REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION
ET DE MAGISTRATURE (E.N.A.M)

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

OPTION :
MANAGEMENT

FILIERE :
GESTION DE PROJET

ANNEE ACADEMIQUE
2009 – 2010

PROBLEMATIQUE DE LA PERENNISATION DES ACQUIS DES PROJETS DE DEVELOPPEMENT : CAS DU SYSTEME DE REFERENCE ET DE CONTRE-REFERENCE DU PROJET D'APPUI A LA ZONE SANITAIRE DE KLOUEKANME-TOVIKLIN-LALO (PAZS-KTL)

Présenté et soutenu par :
François BOHOUNTON

Sous la Direction du :

Maître de stage
Docteur Virgile E. DODOO
Coordonnateur de la Zone Sanitaire KTL

Directeur de mémoire
Parfait AGBLONON
Enseignant à l'ENAM
Spécialiste en Management de Projet

VERSION FINALE

IDENTIFICATION DU JURY

Président : Monsieur Clément DJOHOUN

Vice-président : Monsieur Modeste GNIMASSOU

Membre : Monsieur Charlemagne FANOU



L'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

DEDICACES

~ *A mon épouse, Antoinette HOUNYEGLE et mes enfants, qui ont dû subir ma longue absence et une privation des moments de distraction tout au long de ma formation. Que ce mémoire soit pour vous la récompense de vos sacrifices.*

~ *A mes frères et sœurs, je vous assure de mes sentiments fraternels. Puisse le Seigneur nous unir dans l'amour et dans la paix profonde afin que nous tenions le même langage.*

~ *A tous mes camarades de la cinquième promotion de Gestion de Projets en souvenir des moments de joies et de peine.*

~ *A tous ceux qui me sont chers et dont les noms ne sont pas cités, retrouvez ici mes sincères sentiments.*

François BOHOUNTON

REMERCIEMENTS

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

~ *Monsieur Parfait AGBLONON, qui a accepté avec spontanéité et désintéressement de suivre et diriger ce mémoire, malgré ses multiples occupations.*
Nous manquons de mots pour lui témoigner notre profonde gratitude.

~ *Docteur Virgile E. DODOO, Médecin Coordonnateur de la Zone Sanitaire KTL à qui nous témoignons toute notre gratitude pour son soutien et ses conseils.*

~ *Les membres de jury qui, en acceptant de juger notre travail nous permettent de bénéficier de leurs apports inestimables en vue de l'amélioration de la qualité du document.*
Nous restons persuadé que vos remarques, critiques et suggestions constitueront un apport de qualité.

~ *Tout le corps professoral et administratif de l'ENAM en particulier le corps professoral de la filière Gestion de Projets.*

~ *Tout le personnel du Bureau de la Zone Sanitaire KTL à qui nous témoignons toute notre gratitude.*

~ *A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, je veux particulièrement nommer Monsieur Emmanuel TCHALLA, PDG des ETS EPHPHATA à Azovè.*

François BOHOUNTON

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles	Définitions
ACDI	Agence Canadienne pour le Développement International
AGI	Affections Gastro-Intestinales
BZ	Bureau de Zone
CAR	Chargé de l'Administration et des Ressources
COGECS	Comité de Gestion du Centre de Santé
COSA	Comité de Santé
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
CTB	Coopération Technique Belge
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DTF	Document Technique et Financier
EEZS	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
ENAM	Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
HZ	Hôpital de Zone
IEC	Information Education et Communication
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
KTL	Klouékanmè-Toviklin-Lalo
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARZDS	Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga
PAZS-KTL	Projet d'Appui à la Zone Sanitaire KTL
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH SIDA
R/CR	Référence et Contre Référence
RAC	Réseau Aérien de Communication
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SMI	Soins Maternels et Infantiles

UVS	Unité Villageoise de Santé
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	**Titre**	**Page**
Tableau n° 1	Cinq premières affections dans la Zone Sanitaire KTL	9
Tableau n° 2	Tableau de bord	19
Tableau n° 3	Grille d'analyse des hypothèses	24
Tableau n° 4	Echantillonnage de la population mère	28
Tableau n° 5	Population enquêtée	32
Tableau n° 6	Répartition des enquêtés selon l'état de fonctionnement du RAC au jour d'aujourd'hui	33
Tableau n° 7	Répartition des enquêtés selon l'avis sur la durabilité des équipements du RAC	34
Tableau n° 8	Répartition des enquêtés selon l'appréciation du fonctionnement du RAC	34
Tableau n° 9	Répartition des enquêtés selon le fonctionnement du système de référence et de contre-référence	36
Tableau n° 10	Répartition des enquêtés selon la difficulté d'achat de gas-oil par les centres	37
Tableau n° 11	Plan triennal de redressement du système de la R/CR dans la Zone Sanitaire KTL	45

LISTE DES FIGURES

Figure	**Titre**	**Page**
Figure n° 1	Carte sanitaire de la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo	8

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique	**Titre**	**Page**
Graphique n° 1	Répartition des enquêtés selon le fonctionnement du RAC au jour d'aujourd'hui	33
Graphique n° 2	Répartition des enquêtés selon l'appréciation par rapport au fonctionnement du RAC	35
Graphique n° 3	Répartition des enquêtés selon le fonctionnement du système de Référence et de contre référence	36
Graphique n° 4	Répartition des enquêtés selon la difficulté d'achat de gas-oil par les centres	37

RESUME

La nécessité pour le Ministère de la santé de concevoir des stratégies et programmes d'action conformes à la politique nationale du Bénin en matière de santé publique a motivé l'élaboration du Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo (PAZS-KTL) dont l'objectif est de rendre fonctionnelle la Zone Sanitaire KTL. Ce projet est constitué de plusieurs volets. Nous nous sommes intéressé dans le cadre de notre étude au volet du système de référence et contre référence dans la Zone Sanitaire KTL.

L'objectif général de cette étude est de est de contribuer à la réhabilitation du système de référence et contre-référence du PAZS-KTL en vue de sa pérennisation.

Il s'agit, plus spécifiquement pour nous de :

- ✓ Analyser les causes de la non durabilité dans le temps du système de référence et contre-référence dans la Zone Sanitaire KTL
- ✓ Analyser l'évolution dans le temps des crédits délégués des différents centres de santé de la zone Sanitaire.

Pour atteindre ces objectifs, des hypothèses de recherche ont été formulées.

Nous avons basé notre étude sur une méthodologie de recherche action. Ainsi, grâce aux recherches documentaires et aux enquêtes menées auprès des bénéficiaires et divers acteurs du système sanitaire de la Zone, nous avons abouti à l'établissement et à la vérification de deux (02) hypothèses fondamentales qui montrent que :

- − Le mauvais fonctionnement du Réseau Aérien de Communication (RAC) est la cause de la défaillance du système de communication;

- La réduction des crédits délégués des centres de santé est à la base de l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant.

Les différentes conclusions auxquelles nous avons abouti, nous ont permis d'affirmer que le problème fondamental du système de référence et de contre référence dans la Zone Sanitaire KTL est la défaillance du système de communication basé sur le Réseau Aérien de Communication.

En vue de pérenniser cet acquis du PAZS-KTL, nous avons proposé des solutions telles que :

❖ le remplacement du RAC par le système CORPORATE de Moov-Bénin pour rendre plus dynamique le système de communication ;

❖ le prélèvement de ticket-valeur sur les dotations en carburant des centres de santé de la zone en vue de l'approvisionnement régulier en carburant ;

❖ la mise en application du plan triennal proposé dans le présent document pour corriger les dysfonctionnements du système de référence et de contre-référence du PAZS-KTL.

Des recommandations ont été ensuite formulées pour la mise en œuvre de ces solutions. On peut citer :

❖ prévoir le renouvellement des trois ambulances de la zone sanitaire KTL ;
❖ prévoir systématiquement, sur les crédits délégués de la zone une ligne de carburant que l'on pourrait dénommer « carburant pour la référence et contre référence » ;
❖ former et recycler périodiquement les chefs postes sur le manuel de référence,
❖ motiver suffisamment les agents impliqués dans la référence et la contre référence.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE……1

CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE ……..5

Section 1 : Restitution des observations de stage et ciblage de la problématique ……...6

Paragraphe 1 : Description du projet et état des lieux de base ou constats ……..6

Paragraphe 2 : Ciblage et spécification de la problématique …..14

Section 2 : Des objectifs de l'étude à la méthodologie adoptée ……..16

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses, et tableau de bord de l'étude……16

Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche……...22

CHAPITRE PREMIER : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES……..25

Section 1: Collecte et présentation des données ……26

Paragraphe 1 : Réalisation de la collecte ……..26

Paragraphe 2 : Présentation et limites des données ……32

Section 2: Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic …38

Paragraphe 1 : Analyse des données et vérification des hypothèses……..38

Paragraphe 2 : Diagnostic établi ……...41

CHAPITRE DEUXIEME : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE…42

Section 1 : Approches de solutions ……43

Paragraphe 1 : Approches de solutions à la défaillance du système de communication ……43

Paragraphe 2 : Approches de solutions à l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en gas-oil ……44

Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions ……47

Paragraphe 1 : Recommandations à l'endroit du Ministère de la Santé Publique ……47

Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des Responsables de la Zone Sanitaire K.T.L ……..47

CONCLUSION GENERALE ……49

BIBLIOGRAPHIE ……...52

ANNEXES …….....55

TABLE DES MATIERES ……...64

GLOSSAIRE DE L'ETUDE

Evaluation : c'est une mesure aussi systématique et objective que possible des résultats d'un projet, d'un programme en vue de déterminer sa pertinence, sa cohérence, son efficacité, l'efficience de sa mise en œuvre, son impact, ainsi que la pérennité des effets obtenus.

Elle est aussi l'appréciation systématique et objective de la pertinence, de la performance et du succès d'un programme/projet en cours ou achevé, de leur conception, de leur mise en œuvre et de leurs résultats et impacts.

Impact : c'est la situation issue de l'ensemble des changements significatifs et durables, positifs ou négatifs, prévus ou imprévus, dans la vie et l'environnement des personnes et des groupes, et pour lesquels un lien de causalité direct ou indirect peut être établi avec l'action de développement.

Effets : c'est le changement à moyen terme, escompté ou non, émanant directement ou indirectement d'une action de développement.

Durabilité : Probabilité que les effets positifs d'un projet perdurent après l'arrêt des aides extérieures.

Pertinence : il s'agit ici de voir à quel point les objectifs de l'action de développement correspondent aux besoins du pays, aux priorités globales et aux politiques des bailleurs de fonds et de leurs partenaires.

Efficacité : elle compare les résultats aux objectifs prévus, mesure les écarts et tente de les interpréter (analyse quantitative). Le présent critère d'efficacité permet d'établir le degré de réalisation atteint.

Efficience : elle compare les résultats aux moyens humains et matériels mis en œuvre, les délais pour atteindre les objectifs, les méthodes utilisées. Le

critère d'efficience tend à repérer si l'on a fait les bons choix pour optimiser, qualitativement et quantitativement les moyens mis à disposition.

Cohérence : c'est la liaison d'un ensemble d'idées et ou de faits.

Pérennité : il s'agit du caractère de ce qui dure pendant longtemps. On parlera ici de la durabilité des effets obtenus.

Référence et contre-référence : un système permettant d'assurer la continuité des soins et services aux clients d'un plateau technique inférieur à un autre plus élaboré. Elle passe par plusieurs étapes :

- ✓ les soins de la mise en condition ;
- ✓ le transport du client d'un centre de santé à un autre (CS vers HZ) ;
- ✓ les premiers soins dans le centre de santé d'accueil ;
- ✓ le remplissage des supports ;
- ✓ la retro information périodique des acteurs (CS et ZS) ;
- ✓ l'analyse des données de la référence et contre-référence ;
- ✓ l'identification des besoins de formation ;
- ✓ les formations continues ou de mise à niveau ;
- ✓ l'amélioration continue du système de R/CR et
- ✓ l'amélioration continue de la satisfaction des clients.

INTRODUCTION GENERALE

La pauvreté a de multiples dimensions. Ce n'est pas seulement la faiblesse du revenu qui caractérise le quotidien des pauvres, mais aussi l'état de santé, le niveau de l'analphabétisme, le non-accès à l'eau potable, l'inégalité des sexes, la dégradation de l'environnement et l'inaccessibilité à l'électricité.

Compte tenu de son caractère multidimensionnel et multisectoriel, la pauvreté est aujourd'hui un problème crucial à tel point que la communauté internationale s'est engagée selon l'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à réduire de moitié d'ici à 2015 le nombre de personnes vivant dans un état de pauvreté extrême.

C'est pourquoi depuis le début des années 90, l'attention accordée à la lutte contre la pauvreté s'est particulièrement intensifiée, tant au niveau de l'appréhension globale des enjeux au plan international qu'en ce qui concerne les stratégies et les programmes nationaux de développement. Toutefois, la pauvreté ne peut être réduite que si on s'y attaque sur tous les fronts.

La pauvreté est un facteur associé, un élément catalyseur et une conséquence de la mauvaise santé. On ne peut donc réduire la pauvreté sans prendre simultanément des mesures sur le front de la santé. La prestation des soins de santé adéquats constitue alors une condition sine qua non de l'accélération de la réduction de la pauvreté et de l'amélioration de la croissance économique.

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 »

Le Gouvernement de la République du Bénin est soucieux du rôle que joue la santé des populations béninoises dans le processus du développement socio-économique du pays. Dans ce cadre, l'Etat béninois avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers identifie et finance des projets devant permettre l'amélioration des conditions de vie des populations particulièrement dans le domaine de la santé. Ainsi le Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo (PAZS-KTL) est un projet cofinancé par la Coopération Technique Belge (CTB) et le Bénin pour appuyer cette Zone Sanitaire dans plusieurs domaines en vue de l'amélioration des conditions socio sanitaires des populations de cette Zone.

Après soixante-quatre (64) mois d'activités, les principales études et évaluations effectuées sur le PAZS-KTL révèlent que les résultats obtenus sont pour la plupart encourageants et visibles dans toutes la Zone Sanitaire. Si l'objectif visé par une évaluation est l'appréciation des résultats d'un projet, alors il est tout aussi important de chercher à pérenniser les acquis de ce projet.

Quelle analyse faisons-nous alors de la pérennisation du système de référence et de contre-référence du PAZS-KTL et quel mécanisme de pérennisation faut-il mettre en place pour que cet acquis du PAZS-KTL dure dans le temps?

Afin de répondre à toutes ces préoccupations deux (2) ans après la fin du projet, nous avons jugé nécessaire d'aborder, dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en Gestion des Projets au cycle II de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), une recherche sur le thème : **PROBLEMATIQUE DE LA PERENNISATION DES ACQUIS DES PROJETS DE DEVELOPPEMENT : CAS DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE DU PROJET D'APPUI A LA ZONE SANITAIRE DE KLOUEKANME-TOVIKLIN-LALO (PAZS-KTL)**

Le présent mémoire est structuré en trois parties :

- la première partie sera consacrée à la restitution des observations de stage, à la problématique, aux objectifs de l'étude et à la méthodologie adoptée pour conduire cette étude ;
- la deuxième partie abordera les outils de collecte, les résultats obtenus et leur analyse ;
- la dernière partie traitera des recommandations à l'endroit du Ministère de la santé et aux responsables de la Zone Sanitaire KTL.

Chapitre Préliminaire:

Problématique et démarche méthodologique

Section n° 1 : Restitution des observations de stage et ciblage de la problématique

Dans cette section, il sera question dans un premier temps, de passer en revue les conditions dans lesquelles ce projet a été créé et mis en œuvre, et dans un second temps, de procéder au ciblage de la problématique.

Paragraphe 1 : Description du projet et état des lieux.

Il s'agira, dans ce paragraphe, de décrire le projet et de faire l'état des lieux de sa mise en œuvre.

I- Description du projet

1.1- Contexte et justification du projet

La situation sanitaire du Bénin, comme celle de tout pays de la sous région, était caractérisée essentiellement par une pathologie tropicale variée très agressive avec une prédominance des infections endémo-épidémiques et les maladies parasitaires. Ces affections sont dominées par le paludisme qui représente à lui seul pour l'ensemble du pays, 37,5% des affections infectieuses et parasitaires non hospitalisées. En 2001, 80% des enfants étaient anémiques, comme l'étaient d'ailleurs 60% des femmes en âge de reproduction.

L'accès à l'approvisionnement en eau pour la période de 1996 à 2001 est passé de 46% à 52% dans les zones rurales et de 71% à 77% en zones urbaines. Cependant la couverture effective en eau potable n'est que de 40%.

L'accès à des systèmes d'hygiène et d'évacuation des matières fécales reste faible en zones urbaines (63%) et extrêmement faible en zones rurales (15%).

Bien que la couverture en infrastructures sanitaires soit assez bonne (plus de 86,4%), le taux de fréquentation reste à être amélioré (39%).

(Cf. annuaire des statistiques sanitaires de 2004).

La Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo, créée par l''arrêté N°2527/MSP/DC/SGM/CADZS du 29 Avril 1999 est constituée de trois communes à savoir les communes de Klouékanmè, Toviklin et Lalo et totalise vingt six (26) arrondissements dont 24 disposent de formations sanitaires.

Elle dispose d'un hôpital de zone autour duquel gravitent trois (03) centres de santé de commune, vingt-et-un (21) centres de santé d'arrondissement, quatre (04) dispensaires isolés, deux (02) maternités isolées et huit (08) unités villageoises de santé (UVS).

Sa superficie est de 946 km^2 avec une population de 233919 habitants au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH Février 2002). Cette population est estimée en 2010 à 315 390 habitants.

La Zone Sanitaire KTL est limitée :

- au Nord-Est par les zones sanitaires de Djidja-Abomey-Agbangnizoun et Zogbodomey- Bohicon-Zakpota ;
- à l'Est par la zone sanitaire d'Allada-Toffo-Zè ;
- au Sud par la zone sanitaire de Comé-Bopa-Houéyogbé-Grand-Popo ;
- au Nord-Ouest et à l'Ouest par la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo.

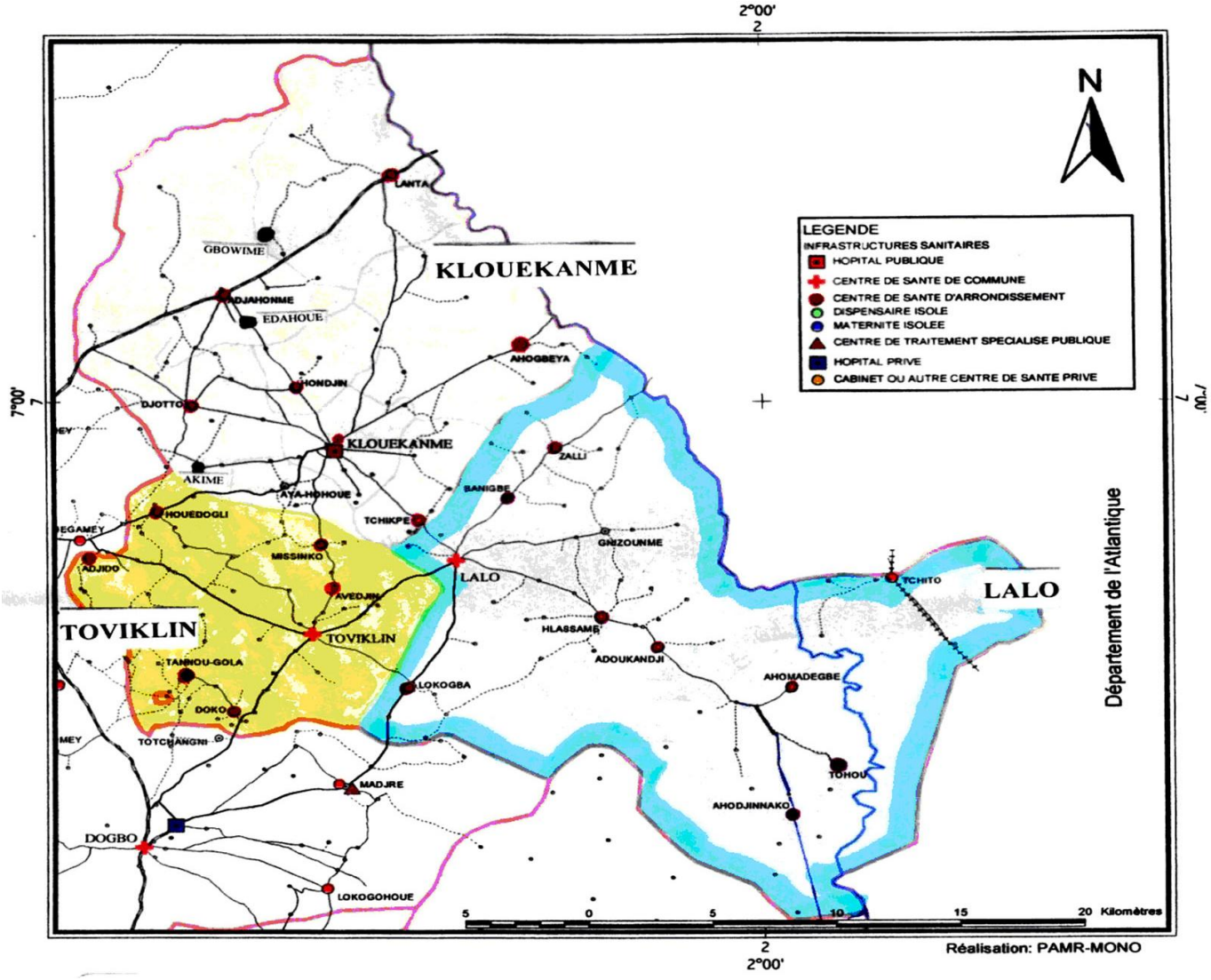


Figure n° 1 : Carte sanitaire de la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo

Dans la Zone sanitaire KTL le paludisme simple constitue la première cause de fréquentation des formations sanitaires ; il est suivi des infections respiratoires aiguës. Le tableau suivant montre les cinq premières affections qui font l'objet de consultation dans cette Zone Sanitaire.

<u>Tableau n° 1</u> : Cinq premières affections dans la Zone Sanitaire KTL

Rang	**Affections**	**Nombre de cas**	**Pourcentage**
1er	Paludisme simple	18 762	42%
2e	IRA	6 163	14%
3e	AGI	4 237	10%
4e	Diarrhées	2 304	5%
5e	Lésions traumatiques	2 174	5%
	TOTAL	**33 640**	**76%**

Source : Statistiques sanitaires Année 2002/Mono-Couffo

<u>Commentaire</u> : Les cinq affections les plus fréquemment rencontrées en consultation dans cette zone sanitaire occupent une proportion de 76% du total des affections en consultation comme l'indique le tableau ci-dessus. L'ensemble des autres affections occupe une proportion de 24%.

Les activités préventives et promotionnelles, notamment le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et la Santé Maternelle et Infantile (SMI) ont occupé une place de choix dans les activités des Formations Sanitaires périphériques. Aussi, a-t-on en 2004, 68,5% de consultations prénatales, 43,8% d'accouchements, 16,9% de consultations postnatales et 35,4% de consultations d'enfants sains de 0-11 mois (Cf. Statistiques sanitaires Année 2002/Mono-Couffo).

Les activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC) centrées sur l'hygiène individuelle et collective, l'approvisionnement en eau

potable, la protection des aliments, l'élimination des ordures et l'évacuation des eaux usées ont été très intenses.

Toutes les formations sanitaires mènent les activités de soins curatifs. L'hôpital de zone constitue à cet effet le premier centre de référence au niveau de la zone sanitaire.

Donc pour lancer les activités à l'hôpital de zone et contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations de la zone sanitaire il a été élaboré le Projet d'Appui à la Zone Sanitaire KTL.

1.2- Objectifs du projet

- ✓ ***Objectif global :***

Améliorer l'état de santé des populations de la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo.

- ✓ ***Objectif spécifique :***

Rendre fonctionnelle la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo.

1.3- Stratégies du projet

Les stratégies proposées dans le document technico-financier (DTF) du projet étaient les suivantes :

- ✓ l'amélioration de la performance des services de santé de première ligne,
- ✓ le lancement de l'hôpital de zone (HZ) et sa transformation en véritable structure de référence,
- ✓ l'amélioration de la prise de décision au sein de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire (EEZS) et des organes de gestion.

Des stratégies plus spécifiquement communautaires étaient également prévues, d'une part pour stimuler l'adoption des comportements préventifs en ce qui concerne le virus d'immunodéficience humaine (VIH), le paludisme et les

maladies hydro-fécales, et d'autre part, pour favoriser l'appropriation de la notion de prépaiement des dépenses de santé par les organisations communautaires.

1.4- Coût total et durée du projet

✓ **Coût total du projet**

Le coût total du projet est de 3.205.694.896 FCFA, financé à hauteur de :

- 1.744.852.549 FCFA (soit 54,43%) par la Belgique et
- 1.460.842.347 FCFA (soit 45,57%) par le Bénin.

✓ **Durée du projet**

Le Projet est prévu pour durer quatre (04) ans. Il a effectivement démarré en mai 2003.

1.5- Résultats attendus du projet

Les résultats attendus du projet sont les suivants :

- la performance des services de première ligne est améliorée,
- l'hôpital de zone et le système de référence et contre référence sont fonctionnels,
- les organes de gestion de la zone sanitaire sont fonctionnels,
- la prise en charge des PVVIH est intégrée au sein de l'HZ,
- l'utilisation des moustiquaires imprégnées par les groupes cibles est améliorée,
- l'utilisation des dépôts d'ordures autorisés et des latrines familiales est améliorée.

II - Etat des lieux

Il comporte deux parties essentielles : l'état des lieux de base ou constats et l'état des lieux relatif au système de référence et de contre référence dans la Zone Sanitaire KTL.

2.1- Etat des lieux de base ou constats

Initialement prévue pour être réalisée en quatre (04) ans, l'exécution du projet avait démarré en mai 2003 et s'était achevée le 31 août 2008, soit une période d'exécution de 5 ans 4 mois.

Grâce au PAZS-KTL, les différents intrants du système sanitaire ont été mis en place : infrastructures, équipements, formations diplômantes. Les sous-systèmes importants tels que la formation continue du personnel (supervision/tutorat), la référence et contre-référence, l'approvisionnement en médicaments essentiels ont permis une amélioration de la qualité des soins dans les services du premier échelon, selon le rapport final du projet.

Un paquet complémentaire d'activités a pu être mis en place au sein de l'hôpital.

2.2- Etat des lieux relatif au volet système de référence et de contre-référence dans la Zone Sanitaire KTL

Dans notre état des lieux nous nous sommes intéressé surtout au volet système de référence et contre référence.

Au début du projet une étude sur la référence et contre-référence a été menée et a révélé que 15% des femmes référées pour les urgences obstétricales ont utilisé comme moyen de transport une ambulance, 85% ont utilisé des moyens propres (vélo, moto, taxi,…). (Rapport d'étude sur la référence et

contre-référence réalisée en Août 2007 par Aguissa M. MAIGA, Sourou GBANGBADE, Charles SOSSA.)

Au cours de l'exécution du PAZS-KTL, l'organisation du système de référence et contre-référence a été revue. Les responsabilités de chaque acteur, les procédures, l'évaluation et l'appui logistique ont été définis et consignés dans un manuel de référence et de contre-référence. Un Médecin a été désigné comme responsable pour assurer l'effectivité de la contre-référence, la consultation des cas référés et la consultation médicale avant la sortie d'un patient. Le Statisticien de la Zone Sanitaire et le Médecin responsable de la contre-référence ont été formés au logiciel Epi Info.

Pour rendre plus performant le système de référence et de contre-référence, le Réseau Aérien de Communication (RAC) a été installé dans tous les centres de santé de la Zone Sanitaire. Une fois le RAC fonctionnel, un protocole d'évaluation du coût de transport des références et de la bonne utilisation du RAC a été mis en œuvre. Il a permis de choisir les stratégies pour rendre effective la gratuité du transport des cas référés et pour corriger les dysfonctionnements de gestion du RAC et des ambulances.

Ainsi sur base d'une évaluation du coût de transport, une dotation en carburant a été faite afin d'assurer la gratuité du transfert des références.

Paragraphe 2 : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique

Le capital humain est un facteur important de développement. C'est pourquoi les nations les plus avancées consacrent assez de ressources pour l'état de santé de leurs citoyens.

Depuis 1960, la situation sanitaire du Bénin est préoccupante, compte tenu du niveau encore critique de certains indicateurs de santé. Pourtant plusieurs programmes et projets ont été identifiés et exécutés en vue d'améliorer la situation. Les partenaires techniques et financiers et l'Etat Béninois ont investi d'importantes ressources financières dans l'exécution de ces projets en vue d'apporter des solutions à la situation.

C'est dans ce cadre que le Gouvernement du Bénin a obtenu un financement du Royaume de Belgique en vue de la mise en œuvre du Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo conformément à la Convention Spécifique signée entre la République du Bénin et le Royaume du Belgique le 6 décembre 2002 et au Dossier Technique et Financier (DTF) dudit projet.

Ce projet, à travers l'axe du système de référence et de contre-référence doit permettre la continuité des soins à l'Hôpital de Zone.

Le rapport de l'étude réalisée sur la référence et contre référence en Août 2007 par l'équipe de Messieurs Aguissa M. MAIGA, Sourou GBANGBADE, Charles SOSSA a montré que :

- pendant la période de Janvier 2006 à Juin 2007, sur quatre cent cinquante quatre (454) femmes reçues pour les urgences obstétricales, 51,5% ont été référées d'un centre de santé périphérique vers l'hôpital contre 48,5% venues d'elles-mêmes (auto référées) ;

- sur les sur deux cent trente quatre (234) femmes référées, seulement 15% des femmes ont utilisé comme moyen de transport une ambulance et les 85% ont utilisé des motos et taxis pour accéder à l'hôpital.

Le rapport de l'évaluation finale du PAZS-KTL a révélé que la mise en place d'un Réseau Aérien de Communication (RAC) a permis de dynamiser le système de référence et de contre référence et a permis l'organisation des soins intensifs, des évacuations et de la permanence des soins.

Les résultats de l'enquête d'opinion au terme du PAZS-KTL réalisée en février 2009 montrent que la population de cette zone sanitaire a très bien apprécié l'installation du RAC et la gratuité de l'ambulance pour la référence des malades des centres de santé périphériques vers l'hôpital de zone.

Deux (02) ans après la clôture du PAZS-KTL, l'on constate que :

- les deux ambulances de la Zone Sanitaire sont amorties et ne sont pas remplacées ;
- les ressources financières sont insuffisantes pour l'approvisionnement régulier en carburation ;
- le RAC ne fonctionne plus dans beaucoup de centres de santé ;
- les fiches de référence et de contre-référence n'existent plus ;
- il n'existe plus de Chirurgien à l'Hôpital de Zone.

Or le système de référence et de contre référence nécessite :

- la disponibilité permanente des prestataires ;
- un système de communication et de transport ;

C'est d'ailleurs pour cette raison que nous nous sommes intéressé à ce volet du système de référence et contre-référence et en avons fait l'objet de notre étude. Cette situation nous amène aux questionnements suivants :

- le système de référence et de contre référence peut-il encore marcher avec toutes ces insuffisances constatées ?
- peut-on encore remédier à ces insuffisances pour pérenniser cet acquis du projet ?

La problématique qui se dégage de tous ces questionnements est celle d'un mauvais fonctionnement du système de référence et contre-référence du PAZS-KTL afin de tirer leçons de ce volet dans le cadre de sa pérennisation.

Section n° 2: Des objectifs de l'étude à la méthodologie adoptée.

Cette section mettra en exergue les objectifs de l'étude et la méthodologique utilisée pour la conduire.

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de littérature

Les principaux objectifs de cette étude se présentent comme suit.

I- Objectifs et hypothèses

1.1- Objectifs de l'étude

a) Objectif général

L'objectif général de cette étude est de contribuer à la réhabilitation du système de référence et contre-référence du PAZS-KTL en vue de sa pérennisation.

b) Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques retenus dans le cadre de notre étude sont :

✓ Analyser les causes de la non durabilité dans le temps du système de référence et de contre référence dans la Zone Sanitaire KTL ;

✓ Analyser l'évolution dans le temps des crédits délégués des différents centres de santé de la Zone Sanitaire.

Pour atteindre ces objectifs, les hypothèses de recherche suivantes ont été formulées.

1.2- Causes et hypothèses liées à la problématique choisie

Le problème général de cette étude réside dans le mauvais fonctionnement du système de référence et de contre référence

Ce problème général a pour principales causes :

a) Causes liées aux problèmes spécifiques :

- Le mauvais fonctionnement du RAC ;
- La réduction des crédits délégués des centres de santé.

Pour ce faire, nous émettons les hypothèses suivantes :

b) Hypothèses de recherche

Hypothèse n° 1 :

Le mauvais fonctionnement du RAC est la cause de la défaillance du système de communication de la référence et de contre référence.

Hypothèse n° 2 :

La réduction des crédits délégués des centres de santé est à la base de l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant.

1.4- Tableau de bord de l'étude

En vue de réaliser cette étude de façon ordonnée, nous proposons le tableau de bord de l'étude.

C'est un tableau qui présente une synthèse des préoccupations de l'étude.

Il se présente comme suit :

<u>Tableau n° 2</u> : Tableau de bord de l'étude

Niveaux d'analyse		**Problématique**	**Objectifs**	**Causes**	**Hypothèses**
Niveau général		(Problème général) La défaillance dans le fonctionnement du système de référence et de contre-référence	(Objectif général) L'objectif général de cette étude est de contribuer à la réhabilitation du système de référence et contre-référence du PAZS-KTL en vue de sa pérennisation.	-	-
Niveaux spécifiques	1	La défaillance du système de communication pour la référence et contre référence	Analyser les causes de la non durabilité dans le temps du système de référence et contre-référence dans la Zone Sanitaire KTL	Le mauvais fonctionnement du RAC	Le mauvais fonctionnement du RAC est la cause de la défaillance du système de communication
	2	L'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant	Analyser l'évolution dans le temps des crédits délégués des différents centres de santé de la zone Sanitaire	La réduction des crédits délégués des contres de santé	La réduction des crédits délégués des centres de santé est à la base de l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant

Source : notre étude

II - Revue de la littérature

Comme dans toute recherche, la revue de littérature nous permet de nous assurer des connaissances acquises sur les problèmes identifiés.

Des rapports d'évaluation à mi-parcours et finale du projet, des revues de performances existent au niveau de la coordination du projet, à la Direction de la Programmation et de la Prospective (D.P.P) du Ministère de la Santé et au siège de la Coopération Technique Belge à Cotonou.

La pérennisation des acquis des projets de développement est un sujet qui intéresse actuellement la plupart des Partenaires Techniques et Financiers et les dirigeants des organisations. Divers aspects de la durabilité des acquis des projets de développement ont été abordés dans des ouvrages généraux, spécialisés, les revues, les cours et mémoires.

Le processus par lequel les programmes prennent forme en terme de choix des moments, des ressources, du budget et du personnel a toujours été une préoccupation majeure dans la conduite du développement à la base

Au Ministère de la Santé, plusieurs projets et programmes financés par des partenaires au développement ont des difficultés à conserver leurs acquis sur plusieurs années après la cessation des activités des projets et programmes. Au même moment, la rareté des ressources extérieures et l'émergence du concept de pérennisation ou de durabilité comme nouveau critère de financement des projets et programmes surtout dans le secteur de la santé, doivent être considérées. Ceci exige alors la prise en compte de cette nouvelle dimension par les développeurs de projets et programmes de santé afin que la santé contribue aussi au développement.

Le Projet de Lutte intégrée contre le Paludisme dans l'Ouémé et le Plateau (ProLIPO) qui est un projet de Africare d'un coût global de 3.327.648 dollars EU, a été mis en œuvre de 1998 à 2005 dans les départements de l'Ouémé et du

Plateau et a servi de cadre pour la recherche sur la problématique de « *la pérennisation des* acquis *des* projets *et programmes de santé mis en œuvre au Bénin par les organisations internationales* ». L'analyse des stratégies adoptées par le projet et les importants acquis obtenus ont amené à conclure qu'en matière de durabilité, tous les résultats d'un projet ne peuvent pas être pérennisés et que pour ceux qu'on peut pérenniser, la mise en œuvre du projet ou programme doit revêtir certains principes clés à savoir :

i) la prise en compte de la question de pérennisation dès le démarrage du projet ou programme ;
ii) la suppression progressive de l'appui extérieur apporté ;
iii) le renforcement des capacités des bénéficiaires ou acteurs impliqués ;
iv) l'identification des possibilités de mobilisation locale des ressources nécessaires à la durabilité escomptée ;
v) l'intégration des approches utilisées ;
vi) l'instauration systématique d'un mécanisme simple de gestion et de suivi ;
vii) l'effectivité de la pérennisation déjà commencée au cours du projet ou programme.

En somme, ces principes clés ne pourront véritablement contribuer à la durabilité et au développement du secteur de la santé que lorsqu'ils sont intégrés sans restriction aux différents plans de projets et programmes avec une volonté conjuguée des Gouvernants, des partenaires au développement et des communautés elles-mêmes.

Paragraphe 2 : Méthodologie de la recherche

Dans ce paragraphe nous allons énoncer l'approche méthodologie adoptée et présenter la grille d'analyse des hypothèses.

I- Approche méthodologique adoptée

L'approche méthodologique de recherche adoptée a consisté :

- en la consultation de documents dans les centres de documentation de la Coopération Technique Belge (C.T.B), de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (E.N.A.M) et au niveau de la coordination du projet ;
- à des discussions avec différents acteurs du projet à Cotonou et à Klouékanmè ;
- à des entretiens avec les différents acteurs du projet qui ont permis de comprendre davantage les difficultés survenues après la clôture du Projet.

Elle est aussi participative et a conduit à définir la population concernée et l'échantillonnage, à utiliser des techniques et outils appropriés pour procéder à la collecte et au traitement des données. Cette méthode de réalisation de la recherche part de l'analyse des hypothèses formulées au processus de traitement des données. Elle comporte les aspects ci-après :

- l'analyse des hypothèses de l'étude ;
- les phases de la préparation de l'étude ;
- le choix des techniques et outils de collecte des données ;
- les phases de réalisation de l'étude ;
- le processus de traitement des données collectées ;
- la stratégie de vérification des hypothèses ;
- les insuffisances méthodologiques.

II- Analyse des hypothèses

La grille matérialisée par le tableau n° 3 donne un aperçu de l'analyse des hypothèses précédemment formulées.

<u>Tableau n°3</u> : Grille d'analyse des hypothèses

Hypothèses	Variables		Indicateurs d'appréciation	Techniques de collectes des données	Outils de collecte	Groupe cible
	Dépendantes (problèmes)	**Indépendantes (causes)**				
Hypothèse 1 Le mauvais fonctionnement du RAC est la cause de la défaillance du système de communication référence	La défaillance du système de communication de la référence		- Le nombre de plaintes des majors ; - Le nombre de personnes rencontrant de problèmes.	- Recherche documentaire - Entretiens libres - Enquêtes	- Guide d'entretien - Questionnaire	- Les Responsables des centres de santé - Le Maintenancier
		Le mauvais fonctionnement du RAC	- Le nombre de plaintes des majors; - Le nombre de personnes rencontrant de problèmes	- Recherche documentaire - Entretiens libres - Enquêtes	- Guide d'entretien - Questionnaire	- Le Maintenancier - Les membres COSA et COGECS - Les responsables des centres de santé
Hypothèse 2 La réduction des crédits délégués des centres de santé est à la base de l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant	L'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant		- Le niveau de ressources - Le niveau d'approvisionnement	- Recherche documentaire - Entretiens libres - Enquêtes	- Guide d'entretien - Questionnaire	- Le Coordonnateur de la ZS-KTL - Le CAR de la ZS-KTL - Le Gestionnaire du carburant du tank
		La réduction des crédits délégués des centres de santé	Le montant affecté aux centres de santé par semestre.	- Entretiens libres -Recherche documentaire	- Guide d'entretien - Questionnaire	- Le CAR de la ZS-KTL - Les responsables des centres de santé

Source : notre étude

Chapitre Premier :

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

Section 1 : Collecte et présentation des données

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte

Dans ce paragraphe, nous allons aborder la collecte de données, les difficultés et les atouts.

I- Phase de préparation de la collecte des données

La phase de préparation de la collecte des données a suivi trois étapes : la recherche préliminaire, le ciblage de la population mère et l'échantillonnage.

1.1- Etape de la recherche préliminaire

La recherche préliminaire concerne les données primaires (entretiens avec la population cible) et les données secondaires (informations recueillies, soit dans la documentation, soit sur support informatique (Internet)). La réalisation de cette étape s'est déroulée de la manière suivante :

Des rencontres avec :

- la coordination du projet ;
- la Coopération Technique Belge ;
- les responsables de la Zone Sanitaire KTL ;
- les responsables des centres de santé de la Zone Sanitaire KTL.

A ces rencontres, des discussions ont porté sur les différents problèmes d'administration et d'organisation liés à ce projet et aux normes et standards en matière de réalisation d'infrastructures sanitaires. Après avoir classé les préoccupations par ordre de priorité, nous avons opéré un choix. Dès lors, des essais de formulation de thème et de problématique ont été réalisés.

1.2- Etape de ciblage de la population mère

Sur la base des nombreuses discussions avec les responsables de la Zone Sanitaire KTL et les bénéficiaires, nous avons pu cibler une population mère d'importance, capable de nous aider à bien cerner les problèmes liés à la mise en œuvre du système de référence et de contre référence du projet.

Cette population est constituée de :

- la coordination du projet ;
- les maintenanciers recrutés pour suivre les travaux du projet;
- les bénéficiaires du projet ;
- les responsables du bureau de la Zone Sanitaire KTL.

1.3- L'échantillonnage raisonné

Compte tenu de l'effectif considérable des individualités des parties prenantes et compte tenu des délais qui nous sont impartis pour la réalisation du mémoire et du niveau d'exhaustivité des données à recueillir, nous nous sommes permis d'entrevoir une difficulté majeure dans la réalisation de nos enquêtes, si nous devrions considérer toutes les parties prenantes dans l'échantillon. En effet, des contraintes de temps et de moyens dans la réalisation de cette recherche ne nous ont pas permis de parcourir toutes les parties prenantes de la zone d'intervention.

Par ailleurs, même s'il est vrai que la taille de notre population mère n'est pas démesurément grande, la précision des résultats à laquelle nous aspirons nous impose de prendre au niveau des CSA le responsable du dispensaire et de laisser la responsable de la maternité.

Le tableau n° 4 donne un aperçu de l'échantillon.

<u>Le tableau n°4</u> : Echantillonnage de la population mère

Catégorie de l'enquêté	**Effectif**		**Mode d'échantillonnage**
	Population mère (PM)	**Effectif prévu (EP)**	
Coordination du projet	02	02	Exhaustif
Maintenanciers du projet	02	02	Exhaustif
Bénéficiaires (2 x 1) pour l'HZ, (2 x 3) pour les CSC, (1 x 23) pour les CSA (3 x 1) pour le BZ	57	34	Raisonné
TOTAL	**61**	**38**	

Source : notre étude

1.4- Le choix des techniques et outils de collecte des données

Le choix des techniques et outils de collecte a consisté à identifier le dispositif de collecte d'informations suffisantes pour tester les hypothèses préalablement formulées.

1.4.1- Les enquêtes par questionnaire

Nous avons réalisé des enquêtes à l'aide de questionnaires conçus comme outils de collecte. Il s'agit de la liste des questions que nous avons préparées et administrées individuellement à la population échantillonnée.

1.4.2- Les entretiens par guide d'entretien

Nous avons interviewé notre population cible sur la base d'une liste de questions. Ces entretiens ont permis d'obtenir des informations utiles au démarrage de la recherche. Le guide d'entretien a été l'un de nos outils de travail. Pour ce faire, un ensemble de questions ouvertes permettant d'orienter l'enquêté dans ses réponses selon le besoin, a été conçu. Il a permis d'écouter les intervenants dans le domaine et de connaître leurs préoccupations.

1.4.3- L'observation directe par guide d'observation

L'observation directe nous a permis d'aller à la découverte du Réseau Aérien de Communication (RAC) dans certains centres. Au cours de cette découverte, nous avons observé, après plusieurs essais que le RAC ne fonctionne pas dans beaucoup de centres.

1.4.4- Phase de réalisation de la collecte des données

Dans le cadre de la réalisation de la collecte des données, des investigations et interrogations ont eu lieu sur les divers sites d'installation du RAC, avec les bénéficiaires et les personnes chargées de son utilisation. Elles nous ont montré aussi que c'est difficilement que la Zone arrive à acheter de gas-oil en réserve pour les références.

Conscient que les réflexions théoriques de certains auteurs contribuent à mieux orienter les recherches, nous avons opté pour cette technique de collecte de données. La recherche documentaire a été un outil très utile à notre étude, surtout dans sa partie théorique.

A cet effet, un certain nombre de documents écrits ont été consultés. Nous avons répertorié ces documents au niveau de la coordination du projet, à la

Coopération Technique Belge, à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM).

Par ailleurs, nous avons eu accès à des documents officiels du projet comme la convention spécifique, le rapport final du projet et surtout ceux relatifs aux évaluations à mi-parcours et finale.

La liste complète des documents consultés, figure dans la bibliographie

1.4.5- Traitement et analyse des données

Après la collecte des données, les résultats et la vérification des hypothèses passent par un processus de traitement des données recueillies. Les informations recherchées devant faire l'objet d'une analyse et d'une vérification qualitative et quantitative, nous avons fait très peu usage de techniques statistiques compte tenu de la taille réduite de l'échantillon de travail. Il s'agit pour notre cas, d'un dépouillement manuel qui a consisté à dénombrer les réponses obtenues à chaque question posée. L'analyse nous a amené à déterminer de la manière la plus objective possible la cohérence entre les réponses. Elle est faite après les calculs des fréquences des réponses. Cet exercice nous a permis d'aboutir aux résultats et graphiques présentés.

1.4.6- Difficultés rencontrées et atouts

• ***Difficultés rencontrées***

La principale difficulté de cette recherche réside dans le peu de temps (3 mois) dont nous avons disposé pour réaliser ce mémoire.

Notre étude aurait pu être enrichie par les contributions actives des personnes ayant occupé un poste de responsabilité et ayant joué un rôle déterminant dans la conception et la mise en œuvre du volet référence et contre référence du projet, comme la Coresponsable du projet chargée de la planification

et de la budgétisation des activités. En effet, il s'agit d'une Assistante Technique belge qui est rentrée en Belgique juste après la clôture du projet.

Aussi faut-il ajouter que le Responsable du projet, le Médecin Coordonnateur de la Zone Sanitaire KTL est affecté à Porto-Novo et n'est plus dans la Zone. Néanmoins nous avons pu le rencontrer à Cotonou.

Enfin, le temps de notre stage correspond au temps de grève des agents de santé surtout les responsables des centres de santé qui utilisent le RAC comme moyen de communication dans le cadre de la référence et de la contre référence.

• ***Atouts***

Comme atouts, notre connaissance de la Zone Sanitaire et notre bonne relation avec certains de ses cadres et personnalités nous ont énormément facilité l'identification des problèmes ainsi que le choix des solutions adéquates pour une gestion efficace de la référence dans la Zone sanitaire KTL.

La plupart de ceux que nous avons questionné sont des maillons incontournables et suffisamment impliqués, soit dans la gestion de ce projet, soit bénéficiaires des extrants du volet référence et contre référence du projet. Ce qui nous permet d'accorder une crédibilité certaine aux données collectées et par conséquent, aux analyses sur lesquelles nous avons fondé nos conclusions.

Quels résultats avons-nous obtenu de l'analyse de la référence et de contre référence de ce projet ?

Le paragraphe suivant nous en donne une large connaissance.

Paragraphe 2 : Présentation des résultats et limites des données

I - Les résultats de l'enquête

Dans ce paragraphe, il s'agit de présenter les résultats de notre recherche puis procéder à l'analyse des données issues de cette recherche.

<u>Tableau n°5</u> : Population enquêtée

Catégorie de l'enquêté	**Effectif**			**Pourcentage**	**Mode d'échantillonnage**
	Population mère (PM)	**Effectif prévu (EP)**	**Effectif Touché (ET)**	**ET/EP**	
Coordination du projet	02	02	01	50 %	Exhaustif
Maintenanciers du projet	02	02	02	100 %	Exhaustif
Bénéficiaires (2x1) pour l'HZ, (2x3) pour les CSC, (1x23) pour les CSA (3x1) pour le BZ	57	34	34	100 %	Raisonné
TOTAL	**61**	**38**	**37**		

Source : notre étude

Les résultats issus de nos enquêtes seront présentés sous forme de tableaux et de graphiques réalisés à cet effet.

Opinion sur le fonctionnement du RAC

<u>Tableau N°6</u> : Répartition des enquêtés selon le fonctionnement du RAC au jour d'aujourd'hui

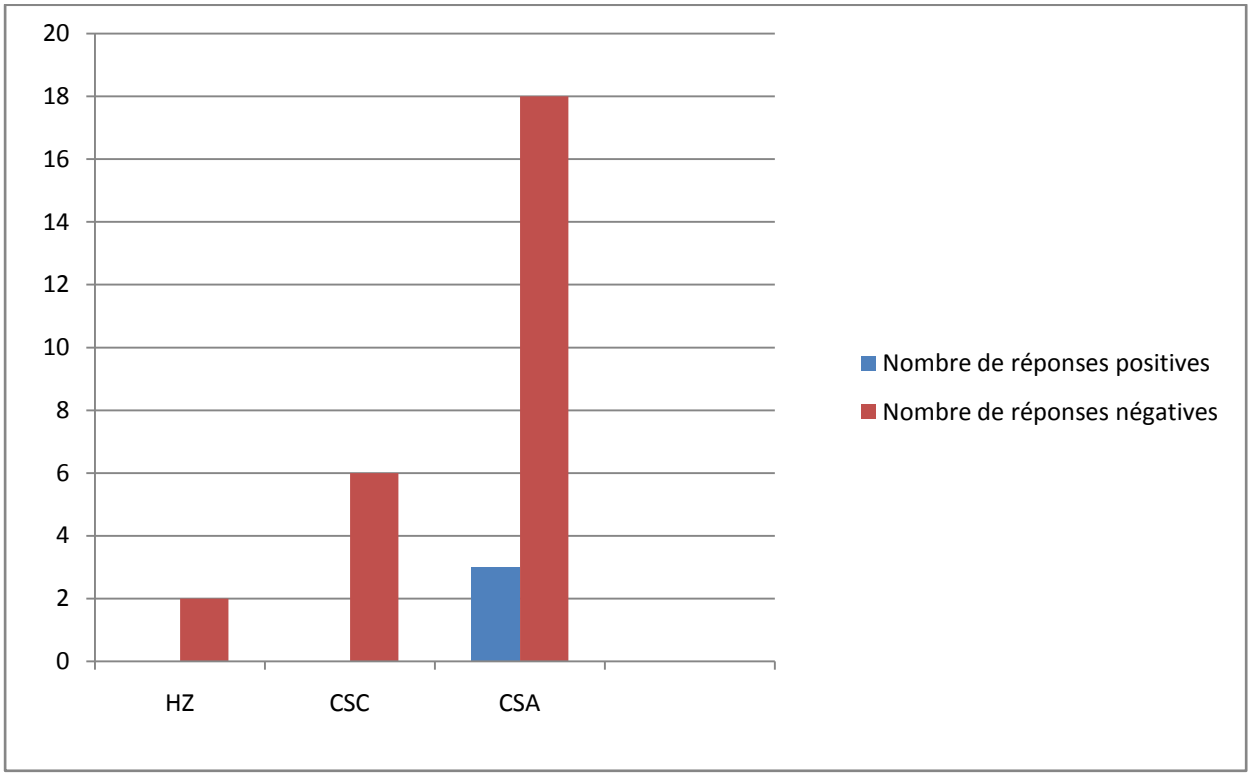
<u>Question posée</u> : Le RAC de votre centre fonctionne-t-il au jour d'aujourd'hui ?

Les réponses obtenues sont consignées dans le tableau ci-dessous.

Centres bénéficiaires	**Nombre de réponses positives**	**Nombre de réponses négatives**	**Nombre total d'enquêtés**
HZ	0	2	**2**
CSC	0	6	**6**
CSA	3	18	**21**

Source : résultats de l'enquête

<u>Commentaire</u> : A la date d'aujourd'hui, le RAC ne marche que dans trois (03) centres de santé. (Voir le graphique ci-dessous)



<u>Graphique n° 1</u> : Répartition des enquêtés selon l'état de fonctionnement du RAC au jour d'aujourd'hui.

<u>Tableau n° 7</u> : Répartition des enquêtés selon l'avis sur la durabilité des équipements du RAC

<u>Question posée</u> : Pendant combien de temps le RAC de votre centre a-t-il fonctionné ?

Les réponses obtenues sont consignées dans le tableau ci-dessous

Centres bénéficiaires	**Nombre**	**Moins d'un an**	**Entre 1 et 2 ans**	**Plus de 2 ans**
HZ	1	0	1	0
CSC	3	1	2	0
CSA	21	4	14	3
TOTAL	**25**	**5**	**17**	**3**

Source : résultats de l'enquête

<u>Commentaire</u> : Dans 17 centres de santé les équipements de ce RAC ont duré 1 à 2 ans alors que dans 5 centres ces équipements ont fonctionné pendant moins d'un an.

<u>Tableau n° 8</u> : Répartition des enquêtés selon l'appréciation par rapport au fonctionnement du RAC

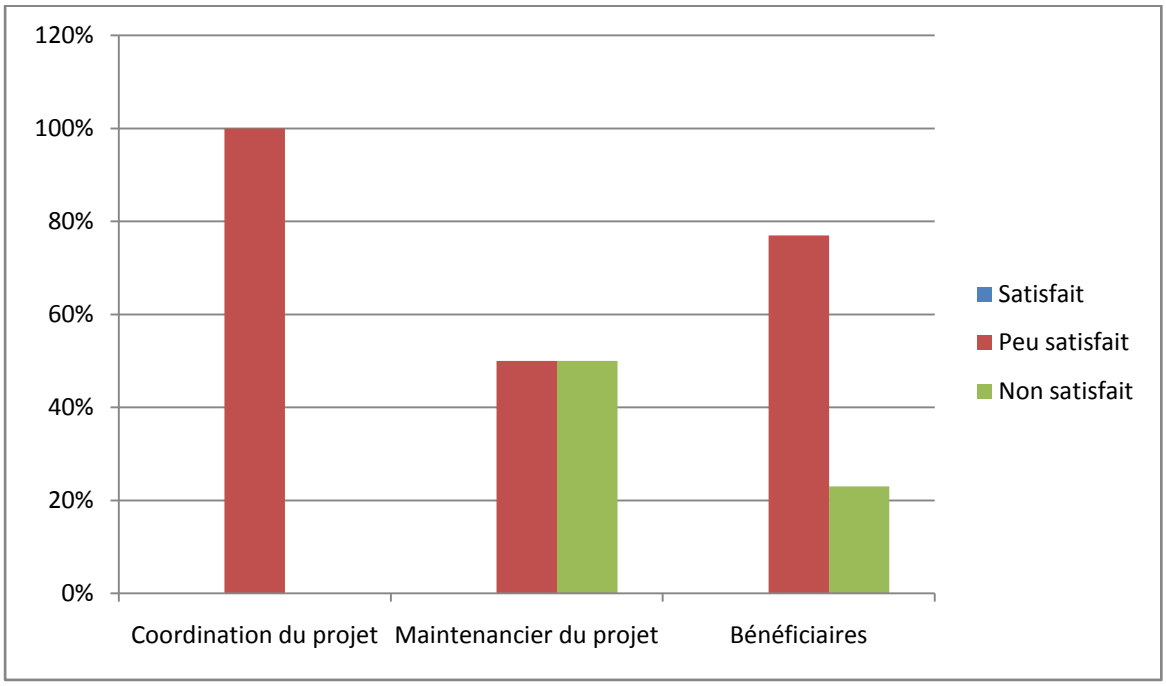
<u>Question posée</u> : Quelle appréciation faites-vous du fonctionnement du RAC ?

(Voie les réponses à cette question dans le tableau suivant)

Catégorie de l'enquêté	**Nombre d'enquêtés**	**Satisfait**	**Peu satisfait**	**Non satisfait**	**TOTAL**
Coordination du Projet	**1**	0 %	100 %	0 %	100 %
Maintenanciers du projet	**2**	0 %	50 %	50 %	100 %
Bénéficiaires	**34**	0 %	77 %	23 %	100 %

Source : résultats de l'enquête

Commentaire : 77% des bénéficiaires, 50% de l'équipe des Maintenanciers et la coordination du projet sont peu satisfaits du fonctionnement du RAC alors que le reste des Maintenanciers et 23% des bénéficiaires ne sont pas du tout satisfaits du fonctionnement du RAC. (Ceci est présenté sur le graphique ci-dessous)



Graphique N° 2 : Répartition des enquêtés selon l'appréciation par rapport au fonctionnement du RAC

Opinion sur le fait que le mauvais fonctionnement du RAC entrave le bon fonctionnement du système de référence et de contre référence.

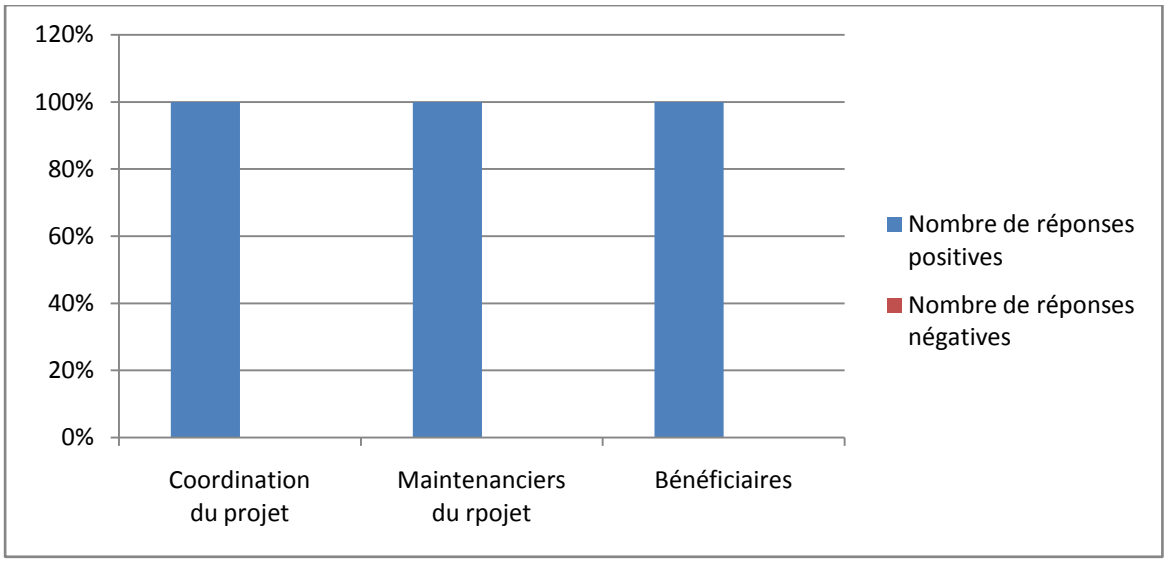
<u>Tableau n° 9</u> : Répartition des enquêtés selon le fonctionnement du système de référence et de contre-référence.

<u>Question posée</u> : Selon vous, le mauvais fonctionnement du RAC entrave-t-il le bon fonctionnement du système de référence et contre référence ?

Catégorie de l'enquêté	Nombre d'enquêtés	Nombre de réponses positives	Pourcentage	Nombre de réponses négatives	Pourcentage
Coordination du Projet	**1**	1	100 %	0	0 %
Maintenanciers du projet	**2**	2	100 %	0	0 %
Bénéficiaires	**34**	34	100 %	0	0 %

Source : résultats de l'enquête

Commentaire : 100% des structures enquêtées reconnaissent que le mauvais fonctionnement du RAC entrave le bon fonctionnement du système de référence et de contre référence du fait de la défaillance du système de communication. (Ceci est présenté sur le graphique ci-dessous)



<u>Graphique n°3</u> : Répartition des enquêtés selon le fonctionnement du système de référence et de contre-référence

Opinion des responsables des centres de santé et de l'hôpital de zone qui participent à l'achat de gas-oil pour avec difficultés.

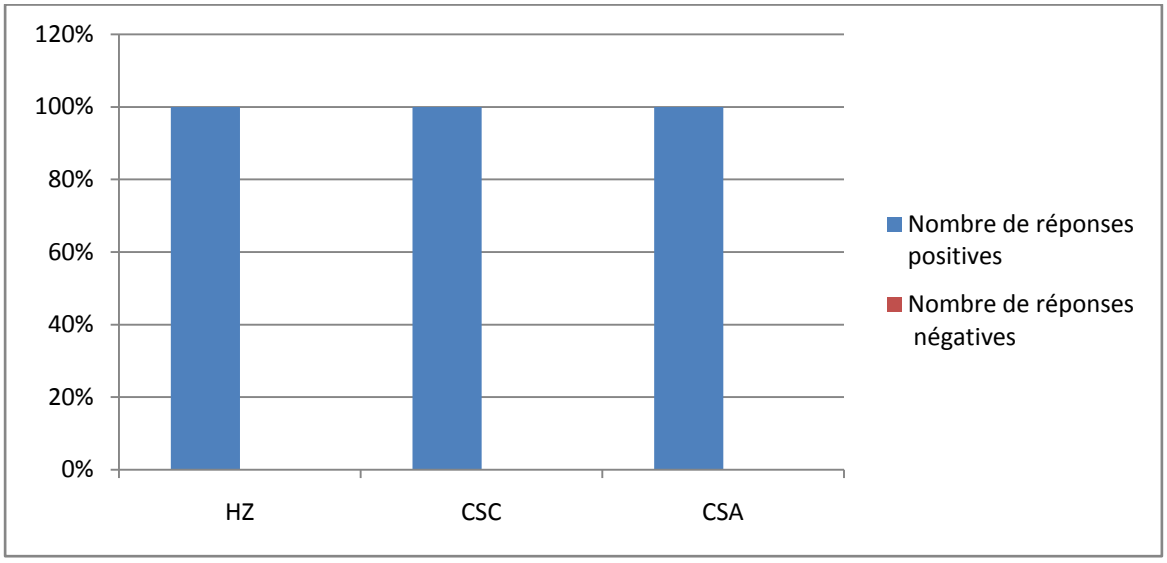
Tableau n°10 : Répartition des enquêtés selon la difficulté d'achat de gas-oil par les centres de santé.

Question posée : Votre centre participe-t-il à l'achat de carburant pour assurer la gratuité de la référence et contre référence ?

Centres bénéficiaires	Nombre de réponses positives	Pourcentage	Nombre de réponses négatives	Pourcentage	Nombre total d'enquêtés
HZ	2	100%	0	0%	**2**
CSC	6	100%	0	0%	**6**
CSA	21	100%	0	0%	**21**

Source : résultats de l'enquête

Commentaire : Tous les centres de santé et l'hôpital de zone participent à l'achat de gas-oil en réserve pour la gratuité de la référence et de contre référence par un prélèvement sur leurs dotations en ticket-valeur, mais eux tous reconnaissent que c'est avec difficultés en 2010 quand l'Etat a considérablement diminué les dotations en ticket-valeur des centres de santé. Les tickets-valeurs qui leur restent ne suffisent pas pour les activités ordinaires. (Voir le graphique ci-dessous)



Graphique n°4 : Répartition des enquêtés selon la difficulté d'achat de gas-oil par les centres de santé.

II - Les Limites de l'étude

L'ancienneté relativement faible de certains responsables de centres de santé qui ne maîtrisent pas très bien le fonctionnement du RAC parce qu'en panne avant leur prise de service constitue une limite pour notre étude.
Mais cette limite n'entache en rien la validité et la fiabilité des résultats qui sont présentés dans le présent document.

Section 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic d'analyse des résultats

Paragraphe 1 : Analyse des données et vérification des hypothèses

I - Vérification de l'hypothèse n°1

<u>Rappel de l'hypothèse n°1</u>

Le mauvais fonctionnement du RAC est la cause de la défaillance du système de communication de la référence et de la contre référence.

Les éléments pertinents d'analyse

- ✓ A la date d'aujourd'hui, le RAC ne fonctionne que dans trois (03) centres de santé dans la Zone Sanitaire KTL. (*voir tableau n° 6*).

- ✓ Dans dix sept (17) centres de santé les équipements de ce RAC ont duré 1 à 2 ans alors que dans 5 centres les équipements ont fonctionné pendant moins d'un an. (*voir tableau n° 7*).

- ✓ 77% des bénéficiaires, 50% de l'équipe des Maintenanciers et la coordination du projet sont peu satisfaits du fonctionnement du RAC alors que le reste des Maintenanciers et 23% des bénéficiaires ne sont pas du tout satisfaits du fonctionnement du RAC. (*voir tableau n° 8*).

- ✓ 100% des structures enquêtées reconnaissent que le mauvais fonctionnement du RAC entrave le bon fonctionnement du système de référence et de contre référence.

- ✓ De nos entretiens avec les responsables des centres de santé et de l'hôpital de zone, il ressort que :
  - les centres de santé périphériques ont de difficulté à joindre les Ambulanciers et le centre de référence qu'est l'hôpital de zone ;
  - le temps de référence devient plus long ;
  - la communication fait défaut parce que le RAC ne fonctionne pas ;
  - les malades ne sont pas référés à temps car le centre qui veut référer cherche à toucher l'Ambulancier par personnes interposées ; ce qui prend énormément de temps.

Conclusion sur le test de l'hypothèse n°1

L'existence et la pertinence de tous les indicateurs d'appréciations ci-dessus recensés permettent alors de confirmer l'hypothèse N°1 de notre étude.

II - Vérification de l'hypothèse n°2

Rappel de l'hypothèse n°2

La réduction des crédits délégués des centres de santé est à la base de l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant.

Eléments d'analyse

- ~ Tous les centres de santé participent à l'achat de gas-oil en réserve pour la gratuité de la référence et de contre référence. (V*oir tableau n° 10*). La Coordination de la zone sanitaire prélève sur chaque dotation de ticket-valeur des centres périphériques et de l'hôpital un certain montant retenu

de commun accord avec ces centres pour l'achat de gas-oil pour assurer la gratuité de la référence et contre référence;

~ En 2010, l'Etat a diminué considérablement la dotation en ticket-valeur de chaque centre. Ceci pose d'énormes difficultés aux centres pour exécuter les activités ordinaires telles que les stratégies avancées de vaccination, l'achat de pétrole pour les réfrigérateurs dans le cadre de la conservation des vaccins, l'éclairage des centres où il n'y a pas de courant électrique ;

~ Des entretiens que nous avons eus avec les responsables du Bureau de la Zone Sanitaire il ressort que les centres de santé éprouvent de réelles difficultés au point où ils n'arrivent plus à donner comme il le faut pour acheter une quantité importante de gas-oil pour assurer la gratuité de la référence dans la Zone Sanitaire.

Conclusion sur le test de l'hypothèse n°2

Au vu des éléments pertinents que nous avons obtenus à partir des questionnaires et des entretiens, nous pouvons dire que l'hypothèse n°2 est confirmée. En effet la réduction des crédits délégués des centres de santé est à la base de l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant.

Paragraphe 2 : Diagnostic établi

Après l'analyse des résultats et la vérification des hypothèses ci-dessus, nous retiendrons les éléments de diagnostic suivants :

I- Elément du diagnostic n° 1

Le mauvais fonctionnement du RAC est la cause de la défaillance du système de communication de la référence et de contre référence.

II- Elément du diagnostic n° 2

La réduction des crédits délégués des centres de santé est à la base de l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant.

Après l'établissement des éléments de diagnostic ci-dessus, nous avons envisagé des approches de solutions et les recommandations.

Chapitre Deuxième :

APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Section n° 1 : Approches de solutions

Plusieurs solutions peuvent contribuer à améliorer le système de référence et de contre référence dans la Zone Sanitaire KTL. Cependant les solutions relatives aux problèmes que nous avons identifiés semblent les mieux indiquées car elles sont issues d'une étude qui a permis de vérifier les hypothèses émises.

Paragraphe 1 : Approches de solutions à la défaillance du système de communication pour la référence et la contre-référence

Le diagnostic dégagé par l'étude du problème de la défaillance du système de communication pour la référence et la contre-référence est le mauvais fonctionnement du RAC.

La communication, dans le système de référence et de contre référence permet de :

- ✓ appeler l'Ambulancier pour venir chercher le patient,
- ✓ référer le patient à temps,
- ✓ alerter l'équipe du centre d'accueil pour une meilleure prise en charge

La résolution de ce problème de communication est alors d'un intérêt indéniable pour la réussite de la référence et de la contre-référence dans la Zone Sanitaire KTL.

De nos investigations, il ressort que toutes les formations sanitaires de la zone sont couvertes par au moins un réseau GSM. Il apparaît alors impérieux de remplacer le RAC par un réseau GSM et chaque formation sanitaire pourra acheter de crédit sur son financement propre. On peut mettre ces portables en réseau comme le système CORPORATE de Moov Bénin pour éviter le gaspillage.

Paragraphe 2 : Approches de solutions à l'insuffisance de ressources financières pour l'approvisionnement régulier en carburant

La disponibilité du gas-oil permet d'assurer la gratuité de la référence comme l'avait initié le PAZS-KTL dans sa phase d'exécution.

Il faut que les formations sanitaires de la Zone continuent de participer à l'achat de carburant par prélèvement de ticket-valeur sur leur dotation en carburant en attendant qu'une solution soit trouvée directement de l'Etat.

D'une manière globale nous avons jugé qu'il faut initier un plan de redressement pour corriger les insuffisances qui entravent le bon fonctionnement du système de référence et de contre référence mis en place par le PAZS-KTL.

<u>Tableau n°11</u> : Plan triennal de redressement du système de référence et de contre référence dans la Zone Sanitaire KTL

N°	Activités	Résultats attendus	Nombre/ Unité	Coût unitaire (millions FCFA)	Montant (millions FCFA)			Coût global	Sources de financement
					2011	2012	2013		
1	Doter la Zone Sanitaire KTL de 3 nouvelles ambulance	**La Gratuité du transport des malades est assurée**	3	25	50	25	0	**75**	- PARZDS - Budget National
2	Acheter du carburant en réserve dans le Tank à raison de 2 fois par an		6	0,6	1,2	1,2	1,2	**3,6**	- CSA, CSC, HZ, Bureau de Zone
3	Octroyer des primes de garde aux Ambulanciers		3	0,36	0,36	0,36	0,36	**1,08**	- Bureau de Zone
	SOUS-TOTAL N°1		**79,68**						
4	Acheter 33 appareils portables + 33 cartes SIM Moov pour toutes les formations sanitaires et les ambulances	**Le système de communication dans le cadre de la référence et contre référence est efficace**	33	0,03	0,99	0	0	**0,99**	A rechercher
5	Payer les frais d'abonnement au système CORPORATE de Moov Bénin par an		3	1,8	1,8	1,8	1,8	**5,4**	A rechercher
	SOUS-TOTAL N°2		**6,39**						
6	Contractualiser un nouveau Chirurgien et un nouveau Gynécologue pour couvrir les week-ends à l'HZ	**La continuité des soins à l'HZ est assurée**	6	4,8	9,6	9,6	9,6	**28,8**	HZ
7	Payer de prime au Chirurgien et au Gynécologue qui existaient à l'HZ		6	0,6	1,2	1,2	1,2	**3,6**	HZ
	SOUS-TOTAL N°3		**32,4**						

8	Réactualiser le manuel de référence conçu par le PAZS-KTL	**La référence et contre référence est mieux gérée dans la Zone Sanitaire KTL**	1	0,15	0,15	0	0	**0,15**	Bureau de Zone
9	Organiser un atelier de validation du manuel de référence réactualisé (impliquer les Majors)		1	0,18	0,18	0	0	**0,18**	Bureau de Zone
10	Payer de prime au comité de gestion de la référence		3	0,6	0,6	0,6	0,6	**1,8**	Bureau de Zone
11	Payer de prime au gestionnaire du tank de gas-oil		3	0,06	0,06	0,06	0,06	**0,18**	Bureau de Zone
12	Evaluer le système		1	0,72	0	0	0,72	**0,72**	
	SOUS-TOTAL N°4		**3,03**						
	TOTAL GENERAL		***121,5***						

Section n° 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions

Les conditions de mise en œuvre des solutions que nous avons envisagées sont ici formulées sous formes de recommandations aux autorités du Ministère de la Santé et aux responsables de la Zone Sanitaire KTL

Paragraphe 1 : Recommandations à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé

Pour vraiment réussir la référence et la contre-référence afin de faciliter la continuité des soins à l'hôpital de zone de Klouékanmè, les autorités du Ministère de la santé doit jouer leur partition.

A ce sujet, elles doivent :

- ✓ prévoir le renouvellement des trois ambulances de la zone sanitaire KTL ;
- ✓ prévoir systématiquement, sur les crédits délégués de la zone une ligne de carburant que l'on pourrait dénommer « carburant pour la référence et la contre-référence » ;
- ✓ pourvoir l'hôpital de zone en ressources humaines compétentes pour une amélioration de la qualité des soins ;
- ✓ réaffecter à l'hôpital de zone de Klouékanmè après sa formation, le Médecin formé en Chirurgie sur le financement du PAZS-KTL.

Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des responsables de la Zone Sanitaire KTL

La référence et la contre-référence ne pourraient devenir une réalité que dans la mesure où tous les agents, à divers niveaux s'intéressent vraiment à la chose. Il revient alors aux responsables de la zone sanitaire de prendre la mesure des choses.

A ce titre, ils doivent :

- ✓ organiser tous les trois (3) mois des séances de sensibilisation sur la référence et la contre-référence,
- ✓ former et recycler tous les (6) mois les chefs postes sur le manuel de référence,
- ✓ motiver suffisamment les agents impliqués dans la référence et la contre référence,
- ✓ poursuivre et approfondir le présent travail, surtout le Plan Triennal de redressement de la référence et de la contre référence proposé pour que son exécution puisse apporter de manière subséquente une contribution à l'amélioration de la référence et contre référence dans la zone sanitaire KTL.

CONCLUSION GENERALE

La référence et la contre-référence, à la clôture du PAZS-KTL étaient une parfaite réussite à travers :

- l'efficacité de la communication basée sur le RAC,
- la disponibilité du carburant pour assurer la gratuité du transport des malades,
- la disponibilité des prestataires,
- l'existence d'un manuel de référence qui définit les responsabilités de chaque acteur, les procédures, l'évaluation et l'appui logistique.

L'évaluation finale du PAZS-KTL et les résultats de l'enquête d'opinion au terme de ce projet révèlent que ce système de référence et de contre référence était bien apprécié par la population et faisait la fierté des responsables au niveau de la Zone Sanitaire.

Deux ans après la clôture du projet, la référence et la contre-référence sont confrontées à un certain nombre de problèmes comme la défaillance du système de communication liée au mauvais fonctionnement du RAC, l'insuffisance de ressources financières pour l'achat de gas-oil pour la gratuité de la référence liée à la réduction des crédits délégués de l'Etat.

C'est ainsi que nous essayé d'identifier quelques solutions à ces problèmes.

C'est dans cette optique et pour corriger les dysfonctionnements constatés afin de rendre plus efficace et plus performant le système de référence et de contre référence dans la Zone Sanitaire KTL que nous avons fait des propositions contenues dans le plan triennal de redressement de la référence et de contre référence dont le coût estimatif est de : **CENT VINGT ET UN MILLIONS CINQ CENT MILLE (121.500.000) Francs CFA.**

Cette étude qui constitue notre modeste contribution à l'amélioration de la référence et de la contre référence dans la Zone Sanitaire KTL mérite d'être

approfondie et mise en application par les acteurs de décision au niveau de la Zone Sanitaire afin qu'elle puisse aboutir à l'amélioration de l'état de santé des populations de cette localité.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux et spécialisés

- ACDI, 1997. Le Cadre Logique : L'orienter vers le succès. Agence Canadienne de Développement International, 17 pages
- Département de l'évaluation des opérations, 1999. Conception de projet : Suivi et évaluation. Banque Mondiale, Leçons & Pratiques Vol 2, No 8, 16 pages.
- Cérutti, O. et Gattino, B., 1992. Indicateurs et tableaux de bord. Collection Gestion Qualité, AFNOR, Paris, 92 pages.
- Commission des Communautés Européennes, 1993 : « ***Gestion du cycle de projet : approche intégrée et cadre logique*** ».
- Voyer, Pierre, 1999. Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance. Presses de l'Université du Québec, 329 pages.

Rapports

- Ministère de la Santé, politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006, Cotonou, 2002.
- Ministère de la Santé, Rapport de performance du secteur santé, année 2003, Cotonou, 2004.
- Convention spécifique entre le Royaume de Belgique et la République du Bénin relative au PAZS-KTL, Cotonou, Décembre 2002
- Rapport atelier bilan et perspectives dans le cadre de l'appui au développement des zones sanitaires par la Coopération bénino-belge, Abomey, Juin 2007
- Rapport de l'évaluation finale du PAZS-KTL, Klouékanmè, Août 2008
- Rapport d'enquête d'opinion au terme du PAZS-KTL

Mémoires

- AKOSSINOU E. (2006), Evaluation sommative du projet d'Electrification des 17 Centres Ruraux, Mémoire de fin de formation au cycle II de L'ENAM,
- AKPAMAGBO C. (2006), Evaluation sommative de la composante réhabilitation des infrastructures sanitaires du projet SANTE II BAD en vue de permettre une exécution optimale des projets au ministère de la sante, Mémoire de fin de formation au cycle II de l'ENAM.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE ADRESSE A LA CELLULE DE GESTION DU PROJET

INTRODUCTION

Bonjour/Bonsoir
Je m'appelle **François BOHOUNTON**, stagiaire à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), Cycle II du Bénin dans la filière Gestion des Projets.
Dans le cadre de l'étude devant couronner la fin de notre formation, nous sommes en train de réaliser une enquête sur les éléments d'appréciations qui peuvent nous aider à mieux cerner le thème : ***Evaluation de l'impact du volet référence et contre référence du Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo (PAZS-KTL)***

Confidentialité et consentement: Cette enquête est anonyme et confidentielle. Nous ne retiendrons ni votre nom ni votre adresse. Personne sauf l'interviewer ou les chercheurs responsables n'aura accès à vos réponses. Vous n'êtes pas obligé de participer si vous ne le voulez pas, et si vous décidez de parler avec moi maintenant, vous pouvez arrêter à tout moment.

Je vous serais reconnaissant de pouvoir m'entretenir avec vous pendant environ 1 heure si vous l'acceptez. Des réponses sincères de votre part nous aideront à mieux comprendre l'impact du volet référence et contre référence du projet et savoir sur quoi nous pouvons porter des améliorations pour une meilleure santé des populations

Puis-je commencer ?

Date :……

I- IDENTITE DE L'ENQUETE

Q101 Nom et Prénoms de l'enquêté : ……

Q102 Qualification : ……

Q103 Fonction/poste occupé : ……

Q104 Responsabilité dans le Projet : ……

II- CONNAISSANCE DU PROJET

Q201 Quelle est la date de démarrage du projet ?

Selon la CS : …….

Effective : ……..

Q202 Quelle est la date de clôture du projet ?

Selon la CS : …….

Effective : ……..

Q203 Quel est le coût total du projet ?

Contribution belge :……

Contribution béninoise :…….

Q204 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 ☐

Q205 Le projet a-t-il connu une phase de prolongation ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, quelle est la raison fondamentale ?……..……

……

……

……

III- FONCTIONNEMENT DU RESEAU AERIEN DE COMMUNICATION

Q301 Que pensez-vous de la durabilité des équipements du RAC ?

Efficace ☐ Peu efficace ☐ Non efficace ☐

Q302 Quelle appréciation faites-vous du fonctionnement du RAC ?

Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Non satisfait ☐

Q303 Selon vous, le mauvais fonctionnement du RAC entrave-t-il le bon fonctionnement du système de référence et de contre référence ?

Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre réponse

……
……
……
……

Q304 Pensez-vous qu'un bon entretien sur le RAC peut permettre son bon fonctionnement ?

Oui ☐ Non ☐

Q305 Existe-t-il un programme d'entretien du RAC de façon périodique ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, comment appréciez-vous la périodicité ?

Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante ☐ Non satisfaisante ☐

Q306 Existe-t-il des initiatives mises en place après la clôture du projet pour pérenniser le système de référence et de contre référence ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, lesquelles ?

……
……
……
……
……

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX BEBEFICIAIRES

INTRODUCTION

Bonjour/Bonsoir
Je m'appelle **François BOHOUNTON**, stagiaire à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), Cycle II du Bénin dans la filière Gestion de Projets.
Dans le cadre de l'étude devant couronner la fin de notre formation, nous sommes en train de réaliser une enquête sur les éléments d'appréciations qui peuvent nous aider à mieux cerner le thème : ***Evaluation de l'impact du volet référence et contre référence du Projet d'Appui à la Zone Sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo (PAZS-KTL)***

Confidentialité et consentement: Cette enquête est anonyme et confidentielle. Nous ne retiendrons ni votre nom ni votre adresse. Personne sauf l'interviewer ou les chercheurs responsables n'aura accès à vos réponses. Vous n'êtes pas obligé de participer si vous ne le voulez pas, et si vous décidez de parler avec moi maintenant, vous pouvez arrêter à tout moment.

Je vous serais reconnaissant de pouvoir m'entretenir avec vous pendant environ 1 heure si vous l'acceptez. Des réponses sincères de votre part nous aideront à mieux comprendre l'impact du volet référence et contre référence du projet et savoir sur quoi nous pouvons porter des améliorations pour une meilleure santé des populations

Puis-je commencer ?

Date :……

I- IDENTITE DE L'ENQUETE

Q101 Nom et Prénoms de l'enquêté : ……

Q102 Qualification : …….

Q103 Fonction/poste occupé : ……..

Q104 Responsabilité dans le Projet : ……

II- FONCTIONNEMENT DU RESEAU AERIEN DE COMMUNICATION

Q201 Le RAC de votre centre fonctionne-t-il au jour d'aujourd'hui ?

Oui ☐ Non ☐

Si non pendant combien de temps a-t-il fonctionné ?

- Moins d'un an ☐
- Entre 1 et 2 ans ☐
- Plus de 2ans ☐

Q202 Que pensez-vous de la durabilité des équipements du RAC ?

Efficace ☐ Peu efficace ☐ Non efficace ☐

Q203 Quelle appréciation faites-vous du fonctionnement du RAC ?

Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Non satisfait ☐

Q204 Selon vous, le mauvais fonctionnement du RAC entrave-t-il le bon fonctionnement du système de référence et de contre référence ?

Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre réponse

……
……
……
……

Q205 Pensez-vous qu'un bon entretien sur le RAC peut permettre son bon fonctionnement ?

Oui ☐ Non ☐

Q206 Existe-t-il un programme d'entretien du RAC de façon périodique ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, comment appréciez-vous la périodicité ?

Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante ☐ Non satisfaisante ☐

Q207 Existe-t-il des initiatives mises en place après la clôture du projet pour pérenniser le système de référence et de contre référence ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, lesquelles ? ……
……
……
……
……

Q208 Pensez-vous qu'un réseau GSM peut remplacer le RAC pour la communication dans le cadre du système de référence et de contre référence ?

Oui ☐ Non ☐

Q209 Quels sont les réseaux GSM qui marchent très bien dans votre centre de santé ?

Libercom ☐ Moov ☐ MTN ☐ BBCom ☐ Glo ☐

III- CARBURANT POUR LA GRATUITE DE LA REFERENCE

Q301 Votre centre participe-t-il à l'achat de carburant pour assurer la gratuité de la référence ?

Oui ☐ Non ☐

Si OUI, comment ?

Par un montant payé sur financement communautaire ☐

Par un prélèvement fait sur les tickets valeurs ☐

Autres (préciser) ……

Q302 La réduction des crédits délégués par l'Etat vous permet-il de participer en donnant de tickets valeurs sans difficultés ?

Oui ☐ Non ☐

Si non que proposeriez-vous ?……

……

……

……

……

Cadre logique du PAZS-KTL

OBJECTIF GLOBAL			
Améliorer l'état de santé des populations de la zone sanitaire de Klouékanmé-Toviklin-Lalo			
OBJECTIF SPECIFIQUE	**INDICATEURS**	**SOURCES DE VERIFICATION**	**SUPPOSITIONS**
Rendre fonctionnel la zone sanitaire de Klouékanme-Toviklin-Lalo	Diminution du besoin obstétrical non couvert par la zone sanitaire de 100% à 40%	Registres du bloc opératoire de l'hôpital de zone de KTL	
RESULTATS			
RI.1 L'utilisation des soins curatifs du premier échelon s'est améliorée	Augmentation du taux d'utilisation des soins curatifs de 17% à 34%	Rapports statistiques	Que la fermeture des cabinets de soins tenus par des personnels non qualifiés soient soutenue Que les pistes de la zone du Tchi soient aménagées Que l'Etat continue et systématise son appui à la prise en charge des indigents.. .
	Réduction de la recette moyenne par épisode de maladie	Rapport statistique et financier	
	Augmentation du taux de couverture de la consultation des enfants sains de 4% à 10%	Rapports statistiques	
	Augmentation du taux de prévalence de la planification familiale de 1,8% à 2,5%	Rapports statistiques	
	Maintien de la couverture vaccinale DTC3 à 80% ou plus	Rapports statistiques	
RI.2 L'hôpital de Zone est fonctionnel	Doublement du taux d'admission hospitalière entre 2003 et 2006	Rapports statistiques	Que le personnel qualifié soit affecté pour l'hôpital de zone
	Maîtrise de la recette moyenne par admission (recette total hôpital/ nombre hospitalisations) à 25.000 FCFA	Rapport statistique et financier	
	Réduction de 50% du délai entre l'enregistrement de la demande d'évacuation d'une femme enceinte et la naissance de l'enfant.	Cahier RAC et partogramme	
RI.2 Les organes de la Zone Sanitaire sont fonctionnels.	Existence d'une autonomie de gestion effective en matière de : (i) personnel, (ii) crédits délégués.	Titres d'affectation du personnel Bons de caisse des CD	Que le médecin-chef de CSSP soit dégagé formellement de l'administration sanitaire de la sous-préfecture Que le personnel de l'EEZS soient maintenu pour une période

	Augmentation de la réalisation du budget annuel de l'EEZS à 90 %	Rapport annuel d'activités	de deux ans, renouvelable Qu'un programme de formation continue élaboré par l'EEZS soit respecté par la DDSP et le MSP Que le MCZS respectivement le DH soit l'administrateur des crédits délégués qui concernent l'EEZS, les CSSP et les CCS respectivement de l'HZ et gestionnaire du personnel de la zone sanitaire
La collaboration intersectorielle et le partenariat avec le privé en matière de mutualisme, d'hygiène, des IST/SIDA et de Paludisme est effective.	Evolution significative des indicateurs CAP en IST-SIDA	Rapport étude CAP	
	Evolution significative des indicateurs CAP en matière de moustiquaires imprégnées	Rapport étude CAP	
	Diminution de 50% des dépôts d'ordures non autorisés de la zone sanitaire.	Inventaire avant après des dépôts d'ordures non autorisés	
	Nombre de latrines familiales co-financées sur nombre prévu (150)	rapport des réalisations	
	Nombre d'adhérents des systèmes de pré-paiement	Rapports agents CPS et CARDER	
		CONDITIONS PREALABLES	néant

TABLE DES MATIERES

IDENTICICATION DU JURY……ii
SIGLES ET ABREVIATIONS……vi
LISTE DES TABLEAUX……..vii
LISTE DES FIGURES……..viii
LISTE DES GRAPHIQUES……..viii
RESUME……ix
SOMMAIRE…….…..xi
GLOSSAIRE DE L'ETUDE…….xiii
INTRODUCTION GENERALE……...1
CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE ……..5
Section 1 : Restitution des observations de stage et ciblage de la problématique ……6
Paragraphe 1 : Description du projet et état des lieux ……..6
I- Description du projet……..6
1.1- Contexte et justification du projet…….6
1.2- Objectifs du projet……10
1.3- Stratégies du projet……..10
1.4- Coût total et durée du projet…….11
1.5- Résultats attendus du projet…….11
II- Etat des lieux……12
2.1- Etat des lieux de base ou constat…….12
2.2- Etat des lieux relatif au volet du système de référence et de contre référence……12
Paragraphe 2 : Ciblage et spécification de la problématique ……..14
Section 2 : Des objectifs de l'étude à la méthodologie adoptée ……..16
Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude..16

I- Objectifs et hypothèses……..16
1.1- Objectif général…….16
1.2- Objectifs spécifiques…….16
1.3- Causes et hypothèses liées à la problématique choisie……17
1.4- Tableau de bord…….18
II- Revue de littérature……20
Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche..……22
I- Approche méthodologique adoptée…..22
II- Analyse des hypothèses……23

CHAPITRE PREMIER : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES ……...25

Section 1: Collecte et présentation des données ……26
Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de la collecte…….....26
I- Phase de la préparation de la collecte des données…….26
1.1- Etape de la recherche préliminaire….26
1.2- Etape de ciblage de la population mère…….27
1.3- Echantillonnage raisonné……27
1.4- Choix des techniques et outils de collecte des données……..28
Paragraphe 2 : Présentation et limites des données ……..32
I- Les résultats de l'enquête……..32
II- Les limites de l'étude……38
Section 2: Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic …….38
Paragraphe 1 : Analyse des données et vérification des

hypothèses……38
I- Vérification de l'hypothèse n° 1……38
II- Vérification de l'hypothèse n° 2……39

Paragraphe 2 : Diagnostic établi ……..41
I- Elément de diagnostic n° 1……..41
II- Elément de diagnostic n° 2……..41

CHAPITRE DEUXIEME : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE……42

Section 1 : Approches de solutions ……43

Paragraphe 1 : Approches de solutions à la défaillance du système de communication ……43

Paragraphe 2 : Approches de solutions à l'insuffisance des ressources financières pour l'approvisionnement régulier en gas-oil ……44

Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions ……..47

Paragraphe 1 : Recommandations à l'endroit du Ministère de la Santé Publique ……..47

Paragraphe 2 : Recommandations à l'endroit des Responsables de la Zone Sanitaire K.T.L …….....47

CONCLUSION GENERALE …….49

BIBLIOGRAPHIE …….....52

ANNEXES …….....55

TABLE DES MATIERES …….....64