



REPUBLIQUE DU BENIN

\*\*\*\*\*

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*



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

OPTION :  
**MANAGEMENT**

FILIERE :  
**GESTION DES PROJETS**

ANNEE ACADEMIQUE  
**2008-2010**



## **RENDEMENT DES AGENTS DES CENTRES DE SANTÉ DANS L'OUÈME ET LE PLATEAU : ANALYSE ET APPROCHES D'AMÉLIORATION**

Réalisé et soutenu par :  
**Symphice G. HOUNDJO**

Sous la direction de :

Maître de stage :  
**Thierry O. LAWALE**  
*Médecin, MPH*

Maître de mémoire :  
**Parfait AGBLONON**  
*Enseignant à l'ENAM*

Mars 2011

## IDENTIFICATION DU JURY

**PRESIDENT** : *William COMLAN*

**VICE PRESIDENT** : *Yves CHIDIKOFAN*

Note : 16/20

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

## DEDICACE

A ma mère **Philomène LANDALIDJI**,

mon père **Boniface HOUNDJO**,

mes beaux parents **Augustin HOVEMEHOU** et **Victorine ODJO**,

mon épouse **Christine Mahoutin HOVEMEHOU**,

mes enfants **Ruth-Iriane, Charbel, Rosemonde et Joseph-Peace**.

Ce mémoire vous est dédié, fruit de vos sacrifices et de vos soutiens matériels, moraux et spirituels au cours de ma formation.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce aux concours de plusieurs personnes qu'il convient de remercier.

Nous exprimons notre profonde gratitude à Dr Thierry O. LAWALE et Monsieur Parfait AGBLONON qui ont accepté de nous guider dans le processus de rédaction de ce mémoire.

L'expression de notre considération est à l'endroit des membres du jury qui ont consacré une partie de leur temps pour apprécier et aider à peaufiner notre travail.

Nos remerciements vont à l'endroit du Dr Hubert A. DEDJAN, Directeur départemental de la santé de l'Ouémé/Plateau et ses collaborateurs pour les facilités à nous accordées durant notre stage.

Nous remercions sincèrement les médecins coordonnateurs de zones sanitaires, les médecins chefs de communes et tous les agents des centres de santé pour leur contribution à la réalisation de ce mémoire.

Nous ne saurions oublier Dr Ibrahima SEIDOU, Dr Victor NOUNAGNON, Dr Richard H. C. ABADA, Dr Joseph ZINSOU, Dr Faustin ONIKPO et Monsieur Razaki SALAMI pour leur soutien et les fructueux échanges.

Notre reconnaissance est exprimée à tous les enseignants qui ont partagé avec nous leur savoir et savoir faire durant les deux années de formation au cycle II de l'ENAM.

Pour les moments de solidarité que nous avons passés ensemble, nous remercions les collègues de la promotion 2008-2010 de la filière gestion des projets.

L'expression de notre reconnaissance va à Angelo SAGBO, Marius TOÏ, Charmine GANKPA et Lucienne S. TANDJIEKPON pour leur soutien.

Nos sentiments de gratitude sont exprimés en particulier à Mesdames Constance KIKI, Sabine HAZOUME et Monsieur Dominique VIEYRA pour la cordialité dans la collaboration pendant près d'une décennie.

Aux frères et sœurs HOUNDJO et à Augustin DJOSSOU, nous disons un sincère merci pour la solidarité.

## LISTE DES SIGLES & ABREVIATIONS

AAA	: Adjarra Avrankou Akpromisséré
ABD	: Adjohoun - Bonou – Dangbo
APE	: Agent Permanent de l'Etat
ATS	: Agent Technique de la Statistique
CA	: Conseil d'Administration
CE	: Contractuel de l'Etat
CG	: Conseil de Gestion
CAR	: Chargé de l'Administration et des Ressources
CDEEP	: Comité Départemental d'Exécution et d'Evaluation des Projets
CHD-OP	: Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé/Plateau
CHPP	: Centre Hospitalier de Pneumo Phtisiologie
CIPEC	: Centre d'Information de Prospective et de Conseil
CODIR	: Comité de Direction
COGECS	: Comité de Gestion de Centres de Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CS	: Centre de Santé
DDS-OP	: Direction Départementale de la Santé de l'Ouémé et du Plateau
EEZS	: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FC	: Financement Communautaire
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
GATPA	: Gestion Active de la Troisième Phase (Période) de l'Accouchement
GF	: Groupement féminin
IM	: Intra Musculaire
HZ	: Hôpital de Zone
MCC	: Médecin Chef de Commune
MCZS	: Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MS	: Ministère de la Santé
N°	: Numéro
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PAK	: Pobè Adja-Ouèrè Kétou
PAS	: Porto-Novo Aguégoués Sèmè-Podji
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	: Prise en Charge
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PISAF	: Programme Intégré de Santé Familiale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMI	: Promotion des Moustiquaires Imprégnées
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PNT	: Programme National de lutte contre la Tuberculose
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PvVIH	: Personne Vivant avec le VIH

---

RC	: Relais communautaires
SA	: Secrétariat Administratif
SAKIF	: Sakété Ifangni
SDTS	: Service Départemental de Transfusion Sanguine
SEPS	: Service des Etudes de la Planification et du Suivi
SHAB	: Service de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIEM	: Service des Infrastructures Equipement et Maintenance
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SPPS	: Service de la Protection et de la Promotion Sanitaires
SRH	: Service des Ressources Humaines
SRFM	: Service des Ressources Financière et du Matériel
SSF	: Service de Santé Familiale
SSIO	: Service des Soins Infirmiers et Obstétricaux
TNP	: Technique de la Naissance Précédente
Unicef	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	: Vaccin Anti Amaril
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	: Vaccin Antitétanique
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone Sanitaire

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- Tableau I** : Taux de respect des directives selon les tâches en SMI
- Tableau II** : Ecart entre recettes déclarées et recettes attendues des CS de PAK de 2006 à 2009
- Tableau III** : Comparaison des recettes déclarées à celles calculées pour l'ensemble des CS en 2007
- Tableau IV** : Taux de conformité des CS aux normes en équipements
- Tableau V** : Proportion de CS selon le nombre de supervisions reçues en 2003 et selon la provenance des superviseurs
- Tableau VI** : Nombre de MCZS selon le taux d'exécution des activités de supervision en 2007-2008 et suivant les domaines d'activités
- Tableau VII** : Forces Faiblesses Opportunités et Menaces
- Tableau VIII** : Regroupement des problèmes spécifiques par problématique
- Tableau IX** : Tableau de bord de l'étude
- Tableau X** : Echantillon des acteurs enquêtés
- Tableau XI** : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de l'intérêt motivationnel des tâches
- Tableau XII** : Distribution des enquêtés selon leur appréciation de l'ambiance de travail
- Tableau XIII** : Distribution des enquêtés selon leur appréciation du travail des dirigeants
- Tableau XIV** : Distribution des enquêtés selon leur appréciation du traitement des agents
- Tableau XV** : Fréquence des facteurs de baisse du rendement selon les autorités sanitaires
- Tableau XVI** : Fréquence des causes de l'irrégularité des supervisions selon les autorités sanitaires
- Tableau XVII** : Proportion des agents de santé selon les techniques de gestion connues
- Tableau XVIII** : Analogie entre nos résultats et les causes de démotivation indiquées par Rosemary McMahon.
- Tableau XIX** : Récapitulatif des approches de solution
- Figure n° 1** : Organigramme de la DDS-OP
- Figure n°2** : Schéma simplifié du système de santé dans l'Ouémé/Plateau
- Figure n°3** : Evolution du taux de couverture des enfants de 1 an en vaccin anti rougeole de 2005 à 2009
- Figure n°4** : Evolution du taux de couverture des femmes en VAT de 2005 à 2009
- Figure n°5** : Evolution du taux de CPN de 2005 à 2009
- Figure n°6** : Evolution du taux d'accouchements assistés de 2005 à 2009
- Figure n°7** : Schéma du cycle de gestion du rendement
- Figure n°8** : Schéma des composantes de l'Assurance Qualité
- Figure n°9** : Variables influençant le rendement des agents selon Bellehumeur
- Figure n°10** : Schéma du diagnostic établi à travers notre étude

---

## RESUME

La problématique du faible rendement des agents des centres de santé des départements de l'Ouémé et du Plateau a retenu notre attention dans le cadre des travaux de recherche devant marquer la fin de notre formation au cycle II de l'ENAM en gestion des projets.

L'exploitation des rapports de supervision et d'évaluation des activités des centres de santé nous a permis de nous rendre compte du relâchement de certaines activités dans les centres, de l'irrégularité des supervisions et de l'inexistence d'une bonne coordination des tâches dans les centres de santé.

Pour contribuer à améliorer la situation, nous avons retenu d'analyser les déterminants du faible rendement des agents dans les centres de santé, unités opérationnelles du système de santé. Nous avons apporté trois réponses anticipées à cette problématique : (1) la démotivation des agents est à la base du relâchement des activités dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau, (2) le dysfonctionnement des Equipes d'Encadrement de Zones Sanitaires (EEZS) engendre l'irrégularité de la supervision des agents, (3) l'insuffisance de connaissance en gestion des agents explique l'inexistence d'une bonne coordination des activités dans les centres de santé.

La vérification de ces hypothèses s'est faite à travers une enquête qualitative et la revue documentaire. L'enquête a porté sur un échantillon d'acteurs composé des agents des centres de santé et des autorités sanitaires.

Il ressort de la vérification des hypothèses, que : la démotivation des agents, l'irrégularité de la supervision et l'inexistence d'une bonne

coordination des activités sont les principales causes du faible rendement des agents. Les facteurs de démotivation des agents sont l’inéquité dans le traitement des ressources humaines, le manque de vocation, la non reconnaissance du travail bien fait, l’insuffisance des moyens de travail et la qualité du leadership. Le dysfonctionnement des EEZS et le manque de cohésion entre les textes régissant les zones sanitaires induisent l’irrégularité de la supervision. L’inexistence d’une bonne coordination des activités dans les centres de santé est essentiellement due à l’insuffisance de connaissance des agents en gestion.

Il convient de mettre en place un mécanisme de gestion du rendement des agents dans les centres de santé, de renforcer les EEZS et de former les agents de santé en management.

Cette étude permet d’apprécier les opinions des agents et des autorités sanitaires sur les causes de la contre productivité dans les centres de santé de l’Ouémé et du Plateau et soulève deux questions essentielles : (1) est-il opportun et efficace de maintenir les Médecins Chefs de Communes (MCC) dans le système “zone sanitaire” ? (2) quelle place donner aux techniques de management dans les programmes des écoles de formation des professionnels de la santé au Bénin ?

Il convient d’engager les réflexions sur ces aspects pour y apporter les réponses appropriées afin de rendre performant le système de santé.

# SOMMAIRE

Introduction

**Chapitre 1** Cadre institutionnel de l'étude, observations de stage et ciblage de la problématique

**Section 1** Cadre physique de l'étude et observations de stage

**Paragraphe 1** Présentation de la DDS-Ouémé/Plateau et de l'organisation des établissements de soins de santé

**Paragraphe 2** Etat des lieux sur les prestations des centres de santé

**Section 2** Ciblage de la problématique

**Paragraphe 1** Choix et spécification de la problématique

**Paragraphe 2** Vision globale de résolution de la problématique

**Chapitre 2** Du cadre théorique de l'étude aux conditions de mise en œuvre des solutions

**Section 1** Cadre théorique et méthodologique de l'étude

**Paragraphe 1** Des objectifs de l'étude à la revue de littérature

**Paragraphe 2** Méthodologie

**Section 2** Des enquêtes de vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions

**Paragraphe 1** Enquêtes et vérification des hypothèses

**Paragraphe 2** Approches de solution et conditions de mise en œuvre

Conclusion

Références bibliographiques

Annexes

## INTRODUCTION

Dans le système de santé, les activités de soins de santé primaires sont dévolues aux centres de santé. Elles sont regroupées dans un ensemble appelé Paquet Minimum d'Activités (PMA). La mise en œuvre de ce paquet est fondée sur la participation communautaire, la collaboration intersectorielle et l'accessibilité technologique et géographique dans un contexte d'équité et de justice sociale.

Ces activités sont mises en œuvre de façon intégrée au niveau des centres de santé. Ces derniers constituent le centre de l'action sanitaire en matière de soins curatifs, préventifs et promotionnels. Ils sont mis en réseaux (zones sanitaires) depuis plus d'une décennie au Bénin, lesquels réseaux sont appuyés par des hôpitaux afin de rapprocher certains services spécialisés des administrés.

La mise en œuvre de ce paquet d'activités a connu des succès dans le passé, notamment en 1996, avec le prix Alfred QUENUM obtenu de l'OMS en récompense à la bonne performance présentée par le Bénin en vaccination. Les actions se poursuivent pour consolider les acquis et le nouveau défi reste que le système permette d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015.

Pour cela, les autorités sanitaires renforcent davantage les zones sanitaires à travers la responsabilisation, le transfert des ressources financières, la dotation en matériel roulant, le recrutement des agents au profit des centres de santé, etc.

Interface entre les populations et l'administration sanitaire, les centres de santé constituent les sites préférés d'intervention des partenaires au développement et des Organisations non

gouvernementales. Dans l'Ouémé et le Plateau, l'appui financier direct aux zones sanitaires vient de différents partenaires à savoir l'Unicef-Bénin, la Fondation entreprise Glaxosmithkline, l'USAID à travers le PISAF, l'UNFPA (FNUAP), la Banque Mondiale. L'Etat béninois alloue les crédits du Budget national aux centres de santé pour leur fonctionnement.

Au fil des jours, l'évolution des indicateurs sanitaires n'est pas de nature à garantir l'atteinte du niveau fixé dans le cadre des OMD. Même dans le domaine de la vaccination où de bons résultats ont été enregistrés dans un passé récent, la performance des centres de santé de l'Ouémé/Plateau est mitigée. Les nombreuses campagnes de rattrapage des cibles ne permettent pas encore de corriger le tir.

A l'analyse, il apparaît un faible rendement des agents dans les centres de santé. Des tâches sont inexécutées même lorsque les ressources existent. Cela paraît paradoxal qu'au fur et à mesure que les ressources sont mobilisées pour renforcer les capacités d'intervention des centres de santé périphériques, l'Ouémé/Plateau soit dernier dans l'ensemble des départements du Bénin à la revue du Programme Elargi de Vaccination (PEV) en 2008 par exemple.

Il convient d'engager les réflexions afin d'identifier les facteurs explicatifs du rendement insatisfaisant des agents si l'on ne veut pas hypothéquer l'efficacité et l'efficience du système de santé dans ces deux départements.

Pour y contribuer, nous avons retenu de réaliser les travaux de recherche dans le cadre de notre mémoire de fin de formation, autour de la problématique du faible rendement des agents dans les centres de santé de l'Ouémé/Plateau. Le thème est alors ainsi formulé : «Rendement

---

des agents des centres de santé de l'Ouémé et du Plateau : analyse et approches d'amélioration.»

Le présent mémoire retrace les résultats de nos travaux en deux chapitres. Dans le premier, figurent les divers problèmes identifiés suite aux observations faites sur le fonctionnement des centres de santé de l'Ouémé/Plateau et les raisons qui motivent le choix de la problématique retenue. Le second présente le cadre théorique, la méthodologie, les résultats et les suggestions qui découlent de l'analyse que nous en avons faite.

Ce document comporte certainement des insuffisances. Pour cela, nous nous ouvrons à toutes les observations et critiques pouvant contribuer à son amélioration.

**CHAPITRE PREMIER**

**CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE,  
OBSERVATIONS DE STAGE ET  
CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE**

## **Section 1 : Cadre physique de l'étude et observations de stage**

Notre stage s'est déroulé dans une structure déconcentrée du Ministère de la Santé : la Direction Départementale de la Santé de l'Ouémé et du Plateau (DDS-Ouémé/Plateau). Elle est une structure administrative du système sanitaire national.

### **Paragraphe 1 : Présentation de la DDS-Ouémé/Plateau et de l'organisation des établissements de soins de santé**

#### **A- Présentation de la DDS-Ouémé/Plateau**

La Direction départementale de la santé de l'Ouémé/Plateau est située à Porto-Novo dans l'enceinte de l'ex-pharmapro récupéré et réhabilité. Elle est limitée au sud par la rue 107, à l'Ouest par le siège de la Cour Suprême puis par les Rues DELCASSE N°2, de l'inspection N°146, à l'Est par la Rue BELLAMY N°164 et au Nord par les Rues Avenue WILLIAM PONTY N°117, Avenue VICTOR BALLOT N°20.

Autrement dit, la DDS-Ouémé/Plateau est située en face du siège de la Cour Suprême et derrière le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé/Plateau.

Selon les dispositions de l'arrêté n°2146 du 21 mars 2003 portant attributions, organisation et fonctionnement des Directions Départementales de la Santé, la DDS-OP est chargée de la mise en œuvre au niveau du département, de la politique sanitaire définie par le Gouvernement. Elle réalise l'intégration de toutes les activités de santé au niveau du département.

A ce titre, elle est chargée entre autres, de :

- planifier, coordonner, superviser et contrôler toutes les activités des services de santé, dans la mise en œuvre des programmes nationaux ;
- assurer la surveillance épidémiologique dans le département ;
- appliquer la législation sanitaire en vigueur ;
- veiller au bon fonctionnement des zones sanitaires, formations sanitaires publiques et privées du département ;

La Direction Départementale de la Santé de l'Ouémé et du Plateau est structurée en dix services. Les services sont subdivisés en des divisions. Chaque division est dirigée par un responsable. Les différents services de la DDS-OP se présentent comme suit :

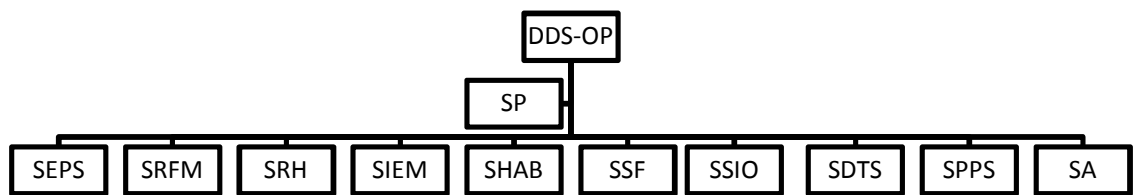


Figure n°1 : Organigramme de la DDS-OP

## B – Organisation des établissements de soins de santé dans l'Ouémé/Plateau

Les départements de l'Ouémé et du Plateau comportent deux des trois niveaux de la pyramide sanitaire du Bénin :

- le niveau intermédiaire ou départemental jouant le rôle de facilitateur et d'assistance technique par l'appui à la planification, la formation continue, la supervision et la coordination des activités ;
- le niveau périphérique ou zone sanitaire où s'exécutent les activités. Il comprend deux échelons : un 1<sup>er</sup> échelon constitué des centres de

santé de premier contact et un 2<sup>ème</sup> échelon où l'on retrouve l'hôpital de zone pour la première référence.

L'organisation du système de santé se présente schématiquement comme suit :

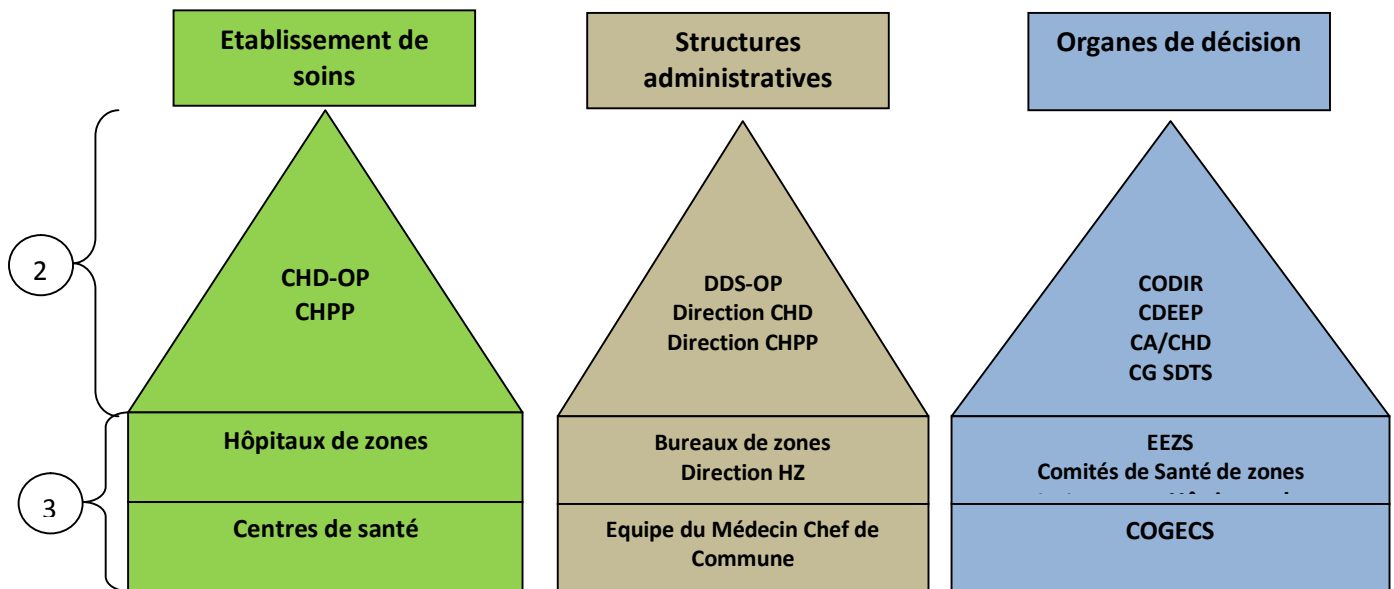


Figure n°2 : Schéma simplifié du système de santé dans l'Ouémé/Plateau

- **Les centres de santé (CS)** : il s'agit des établissements de soins implantés dans les arrondissements et composés d'un dispensaire et/ou d'une maternité. Ils offrent les prestations de consultations, de soins curatifs et préventifs. Les CS installés aux chefs lieux de communes ont un plateau technique plus fourni et disposent de laboratoire et d'autres services comme la radiologie,... En milieu rural, les CS sont dotés de logements pour les infirmiers, les sages femmes et les médecins nommés responsables. En 2010, on dénombre 128 CS dans les départements de l'Ouémé et du Plateau répartis en cinq (5) zones sanitaires. La couverture des arrondissements en CS est de 96,5% pour une moyenne nationale de 89%. La distance moyenne qui sépare les populations d'un CS est estimée à 2,5 km dans l'Ouémé et de 4,6 km dans le Plateau pour 8,1 km au Bénin.

**Les hôpitaux de zones** : ils sont les centres de première référence dans les zones sanitaires. Conformément aux normes établies par les autorités sanitaires, ces hôpitaux offrent des services spécialisés de gynécologie, de pédiatrie, de stomatologie, de chirurgie, de radiologie, d'ophtalmologie et de laboratoire. On en compte trois (3) dans les départements de l'Ouémé et du Plateau. Ils sont implantés dans les villes de Sakété, Pobè et Adjohoun.

**Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé/Plateau** : il est normalement le centre de deuxième référence et offre des services de spécialité plus larges que ceux que l'on retrouve dans les hôpitaux de zones. Il est implanté à Porto-Novo et dessert l'ensemble des populations des deux départements.

**Le Centre Hospitalier de Pneumo Phtisiologie (CHPP)** : c'est un centre spécialisé installé pour le dépistage et la prise en charge des tuberculeux. Le CHPP est construit dans la ville de Porto-Novo (quartier Akron).

**Le Service Départemental de Transfusion Sanguine (SDTS)** : il est chargé spécialement des activités de collecte, de sécurisation et de distribution des produits sanguins dans les départements de l'Ouémé et du Plateau. A ce titre, il participe à la surveillance épidémiologique du SIDA et d'autres affections dans l'Ouémé/Plateau.

## **Paragraphe 2 : Etat des lieux sur les prestations des Centres de Santé.**

Le paquet minimum d'activités des centres de santé prend en compte les éléments suivants : les soins curatifs, la santé maternelle et infantile, la vaccination, les médicaments essentiels, le financement communautaire, les services à base communautaire, l'hygiène et l'assainissement de base.

La finalité est de prévenir certaines maladies dans les familles et de garantir un bon diagnostic et une bonne prise en charge des cas de maladies dans les centres de santé.

### **A - Activités de soins curatifs**

L'intervention technique qui est courante dans ce domaine est la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) : c'est une stratégie adoptée en 1999 par le Bénin et dont la mise en œuvre améliorerait les capacités des agents de santé à poser le diagnostic et à prendre en charge le paludisme et les maladies associées chez les enfants de 0 à 5 ans. Plus de 85%<sup>1</sup> des agents sont formés pour assurer la mise en œuvre efficace de la PCIME clinique dans les départements de l'Ouémé et du Plateau.

La PCIME est de plus en plus relâchée dans les centres de santé. La supervision effectuée dans 20 centres de santé en 2009 par l'équipe de la DDS-OP met en évidence que 40% des agents supervisés n'ont pas consulté les enfants de moins de 5 ans qu'ils ont reçus suivant la stratégie PCIME<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Rapport de l'évaluation finale du Projet de Lutte Intégrée contre le Paludisme dans l'Ouémé (ProLIPO)

<sup>2</sup> Tiré du rapport de supervision PCIME effectuée en 2009 par le SSF/DDS-OP.

## **B – Activités de vaccination**

Elle permet d'immuniser les populations contre certaines maladies. Pour atteindre les cibles, trois modes sont adoptés : la vaccination au quotidien dans les centres de santé, la vaccination en stratégie mobile mensuellement par les agents de santé dans les arrondissements, les campagnes de vaccination.

Le canal de la vaccination est aussi utilisé pour développer certaines actions permettant de prévenir la carence en vitamine A, les parasitoses et le paludisme chez les enfants et les femmes enceintes. Ainsi, aux activités ordinaires de vaccination sont de temps en temps ajoutés la supplémentation en vitamine A, en fer, le déparasitage systématique des enfants, le traitement intermittent présomptif à la sulfadoxine pyriméthamine du paludisme chez les enfants, la distribution de moustiquaires imprégnées.

La performance en matière de vaccination n'est pas reluisante. En 2009, il a été enregistré 11 cas de poliovirus sauvage dans l'Ouémé et le Plateau sur les 20 cas connus au Bénin. A la revue du PEV en 2008, l'Ouémé/Plateau s'est révélé dernier département au Bénin. Les deux départements ont connu entre 2007 et 2009, une épidémie récurrente de rougeole et de tétanos néonatal. Sur les 718 cas confirmés de rougeole enregistrés au Bénin en 2009, l'Ouémé/Plateau en a notifiés 121. Trois cas de tétanos néonatal sont connus au Bénin la même année dont 2 notifiés dans le Plateau.

L'objectif est d'atteindre un taux de couverture de 100% des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole en 2015. Depuis 2005, le taux de

couverture des enfants pour le vaccin contre la rougeole n'a jamais atteint l'objectif annuel comme le montre la figure suivante :

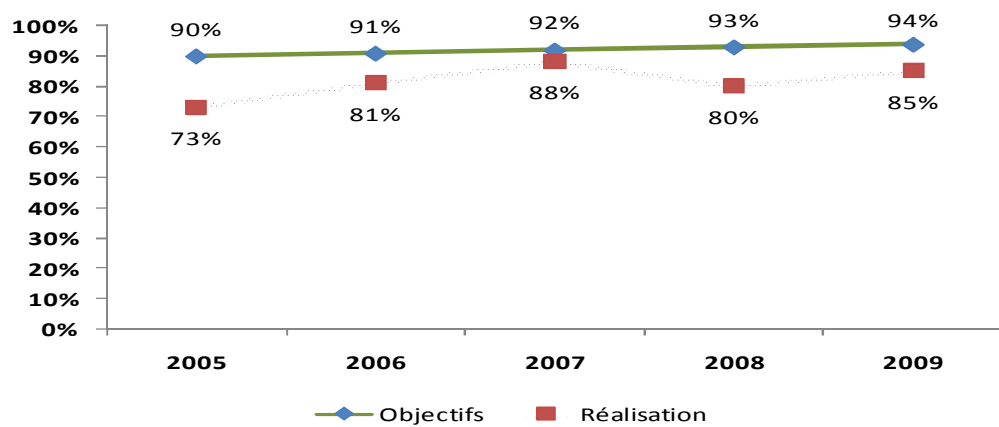


Figure n°3 : Evolution du taux de couverture des enfants de 1 an en vaccination anti rougeole dans l'Ouémé/Plateau de 2005 à 2009

En vue de garantir la protection des nouveau-nés contre le tétanos néonatal, il est recommandé d'atteindre un taux de couverture des femmes pour la vaccination antitétanique (VAT) de 80% en 2011. Le graphique suivant montre que depuis 2005, l'objectif annuel n'a jamais été atteint.

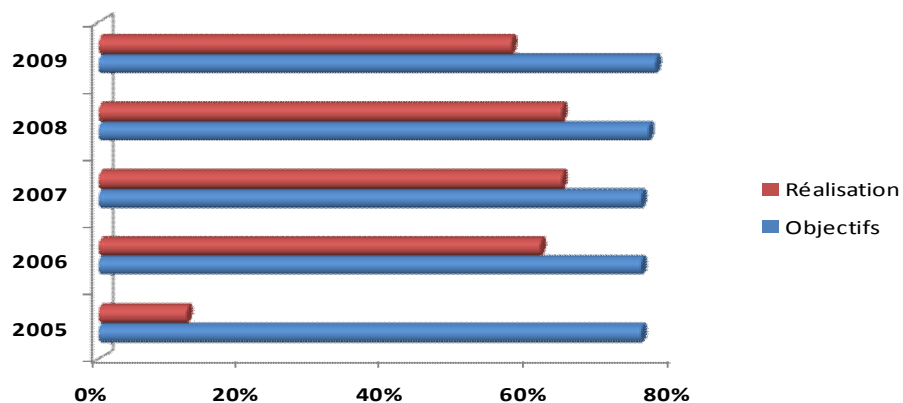


Figure n° 4 : Evolution du taux de couverture des femmes en VAT dans l'Ouémé/Plateau de 2005 à 2009

Les taux de réalisation des activités de vaccination en stratégies avancées sont faibles et de nombreuses formations sanitaires ne font pas

la vaccination au quotidien. Une étude réalisée par la DDS-OP sur l'utilisation du matériel roulant a ressorti que 57,5% des agents des centres de santé ne mènent pas les activités de vaccination en stratégies avancées.

En matière de vaccination, on note **un relâchement de certaines activités et un niveau insatisfaisant des indicateurs au regard des OMD.**

### **C – Activités de santé maternelle et infantile**

Dans le domaine de la santé maternelle et infantile les interventions en cours et qui reposent sur la CPN et l'accouchement sont :

La Prévention de la Transmission Mère à Enfant du VIH (PTME) : elle consiste à dépister les gestantes lors des consultations prénatales, à prendre en charge au plan thérapeutique les gestantes séropositives, à réaliser l'accouchement approprié aux parturientes séropositives, à donner les soins spéciaux aux nouveaux nés des mères séropositives et à accompagner les mères séropositives dans l'alimentation de leurs bébés. Cette intervention engendre la collecte de certaines données pour le suivi et les prestataires ont besoin d'être supervisées pour s'améliorer et offrir des soins de qualité dans ce domaine.

La Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA) : c'est une intervention adoptée pour prévenir l'hémorragie du post-partum chez les accouchées. Une des étapes consiste à administrer à l'accouchée, une ampoule de 10 unités d'ocytocine en IM (intramusculaire) juste après l'expulsion du nouveau-né. La bonne exécution de cette action nécessite une disponibilité permanente de l'ocytocine et de petit matériel dans les centres de santé ainsi qu'une

surveillance attentive des accouchées. Il est prévu la supervision régulière des prestataires pour s'assurer de la bonne pratique de la GATPA.

Les supervisions réalisées en 2008, 2009 et 2010 par le Service de santé familiale, ont permis de constater que beaucoup de tâches sont négligées dans les centres de santé comme le montre le tableau suivant :

**Tableau I : Taux de respect des directives selon les tâches en SMI**

Tâches observées	Nombre de supervisés	Satisfecit	Pourcentage de satisfecit
Remplissage fiche opérationnelle CES	8	1	12,5%
Tracé partogramme	5	1	20%
Remplissage fiche surveillance post-partum	86	32	37,2%
Remplissage registre décompte SMI	10	3	30%
Remplissage carte maternelle	11	4	36,4%
Etablissement fiche de référence	56	16	28,6%
Examen systématique du nouveau né	24	4	16,7%

Source : Tableau établi à partir des rapports de supervision SMI effectuées par le SSF/DDS-OP.

Dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le taux de couverture en soins prénatals devra être de 100% en 2015. Au fil des jours, on dénombre encore des communes où le taux de Consultation Prénatale (CPN) n'atteint pas encore le seuil de 80% dans l'Ouémé et le Plateau. Au plan national, le taux de couverture en CPN est estimé à 92,9% en 2009. Globalement dans l'Ouémé/Plateau, le taux de couverture en CPN<sup>3</sup> évolue en dents de scie s'écartant progressivement de 100% comme le montre la figure suivante :

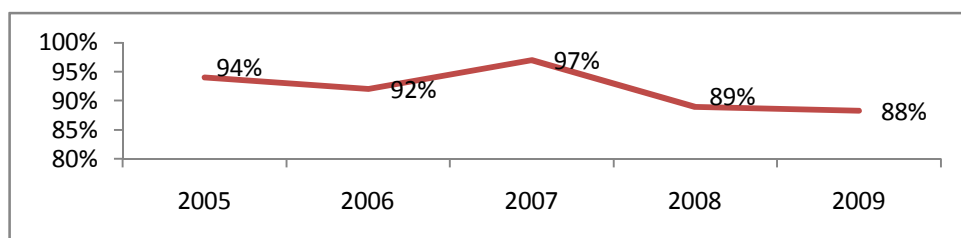


Figure n° 5 : Evolution du taux de CPN de 2005 à 2009

<sup>3</sup> Données tirées des annuaires statistiques de la DDS-OP, années 2005, 2006, 2007, 2008, 2009

La proportion d'accouchements assistés par des agents de santé qualifiés devra être de 100% en 2015 selon les objectifs du millénaire pour le développement. Mais le taux d'accouchements assistés ne dépasse pas 95% depuis 2005. La figure ci-après présente l'évolution de ce taux de 2005 à 2009.

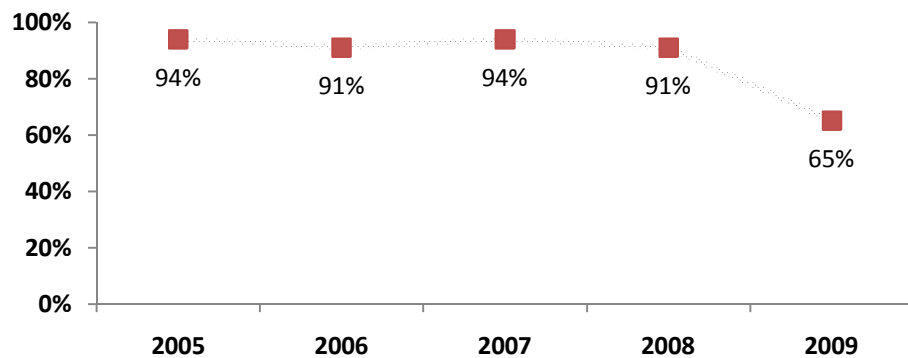


Figure n° 6 : **Evolution du taux d'accouchements assistés de 2005 à 2009**

De même, l'un des indicateurs des OMD est de réaliser un taux d'utilisation de la contraception d'au moins 40,9% en 2015. Les performances des centres de santé de l'Ouémé et du Plateau sont loin de cette cible. La prévalence contraceptive stagne à 3,3% depuis 2007 alors que l'EDS 2006 a estimé ce taux à 9% pour l'Ouémé et 3,4% pour le Plateau.

La consultation d'enfants sains selon l'approche PCIME ne se fait pratiquement plus dans les centres de santé. Les supervisions réalisées par l'équipe de la DDS-OP en 2008 et 2009 dans 16 centres de santé ont révélé que cette activité a été bien menée dans un seul centre.

Dans le domaine de la santé maternité et infantile, il se dégage aussi **un relâchement de certaines activités et un niveau insatisfaisant des indicateurs au regard des OMD.**

## D – Coordination des activités dans les centres de santé

Le processus de planification des activités dans le système est ascendant et théoriquement intégré. Les outils de planification en usage dans les centres de santé sont les plans d'action annuels (intitulés budget programmes dans ces centres). Ils sont élaborés chaque année et comportent les prévisions de recettes annuelles d'une part, et les activités à réaliser avec leur coût et la programmation sur les douze mois de l'année d'autre part. Ces documents sont souvent élaborés en ateliers communaux regroupant les responsables des centres de santé autour de leur médecin chef et des comptables. Ils sont soumis à l'approbation des membres de COGECS et devraient servir de guide dans les actions et dépenses à exécuter au cours de chaque année.

Dans les centres de santé, un effort est fait pour élaborer des "budgets programmes" qui tiennent lieu de plans de travail annuels. En effet, l'évaluation de la performance des médecins coordonnateurs de zones sanitaires en 2008 et 2009 a montré qu'au moins 68% des CS disposent de documents de budgets.

En 2010, la disponibilité des budgets a été l'un des critères d'évaluation de la performance des médecins chefs de communes et a été notée sur 2 points. Il ressort du rapport d'évaluation que 10 médecins chefs sur les 16 ont eu les 2 points. **L'élaboration des plans de travail annuels est donc effective dans les centres de santé.**

Mais les plans annuels élaborés dans les centres de santé ne sont revus que lorsqu'un bilan s'impose. Ils ne sont pas assortis de chronogrammes mensuels régulièrement suivis pour s'assurer de l'état d'avancement dans les tâches planifiées. Par conséquent, la répartition

des tâches ne se fait pas pour permettre à chaque agent de se définir des objectifs professionnels et de s'organiser pour y parvenir. **Il n'existe donc pas une bonne coordination des activités dans les CS.**

### **E - Gestion des statistiques dans les CS**

Il est mis en place un système d'information communément appelé SNIGS (Système National d'Information et de Gestion Sanitaire) pour disposer de données fiables et pertinentes dont le traitement et l'analyse devraient permettre d'orienter convenablement les actions dans le domaine de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il est doté de logiciel (logisnigs) et de supports de collecte de données disponibles dans toutes les formations sanitaires et pour l'utilisation desquels les agents sont formés. Les outils mis en place permettent de collecter les données sur le personnel, les finances, le matériel, les médicaments, les activités de soins curatifs, de santé maternelle et infantile.

Parallèlement au SNIGS qui permet de rendre disponibles les données de routine, certains programmes du Ministère de la Santé ont mis en place des systèmes de collecte de données pour la surveillance de la prévalence de certaines maladies. C'est le cas du PNLS, du PNLP et du PNT.

Aussi doit-on souligner l'existence d'un mécanisme de surveillance intégrée des maladies et de riposte. Il permet de suivre les cas des maladies à potentiel épidémique (choléra, paralysie flasque aiguë, rougeole, tétanos néonatal,...). Ce système passe par la recherche active et la notification hebdomadaire des cas dans les localités par les agents de santé.

La collecte des données dans les centres de santé est sujette à plusieurs insuffisances. Les diagnostics inscrits dans les registres de soins curatifs ne sont pas toujours fiables. En effet, en l'absence des agents qualifiés, les consultations sont faites par les agents non qualifiés. Ces derniers ne disposant pas de toutes les compétences requises, se contentent de noter les constantes et les signes sans pour autant poser de sérieux diagnostics. De même, le plateau technique des centres de santé ne permet pas d'approfondir les diagnostics : d'où l'enregistrement de diagnostics de suspicion.

De nombreuses erreurs de remplissage sont relevées et se répartissent sur le processus de collecte. On en note lors du dépouillement des registres pour établir les rapports mensuels. Elles apparaissent aussi lors de la transcription des données dépouillées sur les supports de synthèse. Les biais sont créés également lors de la saisie des données à l'aide du logiciel afférent, des rapports mensuels des centres de santé.

Il apparaît donc un **mauvais remplissage des supports de collecte des données statistiques.**

Le secteur privé, très répandu joue un rôle important dans le système de santé. Il comprend le privé confessionnel, les Organisations non gouvernementales, et le privé libéral. Le secteur privé libéral est le plus important du secteur privé. Il a été mis en place un programme de développement du partenariat avec le secteur privé. Ce dernier devrait permettre d'apprécier à sa juste valeur, la situation sanitaire dans les départements, ce qui n'est pas le cas actuellement. Entre autres, les données statistiques des cabinets privés ne sont pas prises en compte

pour le calcul des indicateurs sanitaires. Dans la zone sanitaire Porto-Novo Aguégus Sèmè-Podji où sont concentrés ces cabinets, on en dénombre près de 248 : à peine les statistiques de 15 sont reçues. On y retrouve le privé confessionnel. Le partenariat est beaucoup plus développé avec le confessionnel et le privé coopératif constitué de deux cliniques coopératives. On note une **faible intégration des statistiques du secteur privé au système d'information sanitaire**.

Les supports de collecte de données statistiques sont remplis en retard avec des biais et sans l'analyse sur place avant d'être transmis à la hiérarchie. Ainsi, le système d'information sanitaire n'offre plus l'opportunité de suivre efficacement l'évolution des indicateurs liés à la mise en œuvre des activités dans les centres de santé. A l'évaluation de la performance des MCC en 2010, la promptitude dans la transmission des rapports statistiques a été notée sur 2 points de même que le contrôle de leur qualité. Tous les MCC ont eu la note 0 pour le contrôle de la qualité des données statistiques. Il n'y a donc **pas de contrôle de la qualité des statistiques**.

#### **F – Financement des centres de santé**

Les engagements financiers nécessaires au fonctionnement des centres de santé dans les départements de l'Ouémé et du Plateau, sont assurés à travers trois principales sources : le Budget national, le financement communautaire et les partenaires au développement.

Le Budget national prend prioritairement en charge le paiement des salaires des agents de santé (APE, Mesures sociales et CE) mais aussi une partie des frais de fonctionnement des formations sanitaires (en l'occurrence les fournitures consommées, les frais de carburant et

lubrifiants, les grosses réparations de matériel, le téléphone, l'électricité, l'eau, la réfection des bâtiments).

Les partenaires au développement contribuent pour la plupart aux dépenses d'investissement (acquisition de matériel, construction d'infrastructures sanitaires, formation des agents, ...).

Le financement communautaire traduit le paiement direct des frais de soins de santé par les usagers des centres de santé. C'est la contrepartie versée par la population pour le recouvrement des frais de santé. Les principales sources de recettes sont la cession de médicaments, des cartes et carnets, puis les actes (accouchements, consultations, etc.). On note positivement **l'existence de textes réglementaires** qui précisent les rôles des différents acteurs du système sanitaire dans la gestion du financement communautaire. Le niveau de recouvrement (NR) est l'indicateur de mesure de la viabilité financière des centres de santé. Un centre est dit financièrement viable si le NR est supérieur à 1,2.

Le niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement est resté en dessous du seuil de 1,2 depuis 2003, traduisant la réalité que les centres de santé de l'Ouémé/Plateau sont financièrement fragiles : les recettes couvrent à peine les charges de fonctionnement et n'offrent aucune possibilité d'investissement. Le taux a varié entre 1,03 et 1,11 dans la période de 2003 à 2007. En 2009, il a été de 1,02 pour l'ensemble des 14 communes de l'Ouémé/Plateau. La situation des centres de santé est caractérisée par **un faible niveau de recouvrement** des coûts de fonctionnement.

Angelo B. SAGBO [2] dans ses recherches pour appréhender la viabilité financière des centres de santé de Pobè, Adja-ouère, Kétou, a

démontré que sur la période de 2006 à 2009, un écart négatif se dégage entre les recettes annuelles déclarées et celles attendues des prestations fournies. En intégrant aux recettes déclarées les écarts constatés, il aboutit à la conclusion que le niveau de recouvrement pourrait s'améliorer si les recettes déclarées étaient en adéquation avec les prestations offertes. Le tableau suivant permet d'apprécier la situation :

Tableau II : **Ecarts entre recettes déclarées et recettes attendues des CS de PAK de 2006 à 2009**

	2006	2007	2008	2009
<b>Recettes déclarées</b>	109 713 716	125 793 240	98 598 918	56 105 564
<b>Ecarts (manquants)</b>	8 774 220	4 304 380	5 390 185	7 436 200
<b>Recettes attendues</b>	118 487 936	130 097 620	103 989 103	63 541 764
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	111 159 731	107 307 534	85 300 840	48 469 003
<b>Niveau de recouvrement potentiel</b>	1,07	1,21	1,35	1,31

Source : Mémoire de Angelo B. SAGBO, FASEG, 2010.

Le constat est généralement le même pour l'ensemble des deux départements, lorsqu'on exploite les données des annuaires statistiques. En nous intéressant aux données sur les accouchements, les consultations prénatales et les soins curatifs, les recettes déclarées ne correspondent pas à celles calculées en appliquant les tarifs aux "quantités" comme le montre le tableau suivant :

Tableau III : **Comparaison des recettes déclarées à celles calculées à partir des prestations fournies pour l'ensemble des CS en 2007**

Prestations	Nouveaux clients	Tarif moyen (FCFA)	Recettes déclarées (FCFA)	Recettes calculées (FCFA)	Ecarts (FCFA)
<b>Accouchement</b>	46.052	1.000	43.930.330	46.052.000	2.121.670
<b>Consultation</b>	578.675	100	24.777.940	57.867.500	33.089.560
<b>Carnets/ cartes</b>	636.947	100	20.170.040	63.694.700	43.524.660

Source : Tableau établi à partir des données de l'annuaire des statistiques 2007, DDS-OP

Il apparaît **une incohérence entre les recettes déclarées et les prestations des CS.**

## **G – Ressources humaines des centres de santé**

Les centres de santé sont tenus par les infirmiers, les sages femmes et les aides soignants. Leur effectif est de 660 agents<sup>4</sup> en 2010 et est composé de quatre (4) catégories : les Agents Permanents de l'Etat (APE), les agents contractuels de l'Etat, les agents recrutés sur fonds de mesures sociales, les agents recrutés sur financement communautaire. Ainsi, les règles de gestion des ressources humaines dans le secteur sont variées compte tenu de la diversité des textes régissant chacune de ces catégories. Dans chaque centre de santé, il existe au moins un infirmier et/ou sage femme. A la fin de l'année 2010, les données statistiques de la DDS-OP montrent que plus de 72,73% de l'effectif total des agents sont des femmes âgées de moins de 33 ans.

Les agents exercent sous la supervision du personnel médical et peuvent aussi être classés en trois catégories :

- Personnel paramédical exclusivement cliniques : il s'agit des agents paramédicaux qui se retrouvent uniquement dans les tours de garde et qui ne sont pas impliqués dans d'autres activités.
- Personnel paramédical à cheval sur les tâches cliniques et de gestion : on retrouve dans ce groupe, les agents paramédicaux nommés responsables dans les centres de santé. Ils sont impliqués dans la planification, la gestion de l'information, la comptabilité, la gestion logistique, la supervision,...
- Personnel paramédical uniquement convié aux tâches administratives : ce sont soit des responsables qui s'excluent des tâches techniques dans leurs centres de santé (cas de certains

---

<sup>4</sup> Source : Base de données du SRH/DDS-OP

majors), soit des agents paramédicaux en service dans les structures administratives (bureau de zone sanitaire).

Dans les centres de santé, les agents ne disposent pas de description de tâches. Ceux qui sont nommés à des postes de responsabilité le sont sans des contrats d'objectifs (lettres de mission) pouvant servir de base à l'évaluation de leur rendement. Pour les autres agents, il n'y a pas de fiches d'indication des attentes qui précisent les tâches qui leur sont assignées ainsi que les résultats et les autres exigences de bon fonctionnement des centres de santé où ils travaillent. Il ressort de là **qu'il n'existe pas un mécanisme de gestion du rendement des agents** des centres de santé dans l'Ouémé et le Plateau.

Des contrôles de présence aux postes effectués par la DDS-OP en 2007 et en 2010, il ressort que sur 17 centres visités, les cas d'absence d'agents ont été enregistrés dans 14. Au fil des jours, il est noté un absentéisme des agents de santé aux postes de travail.

En 2010, le Service des ressources humaines de la DDS-OP a procédé à la vérification de l'usage des cahiers de présence dans 21 centres de santé et a remarqué que ce cahier existait dans 14 centres sur les 21 : cela fait plus de 50%. Mais, dans les 14 centres de santé où les cahiers de présence existent, les agents ne les remplissent pas toujours pour justifier leur présence au poste de travail. Les cahiers de présence étaient à jour dans 8 centres sur les 14. Nous notons là que **le mécanisme de contrôle de l'assiduité au travail n'est pas efficace.**

## H – Ressources matérielles des centres de santé

Pour leur fonctionnement, les centres de santé sont dotés de différents types de matériel à savoir : le matériel médico-technique, le mobilier de bureau et le matériel roulant. La dotation en matériel se fait aussi bien par le Ministère de la Santé avec les crédits du Budget National que par les partenaires directement. De petits matériels sont acquis parfois avec les ressources du financement communautaire.

Le taux de conformité des centres de santé en équipements par zone sanitaire se présente comme suit au 31 décembre 2009.

**Tableau IV : Taux de conformité des CS aux normes en équipements**

Département	Zone sanitaire	Nombre de CS	CS conformes	Taux de conformité
Ouémé	AAA	21	12	57%
	ABD	29	15	53,57%
	PAS	28	17	58,62%
Plateau	PAK	32	18	64,28%
	SAKIF	18	13	76,46%
Ouémé/Plateau		<b>128</b>	<b>75</b>	<b>61,47%</b>

Source : Annuaire des statistiques 2009 DDS-OP

Les centres de santé sont aussi dotés de motos pour les divers déplacements dans le cadre du service. Dans l’Ouémé et le Plateau, chaque centre de santé dispose d’au moins une moto fonctionnelle. Quant à ceux situés en zone lacustre, des barques motorisées sont données.

## I – Mécanisme de supervision des agents des centres de santé

L’arrêté n°10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 8 novembre 2005 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement de l’EEZS dispose que le médecin coordonnateur de zone sanitaire assure l’organisation de la supervision des personnels des formations sanitaires publiques et privées (art. 10 al 5); il est responsable de la gestion des

ressources humaines, matérielles et financières (art 11, al 1) ; il est l'ordonnateur du budget des fonds propres issus des contributions des formations sanitaires et assure le contrôle de la gestion des différentes ressources financières et matérielles de la zone sanitaire (art 13).

Le même arrêté précise en son article 25, alinéa 3 que le médecin chef de commune participe à l'organisation de la supervision des personnels des formations sanitaires de la zone sanitaire.

Au 31 décembre 2010, tous les 5 médecins coordonnateurs de zones sanitaires de l'Ouémé/Plateau disposent chacun, d'un véhicule de supervision fonctionnel. Sur les 15 médecins chefs des communes situées sur terre ferme, 13 soit 87% sont dotés de véhicules de supervision. Celui des Aguégus a une barque motorisée.

L'étude réalisée en 2004 dans 98 CS par la DDS-OP a révélé que plus de 45% des agents n'ont reçu aucune supervision des supérieurs hiérarchiques en 2003 comme le montre le tableau ci-après :

**Tableau V : Proportion de CS selon le nombre de supervisions reçues en 2003 et selon les niveaux de provenance des superviseurs**

Nombre de supervisions reçues	Niveaux de provenance des superviseurs		
	Commune	EEZS	DDS
0	53,06%	57,14%	45,92%
1	26,53%	26,53%	37,76%
2	16,39%	13,27%	11,22%
3	1,02%	2,04%	5,10%
5	0%	1,02%	0%
Total	100%	100%	100%

Source : Tableau établi à partir du rapport d'évaluation de l'utilisation du matériel roulant dans les formations sanitaires de l'Ouémé/Plateau en 2004.

En 2007 et 2008, l'évaluation de la performance des MCZS a montré qu'aucune EEZS n'a pu réaliser à 100% le nombre de supervisions prévues par domaine d'activité. Le tableau suivant présente le nombre de MCZS

selon les taux d'exécution des supervisions et selon les domaines d'activités.

**Tableau VI : Nombre de MCZS selon le taux d'exécution des activités de supervision en 2007-2008 et suivant les domaines d'activités**

Domaines	Nombres de supervisions prévues	Nombre de MCZS							
		2007				2008			
		100%	Au moins 50%	Moins de 50%	0%	100%	Au moins 50%	Moins de 50%	0%
Vaccination	6	0	3	1	1	0	1	3	1
Gestion financière	6	0	1	3	1	0	1	3	1
PCIME clinique	4	0	0	3	2	0	1	2	2
Intervention communautaire	4	0	0	0	5	0	0	0	5
Interventions maternelles	4	0	3	1	1	0	2	1	2

Source : Tableau établi à partir des rapports d'évaluation de la performance des MCZS en 2007 et 2008.

La régularité des supervisions a été l'un des critères d'évaluation de la performance des MCC en 2010. Ce critère a été noté sur 10 points. Aucun médecin chef de commune n'a eu une note supérieure à 4 points.

Il ressort de ce qui précède que **la supervision des agents des centres de santé est irrégulière** dans les zones sanitaires mais qu'il y a une bonne couverture des EEZS en véhicules de supervision.

## **J – Forces Faiblesses Opportunités Menaces**

L'état des lieux qui figure sur les pages précédentes, a permis de dégager les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui affectent le système de gestion des centres de santé de l'Ouémé/Plateau. Le tableau suivant récapitule les éléments identifiés.

Tableau VII : **FORCES – FAIBLESSES – OPPORTUNITES – MENACES DU SYSTEME DES CENTRES DE SANTE**

<p><b>FORCES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un cadre institutionnel et réglementaire</li> <li>- Couverture acceptable des arrondissements en CS</li> <li>- Niveau acceptable d'équipement des CS</li> <li>- Existence dans chaque CS d'au moins un agent qualifié</li> <li>- Bonne couverture des EEZS en véhicule de supervision</li> <li>- Elaboration systématique des budgets des CS</li> <li>- Transfert des ressources aux zones sanitaires</li> <li>- Existence d'un mécanisme de contrôle continu (semestriel) de la performance des centres de santé</li> </ul>	<p><b>FAIBLESSES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relâchement des activités dans les CS</li> <li>- Inexistence d'un mécanisme de gestion du rendement des agents</li> <li>- Inefficacité du mécanisme de contrôle de l'assiduité des agents au travail</li> <li>- Niveau insatisfaisant des indicateurs de performance au regard des OMD</li> <li>- Irrégularité de la supervision</li> <li>- Inexistence d'une bonne coordination des activités dans les CS</li> <li>- Faible niveau du recouvrement des recettes</li> <li>- Incohérence entre les recettes déclarées et les prestations des CS</li> <li>- Faible intégration des statistiques du secteur privé</li> <li>- Mauvais remplissage des supports de collecte des données statistique</li> <li>- Inexistence de contrôle de qualité des données statistiques</li> </ul>
<p><b>OPPORTUNITES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des partenaires financiers</li> <li>- Existence de guide d'instruction sur le SNIGS</li> <li>- Autorité conférée aux responsables des CS dans la gestion des ressources</li> </ul>	<p><b>MENACES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspension du mécanisme d'embauche sur FC</li> <li>- Pléthore des agents féminins en âge de fonder leur ménage</li> <li>- Cessation fréquente des activités professionnelles</li> <li>- Multiplication des syndicats</li> </ul>

**Tableau VIII : REGROUPEMENT DES PROBLEMES SPECIFIQUES PAR PROBLEMATIQUE**

N°	Centres d'intérêts	Problèmes généraux	Problèmes spécifiques	Problématiques
1	Rendement des agents des centres de santé.	Faible rendement des agents des centres de santé.	<p>Relâchement des activités dans les centres de santé.</p> <p>Inexistence d'un mécanisme de gestion du rendement des agents.</p> <p>Niveau insatisfaisant des indicateurs de performance au regard des OMD.</p> <p>Inefficacité du mécanisme de contrôle de l'assiduité.</p> <p>Irrégularité de la supervision des agents.</p> <p>Inexistence d'une bonne coordination des activités dans les centres de santé.</p>	Problématique du faible rendement des agents des centres de santé de l'Ouémé/Plateau.
2	Viabilité financière des centres de santé.	Non viabilité financière des centres de santé.	<p>Faible niveau de recouvrement des coûts.</p> <p>Incohérence entre les recettes déclarées et les prestations offertes.</p>	Problématique de la non viabilité financière des centres de santé.
3	Qualité des données statistiques	Non fiabilité des données statistiques.	<p>Faible intégration des statistiques du secteur privé au système d'information sanitaire.</p> <p>Mauvais remplissage des supports de collecte des données dans les centres de santé.</p> <p>Inexistence de contrôle de la qualité des données statistiques dans les centres de santé.</p>	Problématique de la non fiabilité des données statistiques des centres de santé.

## **Section 2 : Ciblage de la problématique**

L'étape initiale du processus de ciblage de la problématique (état des lieux) a permis de faire l'inventaire des problèmes liés au fonctionnement des centres de santé. Cette rubrique éclaire sur les raisons qui motivent le choix de notre problématique et l'approche générique nécessaire à la réflexion sur les problèmes à résoudre.

### **Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique**

Les trois problématiques sus identifiées méritent qu'on y réfléchisse en vue de garantir l'efficacité et l'efficience du système de santé dans l'Ouémé et le Plateau. Toutefois, nous retiendrons celle relative au faible rendement des agents des centres de santé dans le cadre de ce mémoire.

En effet, les centres de santé sont les unités d'offres de soins de santé de base aux communautés et où sont intégrés les soins curatifs, promotionnels et préventifs. Ils sont les centres opérationnels du système sanitaire. Ils restent et demeurent la pierre angulaire de la politique sanitaire au Bénin en général et dans l'Ouémé/Plateau en particulier.

G. L. Monekosso [5] écrit : « *Aucune référence n'est faite à l'hôpital dans la définition du paquet minimum. Les composantes des soins de santé primaires définis à Alma-Ata et les éléments du paquet minimum peuvent être mis en œuvre sans l'hôpital. Ce qui est essentiel pour le développement sanitaire c'est l'existence d'un réseau de centres de santé et d'un bureau de santé publique de district efficace et disposant d'une équipe de santé.* » La performance du système de santé dépend donc essentiellement de celle des centres de santé qui à son tour repose sur le rendement des agents : de la capacité et du dévouement des agents à

bien accomplir les tâches à eux dévolues dépend la performance des centres de santé.

Le niveau insatisfaisant des indicateurs sanitaires au regard des OMD et le faible rendement des agents dans les centres de santé suscitent en nous quelques interrogations :

- Quels sont les facteurs réducteurs du rendement à corriger pour créer plus d'ardeur et d'enthousiasme au travail dans les centres de santé de l'Ouémé/Plateau?
- Quelles actions ou décisions faudrait-il prendre à l'endroit des EEZS pour qu'elles apportent l'appui nécessaire aux agents de santé afin de les amener à bien accomplir leurs tâches?
- Quel savoir et/ou outils s'avèrent nécessaires aux agents pour les aider à mieux organiser leur travail dans les centres de santé ?

Les réponses à ces différentes questions donneront lieu à la résolution des problèmes spécifiques liés à la problématique du faible rendement des agents c'est-à-dire :

- le relâchement des activités dans les centres de santé ;
- l'irrégularité de la supervision des agents par les EEZS ;
- l'inexistence d'un mécanisme de gestion du rendement des agents.
- le niveau insatisfaisant des indicateurs de performance au regard des OMD.
- l'inefficacité du mécanisme de contrôle de l'assiduité.
- l'inexistence d'une bonne coordination des activités dans les centres de santé et par ricochet, le problème du niveau des indicateurs au regard des OMD.

Notre choix est aussi motivé par le fait que les réflexions sur ces problèmes n'ont pas été menées de façon formelle et spécifique pour ce qui concerne les départements de l'Ouémé et du Plateau.

## **Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique**

La résolution des problèmes spécifiques liés à la problématique du faible rendement des agents des centres de santé de l'Ouémé/Plateau, sera fondée sur le cycle de gestion du rendement. C'est un système de gestion qui offre beaucoup d'avantages. Il établit un lien clair entre les objectifs organisationnels et individuels ; encourage la communication continue par l'encadrement et la rétroaction pertinente aux agents ; incite à la discussion et au perfectionnement des compétences ; reconnaît les résultats et les accomplissements exemplaires.

Les processus de gestion du rendement comprennent généralement trois étapes : la planification du rendement, le contrôle continu du rendement et l'évaluation du rendement. Ces trois activités forment le cycle de planification, de surveillance et d'évaluation comme l'indique le schéma suivant :

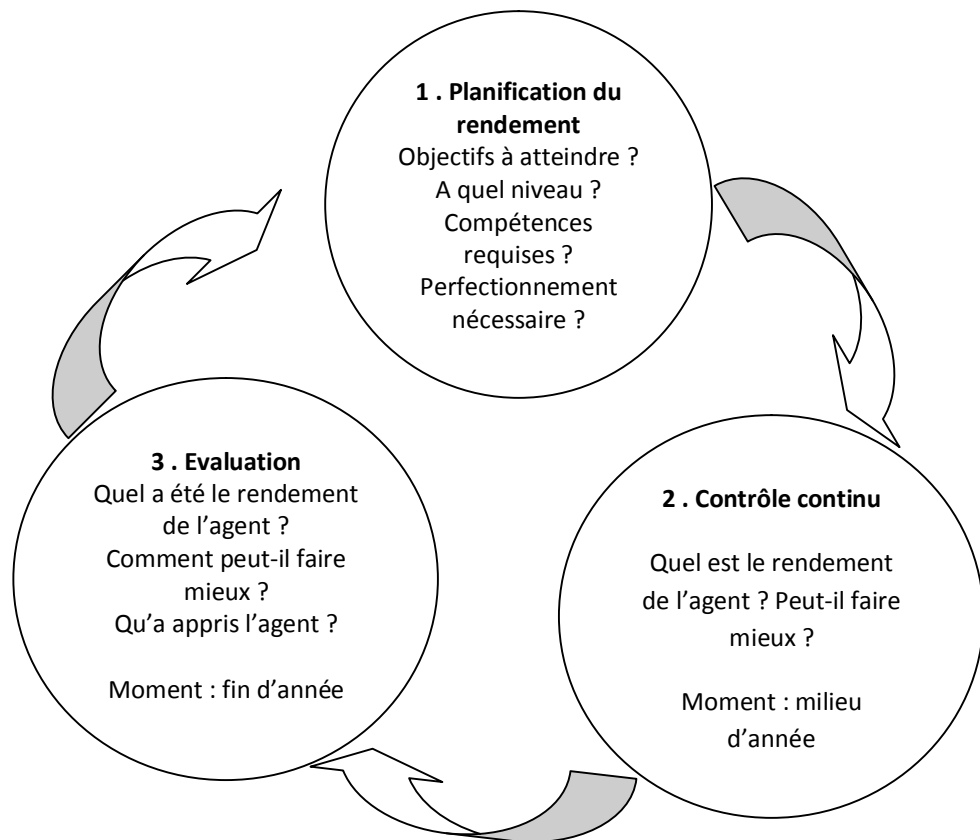


Figure n°7 : Schéma du cycle de gestion du rendement<sup>5</sup>

Nous nous inspirerons aussi de la démarche de l'Assurance Qualité (AQ). C'est une technique basée sur le constat qu'il est possible d'améliorer les résultats d'une organisation en examinant de façon continue le fonctionnement des systèmes et des processus, et ceci de manière cyclique. Cette technique, basée sur le cycle "Planifier-Faire-Vérifier-Agir", consiste à apporter des améliorations incrémentielles par des changements successifs dans les processus. Elle repose sur le postulat qu'il est toujours possible de mieux faire et, par conséquent, représente un effort continu. University Research Corporation (URC) définit l'Assurance Qualité comme étant « l'ensemble des activités qui permettent de définir des normes et de suivre et améliorer la performance des services et des

<sup>5</sup> Source : Centre Canadien de Lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies, 2010 « *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie*, Ottawa (Ont.),

agents afin que les soins de santé soient aussi efficaces et sûrs que possible ».

Comme la gestion du rendement, le système d'Assurance Qualité est composé de trois catégories d'activités : la définition de la qualité, la mesure de la qualité et l'amélioration de la qualité. Il n'y a pas de ligne de démarcation claire qui sépare ces différentes composantes. Au contraire, elles peuvent être perçues comme un continuum d'activités dont celles illustrées dans le diagramme suivant :

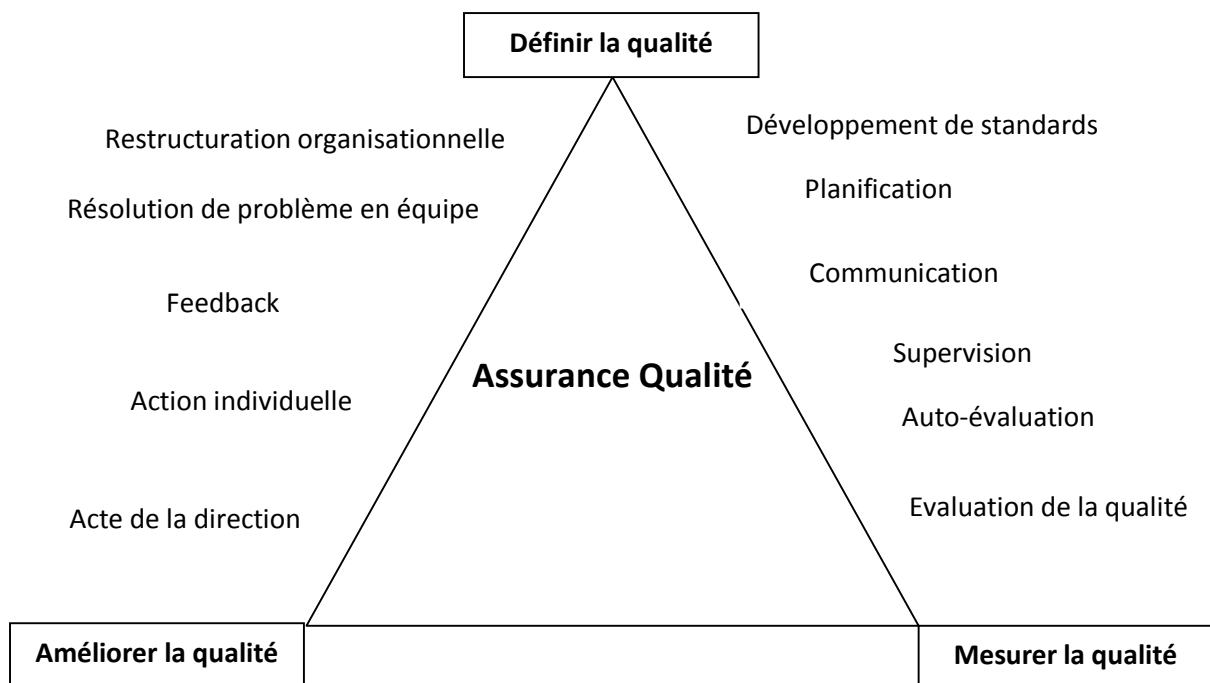


Figure n° 8 : Schéma des composantes de l'Assurance Qualité

## CHAPITRE II

# DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

## **Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude**

Sous cette rubrique sont présentées notre approche pour la résolution des problèmes spécifiques et nos réponses provisoires aux interrogations formulées dans la spécification de la problématique. Elle fait part aussi de l'état de nos connaissances théoriques sur le problème en solution.

### **Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature**

Outre l'objectif général et ceux spécifiques de l'étude, ce paragraphe indique les hypothèses que nous avons émises pour l'identification des causes du faible rendement des agents dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.

#### **A - Objectif général de l'étude**

Analyser les déterminants du faible rendement des agents dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.

#### **B - Objectifs spécifiques de l'étude**

1.- Ressortir la place des facteurs de démotivation dans le rendement des agents des centres de santé de l'Ouémé/Plateau.

2.- Etablir le lien entre le dysfonctionnement des équipes d'encadrement des zones sanitaires et le rendement des agents des centres de santé de l'Ouémé/Plateau.

3.- Montrer l'influence de l'insuffisance de connaissance des agents en gestion du temps et planification des activités sur le rendement des centres de santé de l'Ouémé/Plateau.

#### **C - Hypothèses liées aux problèmes en solution**

1.- La démotivation des agents est à la base du relâchement des activités dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.

2.- Le dysfonctionnement de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire engendre l'irrégularité de la supervision des agents dans les centres de santé.

3.- L'insuffisance de connaissance des agents en gestion du temps et planification des activités, induit l'inexistence d'une bonne coordination des tâches dans les centres de santé.

**Tableau IX : TABLEAU DE BORD DE L'ETUDE**

Niveaux d'analyse		Problématique	Objectifs	Causes	Hypothèses
Niveau général		Faible rendement des agents dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau	Contribuer à l'amélioration du rendement des agents dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau	-	-
Niveaux spécifiques	1	Relâchement des activités dans les centres de santé	Préconiser un mécanisme de gestion du rendement des agents dans les centres de santé	La démotivation des agents dans les centres de santé <sup>6</sup>	La démotivation des agents est à la base du relâchement dans la mise en œuvre des activités dans les centres de santé.
	2	Irrégularité des supervisions des agents des centres de santé	Suggérer une approche de dynamisation des activités de supervision des agents dans les zones sanitaires	Dysfonctionnement des EEZS	Le dysfonctionnement des EEZS engendre l'irrégularité de la supervision des agents dans les CS
	3	Inexistence d'une bonne coordination des activités dans les centres de santé	Proposer des outils simplifiés de gestion mensuelle des activités dans les centres de santé	Insuffisance de connaissances des agents en gestion du temps et planification des activités.	L'insuffisance de connaissance des agents en gestion du temps explique l'inexistence d'une bonne coordination des tâches dans les centres de santé.

<sup>6</sup> Nous n'ocultons pas les causes liées à l'effectif, aux compétences des agents et à l'adéquation profils-postes.

## D – REVUE DE LITTÉRATURE

Bellehumeur M. [19] a énuméré les différentes variables influençant le rendement des agents à travers le schéma suivant :

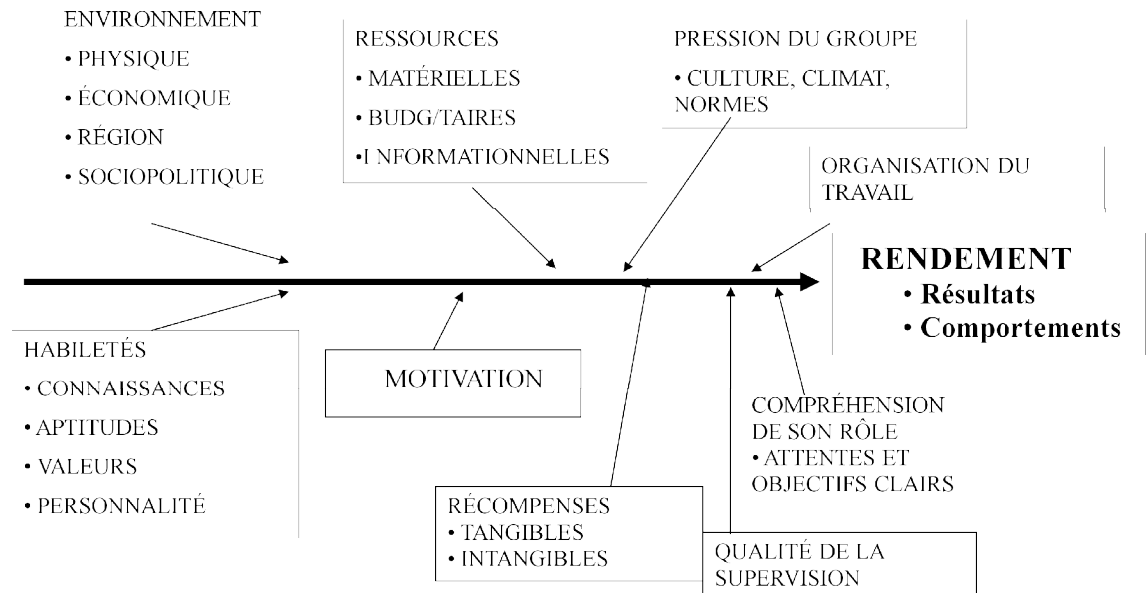


Figure n° 9 : Variables influençant le rendement des agents selon Bellehumeur

Au regard de l'état des lieux sur le fonctionnement des centres de santé de l'Ouéomé/Plateau, trois variables retiennent notre attention dans ce modèle. Il s'agit de la motivation, de la qualité de la supervision et de l'organisation du travail.

Louis Bergeron [26] a établi un modèle systémique de la performance au travail dans lequel il identifie clairement trois variables déterminantes du rendement d'un individu au travail. Il s'agit de l'aptitude, l'expérience et la motivation. Ce qui nous accroche dans son modèle est la précision qu'il donne en ce qui concerne la motivation. Louis Bergeron indique que la variable déterminant le rendement est la motivation et non la satisfaction. A cet effet, il définit les deux concepts "satisfaction" et "motivation" et établit une relation graphique entre eux pour montrer en quoi la satisfaction n'est pas un facteur déterminant de

la performance au travail. Pour l'auteur, la motivation est une force intérieure, poussant l'individu à agir dans le sens des objectifs organisationnels, tels qu'il les perçoit. La satisfaction est « *un état affectif résultant de la concordance entre ce qu'un individu s'attend de recevoir de son travail - contenu de la tâche, relations de travail, salaire, occasions de promotion et toute autre condition de travail – et l'évaluation de ce qu'il en reçoit effectivement.* <sup>7</sup>»

Suite à une étude sur la motivation et la performance du personnel de santé en 1995, E. ALIHONOU et al., [4] ont élaboré un modèle de motivation et de performance du personnel de santé au Bénin. Il en ressort que les ressources matérielles et financières, la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la rémunération, l'approche organisationnelle, les conditions socio sanitaires influencent la motivation et la performance des agents de santé par l'intermédiaire de leur compétence et des tâches. Le style de direction et la relation entre les agents et la communauté peuvent renforcer ou amoindrir la motivation et la performance du personnel. Ce modèle nous servira de référence dans l'analyse des informations recueillies.

Gildas NEGER [23] a développé un modèle de motivation "TRAVAIL" suivant l'approche sociocognitive de la motivation dans les organisations publiques. Dans ses propositions, il suggère un outil simple à mettre en œuvre pour pointer du doigt les causes inhérentes à la démotivation au sein de l'organisation et pour y remédier. Il s'agit d'un questionnaire fondé sur dix (10) conditions : l'intelligibilité, la diversification, l'intérêt motivationnel, la responsabilisation, le défi, l'engagement cognitif,

---

<sup>7</sup> Dion Gérard (1986), « Dictionnaire canadien des relations de travail » 2<sup>ème</sup> édition, Ste-Foy, PUL

l'interdisciplinarité, la collaboration, la période suffisante, la communication.

Dans le cadre de notre travail, nous nous inspirerons de l'outil proposé par Gildas NEGER [23] pour identifier les facteurs de démotivation des agents des centres de santé de l'Ouémé/Plateau. Ceci permettra de préconiser quelques éléments de motivation des agents.

Rosemary McMahon et al. [17], pour mettre en exergue les principes d'une bonne gestion des services de santé, ont défini trois grandes fonctions pour la gestion des services de santé : la planification, l'exécution et l'évaluation. Pour ces auteurs, les soins de santé primaires sont une notion complexe ; ils nécessitent l'utilisation la plus efficace possible des ressources et ils obligent à faire des choix et à établir des priorités. A cet effet, les gestionnaires de centres de santé, doivent avoir des connaissances en des domaines variés tels que : la planification des activités, la conduite de réunions, la communication, l'évaluation du travail, la gestion des différends, la gestion des stocks, la gestion financière, la gestion du temps, etc. Partant de là, nous apprécierons dans quelle mesure, les agents des centres de santé de l'Ouémé/Plateau, ont une connaissance de ces techniques.

En matière d'évaluation de la performance individuelle et de la productivité dans la Fonction Publique, Benoît NDI ZAMBO [20] a énuméré deux approches : l'évaluation des personnes et l'évaluation des résultats. L'approche d'évaluation des personnes est orientée vers l'individu et cherche à apprécier ses traits personnels, ses comportements, ses connaissances, ses habiletés, etc. Une telle approche fait jouer à l'évaluateur un rôle de psychologue et n'évalue pas la performance.

La deuxième approche est orientée vers le travail et appréhende la qualité et le degré de réalisation du mandat. Elle permet d'accéder à la vraie mesure de la performance. L'auteur indique différentes méthodes pour évaluer la performance individuelle dont :

- la méthode faisant appel à des comparaisons entre les agents sur des dimensions définies ;
- la méthode utilisant des standards où chaque agent est évalué sur la base d'un ensemble de critères accompagnés d'une échelle d'évaluation ;
- la méthode utilisant des objectifs de performance et fondée sur la description de poste, la définition des objectifs de l'organisation ;
- la méthode utilisant des indices/événements (taux d'absentéisme, taux de rejet, taux de vente, ...)

La littérature qui nous a aussi intéressé, est celle relative à l'expérience du Burkina Faso dans le cadre de la réforme qui vise à placer le concept de gestion axée sur les résultats, au cœur du pilotage de l'action administrative. Les outils essentiels élaborés pour apprécier les résultats des agents dans les services publics sont :

- les programmes d'activités ;
- les rapports d'activités ;
- les contrats individuels d'objectifs ;
- la lettre de mission ;
- les fiches d'indication des attentes.

## Paragraphe 2 : Méthodologie

La vérification des hypothèses émises dans le cadre de notre étude est basée sur une démarche scientifique de recherche de données. Les méthodes de collecte des données que nous avons utilisées revêtent deux formes à savoir : les méthodes empiriques et théoriques.

### A – Méthodes empiriques

Nous avons opté pour une investigation par enquête par sondage auprès des acteurs du système de santé des départements de l'Ouémé et du Plateau pour recueillir leurs opinions afin de pouvoir répondre aux interrogations que suscitent les hypothèses formulées dans notre étude.

La technique retenue pour cette enquête est l'entretien. Il a concerné les agents des centres de santé (infirmiers, sages femmes, techniciens de laboratoires, agents d'hygiène, aides soignants,...), les médecins chefs de communes, les médecins coordonnateurs de zones sanitaires et les cadres en service à la Direction départementale de la santé de l'Ouémé/Plateau.

### 1 – Echantillonnage

Dans les départements de l'Ouémé et du Plateau, on compte 128 centres de santé, cinq (5) médecins coordonnateurs de zones sanitaires, seize (16) médecins chefs de communes.

Pour le choix des agents à interviewer, deux méthodes d'échantillonnage ont été utilisées : la méthode probabiliste et la méthode non probabiliste.

**Méthode non probabiliste** : Nous avons procédé au choix exhaustif des médecins coordonnateurs de zones sanitaires et des médecins chefs

de communes. Un choix raisonné a été opéré pour retenir les cadres de la DDS-OP interviewés.

**Méthode probabiliste** : Nous avons fait le choix des agents enquêtés à travers un tirage aléatoire simple à deux niveaux. Il a été procédé dans un premier temps au tirage aléatoire simple (sans remise) de trois centres de santé dans chacune des 14 communes. Dans chacun des 42 centres de santé choisis, il est ensuite retenu dans l'échantillon trois agents choisis de façon raisonnée.

Ainsi, l'échantillon des acteurs interviewés se présente comme suit :

Tableau X : Echantillon des acteurs enquêtés

Cibles	Effectif
<b>Médecins coordonnateurs de zones sanitaires</b>	5
<b>Médecins chefs de communes</b>	16
<b>Cadres en service à la DDS-OP</b>	10
<b>Agents des centres de santé</b>	146
<b>Total</b>	<b>177</b>

## 2 - Outils de collecte des données

Les investigations ont été menées dans le cadre de l'enquête à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien.

Le questionnaire a été élaboré pour recueillir les données auprès des prestataires de soins dans les centres de santé. Outre l'identification, il comporte les questions relatives à la qualité motivationnelle du système sanitaire, leur connaissance dans les domaines de la gestion et les suggestions qui sont les leurs pour améliorer le système (Annexe 1).

Le guide d'entretien a été utilisé pour conduire les interviews avec les autorités sanitaires (médecins coordonnateurs de zones sanitaires, médecins chefs de communes, cadres de la DDS-OP). Il regroupe une série de quatre questions qui nous ont permis de recueillir les opinions desdits

responsables sur les facteurs de la baisse du rendement des agents, les motifs de l'irrégularité des supervisions dans les zones sanitaires et les actions qu'ils jugent nécessaires pour relancer les activités (Annexe 2).

### **3 - Collecte des données**

L'enquête par questionnaire s'est déroulée dans les 42 centres de santé sélectionnés (voir liste en Annexe 3) par tirage aléatoire simple sans remise à partir de la liste des 128 centres de santé de l'Ouémé et du Plateau. Avec l'appui matériel des autorités de la DDS-OP et le soutien technique des Agents Techniques de la Statistique (ATS) en poste dans les bureaux de zones sanitaires, ces questionnaires ont été administrés aux prestataires prévus à raison de trois agents par centre.

Nous nous sommes nous-mêmes entretenu avec les autorités sanitaires à travers un entretien directif. A l'aide du guide d'entretien, nous avons recueilli les opinions des médecins coordonnateurs, des médecins chefs de communes et des cadres en service à la DDS-OP. Le DDS-OP nous a accordé une interview.

Nous avons participé à l'atelier d'échanges sur les contre performances du système de santé de l'Ouémé/Plateau, organisé les 29 et 30 décembre 2010 par la DDS-OP à la Direction Nationale des Archives (Porto-Novo) et ayant réuni tous les médecins coordonnateurs de zones sanitaires, les médecins chefs de communes et les chefs de services de la DDS-OP.

### **4 - Dépouillement et traitement**

Les fiches remplies au cours de l'enquête ont fait l'objet d'une lecture minutieuse afin de regrouper les réponses obtenues en centres d'intérêts. Ces derniers ont permis de faire la codification et de monter un

masque de saisie à l'aide du logiciel EPI INFO. Les données ont été donc entrées avec l'appui technique des secrétaires de la DDS-OP ayant une bonne connaissance dudit logiciel.

Après vérification de la qualité des saisies, nous avons, sur la base de notre plan de traitement, généré les tableaux statistiques nécessaires à l'analyse des données pour la vérification des hypothèses. Le recours au logiciel Excel a permis de peaufiner les tableaux et les graphiques utilisés.

### **B – Approches théoriques**

La technique utilisée et qui s'inscrit dans l'approche théorique est la revue documentaire. Elle nous a permis de collecter les données administratives nécessaires à l'approfondissement de la réflexion pour la vérification des hypothèses.

A cet effet, des documents et outils de gestion ont été consultés. Il s'agit en l'occurrence des rapports de supervision, de contrôle, d'évaluation. Les textes régissant le fonctionnement des zones sanitaires ont été exploités.

Les notes de cours en identification et définition de projet, nous ont inspiré (élaboration d'un cadre logique) pour synthétiser et tester la cohérence des solutions préconisées par rapport au diagnostic et aux conditions de mise en œuvre. Les connaissances acquises à travers les cours de gestion du temps et de méthodologie de recherche nous ont servi de source d'inspiration pour l'analyse des résultats.

### **D – Seuils de décision**

Pour l'analyse des résultats, nous avons calculé, pour chaque facteur, le nombre d'agents l'ayant évoqué. Ainsi, nous avons ressorti où

se situe la majorité des agents. Si un pourcentage d'environ 30% ou plus d'agents ont évoqué une cause, il faudrait à notre avis voir comment améliorer cet aspect.

### **E – Limites de l'étude**

Notre étude est basée sur le constat du faible rendement des agents des centres de santé. L'inexistence d'outils comme les descriptions de tâches et d'un mécanisme d'évaluation du processus d'exécution des tâches, ne nous a pas permis de mesurer le niveau réel de ce rendement.

De même, les données statistiques actualisées ne sont pas disponibles pour apprécier les problèmes identifiés jusqu'en 2010.

Sur les 146 agents prévus dans l'échantillon, 126 ont effectivement répondu à nos questions.

Cette étude ne couvre que cinq zones sanitaires sur les trente quatre que comporte le système sanitaire du Bénin. Ainsi, les résultats ne sont pas suffisants pour la prise de décision à l'échelle nationale.

## **Section 2 : Des enquêtes de vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions**

Notre appréhension des déterminants du rendement des agents des centres de santé de l’Ouémé et du Plateau est ici décrite et analysée. Le repère pratique de notre analyse est la vérification des hypothèses et l’établissement du diagnostic, source d’éléments objectifs de propositions des solutions.

### **Paragraphe 1 : Enquêtes et vérification des hypothèses**

Cette rubrique présente les résultats issus de la collecte et du traitement des données d’une part, et l’analyse que nous en faisons pour vérifier les hypothèses de notre étude d’autre part.

#### **A- Présentation des résultats**

##### **1 – Facteurs de baisse du rendement selon les agents des centres de santé**

Le dépouillement des réponses données par les agents des centres de santé révèle les motifs qu’ils évoquent pour justifier le faible enthousiasme dont ils font preuve au travail. Les différents facteurs du relâchement de certaines activités du paquet minimum se résument en neuf points :

\* **La vocation** : sur les 126 agents interviewés, 70 soit 55,6% ont cité le manque de vocation comme la base du faible rendement dans les centres. Très peu de gens entrent dans la profession paramédicale par vocation, ont-ils précisé. Ils ont déclaré que la profession paramédicale offre l’opportunité de travailler à plusieurs endroits pour vite retrouver les fonds investis pour la formation et donc de réduire le risque du chômage.

**\*Intérêt motivationnel des tâches :** les agents ont trouvé que certaines tâches découlant du paquet minimum des activités sont rébarbatives et créent une surcharge de travail. Ils ont fait allusion aux tâches de tenue de la comptabilité, de production des données statistiques,... Un accent a été mis sur les tâches afférentes aux interventions des programmes verticaux du Ministère de la Santé qui démarrent les activités avec une motivation financière qui ne dure pas tout le temps que les tâches doivent être exécutées. Les activités hors centres de santé, en l'occurrence celles qui nécessitent le porte à porte, sont jugées ennuyeuses car l'effectif des agents est insuffisant selon 13,5% des agents interviewés. La répartition des enquêtés se présente comme suit selon les réponses :

Tableau XI : **Répartition des enquêtés selon leur appréciation de l'intérêt motivationnel des tâches**

Réponse	Nombre d'agents	%
Tâches rébarbatives existent.	31	24,6
Tâches non rébarbatives	95	75,4
Total	<b>126</b>	<b>100</b>

**\*Interaction et collaboration :** l'ambiance de travail est diversement appréciée par les agents interviewés dans les centres de santé. Certains y trouvent une source de la baisse d'enthousiasme au travail. Ils déplorent le manque d'esprit d'équipe et l'insubordination de certains agents non qualifiés qui ont soit trop duré à un même poste, soit sont des autochtones et des acteurs politiques locaux. Le droit d'aînesse n'est plus reconnu par certains nouveaux agents qualifiés qui, arguant avoir la même qualification que leurs responsables, ne sont pas prêts à recevoir des ordres de ces derniers. L'impunité a été citée comme facteur favorable à

tout cela. Le tableau suivant présente la répartition des enquêtés selon les réponses données.

Tableau XII : **Distribution des enquêtés selon leur appréciation de l'ambiance de travail**

Réponse	Nombre d'agents	%
Bonne collaboration	73	57,9
Mauvaise ambiance	53	42,1
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

**\*Reconnaissance du travail bien fait** : la quasi-totalité (96,9%) des agents interrogés ont déclaré que l'un des facteurs du relâchement des activités dans les centres de santé demeure l'inexistence d'un mécanisme de récompense des agents méritants. Ils trouvent que la performance des agents n'est nullement prise en compte dans la gestion des ressources humaines du secteur. Ils citent comme éléments souvent considérés par les dirigeants pour l'amélioration de la situation professionnelle de certains agents, le militantisme politique et les fonctions syndicales.

**\*Leadership** : à la question « trouvez-vous que vos dirigeants vous impressionnent par leur travail ? », les réponses apportées par les agents se présentent comme suit :

Tableau XIII : **Distribution des enquêtés selon leur appréciation du travail des dirigeants**

Réponse	Nombre d'agents	%
Oui (dirigeants inspirent)	14	11,1
Non (dirigeants n'inspirent pas)	112	88,9
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Les explications apportées par ceux qui trouvent que leurs dirigeants ne les impressionnent pas par leur travail sont diverses. D'une

part, il y a ceux qui évoquent l'incompétence des cadres et doignent leur incapacité à exécuter certaines tâches de gestion. Ils déclarent que certains médecins chefs ne font pas preuve de la maîtrise du SNIGS et de beaucoup d'autres domaines au point de mobiliser les agents autour des objectifs. D'autre part, il y a ceux qui révèlent que les médecins chefs et les médecins coordonnateurs ne sont pas souvent à leurs postes de travail et travaillent peu dans leurs zones respectives. Ils trouvent que l'administration des zones sanitaires est inefficace et certains médecins chefs n'aiment pas collaborer.

Parmi ceux qui ont répondu non, 27,7% des agents interviewés ont précisé que leurs dirigeants ne donnent pas le bon exemple.

**\*Équité dans le traitement des agents :** les réponses apportées à la question de savoir si les agents trouvent que le dispositif sanitaire comporte des éléments d'injustice et que les travailleurs sont traités inéquitablement, sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau XIV : **Distribution des enquêtés selon leur appréciation du traitement des agents**

Réponse	Nombre d'agents	%
Traitement équitable	2	1,6
Traitement inéquitable	124	98,4
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Trois éléments favorisent cette injustice dans le système selon les enquêtés : l'existence dans les centres de santé des agents de quatre statuts différents, la politisation de l'administration sanitaire et l'insuffisance de communication entre les acteurs.

L'effectif du personnel est composé de quatre statuts différemment traités sur le plan salarial. Il s'agit des APE, des contractuels de l'Etat, des agents dits "mesures sociales" et de ceux dits du "financement communautaire". Aux dires des agents, les "mesures sociales" et "financement communautaire" trouvent qu'ils sont très peu considérés dans les centres de santé par les APE. Selon eux, ces derniers se donnent moins au travail car quel que soit le résultat, ils auront leurs traitements. Cette attitude frustre les agents dont les rémunérations sont tributaires des recettes des centres de santé.

Aussi a-t-il été évoqué le mode de recrutement des agents sur fonds de mesures sociales. Certains agents du financement communautaire se sentent frustrés car ayant vu de nouvelles personnes recrutées et mieux payées alors qu'elles n'ont pas souvent les compétences requises. Cette frustration, selon eux, est aggravée avec la mesure de reversement des agents. Les nouvelles recrues sur les fonds de mesures sociales ont leurs situations salariales améliorées et moins précaires au vu et au su des anciens agents du FC dont les conditions salariales demeurent dérisoires et disparates. La non prise en compte de l'ancienneté de chaque agent pour son reversement est apparue aussi comme un facteur de mécontentement.

Les agents interviewés ont déclaré que les mutations, les nominations des responsables sont politisées. Les agents "mesures sociales" trouvent que leur mutation est basée sur le copinage et comporte une injustice flagrante. 8,3% des enquêtés ont déclaré que les profils des responsables ne sont pas en adéquation avec les postes qu'ils occupent.

**\*Communication** : A la question de savoir s'ils sont impliqués dans les décisions concernant leur travail, 89,7% des agents ont répondu "non".

6,7% des agents interviewés ont précisé que l'une des conséquences du manque de communication entre leurs dirigeants et eux est la méconnaissance des droits et des devoirs d'un agent public par les prestataires des centres de santé.

**\*Supervision** : l'irrégularité de la supervision a été citée par 13,3% des enquêtés comme facteur de relâchement des activités dans les centres de santé.

**\* Moyens de travail** : Les agents ont diversement apprécié le caractère suffisant des moyens de travail disponibles dans les centres de santé. A la question de savoir s'ils trouvent qu'ils ont les moyens pour exécuter les tâches qui leur sont confiées, 56,7% des agents ont répondu positivement alors que 43,3% ont déclaré le contraire.

## **2- Facteurs de baisse de rendement selon les autorités sanitaires**

Selon les autorités sanitaires des départements de l'Ouémé et du Plateau, la baisse du rendement dans les centres de santé est due à la non maîtrise du paquet minimum d'activités par les agents. Ces derniers n'ont pas une parfaite connaissance du PMA afin de savoir comment s'y prendre pour bien le mettre en œuvre.

Certains évoquent l'inexistence de la crainte d'autorité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la politisation à outrance de l'administration sanitaire. Tout comme les prestataires des centres de santé, les autorités trouvent que les agents sont inéquitement traités et ne sont pas régulièrement supervisés. Elles ont déclaré aussi que les conditions de travail dans certains centres ne sont pas favorables à un bon

rendement. Le tableau suivant présente les différents facteurs cités et leur fréquence.

Tableau XV : **Fréquence des facteurs de baisse de rendement selon les autorités sanitaires**

<b>Facteurs</b>	<b>Fréquence</b>
Connaissance du PMA par les agents	21,4%
Crainte de l’autorité	57,1%
Supervision des agents	35,7%
Équité dans le traitement des agents	57,1%
Moyens de travail	42,9%
Politisation de l’administration sanitaire	35,7%
Obligation de compte rendu et de résultats	28,6%

### **3- Causes de l’irrégularité de la supervision selon les autorités sanitaires**

Aux dires des autorités sanitaires, plusieurs causes entravent la régularité des supervisions dans les zones sanitaires. La principale cause est le manque de rigueur dans la coordination des activités par les EEZS. Selon les enquêtés, il n’existe pas une planification rigoureuse des activités qui tienne compte des nombreuses interférences venant des niveaux national et départemental et qui priorise la supervision.

La qualité du leadership occupe le second rang dans les causes évoquées. Les membres des EEZS ne sont pas mobilisés autour de l’objectif de superviser les agents de façon à conjuguer les efforts et mettre ensemble les ressources pour y parvenir.

Au troisième rang se trouve l’insuffisance des ressources allouées aux EEZS. Les autres causes citées étant l’inexistence de mécanisme de reconnaissance du travail bien fait et le transfert des ressources sans un contrôle de la qualité des dépenses. Le tableau suivant présente les opinions des autorités sanitaires :

Tableau XVI : **Fréquence des causes de l'irrégularité des supervisions selon les autorités sanitaires**

Causes	Fréquence
Transfert de ressources sans contrat de performance	14,3%
Insuffisances des ressources	50%
Inexistence d'une bonne coordination	92,9%
Manque de leadership	57,1%
Non adhésion à l'approche zone sanitaire	21,4%
Inexistence de mécanisme de reconnaissance du travail bien fait	42,9%

#### 4- Niveau de connaissances des agents en techniques de gestion

La situation des responsables de centres de santé selon qu'ils aient reçu ou non la formation dans l'un ou l'autre des domaines de gestion se présente comme suit :

Tableau XVII : **Proportion des agents de santé selon les techniques de gestion connues**

Domaines	Oui	Non
Elaboration de description de poste	54%	46%
Communication interpersonnelle	52,3%	47,7%
Technique de conduite d'une réunion	36,9%	63,1%
Gestion des conflits ou des différends	26,2%	73,8%
Facteurs de motivation et de mécontentement des agents	29,2%	70,8%
Gestion du temps	24,6%	75,4%
Elaboration du Plan de travail annuel	41,5%	58,5%

## B- Analyse des résultats

Il apparaît que la gestion des ressources humaines des centres de santé de l'Ouémé et du Plateau, est caractérisée par ***l'inéquité dans le traitement des agents*** du fait de l'existence de quatre mécanismes différents de recrutement et d'embauche. Les agents ainsi mis à la disposition des centres de santé sont différemment traités sur plusieurs plans : salarial, mutation, ... En effet, aussi bien les agents que les autorités sanitaires ont évoqué ce facteur comme étant à la base de la baisse de rendement dans les centres. Parmi les agents, cet élément a été cité à 98,4% et dans le rang des autorités, il a été évoqué à une fréquence de 0,57. Les frustrations nées d'une telle injustice créent la morosité de l'ambiance de travail et réduisent la motivation. E. Alihonou et al. [4] ont démontré que le sens d'équité du chef est une variable réductrice de la motivation du personnel de santé au Bénin.

Le deuxième facteur majeur qui se dégage des résultats de notre enquête est ***l'inexistence d'un mécanisme de reconnaissance du travail bien fait*** dans le système de santé. Il n'existe pas un système d'identification périodique des agents méritants afin de les récompenser en conséquence. Les agents l'ont exprimé à près de 97% ; les autorités sanitaires aussi.

Dans le rapport de l'évaluation rapide du système de santé au Bénin [1] en 2006, on peut lire : « ... *une gestion des ressources humaines inadéquate comme l'indique l'absence de gestion des carrières et de la performance : absence de planification de la performance, de mécanismes officiels, équitables et participatifs applicables à l'examen de la performance ; ...* » En effet, l'absence de reconnaissance et de récompense

est décourageante et influence le rendement des agents. Il convient de rappeler que la récompense du travail fait partie des éléments essentiels d'institutionnalisation de l'assurance de qualité. Parmi les variables d'accroissement de la motivation du personnel de santé au Bénin reconnues dans le modèle de E. Alihonou et al. [4] figure en bonne place, l'évaluation du rendement de l'agent ; le manque de félicitations à l'agent par le chef, étant réducteur de la motivation.

Au troisième rang des facteurs se trouve **la qualité du leadership**. Nous le dégageons des éléments suivants évoqués par les enquêtés : le défaut de communication sur le PMA et la perte de l'autorité reconnue. En effet, les supérieurs hiérarchiques trouvent que les agents n'ont plus la crainte de l'autorité et les agents estiment que les chefs ne les inspirent pas par leur travail (88,9% des enquêtés). Jean-Pierre Lauzier<sup>8</sup> énumère trois qualités requises pour un leader performant : (1) être capable d'établir et de communiquer les objectifs et les motifs pour lesquels il désire les atteindre, (2) être un bon utilisateur de la communication rétroactive, (3) être un modèle par ses actions. On note que les autorités sanitaires ne réussissent pas à aider les agents (par la communication) à se responsabiliser quant à l'atteinte des objectifs fixés et ceci, dans une synergie de groupe.

**L'irrégularité de la supervision** est reconnue par tous les acteurs (agents et autorités) comme étant à la base de la baisse du rendement dans les centres de santé. La principale cause de cette irrégularité est la mauvaise organisation des activités par les EEZS : 92,9% des autorités sanitaires trouvent qu'il n'y a pas une bonne coordination des activités, et

---

<sup>8</sup> Jean-Pierre Lauzier, conférencier, formateur, expert-conseil.

57,1% d'entre elles précisent qu'il manque de leadership au sein des EEZS. Il y a donc un dysfonctionnement des EEZS.

La lecture des textes et notre expérience personnelle du fonctionnement des zones sanitaire nous permettent de conclure que le dysfonctionnement des EEZS est renforcé par le manque de cohésion dans les textes régissant la zone sanitaire. Le décret n° 2005-611 du 28 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires ne prévoit nulle part, le poste de médecin chef de commune dans le système "zone sanitaire". Ce dernier est apparu dans l'arrêté n°10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 8 novembre 2005 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement de l'EEZS, qui ne prévoit aucune ressource financière sur laquelle le médecin chef de commune pourrait avoir d'autorité directe pour l'exécution des tâches de supervision des agents dans les centres de santé.

Nous référant à cet arrêté, nous pouvons conclure que la supervision des agents des centres de santé n'est pas une tâche réglementairement dévolue aux médecins chefs de communes. Le texte précise que le médecin coordonnateur assure cette supervision et le médecin chef de commune y participe. Fort de cela, très peu de médecins chefs de communes prennent l'initiative des supervisions de proximité.

De même, l'arrêté suscité stipule que le médecin coordonnateur de zone sanitaire est le responsable de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières de la zone sanitaire. Nonobstant cette disposition réglementaire, le Ministère de la santé affecte directement certaines ressources notamment les véhicules de supervision aux

médecins chefs de communes qui du coup, s'érigent en utilisateurs principaux desdits véhicules. Cette pratique réduit voire annule le pouvoir de décision du médecin coordonnateur sur l'utilisation des véhicules de supervision disponibles dans la zone sanitaire dans le contexte actuel caractérisé par la multiplicité des sollicitations des acteurs du niveau périphérique par la hiérarchie hors de leurs zones sanitaires.

L'exploitation des données relatives aux connaissances des agents dans les domaines de gestion permet de dégager que ceux qui gèrent les centres de santé n'ont pas une grande capacité en gestion du temps et des ressources humaines notamment en ce qui concerne la communication interpersonnelle et la motivation au travail. On pourrait comprendre pourquoi dans l'appréciation de l'intérêt motivationnel des tâches du PMA, certains agents ont trouvé que les tâches administratives et managériales sont rébarbatives.

On ne saurait négliger l'insuffisance des moyens de travail dans la réflexion sur la baisse du rendement dans les centres de santé. On constate tout de même que moins de 50% des acteurs ont évoqué cela comme facteur du manque d'enthousiasme au travail. Il n'apparaît pas très déterminant car le taux de conformité des centres de santé aux normes en équipement est de 61,5% dans l'Ouémé et le Plateau. Toutefois, le manque de réalisme des normes et standards en matière d'effectifs des agents, la raréfaction des ressources humaines qualifiées, l'inexistence de logements dans certains centres, la non-conformité des infrastructures sanitaires dans d'autres, sont autant de réalités qui exigent la prise en compte des conditions de travail comme l'un des facteurs de la baisse du rendement dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.

Il apparaît aussi que le **manque de vocation** occupe une place non négligeable dans la baisse du rendement observée dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau: 55,6% des agents sont revenus là-dessus. La recherche de revenus financiers prime la satisfaction morale dans le travail. Or la vocation est une variable d'accroissement de la motivation du personnel de santé, selon le modèle de E. Alihonou et al [4].

## C – Vérification des hypothèses

L'analyse faite des résultats de notre enquête nous a permis de ressortir les causes de démotivation des agents dans les centres de santé de l'Ouémé/Plateau, de montrer qu'il y a un dysfonctionnement des EEZS et que le niveau de connaissance en gestion des agents est insuffisant. Pour atteindre les objectifs de l'étude, il nous faudra vérifier les trois hypothèses émises. Les informations contenues dans l'analyse sont de nature à valider cette vérification. En effet, pour le recueil des opinions, nous avons retenu dans l'échantillon toutes les catégories d'acteurs. De même, le choix des agents par un tirage aléatoire a permis de réduire au maximum les biais.

**Vérification de l'hypothèse 1.-** La démotivation des agents est à la base du faible rendement dans les centres de santé dans l'Ouémé et le Plateau.

Il ressort de l'analyse des résultats de l'enquête que les causes de la baisse du rendement dans les centres de santé sont :

- l'Inéquité dans le traitement des agents ;
- l'inexistence d'un mécanisme de reconnaissance du travail bien fait ;
- la qualité du leadership ;
- l'irrégularité de la supervision ;
- le manque de vocation ;
- l'insuffisance des moyens de travail.

Rosemary McMahon et al. [17] ont indiqué six causes de mécontentement ou de démotivation au travail : l'administration inefficace, l'incompétence des cadres, la mauvaise entente entre les personnes, l'inaptitude à diriger, la faiblesse des salaires et les mauvaises

conditions de travail. Nous pouvons établir une analogie entre elles et les causes identifiées à travers notre enquête.

**Tableau XVIII : ANALOGIE ENTRE NOS RESULTATS ET LES CAUSES DE DEMOTIVATION INDIQUEES PAR Rosemary McMahon et al.**

N°	Causes de démotivation selon Rosemary McMahon et al.	Eléments constitutifs
1	Administration inefficace	Inéquité dans le traitement des agents. Inexistence de mécanisme de reconnaissance du travail bien fait. Irrégularité de la supervision
2	Incompétence des cadres	-
3	Mauvaise entente entre les personnes	Inéquité dans le traitement des agents.
4	Inaptitude à diriger	Qualité du leadership
5	Faiblesse des salaires	Inéquité dans le traitement des agents
6	Mauvaises conditions de travail	Insuffisance des moyens de travail

Il ressort de la comparaison faite ci-dessus que sur les six causes de mécontentement au travail, cinq ont été retrouvées à travers notre enquête. Les éléments évoqués par les agents sont des facteurs de démotivation au travail. L'hypothèse n°1 est donc vérifiée et nous pourrions affirmer que **la démotivation des agents est à la base du faible rendement dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.**

**Vérification de l'hypothèse 2.**- Le dysfonctionnement de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire induit l'irrégularité de la supervision des agents dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.

Dans l'analyse des résultats, trois éléments essentiels sont ressortis comme engendrant l'irrégularité de la supervision des agents dans les centres de santé : l'inexistence d'une bonne coordination des activités par les EEZS, le manque de leadership au sein des EEZS et le manque de cohésion dans l'application des textes régissant le fonctionnement des zones sanitaires.

*« La coordination sert à répartir l'autorité, fournir des voies de communication, organiser le travail de telle sorte que les choses soient faites à l'endroit voulu, au bon moment, comme il le faut par les personnes voulues »* Rosemary McMahon et al. [17]. L'inexistence d'une bonne coordination est un indice de dysfonctionnement précisément dans la fonction de planification et de suivi des activités par les EEZS.

Le leadership est la capacité du chef de file à aider les collaborateurs à se responsabiliser quant à l'atteinte d'un objectif commun dans une synergie de groupe. Le leader performant garantit donc le bon fonctionnement de l'organisation qu'il dirige. Dans le cas des EEZS de l'Ouémé et du Plateau, le leadership n'est pas perçu : il en découle leur dysfonctionnement. Nous avons également montré comment le manque de cohésion entre les textes régissant les zones sanitaires fait le lit à ce dysfonctionnement de l'EEZS.

Au total, l'inexistence d'une bonne coordination des activités par les EEZS, le manque de leadership et le manque de cohésion dans l'application des textes créent le dysfonctionnement des EEZS qui est alors

la cause principale de l'irrégularité des supervisions au sein des zones sanitaires.

Fort de cet argumentaire, l'hypothèse n°2 est confirmée et nous pouvons conclure que **le dysfonctionnement de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire induit l'irrégularité de la supervision des agents dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.**

**Vérification de l'hypothèse 3.-** L'insuffisance de connaissance en gestion des agents explique l'inexistence d'une bonne coordination des activités dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.

« *La bonne gestion est à l'organisation, ce que la santé est au corps. Si le centre de santé est bien géré, la communauté jouit d'une meilleure santé*<sup>9</sup> ». Rosemary McMahon et al. [17] mettent ainsi en évidence, la place déterminante de la maîtrise des techniques de gestion par les agents de santé dans l'efficacité des centres de santé. Parmi les techniques que doivent maîtriser les gestionnaires des centres il y a la planification, le suivi et l'évaluation des activités, les techniques de gestion du temps, du matériel, des stocks et des ressources financières, ...

L'enquête a montré qu'au moins 75% des agents n'ont pas de connaissance en gestion du temps. Or la maîtrise des règles de gestion du temps permet de mieux utiliser les outils de planification des activités, de veiller à une meilleure organisation des tâches et de procéder à un contrôle régulier du déroulement du travail.

Parmi les cinq piliers du système de santé de district indiqués par l'OMS se trouvent : l'organisation, la planification et la gestion des

---

<sup>9</sup> Tiré de l'introduction de l'ouvrage de Rosemary McMahon et al., Si vous êtes chargés de ... Guide de gestion à l'usage des responsables de soins de santé primaires, 2<sup>ème</sup> édition, p4.

ressources humaines. Autant de choses qui ne sont pas bien perçues dans les compétences des agents des centres de santé de l'Ouémé et du Plateau. Ces derniers ont d'ailleurs reconnu à 86,7%, que la non maîtrise de ces techniques réduit leur capacité en matière de coordination des activités du PMA. C'est dire que l'hypothèse n°3 est vérifiée autrement dit **l'insuffisance de connaissance des agents en gestion explique l'inexistence d'une bonne coordination des activités dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau.**

#### **D – Etablissement du diagnostic**

Au terme de la vérification des hypothèses, le diagnostic se présente comme suit : la démotivation des agents, l'irrégularité de la supervision et l'inexistence d'une bonne coordination des activités sont les principales causes de la performance mitigée des centres de santé par le biais du faible rendement des agents. Les facteurs de démotivation des agents sont l'inéquité dans le traitement des ressources humaines, le manque de vocation, la non reconnaissance du travail bien fait, l'insuffisance des moyens de travail et le manque de leadership. Renforcé par le dysfonctionnement des EEZS et le manque de cohésion entre les textes régissant les zones sanitaires, le manque de leadership induit l'irrégularité de la supervision. L'inexistence d'une bonne coordination des activités dans les centres de santé est essentiellement due à l'insuffisance de connaissance des agents en gestion.

Schématiquement, le diagnostic se présente comme suit :

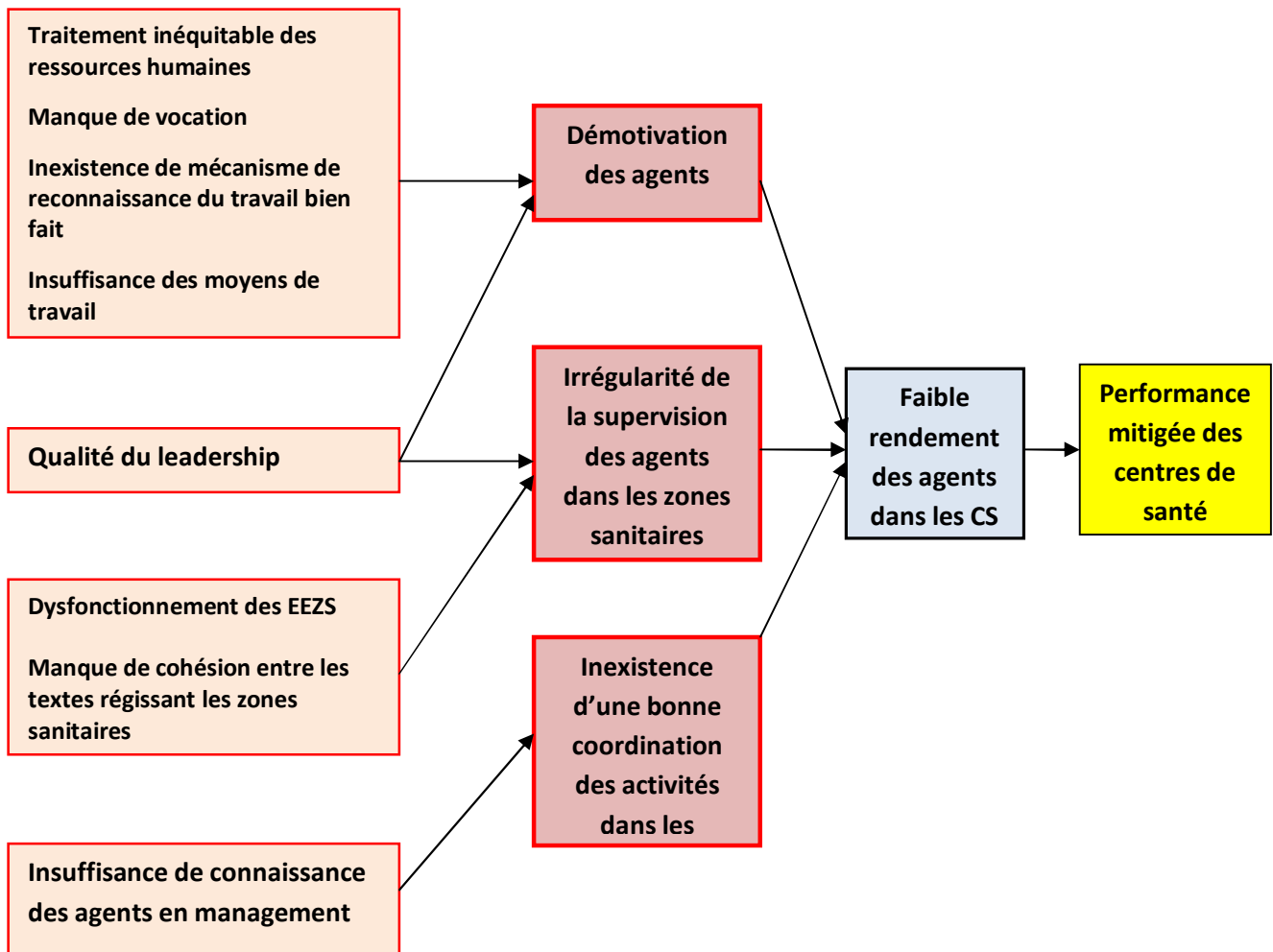


Figure n° 10: Schéma du diagnostic établi à travers notre étude

## Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre

Nous évoquerons sous cette rubrique, les suggestions qui sont les nôtres pour recréer la motivation au travail dans les zones sanitaires, impulser la supervision des agents et aider les agents des centres de santé à mieux s'organiser dans la mise en œuvre du paquet minimum d'activités.

### A – Approches de solutions

La résolution de la problématique du faible rendement des agents des centres de santé de l'Ouémé et du Plateau passe par la mise en œuvre de trois suggestions.

Tableau XIX : **Récapitulatif des approches de solution**

Solutions préconisées	Opérationnalisation	Conditions de réalisation
1 - Mise en place d'un mécanisme de gestion du rendement des agents dans les zones sanitaires	1.1 Elaborer un manuel d'organisation et de procédures 1.2 Veiller à l'adéquation profils/postes 1.3 Elaborer les grilles de performance avec des normes judicieusement choisies 1.4 Communiquer et faire adopter les grilles de performance 1.5 Planifier et organiser l'évaluation annuelle et objective des performances 1.6 Assurer la récompense des équipes/agents modèles	Equité dans le traitement des ressources humaines.  Leaders performants à tous les niveaux de direction.  Conscience professionnelle.
2 – Renforcement des EEZS	2.1 Recentrer les véhicules de supervision sous l'autorité directe des MCZS 2.2 Affecter les MCC aux bureaux de zones pour créer 3 postes de médecins appui aux MCZS 2.3 Maintenir dans chaque CS de chef lieu de commune, un médecin généraliste pour uniquement des tâches cliniques. 2.4 Former les membres des EEZS en gestion administrative et management 2.5 Construire et équiper les bureaux de zones sanitaires 2.6 Sensibiliser les acteurs sur l'approche zone sanitaire	Adéquation entre les ressources financières et les besoins des EEZS.  Adhésion des acteurs à l'approche zone sanitaire.
3 – Renforcement des compétences des agents en gestion	3.1 Elaborer les outils simples de programmation et de compte rendu des activités des CS 3.2 Former les agents des CS à l'utilisation des outils 3.3 Rendre les outils opérationnels et appuyer les agents dans l'utilisation	Bonne utilisation des outils par les agents. Conscience professionnelle

**Suggestion 1 : *Mise en place d'un mécanisme de gestion du rendement des agents dans les zones sanitaires.***

L'un des points forts du système de santé est la délégation des crédits du Budget National et l'autonomie de gestion conférée aux responsables du niveau périphérique sur les ressources propres des centres de santé et des EEZS. L'autorité conférée aux acteurs de la périphérie dans la gestion des centres de santé, est donc accompagnée d'une autonomie de gestion des ressources. Toutefois, cette déconcentration ne fait pas l'objet d'une obligation de compte rendu et de résultats. Ainsi, elle est contre productive. Certes, l'étude a révélé que la baisse du rendement est due à la démotivation des agents ; ce qui ferait penser à l'urgence de la prise de décisions ou d'actions pour les conditions socio-sanitaires et salariales des agents. Cela ne changerait pas grande chose. Le facteur de motivation par lequel nous pensons qu'il faille attaquer le problème est l'évaluation et la récompense du travail. Les acteurs ayant l'autorité dans la gestion des centres de santé, il convient d'assumer la responsabilité que cela induit. Pour cela, il faudra mettre en place le mécanisme d'imputabilité et les émulations nécessaires pour sanctionner selon les résultats.

Pour y parvenir, la description des tâches devra être élaborée pour tous les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les descriptions de tâches devront être assorties de grilles de performance approuvées par les acteurs et les ressources mobilisées pour assurer le déroulement chaque année, du processus d'évaluation de la performance des acteurs à tous les échelons de la zone sanitaire de manière descendante. Il s'agit bien sûr d'évaluer la performance dans l'exécution

des tâches, donc une évaluation de processus. La DDS évaluera les membres des EEZS qui à leur tour évalueront les agents des centres de santé. Aucune évaluation ne devra être faite sans restitution des résultats et récompense des méritants.

**Suggestion 2 : Renforcement des EEZS.**

Dans le rapport d'étude de Cheikh S. A. et al. [3], on peut lire : « *La zone sanitaire suppose une vision commune, une démarche concertée sous une autorité unique.* » Ainsi, la résolution du problème de l'irrégularité des supervisions suppose le règlement de la question du maintien des médecins chefs de communes à leurs postes dans le système "zone sanitaire".

Pour cela, l'arrêté n°10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 8 novembre 2005 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement de l'EEZS devra être relu et rendu conforme au décret n°2005-611 du 28 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires.

Il faudra recentrer les ressources matérielles (notamment les véhicules de supervision des médecins chefs de communes) et humaines (les actuels médecins chefs de communes) autour du médecin coordonnateur de zone sanitaire au bureau de zone. Les médecins généralistes qui seraient positionnés dans les centres de santé implantés aux chefs lieux de communes (ex Centres de Santé de Communes) auront essentiellement des tâches cliniques et pourront être sollicités par le bureau de zone sanitaire pour renforcer les équipes de supervision.

**Suggestion 3 : Renforcement des compétences en gestion des agents des centres de santé.**

Il faudra élaborer et mettre en œuvre un plan de formation des agents des centres de santé dans le domaine de gestion pour leur permettre de mieux organiser les activités du paquet minimum. Il urge de donner aux acteurs de la périphérie quelques éléments du droit de la Fonction publique et des techniques de management. En management, l'accent devra être mis sur la gestion du temps et la planification des activités. Le leadership, la communication interpersonnelle, les techniques de conduite d'une réunion, la gestion des différends, les techniques d'autoévaluation sont autant de sujets qu'il faudra aborder avec les agents des centres de santé sans oublier la rédaction administrative.

Pour renforcer leur capacité, il convient d'introduire un outil simple de programmation mensuelle des tâches, qui intègre toutes les activités du centre et qui précise pour chaque agent, le travail à accomplir et à quel moment (annexe 4).

En vue d'habituer les agents des centres de santé à l'autoévaluation et au partage des résultats afin de commencer déjà à valoriser leur travail dès la base, un canevas préétabli de compte rendu de l'exécution du planning mensuel des tâches pourrait être mis à la disposition. Ce support devra être rempli et présenté à chaque réunion du CODIR par les responsables de centres de santé (voir annexe 5).

## **B – Conditions de mise en œuvre des approches de solutions.**

L'opérationnalisation des solutions préconisées ci-dessus suppose des préalables.

Pour que **la mise en place du mécanisme d'évaluation et de récompense de la performance** contribue effectivement à donner la motivation au travail dans le système de santé, il est nécessaire que :

- les autorités œuvrent pour la dépolitisation de l'administration sanitaire. Ne pas le faire, c'est créer les conditions pour ne pas exploiter les résultats de l'évaluation et être en mesure de prononcer les sanctions (positives ou négatives) qui serviraient de base à l'émulation.
- les médecins coordonnateurs et les agents de santé nommés responsables des centres de santé développent le leadership. Pour ne pas hypothéquer leur performance, il est impérieux qu'ils sachent aider leurs collaborateurs à se responsabiliser pour atteindre les objectifs dans une synergie de groupe. Cela suppose aussi qu'il y ait une adéquation entre les profils et les postes.
- les autorités à tous les niveaux veillent à l'équité dans le traitement des agents. Les disparités dans les rémunérations pour un même travail et une même qualification doivent être corrigées. La DDS-OP et les EEZS devront aider les agents pour le suivi de leur carrière. Le mode de partage des primes de monitoring devra tenir compte de la participation réelle de chaque agent au travail. Les mutations des agents doivent être objectives.
- les agents fassent preuve d'une conscience professionnelle à travers l'assiduité, la ponctualité et la disponibilité au travail.

Le **renforcement des EEZS** réussira et constituera un élément d'impulsion de la supervision, s'il y a une véritable adhésion de tous les acteurs à l'approche zone sanitaire. Il serait utile de sensibiliser les autorités politiques locales afin de prévenir les contestations éventuelles que susciterait le recentrage des ressources humaines et matérielles sous l'autorité des médecins coordonnateurs de zones sanitaires.

Aussi faudra-t-il que le Ministère de la Santé crée de bonnes conditions de travail pour les EEZS. Les bureaux de zones sanitaires devront être construits et équipés suivant un plan qui offre un cadre de travail adéquat.

La DDS-OP et les bureaux de zones sanitaires devront être dotés de cadres compétents en administration et management pour accompagner les médecins : un technicien supérieur en planification par bureau de zone serait un atout.

Pour renforcer la capacité des agents de centres de santé en gestion et réussir la mise en place d'un mécanisme d'évaluation objective de la performance, la DDS-OP devra disposer de cadres capables de concevoir les modules de formation, d'organiser les sessions, d'aider à suivre la cohérence des plans de travail annuels que présentent les EEZS, de concevoir les outils d'évaluation, etc.

## CONCLUSION

Le fonctionnement des centres de santé dans les départements de l'Ouémé et du Plateau est caractérisé par le faible rendement des agents. Il ressort de notre étude que cela trouve sa source dans l'émergence de certains facteurs de démotivation, l'irrégularité de la supervision et l'inexistence d'une bonne coordination des activités dans les centres de santé.

Les éléments de mécontentement notés sont essentiellement le traitement inéquitable des agents du fait de la diversité de leurs statuts, l'inexistence d'un mécanisme de reconnaissance du travail bien fait, le manque de leadership et l'insuffisance des moyens de travail.

L'irrégularité de la supervision est une conséquence du dysfonctionnement des EEZS soutenu par le manque de cohésion entre le décret régissant les zones sanitaires et les arrêtés de son application d'une part, et l'insuffisance des ressources dont disposent les EEZS d'autre part.

L'amélioration du rendement des agents dans les centres de santé de l'Ouémé et du Plateau passe par la mise en place d'un mécanisme de gestion de la performance, le renforcement des EEZS et le développement des compétences des agents en management des services publics.

Cela nécessite que les agents de santé fassent preuve de conscience professionnelle et que les autorités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire développent le leadership et assurent l'équité dans le traitement des agents vu la diversité de leurs statuts : APE, CE, MS et FC. Le suivi de la carrière, la gestion de la mesure de reversement, la disparité dans les principes de mutation, le partage des primes de monitoring, la

rémunération des agents du financement communautaire sont les aspects clefs évoqués au cours des entretiens.

Il faudra une véritable adhésion des acteurs à l'approche zone sanitaire si l'on veut assurer la cohésion des EEZS et dynamiser les activités de supervision au sein des zones sanitaires.

Cette étude permet de susciter les réflexions autour de l'introduction des matières relatives au droit de la fonction publique, au droit du travail et aux techniques de gestion des services de santé dans les programmes des écoles de formation des professionnels de la santé au Bénin. Il convient de le faire vu la place prépondérante que les cadres sortis de ces écoles occupent dans l'administration du secteur de la santé au Bénin.

L'étude repose le problème du maintien des médecins chefs de communes dans le système de zone sanitaire et suggère que l'on respecte le décret portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire qui ne prévoit pas ce poste.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Ouvrages

1. Adeya G. et al, (2006). « *Evaluation rapide du système de santé du Bénin* » Pour le compte de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.
2. Angelo B. SAGBO (2010) « *Amélioration de la performance des zones sanitaires au Bénin : cas de la zone sanitaire Pobè Adja-ouèrè Kétou* », mémoire DESS, FASEG, UAC-Bénin
3. Ckeikh S. et al, (2000) « *Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin* ». Rapport technique N° 52. Bethesda.
4. E. Alihonou et al. (1996) « *La motivation et la performance du personnel de santé au Bénin* », Edition CREDESA/Pahou
5. G.L. Monekosso, (1994) « *La gestion sanitaire au niveau de district : directives de mise en œuvre. De la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires* ». OMS, Bureau Régional pour l'Afrique.
6. Katja Janovsky, (1998) « *La mise en œuvre : le véritable défi des systèmes de santé de district pour renforcer les soins de santé primaires* » OMS.
7. République du Bénin, Ministère de la santé, DDS-OP (2010) « *Rapport de l'évaluation de la performance des médecins chefs de communes de l'Ouémé et du Plateau dans l'exécution de leurs tâches au titre de l'année 2010* ».
8. République du Bénin, Ministère de la santé, DDS-OP (2010) « *Annuaire des statistiques sanitaire 2009*».
9. République du Bénin, Ministère de la santé, DDS-OP (2009) « *Rapport de l'évaluation de la performance des MCZS de l'Ouémé et du Plateau dans l'exécution de leurs tâches au titre de l'année 2008* ».
10. République du Bénin, Ministère de la santé, DDS-OP (2008) « *Rapport de l'évaluation de la performance des MCZS de l'Ouémé et du Plateau dans l'exécution de leurs tâches au titre de l'année 2007* ».
11. République du Bénin, Ministère de la santé (2006) « *Recueil des textes sur la décentralisation du système de la santé* ».
12. République du Bénin, Ministère de la santé, DDS-OP (2004) « *Rapport de l'évaluation du matériel roulant dans les formations sanitaires de l'Ouémé et du Plateau* ».

13. République du Bénin, Ministère de la santé, (2000) « **Manuel de référence atelier national d'orientation à l'approche assurance de qualité** ».
14. République du Bénin, Ministère de la santé, (1998) « **Stratégie nationale en matière de supervision** ».
15. République du Bénin, (2003) « **Premier rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement** ». 28p.
16. République du Bénin, (2007) « **Enquête Démographique et de Santé Bénin 2006** » INSAE.
17. Rosemary McMahon et al., (1993). « **Si vous êtes chargé de ... : guide de gestion à l'usage des responsables de soins de santé primaires** », 2<sup>ème</sup> édition OMS.
18. Zone sanitaire PAS, (2010) « **Annuaire des statistiques sanitaires 2009** » INSAE.

### **Documents tirés sur internet**

19. Bellehumeur M. (1996), Mémoire Sc gestion, HEC Montréal, [www.caratome.free.fr](http://www.caratome.free.fr)
20. Benoît NDI ZAMBO, (2001) « **Evaluation de la performance et de la productivité dans la Fonction Publique** », [www.cnam.fr/lipsor](http://www.cnam.fr/lipsor)
21. Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2010) « **Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie** », [www.ccsa.sa](http://www.ccsa.sa)
22. Gérard CHARREAUX et Jean-Pierre PITOL-BELIN « **Les théories des organisations** » [www.gerard.charreaux.pagesperso-orange.fr/perso/articles/THORGA87.pdf](http://www.gerard.charreaux.pagesperso-orange.fr/perso/articles/THORGA87.pdf)
23. Gildas NEGER, (2006) « **Approche sociocognitive de la motivation dans les organisations publiques** ». [www.123people.fr/gildas+neger](http://www.123people.fr/gildas+neger)
24. J-P GOUSSARD, (1998) « **Notion de performance** » [www.caratome.free.fr/formations/licenceEntrPerf/ApprochePerformance.pdf](http://www.caratome.free.fr/formations/licenceEntrPerf/ApprochePerformance.pdf)
25. Jewish Programs « **Théories de leadership** » [www.jewishprograms.org](http://www.jewishprograms.org)
26. Louis Bergeron, « **Satisfaction, motivation et performance au travail** », [www.cnam.fr/lipsor](http://www.cnam.fr/lipsor)
27. Yvon PESQUEUX, « **La notion de performance globale** », [www.cnam.fr/lipsor](http://www.cnam.fr/lipsor)

## ANNEXES

---

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à l'endroit des agents de santé

Annexe 2 : Guide d'entretien avec les autorités sanitaires

Annexe 3 : Liste des centres de santé parcourus

Annexe 4 : Modèle de matrice de planification mensuelle des activités dans les CS

Annexe 5 : Canevas de compte rendu mensuel des activités au CODIR

## Annexe 1 : QUESTIONNAIRE

(A L'ENDROIT DES AGENTS DES CENTRES DE SANTE)

### Introduction

Dans le but de rédiger notre mémoire de fin de formation au cycle II de l'ENAM, nous avons retenu de réaliser nos travaux de recherche sur la mise en œuvre des activités dévolues aux centres de santé. Veuillez nous aider en remplissant le présent questionnaire. Grâce à vos réponses, nous serons en mesure de proposer des éléments de motivation des agents et des outils simples pour une meilleure gestion des activités dans les centres de santé. Soyez assurés que vos réponses sont confidentielles et le resteront.

### I - Identification

Zone sanitaire : .....

Commune : .....

Fonction de l'enquêté: Infirmier /\_/ SFE /\_/ AS/ARRFC /\_/ AH /\_/ TL /\_/ Autre /\_/

Statut : APE /\_/ CE /\_/ MS /\_/ FC /\_/ Autres /\_/

Ancienneté dans la FP /\_/ ans

### II - Qualité motivationnelle du dispositif

1 - On note une baisse du rendement c'est-à-dire de l'ardeur au travail dans les centres de santé. A votre avis, qu'est-ce qui explique cela ?

-----  
 -----  
 -----

N°	Questions	Oui	Non	Expliquez votre choix de réponse
2	Trouvez-vous que vous avez le minimum de moyens de travail nécessaires pour accomplir les tâches qui vous sont demandées ?			
3	Parmi les tâches qui vous sont demandées, y en a-t-il que vous trouvez rébarbatives, ennuyeuses ou qui n'ont aucun rapport avec ce qui vous intéresse dans la vie ?			
4	Trouvez-vous que vos collègues ou agents collaborent au point de vous permettre de bien exécuter vos tâches ?			
5	Trouvez-vous que ceux qui produisent les bons résultats sont récompensés dans le système ?			
6	Trouvez-vous que vos dirigeants vous impressionnent par leur travail ?			
7	Trouvez-vous que vous êtes suffisamment consultés pour les décisions prises au sujet de votre travail ?			
8	Trouvez-vous que les agents ne sont pas traités équitablement et qu'il y a des éléments d'injustice dans le système ?			

### III - Connaissances en gestion

La mise en œuvre du paquet d'activités des centres de santé suppose une bonne coordination des activités à réaliser par l'ensemble des agents du centre. Avez-vous des connaissances :

		Oui	Non
9	En élaboration de description de poste ?		
10	En techniques de communication interpersonnelle ?		
11	En technique de conduite d'une réunion ?		
12	En gestion des conflits ou des différends ?		
13	Sur les facteurs de motivation et de mécontentement au travail ?		
14	Sur les outils pour suivre comment le personnel utilise le temps ?		
15	Sur comment préparer l'emploi du temps d'une unité de santé ?		
16	Sur l'élaboration d'un plan de travail annuel ?		

17 – Selon vous, le manque de connaissance dans ces domaines, réduit-il votre capacité à mieux organiser et contrôler les activités ?

Oui /\_/\_/

Non /\_/\_/

### IV –Suggestions

18 – A votre avis, quelles sont les activités ou décisions nécessaires pour amener les agents à avoir plus d'enthousiasme et d'ardeur au travail dans les centres de santé publics ?

.....

.....

.....

19– Que doivent faire les supérieurs hiérarchiques pour aider les agents des centres de santé à bien organiser et suivre les tâches ?

.....

.....

.....

Merci de votre aide.

## Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

(A L'ENDROIT DES AUTORITES SANITAIRES)

### Introduction

*Dans le but de rédiger notre mémoire de fin de formation au cycle II de l'ENAM, nous avons retenu de réaliser nos travaux de recherche sur la mise en œuvre des activités dévolues aux centres de santé. Veuillez nous aider en remplissant le présent questionnaire. Grâce à vos réponses, nous proposerons un mécanisme de motivation des agents et des outils simples pour une meilleure gestion des activités dans les centres de santé. Soyez assurés que vos réponses sont confidentielles et le resteront.*

Fonction de l'enquêté : MCZS / \_\_/      Chef Service / \_\_/      Médecin Chef / \_\_/      Autre / \_\_/

On note au fil des jours une baisse de l'ardeur et de l'enthousiasme au travail dans le rang des agents des centres de santé. Ce qui engendre le relâchement de certaines activités du paquet minimum et par conséquent, une performance mitigée du système de santé. Selon vous, quels sont les facteurs de ce rendement insatisfaisant que l'on observe dans les centres de santé ?

.....  
.....  
.....

Selon vous, quelles décisions ou actions sont-elles nécessaires pour garantir la motivation au travail dans les centres de santé ?

.....  
.....  
.....

De même, les supervisions de proximité sont irrégulières. A votre avis, quels sont les facteurs qui empêchent les médecins chefs et l'EEZS en général d'exécuter régulièrement les activités de supervision des agents dans les centres de santé ?

.....  
.....  
.....

Que suggérez-vous pour dynamiser la supervision des agents par les responsables des zones sanitaires ?

.....  
.....  
.....

Merci de votre aide.

**Annexe 3 : Liste des centres de santé parcourus**

Communes	N°	Centres de santé	Communes	N°	Centres de santé
Porto-Novo	1	Oganla	Ifangni	22	Tchaada
	2	Tokpota		23	Banigbé
	3	Ouando		24	Ifangni
Aguégués	4	Houédomey	Pobè	25	Onigbolo
	5	Avagbodji		26	Akouho
	6	Zoungamè		27	Issaba
Sèmè-kpodji	7	Djèrègbé	Adja-ouèrè	28	Ikpinlè
	8	Sèmè-kpodji		29	Massè
	9	Tohouè		30	Tatonnoukon
Avrankou	10	Avrankou	Kétou	31	Odomèta
	11	Sado		32	Kétou
	12	Kouti		33	Effèoutè
Adjarra	13	Adjarra	Adjohoun	34	Adjohoun
	14	Médédjonou		35	Azowlissè
	15	Honvié		36	Kodé
Akpromissérété	16	Akpromissérété	Bonou	37	Bonou
	17	Gomè-sota		38	Affamè
	18	Kpanoukpadé		39	Damè wogon
Sakété	19	Takon	Dangbo	40	Dangbo
	20	Sakété 2		41	Akpamè
	21	Ita-djèbou		42	Késsounou



---

Annexe 5 : Canevas de compte rendu mensuel des activités au CODIR

**SUPPORT DE COMPTE RENDU AU CODIR DES  
ACTIVITES MENEES ET D'ANALYSE DES RESULTATS  
DES CENTRES DE SANTE**

CENTRE DE SANTE : .....

MOIS : .....

**INFORMATIONS GENERALES**

	Dispensaire	Maternité	Hygiène	Laboratoire	Autres
Nombre d'activités planifiées					
Nombre d'activités réalisées					
<b>Taux de réalisation</b>					

- Activités planifiées non réalisées et causes
  
- Activités non planifiées mais réalisées et raisons
  
- Problèmes / Commentaires / Actions correctrices

## SECTEUR : VACCINATION

Populations cibles attendues

- Enfants 0 - 11 mois : \_\_\_\_\_
- Femmes enceintes : \_\_\_\_\_
- Cibles vaccinées, càd nombre de cartes remplies dans le mois pour :

	Les Cibles de l'aire sanitaire couverte	Les Etrangers	Toutes les cibles vaccinées
Enfants 0 - 11 mois			
Femmes enceintes			

- Nombre de cibles vaccinées par recherche active : \_\_\_\_\_
- Nombre de doses d'antigènes administrées aux cibles et enregistrées :

	Source d'Information	
	Dans le Registre de décompte SMI	sur les cartes infantiles
BCG		
Penta 1		
Penta 3		
VAR/VAA		
VAT 2+		

- Etat des performances antérieures : (Revue des registres SMI)

	Mois passé	Année passée (même mois)
BCG		
Penta 1		
Penta 3		
VAR		
VAT 2		

- Taux d'abandon entre :
  - ✓ Penta 1 et Penta 3 : \_\_\_\_\_
  - ✓ BCG et VAR : \_\_\_\_\_

- Taux de perte par antigène :

	Réalisé	Objectif national
BCG		40%
VPO		25%
VAT		23%
VAR		40%
DTC - HEPB - HJB3		10%
VAA		40%

- Gestion des stocks de vaccins

	Stock disponible au ...../...../.....	Besoin de Ravitaillement ?	
		OUI	NON
BCG			
VPO			
VAT			
VAR			
DTC - HEPB - HJB3			
VAA			

- Problèmes / Commentaires / Actions correctrices

## SECTEUR : DISPENSAIRE

- Population attendue en consultation : \_\_\_\_\_
- Nombre de nouveaux consultants : \_\_\_\_\_
- Nombre de **nouveaux** cas : \_\_\_\_\_
- Taux de fréquentation :

Ce mois	Le mois passé	L'année passée au même mois	Norme départementale	Norme nationale

- Nombre d'enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans PEC et enregistrés : ----
- Nombre d'enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans **référés** : \_\_\_\_\_
- Proportion d'enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans **référés** : .....

	Palu Simple et traités au CTA	Pneumonie	Anémie	Dysenterie	Problèmes d'Alimentation
Nombre <b>d'enfants malades</b> âgés de 2 mois à 5 ans présentant :					
Pourcentage					

- Nombre d'enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans reçus pour **suivi de soins** : --
- Proportion d'enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans reçus pour **suivi de soins** : .....
- Maladies à potentiel épidémique dépistées

Maladie	Nombre de cas
<p style="color: red;">(lister les MPE les plus rencontrées et à la fin mettre autres MPE)</p>	

- Problèmes / Commentaires / Actions correctrices

## SECTEUR : MATERNITE

### Consultation prénatale

- Population cible attendue : \_\_\_\_\_
- Nombre total de cibles reçues pour CPN<sub>1, 2, 3, 4 et plus</sub> : \_\_\_\_\_
- Nombre de Nouvelles Consultantes reçues et enregistrées :

	Cibles de l'aire sanitaire		Etrangers	Total
	Nombre	Taux d'utilisation		
Sur les cartes maternelles				
Dans le registre SMI				

- Nombre de Nouvelles Consultantes reçues (Revue des registres SMI) :

Ce mois	Le mois passé	L'année passée au même mois

- Nombre femmes enceintes dépistées au VIH : \_\_\_\_\_
- Nombre femmes enceintes ayant bénéficié de **TPI** : \_\_\_\_\_
- Le Nombre de femmes enceintes traitées pour paludisme grave : -----
- Nombre d'accouchements attendus : .....
- Nombre d'accouchements effectués et enregistrés :

	Cibles de l'aire sanitaire		Etrangères	Total
	Nombre	Taux d'utilisation		
Sur les cartes maternelles				
Dans le registre SMI				

- Nombre d'accouchements effectués :

Ce mois	Le mois passé	L'année passée au même mois

- Accouchements dystociques : Nombre \_\_\_\_\_ ; % \_\_\_\_\_
- Nombre de décès maternels : \_\_\_\_\_
- Nombre de mort-nés : \_\_\_\_\_
- Nombre de cartes maternelles avec Tracé du partogramme réalisé au cours du travail d'accouchement : .....
- Nombre femmes accouchées assistées avec le protocole GATPA : .....
- Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MI la veille de la première CPN : .....
- Nombre de précédentes naissances vivantes : \_\_\_\_\_
- Nombre de précédentes naissances vivantes décédées : \_\_\_\_\_

Problèmes / Commentaires / Actions correctrices

**SECTEUR : FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE**

	Prévues pour l'année	Réalisées		Taux actuel de réalisation
		Ce mois	Cumul au ...../...../.....	
<b>Total Recettes</b>				
Recettes médicaments et consommables				
Recettes accouchement				
Recettes Consultation SC				
Autres Recettes (Laboratoire)				
<b>Total Dépenses</b>				
Dépenses médicaments et outils				
Dépenses fonctionnement				

- Recouvrement et prestations

	Accouchement		Nouveaux Consultants en Soins Curatifs	
Nombre Réalisé ce mois				
Recette Réalisée				
Concordance Etablie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

- Point d'exécution de la prévision des dépenses (en annexe)
- Présentation de la prévision des dépenses à exécuter (en annexe)
- Liste des Médicaments Essentiels en rupture, ou proche de la rupture de stock (en annexe)
- Liste des Médicaments Essentiels en voie de péremption (en annexe)

**SECTEUR : LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES**

- Nombre de prélèvements effectués : .....
- Nombre total d'examens réalisés : .....

	<b>Goutte Epaisse</b>	<b>GS - Rh chez femmes enceintes</b>	<b>Sérologie VIH chez femmes enceintes</b>	<b>Autres</b>
<b>Nombre Réalisé ce mois</b>				
<b>Nombre Réalisé le mois passé</b>				
<b>Nombre Réalisé l'année passée au cours du même mois</b>				

- Problèmes / Commentaires / Actions correctrices

## TABLE DES MATIERES

	Pages
Dédicace	iii
Remerciements	iv
Sigles et abréviations	v
Liste des tableaux et figures	vii
Résumé	viii
Introduction générale	1
<b>Chapitre 1</b> Cadre institutionnel de l'étude, observations de stage et ciblage de la problématique	4 - 30
<b>Section 1</b> Cadre physique de l'étude et observations de stage	5 - 27
<b>Paragraphe 1</b> Présentation de la DDS-Ouémé/Plateau et de l'organisation des établissements de soins de santé	5
<b>A</b> – Présentation de la DDS-Ouémé/Plateau	5
<b>B</b> – Organisation des établissements de soins de santé	6
<b>Paragraphe 2</b> Etat des lieux sur les prestations des centres de santé	9 - 27
<b>A</b> – Activités de soins curatifs	9
<b>B</b> – Activités de vaccination	10
<b>C</b> – Activités de santé maternelle et infantile	12
<b>D</b> – Coordination des activités dans les centres de santé	15
<b>E</b> – Gestion des statistiques dans les CS	16
<b>F</b> – Financement des centres de santé	18
<b>G</b> – Ressources humaines des centres de santé	21
<b>H</b> – Ressources matérielles des centres de santé	23
<b>I</b> – Mécanisme de supervision des agents des CS	23
<b>J</b> – Forces Faiblesses Opportunités et Menaces	25
<b>Section 2</b> Ciblage de la problématique	28
<b>Paragraphe 1</b> Choix et spécification de la problématique	28
<b>Paragraphe 2</b> Vision globale de résolution de la problématique	30
<b>Chapitre 2</b> Du cadre théorique de l'étude aux conditions de mise en œuvre des solutions	33 - 69
<b>Section 1</b> Cadre théorique et méthodologique de l'étude	34 - 44
<b>Paragraphe 1</b> Des objectifs de l'étude à la revue de littérature	34
<b>A</b> - Objectif général de l'étude	34
<b>B</b> - Objectifs spécifiques de l'étude	34
<b>C</b> - Hypothèses liées aux problèmes en solution	34
<b>D</b> - Revue de littérature	36
<b>Paragraphe 2</b> Méthodologie	40
<b>A</b> - Méthodes empiriques	40
1 Echantillonnage	40
2 Outils de collecte des données	41
3 Collecte des données	42
4 Dépouillement et traitement	42

---

	<b>B - Approches théoriques</b>	43
	<b>C - Seuils de décision</b>	43
	<b>D - Limites de l'étude</b>	44
<b>Section 2</b>	<b>Des enquêtes de vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions</b>	45 - 68
	<b>Paragraphe 1</b> Enquêtes et vérification des hypothèses	45
	<b>A - Présentation des résultats</b>	45
	<b>B - Analyse des résultats</b>	53
	<b>C - Vérification des hypothèses</b>	58
	<b>D - Etablissement du diagnostic</b>	62
	<b>Paragraphe 2</b> Approches de solution et conditions de mise en œuvre	64
	<b>A - Approches de solutions</b>	64
	<b>B - Conditions de mise en œuvre des approches de solution</b>	68
	Conclusion générale	70
	Références bibliographiques	72
	Annexe 1 : Questionnaire à l'endroit des agents de santé	76
	Annexe 2 : Guide d'entretien avec les autorités sanitaires	78
	Annexe 3 : Liste des centres de santé parcourus	79
	Annexe 4 : Modèle de matrice de planification mensuelle des activités dans les CS	80
	Annexe 5 : Canevas de compte rendu mensuel des activités au CODIR	81