qu'on note au sein des bénéficiaires ou des utilisateurs des produits a pour causes probables :

- Faible ou non-participation des bénéficiaires à toutes les phases des projets ;
- Mauvaise qualité des extrants ;
- Absence / Insuffisance de suivi et d'évaluation à mi-parcours des projets sur financement intérieur ;
- L'inaccessibilité financière des populations ;
- Mauvaise conception des projets ;

**La mauvaise qualité des extrants** est la cause supposée retenue pour le sentiment d'insatisfaction persistante des bénéficiaires.

↳ Nous retiendrons comme hypothèse : **La mauvaise qualité des extrants est à l'origine du sentiment d'insatisfaction persistante chez les bénéficiaires des projets.**

#### **D. Tableau de Bord de l'Etude**

Le Tableau de Bord de l'Etude permet de retracer les problèmes, les objectifs, les causes et les hypothèses.

**Tableau n° 4 :** TABLEAU DE BORD DE L'ÉTUDE "CONTRIBUTION A LA GESTION PERFORMANTE DES PROJETS AU MS"

Niveaux d'analyse	Problèmes	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
<b>Niveau Général</b>	<b>(Problème Général)</b> Contre-performances de la gestion des projets	<b>(Objectif Général)</b> contribuer à l'amélioration de la gestion des projets du secteur santé	<b>(Cause Supposée Générale)-</b>	<b>(Hypothèse Supposée Générale)</b>
<b>Niveaux Spécifiques</b>	<b>(Problème Spécifique 1)</b> Non-atteinte des résultats attendus du projet	<b>(Objectif Spécifique 1)</b> Proposer les conditions pour l'atteinte des résultats de conduite des projets au Ministère de la Santé	<b>(Cause Supposée 1)</b> Mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet	<b>(Hypothèse Supposée 1)</b> Mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet explique la non-atteinte des résultats attendus des projets
	<b>(Problème Spécifique 2)</b> Retard dans l'exécution des projets	<b>(Objectif Spécifique 2)</b> Proposer les conditions pour une réalisation des projets dans les délais fixés.	<b>(Cause Supposée 2)</b> Non-respect du planning de décaissement des fonds	<b>(Hypothèse Supposée 2)</b> Le Non-respect des plannings de décaissement est à la base des retards enregistrés dans l'exécution des projets
	<b>(Problème Spécifique 3)</b> Persistance de l'insatisfaction chez les bénéficiaires des projets	<b>(Objectif Spécifique 3)</b> Proposer des solutions pour réduire ou supprimer le climat d'insatisfaction observé chez les bénéficiaires.	<b>(Cause Supposée 3)</b> Mauvaise qualité des extrants	<b>(Hypothèse Supposée 3)</b> Mauvaise qualité des extrants est à l'origine du sentiment d'insatisfaction persistante chez les bénéficiaires des projets.

**Source :** Notre étude

### III. Revue de la littérature

Il existe une littérature bien garnie sur la gestion de projet. Mais nos recherches documentaires n'ont révélé aucun travail préalable sur le diagnostic de l'ensemble du processus de gestion des projets au Ministère de la Santé. Une étude a été menée sur le mécanisme du suivi-évaluation en 2004. Elle retrace les atouts, et les insuffisances du système de suivi-évaluation actuel après avoir montré l'importance de l'évaluation dans la vie d'un projet.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime quant à elle dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national paru en 1981, que pour qu'une stratégie soit viable, il est essentiel de mettre des ressources à la disposition des activités prioritaires en temps et lieu voulus. La programmation – budgétisation ayant pour but de faire en sorte que des crédits budgétaires soient prévus pour atteindre les objectifs du programme.

Wikipédia dans «Gestion de projet» disponible sur le site <http://fr.wikipedia.org/wiki>, estime que la conduite du projet est, en règle générale, confiée à un [directeur de projet](#) ou un coordinateur de projet, ou encore à un [chef de projet](#). Ce responsable du projet rend compte à un [comité de pilotage](#). Quant à l'Agence canadienne Développement des Ressources Humaines Canada (DRHC) dans «INITIATION AUX PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA GESTION DE PROJET» (2003) disponible sur le site <http://www.tbs.gc.ca/emf-cag>, elle définit les cinq caractéristiques des projets réussis, à savoir : des objectifs précis, un plan de projet bien établi, la communication, encore la communication, une envergure maîtrisée et le soutien des intervenants. Enfin, sur son site <http://www.sit.ulaval.ca/publuc>, SIT dans «Processus de gestion de projets» identifie deux domaines pour le processus de gestion. Ce sont la gestion de la planification des projets (du carnet de commandes) et la gestion de la réalisation des projets qui comprend le lancement du projet, le suivi du projet et la clôture du projet

## **Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude**

### **I. Recherche-action comme approche méthodologique**

La méthode utilisée est celle de la recherche-action parce qu'elle a pour but de résoudre des problèmes concrets et particuliers du milieu. Cette méthodologie soutenue par l'approche participative permet de faire participer les bénéficiaires. Elle permet de mieux cerner les problèmes vécus par ceux-ci et d'identifier les solutions adéquates.

Pour mieux cerner le problème, nous avons procédé à :

- la consultation de divers documents dans les centres de documentation de la DPP /MS, de l'Ecole Nationale d'Administration et de la Magistrature, de l'INSAE et de la coordination de certains projets ;
- des discussions avec des Coordonnateur et Régisseurs de certains projets au Ministère à Cotonou ;
- des entretiens soutenus par de guide d'entretien (voir guide d'entretien en annexe) avec les Chefs de Service de la DPP, de la DIEM et autres acteurs de certains projets qui ont permis de comprendre d'avantages les difficultés de gestion des projets ;
- des enquêtes auprès des bénéficiaires/utilisateurs des extrants.

Cette approche participative a consisté à choisir un échantillon de la population concernée, à utiliser des techniques et outils appropriés pour procéder à la collecte et au traitement des données.

### **II. Approche théorique**

Elle permet l'identification des causes et hypothèses qui expliquent les problèmes retenus pour déterminer les conditions pour l'amélioration des résultats dans la réalisation des projets, l'exécution dans le délai des projets et donner davantage satisfaction aux bénéficiaires.

#### **A. Analyse des hypothèses de l'étude**

Afin d'avoir un aperçu global de l'analyse des hypothèses de l'étude, formulées précédemment, présentons dans le tableau n°5 qui suit, la grille d'analyse.

**Tableau n°5 :** GRILLE D'ANALYSE DES HYPOTHESES DE L'ETUDE

HYPOTHESES	VARIABLES		INDICATEURS D'APPRECIATION	TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES	OUTILS DE COLLECTE	GROUPE CIBLE
	Dépendantes (Problèmes)	Indépendantes (Causes)				
<b>Hypothèse 1 :</b>  Mauvaise identification des besoins explique la non-atteintes des résultats des projets	Non-atteinte des résultats		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat des infrastructures/ Equipements</li> <li>- Niveau de réalisation à la fin du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observations directes</li> <li>- Entretiens libres</li> <li>- Recherche documentaire</li> <li>- Enquêtes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide d'observation</li> <li>- Guide d'entretien</li> <li>- Recherche documentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bénéficiaire</li> <li>- Utilisateurs</li> <li>- Coordonnateurs</li> <li>- Structure technique</li> </ul>
		Mauvaise identification des besoins		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de projet</li> <li>- Rapport d'évaluation</li> <li>- Pv de réception</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens libres</li> <li>- Recherche documentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche documentaire</li> <li>- Guide d'entretien</li> </ul>

<b>Hypothèse 2 :</b> Le Non-respect des plannings de décaissement est à la base des retards enregistrés dans l'exécution des projets	Retard dans l'exécution des projets		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dates/année de clôture</li> <li>- PV de réception provisoire/définitives</li> <li>- Marché signé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche documentaire</li> <li>- Entretiens libres</li> <li>- Enquête</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide d'entretien</li> <li>- Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonnateur</li> <li>- Régisseurs</li> <li>- Cadre DIEM, DRFM, CPMP, D/CF, DPP</li> </ul>
		Non-respect du planning de décaissement des fonds	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chronogramme</li> <li>- Plan d'action</li> <li>- Avis de crédit</li> <li>- Fiches d'engagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche documentaire</li> <li>- Entretiens libres</li> <li>- Enquête</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide d'entretien</li> <li>- Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonnateur</li> <li>- Régisseurs</li> <li>- Cadre Directions techniques,</li> <li>- CPMP,</li> <li>- D/CF,</li> </ul>
<b>Hypothèse 3 :</b> L'absence / Insatisfaction de suivi et d'évaluation à mi-parcours est à l'origine du sentiment d'insatisfaction persistante chez les bénéficiaires des projets.	Persistance de l'insatisfaction chez les bénéficiaires des projets		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaintes</li> <li>- Taux de fréquentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche documentaire</li> <li>- Entretiens libres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide d'entretien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bénéficiaire</li> <li>- Utilisateur</li> </ul>
		L'absence / Insatisfaction de suivi et d'évaluation à mi-parcours des projets sur financement interne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de projet</li> <li>- Rapport de contrôle / PV d'attachement</li> <li>- Rapport d'évaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche documentaire</li> <li>- Entretiens libres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide d'entretien</li> <li>- Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonnateur</li> <li>- Régisseurs</li> <li>- Cadres Directions techniques,</li> </ul>

**Source :** Notre étude

## **B. Seuil de décisions**

Pour chaque hypothèse, la cause qui se révélera conforme aux opinions émises par la majorité des enquêtés, c'est-à-dire celle qui réunira au moins 50 % des avis sera retenue

## **III. Approche empirique**

Elle concerne l'organisation de l'enquête de terrain. Cette partie est relative aux phases de préparation, de réalisation de l'enquête et à la technique de dépouillement adoptées.

La phase préparatoire vise à préciser les objectifs visés par l'enquête et, après l'identification de la population mère, définit le centre d'intérêt du questionnaire. Quant à la réalisation de l'enquête, elle a trait à la technique et aux outils de collecte des données

L'approche empirique ainsi définie, nous présenterons la collecte des données et procéderons leur analyse.

# CHAPITRE PREMIER :

## COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

## **Section 1 : Collecte et présentation des données**

### **Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte**

#### **I. Phase préparatoire de la collecte des données**

Cette phase prend en compte :

- la fixation des objectifs de l'enquête ;
- le ciblage de la population mère ;
- la nature de l'enquête ;
- la définition de l'échantillon ;
- la définition du centre d'intérêt du questionnaire.

##### **A. Objectifs de l'enquête**

Notre enquête vise essentiellement à identifier les causes réelles se trouvant à la base des problèmes retenus.

Il s'agit pour nous de vérifier les différentes hypothèses formulées. Nous verrons alors si :

- la non-atteinte des résultats des projets s'explique par la mauvaise identification des besoins ;
- les retards dans l'exécution des projets proviennent du Non-respect des plannings de décaissement
- la persistance de l'insatisfaction est due à l'absence ou l'insuffisance de suivi et d'évaluation à mi-parcours des projets sur financement interne.

##### **B. Ciblage de la population mère**

Des nombreux entretiens avec des responsables à divers niveau du secteur santé, nous avons identifié une population mère impliquée dans la gestion et la réalisation des projets. Elle est composée :

- de l'équipe de projets ;
- des cadres du ministère ;

- des bénéficiaires ;
- des utilisateurs.

### **C. Nature de l'enquête**

Au regard du nombre des projets et de leur disparité géographique, nous avons réalisé une enquête par sondage au moyen de questionnaire conçu pour la cause.

### **D. Définition de l'échantillon raisonné**

Le délai très court dont nous disposons ne nous a pas permis d'interroger tous les acteurs de la gestion des projets du Ministère, les bénéficiaires et utilisateurs. Aussi, la répartition géographique sur toute l'étendue du territoire et pour la précision des résultats à laquelle nous aspirons, avons nous choisi un échantillon. Celui-ci est composé des cadres (Chefs ou non) des directions centrales (DPP et DIVI) et techniques (DIEM, DSIO, DNPEV), de la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral, de coordonnateur et régisseurs (anciens et nouveaux), de Personnel des formations sanitaires (Médecins Coordonnateur de zone sanitaire (MCZS), Sages-femmes, infirmiers, techniciens, et autres.

### **E. Centre d'intérêt du questionnaire**

Aux problèmes spécifiques précédemment identifiés, nous avons formulé des hypothèses et avons supposé des causes. Afin d'obtenir les informations réelles, il est donc utile, par l'enquête, de procéder à la collecte des données pour aider à retenir ou à réfuter les hypothèses.

## **II. Technique et outils de collecte des données**

### **A. L'observation directe ou par guide**

Elle a consisté à visiter certaines réalisations de certains projets au Ministère, dans la ville de Cotonou, et dans les Communes d'Abomey-Calavi et d'Allada sans préjugés. Elle est axée surtout sur les infrastructures et les équipements. N'étant pas spécialiste, pour

les équipements médicaux nous sommes contents des appréciations des utilisateurs. Elle a permis d'apprécier les plaintes des bénéficiaires.

### **B. La recherche documentaire**

Elle nous a permis de compléter et de renforcer les informations recueillies sur le terrain, de consulter des textes, mémoires, documents spécialisés, etc. ayant un rapport direct ou indirect avec la gestion des projets. Ainsi que ce soit à la documentation de l'INSAE, de l'École Nationale d'Administration de l'Université d'Abomey-Calavi (ENAM/UAC), du Service de la Statistique et de la Documentation de la DPP/MS, nous avons pu avoir des informations utiles pour la réalisation de cette étude.

La recherche sur Internet a été d'un intérêt immense. Elle a consisté en la consultation et en la lecture des pages web des sites susceptibles de fournir des informations sur l'objet de nos investigations.

### **C. Guide d'entretien**

Afin d'écouter les acteurs de la gestion et comprendre les préoccupations qui sont les leurs, il était important d'aller vers eux avec un outil de travail. C'est donc le guide d'entretien que nous avons conçu qui nous a permis d'orienter l'interlocuteur et d'avoir les informations utiles.

## **III. Technique de traitement des données**

Conformément aux hypothèses, les informations recueillies sont saisies, traitées et analysées en vue d'apprécier les principaux problèmes et leurs causes. Quant au traitement des données, il s'est effectué manuellement. Après dépouillement du questionnaire, les résultats chiffrés de chaque questionnaire ont été comptabilisés en pourcentage et analysés à l'aide de tableau ou de graphique.

## **Paragraphe 2 : Présentation et limite des données**

### **I. Présentation des résultats de l'enquête**

#### **A. Population enquêtée**

Dans cette partie, nous présenterons à travers le tableau ci-après, le point de la population effectivement enquêtée

**Tableau n°6 : POINT DE LA COLLECTE DES DONNÉES**

Catégorie des enquêtés	Effectif		Pourcentage (EE)*100/(EP) (%)	Mode d'échantil- lonnage
	Effectif Prévu (EP)	Effectif Enquêté (EE)		
Cadres	20	18	90	Raisonné
- <i>DPP</i>	(06)	(06)		
- <i>DIEM</i>	(06)	(06)		
- <i>DRFM</i>	(02)	(02)		
- <i>DSIO</i>	(02)	(01)		
- <i>DNPS</i>	(02)	(01)		
- <i>DDSP/Atl-Lit</i>	(02)	(02)		
Personnel Formations Sanitaires	10	10	100	Raisonné
- <i>MCZS</i>	(02)	(02)		
- Sage-femmes	(03)	(03)		
- Infirmiers	(03)	(03)		
- Techniciens	(02)	(02)		
Coordonnateur de projets	10	10	100	Raisonné
- Anciens	(05)	(05)		
- Nouveaux	(05)	(05)		
Régisseurs de projets	10	07	75	Raisonné Exhaustif
- <i>Anciens</i>	(5)	(04)		
- <i>Nouveaux</i>	(5)	(03)		
Bénéficiaires	75	65	87	Raisonné
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>105</b>		

**Source :** Notre enquête

Nous présenterons suivant chaque problème spécifique, les résultats de nos enquêtes.

## B. Résultats relatifs à la non-atteinte des résultats de certains projets

↳ **Question 1** : Les résultats attendus des projets sont atteints, oui ou non ? -

☞ **Tableau n° 7** : OPINION SUR L'ATTEINTE DES RESULTATS PAR LES PROJETS

Rubrique	OUI	NON	Réponses obtenues	Effectif enquête
Cadres/MS	3	15	18	18
Personnel FS	2	8	10	10
Coordonnateur	10		10	10
Régisseurs	5	2	7	7
Bénéficiaires / Utilisateurs	19	41	60	60
<b>Effectif</b>	<b>39</b>	<b>66</b>	<b>105</b>	<b>105</b>
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>37,14</b>	<b>62,86</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**Source** : Résultats de l'enquête

↳ **Question 2** : La non-atteinte des résultats par certains projets s'explique par :

**Item 1** : Interférences de la hiérarchie dans la gestion des projets

**Item 2** : Mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet

**Item 3** : Absence d'études de pré faisabilité et de faisabilité

**Item 4** : Autres (à préciser)

↳ **Tableau n° 8** : REPARTITION DES REPONSES PAR RAPPORT A LA NON-ATTEINTE DES RESULTATS PAR CERTAINS PROJETS.

Rubrique	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Réponses obtenues
Cadres/MS	2	12	1		15
Personnel FS	1	6	1		8
Coordonnateur					0
Régisseurs	1		1		2
Bénéficiaire s/ Utilisateurs	8	30	3		41
<b>Effectif</b>	<b>12</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>66</b>
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>15,00</b>	<b>70,00</b>	<b>15,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>

**Source** : Résultats de l'enquête

### C. Résultats relatifs au retard dans la réalisation des projets

↳ **Question 1** : La réalisation des projets accuse-t-elle de retard, oui ou non ? -

↳ **Tableau n° 9** : OPINION SUR LES RETARDS DANS L'EXECUTION DES PROJETS

Rubrique	OUI	NON	Réponses obtenues	Effectif enquêté
Cadres/MS	18		18	18
Personnel FS	10		10	10
Coordonnateur	7	3	10	10
Régisseurs	7		7	7
<b>Effectif</b>	<b>42</b>	<b>3</b>	<b>45</b>	<b>45</b>
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>93,33</b>	<b>6,67</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**Source** : Résultats de l'enquête

↳ **Question 2** : Le retard dans l'exécution des projets s'explique par :

**Item 1** : Non-respect du planning de décaissement des fonds

**Item 2** : Retard dans la mise en place des équipes de gestion des projets

**Item 3** : Lenteur dans la mise en œuvre de la procédure de passation des marchés publics

**Item 4** : Autre (à préciser)

↳ **Tableau n° 10** : Répartition des réponses par rapport aux retards qu'accusent des projets dans leur réalisation.

Rubrique	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Réponses obtenues
Cadres/MS	12	3	3		18
Personnel FS	8	2			10
Coordonnateur	7				7
Régisseurs	7				7
<b>Effectif</b>	<b>34</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>42</b>
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>80,95</b>	<b>11,90</b>	<b>7,14</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>

**Source** : Résultats de l'enquête

### D. Résultats relatifs à l'insatisfaction persistante des bénéficiaires des projets

↳ **Question 1 :** Des bénéficiaires ou utilisateurs des extrants des projets sont – ils satisfaits, oui ou non ? -

↳ **Tableau n° 11 :** OPINION SUR LA SATISFACTION DES BENEFICIAIRES

Rubrique	OUI	NON	Réponses obtenues	Effectif enquêté
Cadres/MS	7	11	18	<b>18</b>
Personnel FS	4	6	10	<b>10</b>
Coordonnateur	8	2	10	<b>10</b>
Régisseurs	5	2	7	<b>7</b>
Bénéficiaire / Utilisateur	13	47	60	<b>60</b>
<b>Effectif</b>	<b>37</b>	<b>68</b>	<b>105</b>	<b>105</b>
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>35,24</b>	<b>64,76</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**Source :** Résultats de l'enquête

↳ **Question 2 :** L'insatisfaction persistante de certains bénéficiaires des projets s'explique par :

**Item 1 :** Mauvaise qualité des extrants

**Item 2 :** Faible ou non association des bénéficiaires à toutes les phases du processus de gestion des projets

**Item 3 :** Mauvaise conception des projets

**Item 4 :** Autre (à préciser)

↳ **Tableau n° 12 :** Répartition des réponses par rapport au sentiment d'insatisfaction persistante de certains bénéficiaires des projets.

Rubrique	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Réponses obtenues
Cadres/MS	8	2	1		11
Personnel FS	3	1	2		6
Coordonnateur	1	1			2
Régisseurs	2				2
Bénéficiaires / Utilisateurs	26	2	1	1	30
<b>Effectif</b>	<b>40</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>51</b>
<b>Pourcentage (%)</b>	<b>68,57</b>	<b>17,14</b>	<b>11,43</b>	<b>2,86</b>	<b>100,00</b>

**Source :** Résultats de l'enquête

## II. Difficultés rencontrées et limites des données

### A. Difficultés rencontrées

Elles ont trait essentiellement à la période choisie pour le stage (période des élections présidentielles), la courte durée du stage (3 mois), la disponibilité des acteurs de la gestion des projets et la disparité géographique des sièges des projets.

L'une des difficultés majeures est la fixation tardive (16 mars 2006) des apprenants par l'ENAM sur les thèmes retenus. Aussi dans la même rubrique parlerons-nous de la modicité de nos ressources matérielles et financières, ainsi que des contraintes du service.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu recueillir toutes les informations voulues sur les projets car les matériels informatiques contenant la base des données sont défectueux.

### B. Limites des données

Le délai dont nous disposons, la répartition géographique des projets sur le terrain ainsi que la modicité de nos moyens nous ont amené à choisir un échantillon qui se limite

aux départements de l'Atlantique et surtout du Littoral. Ceci pourrait avoir une influence sur la portée des données sans oublier que l'étude est axée en partie sur la documentation fournie par des cadres de la DPP et des Coordonnateur. Aussi, la méfiance et l'hésitation des certains acteurs, parties prenantes au processus de gestion des projets sont – elles des éléments de biais, de marge d'erreur.

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

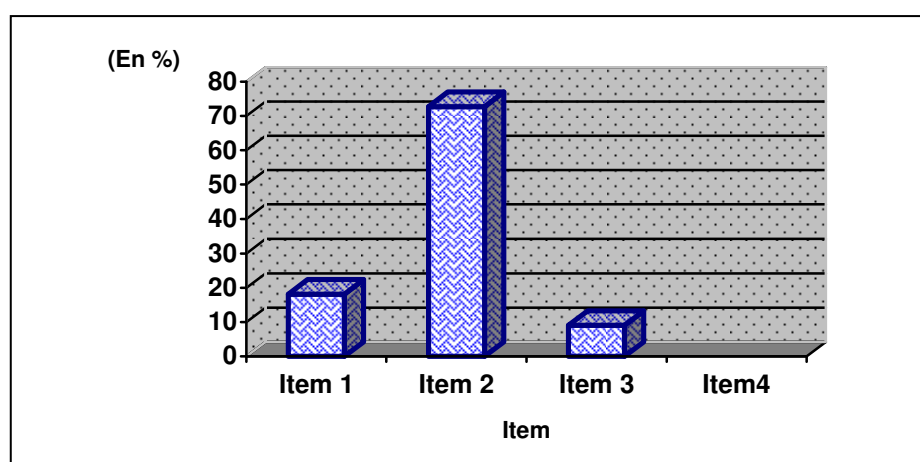
### **Paragraphe 1 : Analyse des données**

#### **I. Analyse des résultats de l'enquête relatifs à la non-atteinte des résultats par des projets**

L'analyse du tableau n° 7 nous montre que 62,86 % des enquêtés estiment que des projets au MS n'atteignent pas toujours les résultats attendus d'eux. De plus, 72,73 % d'entre eux attribuent cet état de chose à la mauvaise gestion des projets.

D'après le seuil de décision retenu, toute cause ayant un poids d'au moins 50 % sera retenu. Avec les résultats de notre enquête, seul item 2 «mauvaise gestion des projets par l'équipe de projet » est retenu. Il constitue donc la cause du problème de la non-atteinte des résultats par des projets du MS. L'illustration graphique se présente comme suit :

**Graphique n°2 : REPRESENTATION DES CAUSES RELATIVES A LA NON-ATTEINTE DES RESULTATS**



**Source :** Résultats de l'enquête

**Item 1 :** Interférences de la hiérarchie dans la gestion des projets

**Item 2 :** Mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet

**Item 3 :** Absence d'études de préfaisabilité et de faisabilité

**Item 4 :** Autres (à préciser)

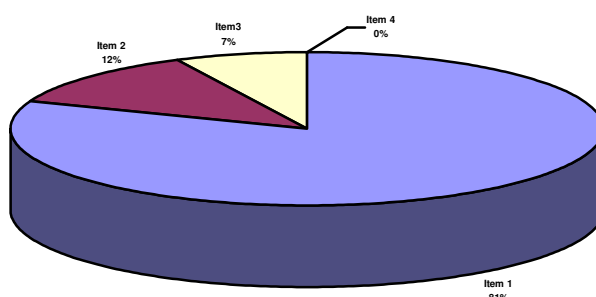
## II. Analyse des résultats de l'enquête relatifs aux retards dans la réalisation des projets

Aux termes de notre enquête, le tableau n°9 révèle que 93,33 % de la population objet de notre enquête pensent qu'il existe des problèmes de retard dans la mise en œuvre des activités entrant dans le cadre des projets du MS. Dans cette proportion, 80,95 % expliquent les retards dans l'exécution des projets par le non-respect du planning de décaissement des fonds pour les projets.

Quant aux autres Items 1 (le retard dans la mise en place des équipes de gestion des projets) et 3 (la lenteur dans la mise en œuvre de la procédure de passation des marchés publics), ils recueillent respectivement 11,90 % et 7,14 % (cf tableau n° 10).

Le graphique n° 3 ci-après illustre la situation.

**Graphique n° 3 :** REPRESENTATION DES CAUSES DES RETARDS D'EXECUTION DES PROJETS EN %



**Source :** Résultats de l'enquête

**Item 1 :** Non-respect du planning de décaissement des fonds

**Item 2 :** Retard dans la mise en place des équipes de gestion des projets

**Item 3 :** Lenteur dans la mise en œuvre de la procédure de passation des marchés

**Item 4 : Autre (à préciser)**

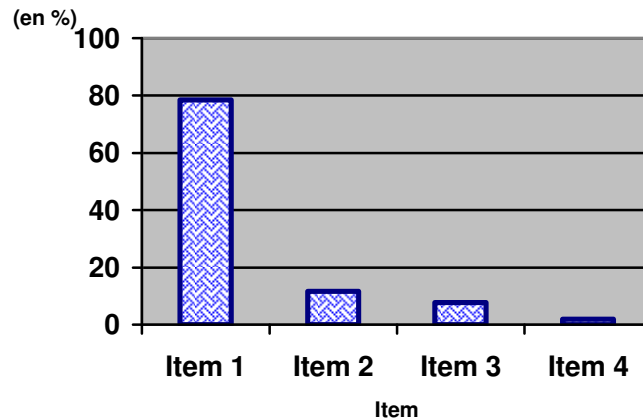
Conformément à notre critère de décision, il apparaît que c'est l'item 1 qui est la cause qui justifie les retards observés dans la réalisation des projets.

**III. Analyse des résultats de l'enquête relatifs à la persistante de l'insatisfaction de certains bénéficiaires**

Il ressort du tableau n° 11 que 64,76 % des enquêtés pensent qu'il existe au sein des bénéficiaires des extrants des projets des sentiments d'insatisfaction.

Parmi eux, 78,43 % attribuent ce sentiment à l'absence ou l'insuffisance de suivi et d'évaluation à mi-parcours des projets sur financement interne. Par contre, 11,76 % lient cet état de chose à la faible/ non-association des bénéficiaires à toutes les phases des projets. 7,84 % l'attribuent à la mauvaise qualité des extrants et 1,96 % pensent que les raisons sont ailleurs (cf. tableau n° 12).

En se référant à notre seuil de décision, nous déduisons que c'est l'item 1 "Mauvaise qualité des extrants" qui est la cause justifiant le climat d'insatisfaction persistante des bénéficiaires des projets. La représentation graphique de la situation se présente comme suit :

**Graphique n° 4 : REPARTITION DES MOTIFS D'INSATISFACTION**

**Source :** Résultats de l'enquête

**Item 1 :** Mauvaise qualité des extrants

**Item 2 :** Faible ou non association des bénéficiaires à toutes les phases du processus de gestion des projets

**Item 3 :** Mauvaise conception des projets

**Item 4 :** Autre (à préciser)

## **Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et diagnostic établi**

Dans le but d'établir le Tableau de Synthèse de l'Etude (TSE), nous ferons la comparaison entre les causes supposées des problèmes et les causes réelles issues des données de l'enquête.

### **I. Validation des hypothèses**

#### **A. Vérification de l'hypothèse n° 1**

Notre hypothèse relative au problème de la non-attente des résultats par des projets est « mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet ». Cette raison que nous avons évoquée représente 72,73 % des opinions des enquêtés. Elle est donc être retenue. Il se

dégage alors que l'hypothèse liée à la non-atteinte des résultats de certains projets est bien *la mauvaise gestion des projets par l'équipe de projet.*

### **B. Vérification de l'hypothèse n° 2**

L'hypothèse formulée pour le problème de retards dans la réalisation des projets est le non-respect du planning de décaissement des fonds. Les résultats de l'enquête révèlent la même cause avec 80,95 % des opinions. D'où *l'hypothèse formulée est vérifiée.*

### **C. Vérification de l'hypothèse n° 3**

Comme hypothèse au sentiment persistant d'insatisfaction des bénéficiaires/utilisateurs des extrants des projets, il était retenu comme cause la mauvaise qualité des extrants. D'après l'enquête, 78,43 % des opinions sont favorables à cette cause. Il en résulte que *notre hypothèse est vérifiée.*

## **II. Formulation du diagnostic**

Au regard de tout ce qui précède, nous établissons le diagnostic qui suit :

### **A. Diagnostic lié au problème spécifique n° 1**

☞ La non-atteinte des résultats de certains projets provient de la mauvaise gestion des projets par l'équipe de projet.

### **B. Diagnostic lié au problème spécifique n° 2**

☞ Les retards dans la réalisation des projets sont dus au non-respect du chronogramme des décaissements de ressources.

### **C. Diagnostic lié au problème spécifique n° 3**

☞ La mauvaise qualité des extrants ne permet pas de dissiper le climat d'insatisfaction persistante lié à la réalisation des projets.

# CHAPITRE DEUXIÈME :

## APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

## **Section 1 : Approches de solutions**

### **Paragraphe 1 : Approches de solutions aux problèmes de non-atteinte des résultats et d'insatisfaction persistante des bénéficiaires**

#### **I. Approche de solutions au problème spécifique n° 1 : non-atteinte des résultats par des projets**

Le sentiment général qui se dégage des résultats de notre enquête est que les projets dans l'ensemble sont mal gérés. De part les investigations, des interférences de la hiérarchie dans la gestion des projets ne sont pas de nature à permettre une gestion saine. Il s'en suit que le gestionnaire de projet n'est pas totalement libre dans sa gestion. Or, dans une approche de Gestion Axée sur les Résultats (GAR), il est utile de responsabiliser les membres de l'équipe de projet, en l'occurrence les coordonnateurs des projets.

Dans ce cadre, il est indispensable *dans la phase de planification des projets, surtout ceux sur financement ressources intérieures, de rendre obligatoire et systématique la description des rôles, des tâches et l'utilisation du cadre logique. Introduire dans les mœurs, les lettres de mission* à adresser aux coordonnateurs de projets dès leur nomination.

Par ailleurs, il n'est pas exclu que des médecins soient promus Coordonnateurs de projets (39/53 en 2006) compte tenu des domaines d'intervention des projets. Toutefois, il est plus indiqué qu'ils soient assistés des avertis des questions de gestion de projets.

#### **II. Approche de solutions au problème spécifique n° 3 : Insatisfaction persistante des bénéficiaires**

Le diagnostic dégagé par l'étude du problème de la persistante de l'insatisfaction des bénéficiaires des projets est la mauvaise qualité des extrants.

La résolution de ce problème est d'un intérêt indéniable pour la réussite des projets. Le contrôle, le suivi et surtout l'évaluation à mi-parcours permettent d'apprécier si oui ou non les projets poursuivent les objectifs qui leur sont assignés et si les résultats seront atteints afin de corriger les distorsions éventuelles.

La résolution du problème d'insatisfaction lié à la mauvaise qualité des extraits passe par *l'inscription du mécanisme de contrôle, de suivi-évaluation dans les documents des projets, spécialement ceux sur financement Budget National (BN), et sa mise en oeuvre effective*

## **Paragraphe 2 : Approches de solutions au problème spécifique n° 2 : retard dans l'exécution des projets.**

De par nos investigations, l'affectation annuelle des ressources financières aux projets ne tient pas compte de la planification financière des projets. Des coupes budgétaires en cours d'exercice qui constituent un problème d'ordre général dans le pays, sont opérées fréquemment. Ce qui ne permet pas de réaliser les projets dans les délais initialement prévus.

Aussi, les lenteurs administratives, des entreprises et sociétés dans l'exécution des contrats de marché et de commande allongent sûrement les délais de vie des projets. Par ailleurs des projets s'éternisent dans le répertoire des projets et généralement sont transformés en programmes sans limitation de durée de vie.

Il y a lieu au regard du budget annoncé pour le secteur, de *tenir compte des plannings de financement contenus dans les documents de base des projets pour l'affectation des ressources avec la définition claire et précise des objectifs et résultats pour les projets. La conception de cadre logique pour les projets s'impose comme outil de travail à tous les niveaux.*

## **Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions**

### **Paragraphe 1 : Les recommandations**

#### **I. Recommandations à l'endroit des Coordonnateurs des projets/programmes**

Afin de rendre plus aisées, plus visibles et lisibles les solutions proposées, il est souhaitable :

- à l'identification que les besoins, les objectifs et les ressources soient mieux cernés en rapport avec la question de délais ;
- qu'à la phase de la définition, le coût du projet soit mieux cerné;
- que les coordinations tiennent compte des délais contractuels pour faire les programmations à bonne date
- qu'il y ait une plus grande implication des bénéficiaires et/ou utilisateurs des produits des projets à toutes les phases du processus de gestion des projets au MS.

#### **II. Recommandations à l'endroit des Autorités du Ministère**

A l'endroit des Autorités, nous formulons les recommandations ci-après :

- l'évaluation à mi-parcours systématique en début de la deuxième année d'exercice de tout projet inscrit au PIP dont la durée de vie initiale est de trois ans au moins ;
- Rechercher au niveau national avec les départements ministériels concernés, une solution aux coupes budgétaires intervenant en plein exercice.
- l'utilisation rationnelle des compétences existantes au sein du Ministère pour la gestion des projets ;

- le Ministère de la Santé doit doter les services compétents de ressources humaines et matérielles suffisantes pour le renforcement des contrôles, des suivis et des évaluations ;
- pour les projets inscrits au PIP, ne plus se contenter des auto-évaluations des coordonnateurs, mais procéder à des évaluations externes.
- Veiller à la participation des bénéficiaires à la gestion des projets tout au long de leurs processus de réalisation.

**Paragraphe 2. Tableau de Synthèse de l'Etude : « Contribution à la gestion performante des projets au Ministère de la Santé »**

**Tableau n° 13 :** TABLEAU DE SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE " CONTRIBUTION A LA GESTION PERFORMANTE DES PROJETS AU MS "

Niveaux d'analyse	Problèmes	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses	Causes réelles	Diagnostic	Solutions
<b>Niveau Général</b>	<b>(Problème Général)</b> Contre-performances de la gestion des projets	<b>(Objectif Général)</b> contribuer à l'amélioration de la gestion des projets du secteur santé	<b>(Cause Supposée Générale)-</b>	<b>(Hypothèse Supposée Générale)</b>	-	-	-
<b>Niveaux Spécifiques</b>	<b>(Problème Spécifique 1)</b> Non-atteinte des résultats attendus du projet	<b>(Objectif Spécifique 1)</b> Proposer les conditions pour l'atteinte des projets au Ministère de la Santé	<b>(Cause Supposée 1)</b> Mauvaise gestion des projets par l'équipe de projet	<b>Hypothèse Supposée 1)</b> Mauvaise gestion des projets par l'équipe de projet explique la non-atteinte des résultats attendus des projets	<b>(Cause réelle n°1)</b> Mauvaise gestion des projets par l'équipe de projet	<b>(Diagnostic n°1)</b> La non-atteinte des résultats de certains projets provient de la mauvaise gestion des projets par l'équipe de projet	<b>(Solution n° 1)</b> Rendre obligatoire et systématique la description des rôles, des tâches et l'utilisation du cadre logique. Introduire dans les mœurs, les lettres de mission

2	<p><b>(Problème Spécifique 2)</b> Retard dans l'exécution des projets</p>	<p><b>(Objectif Spécifique 2)</b> Proposer les conditions pour une réalisation des projets dans les délais fixés</p>	<p><b>(Cause Supposée 2)</b> Non-respect du planning de décaissement des fonds</p>	<p><b>Hypothèse Supposée 2)</b> Le Non-respect des plannings de décaissement est à la base des retards enregistrés dans l'exécution des projets</p>	<p><b>(Cause réelle n°2)</b> Non-respect du planning de décaissement des fonds</p>	<p><b>(Diagnostic n°2)</b> Les retards dans la réalisation des projets sont dus au Non-respect du chronogramme des décaissements de ressources</p>	<p><b>(Solution n° 2)</b> Se servir des plannings de financement contenus dans les documents de base des projets pour l'affectation des ressources avec la définition claire et précise des objectifs pour les projets. . <i>La conception de cadre logique pour les projets s'impose comme outil de travail à tous les niveaux</i></p>
3	<p><b>(Problème Spécifique 3)</b> Persistance de l'insatisfaction chez les bénéficiaires des projets</p>	<p><b>(Objectif Spécifique 3)</b> Proposer des approches de solution pour réduire ou supprimer le climat de d'insatisfaction chez les bénéficiaires</p>	<p><b>(Cause Supposée 3)</b> Absence / Insuffisance de suivi et d'évaluation à mi-parcours des projets sur financement intérieur</p>	<p><b>Hypothèse Supposée 3)</b> La faible participation des bénéficiaires à toutes les phases des projets est à l'origine du sentiment d'insatisfaction persistante chez les bénéficiaires des projets.</p>	<p><b>(Cause réelle n°3)</b> Absence / Insuffisance de suivi et d'évaluation à mi-parcours des projets sur financement intérieur</p>	<p><b>(Diagnostic n°3)</b> L'absence ou l'insuffisance de suivi et d'évaluation à mi-parcours ne permettent pas de dissiper le climat d'insatisfaction persistante lié à la réalisation des projets.</p>	<p><b>(Solution n° 3)</b> <i>Inscrire dans les documents des projets sur financement BN, et mettre en oeuvre effectivement le mécanisme de contrôle, de suivi-évaluation des projets.</i></p>

**Source** : Notre étude

# CONCLUSION

Notre pays, le Bénin est confronté à d'énormes difficultés en matière de gestion des affaires publiques d'une manière générale, et des projets socio-communautaires d'une manière particulière. Le secteur santé ne déroge pas à cette situation qui met à mal ce secteur très sensible. C'est donc dans le cadre de l'amélioration des conditions sanitaires de la population béninoise, le Ministère de la Santé s'est doté d'un document de politique et stratégies de développement du secteur santé. Celui-ci définit cinq (5) programmes avec des sous-programmes dont la mise en œuvre a nécessité la conception et la gestion des projets. Mais le processus de gestion est confronté à des problèmes internes et externes. L'un de ces problèmes qui compliquent le développement des projets dans ce secteur, est l'absence et/ou l'insuffisance de l'approche participative dans leur conception et leur exécution. En effet, la plupart des projets du secteur public, résultent des idées toutes faites qui n'associent pas ou associent très peu les populations qui sont les bénéficiaires.

Même si le Ministère de la Santé ne peut trouver à lui seul des solutions aux problèmes d'ordre global, il est indispensable d'améliorer le processus de gestion interne des projets. Ceci passe, entre autres, par le règlement des questions de gestion partagée avec les bénéficiaires, de suivi d'évaluation, de dépassement de délais d'exécution des projets. Ce qui nécessite la maîtrise des différentes étapes du processus de gestion.

Par ailleurs, les résultats des projets ne sont généralement pas atteints du fait, certes, de leur mauvaise gestion, mais également de l'interférence de la hiérarchie, des pressions exercées sur la coordination. Aussi, les projets inscrits au PIP ne font-ils généralement pas l'objet de suivi-évaluation.

Par la présente étude, qui vise à contribuer à la gestion performante des projets, les causes réelles des différents problèmes évoqués ont pu être identifiées. De même, des approches de solutions sont proposées ainsi que les conditions de leur mise en œuvre.

Le Ministère de la Santé est l'un des cinq (5) ministères ayant adopté depuis 2000 la Gestion Axée sur les Résultats. Afin que les actions soient plus lisibles et visibles, il revient aux intervenants du processus de gestion des projets et aux autorités compétentes de prendre les mesures adéquates qui s'imposent. Car, selon le Project Management Institute (PMI), la gestion d'un projet est « l'utilisation d'un savoir, d'habiletés, d'outils, et de techniques dans le cadre des activités d'un projet, en vue de satisfaire ou de dépasser les exigences et les attentes qu'ont les intervenants à l'égard du projet ».

# BIBLIOGRAPHIE

1. BRIDIER M. et MICHAÏLOF S. : « **Guide pratique d'analyse des projets : Evaluation et choix des projets d'investissements** », édition Economica
2. HOUGRON T : « **La conduite de projet : les 81 règles pour piloter vos projets avec succès** » . Dunod, 399 pages.
3. ABUL C. et. ZOUNGAN C., (2005) : «**Le Suivi-Evaluation des Projets du Ministère de la Santé Publique : Analyse et propositions d'amélioration**».
4. KONENIN O.J. (2005) : «**Contribution à l'amélioration de la qualité hygiénique des aliments de rue à Cotonou** ».
5. Ministère de la Santé Publique. (1997) : «**Document de Politiques et Stratégies Nationale Nationales de Développement du Secteur Santé 1997 -2001**».
6. Ministère de la Santé Publique. (2002) : «**Document de Politiques et Stratégies Nationale Nationales de Développement du Secteur Santé 2002 -2006**».
7. Commission Nationale pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté. (2002) : «**Document de stratégie de réduction de la pauvreté au Bénin 2003-2005**».
8. Ministère de la Santé Publique. (2005) : «**Annuaire Statistiques Sanitaires 2004**».
9. Ministère de la Santé Publique (2004) : «**Rapport de Performance**».
10. Organisation Mondiale de la Santé (1984) : « **Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national – Principe Directeur**».

11. Conseil National de la Statistique (2003): «**Premier rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement**».
12. SIT, (2005) : 'Processus de gestion de projets », [http:// www.sit.ulaval.ca /public/dsd/developpement/gestion\\_projet.html](http://www.sit.ulaval.ca/public/dsd/developpement/gestion_projet.html).
13. Wikipedia, (2006) : « Gestion de projet », [http ://www ;rhdcc .ca/fr/pip/daa/bta/ressources](http://www.rhdcc.ca/fr/pip/daa/bta/ressources)

# ANNEXES

## **ANNEXE N°1 :**

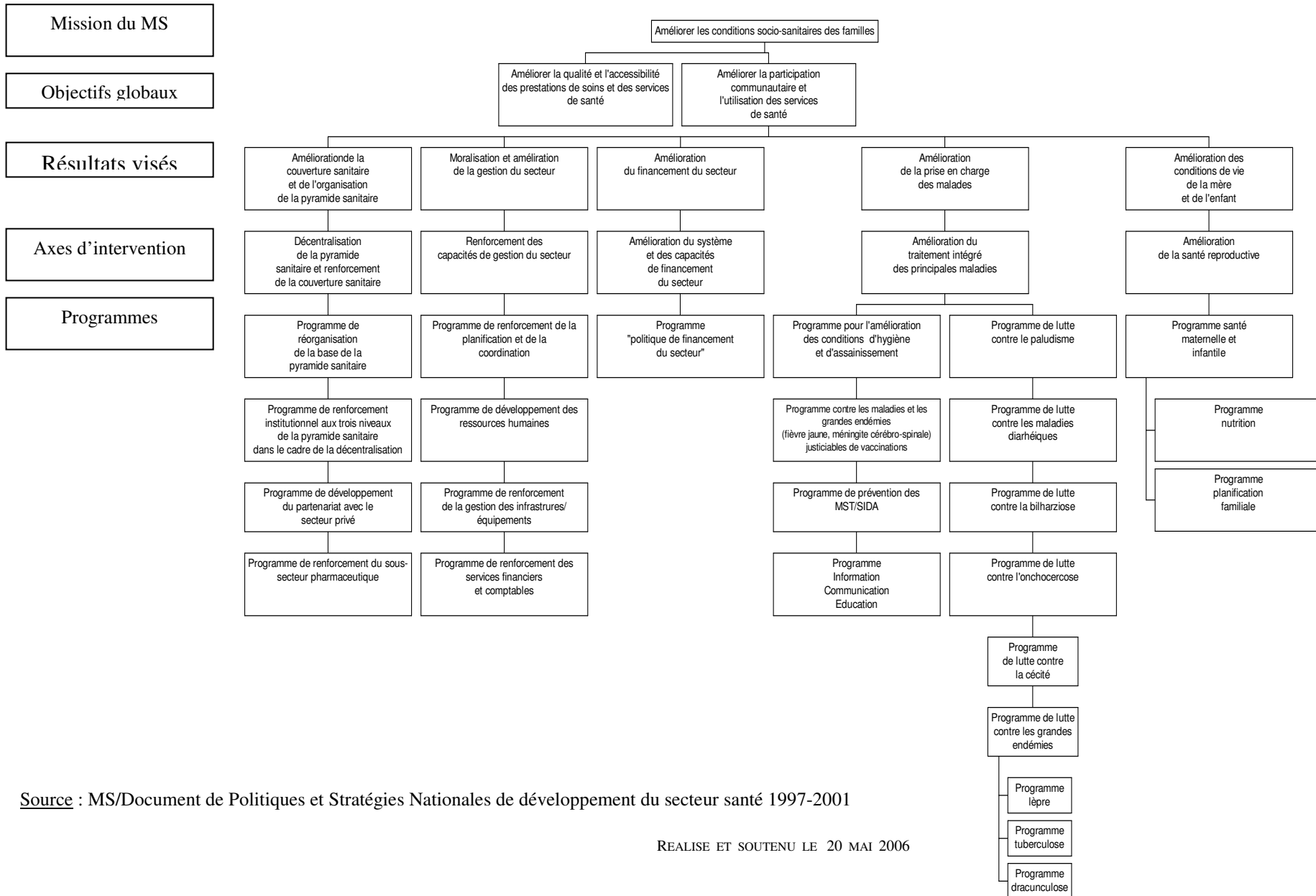
## ANNEXE N° 1 : SYSTEME NATIONAL DE SANTE AU BENIN EN 2004

NIVEAUX	STRUCTURES	INSTITUTIONS HOSPITALIERES ET SOCIO-SANITAIRES	SPECIALITES
CENTRAL	Ministère de la Santé (MS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU –HKM)</li> <li>- Centre National de Pneumo-phthisiologie</li> <li>- Centre National de Psychiatrie</li> <li>- Centre National de Gériatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Radiologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- O.R.L.</li> <li>- Ophtalmologie</li> <li>- Autres spécialités</li> </ul>
INTERMEDIAIRE OU DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)</li> <li>- Centre Hospitalier Départemental (CHD)</li> <li>- CIPEC</li> <li>- Centre de Traitement Anti Lépreux (CTAL)</li> <li>- Centre de l'Ulçère de Buruli d'Allada et de Pobè</li> <li>- Centre Pneumo- Phtisiologie d'Akron</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Radiologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- O.R.L.</li> <li>- Ophtalmologie</li> <li>- Autres spécialités</li> </ul>
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital de Zone (HZ)</li> <li>- Centre de Santé de Commune (CSC)</li> <li>- Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)</li> <li>- Formations Sanitaires privées</li> <li>- Centre de Santé d'Arrondissement (CSA)</li> <li>- Maternité et dispensaires isolés</li> <li>- Centre de Détection de Tuberculose (CDT)</li> <li>- Unité Villageoise de Santé (U.V.S.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine générale</li> <li>- Chirurgie d'urgence</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Alphabétisation</li> <li>- Loisir</li> <li>- Radiologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- Pharmacie</li> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Pharmacie ou dépôt pharmaceutique</li> <li>- Soins</li> <li>- Accouchements</li> <li>- Caisse de Pharmacie</li> </ul>

**Source :** DPP/SSDRO SNIGS – 2004

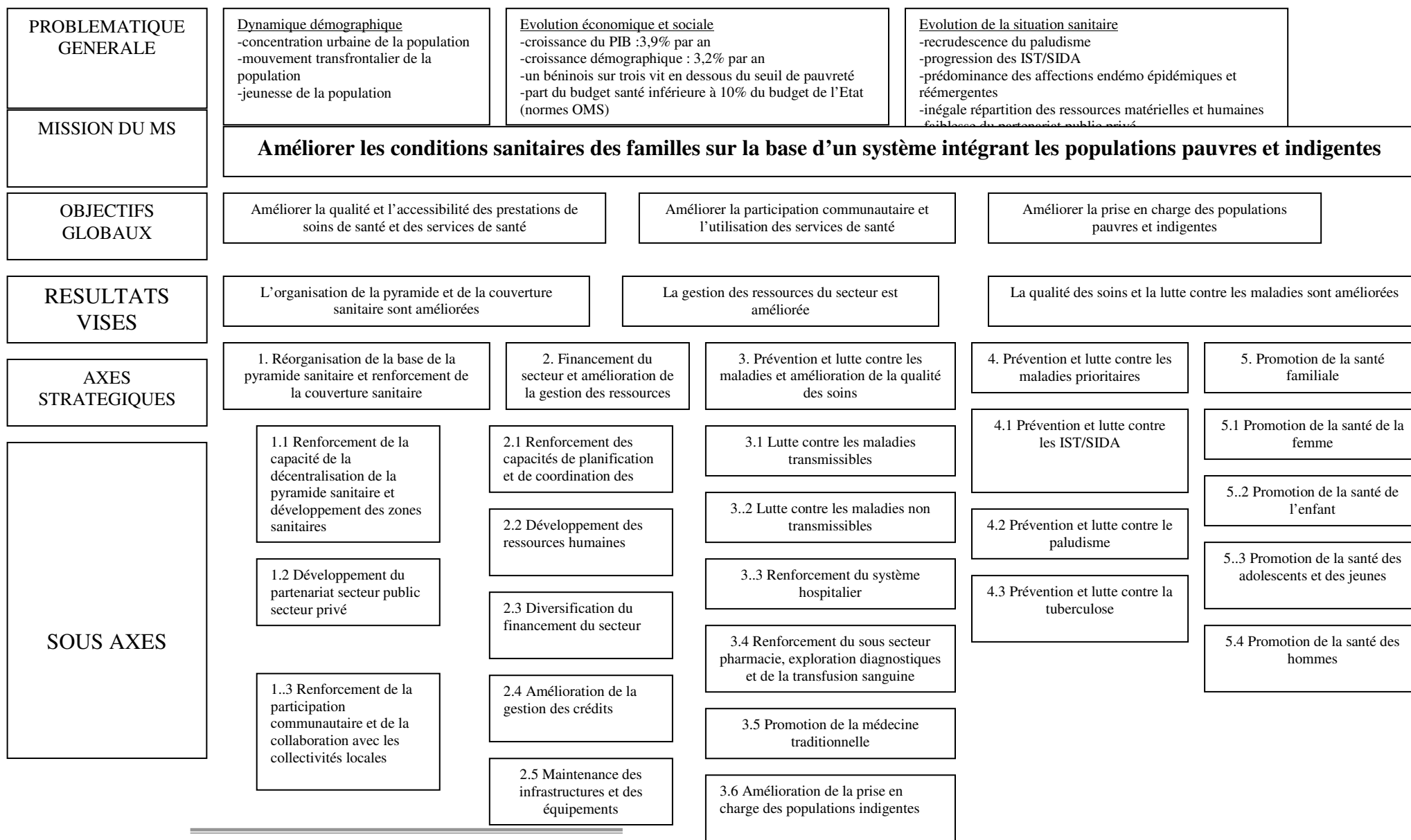
**ANNEXE N°2 :**

Politique et stratégies Sanitaires Nationales Période 1997- 2001



Source : MS/Document de Politiques et Stratégies Nationales de développement du secteur santé 1997-2001

REALISE ET SOUTENU LE 20 MAI 2006



REALISE ET SOUTENU LE 20 MAI 2006

## **ANNEXE N°3 :**

## LISTE DES PROJETS ET PROGRAMMES DU SECTEUR SANTE EN 2006

N°	TITRE DE PROJET	SIEGE DU PROJET	STRUCTURE DE TUTELLE	ZONE D'INTERVENTION	Observations
1	1.1 Projet santé population (PSP)	Cabinet du Ministère (2e étage)	DPP	Tous les départements	Démarré en 1996 pour une durée initiale de 5 ans
2	1.1 Programme d'appui à la politique sanitaire au Bénin ( 8° FED) (PAPSBFED)	MS (DIEM)	CABINET	Atlantique - Mono - Ouémé	Démarré en 2002
3	1.1 Projet d'achèvement des constructions (PAC)	MS (DPP)	DPP	Tous les départements	Démarré en 2006
4	1.1 Constructions et Fonctionnalité des centres d'action pour l'évolution de la santé (CFCASES)	DIEM	DPP	Tous les départements	Démarré en 1998
5	1.1 Projet de construction et d'équipement (CS24)	MS DIEM	DPP	Djougou, Ouaké, Toffo, Allada Zè, Copargo, Dogbo, Lalo, Toviklin Klouekanmey, Bopa	Démarré en 2000
6	1.1 Projet d'appui au développement du Système de santé (PADS)	Bohicon (ZOU)		Tous les départements	Démarré en 2006
7	1.1 Construction et équipement centres santé en zones rurales (CECSZR)	MS Cotonou	DIEM	Borgou + Ouémé	Démarré en 1996
8	1.1 Projet Santé I BADEA (SANTEIBADEA)	MS	DPP	ATLANTIQUE ET ZOU	Démarré en 2002 pour une durée initiale de 4 ans
9	1.1 Viabilisation des Infrastructures Sanitaires Existantes (VISE)	MS (CADZS)	DPP	Tous les départements	Démarré en 2002 pour une durée initiale de 4 ans
10	1.1 Renforcement de l'Appui aux Zones Défavorisées et Enclavées en Matière de Santé (PRAZODE)	MS (DDSP ATLANTIQUE)	DPP	Tous les départements	Démarré en 2002 pour une durée initiale de 4 ans
11	1.1 Renforcement des Equipements des Formations Sanitaires (REFS)	MS (DIEM)	DIEM	Tous les départements	Démarré en 2002
12	1.1 Appui à la décentralisation des services de santé (PADSS)	MS (DPP)	DPP	Tous les départements	Démarré en 2003 pour une durée initiale de 4 ans
13	1.1 Projet Socio-sanitaire Suisse (PSSS)	COOPERATION SUISSE	CADZS	Tous les départements	Démarré en 2003 pour une durée initiale de 3 ans
14	Programme d'appui à la zone sanitaire de Bassila (PAZSBASSILA)	COOPERATION BELGE	CADZS	BASSILA	Démarré en 2005 pour une durée initiale de 3 ans
15	Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Comé	COOPERATION BELGE		Comé	Démarré en 2005 pour une durée initiale de 3 ans

16	1.1	Programme d'appui à la zone sanitaire de Klouékanmey (PAZSKLO UEKANMEY)	COOPERATION BELGE	CADZS	BORGOU COLLINES	Démarré en 2005 pour une durée initiale de 3 ans
17	1.2	Projet d'Appui aux hopitaux de Zones Confessionnels	MS (DNPS)		Tous les départements	Démarré en 2005 pour une durée initiale de 3 ans
18	2.1	Projet de Renforcement des Structures de Gestion et de Coordination du Secteur Santé (PRSGC)	MS (DPP)	DPP	Tous les départements	Démarré en 2002 pour une durée initiale de 4 ans
19	2.2	Projet de renforcement des Ressources Humaines du secteur Santé (PRRHSS)	MS (DRH)	DRH	Tous les départements	Démarré en 2003 pour une durée initiale de 4 ans
20	3.1	Projet de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement (PPHA)	MS (DHAB)	DHAB	Tous les Départements	Démarré en 2003 pour une durée initiale de 4 ans
21	3.1	Programme élargi de vaccination phase 4 (PEV)	MS (DNPEV)	DSF	Bénin	Démarré en 1987
22	3.1	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine (PNLTHA)	MS (DNPS)		Atacora, Borgou	Démarré en 1998
23	3.1	Programme d'Eradication de Ver de Guinée (PEVG)	MS (DNPS)	DNPS	Tous les Départements	Démarré en 1994
24	3.1	Projet de Lutte Contre les Maladies liées aux Micro-Filaires (PLMMF)	MS (DNPS)		Tous les Départements	Démarré en 2006
25	3.1	Programme National de Lutte Antilépreuse (PNLAL)	AKPAKPA LAZARET	DNPS	ATLANTIQUE - MONO - OUEME - ZOU	La phase actuelle a démarré en 2001
26	3.1	Programme de lutte contre l'ulcère de Burili (PLUB)	AKPAKPA LAZARET	DNPS	BENIN	Démarré en 1998
27	3.2	Programme National de la Santé Mentale (PNSM)	CNHU	DNPS	Tous les Départements	Démarré en 1999
28	3.2	Promotion de la Santé en Milieu Scolaire et Universitaire (PSMSU)	MS (DNPS)	DNPS	Tous les Départements	Démarré en 2001
29	3.2	Education pour la santé (ES)	MS (DNPS)	DNPS	Tous les Départements	Démarré en 1999
30	3.2	Programme national de lutte contre la cécité (PNLC)	MS (DNPS)	DNPS	Ouémé	Démarré en 1997
31	3.2	Programme National de lutte contre les affections bucco-dentaires (PNLABD)	Placodji Cotonou	DNPS	Tous les départements	Démarré en 1999
32	3.2	Programme National De Lutte contre l'Epilepsie et les Maladies Neurologiques	MS (DNPS)		Tous les Départements	Démarré en 2006
33	3.2	Programme de lutte contre la cancérologie	MS (DNPS)		Tous les Départements	Démarré en 2006
34	3.2	Création de l'Unité de Référence pour la Prise en Charge Intégrée des Nourissons et des Femmes Enceintes atteints de Drépanocytose (CURPCI NFED)	CNHU	DNPS	COTONOU	Démarré en 2001

35	3.3	Projet de Service d'Aide Médicale d'Urgence (PSAMU)	CNHU	DNPS	ATLANTIQUE	Démarré en 1999
36	3.3	Concours interne des hôpitaux (CIH)	MS(DRH)	DIEM	CNHU	Démarré en 2001
37	3.3	Mise en oeuvre du plan directeur du CNHU (MEPDCNHU)	CNHU	CNHU	CNHU	Démarré en 2004
38	3.3	Etude, Construction et Equipement du Centre Hospitalier et Universitaire de Parakou(CHUPARAKOU)	MS(DIEM)	DIEM	BORGOU	Démarré en 2002
39		Projet d'Appui aux Centres Hospitaliers et Départementaux de Santé (PACHD)	MS(DIEM)	DIEM	Mono, Atlantique, Littoral, Ouémé, ZOU	Démarré en 2006
40	3.3	Construction et Equipement du Centre Hospitalier Départemental de la DONGA (CHDDONGA)	DDSP ATACOR A	DIEM	DONGA	Démarré en 2002
41	3.3	Extension du Centre Régional de d'entomologie Cotonou (CREC)	MS (DNPS)	DSF	Tous les départements	Démarré en 2000
42	3.4	Programme de Sécurité Transfusionnelle (SETRA)	DEDTS	DEDTS	Tous les départements	Démarré en 2006
43	3.4	Extension du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux (LNCQ)	MS (DPED)	DPED	COTONOU	Démarré en 2001
44	3.5	Promotion de la Médecine Traditionnelle et de sa Pharmacopée (PMTP)	MS (DNPS)	DNPS	Tous les départements	Démarré en 2001
45	4.1	Programme national de lutte contre le Sida (PNLS)	MS (DNPS)	DNPS	Tous les départements	Démarré en 1989
46	4.1	Projet régional commun de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA le long du corridor de migration Abidjan-Cotonou-Lagos (PROJETCORRIDOR)	MS (DNPS)	DNPS	Mono, Atlantique, Littoral, Ouémé	Démarré en 2003
47	4.2	Programme National de lutte contre le paludisme (PNLP)	MS (DNPS)	DNPS	Tous les départements	Démarré en 1994
48	4.3	Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT)	MS (DNPS)	DNPS	Cotonou-Atlantique	Démarré en 1966
49	5.1	Programme intégré de santé familiale (PISF)	MS (DSF)	DSF	BORGOU	Démarré en 1998
50	5.1	Projet d'Appui aux Activités de la Santé de la Reproduction (PAASR)	MS (DSF)	DSF	Tous les départements	Démarré en 1999
51	5.2	Programme National de Lutte contre la Malnutrition dans les Zones Déshéritées(PNLMZD)	MS (DSF)	DSF	Tous les départements	Démarré en 2002
52	5.3	Programme de promotion de la santé des jeunes et adolescents (PPSJA)	MS (DSF)	DSF	Tous les départements	Démarré en 2003

**ANNEXE N°4 :**  
**GUIDE D'ENTRETIEN ET QUESTIONNAIRES**

# GUIDE D'ENTRETIEN

(DESTINE AUX CHEFS DES SERVICE DE LA DPP : SESP, SP, CSE, SCCT))

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Nom et prénoms : .....
2. Structure : .....
3. Service : .....
4. Fonction : .....
5. Effectif du service : .....
6. Qualifications des agents du service :

6.1 ..... 6.2. ....

6.3. .... 6.4. ....

- 7 A quelle phase du processus de gestion des projets votre service intervient ?

8. Quel est le mécanisme mise en place par la DPP pour l'exécution des activités de cette phase ? .....

8.1 .....

8.2. ....

8.3. ....

9. Quels sont les outils qui étaient utilisés ?

9.1 .....

9.2. ....

9.3. ....

10. Quels outils utilisez-vous actuellement ?

10.1 .....

10.2. ....

10.3. ....

11. Votre service échange t-il des informations (données) avec les autres services de la direction ? OUI  NON

*Merci pour votre collaboration*

**QUESTIONNAIRE N° 1**

(DESTINE AUX COORDONNATEUR ET AUX RGISSEURS DES PROJETS)

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

Nom du projet : .....

Programme auquel le projet est rattaché : .....

Source de financement : .....

Date de démarrage du projet : .....

Durée de vie prévue pour le projet : .....

Durée de vie effective du projet : .....

Date de fin du projet : .....

Effectif du personnel du projet : .....

Le projet a-t-il fait l'objet d'une étude de faisabilité OUI  NON Le projet a-t-il été évalué une fois OUI  NON   
Si OUI, quel type d'évaluation ?Ex ante  A mi-parcours  Sommative  D'impact **VERIFICATION DES HYPOTHESES****1. Atteintes des résultats par les projets:**

1.1. Les résultats attendus de votre projet sont – ils atteints ?

OUI  NON   
1.2. Si non, qu'est ce qui, selon vous, justifie la non-atteinte des résultats :1.2.1. Interférences de la hiérarchie dans la gestion ..... 1.2.2. Mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet ..... 1.2.3. L'absence d'études de pré-faisabilité / faisabilité ..... 1.2.4. Autre (à préciser) ..... **2. Retards dans l'exécution des projets**

2.1. Connaissez-vous des retards dans l'exécution des activités de votre projet ?

OUI  NON 

2.2. Si oui, qu'elle est la raison principale ?

2.2.1. Non-respect du planning de décaissement des fonds ..... 2.2.2. Retard dans la mise en place des équipes de gestion des projets ..... 2.2.3. Lenteur dans la mise en œuvre de la procédure de  
passation des marchés publics. ....

2.2.4. Autre (à préciser) .....

### 3. Insatisfaction persistante des Bénéficiaires

3.1. Les bénéficiaires de votre projet, sont-ils satisfaits de vos réalisations ?

OUI

NON

3.2. Si non, qu' est ce qui vous semble être la raison fondamentale ?

3.2.1. Mauvaise qualité des extrants .....

3.2.2. Faible /non association des bénéficiaires à toutes les phases du processus de gestion .....

3.2.3. Mauvaise conception des projets. ....

3.2.4. Autre (à préciser) .....

**NB : A chaque question, une seule case doit être cochée.**

*Merci pour votre collaboration*

**QUESTIONNAIRE N° 2**

(DESTINE AUX C/CPMP- CADRES DPP, DRFM, DIEM, DIVI)

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

Nom et prénoms : .....

Profession : .....

Structure : .....

**VERIFICATION DES HYPOTHESES****1. Atteintes des résultats par les projets:**

- 1.1. En tant que personnels du Ministère de la Santé, intervenant dans le processus de gestion des projets depuis leur élaboration jusqu'à leur fin. Pensez-vous que ces projets atteignent tous les résultats attendus d'eux ?

OUI  NON

- 1.2. Si non, qu'est ce qui, selon vous, justifie la non-atteinte des résultats par des projets ? :

1.2.1. Interférences de la hiérarchie dans la gestion .....

1.2.2. Mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet .....

1.2.3. L'absence d'études de pré-faisabilité / faisabilité .....

1.2.4. Autre (à préciser) .....

**2. Retards dans l'exécution des projets**

- 2.1. En tant que personnels du Ministère de la Santé, intervenant dans le processus de gestion des projets pensez-vous que des projets ont effectivement des durées de vie très longues ?.

OUI  NON

- 2.2. Si oui, quelle est la cause principale ?

2.2.1. Non-respect du planning de décaissement des fonds .....

2.2.2. Retard dans la mise en place des équipes de gestion des projets

2.2.3. Lenteur dans la mise en œuvre de la procédure de passation des marchés publics. ....

2.2.4. Autre (à préciser) .....

**3. Insatisfaction permanente des Bénéficiaires**

- 3.1. Vos structures reçoivent – elles des appréciations des bénéficiaires/utilisateurs sur la manière dont les projets du Ministère sont réalisés ?

OUI  NON

3.2. Si oui, expriment-ils toujours des motifs de satisfaction ?

OUI

NON

3.3. Si non, qu'elle est la raison fondamentale qui motive l'insatisfaction des bénéficiaires /utilisateurs ?

3.3.1. Mauvaise qualité des extraits .....

3.3.2. Faible /non association des bénéficiaires à toutes les phases du processus de gestion .....

3.3.3. Mauvaise conception des projets. ....

3.3.4. Autre (à préciser) .....

#### 4. Appréciation de la procédure de gestion des projets du MS

4.1. Quelles sont vos appréciations générales sur la procédure a gestion des projets du Ministère ?

Bonnes

Mauvaises

4.2. Pourquoi ?

.....  
.....

**NB : A chaque question, une seule case doit être cochée.**

*Merci pour votre collaboration*

**QUESTIONNAIRE N° 3**(DESTINÉ AUX BÉNÉFICIAIRES/UTILISATEURS : MÉDECINS COORDONNATEUR –  
PERSONNEL FORMATIONS SANITAIRES)**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Nom et prénoms : .....

Profession : .....

Structure : .....

**VERIFICATION DES HYPOTHESES****1. Atteintes des résultats par les projets:**

1.1. En tant que Bénéficiaires ou utilisateurs des produits des projets du Ministère de la Santé, êtes-vous satisfaits des résultats des projets ?

OUI  NON

1.2. Si non, qu'est ce qui, selon vous, justifie la non-atteinte des résultats par des projets ? :

1.2.1. Interférences de la hiérarchie dans la gestion .....

1.2.2. Mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet .....

1.2.3. L'absence d'études de pré-faisabilité / faisabilité .....

1.2.4. Autre (à préciser) .....

**2. Insatisfaction permanente des Bénéficiaires**

2.1. En tant que Bénéficiaires ou utilisateurs des produits projets du Ministère de la Santé, êtes-vous toujours satisfaits des résultats des projets ?

OUI  NON

2.2. Si non qu'elle est la raison fondamentale qui motive votre insatisfaction ?

2.2.1. Mauvaise qualité des extraits .....

2.2.2. Faible /non association des bénéficiaires à toutes les phases du processus de gestion .....

2.2.3. Mauvaise conception des projets. ....

2.2.4. Autre (à préciser) .....

**3. Appréciation de la procédure de gestion des projets du MS**

3.1. Quelles sont vos appréciations générales sur la procédure à gestion des projets du Ministère ?

Bonnes  Mauvaises

3.2. Pourquoi ? .....

.....

**NB : A chaque question, une seule case doit être cochée.**

*Merci pour votre collaboration*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>DEDICACES</b> .....	iii
<b>Remerciements</b> .....	iv
<b>Liste des abréviations et sigles</b> .....	v
<b>Liste des tableaux</b> .....	vii
<b>Liste des graphiques</b> .....	viii
<b>Liste des annexes</b> .....	viii
<b>Résumé</b> .....	ix
<b>Sommaire</b> .....	x
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE</b> .....	4
<b><u>Section 1</u> : Restitution des observations de stage et ciblage de la Problématique</b> .....	5
<b><u>Paragraphe 1</u> : Etat des lieux de base ou constats du processus de gestion des projets</b> .....	6
I. Politique et orientations stratégiques .....	6
A. Stratégies sanitaires .....	6
B. Orientations stratégiques .....	8
C. Axes d'intervention .....	9
II. Processus de gestion des projets dans le secteur santé .....	10
A. Processus de gestion des projets .....	10
1. Phase d'identification .....	10
2. Phase de définition .....	11
3. Phase de la planification .....	13
4. Phase d'exécution .....	13
5. Phase de clôture .....	17
6. Phase d'évaluation .....	17
B. Organes et structures de gestion des projets .....	18
<b><u>Paragraphe 2</u> : Problématique de la gestion performante des projets du Ministère de la Santé</b> .....	19
I. Forces- opportunités et faiblesses- menaces .....	19
II. Choix et Spécification de la problématique .....	20
A. Ciblage et justification de la problématique .....	20
B. Spécification des problèmes .....	22
<b><u>Section 2</u> : Des objectifs de l'étude à la méthodologie</b> .....	22
<b><u>Paragraphe 1</u> : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature</b> .....	22
I. Objectifs de l'étude .....	22
A. Objectif Général .....	23

B. Objectifs spécifiques .....	23
II. Causes et hypothèses de recherche .....	23
A. Cause et hypothèse liées au problème de la non-atteinte des résultats .....	23
B. Cause et hypothèse liées au problème de retard dans l'exécution des projets. ..	24
C. Cause et hypothèse liées au problème du climat d'insatisfaction persistante des bénéficiaires .....	24
D. Tableau de Bord de l'Etude .....	25
III. Revue de la littérature .....	27
<u>Paragraphe 2</u> : Choix de la méthodologie de l'étude .....	28
I. Recherche-action comme approche méthodologique .....	28
II. Approche théorique .....	28
A. Analyse des hypothèses de l'étude .....	28
B. Seuil de décisions .....	31
III. Approche empirique .....	31
<b>CHAPITRE PREMIER : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES</b> .....	32
<b><u>Section 1</u> : Collecte et présentation des données</b> .....	33
<u>Paragraphe 1</u> : Préparation et réalisation de la collecte .....	33
I. Phase préparatoire de la collecte des données .....	33
A. Objectifs de l'enquête .....	33
B. Ciblage de la population mère .....	33
C. Nature de l'enquête .....	34
D. Définition de l'échantillon raisonné .....	34
E. Centre d'intérêt du questionnaire .....	34
II. Technique et outils de collecte des données .....	34
A. L'observation directe ou par guide .....	34
B. La recherche documentaire .....	35
C. Guide d'entretien .....	35
III. Technique de traitement des données .....	35
<u>Paragraphe 2</u> : Présentation et limite des données .....	35
I. Présentation des résultats de l'enquête .....	35
A. Population enquêtée .....	35
B. Résultats relatifs à la non-atteinte des résultats de certains projets .....	36
C. Résultats relatifs au retard dans la réalisation des projets .....	38
D. Résultats relatifs à l'insatisfaction persistante des bénéficiaires des projets ....	39
II. Difficultés rencontrées et limites des données .....	40
A. Difficultés rencontrées .....	40
B. Limites des données .....	40

<b>Section 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic .....</b>	41
<b>Paragraphe 1 : Analyse des données .....</b>	41
I. Analyse des résultats de l'enquête relatif à la non-atteinte des résultats par des projets .....	41
II. Analyse des résultats de l'enquête relatifs aux retards dans la réalisation des projets .....	42
III. Analyse des résultats de l'enquête relatifs à la persistante de l'insatisfaction de certains bénéficiaires .....	43
<b>Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et diagnostic établi ...</b>	44
I. Validation des hypothèses .....	44
A. Vérification de l'hypothèse n° 1 .....	44
B. Vérification de l'hypothèse n° 2 .....	45
C. Vérification de l'hypothèse n° 3 .....	45
II. Formulation du diagnostic .....	45
A. Diagnostic lié au problème spécifique n° 1 .....	45
B. Diagnostic lié au problème spécifique n° 2 .....	45
C. Diagnostic lié au problème spécifique n° 3 .....	45
 <b>CHAPITRE DEUXIEME : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	46
<b>Section 1 : Approches de solutions .....</b>	47
<b>Paragraphe 1 : Approche de solutions aux problèmes de non-atteinte des résultats et d'insatisfaction persistante des bénéficiaires .....</b>	47
I. Approche de solutions au problème spécifique n° 1 : non-atteinte des résultats par des projets .....	47
II. Approche de solutions au problème spécifique n° 3 : Insatisfaction persistante des bénéficiaires .....	47
<b>Paragraphe 2 : Approche de solutions au problème spécifique n° 2 : retard dans l'exécution des projets. ....</b>	48
<b>Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions .....</b>	49
<b>Paragraphe 1 : Les recommandations .....</b>	49
I. Recommandation à l'endroit des Coordonnateurs des projets/programmes .....	49
II. Recommandation à l'endroit des Autorités du Ministère .....	49
<b>Paragraphe 2. Tableau de Synthèse de l'Etude : « Contribution à la gestion performante des projets au Ministère de la Santé » .....</b>	50
<b>CONCLUSION .....</b>	53
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	55
<b>ANNEXES .....</b>	58
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	75