



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (MESRS)



UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (UAC)

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

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

OPTION :

MANAGEMENT

FILERE :

GESTION DE PROJETS

ANNEE ACADEMIQUE : 2010-2011

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DU NIVEAU DE
RECouvreMENT DES COÛTS DANS LES CENTRES DE SANTE DE LA
ZONE SANITAIRE PORTO-NOVO_AGUEGUES_SEME-PODJI AU BENIN**



REALISE ET SOUTENU PAR :

Marius D. TOÏ

SOUS LA DIRECTION DE :

MAÎTRE DE STAGE

Germain N. ALOKPO

CAR/ZS-PAS

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Modeste GNIMASSOU

Enseignant à l'ENAM

Janvier 2011

IDENTIFICATION DU JURY

QUALITE	NOM ET PRENOMS
PRESIDENT	BATCHO A. Théophile
MEMBRE	MEDO Herbert

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

DEDICACE

Je dédie ce travail à :

- ✚ **Ma mère**, qui m'a beaucoup assisté. Reçois à travers ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance pour les nobles sacrifices et le soutien indéfectible.
- ✚ **Mon épouse et mes enfants**, qui ont fait preuve d'endurance et d'esprit de sacrifice tout au long de ma formation. Que ce travail soit le fruit de vos souffrances et le gage de l'amour qui nous unit. Profonde affection.

REMERCIEMENTS

Pour la réalisation de ce mémoire, nous avons trouvé auprès de plusieurs personnes, une aide précieuse. C'est pour cette raison que nous profitons de l'occasion pour manifester toute notre gratitude et adresser nos vifs et sincères remerciements à :

- * **Monsieur Modeste GNIMASSOU**, vous qui avez accepté avec spontanéité et désintéressement de suivre ce mémoire malgré vos multiples occupations. Nous manquons d'expression pour vous témoigner notre profonde gratitude.
- * **Monsieur François KOSSOUHOH**, Médecin Coordonnateur de la zone sanitaire PAS pour nous avoir permis d'effectuer notre stage dans la zone sanitaire dont vous avez la charge. Vous nous avez émerveillé par votre logique et votre ardeur au travail. Nous sommes énormément sensibles à l'appui dont nous avons bénéficié auprès de vous. Nous vous prions de trouver ici notre reconnaissance.
- * **Monsieur Germain N. ALOKPO**, Chargé de l'Administration et des Ressources de la zone sanitaire PAS, à qui nous témoignons toute notre gratitude pour la disponibilité et l'esprit d'ouverture.
- * **Tout le personnel** du bureau de coordination de la zone sanitaire PAS pour leur disponibilité et leur collaboration.
- * **Nos éminents professeurs, au corps professoral et administratif de l'ENAM** qui nous ont outillés pour intervenir avec plus d'efficacité au sein de nos organisations.
- * **Aux membres de jury** pour avoir accepté d'apporter vos meilleures contributions et suggestions à l'amélioration de ce travail.
- * **A nos parents** qui nous ont soutenu aussi bien financièrement que moralement. Merci d'avoir fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Que tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail et dont les noms ne sont pas cités, reçoivent nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AEP	: Alimentation en Eau Potable
ANSSP	: Appui Néerlandais aux Soins de Santé Primaires
BM	: Banque Mondiale
BZ	: Bureau de zone
CAR	: Chargé de l'Administration et des Ressources
CCS	: Complexe Communal de Santé
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CIPEC	: Centre d'Information et de Prise En Charge
COGECS	: Comité de Gestion des Centres de Santé
CREDESA	: Centre Régional pour le Développement et la Santé
CS	: Centre de Santé
CSCom	: Centre de Santé de Commune
CSNHD	: Centre Satellite Numérique Haute Densité
CSNMA	: Centre Satellite Numérique Modèle Ancien
CS/ZS	: Comité de Santé de Zone Sanitaire
CVA	: Conducteur de Véhicule Administratif
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DSCR	: Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EEZS	: Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
ENAM	: Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
ENEAM	: Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management
FC	: Financement Communautaire
FIDA	: Fonds International pour le Développement Agricole

IB	: Initiative de Bamako
Km²	: Kilomètre Carré
MI	: Moustiquaire Imprégnée
MS	: Ministère de la Santé
NR	: Niveau de Recouvrement
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PAS	: Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji
PBA/SSP	: Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaires
PED	: Pays En Développement
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMSBS	: Programme Médico-Sanitaire Bénino-Suisse
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PRHSGCSS	: Projet de Renforcement des Ressources Humaines et des Structures de Gestion et de Coordination du Secteur de la Santé
PTA	: Plan de Travail Annuel
REMECAR	: Registre des Médicaments, Carnets et Cartes
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
SSP	: Soins de Santé Primaires
TNP	: Technique de Naissances Précédentes
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus d'Immuno Déficience Humaine
ZS	: Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des recettes annuelles de la zone entre les sources de financement.....	14
Tableau 2 : Tableau de synthèse des forces de la zone sanitaire PAS.....	15
Tableau 3 : Tableau de synthèse des faiblesses de la zone sanitaire PAS.....	17
Tableau 4 : Tableau de synthèse des opportunités de la zone sanitaire PAS.....	19
Tableau 5 : Tableau de synthèse des menaces de la zone sanitaire PAS.....	20
Tableau 6 : Identification des problèmes et problématiques par centre d'intérêt.....	21
Tableau 7 : Tableau de Bord de l'Etude.....	33
Tableau 8 : Grille d'analyse des hypothèses de l'étude.....	44
Tableau 9 : Unités statistiques cibles retenues.....	47
Tableau 10 : Prévisions de recettes des centres de santé de la zone PAS de 2005 à 2009.....	53
Tableau 11 : Rapprochement des prévisions de recettes de leur réalisation de 2005 à 2009.....	54
Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon les causes du faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire.....	54
Tableau 13 : Rapprochement des dépenses de fonctionnement hors médicaments aux réalisations de recettes.....	56
Tableau 14 : Répartition des enquêtés selon les raisons explicatives du non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé.....	57
Tableau 15 : Répartition des enquêtés selon les causes du non respect des procédures de gestion du financement communautaire.....	59
Tableau 16 : Présentation des conditions de mise en œuvre et recommandations....	74
Tableau 17 : Synthèse de l'étude.....	76

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Organigramme synthèse de la zone sanitaire PAS.....	10
Figure n°2 : Evolution du niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement dans la zone PAS.....	24
Figure n°3 : Arbre à problèmes résumant la situation actuelle du recouvrement des coûts dans la zone sanitaire PAS.....	26
Figure n°4 : Composantes des recettes dans un centre de santé.....	52

RESUME

Le Bénin à l'instar des autres pays de l'Afrique sub-saharienne, dans sa vision du développement du secteur de la santé afin de garantir la santé pour tous, s'est très tôt engagé dans un processus de réforme de son système de santé et ce, depuis l'avènement de l'Initiative de Bamako (1987). La mise en œuvre de cette réforme a d'abord abouti à la mise en place d'un système de financement du secteur de la santé à travers la participation communautaire (Cogestion et financement communautaire) puis, à la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires conformément aux recommandations de la Table Ronde sur le secteur de la santé, tenue à Cotonou les 12 et 13 janvier 1995. En effet, depuis 1995, le Bénin a désormais opté pour une autre approche, celle d'avoir comme entités les plus opérationnelles du système de santé, les zones sanitaires pour plus d'efficacité et d'efficience des prestations de soins, plus d'équité et de participation des communautés à la base. Aujourd'hui, le Bénin compte trente quatre (34) zones sanitaires dont celle de Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji (PAS). Ces zones qui constituent les niveaux appropriés pour le développement des activités de santé, sont composées chacune, d'un ensemble de centres de santé publics ou privés appuyés par un hôpital de référence à caractère social.

Mais la viabilité des centres de santé dépend surtout de la bonne gestion des ressources du financement communautaire au niveau de ces derniers et c'est pour pourquoi le Bénin, dans la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, a très tôt mis en place un mécanisme de suivi de la pérennité des formations sanitaires publiques avec des indicateurs précis aussi bien dans le domaine des soins maternels et infantiles, des soins curatifs que dans le domaine de la gestion du financement communautaire tels que le niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement.

Cet indicateur dans les centres de santé de la zone sanitaire PAS, alors acceptable (pour une moyenne de 1,55¹) depuis la mise en œuvre de l'IB jusqu'en

¹ Sources : Annuaire des statistiques sanitaires de la DDS-Ouémé (1999 à 2004)

2004, connaît dès lors, une évolution décroissante mettant en péril la viabilité de ces centres. Cette situation appelle à un diagnostic de la gestion des ressources du financement communautaire, diagnostic auquel nous nous sommes attelé dans le cadre de notre mémoire de fin de formation.

L'objectif général de cette étude est de contribuer à la conception d'un mécanisme d'inversement de la tendance décroissante du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé de la zone sanitaire PAS par une meilleure connaissance des causes qui en sont à l'origine et des solutions appropriées.

Les investigations sur la gestion des ressources du financement communautaire dans les centres de santé de la zone, font ressortir des insuffisances conduisant aux problèmes spécifiques que sont :

- Faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire arrêtées dans les plans de travail annuels ;
- Non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des recettes ;
- Non respect des procédures de gestion des ressources du financement communautaire par les responsables en charge.

Pour chacun des problèmes spécifiques, des causes supposées ont été identifiées et ont permis de formuler des hypothèses qui à leur tour, ont fait l'objet de vérification empirique auprès des différents acteurs intervenant dans la gestion du financement communautaire au niveau des structures sanitaires publiques de la zone PAS.

Ainsi, grâce aux recherches documentaires et aux enquêtes menées auprès des parties prenantes du financement communautaire et après analyse des résultats, le diagnostic établi révèle que :

- Le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire s'explique par la mauvaise estimation (surestimation) de ces recettes lors de l'élaboration des PTA par les centres de santé;

- L'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes engendre le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des proportions recommandées des réalisations de recettes ;
- L'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire est à la base du non respect des procédures de gestion de ces ressources par les responsables en charge.

Dans la recherche de solutions appropriées au diagnostic ainsi posé, différentes approches de solutions ont été envisagées à savoir :

- l'instauration d'une démarche objective d'estimation des recettes du financement communautaire lors de l'élaboration des plans de travail annuels des centres de santé basée sur des données statistiques provenant de l'utilisation effective des services des différentes sections des centres;
- la mise en place d'un système de suivi des dépenses de fonctionnement local des centres de santé en corrélation avec les réalisations des recettes;
- La prise en compte de la planification organisationnelle lors de l'élaboration des PTA de l'EEZS et ce, à travers l'établissement des chartes de responsabilités.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER : DU CADRE GENERAL A LA REVUE DE LITTERATURE

SECTION 1 : Cadre de l'étude et présentation des observations de stage

Paragraphe 1 : Cadre de l'étude

Paragraphe 2 : Présentation des observations de stage

SECTION 2 : Des objectifs à la revue de littérature

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

Paragraphe 2 : Revue de littérature

CHAPITRE DEUXIEME : DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE AUX APPROCHES DE SOLUTIONS

SECTION 1 : Méthodologie et résultats de la recherche

Paragraphe 1 : Méthodologie de l'étude

Paragraphe 2 : Résultats de la recherche

SECTION 2 : Approches de solutions, conditions de mise en œuvre et tableau de synthèse de l'étude

Paragraphe 1 : Approches de solutions

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et tableau de synthèse de l'étude

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

INTRODUCTION

Après les indépendances, la République du Bénin avait une politique sanitaire largement inspirée des modèles de l'ex-puissance coloniale. L'organisation et la gestion des services de santé relevaient de la seule compétence des professionnelles de la santé. La population était alors considérée comme consommatrice passive de soins qui ne correspondaient d'ailleurs toujours pas à ses besoins réels. Par la suite, les différentes options définies dans les politiques nationales de développement sanitaire, font clairement ressortir une autre vision. Il s'agit de la volonté d'assurer des soins de santé de base à l'ensemble des populations avec leur pleine participation et d'inscrire les activités sanitaires dans l'approche des soins de santé primaires.

Dès lors, les nouveaux objectifs de la politique sanitaire du Bénin se sont inspirés de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 (Alma-Ata 1978)² et visent à donner la meilleure réponse possible aux besoins de santé de la population en tenant compte des ressources existantes et du contexte national caractérisé par la problématique du développement et les contraintes du programme d'ajustement structurel. C'est dans cette nouvelle démarche, qu'il a été organisé à Cotonou les 12 et 13 janvier 1995 une Table Ronde sur le secteur de la santé dont l'une des plus importantes conclusions recommandait vivement la réforme du système sanitaire pour un fonctionnement des structures suivant un modèle de zones sanitaires appelées à regrouper un certain nombre de formations sanitaires autour d'un hôpital de référence dénommé hôpital de zone. Cette volonté de l'Etat béninois s'est concrétisée en 1999 par la création de trente quatre (34) zones sanitaires suivant des critères d'éligibilité bien définis et relatifs entre autres : aux éléments historiques, socioculturels en faveur de la localité à retenir ; à la taille de la population qui varie entre 100 et 200 mille habitants ; à la viabilité financière des centres de santé devant composer la zone ; à l'adhésion de la population au concept de zone sanitaire ; à la situation centrale de

² Alma-Ata 1978 : Conférence internationale sur les SSP du 12-09-78 qui souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de santé et du développement ainsi que la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

l'hôpital de zone par rapport aux formations sanitaires périphériques et à la possibilité de création de nouvelles infrastructures si nécessaires. De ces critères, il ressort clairement que la création et la pérennité d'une zone sanitaire dépendent avant tout de la viabilité des centres de santé qui la composent. Une telle obligation fait donc appel à la responsabilité des personnes servant comme membres des différents organes de décision mis en place dans le cadre du fonctionnement des zones sanitaires. Elles doivent focaliser leur attention sur le suivi du fonctionnement des centres de santé dans les différents domaines d'intervention afin d'identifier et de lever à temps des goulots d'étranglement susceptibles de compromettre la bonne marche des centres et du coup, mettre en péril l'existence même de la zone sanitaire.

Les zones sanitaires étant désormais les entités les plus opérationnelles dans la nouvelle structuration du système sanitaire au Bénin, elles sont appelées à jouer un rôle prépondérant pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) d'ici l'an 2015 en général et plus spécifiquement, ceux relatifs au domaine de la santé. Ces différents objectifs fixés, pour une amélioration de l'état de santé des populations ne sauraient être atteints sans une parfaite viabilité des zones sanitaires et partant, des sous-systèmes de ces dernières que sont les centres de santé. Il urge donc de s'interroger sur la gestion de ces derniers et de proposer, pour les problèmes qui auraient été diagnostiqués, des solutions qui, mises en œuvre, permettront d'améliorer leur gestion actuelle. C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi de réfléchir sur le thème : « Contribution à l'amélioration du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé de la zone sanitaire Porto-Novo _ Aguégues _ Sèmè-Podji au Bénin ».

Le développement de ce thème s'articule autour de deux axes essentiels à savoir :

- la présentation du cadre général de l'étude et la revue de littérature ;
- la présentation de la démarche méthodologique adoptée, les résultats de l'enquête et les approches de solutions pour une amélioration du niveau de recouvrement.

CHAPITRE PREMIER :
DU CADRE GENERAL A LA REVUE
DE LITTERATURE

Section 1: Cadre de l'étude et présentation des observations de stage

Cette section nous permet d'exposer l'organisation du système de santé au Bénin avant de faire ressortir les traits caractéristiques des zones sanitaires.

Paragraphe 1 : Cadre de l'étude

I- Bref aperçu sur le système sanitaire national du Bénin

A- Organisation du système national de santé

Conformément au décret n°98-300 du 20 juillet 1998 portant organisation du système sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires, l'organisation du système national de santé présente une structure pyramidale (**cf. annexe 1**) calquée sur le découpage territorial administratif. Ce système comprend trois niveaux à savoir : le niveau central ou national ; le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique.

1- Le niveau central et le niveau intermédiaire

Au niveau central, on a le Ministère de la Santé qui a pour mission selon les dispositions du décret n°2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, d'améliorer les conditions socio-sanitaires des familles. Dans la prise en compte des objectifs retenus dans les différents documents stratégiques de l'Etat, notamment les Programmes d'Action du Gouvernement (PAG), le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (DSCR), cette mission a évolué dans le temps avec la prise en compte du volet « lutte contre la pauvreté ». Elle consiste désormais à améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes.

Après le niveau central, vient le niveau intermédiaire, composé des Directions Départementales de la Santé (DDS) qui assurent le relai au plan départemental, de la

politique sanitaire nationale et ayant comme infrastructures sanitaires, le Centre Hospitalier Départemental (CHD) localisé dans chaque chef lieu des anciens départements et par endroit, des centres spécifiques tels que : des Centres de Pneumo Phtisiologie ; des Services Départementaux de la Transfusion Sanguine ; des Centres d'Information et de Prise En Charge (CIPEC).

2- Le niveau périphérique

Le niveau périphérique de la pyramide sanitaire est constitué des zones sanitaires. Selon le bureau régional africain de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « les zones sanitaires sont des entités géographiques, opérationnelles les plus décentralisées, formée chacune d'un ensemble de structures devant délivrer, pour une population de 100 à 200 mille habitants, des services de santé à travers un réseau de formations sanitaires publiques et privées (Unités Villageoises de Santé, dispensaires isolés, centres de santé de commune, centres de santé d'arrondissement) et appuyée par un hôpital de zone ». Elle est le niveau d'opérationnalisation des politiques et stratégies nationales en matière de santé au Bénin. Plus rapprochée des populations, elle est sensée avoir une meilleure maîtrise de leurs problèmes de santé et permet la coordination des soins de santé dans les formations sanitaires publiques et privées autorisées exerçant sur son territoire.

B- Caractéristiques des zones sanitaires

La zone sanitaire vu comme un ensemble de moyens techniques et humains dont l'activité est organisée et dirigée par un centre de décision indépendant (dans un cadre légal et réglementaire donné), a trois grandes caractéristiques : la zone sanitaire est une unité institutionnelle, un système ouvert, un groupe de travail.

1- La zone sanitaire : une unité institutionnelle

La zone sanitaire dispose d'une unité de patrimoine, d'une autonomie de décisions dans l'exercice de ses attributions, d'une autonomie de gestion pour fixer les priorités et résoudre les problèmes sur des bases décentralisées. Elle le fait à travers des activités intégrant d'une part, l'approche des soins de santé primaires

conformément à la déclaration d'Alma-Ata et, d'autre part, les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) d'ici l'an 2015. Tous ces attributs font d'une zone sanitaire une unité institutionnelle avec une existence légale à partir des différents textes pris dans ce sens.

2- La zone sanitaire : un système ouvert

La zone sanitaire est en elle-même, un système (un tout) qui entretient avec son environnement (le supra-système), un réseau d'échanges. L'environnement fournit à la zone sanitaire des capitaux, des hommes, des matériels et des informations pour son fonctionnement. La zone sanitaire transforme ces entrées en des services qu'elle fournit à son environnement. C'est donc dire qu'elle est dans un dynamisme de complémentarité avec les autres composantes du supra-système.

3- La zone sanitaire : un groupe de travail

La zone sanitaire est un groupe humain de travail organisé hiérarchiquement. De façon générale, le groupe est hétérogène qualitativement et quantitativement. On distingue habituellement trois sous-groupes : les agents d'exécution, le personnel d'encadrement et les agents de coordination. Il est rare que les objectifs poursuivis par chacun des sous-groupes concordent. C'est dire que la zone sanitaire est un groupe humain conflictuel par nature. Pour limiter des conflits, les sous-groupes doivent travailler suivant une approche participative.

II- Bref aperçu sur la zone sanitaire Porto-Novo Aguégués Sèmè-Podji

Ce point est consacré à la présentation de la zone sanitaire de Porto -Novo _ Aguégués _ Sèmè-Podji ainsi qu'aux fondements et principes qui en régissent le fonctionnement.

A- Présentation de la zone sanitaire

1- Traits caractéristiques de la zone sanitaire

Le commerce, l'agriculture et la pêche constituent les principales sources de revenus des populations de la zone. Elle est caractérisée par un climat de type subtropical, à deux saisons de pluie (mars-avril à mi-juillet pour la grande saison et septembre à novembre pour la petite saison). Elle compte également deux saisons sèches (mi - juillet à août pour la première et décembre-février à mi-mars pour la seconde).

Au plan socioculturel, plusieurs ethnies cohabitent dans la zone: les Goun et apparentées, les Yoruba, les Adja, les Torri et les Nagots. A l'instar de tout le département de l'Ouémé, la zone sanitaire PAS regorge d'atouts culturels et artistiques relevant de la tradition et des valeurs endogènes. Au nombre de ces valeurs, on peut citer : le temple Kpakliyaho d'Avassa, le temple Zangbéto d'Accron et une multitude de rythme et de danses.

Au plan des infrastructures routières, la zone sanitaire dispose d'un réseau structuré autour de trois grands axes bitumés à savoir:

- La route Cotonou – Sèmè-Kraké qui traverse la commune de Sèmè-Podji sur une vingtaine de km au Sud ;
- La route Sèmè-Porto-Novo_Pobè-Kétou, d'environ 120 km, qui traverse Porto-Novo sur toute sa longueur ;
- La route Porto-Novo_Igolo-Ildiroko qui sert de lien entre la zone sanitaire PAS, la zone sanitaire Avrankou-Adjarra-Akpro-Missérété et le Nigéria.

Presque toutes les communes de la zone sanitaire PAS bénéficient d'énergie électrique même si par moment elles connaissent des coupures intempestives. Parallèlement au réseau électrique, la zone est alimentée aussi en eau potable par les systèmes d'Alimentation en Eau Potable (AEP) indépendants installés dans chacune des communes à l'exception de celle des Aguégus qui dépend encore des installations de Porto-Novo.

Le réseau téléphonique alimente la zone sanitaire par plusieurs types d'équipement à savoir ;

- Le Centre Satellite Numérique Modèle Ancien (CSN MA) pour les réseaux de Oganla et de Kandévié 1 dans Porto –Novo ;
- Le Centre Satellite Numérique Haute Densité (CSN HD) pour les réseaux de Kandévié 2, Dowa et Sèmè-Podji ;
- Les cinq (05) réseaux GSM actuellement présents au Bénin couvrent aussi l'ensemble des communes de la zone.

2- Organisation de la zone sanitaire

L'organisation de la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégus_Sèmè-Podji, est du type hiérarchico- fonctionnel. En effet, elle comporte une hiérarchie linéaire³ et une hiérarchie fonctionnelle⁴. A la division technique du travail entre opérateurs ou agents d'exécution s'ajoute une division administrative du travail entre ceux qui font le travail et ceux qui le supervisent. Cette organisation de la zone sanitaire PAS, à l'instar de toutes les zones sanitaires du Bénin, fait ressortir trois grands niveaux de fonctionnement : le sommet stratégique ; la ligne hiérarchique et le centre opérationnel.

a) Le sommet stratégique

Au sommet stratégique de la zone sanitaire, on a la division purement administrative avec des agents ayant d'importantes responsabilités. Tous ceux-ci sont

³ Chaque chef délègue une partie de son autorité à ses subordonnés et se réserve, habituellement, les activités de direction, de coordination, de contrôle.

⁴ Chaque chef est spécialisé dans un domaine et chaque subordonné relève de plusieurs chefs.

regroupés au sein du bureau de coordination de la zone sanitaire qui en réalité reste l'administration centrale de l'entité. Le bureau de coordination de la zone sanitaire PAS est dirigé par un Médecin Coordonnateur nommé par arrêté ministériel, qui assure les fonctions de planification, de direction, de gestion, d'évaluation et de suivi. Il est aidé dans ses fonctions par une équipe pluridisciplinaire.

b) La ligne hiérarchique

Le sommet stratégique est joint au centre opérationnel par la ligne hiérarchique. La ligne hiérarchique dans la zone sanitaire PAS est composée des Centres de Santé de Commune (CSCoM) au nombre de cinq (05) et ayant à leur tête un Médecin chef. Chaque Médecin chef a autorité sur les opérateurs et assure surtout un rôle de coordination des activités de soins de santé primaires dans sa commune. Il s'agit là d'une coordination qu'on pourrait qualifier de supervision directe et qui demande un contact étroit entre les cadres et les opérateurs.

En effet, les Centres de Santé de Commune, placés directement sous la tutelle administrative de la zone sanitaire, sont structurés en des divisions ayant chacune à sa tête un responsable. On y retrouve ainsi : un dispensaire pour les soins préventifs et curatifs ; une maternité pour les soins infantiles et obstétricaux ; un laboratoire pour des analyses élémentaires en général ; une division de comptabilité ; une caisse pour la centralisation des entrées de fonds ; une pharmacie pour la cession des médicaments, carnets et consommables médicaux ; une division d'hygiène et d'assainissement de base puis un secrétariat administratif.

A l'exception du CSCoM des Aguégus, les CSCoM de Porto –Novo et de Sèmè-Podji, disposent d'une unité d'échographie.

L'assemblage des différentes sections ci-dessus citées, donne en **annexe 2**, une idée de la structuration des centres de santé de commune.

c) Le centre opérationnel

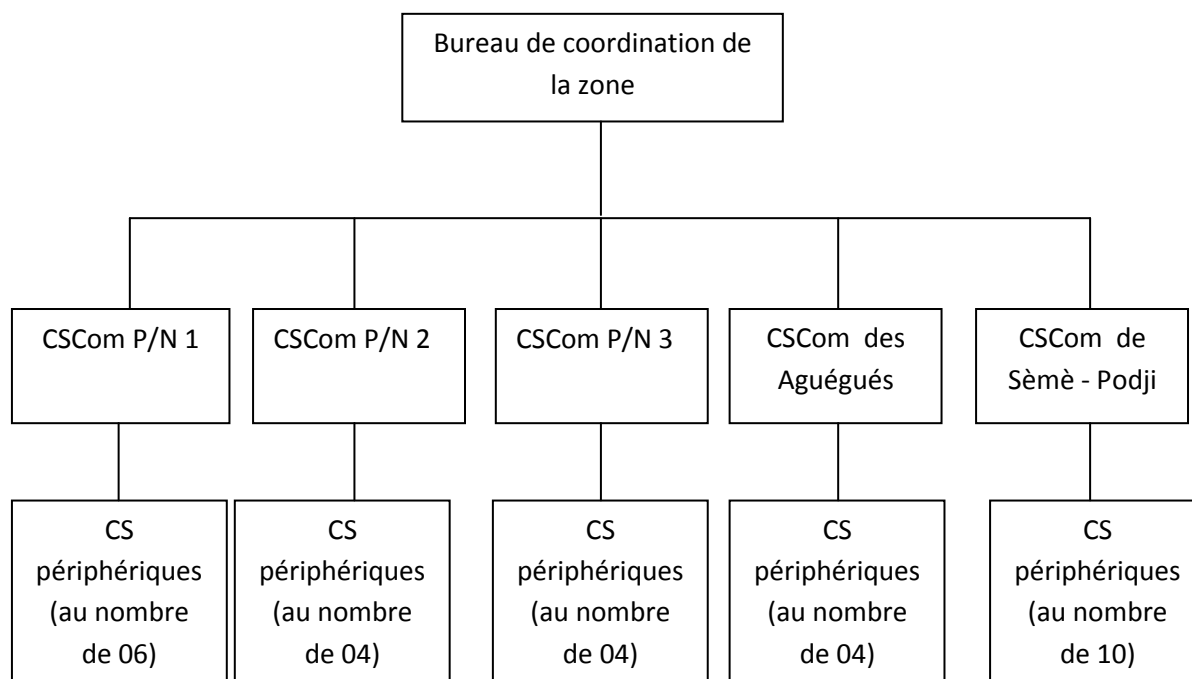
Le centre opérationnel est composé des agents de l'organisation (zone sanitaire), les opérateurs dont le travail est directement lié à la production des services de soins de santé primaires. Il est dans le cas d'espèce, composé des centres de santé répartis dans les quatorze (14) arrondissements de la zone sanitaire. La zone sanitaire dispose à ce jour de vingt trois (23) centres de santé (CS) qui viennent s'ajouter aux cinq (05) centres de santé de commune, répartis dans les trois communes de la zone. Au sein de chaque centre de santé, on y retrouve comme divisions ou sections de travail : un dispensaire pour les soins préventifs et curatifs ; une maternité pour les soins maternels et infantiles ; une caisse pour la centralisation des entrées de fonds ; une pharmacie pour la cession des médicaments, carnets et consommables médicaux.

La structuration de la zone sanitaire telle que décrite, montre clairement que le succès du système sanitaire dans une zone sanitaire dépend essentiellement de l'efficacité des actions entreprises au niveau des centres de santé aussi bien d'arrondissement que de commune. Les responsables de ces niveaux opérationnels restent les premiers astreints normalement à une gestion axée sur les résultats et ce suivant les objectifs globaux de la politique sanitaire du Bénin intégrant ceux du millénaire pour le développement.

L'**annexe 3** fait la synthèse des liens hiérarchico-fonctionnels existants entre les sections au niveau d'un centre de santé.

d) Organigramme synthèse de la zone sanitaire

Le développement fait sur la structuration de la zone sanitaire PAS telle que décrite précédemment nous a permis de faire ressortir un organigramme synthèse de tout le système. Il met en évidence les relations existantes entre les différentes composantes administratives et techniques de la zone sanitaire et se présente comme suit :

Figure n°1 : Organigramme synthèse du système de santé de la zone sanitaire PAS

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

B- Fondements et principes de fonctionnement de la zone sanitaire

La restructuration en zones sanitaires telle que recommandée par les conclusions de la Table Ronde sur le secteur de la santé de 1995, a pour finalité l'amélioration des conditions socio-sanitaires de la population située dans les aires géographiques définies. La zone sanitaire est donc appelée à entretenir à travers des organes de gestion clairement identifiés et régis par des actes normatifs, la viabilité des centres de santé, la qualité des services de santé et favoriser la décentralisation, la participation communautaire, le partenariat entre le secteur public et le secteur privé.

1- Organes de gestion

La zone sanitaire PAS, conformément aux textes en vigueur, est gérée par deux (02) organes : un organe délibérant et un organe technique.

a) L'organe délibérant de la zone sanitaire PAS

L'organe délibérant de la zone sanitaire PAS, à l'instar des autres zones sanitaires du Bénin, est le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS). Organe suprême de représentation et de décision de la zone, il est composé de vingt sept (27) membres⁵ désignés conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté 2005-n°10196/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 19 octobre 2005 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du Comité de Santé de la Zone Sanitaire y compris le Médecin Coordonnateur de zone (à titre consultatif).

b) L'organe technique de la zone sanitaire PAS

L'Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) est l'organe technique multidisciplinaire chargé surtout de la gestion et de la coordination des actions socio – sanitaires dans la zone sanitaire. L'EEZS-PAS comprend actuellement onze (11) membres tous nommés suivant les dispositions de l'arrêté 2005-n° 10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 08 novembre 2005 et tenant compte des ressources humaines disponibles.

2- La cogestion et la participation communautaire

L'Initiative de Bamako vue comme une stratégie pour redynamiser les soins de santé primaires en Afrique, montre bien à quel point il est important que le fonctionnement et la gestion des centres de santé reposent sur la mobilisation et la participation des collectivités locales dans la perspective de leur accession à l'auto-responsabilisation et à l'auto-détermination. Cette implication des populations aux différentes activités des centres de santé (participation communautaire), suppose la mobilisation sociale et le financement communautaire qui permettent aux centres de santé, de disposer de ressources propres pour venir en aide aux efforts de l'Etat dans le cadre de leur fonctionnement. La gestion rationnelle et transparente de ces

⁵ Décision n° 076/2010/MS/DDS-OP/SEPS portant nomination des membres du Comité de Santé de la zone sanitaire PAS du 13 Janvier 2010.

ressources exige d'associer, à défaut de toute la population, ses représentants aux agents de santé : c'est la cogestion. Une cogestion qui apparaît donc dans la démarche opérationnelle, comme une forme d'institutionnalisation de la participation communautaire. Ainsi, conformément aux dispositions de l'arrêté 2004 n°67238/MSP/DC/SGM/STJ/DIVI/DNPS/DNPEV-SSP/CADZS/SA du 30 juillet 2004 en son article 11, les comités de gestion des centres de santé (COGECS) assurent la promotion et le développement de la participation communautaire aux activités de santé et participent alors à la gestion des formations sanitaires.

Paragraphe 2 : Présentation des observations de stage

I- Fonctions essentielles et ressources de la zone sanitaire PAS

A- Fonctions essentielles de la zone sanitaire

Pour JANOVSKY « Les expériences des différents pays montrent que les travailleurs sanitaires agissant dans le cadre et à partir de leurs postes et centres de santé ne peuvent exercer leurs fonctions d'une façon soutenue et valable que s'ils bénéficient d'un soutien. Le niveau le plus approprié pour organiser et fournir ce soutien est celui de la zone sanitaire »⁶.

En effet, la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégoués_Sèmè-Podji, a pour fonctions essentielles de :

- * veiller à la mise en œuvre effective des différentes activités devant contribuer véritablement à la concrétisation des objectifs stratégiques de la politique sanitaire du Bénin au niveau des centres de santé en mettant plus l'accent sur l'effectivité des soins de santé primaires, la promotion de la santé maternelle et infantile, la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et d'autres maladies;
- * veiller au bon fonctionnement des centres de santé et à leur viabilité, gage de sa propre existence, à travers des activités d'encadrement et de renforcement

⁶ JANOVSKY, Katja, Des systèmes de santé de district pour renforcer les soins de santé primaires, OMS 1998

des capacités des différents acteurs intervenant dans la gestion des formations sanitaires publiques.

B- Ressources de la zone sanitaire

Comme toute organisation orientée vers la production des biens et/ou des services, la zone sanitaire PAS dispose de trois catégories de ressources pour son fonctionnement.

1- Ressources humaines

A fin Août 2010, l'effectif du personnel dans la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji est de cinq cent dix sept (517) agents dont sept (07) Médecins ; quatre vingt onze (91) infirmiers ; soixante quinze (75) sages femmes ; quatorze (14) techniciens de laboratoire ; deux (02) techniciens de radiologie ; onze (11) agents d'hygiène ; trente sept (37) personnels administratifs et deux cent quatre vingts (280) agents de soutien (aides soignants , commis, CVA, gardiens , agents d'entretien).

2- Infrastructures sanitaires et ressources matérielles

La zone sanitaire dispose de vingt huit (28) centres de santé implantés dans les quatorze (14) arrondissements que compte cette entité (**cf. annexe 4**). Sur l'ensemble de ces centres, dix huit (18) sont conformes en plateau technique soit un taux de conformité de 64,28% ; dix sept (17) en infrastructures sanitaires pour un taux de conformité de 60,71% avec des disparités significatives à l'intérieur de la même zone⁷. La zone dispose de très peu de matériels roulants non encore amortis. On dénombre seulement neuf (09) motos, quatre (04) véhicules et une (01) barque motorisée.

⁷ Draft annuaire des statistiques sanitaire 2009 PAS

En dehors des centres de santé (formations sanitaires publiques), on dénombre dans la zone sanitaire PAS près de cent cinquante huit⁸ (158) cabinets privés dont seulement quatre vingt huit (88) détiennent une autorisation d'exercer. Des 88 cabinets privés autorisés, onze (11) seulement collaborent avec l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire en envoyant régulièrement des rapports mensuels d'activités.

3- Ressources financières

Les ressources financières de la zone sanitaire proviennent de trois sources essentielles à savoir :

- le financement communautaire ou ressources propres générées dans les centres de santé ;
- l'Etat béninois à travers les crédits délégués du budget national ;
- les partenaires techniques et financiers au développement du secteur de la santé notamment l'OMS et l'Unicef surtout pour les journées nationales de vaccination, le Fonds Mondial dans la lutte contre les maladies prioritaires et la prise en charge du VIH/SIDA, AFRICARE pour les Moustiquaires Imprégnées (MI) et les Techniques des Naissances Précédentes (TNP).

Le rapprochement des trois sources de financement dont dispose la zone sanitaire fait ressortir la place capitale qu'occupe le financement communautaire dans le fonctionnement des structures sanitaires et administratives de la zone telles que le montrent les statistiques suivantes recueillies sur les cinq (05) dernières années.

⁸ Rapport du recensement des cabinets médicaux et paramédicaux privés et piqueurs ambulants dans la zone sanitaire PAS de Mai 2010.

Tableau 1 : Répartition des recettes annuelles de la zone entre les sources de financement

Années	2005		2006		2007		2008		2009	
Recette totale de l'année en FCFA	444.129.044		485.138.240		516.859.697		531.871.146		451.814 ¹⁵	
	Montant en FCFA	% dans la recette	Montant en FCFA	% dans la recette	Montant en FCFA	% dans la recette	Montant en FCFA	% dans la recette	Montant en FCFA	% dans la recette
Financement Communautaire	346.966.044	78,12%	389.320.245	80,25%	430.959.697	83,38%	422.473.586	79,43%	357.940.084	79,22%
Budget National	91.858.000	20,68%	89.818.000	18,51%	78.400.000	15,16%	89.700.000	16,86%	87.700.000	19,41%
Partenaires au développement	5.305.000	1,2%	6.000.000	1,24%	7 500 000	1,46%	19.697.560	3,71%	6 174 650	1,37%

Source : PTA et Rapports d'auto-évaluation de la zone PAS (2005 à 2009)

II- Inventaire des forces et faiblesses de la zone sanitaire PAS et regroupement des problèmes par centre d'intérêt

De nos observations de stage dans la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégus_Sèmè-Podji, ressortent des points tant positifs que négatifs, des atouts et des freins potentiels au bon fonctionnement des centres de santé. Une fois identifiés, les différents problèmes ont été regroupés par centre d'intérêt.

A- Inventaire des forces et faiblesses

Les forces et faiblesses identifiées au cours de nos investigations sur le fonctionnement de la zone, sont résumées dans les tableaux de synthèse.

1- Forces de la zone sanitaire PAS

Les forces de la zone sanitaire PAS peuvent être regroupées en neuf (09) points essentiels.

Tableau 2 : Tableau de synthèse des forces de la zone sanitaire PAS

N°	Forces	Justificatifs
01	Cadre institutionnel et légal existant	<p>-Existence de 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 ;</p> <p>Existence de l'arrêté ministériel n°2532/MSP/DC/SGM/CADZS du 29 Avril 1999 du Ministère de la Santé portant création de la zone sanitaire PAS ;</p> <p>-Existence de l'arrêté ministériel 2005 n° 10845/MSP/DC/SGM/CT/CTJ/DDZS/SA du 08 Novembre 2005 du Ministère de la Santé portant attributions, organisation et fonctionnement de l'EEZS ;</p> <p>-Existence de l'arrêté ministériel 2005 n° 10196/MSP/DC/SGM/CT/CTJ/DDZS/SA du 19 Octobre 2005 du Ministère de la Santé portant attributions, organisation et fonctionnement du Comité de Santé de la Zone Sanitaire ;</p> <p>-Existence de décision n°076/2010/DDS/SEPS portant nomination des membres de Comité de Santé de la zone sanitaire PAS du 13 Janvier 2010 ;</p> <p>Etc.</p>
02	Les ressources humaines nécessaires à l'encadrement des agents au niveau opérationnel (centres de santé) sont disponibles	L'équipe d'encadrement de la zone PAS dispose en son sein des cadres très expérimentés dans les différents domaines d'intervention des soins de santé et capables de veiller correctement sur le déroulement des activités dans les formations sanitaires. Au plan de la prise en charge des malades dans les centres de santé, la zone à elle seule dispose de 07 médecins, 91 infirmiers, 75 sages femmes, 14 techniciens de laboratoire, 02 techniciens de radiologie, 37 personnels administratifs, 280 agents de soutien tels que les aides soignants, commis des pharmacies, etc...., soit un effectif total de 517 agents. ⁹
03	La grande majorité des agents de la zone sanitaire PAS sont encore très actifs, productifs.	Plus de 65% de l'effectif du personnel de la zone sanitaire sont des jeunes âgés de 21 à 40 ans ¹⁰ .
04	La zone sanitaire attache beaucoup de prix à la Planification et à l'évaluation des activités.	Conformément aux exigences du Ministère de la Santé, la zone sanitaire s'efforce chaque année d'élaborer son plan annuel de travail (décliné par la suite en des plans mensuels et même hebdomadaires de travail), le plan triennal de développement, l'annuaire des statistiques sanitaires et le rapport d'auto-évaluation de l'année.
05	La zone sanitaire a un taux moyen de fréquentation des centres de santé acceptable.	Le taux moyen de fréquentation des centres de santé dans la zone sanitaire PAS est de 47% ¹¹ pour un taux moyen minimum de 45% tel recommandé par le Ministère de la Santé, dans son document de politiques et stratégies de développement sanitaire 2002-2006.

⁹ Rapport de mise à jour de la base du personnel de la zone PAS, [2010].

¹⁰ Rapport de mise à jour de la base du personnel de la zone PAS, [août 2010].

¹¹ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS, [2009].

N°	Forces	Justificatifs
06	La plupart des centres de santé de la zone sont accessibles à la population desservie.	77% des centres de santé de la zone sanitaire sont faciles d'accès, soit environ 22 centres de santé sur les 28 que compte la zone. ¹²
07	La majorité des centres de santé de la zone sont conformes en plateau technique.	64,28% des centres de santé de la zone sanitaire répondent aux normes en plateau technique soit 18 centres de santé sur les 28 que compte la zone ¹³ .
08	Tous les arrondissements de la zone sont couverts en centre de santé.	Depuis 2008 le taux de couverture des arrondissements de la zone sanitaire en centre de santé est de 100% ¹⁴ .
09	Disponibilité des membres des comités de gestion des centres de santé et du Comité de Santé de la zone sanitaire pour accompagner la zone dans toutes ses attributions.	Plusieurs rapports d'activités des COGECS et du Comité de Santé témoignent de leur niveau d'implication pour le fonctionnement de la zone, la protection de la population et la promotion des soins de santé primaires. Par exemple en Mai 2010, ces représentants de la population, sous la direction du Médecin Coordonnateur, ont effectué le recensement actualisé des cabinets médicaux et paramédicaux privés et des piqueurs ambulants exerçant sur tout le territoire de la zone sanitaire.

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

2- Faiblesses de la zone sanitaire PAS

En nous appuyant sur le fonctionnement global de la zone sanitaire, nous avons identifié quatre (04) points faibles non favorables au réel développement de la zone.

Tableau 3 : Tableau de synthèse des faiblesses de la zone sanitaire PAS

N°	Faiblesses	Justificatifs
01	Faible encadrement du personnel sanitaire et administratif dans l'exécution des activités par l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire	Beaucoup d'insuffisances relevées dans les centres de santé de la zone lors des monitorings des activités aussi bien dans le domaine des soins curatifs, dans le domaine des soins infantiles et maternels que dans le domaine du financement communautaire ¹⁵ .
02	Gestion très mitigée du financement communautaire (FC) dans les centres de santé de la zone	-Inadéquation entre le niveau de réalisation des recettes des centres de santé et celui des dépenses de fonctionnement ¹⁶ ; - Faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire arrêtées dans les plans de travail annuels : 58,52% ¹⁷ ; -Non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement à 40% au plus des recettes tel que préconisé au début de la mise en œuvre de l'IB au Bénin ¹⁸ ;

¹² Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS, [2007, 2008 et 2009].

¹³ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS, [2007, 2008 et 2009].

¹⁴ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS, [2008].

¹⁵ Rapports des monitorings des centres de santé de la zone PAS, [2006, 2007, 2008 et 2009].

¹⁶ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS, [2005, 2006, 2007 et 2008].

¹⁷ Idem

¹⁸ Idem

N°	Faiblesses	Justificatifs
		-Pratiques très peu orthodoxes dans la gestion du financement communautaire ¹⁹ ; -Evolution décroissante du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé de la zone sanitaire depuis 2005. D'une moyenne de 1,55 en 2005, il est de 0,96 à fin décembre 2009 ²⁰ ; -Nombre de plus en plus élevé de centres de santé non viables : de 11 en 2005, on est à 20 à fin décembre 2009 ²¹ .
03	Faible capacité organisationnelle dans la mise en œuvre des plans de travail annuels de l'EEZS	-Faible taux d'exécution (48 à 50%) des plans de travail annuels depuis les cinq dernières années ²² ; - Absence de répondant (s) par activité identifiée dans les plans de travail annuels de l'EEZS ²³ ; -Irrégularité des supervisions dans les différents domaines d'activités des centres de santé depuis les cinq dernières années ²⁴ .
04	Relâchement des activités du paquet minimum de soins de santé dans les formations sanitaires de la zone	-Faibles performances des agents de santé enregistrées lors des monitorings dans les formations sanitaires de la zone avec un score de performance des centres de santé <10 points pour près de 68% des centres de santé de la zone ²⁵ ; - Non disponibilité des agents de santé au poste.

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

B- Inventaire des opportunités et menaces de la zone Sanitaire PAS

Après l'identification des forces et faiblesses liées au fonctionnement de la zone sanitaire d'après nos observations, l'analyse de l'environnement externe de ce système a permis aussi de faire ressortir des opportunités favorables au développement de la zone ainsi que des facteurs susceptibles de compromettre le bon fonctionnement du système.

1- Opportunités de la zone sanitaire PAS

L'environnement externe de la zone sanitaire PAS lui offre un certain nombre de facteurs externes positifs susceptibles de contribuer au mieux à son développement.

¹⁹ Rapport de contrôle de l'EEZS-PAS sur la gestion du FC des centres de santé de la zone, [Septembre 2010].

²⁰ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS, [2005, 2006, 2007, 2008 et 2009] et rapports du monitoring du premier et du deuxième semestre des centres de santé de la zone, [2009].

²¹ Idem

²² Rapports d'auto-évaluation de la zone PAS, [2005, 2006, 2007, 2008 et 2009].

²³ Plans de travail annuels de l'EEZS PAS, [2005, 2006, 2007, 2008 et 2009].

²⁴ Rapports d'auto-évaluation de la zone PAS, [2005, 2006, 2007, 2008 et 2009].

²⁵ Rapports de monitoring des formations sanitaires de la zone, [2005, 2006, 2007, 2008 et 2009].

Tableau 4 : Tableau de synthèse des opportunités de la zone sanitaire PAS

N°	Opportunités	Justificatifs
01	Possibilités de bénéficier rapidement de l'appui des structures (sanitaires et administratives) départementales dans la mise en œuvre des missions à la charge de la zone sanitaire	La zone sanitaire abrite sur son territoire : -la Direction Départementale de la Santé de l'Ouémé et du Plateau ; -le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé ; -le Centre Pneumo Phtisiologie d'Accron ; -le Service Départemental de la Transfusion Sanguine de Djassin ; -le Centre d'Information et de Prise En Charge (CIPEC) -la Préfecture des Départements de l'Ouémé/Plateau ; -la Recette des Finances de l'Ouémé (RFO)
02	Possibilités d'utilisation des NTIC dans la plupart des centres de santé de la zone sanitaire, facteur pouvant contribuer à une meilleure performance de ces derniers en matière de gestion administrative et financière.	89,28% des centres de santé de la zone disposent de l'énergie électrique et 71,42% disposent de ligne téléphonique fonctionnelle ²⁶ .
03	Engouement des partenaires au développement à appuyer la zone sanitaire surtout dans le cadre de la lutte contre les maladies telles que le paludisme la Poliomyélite à cause surtout de la vulnérabilité des habitants de la commune des Aguégus (commune lacustre) et de la proximité de la zone avec le Nigéria.	La zone sanitaire PAS bénéficie d'appuis financiers de la part des partenaires du secteur de la santé tels que UNICEF, le Fonds Mondial, PiSAF, PALP, MSF surtout dans le domaine du renforcement des capacités des agents de santé, dans le domaine de la prise en charge du paludisme dans les centres de santé, etc. ²⁷
04	Volonté politique affichée des gouvernements pour le développement du secteur de la santé au Bénin	Engouement des différents gouvernements à donner la meilleure réponse possible aux besoins de santé des populations à travers la préservation de la santé des populations, la promotion des soins de santé primaires avec la mise en œuvre effective des objectifs du millénaire pour le développement (volet santé) ²⁸ .
05	Existence des projets/programmes au niveau national pouvant accompagner les zones sanitaires dans leurs différents domaines d'intervention.	Aujourd'hui même avec la réduction des projets/programmes du Ministère de la Santé opérée en 2007, ce département ministériel, à lui seul, dispose depuis 2007 de 24 projets et programmes tous concourant à l'amélioration de la santé des populations ²⁹ .
06	Possibilité d'obtention des bourses d'étude pour des formations diplômantes afin de renforcer la productivité des agents de santé.	Des vingt-quatre (24) projets/programmes du Ministère de la Santé, il en a un intitulé « Projet de Renforcement des Ressources Humaines et des Structures de Gestion et de Coordination du Secteur Santé (PRHSGCSS) ».

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

²⁶ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS, [2008 et 2009].

²⁷ Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS, [2007, 2008 et 2009] et Rapports d'auto-évaluation de la zone PAS, [2006 à 2009].

²⁸ Document des Politiques et Stratégies de Développement du secteur de la santé au Bénin, depuis les années 90.

²⁹ Liste des projets/programmes du Ministère de la Santé après restriction, [2007].

2- Menaces de la zone sanitaire PAS

Certains facteurs externes à l'organisation interne de la zone sanitaire, méritent d'être suivis de près par les différentes parties prenantes œuvrant pour le développement harmonieux de la zone PAS. Il s'agit de menaces telles que le montre le tableau synthèse suivant :

Tableau 5 : Tableau de synthèse des menaces de la zone sanitaire PAS

N°	Menaces	Justificatifs
01	La prolifération des cabinets privés de soins de santé non autorisés.	La zone sanitaire PAS à fin mai 2010, compte 158 centres de prestations de soins de santé en clientèle privée dont seulement 88 sont réellement autorisés et 70 non autorisés ³⁰ .
02	Le personnel de la zone sanitaire reste en grande majorité féminin et encore apte pour la maternité, ce qui peut avoir d'impact négatif sur la productivité des différentes structures composant la zone.	A la fin de l'année 2009, les données statistiques de la zone montrent clairement que plus de 72,73% de l'effectif total de la zone sanitaire sont des femmes encore en âge de procréer et ayant droit à des congés de maternité qui sont de 14 semaines par grossesse ³¹ .
03	La proximité de la zone sanitaire avec le Nigéria favorisant des ventes illicites des médicaments dans les marchés sans oublier aussi les cas des maladies transmissibles pouvant venir de l'autre côté.	-Existence de points de vente des médicaments non autorisés sur plusieurs marchés dans la zone sanitaire tels que le marché d'Adjégoulè (dans la commune de Porto-Novo), le marché de Sèmè (dans la commune de Sèmè-Podji), etc. -Identification des cas de POLIO dans certaines aires sanitaires de la zone par des agents de santé. En 2009, 8 cas suspects de PFA ont été identifiés avec 3 cas confirmés après les enquêtes et l'organisation de la prise en charge ³² .
04	Baisse continue des subventions de l'Etat au fonctionnement de la zone sanitaire.	De 91.858.000 fca en 2005, la zone n'a bénéficié que de 61.390.000 fca en 2010 ³³ .

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

C- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt et formulation de la problématique de l'étude

1- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

Une analyse situationnelle du fonctionnement des centres de santé dans la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégoués_Sèmè-Podji, fait ressortir un certain nombre de problèmes spécifiques pouvant être regroupés par centre d'intérêt suivant le tableau ci-dessous :

³⁰ Rapport du recensement des cabinets médicaux et paramédicaux privés et des piqueurs ambulants dans la zone sanitaire PAS, [Mai 2010].

³¹ Rapport de mise à jour de la base du personnel de la zone PAS, [août 2010].

³² Fiches de synthèse des cas de maladies à potentiel épidémique du service de la surveillance épidémiologique de la zone sanitaire, [2009].

³³ Fiches de notification des crédits à la zone sanitaire, [2009] et [2010].

Tableau 6 : Identification des problèmes et problématiques par centre d'intérêt

N°	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
01	Planification	<ul style="list-style-type: none"> -mauvaise estimation des recettes attendues du FC lors de l'élaboration des plans de travail annuels (PTA) ; -les objectifs retenus dans les PTA sont beaucoup plus englobants que spécifiques alors que nous sommes à un niveau plus opérationnel ; -Pas d'indicateurs de suivi et de mesure de performance dans les PTA pour apprécier objectivement lors des auto-évaluations le niveau de réalisation des résultats et l'atteinte des objectifs ; -incohérence entre certaines activités et les sous programmes auxquels elles sont rattachées ; -les PTA mettent plus l'accent sur le fonctionnement que sur les activités productrices de résultats. 	Mauvaise qualité des plans de travail annuels (PTA) des centres de santé	Problématique de la mauvaise qualité des PTA dans la zone sanitaire
02	Mise en œuvre des activités du paquet minimum d'activités (PMA) dans les centres de santé	<ul style="list-style-type: none"> -faible taux d'exécution des plans de travail annuels; -insuffisance d'encadrement et de suivi des agents dans leur fonction ; -faible performance des centres de santé constatée lors des monitorings; -non respect de la parole de l'autorité. 	Relâchement des activités dans les centres de santé	Problématique du relâchement des activités dans les centres de santé
03	Gestion de ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> -Aucun agent ne respecte exactement le contenu de sa description de poste, -charge salariale sur financement communautaire (FC) encore très élevée malgré l'avènement des agents repris sur « fonds mesures sociales » ; -répartition inéquitable du personnel de santé dans les formations sanitaires de la zone ; -absence de grille de mesure de performance des agents dans les centres de santé ; -Aucun agent n'est soumis à une obligation de résultat, 	Gestion irrationnelle du personnel dans les centres de santé de la zone	Problématique de la gestion irrationnelle du personnel dans les centres de santé de la zone
04	Gestion des ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> - Faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire arrêtées dans les plans de travail annuels ; -Non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans les 40% au plus des recettes ; - Non respect des procédures de gestion des ressources du financement communautaire par les responsables en charge 	Baisse continue du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé	Problématique de la baisse continue du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

2- Formulation de la problématique de l'étude

Face à l'amenuisement des ressources, le Bénin à l'instar des 194 autres Etats membres de l'OMS, a adopté en 1986 le programme mondial sur le district sanitaire dans le but de minimiser les coûts de fonctionnement afin d'assurer les soins de santé à moindre coût aux populations. A travers la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, le Bénin a affirmé sa ferme volonté de faire de l'objectif « la Santé pour tous d'ici l'an 2000 » l'affaire de tous en y associant conséquemment les communautés. Il s'agit là d'une nouvelle politique de financement de la santé qui promeut le partage des dépenses de santé entre l'Etat et les ménages. La participation de l'Etat consiste à financer la construction des centres de santé, à assurer leur équipement, à former le personnel et à mettre à disposition dans certains cas, une partie dudit personnel. La contribution des communautés à la base (les bénéficiaires des soins), appelée « participation communautaire » devant permettre de couvrir les charges de fonctionnement des formations sanitaires publiques.

La mise en application de cette nouvelle politique au Bénin, s'est donc traduite par la prise du décret n° :88-444 du 18 novembre 1988 portant autorisation de vente des médicaments essentiels et la rétention des recettes au sein des formations sanitaires. Ainsi les formations sanitaires publiques jouissent désormais d'une autonomie dans leur gestion en général et en particulier au plan financier. Par conséquent, à travers une gestion concertée « cogestion », les centres de santé gèrent en leur propre sein, des recettes et des dépenses de fonctionnement. Mais ils doivent veiller à ce que les recettes puissent au moins couvrir les dépenses effectuées pour la même période d'activité. Cette exigence établie n'est que la traduction d'un des indicateurs d'appréciation de la bonne gestion des ressources financières au niveau des centres de santé. Il s'agit du niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement (NR). Cet indicateur permet de juger de la viabilité des formations sanitaires publiques. Ainsi, pour un NR supérieur ou égal à 1,2 le centre de santé est financièrement viable. Lorsque ce niveau se trouve compris entre 1 et 1,2 le

centre est financièrement fragile et lorsqu'il est inférieur à 1, le centre de santé n'est plus viable.

Pour accompagner les centres de santé dans la mission qui leur est désormais assignée « $NR \geq 1,2$ » le Ministère de la Santé a progressivement mis en place dans les centres de santé, des dispositifs nécessaires et adéquats y relatifs à savoir :

- la rédaction et la mise à disposition des statuts ou règlements devant régir la gestion financière des centres de santé (et ce à travers les articles 35 à 41 du titre 3 du chapitre 1 des statuts des Circonscriptions Sanitaires de Commune) ;
- la formation des agents de santé et des élus communautaires sur les procédures de gestion financière des centres de santé, sur les outils élaborés et leur remplissage;
- la dotation des centres de santé des premiers stocks d'outils de gestion, de médicaments, de consommables médicaux et des matériels médico-techniques nécessaires au fonctionnement des centres.

Ces dispositions une fois mises en place, les centres de santé de la zone sanitaire PAS à l'instar des autres formations sanitaires publiques des Départements de l'Ouémé et du Plateau, ont produit les effets escomptés ($NR \geq 1,2$) à partir de 1999 et ont su garder cette performance sur presque toute la période de 1999 à 2004 avec un niveau moyen de recouvrement des coûts de fonctionnement dans la zone, situé à 1,55³⁴ pour un taux moyen de fréquentation des centres de santé de 38,29%³⁵ sur la même période.

Depuis 2005, avec la décentralisation des crédits délégués jusqu'au niveau périphérique de la pyramide sanitaire, le rapprochement des organes administratifs sanitaires des centres de santé pour leur suivi et leur encadrement, l'évolution sensible du taux de fréquentation des centres de la zone PAS pour une moyenne en 2009 de 47%³⁶, on note une baisse progressive du niveau de recouvrement des coût

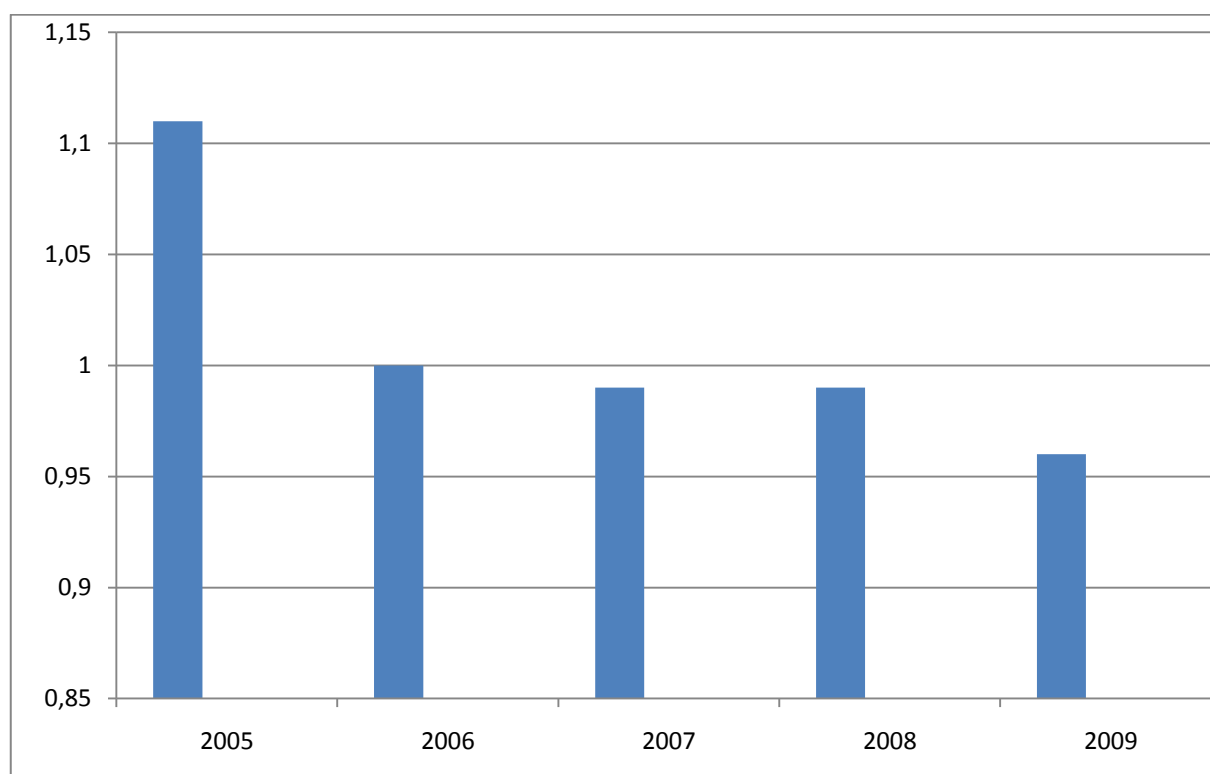
³⁴ Annuaires des statistiques sanitaires [1999 à 2004] de la DDS-Ouémé

³⁵ Idem

³⁶ Cellule statistique de la zone sanitaire PAS

de fonctionnement dans les centres de santé de la zone. La figure ci-après illustre bien cette situation.

Figure n°2 : Evolution du niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement dans la zone PAS



Source : Annuaire des statistiques sanitaires de la zone PAS

Cet état de choses met véritablement en péril la viabilisation des centres de santé de la zone et se manifeste par :

- des ruptures fréquentes des stocks de médicaments, de consommables médicaux et de petits matériels médico - techniques ;
- des difficultés financières pour le paiement à temps des salaires aux agents sur financement communautaire ;
- l'incapacité financière des centres de santé à faire face à l'entretien et à la maintenance des petits équipements de travail et à réaliser si possible, de grands investissements.

Vu la place capitale qu'occupent les centres de santé dans le système de santé au Bénin, l'atteinte des objectifs des programmes du Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018) passe nécessairement par le fonctionnement harmonieux

desdits centres. Il devient nécessaire qu'une réflexion soit menée sur la viabilité financière des centres de santé de la zone sanitaire afin de trouver des voies et moyens pouvant permettre de remédier à la situation actuelle.

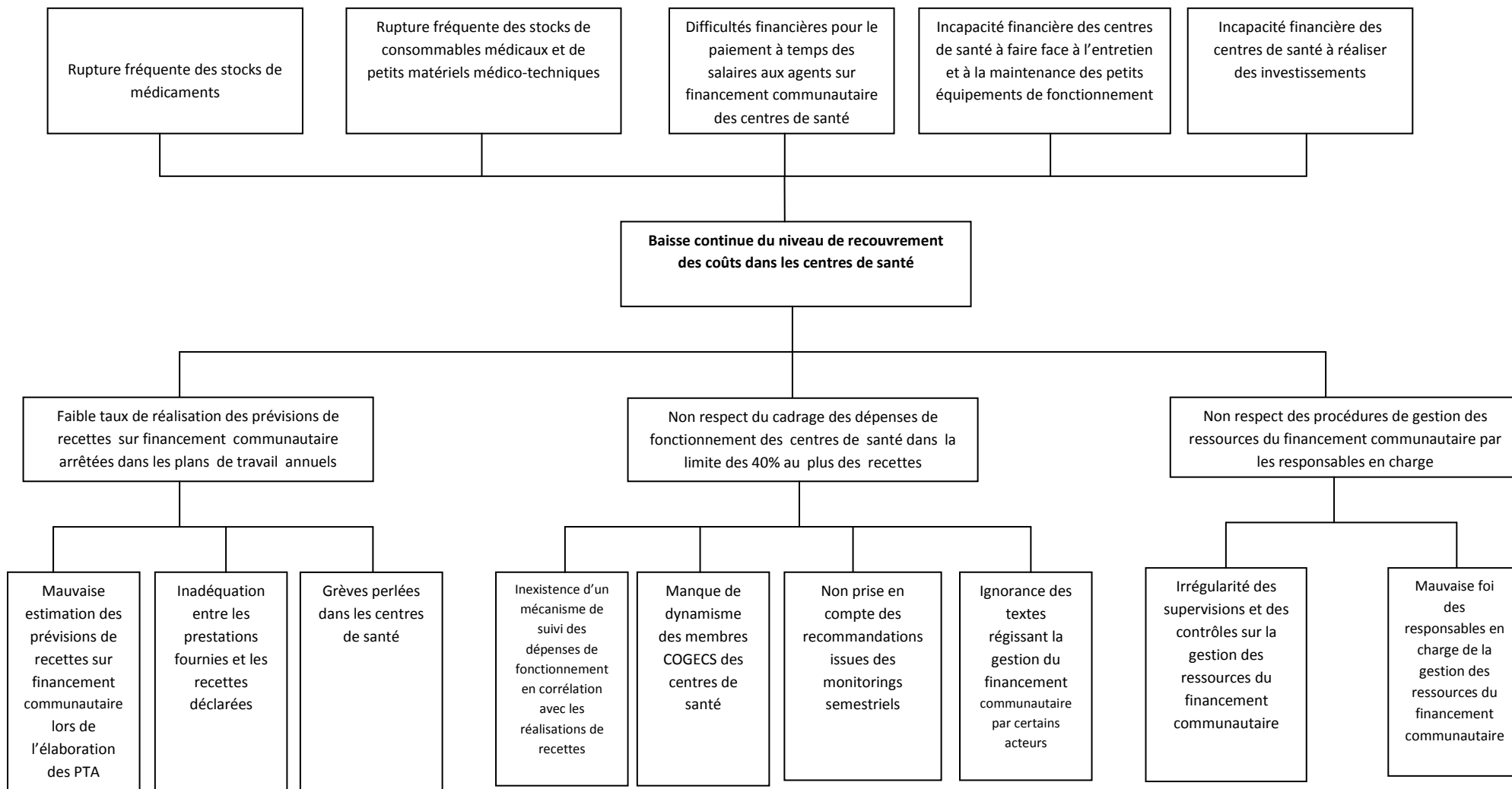
C'est pourquoi, des quatre problématiques identifiées dans le tableau de regroupement des problèmes par centre d'intérêt ci-dessus, notre choix s'est porté sur « la problématique de la baisse continue du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé de la zone sanitaire Porto-Novo_ Aguégoués_Sèmè-Podji ».

Ce choix est beaucoup plus orienté vers le souci de mettre en application, les connaissances acquises durant nos deux années de formation, mais aussi et surtout, par le souci d'aider les responsables en charge de la gestion du financement communautaire des centres de santé de la zone PAS à mettre en place un mécanisme dynamique de veille permanente sur la gestion financière des centres pour une amélioration du niveau de recouvrement des coûts. Il découle de ce problème général, les problèmes spécifiques que sont :

- * Faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire arrêtées dans les plans de travail annuels ;
- * Non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des recettes ;
- * Non respect des procédures de gestion des ressources du financement communautaire par les responsables en charge.

De chacun des problèmes spécifiques, résultent des causes possibles qui, prises dans leur ensemble, permettent d'avoir une vue globale de la situation problématique telle que le montre l'arbre à problèmes ci-après :

Figure n°3 : Arbre à problèmes résumant la situation actuelle du recouvrement des coûts dans la zone sanitaire PAS



Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

La problématique de l'étude étant ainsi formulée, il importe de préciser la vision globale pouvant nous permettre de résoudre les problèmes spécifiques retenus et par voie de conséquence, le problème général identifié.

1- Vision globale de résolution du problème

Au Bénin, le fonctionnement des centres de santé s'articule autour de quatre (04) domaines d'activités : les activités de vaccination et de la gestion de la chaîne de froid ; les activités de soins curatifs ; les activités de soins maternels et infantiles et les activités du financement communautaire. Il est défini à l'avance pour chacun des domaines, des résultats attendus avec des indicateurs d'appréciation. Ce dispositif mis en place au niveau du système sanitaire est pour juger du niveau de réalisation des objectifs fixés, après une période d'activité à travers les monitorings semestriels et les auto-évaluations. C'est dire théoriquement que le système sanitaire fonctionne suivant l'approche « de la gestion axée sur les résultats », ce qui est d'ailleurs une très bonne chose. Mais la problématique retenue pour notre étude met plus l'accent sur la capacité d'autofinancement des centres de santé de la zone sanitaire PAS (viabilité des centres) qui, entre autres dépend de la performance des acteurs en charge de la gestion des ressources du financement communautaire. C'est pour quoi la théorie qui nous guidera dans la résolution aussi bien des problèmes spécifiques que du problème général est celle de « la mesure et de l'amélioration de la performance dans les organisations »

Cette approche de la mesure et de l'amélioration de la performance dans les services tant publics que privés n'est pas un concept nouveau. Des tentatives pour mesurer et améliorer la productivité des travailleurs remontent aussi loin qu'au début du 20^e siècle. Le concept a ultérieurement été amélioré grâce à la recherche opérationnelle et à des techniques d'analyse de systèmes développées durant la seconde guerre mondiale (Nyhan & Marlowe, 1995). En théorie, la mesure de la performance est un système de rétroaction, un mécanisme capable de suivre l'état d'un projet et de retrouver les signes correcteurs appropriés (Dent & Ezzamel, 1995; Jorjani, 1994; Jorjani & Dyer, 1996; Kravchuk & Schack, 1996).

Ce processus de rétroaction implique une analyse des facteurs dynamiques qui mènent collectivement le système vers l'auto renouvellement et l'auto réglementation (Buckley, 1967; Burrell & Morgan, 1979; Dent & Ezzamel, 1995; Hedberg & Jonsson, 1976). Toutefois, ce concept est axé sur l'hypothèse que le système a suffisamment de capacité pour véhiculer l'information aussi bien que les mesures de performance appropriées pour aider à contrôler la variété des activités possibles reliées au processus. La mesure de la performance est considérée comme un concept intégré qui aide les organisations à mieux comprendre leurs processus et leurs impacts et qui permet une analyse holistique et intégrée de la mission, des buts et des objectifs de l'organisation en fonction de sa performance actuelle, dans le contexte d'autres facteurs internes et externes³⁷.

Cette vision globale de résolution que nous venons de retenir sera restituée à travers une démarche en dix (10) étapes à savoir : fixation des objectifs de la recherche ; formulation des hypothèses de l'étude; construction du tableau de bord de l'étude ; revue de littérature ; choix de l'outil de collecte de données ; choix de l'outil d'analyse des données ; collecte des données ; analyse des données ; établissement du diagnostic ; approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.

Le problème général étant connu, il s'agit maintenant de présenter les objectifs de l'étude et de procéder à la formulation d'hypothèses relatives aux problèmes spécifiques. La prochaine section qui s'en préoccupe, aborde également la revue de littérature.

³⁷ Kravchuk & Schack, 1996; Senge, 1990

Section 2 : Des objectifs à la revue de littérature

Cette section sera consacrée d'une part aux objectifs et hypothèses de l'étude et, d'autre part, à la revue de littérature.

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

I- Objectifs et hypothèses de l'étude

A- Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude ont été fixés par rapport aux problèmes à résoudre et sont exprimés en termes d'objectif général et d'objectifs spécifiques.

1- Objectif général

L'objectif général de l'étude est de contribuer à la conception d'un mécanisme d'inversement de la tendance décroissante du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé de la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji par une meilleure connaissance des causes qui en sont à l'origine et des solutions appropriées.

2- Objectifs spécifiques

L'atteinte de l'objectif général de l'étude passe par la réalisation des objectifs spécifiques que sont :

- a) relever les insuffisances inhérentes à la réalisation des prévisions de recettes faites au niveau des centres de santé ;
- b) faire une analyse critique de la manière dont s'opère le suivi des dépenses de fonctionnement au niveau des centres de santé ;
- c) faire une analyse comparative des forces et faiblesse de l'organisation de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire à travers les plans de travail annuels proposés.

B- Causes et hypothèses de l'étude

Les objectifs étant définis, nous allons ici identifier les causes supposées ou probables des problèmes spécifiques et formuler les hypothèses y relatives.

1- Cause et hypothèse liées au faible taux de réalisation des prévisions de recettes

Des causes probables du faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire des centres de santé, il y a la mauvaise estimation des prévisions de recettes lors de l'élaboration des Plans de Travail Annuels (PTA). Cette cause paraît à notre avis la plus probable de par l'inexistence d'un modèle de projection objective des recettes observée dans les centres de santé. Il s'en déduit comme hypothèse que : **«le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire des centres de santé s'explique par la mauvaise estimation de ces prévisions lors de l'élaboration des PTA»**.

2- Cause et hypothèse liées au non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement

L'un des principes fondamentaux retenus et consacrés par l'Initiative de Bamako pour une gestion rationnelle du financement communautaire, gage de la viabilité des formations sanitaires, est de répartir les recettes mensuelles dans des comptes spécifiques à savoir : le compte médicament pour 60%, le compte fonctionnement pour 40%. De cette répartition, il apparaît clairement que les charges locales de fonctionnement d'un centre de santé ne peuvent s'appuyer que sur les 40% des recettes réalisées pour un niveau de recouvrement des coûts qui soit acceptable.

Mais, force est de constater que dans la plupart des centres de santé de la zone PAS, les dépenses de fonctionnement effectuées sont toujours largement au-delà de la limite des 40% des recettes effectuées au cours de la même période. Une telle situation peut s'expliquer entre autres par l'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes.

Le suivi des flux financiers étant un outil capital dans le respect des normes et procédures établies pour le bon fonctionnement d'une organisation, nous retenons

comme cause supposée de ce problème spécifique, l'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes. Il s'en suit comme l'hypothèse que : **«l'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes engendre le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des recettes»**.

3- Cause et hypothèse liées au non respect des procédures de gestion

Parmi les causes supposées être à la base du non respect des procédures de gestion des ressources du financement communautaire par les responsables en charge, il y a l'irrégularité des supervisions et des contrôles. L'analyse des rapports d'auto-évaluation de l'EEZS-PAS des cinq dernières années (2005-2009), fait ressortir un relâchement des activités de surveillance et de contrôle des agents des centres de santé. Un laisser-faire, est beaucoup plus remarqué dans le domaine de l'utilisation des ressources du financement communautaire alors que des activités de supervisions et de contrôles sont toujours programmées et budgétisées dans les plans de travail annuels de l'EEZS. Un tel constat nous amène à retenir comme cause supposée de ce troisième problème spécifique, celle qui rend beaucoup plus responsable l'équipe d'encadrement dans son rôle de coordination, de supervision et de contrôle dans toute la zone sanitaire. Il s'agit de l'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire. Ainsi, l'hypothèse ici peut être formulée comme suit : **« l'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire dans les centres de santé est à la base du non respect des procédures de gestion de ces ressources par les responsables en charge »**.

II- Tableau de bord de l'étude

Le tableau de bord ci-après présente une synthèse des différentes pistes de notre étude. Il résume les problèmes, les objectifs, les causes supposées et les hypothèses formulées et se présente comme suit :

Tableau 7: Tableau de Bord de l'Etude

Niveau d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes (supposées être à la base des problèmes)	Hypothèses	
Niveau général	Problème général Baisse continue du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé de la zone sanitaire PAS.	Objectif général Contribuer à la conception d'un mécanisme d'inversement de la tendance décroissante du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé par une meilleure connaissance des causes qui en sont à l'origine et des solutions appropriées	Cause générale -	Hypothèse générale -	
Niveaux spécifiques	1	Problème spécifique 1 Faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire arrêtées dans les plans de travail annuels.	Objectif spécifique 1 Relever les insuffisances inhérentes à la réalisation des prévisions de recettes faites au niveau des centres de santé	Cause supposée 1 Mauvaise estimation des recettes sur financement communautaire lors de l'élaboration des PTA	Hypothèse 1 Le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire s'explique par la mauvaise estimation de ces recettes lors de l'élaboration des PTA dans les centres de santé.
	2	Problème spécifique 2 Non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des recettes.	Objectif spécifique 2 Faire une analyse critique de la manière dont s'opère le suivi des dépenses de fonctionnement au niveau des centres de santé	Cause supposée 2 Inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes	Hypothèse 2 L'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes engendre le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des recettes.
	3	Problème spécifique 3 Non respect des procédures de gestion des ressources du financement communautaire par les responsables en charge	Objectif spécifique 3 Faire une analyse comparative des forces et faiblesses de l'organisation de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire à travers les plans de travail annuels proposés	Cause supposée 3 Irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire	Hypothèse 3 L'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire est à la base du non respect des procédures de gestion de ces ressources par les responsables en charge

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

Paragraphe 2 : Revue de littérature

En tant qu'état des connaissances sur le domaine d'étude, particulièrement sur les problèmes identifiés, la revue de littérature se rapporte aux concepts de base, à l'historique et au point de quelques travaux antérieurs réalisés par d'autres chercheurs dans le domaine.

I- Concepts de base

A- Soins de santé primaires

Selon l'OMS [1978]³⁸, « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination ».

Mais un énoncé aussi général avait besoin de quelques précisions pour pouvoir soutenir des programmes d'action. C'est dans ce cadre que, Helmut Gørgen et al³⁹, définissent les soins de santé primaires comme : « L'offre organisée avec la participation de la communauté et moyennant le recours aux ressources humaines et matérielles localement disponibles, de services curatifs, préventifs et promotionnels qui soient accessibles, et abordables pour la population ».

B- Initiative de Bamako

L'initiative de Bamako est bien souvent perçue comme une simple réforme technique du financement des services de santé. Et pourtant, elle est aussi empreinte de valeurs et trouve son origine et ses fondements dans la politique des soins de santé primaires.

Face aux problèmes économiques des pays africains (croulant notamment sous le poids de la dette extérieure) dans les années 1980, qui avaient des conséquences néfastes sur la situation sanitaire et, face aux difficultés de mise en œuvre des SSP, une proposition a été formulée par l'OMS et l'UNICEF en 1987, afin de relancer la

³⁸ OMS [1978] dans sa déclaration d'Alma-Ata (Union Soviétique).

³⁹ Helmut Gørgen et al, Le système de santé de district : Expériences et perspectives pour l'Afrique, août 1993, page 6

politique des SSP et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Cette proposition a pris le nom du lieu de la réunion, l'Initiative de Bamako (IB), adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé.

Ainsi, selon HOUDJREBO A.⁴⁰, « l'Initiative de Bamako est une stratégie permettant le renforcement de la mise en œuvre et l'accès de tous aux soins de santé primaires ». Et FLOURY B. et al⁴¹ d'ajouter que l'Initiative de Bamako est « une stratégie de redynamisation des soins de santé primaires (SSP), adoptée comme scénario africain de développement sanitaire en 1987 dans le cadre de l'objectif santé pour tous d'ici l'an 2000. Une stratégie pour revitaliser les soins de santé primaires afin de les rendre accessibles géographiquement, économiquement et avec équité ».

C- Financement communautaire

Les problèmes du financement communautaire de la santé se sont accrus avec la diminution de la part prise par l'Etat dans le financement des dépenses de santé à partir des années 80. Face au désengagement de l'Etat et à la trop faible prise de participation des autres partenaires, la notion de paiement à l'acte est apparue, appelée « financement communautaire » pour une couverture collective des dépenses de santé. Alors pour CZESNIK F. et WOLF E.⁴², « le financement communautaire est la participation des populations à la gestion et à la prise en charge des services de santé. L'objectif affichée est de partager les coûts et de dynamiser les soins de santé primaires dans un contexte d'ajustement structurel des économies ».

D- Recouvrement des coûts

Dans le secteur de la santé, le recouvrement des coûts est un instrument de gestion du financement communautaire et non un objectif politique. Il est mis en place dans le cadre de la gestion des ressources du financement communautaire, pour surtout assurer une disponibilité permanente en médicaments dans les centres de santé. Le recouvrement des coûts est l'un des quatre principaux indicateurs

⁴⁰ Armand M.F. HOUDJREBO, Etude des résultats de monitoring du recouvrement des coûts dans les Départements de l'Ouémé de 1993 à 1997, (Mémoire) IRSP, 1998, page 9

⁴¹ Bruno FLOURY et al, Argent et Santé : Expériences du financement communautaire en Afrique, Paris, 1991, page 85

⁴² Frank CZESNIK et Elvira WOLF, Argent et Santé : Expériences du financement communautaire en Afrique, Paris, 1991, page 74

d'appréciation de la gestion du financement communautaire et défini selon HOUNDJREBO A.⁴³ comme « une condition de pérennité du financement communautaire. Il est obtenu en divisant le total des recettes par le total des coûts de fonctionnement local au cours d'une période donnée ».

II- Historique du financement communautaire

Les pays en développement, au lendemain des indépendances, ont presque tous adopté la gratuité des soins comme principe de fonctionnement des structures publiques de santé. Ce choix reposait sur plusieurs considérations. La capacité à payer des populations tout d'abord était particulièrement faible : dans bon nombre de ces pays, de larges tranches de la population vivaient encore dans des circuits économiques non monétaires. Ensuite, la santé ne devrait pas être considérée comme un bien ordinaire : on en soulignait les effets externes, on insistait, surtout, après la conférence internationale d'Alma-Ata, sur la nécessité de la prévention. La croissance économique permettait aux Etats de dégager des ressources toujours plus importantes pour la santé. Ce schéma était en outre sous-tendu par la philosophie de l'Etat-Providence qui prévalait alors.

Puis la crise économique, au milieu des années 70, est apparue, relayée par la crise de la dette. Parce que plus fragiles que celles des pays développés, les économies des pays en voies de développement en ont plus souffert. Les gouvernements doivent alors faire face à des crises financières profondes qui les conduisent presque tous à adopter des restrictions et/ou des réformes dans le cadre de Plans d'Ajustement Structurel. La situation des structures publiques de santé se dégrade : les recrutements de personnel sont limités, les salaires sont versés avec beaucoup de retards, les moyens de fonctionnement des infrastructures sanitaires sont dramatiquement réduits, les médicaments disparaissent petit à petit des centres de santé et des hôpitaux. Par ailleurs, cette crise économique réduit les capacités financières des populations, notamment chez les plus vulnérables.

⁴³ Armand M.F. HOUNDJREBO, Etude des résultants de monitoring du recouvrement des coûts dans le Départements de l'Ouémé de 1993 à 1997, (Mémoire) IRSP, 1998, page 10

L'aide extérieure n'étant qu'une solution partielle, il faut par conséquent trouver d'autres sources de financement. Le financement communautaire apparaît alors comme un palliatif pour financer les frais de fonctionnement local des centres de santé. Il est généré à partir des recettes issues des prestations des soins basées sur la cession des médicaments essentiels sous leur nom générique. La mise en place de ce type de financement, basé sur l'Initiative de Bamako⁴⁴, est tributaire de deux éléments essentiels : d'une part, la tarification des soins qui doit tenir compte du niveau socio-économique pour être abordable et, d'autre part, la capacité de l'établissement public de santé à recouvrer les coûts.

Il s'agit d'un réel recouvrement des coûts de santé avec une régénération des fonds pour non seulement renouveler les stocks de médicaments et motiver les agents, mais aussi, dans la mesure du possible, pour des activités de développement telles que les coopératives.

La participation des communautés aux frais de fonctionnement local des centres de santé n'a pas été une décision prise au hasard. Elle s'est fondée sur les résultats de nombreux travaux scientifiques réalisés sur l'impact de l'introduction du prix sur la demande des soins de santé primaires.

En effet, dans les pays en développement, les premières études qui se sont intéressées aux comportements de la demande de soins à la suite de l'introduction ou de l'augmentation des tarifs des services publics de santé ont conclu à une inélasticité de la demande par rapport au prix et au revenu : il n'y aurait donc pas de corrélation significative entre les tarifs pratiqués, le revenu des ménages et la demande de services de santé des ménages. Deux études empiriques importantes, fondées sur des enquêtes transversales en population (Heller, [1982] ; Akin et al, [1986]) ont marqué ce discours, largement et logiquement encouragé par la Banque mondiale, puisqu'il apportait un argument décisif en faveur d'une politique de recouvrement des coûts, en montrant qu'une telle politique affecterait peu l'accès aux soins des plus pauvres. Mais, ces premières conclusions seront rapidement réfutées par Gertler et

44 Ensemble de mesures visant à améliorer l'accès de la population aux services de soins de santé primaires à un prix abordable.

al. [1987] et Gertler et Van der Gaag [1988, 1990], qui, à partir d'un modèle d'estimation différent des deux travaux précédents, concluent, à l'inverse, en faveur d'une élasticité-prix significative et négative de la demande de soins.

En s'appuyant sur le cadre théorique développé par Grossman, Heller [1982] mène en Malaisie une enquête auprès des ménages, et trouve une très faible sensibilité au prix du nombre total de visites médicales annuelles dans cette population. En d'autres termes, la demande globale pour des services curatifs est, pour ainsi dire, inélastique au prix : la demande des patients pour les hospitalisations et les consultations ne varie pas avec le niveau du prix des services.

Dans le même ordre d'idée, Akin et al. [1986] ont conduit aux Philippines une enquête menée auprès des ménages. Ils arrivent également au résultat que les prix jouent très peu sur la demande des services de santé. Pour ces auteurs, la demande de soins de santé curatifs est inélastique aux coûts monétaires et non monétaires et n'auraient qu'un faible effet sur les probabilités de recours des individus malades aux soins de santé dans les établissements publics (qu'ils soient adultes ou enfants). Les élasticités-prix varient entre - 0.006 et 0.000.

Les conclusions des travaux ci-dessus énumérés ont eu des implications importantes sur les politiques de santé en Afrique dans la mesure où elles ont encouragé la Banque mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé et Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, à proposer et favoriser désormais la participation financière des ménages au paiement direct des soins. Si tant est que la demande est très faiblement élastique au prix, l'introduction ou l'augmentation des tarifs imposés aux usagers des services contribuera à accroître les revenus des producteurs de soins (et éventuellement leur capacité à améliorer la qualité du service rendu), sans pour autant qu'il y ait un changement substantiel dans le comportement de consommation des malades et donc d'effet négatif sur la santé publique. C'est donc fort des résultats auxquels sont aboutis surtout les travaux de Akin et al. [1986], que la solution trouvée pour faire face au problème du financement des systèmes de santé nationaux des PED, a été de transférer une partie du financement des soins de santé

du secteur public aux bénéficiaires directs des prestations sanitaires (ménages). La contribution des usagers aux charges de fonctionnement des services de santé publics communément appelée «participation communautaire», a été prônée de façon systématique avec pour objectif de substituer partiellement le financement privé au financement étatique et permettre une augmentation globale des capacités de financement du secteur public de la santé.

III- Point de quelques travaux antérieurs

Au Bénin, de nombreuses expériences en matière de recouvrement des coûts de fonctionnement local des centres de santé ont été initiées à travers tout le pays. La plupart de ces expériences étaient basées sur des travaux réalisés avant la tenue du sommet historique de septembre 1987. L'une des expériences les plus étendues au Bénin est celle développée à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV) avec l'appui de l'UNICEF. Elle a impliqué dès son lancement en février 1988, 44 Complexes Communaux de Santé (CCS) dans les six Départements du Bénin avant de s'étendre progressivement à l'ensemble du pays à partir de juillet 1989. Le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA), le Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaires (PBA/SSP), le Programme Médico-Sanitaire Bénino-Suisse (PMSBS) et l'Appui Néerlandais aux Soins de Santé Primaires (ANSSP) ont joué un rôle prépondérant dans la mise en œuvre de diverses expériences.

Plusieurs travaux témoignent d'une part, de l'importance du partage des charges de fonctionnement local des centres de santé entre l'Etat et les communautés à travers la participation communautaire et, d'autre part, de l'attention particulière à accorder à l'utilisation des ressources propres des centres de santé pour une pérennisation des soins de santé primaires aux populations. A cet effet, nous pouvons citer:

TOHON Stéphane [1991] dans « soins de santé primaires et la participation communautaire : A propos d'une expérience béninoise » qui affirme que la participation communautaire dans la stratégie des soins de santé primaires favorise la prise en charge par les communautés locales de leur propre santé ;

ALIHONOU Eusèbe et al. [1993] dans la collection PSD-PAHOU sous le titre « Participation communautaire et soins de santé primaires : cas de Gakpé au Bénin ». Il montre, à partir des analyses rétrospectives, que les services de santé sont généralement sous-utilisés et qu'une telle situation ne peut être corrigée que si ceux qui ont besoin de ces services participent au mieux à leur planification, à leur exécution, à leur évaluation et surtout à leur financement ;

GBEDONOU Placide [1994] dans « Déterminants du niveau de recouvrement des frais de fonctionnement local des centres de santé publics impliqués dans l'Initiative de Bamako : Analyse des données au Bénin », fait ressortir les différents inputs qui influencent le taux de recouvrement des coûts de fonctionnement dans les formations sanitaires offrant des soins de santé primaires et met au premier plan l'utilisation des ressources du financement communautaire. Pour cet auteur, le recouvrement effectif des coûts de fonctionnement demande avant tout une gestion rationnelle du financement communautaire ;

KADDAR Miloud [1993] à travers « Argent et Santé : Expériences de financement communautaire en Afrique » met plus l'accent sur la rationalité dans l'utilisation des ressources. Selon cet auteur, « le problème réel dans beaucoup de pays en développement, et en particulier en Afrique, n'est pas seulement de trouver les moyens d'augmenter les ressources financières consacrées à la santé mais également et surtout d'assurer une gestion rationnelle aussi bien de celles déjà disponibles que des apports de la communauté à travers le financement communautaire » ;

ADJAHO Gérard [1998] dans « Recouvrement des coûts dans les centres de santé de la circonscription urbaine de Ouidah », abonde dans le même sens que KADDAR pour montrer que le recouvrement des coûts de fonctionnement dans un centre de santé relève avant tout d'une activité de suivi de la gestion du financement communautaire dans les centres de santé et fait ressortir quelques principes à observer pour la viabilité financière des centres de santé.

Dans le même ordre d'idées, certaines revues ont aussi mis un accent particulier sur la place du financement communautaire dans la promotion et l'offre des soins de santé primaires au niveau des formations sanitaires publiques. En effet, dans la revue n°184/184 intitulée "L'enfant en milieu tropical", citée par ABOUDOU M. zakari dans son mémoire sur le financement des centres de santé publics au Bénin, la participation communautaire et surtout son volet financement communautaire apparaissent comme le meilleur moyen d'assurer la continuité et le bon fonctionnement des services de santé. Selon cette revue, la réticence et l'incapacité des gouvernants à prendre en charge les dépenses locales de fonctionnement des centres de santé exige de trouver d'autres sources de financement. De la même manière, dans la revue « la mise en œuvre : le véritable défi de l'OMS » sous le titre "Des systèmes de santé de district pour renforcer les soins de santé primaires", l'auteur démontre l'impact positif de la prévention de la maladie et des soins curatifs sur l'état de santé des populations. Du coup, il est établi que la participation communautaire est un véritable moyen, un pilé nécessaire pour atteindre les différents objectifs du secteur de la santé, tous orientés vers le bien être des populations. Il apparaît alors indéniable que la communauté joue un rôle non négligeable dans la pérennisation des soins de santé primaires au niveau des formations sanitaires.

CHAPITRE DEUXIEME :
DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE AUX
APPROCHES DE SOLUTIONS

Section 1 : Méthodologie et résultats de la recherche

Dans le cadre de la résolution de la problématique précédemment formulée, nous avons adopté une approche méthodologique que nous présentons dans le premier paragraphe avant d'exposer dans le second, les résultats que la mise en application de cette méthodologie nous a permis d'obtenir.

Paragraphe 1 : Méthodologie de l'étude

Dans le cadre de cette étude, la méthodologie choisie est celle de la recherche-diagnostic. Le choix de cette méthode réside dans le fait qu'elle apparaît conforme aux exigences de l'ENAM en matière de la rédaction des mémoires à caractère professionnel. Elle est plus indiquée pour les études à caractère recherche-appliquée et a pour moyen principal l'établissement d'un diagnostic lié à la situation professionnelle en observation⁴⁵ pour une amélioration sensible de cette dernière. Le diagnostic une fois établi, permet de proposer des solutions dans une logique pragmatique d'éradication des causes réelles se trouvant à la base de chaque problème spécifique identifié.

La démarche méthodologique utilisée est composée de deux volets : l'approche théorique pour identifier les causes et les hypothèses qui expliquent effectivement les différents problèmes soulevés afin de trouver les moyens ou actions nécessaires pour leur résolution et l'approche empirique pour l'organisation des enquêtes de terrain.

I- Approche théorique

Elle nous a permis de recueillir la documentation indispensable pour la collecte de données fiables sur la gestion des centres de santé en général et sur celle des ressources du financement communautaire en particulier. A cet effet, plusieurs documents ont été exploités tels que les rapports de monitoring de la zone PAS de 2005 à 2009 ; les annuaires des statistiques sanitaires de la zone sur la même période, les rapports financiers mensuels des centres de santé, les différents registres d'enregistrement comptables des formations sanitaires, le document des stratégies

⁴⁵ Référentiel des mémoires de l'ENAM (2ème édition, [2007]).

nationales en matière de supervision des centres de santé, les manuels de gestion du financement communautaire, les rapports d'auto-évaluation de la zone sanitaire de 2005 à 2009 pour ne citer que ceux là. En plus des documents directement liés au fonctionnement même des centres de santé, notre recherche documentaire nous a conduit aussi dans certains centres de documentation notamment :

- les centres de documentation de la Représentation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au Bénin et du Ministère de la santé (MS) où nous avons recueilli des données qui nous ont permis de mieux appréhender notre sujet ;
- les bibliothèques de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) et de l'Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management (ENEAM) pour la consultation et l'exploitation de certains mémoires ;
- le centre de documentation de la Direction Départementale de la Santé de l'Ouémé / Plateau.

Toujours dans la quête d'informations relatives à notre recherche, les cours reçus durant les deux années de formation à l'ENAM ont été exploités sans oublier quelques sites internet.

A- Analyse des hypothèses de l'étude

Cette analyse s'est faite sur la base de la grille ci-après proposée :

Tableau 8 : Grille d'analyse des hypothèses de l'étude

HYPOTHESES	VARIABLES	ELEMENTS CARACTERISTIQUES D'APPRECIATION	TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES	OUTILS DE COLLECTE	SOURCES DES DONNEES	GROUPE CIBLE
<p>Hypothèse 1 : Le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire s'explique par la mauvaise estimation de ces recettes lors de l'élaboration des PTA dans les centres de santé.</p>	<p>Dépendante (Problème) Faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire arrêtées dans les plans de travail annuels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau des recettes annuelles - Taux de réalisation des activités budgétisées - Taux de fréquentation des centres 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche documentaire Recherche documentaire - Recherche documentaire - Entretiens informels 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de lecture Fiche de lecture - Fiche de lecture - 	<ul style="list-style-type: none"> Points annuels d'exécution des PTA des centres de santé ; annuaires des statistiques sanitaires de la zone Plans de travail annuels (PTA) des centres de santé ; points d'exécution annuels des PTA des centres de santé Annuaire des statistiques sanitaires de la zone - 	<ul style="list-style-type: none"> Comptables des centres de santé Comptables et responsables des centres de santé Responsables des centres de santé et Médecins chefs des communes
	<p>Indépendante (Cause) Mauvaise estimation des recettes sur financement communautaire lors de l'élaboration des PTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fiabilité des méthodes d'estimation utilisées - Qualité des données de base utilisées - Capacité des personnes en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche documentaire - Enquêtes - Recherche documentaire - Enquêtes - Recherche documentaire - Enquêtes 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de lecture Questionnaire Fiche de lecture Questionnaire - Fiche de lecture Questionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports de synthèse des sessions budgétaires dans les centres de santé et documents utilisés lors des projections des recettes - Annuaire des statistiques sanitaires de la zone et plans annuels de travail - Fichier du personnel de la zone sanitaire - 	<ul style="list-style-type: none"> Comptables et responsables des centres de santé Comptables et responsables des centres de santé Comptables et responsables des centres de santé

HYPOTHESES	VARIABLES	ELEMENTS CARACTERISTIQUES D'APPRECIATION	TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES	OUTILS DE COLLECTE	SOURCES DES DONNEES	GROUPE CIBLE
<p>Hypothèse 2 : L'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes engendre le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé.</p>	<p><u>Dépendante (Problème)</u> Non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre de référence (normes à respecter) - Niveaux annuels des recettes - Niveaux annuels des dépenses de fonctionnement 	<p>Recherche documentaire</p> <p>Recherche documentaire</p> <p>Recherche documentaire</p>	<p>Fiche de lecture</p> <p>Fiche de lecture</p> <p>Fiche de lecture</p>	<p>Manuel de gestion du financement communautaire des centres de santé</p> <p>Rapports financiers mensuels (A12) des centres de santé et annuaires des statistiques sanitaires de la zone</p> <p>Rapports financiers mensuels (A12) des centres de santé et annuaires des statistiques sanitaires de la zone</p>	<p>Responsables, comptables des centres de santé et médecins chefs des communes</p> <p>Comptables et responsables des centres de santé</p> <p>Responsables, comptables des centres de santé et médecins chefs des communes</p>
	<p><u>Indépendante (Cause)</u> Inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'états de rapprochement mensuels des dépenses aux recettes - Ecart mensuels (et leur fréquence) entre dépenses de fonctionnement et recettes 	<p>Enquêtes</p> <p>Recherche documentaire</p>	<p>Questionnaire</p> <p>Fiche de lecture</p>	<p>-</p> <p>Rapports financiers mensuels (A12) des centres de santé et fiches des prévisions mensuelles de dépenses</p>	<p>Comptables des centres de santé</p> <p>Comptables des centres de santé</p>

HYPOTHESES	VARIABLES	ELEMENTS CARACTERISTIQUES D'APPRECIATION	TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES	OUTILS DE COLLECTE	SOURCES DES DONNEES	GROUPE CIBLE
Hypothèse 3 : l'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire est à la base du non respect des procédures de gestion de ces ressources par les responsables en charge	Dépendante (Problème) Non respect des procédures de gestion des ressources du financement communautaire par les responsables en charge	- Référentiel de gestion des ressources du FC - Respect des procédures de gestion - Respect des recommandations et/ou instructions des corps de contrôle ou de supervision	Recherche documentaire Recherche documentaire Recherche documentaire	Fiche de lecture Fiche de lecture Fiche de lecture	Manuel de gestion du financement communautaire des centres de santé Pièces comptables des centres de santé et livres de caisses dépenses des centres de santé Rapports successifs de contrôle et de supervision	Responsables, comptables et médecins chefs Responsables, comptables et médecins chefs Responsables, comptables et médecins chefs des communes
	Indépendante (Cause) Irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire	- Normes et fréquence définies par les textes - Nombre retenu dans les plans de travail annuels de l'EEZS - Nombre effectué par an dans les centres de santé par l'EEZS	Recherche documentaire Recherche documentaire - Recherche documentaire - Enquêtes	Recherche documentaire Recherche documentaire - Recherche documentaire - Enquêtes	Fiche de lecture Fiche de lecture Fiche de lecture Questionnaires	Stratégies nationales en matière de supervision des centres de santé Plans de travail annuel de l'EEZS Cahiers de supervisions dans les centres de santé et rapports annuels d'auto-évaluations de l'EEZS-PAS -

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

B- Seuil de décision

Seules seront confirmées et retenues, les hypothèses dont la cause se révélera conforme aux opinions émises par la majorité des enquêtés dans une proportion d'au moins 60%.

II- Dimension empirique de l'étude

L'approche empirique de l'étude vise à mettre en exergue la méthode d'enquête envisagée à travers les outils de collecte et de présentation des données. Elle s'articule autour de l'organisation de l'enquête de terrain et est relative aux phases de préparation et de déroulement. La réalisation de l'enquête s'est déroulée en trois phases à savoir : la phase de préparation ; la phase de collecte des données et la phase de traitement et d'analyse des données.

A- Phase préparatoire

Elle est composée de trois principales étapes :

1- Ciblage des unités statistiques

Sur la base des données primaires recueillies, nous avons ciblé les unités statistiques dont le questionnement peut aider à mieux cerner les problèmes liés au recouvrement des coûts de fonctionnement dans la zone sanitaire PAS. Ainsi, les unités statistiques cibles se présentent comme suit par niveau :

Tableau 9 : Unités statistiques cibles retenues

Niveau	Unité statistique	Mode d'échantillonnage	Taille
Bureau de Coordination de zone	Membres EEZS	Exhaustif	11
Communes	Infirmier responsable dispensaire	Exhaustif	28
	Sage femme responsable de maternité	Exhaustif	26
	Comptables	Exhaustif	12
	Médecins chefs	Exhaustif	05
TOTAL			82

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

2- Cadre de l'étude et échantillonnage

L'étude couvre tous les vingt huit (28) centres de santé de la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji et le bureau de coordination.

En raison du temps imparti et des moyens limités pour la réalisation du mémoire, le choix d'un échantillonnage raisonné a été fait. Ainsi, seuls les responsables des sections des centres de santé, les comptables et les membres l'EEZS de la zone sanitaire ont été interrogés. Les membres du bureau des COGECS et du Comité de Santé de la zone n'ont pas été pris en compte sachant bien qu'ils constituent aussi des maillons non moins importants dans la gestion du financement communautaire. Prenant en compte les problèmes spécifiques de notre étude, les unités statistiques retenues de l'ensemble des acteurs du financement communautaire des centres de santé, sont représentatives. Elles permettent bien de collecter des données globalement conformes à celles qui seraient obtenues notamment en interrogeant l'ensemble des acteurs du FC.

3- Outils de collecte des données

L'outil de collecte utilisé pour recueillir les informations suffisantes afin de tester les hypothèses formulées est le questionnaire. Ainsi deux types de questionnaire ont été élaborés :

- ✓ un premier questionnaire élaboré pour apprécier le processus d'estimation des recettes sur le FC à travers les plans de travail annuels et le respect des principes établis en matière d'utilisation des ressources du FC dans les centres de santé ;
- ✓ un second questionnaire pour apprécier la capacité organisationnelle de l'EEZS-PAS dans la mise en œuvre des activités de coordination, de contrôle et de supervision.

B- Collecte des données

Au cours de cette phase, les questionnaires élaborés ont été administrés aux différentes unités statistiques retenues dans le cadre de l'étude.

C- Traitement des données et outils d'analyse

Les logiciels Epi-Info et Excel sont utilisés pour le traitement des données issues des enquêtes. Les données qualitatives collectées lors des discussions ont été rassemblées et analysées afin d'en déduire les résultats. En ce qui concerne les données quantitatives, elles sont présentées essentiellement sous formes de tableaux.

III- Difficultés rencontrées et limites de l'approche méthodologique

Comme toute recherche scientifique, notre étude présente aussi des limites eu égard aux difficultés rencontrées.

A- Difficultés rencontrées

Dans l'ensemble, le stage s'est bien déroulé. Les agents responsables de la gestion des centres de santé de la zone sanitaire PAS, notamment le personnel du bureau de coordination de la zone sanitaire n'ont ménagé aucun effort pour nous fournir les informations utiles. Leurs appuis ont été aussi déterminants dans la collecte des données.

Toutefois, quelques difficultés ont été rencontrées lors de la recherche documentaire. Le mauvais archivage des documents tant au niveau des formations sanitaires qu'au niveau du bureau de coordination de la zone sanitaire, a rendu la recherche très difficile. La plupart des documents devant faire l'objet de nos recherches n'ont pu être retrouvés et ordonnés qu'après plusieurs jours de fouilles. La mobilité des comptables appelés à sillonner les centres de santé dont ils ont la charge, a été aussi pour nous un véritable facteur de blocage dans la collecte des données.

Toutefois, avec l'appui de la coordination de zone, ces différentes difficultés ont été surmontées et par conséquent n'entachent en rien, la fiabilité des données recueillies.

B- Limites de l'approche méthodologique

Notre étude a, certes le mérite d'avoir abordé une question fondamentale qui est liée à la santé humaine car aucun développement n'est possible sans le bien être des populations. Mais elle présente bien des limites qu'il convient de reconnaître humblement.

Compte tenu du temps imparti, nous n'avons pris en compte pour cette étude que, quelques unités statistiques de l'ensemble des acteurs intervenant dans la chaîne de gestion des ressources du FC. Aussi, cette étude n'a pas pu prendre en compte les autres facteurs (tels que le dynamisme des COGECS, la qualité des soins, l'accueil dans les centres de santé, les ventes parallèles de médicaments, le rançonnement des malades, etc.) susceptibles d'influencer le recouvrement des coûts dans les centres de santé. Une telle démarche permettrait de faire une analyse holistique de la situation dans la zone sanitaire. Les difficultés rencontrées lors de la collecte des données pourraient engendrer aussi des limites dans l'étude. D'abord, les limites de forme concernent l'ensemble des aspects méthodologiques liés à la collecte des données et qui affectent d'une certaine manière la stratégie de collecte ; puis le seuil décisionnel retenu pour la confirmation des hypothèses de recherche.

Par ailleurs, certaines données du questionnaire ont été présentées et analysées sur la base des valeurs relatives (les pourcentages). Ces dernières constituent une estimation statistique avec également une dose de relativité inhérente à la démarche scientifique de collecte de données.

Paragraphe 2: Résultats de la recherche

Le présent paragraphe qui comporte trois (03) parties, est consacré à l'analyse de chacun des problèmes spécifiques de l'étude en tenant compte des éléments caractéristiques d'appréciation retenus dans la grille d'analyse des hypothèses. A partir des informations issues de l'analyse des données, nous avons procédé au test des hypothèses de recherche, avant d'établir le diagnostic.

I- Analyse des données

A- Prévision des recettes et leur réalisation

1- Prévision des recettes

La planification comme outil de gestion, est une réalité dans les centres de santé de la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégoués_Sèmè-Podji. Les plans de travail annuels sont régulièrement élaborés et équilibrés en recettes et en dépenses. Cependant, ces plans comportent des insuffisances dont les plus significatives ont été relevées grâce aux résultats de nos recherches. Deux grandes composantes forment l'ossature de ces plans de travail : la première est consacrée à l'estimation des ressources annuelles par source de financement et la seconde, à l'identification et à la valorisation des activités à exécuter au cours de l'année à venir.

Mais une estimation objective des recettes dans le cadre de l'élaboration des PTA, dépend avant tout de trois éléments essentiels à savoir : la méthode d'estimation utilisée ; la qualité des données de base utilisées, la capacité des personnes en charge.

a) Méthode d'estimation

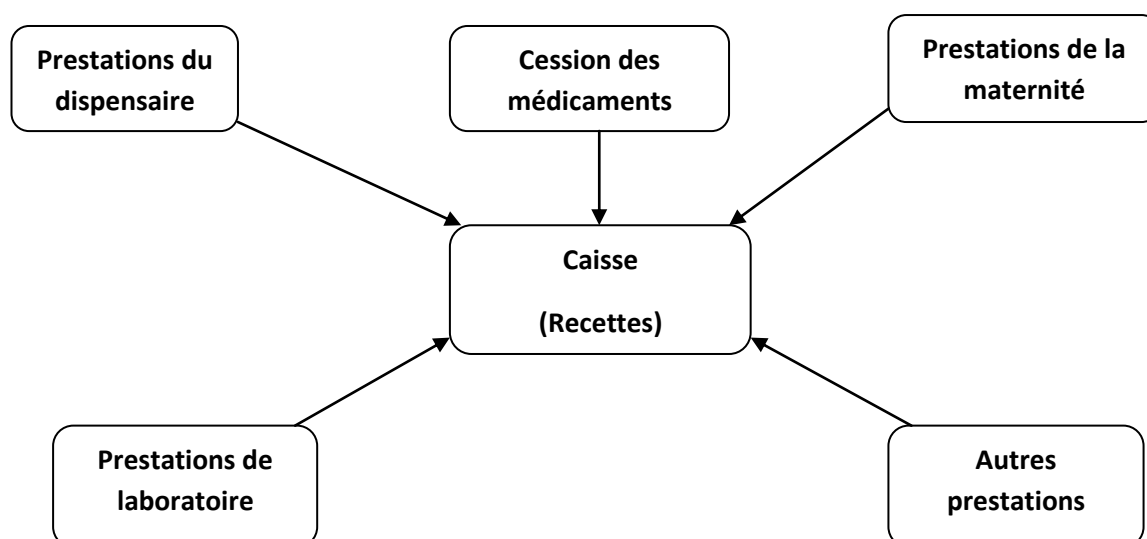
L'estimation des recettes lors de l'élaboration des PTA dans les centres de santé de la zone s'appuie sur le total des prévisions de dépenses arrêtées. Après une synthèse des besoins exprimés par chacun des responsables de section de la structure, il est procédé à une valorisation desdits besoins pour déterminer le montant global des prévisions de dépenses pour l'année à venir. Le montant global des prévisions de dépenses ainsi connu, sert maintenant de base pour la définition des recettes attendues par domaine d'activité. Une telle démarche pose déjà un problème

d'objectivité dans la projection des recettes à cause surtout de la subjectivité qui pourrait entacher les besoins exprimés en termes de dépenses par les responsables sur aucune base scientifique. Les centres de santé de la zone ne disposent d'aucun outil technique d'estimation des recettes conçu sur des bases scientifiques et prenant en compte la structuration de ces centres.

b) Données de base

La qualité des données de base utilisées lors de l'élaboration des PTA en général et de l'estimation des recettes en particulier, dépend en priorité de leur source de provenance. A ce sujet, 86,31% des enquêtés utilisent comme sources de collecte des données dans le cadre de l'estimation des recettes : le budget en cours d'exécution ; les prévisions mensuelles de dépenses ; le REMECAR ; les livres de caisse recettes et les cahiers des besoins mensuels exprimés. Pour les 13,69% restants, la source qui leur sert de base est le budget antérieur. En état, aucune source directement liée aux prestations fournies par section dans la structure n'est citée. Or, les recettes dans un centre de santé sont en interdépendance avec les prestations de services offertes par les différentes sections comme le montre ci-bien la figure suivante :

Figure n°4 : Composantes des recettes dans un centre de santé



Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

c) Personnes en charge

Dans les centres de santé de la zone sanitaire, les plans de travail annuels sont élaborés par les responsables de section (responsable du dispensaire, responsable de maternité, responsable de laboratoire, etc.) ; les comptables (contrôleurs ou assistants des services financiers) et les membres des comités de gestion. Ces acteurs, de par leur formation de base, ne disposent pas en réalité des compétences requises pour une bonne planification (élaboration des PTA). Aucun de ces acteurs, interrogés sur la question, n'a été formé ou recyclé sur la planification et l'estimation des recettes dans les centres de santé depuis cinq ans.

De tout ce qui précède, nous pouvons retenir que les prévisions de recettes arrêtées dans les PTA des centres de santé souffrent d'insuffisances. Les projections de recettes des centres de santé de la zone, de 2005 à 2008, laissent voir une augmentation continue des prévisions comme le montre le tableau ci-après. Mais aucun des acteurs de l'élaboration des PTA, interrogés à ce sujet n'a pu justifier avec des statistiques à l'appui, cette progression.

Tableau 10 : Prévisions de recettes des centres de santé de la zone PAS de 2005 à 2009

Années	2005	2006	2007	2008	2009
Prévisions de recettes (en FCFA)	721.793.300	892.322.350	912.856.800	993.821.650	913.811.800

Source : PTA des centres de santé et annuaires des statistiques sanitaires de la zone PAS

2- Réalisation des prévisions

Sur toute la période d'étude, le taux moyen de réalisation des prévisions de recettes est de 43,91%. Mais, depuis 2005, ce bas niveau de réalisation des recettes attendues, n'a pas eu d'effet sur la tendance toujours croissance des prévisions. Cela suppose qu'aucune analyse rétrospective n'est faite par les responsables avant toute autre projection alors que des écarts importants sont fréquemment observés entre les prévisions et les réalisations comme le montre le tableau suivant :

Tableau 11 : Rapprochement des prévisions de recettes de leur réalisation de 2005 à 2009

Année	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Prévisions de recettes (en FCFA)	721.793.300	892.322.350	912.856.800	993.821.650	913.811.800	4.434.605.900
Réalisations des recettes (en FCFA)	346.966.044	389.320.245	430.959.697	422.473.586	357.940.084	1.947.659.656
Taux de réalisation (%)	48,07	43,63	47,21	42,52	39,17	43,91

Source : PTA des centres de santé et annuaires des statistiques sanitaires de la zone PAS

Le faible taux de réalisation des prévisions de recettes est bien perçu par les différents acteurs intervenant dans la gestion du financement communautaire des centres de santé. En effet, l'ensemble des soixante seize (76) enquêtés est unanime sur le faible taux de réalisation des projections de recettes arrêtées dans les plans du travail annuels, mais les causes varient d'un enquêté à un autre.

Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon les causes du faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire

Option Cibles	Mauvaise estimation des recettes	Inadéquation entre prestations fournies et recettes déclarées	Grèves perlées	Autres	Total
Responsable de centre de santé	40	3	9	2	54
Comptable de centre de santé	7	1	3	0	11
Médecins chefs de commune	0	1	2	0	3
Membres EEZS	4	2	2	0	8
Total / option	51	07	16	2	76
Pourcentage (%)	67,10%	9,21%	21,32%	2,37%	100%

Source : Résultats de l'enquête

Du tableau 13, il ressort que 67,10% des enquêtés reconnaissent que le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire est dû à la mauvaise estimation (surestimation) des prévisions de recettes lors de l'élaboration des PTA, 9,21% estiment que la cause de ce problème est l'inadéquation entre les prestations fournies et les recettes déclarées. Pour 21,32% des enquêtés, le problème spécifique est plus lié à des grèves perlées qui s'observent dans les centres de santé alors que 2,37 % pensent plutôt à d'autres causes telles que le mauvais accueil dans les centres de santé.

Des résultats ci-dessus présentés, nous en déduisons que le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire des centres de santé s'explique par la mauvaise estimation des prévisions de recettes lors de l'élaboration des PTA.

B- Cadrement des dépenses de fonctionnement

L'analyse des données relatives à ce problème spécifique de l'étude, s'est basée sur deux éléments d'appréciation de la grille d'analyse : existence d'un référentiel de base définissant la limite des dépenses de fonctionnement et son respect dans les centres de santé.

1- Existence du référentiel de base

Avec l'Initiative de Bamako (1987), la participation des ménages est devenue une véritable source de financement des soins de santé primaires. Les consultations, les interventions et les médicaments sont payants et directement facturés au moment de la prestation de services. Au Bénin, les 60% des recettes mensuelles du financement communautaire sont destinés au réapprovisionnement régulier des stocks de médicaments et consommables⁴⁶. Il s'en suit donc que les autres dépenses de fonctionnement local des centres de santé ne devraient pas dépasser les 40% des recettes. Le respect de ce principe dans la gestion des ressources du financement communautaire, devrait permettre la pérennité de l'offre des soins de santé primaires dans les centres de santé avec un niveau acceptable de recouvrement des coûts. Mais quel usage est fait de ce principe de cadrage par les responsables des centres de santé de la zone sanitaire PAS ? La recherche documentaire nous a permis de recueillir des éléments d'appréciation relatifs à cette question.

2- Respect du référentiel

Les données collectées des documents comptables des centres de santé et des annuaires des statistiques sanitaires de la zone PAS des cinq dernières années (2005-2009), font ressortir le contraire du principe ci-dessus énoncé. Depuis 2005, les

⁴⁶ Annuaires des statistiques sanitaires, ils font plus de 71% du FC.

dépenses de fonctionnement local des centres de santé de la zone sanitaire PAS (déduction faite des coûts des médicaments), sont largement au-delà de la norme pour une moyenne de 65,39% des recettes sur la période d'étude comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 13 : Rapprochement des dépenses de fonctionnement hors médicaments des réalisations de recettes.

Rubriques Années	Réalisations de recettes (FCFA)	40% des réalisations de recettes (FCFA)	Dépense de fonctionnement non compris les médicaments (DFHM) (FCFA)	Proportion de DFHM par rapport aux réalisations de recettes (%)
2005	346.966.044	138.786.417,6	226.985.186	65,42
2006	389.320.245	155.728.098	261.194.953	67,09
2007	430.959.697	172.383.878,8	277.365.661	64,36
2008	422.473.586	168.989.434,4	281.282.605	66,58
2009	357.940.084	143.176.033,6	226.780.865	63,36
Total	1.947.659.656	779.063.862,4	1.273.609.270	65,39

Source : Résultats de recherche documentaire

Des statistiques ci-dessus, il résulte que, seul 34,61% des réalisations de recettes sont réellement orientées vers le renouvellement des stocks de médicaments et des consommables médicaux.

De l'enquête, il ressort que 89,73% des responsables en charge de la gestion des ressources du financement communautaire, sont d'avis que les dépenses de fonctionnement local (non compris le coût des médicaments) dans les centres de santé sont toujours supérieures aux 40% des réalisations de recettes. Cette opinion des acteurs confirme ainsi la tendance décrite dans le tableau précédent. Mais une telle tendance s'explique selon les acteurs enquêtés par un certain nombre de causes dont la plus importante est l'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes. Le tableau suivant donne une idée de la répartition des enquêtés selon les causes évoquées :

Tableau 14 : Répartition des enquêtés selon les raisons explicatives du non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé

Option Cibles	Inexistence de mécanisme de suivi des dépenses	Manque de dynamisme des COGECS	Non prise en compte des recommandations des monitorings	Ignorance des textes du FC par certains acteurs	Autres	Total
Responsable de centre de santé	36	5	8	5	0	54
Comptable de centre de santé	9	0	0	2	0	11
Médecins chefs de commune	3	0	0	0	0	3
Membres EEZS	6	0	2	0	0	8
Total / option	54	5	10	7	0	76
Pourcentage (%)	71,05%	6,58%	13,16%	9,21%	0%	100%

Source : Résultats de l'enquête

La grande majorité des enquêtés (71,05%), retiennent comme principale cause de ce problème spécifique, l'inexistence d'un mécanisme de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes. S'il est vrai que l'inexistence d'un mécanisme de suivi des dépenses de fonctionnement justifie plus le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement, la non prise en compte des recommandations issues des monitorings semestriels n'en demeure pas moins.

C- Respect des procédures de gestion

Deux éléments essentiels d'appréciation ont été utilisés pour analyser les données liées à la gestion des ressources du financement communautaire dans les centres de santé. Il s'agit de : l'existence des procédures de gestion des ressources du FC et l'observance desdites procédures dans les centres de santé.

1- Existence de procédures de gestion

Les ressources du financement communautaire en tant qu'apport de la communauté pour le fonctionnement local des centres de santé, constituent des deniers publics. Elles doivent être gérées suivant les règles en matière de dépenses publiques où deux phases distinctes doivent être observées : la phase administrative et la phase comptable de la dépense. La phase administrative relève du domaine des ordonnateurs (Médecins chefs) tandis que la phase comptable est réservée uniquement aux chargés de l'exécution des dépenses. S'inscrivant dans cette logique et soucieux d'une gestion rationnelle des ressources du FC, le Ministère de la Santé, a très tôt élaboré des manuels de gestion du FC avec l'appui des partenaires techniques et financiers notamment le « Projet Appui Néerlandais aux Soins de Santé Primaires »⁴⁷. Ces outils sont mis à la disposition des responsables des formations sanitaires publiques pour leur servir de guide dans la gestion des fonds du financement communautaire. Ces responsables ont été formés et recyclés à plusieurs reprises pour le renforcement de leur capacité dans le domaine de la gestion des fonds publics. De tout ce qui précède, il ressort qu'il existe bel et bien, depuis la genèse du financement communautaire, des manuels de gestion devant servir de guide dans l'utilisation des fonds de cette source du financement du secteur de la santé.

2- Constats

Les documents (manuels) élaborés par le Ministère de la Santé pour une gestion rationnelle des ressources du financement communautaire tels que décrits plus haut, semblent ne pas être très utiles pour certains des acteurs de la chaîne de

⁴⁷ Manuels de gestion du financement communautaire-MSP, 1ère et 2ème édition 1991

gestion du FC au niveau des centres de santé de la zone sanitaire PAS. La recherche documentaire dans ce domaine, fait ressortir des pratiques contraires à l'orthodoxie financière en matière d'utilisation des deniers publics. Dans la même zone sanitaire, les pratiques de gestion des ressources du FC diffèrent d'une commune à une autre. Chacune des communes utilise les fonds du FC comme elle l'entend sans être inquiétée par l'organe technique de la zone chargé de la supervision et du contrôle. Pour une supervision en gestion financière et comptable des centres de santé qui devrait être trimestrielle suivant les stratégies nationales en matière de supervision du Ministère de la Santé⁴⁸, l'EEZS-PAS n'a pu organiser qu'une seule en 2009 sur toute la période d'étude (2005-2009). Pourtant, ces activités sont toujours programmées et budgétisées dans les plans de travail annuels de l'organe.

Les causes énumérées par les membres actuels de l'EEZS-PAS pour justifier les insuffisances observées sur la période d'étude en matière de gestion des ressources du FC sont consignées dans le tableau suivant :

Tableau 15: Répartition des enquêtés selon les causes du non respect des procédures de gestion du financement communautaire

Option Cible	Irrégularité des supervisions	Mauvaise foi des responsables	Autres	Total
Membres EEZS	6	2	0	8
Pourcentage (%)	75%	25%	0%	100%

Source : Résultats de l'enquête

A l'issue du dépouillement, les résultats enregistrés montrent que, la cause relative à l'irrégularité des supervisions et des contrôles est soulevée par 75% des enquêtés tandis que pour les 25% restants, la mauvaise foi des responsables en charge de la gestion du FC dans les centres de santé serait beaucoup plus à la base du non respect des procédures.

⁴⁸ Document des stratégies nationales en matière de supervision, MS, juin 1998

II- Vérification des hypothèses

Dans cette partie, nous avons fait ressortir les éléments pertinents issus de l'analyse des données pour la vérification des hypothèses.

A- Vérification de l'hypothèse n°1

Rappel de l'hypothèse n°1

« Le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire s'explique par la mauvaise estimation de ces recettes lors de l'élaboration des PTA des centres de santé ».

Il ressort des précédentes analyses que :

1. l'estimation des recettes sur le financement communautaire lors de l'élaboration des PTA dans les centres de santé de la zone s'appuie sur le total des prévisions des dépenses ;
2. les sources de collecte des données de base utilisées, ne sont pas les mieux indiquées ;
3. les prévisions des recettes se font sans aucun outil technique prenant en compte la structuration des centres de santé ;
4. l'estimation des recettes ne s'appuie pas sur les prestations antérieures fournies par les différentes sections des centres (utilisation des services) ;
5. les acteurs chargés de l'élaboration des PTA dans les centres de santé sont en majorité des agents de santé dont les formations de base n'ont pas été renforcées en planification au cours des cinq dernières années ;
6. Aucune analyse rétrospective n'est faite par les responsables avant toute autre projection alors que des écarts importants sont toujours observés entre les prévisions et les réalisations ;
7. 67,10% des enquêtés retiennent comme cause du faible taux de réalisation des prévisions de recettes, la mauvaise estimation de ces dernières (surestimation).

Au vu de tous les éléments ci-dessus énumérés et prenant en compte le seuil de décision retenu, nous pouvons conclure que **l'hypothèse n°1** de l'étude est vérifiée.

B- Vérification de l'hypothèse n°2

Rappel de l'hypothèse n° 2

« L'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes engendre le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des recettes ».

De l'analyse des résultats liés à ce problème spécifique, nous retenons que :

1. Les dépenses de fonctionnement local des centres de santé, déduction faite du coût des médicaments devraient se limiter à, au plus 40% des réalisations de recettes;
2. depuis 2005, les dépenses de fonctionnement local (non compris le coût des médicaments) des centres de santé de la zone sanitaire PAS vont largement au-delà de la limite pour une moyenne de 65,39% sur la période d'étude ;
3. la grande majorité des responsables en charge de la gestion des ressources du FC (89,73%) reconnaissent qu'il y a non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement local dans la limite définie ;
4. l'inexistence d'un mécanisme de suivi des dépenses de fonctionnement local dans les centres de santé en liaison avec les réalisations de recettes reste la cause fondamentale évoquée par 71,05% des enquêtés pour justifier le non respect du cadrage.

Les éléments ci-dessus recensés, ajoutés au seuil de décision, permettent de conclure que **l'hypothèse n°2** de notre étude est aussi vérifiée.

C- Vérification de l'hypothèse n°3

Rappel de l'hypothèse n° 3

« L'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire est à la base du non respect des procédures de gestion de ces ressources par les responsables en charge ».

A la lumière des analyses faites par rapport à l'utilisation des ressources du financement communautaire dans la zone sanitaire PAS, il s'en suit que :

1. les ressources du financement communautaire doivent normalement être gérées suivant les règles en matière de dépenses publiques ;
2. les manuels de gestion relatifs à l'utilisation des ressources du financement communautaire existent et sont connus des différentes parties prenantes de la zone ;
3. les agents en charge de la gestion des ressources du financement communautaire ont été formés et recyclés à plusieurs reprises pour le renforcement de leur capacité dans le domaine de la gestion des fonds publics ;
4. les attitudes et comportements observés dans la gestion des fonds du financement communautaire au niveau des centres de santé sont, en général, contraires à l'orthodoxie financière en matière d'utilisation des deniers publics ;
5. de 2005 à 2009 l'organe technique de la zone sanitaire (EEZS) appelé à superviser la gestion des ressources du financement communautaire dans les centres de santé, a adopté la politique du « laisser-faire » ;
6. 75% des enquêtés attribuent le non respect des procédures de gestion des fonds du financement communautaire, à l'irrégularité des supervisions et contrôles dans les centres de santé.

Au regard de tout ce qui précède et tenant compte du seuil de décision, **l'hypothèse n°3** de l'étude est ainsi vérifiée.

III- Etablissement du diagnostic

Grâce aux données collectées, nous avons réuni les éléments nécessaires pour appréhender les réelles causes des problèmes observés. Un examen approfondi des résultats de nos recherches dévoile trois aspects sous-jacents qui, en réalité, constituent le socle de la problématique de l'étude. Ainsi, notre diagnostic s'étend sur trois points que sont : la question du niveau de réalisation des prévisions de recettes ; la question du cadrage des dépenses de fonctionnement local et celle du respect des procédures de gestion des ressources du FC.

A- Question du niveau de réalisation des prévisions de recettes

Les informations issues de l'analyse des données collectées par rapport au problème spécifique n°1, ont permis de confirmer l'hypothèse formulée sur le faible niveau de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire dans les centres de santé. Il est donc établi que le processus actuel d'estimation des recettes dans les formations sanitaires publiques de la zone sanitaire PAS comporte effectivement un certain nombre d'insuffisances et qui sont depuis 2005, à la base d'une surestimation (mauvaise estimation) des prévisions de recettes. Une surestimation qui fait, qu'aux termes de chaque exercice budgétaire, on n'enregistre que de faibles taux de réalisation des prévisions. Nous posons alors comme diagnostic que :

Le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire s'explique par la mauvaise estimation (surestimation) de ces recettes lors de l'élaboration des PTA par les centres de santé.

B- Question du cadrage des dépenses de fonctionnement local

De l'analyse des données relatives au cadrage des dépenses de fonctionnement local, il a été retenu d'une part, que ces dépenses sont toujours (largement) au-delà de la limite indiquée et, d'autre part, qu'aucun des centres de santé de la zone ne dispose d'un système de suivi des dépenses de fonctionnement versus les réalisations de recettes, ce qui justifie le non respect du cadrage observé. De ces éléments d'analyse, nous retenons comme diagnostic que :

L'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes engendre le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des proportions recommandées des réalisations de recettes.

C- Question du respect des procédures de gestion

Le croisement des données issues de la recherche documentaire et des enquêtes par rapport au problème spécifique n°3, a permis, après analyse, d'affirmer qu'il y a réellement non respect des procédures de gestion des ressources du financement communautaire dans les centres de santé de la zone PAS et qu'une telle situation est plus liée à l'irrégularité des supervisions et des contrôles. Il se dégage alors comme diagnostic que :

L'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire est à la base du non respect des procédures de gestion de ces ressources par les responsables en charge.

Le diagnostic ainsi établi, il convient de procéder à la recherche de solutions appropriées pouvant permettre de contribuer au mieux à une amélioration du niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement local dans la zone sanitaire PAS.

Section 2: Approches de solutions, conditions de mise en œuvre et tableau de synthèse de l'étude

La dernière phase de la méthodologie de travail retenue dans le cadre de cette étude, est la recherche de solutions appropriées aux différents problèmes spécifiques identifiés avec leurs conditions de mise en œuvre.

Paragraphe 1 : Approches de solutions

Cette partie est consacrée à la proposition de solutions devant permettre de lever les goulots identifiés par la présente étude. Les approches de solutions, conformément au diagnostic établi, tiennent compte des problèmes spécifiques identifiés.

I- Approche de solution au problème spécifique n°1

Conscient que les recettes du financement communautaire contribuent beaucoup aux charges de fonctionnement dans les centres de santé, il s'avère nécessaire qu'une attention particulière soit accordée aux projections des recettes attendues de cette source de financement lors de l'élaboration des plans de travail annuels. Les budgets étant toujours équilibrés en recettes et en dépenses, une mauvaise estimation (surestimation ou sous-estimation) des prévisions de recettes devrait normalement avoir des impacts négatifs sur la gestion financière des centres de santé. Entre autres effets, nous avons l'accroissement plus rapide des dépenses que des recettes au cours de l'exécution des PTA. Cet état de choses va conduire à de bas niveaux de recouvrement des coûts. Pour éviter de pareilles situations, les projections de recettes sur le financement communautaire des centres de santé doivent se faire avec plus d'objectivité en s'appuyant sur les données statistiques qui reflètent l'utilisation effective des différents services durant les années antérieures (au moins les trois dernières années de pleine activité). Il s'agit donc d'une démarche qui demande une parfaite implication de chacun des responsables de sections tout le long du processus d'élaboration des PTA. Les moyennes de ces données statistiques fournies par section vont servir de base pour la quantification des projections en

termes de prestations pouvant être fournies au cours de l'année à venir. Une fois les quantités objectives retenues par catégorie de prestation dans le centre de santé, elles seront frappées de la tarification en vigueur dans le centre de santé, pour enfin donner les prévisions de recettes les plus réalistes (à mettre dans les PTA). La fiche ci-après fait la synthèse de la démarche proposée et constitue un outil très simplifié de planification des recettes dans les centres de santé.

Fiche d'estimation des prévisions de recettes sur le FC lors l'élaboration des PTA

Rubriques	Nombre payant enregistré au cours des trois dernières années de pleine activité			Moyenne	Tarification unitaire officielle	Montant prévisionnel	
	Année (N-3)	Année (N-2)	Année (N-1)				
Prestations de services	Consultation type 1						
	Consultation type 2						
						
	Total consultation						
	Accouchement type 1						
	Accouchement type 2						
						
	Total accouchement						
	Hospitalisation catégorie 1						
	Hospitalisation catégorie 2						
						
	Total hospitalisation						
	Chirurgie catégorie 1						
	Chirurgie catégorie 2						
						
	Total chirurgie						
	Analyse type 1						
	Analyse type 2						
						
	Total laboratoire						
Radiologie type 1							

	Radiologie type 2						
						
Total radiologie							
Sous Total 1							
Rubrique		Recettes au cours des trois dernières années de pleine activité			Moyenne	Coefficient multiplicateur	Montant prévisionnel
		Année (N-3)	Année (N-2)	Année (N-1)			
Cession des médicaments essentiels, des carnets et cartes	Médicaments et consommables					01	
	Carnets et cartes					01	
Sous Total 2							
Rubrique		Recettes au cours des trois dernières années de pleine activité			Moyenne	Coefficient multiplicateur	Montant prévisionnel
		Année (N-3)	Année (N-2)	Année (N-1)			
Autres recettes et apports sur financement communautaire	Intérêts annuels sur les différents comptes de la formation sanitaire					01	
	Dons et legs pour appui au financement communautaire en dehors des subventions de l'Etat					01	
Sous Total 3							
Total des prévisions de recettes attendues sur financement communautaire pour l'année N+1							

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

L'utilisation de cet outil lors de l'élaboration des budgets dans les centres de santé, va permettre de dégager un montant total des recettes attendues qui tient compte de la capacité fonctionnelle de la structure. Contrairement à ce qu'on observe aujourd'hui dans les centres de santé, c'est plutôt ce montant total des prévisions de recettes qui doit servir de base pour les projections de dépenses sur le FC pour le même exercice budgétaire.

II- Approche de solution au problème spécifique n°2

L'inexistence d'un mécanisme de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes dans les centres de santé explique le non

respect du cadrage des dépenses de fonctionnement ; tel est le diagnostic auquel nous sommes parvenus à l'issue de notre étude.

Le cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des réalisations de recettes apparaît ici comme un objectif spécifique de tout le système de santé et qui doit contribuer à la pérennité des soins de santé primaires. Mais la réalisation d'un objectif dépend avant tout, de la mise en place d'un mécanisme de suivi de ou des activités devant concourir à l'atteinte de cet objectif. Un mécanisme qui permet, à travers des collectes régulières d'informations, de vérifier au fur et à mesure si l'évolution des réalisations pourrait réellement conduire à l'atteinte de l'objectif. Dans le cas contraire, on prendrait (à temps) des mesures correctrices. L'importance d'un tel mécanisme dans le fonctionnement d'une structure est bien spécifiée à travers la définition du suivi selon le rapport du FIDA [2002]⁴⁹.

En effet, la maîtrise des dépenses de fonctionnement local dans la fourchette ci-dessus signifiée, suppose la mise en place d'un bon système de suivi. Il s'agit ici d'un système basé sur de simples outils de collecte (mensuelle) d'informations financières et qui devrait permettre d'avoir à chaque fin du mois, une idée nette sur l'évolution des dépenses par rapport aux prévisions budgétaires d'une part et, d'autre part, par rapport aux réalisations mensuelles de recettes. Ce qui aidera au mieux les ordonnateurs de dépenses mensuelles des centres de santé (médecins chefs) de concert avec tous les autres acteurs, à prendre des décisions rationnelles dans le cadre de l'autorisation des dépenses de fonctionnement local (en dehors de l'achat des médicaments) en s'appuyant sur :

- ✚ La recette totale réalisée par le centre de santé au cours du mois écoulé ;
- ✚ Le niveau des 40% de ces recettes.

La fiche de synthèse ci-après permet un suivi régulier de l'évolution des dépenses de fonctionnement local versus⁵⁰ les réalisations de recettes.

⁴⁹ « Le suivi est la collecte régulière d'informations dans le but de faciliter en temps utile la prise de décisions, d'assurer la transparence et de servir de base à l'évaluation et à la capitalisation de l'expérience ».

⁵⁰ « en corrélation avec »

Centre de santé de Plan de Travail Annuel :

Fiche de suivi mensuel des dépenses de fonctionnement local en corrélation avec les réalisations de recettes

Mois	Réalisation des recettes (a)	Proportion des recettes		Prévisions budgétaires des dépenses (d)	Dépenses effectuées			Rapport : Dépense effectuée / proportion des recettes		i ≤ 1		Si non rechercher les causes et prendre des mesures correctrices
		60% (b)	40% (c)		Total (e)	Médicaments (f)	Autres dépenses (hors méd.) (g)	h = (f) / (b)	i = (g) / (c)	Oui	Non	
Janvier												
Février												
Mars												
Avril												
Mai												
Juin												
Juillet												
Août												
Septembre												
Octobre												
Novembre												
Décembre												

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

I- Approche de solution au problème spécifique n°3

Par rapport au problème du non respect des procédures de gestion des ressources du FC, le diagnostic établi met l'accent sur l'irrégularité des supervisions et des contrôles dans les centres de santé. Or, la planification et l'exécution de ces activités d'encadrement du personnel des centres de santé, relèvent de la prérogative de l'EEZS. Mission qui est d'ailleurs bien perçue par les membres de cet organe technique de la zone sanitaire. Pour preuves, ces activités sont régulièrement programmées et budgétisées dans les plans d'actions annuels en tenant compte de la fréquence (trimestrielle) telle que fixée par le Ministère de la Santé mais ne sont presque jamais réalisées⁵¹. Cette situation d'irrégularité des supervisions pose un réel problème d'organisation de l'EEZS dans la mise en œuvre effective des activités retenues et budgétisées dans ses PTA.

La recherche de solution à ce problème d'organisation pour la mise en œuvre effective des activités programmées, passe forcément par la prise en compte de la planification organisationnelle lors de l'élaboration des PTA. Ce qui n'a pas été le cas sur toute notre période d'étude. Seuls trois volets sur quatre sont pris en compte lors l'élaboration des plans d'actions : la planification structurelle (quoi faire) ; la planification opérationnelle (comment le faire et dans quel délai) et la planification financière (avec quels moyens le faire). La planification organisationnelle étant complètement occultée lors de l'élaboration des PTA de l'EEZS, l'obligation de résultat n'incombe à personne. Dans ces conditions, on ne peut s'attendre à la fin de chaque exercice budgétaire, qu'à des contre performances ou à des faibles taux d'exécution des activités prévues dans les plans de travail alors que les ressources pour leur réalisation, dans la plupart des cas, sont restées disponibles, telles que le montrent les rapports d'auto-évaluation 2005 à 2009 de la zone sanitaire PAS.

L'irrégularité des supervisions voire des contrôles sur la gestion financière et comptable des centres de santé de la zone sanitaire PAS, reste une conséquence

⁵¹ Une seule supervision en gestion financière et comptable est réalisée sur toute la période d'étude 2005-2009, alors qu'elle est trimestrielle.

irréprochable de cette situation. C'est pourquoi, il est important que désormais, après l'identification des activités à l'étape de la planification structurelle, l'on procède à l'affectation des ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre effective des activités y compris (si nécessaire) des agents de coordination et de contrôle. Ainsi, la ou les personnes retenues pour l'exécution de telle ou telle autre activité, devient responsable de sa mise en œuvre. On a ainsi la certitude que toutes les activités retenues ont chacune une forte chance d'être réalisée et on pourra s'attendre à un meilleur taux d'exécution des activités programmées dans les PTA en général et en particulier des différentes activités entrant dans le cadre de l'encadrement du personnel des centres de santé telles que les supervisions. L'adoption de cette démarche lors de l'élaboration des PTA de l'EEZS veut qu'aux termes des travaux d'identification des activités, un outil de synthèse de ces activités et des ressources humaines à elles affectées, soit dressé (**Charte des responsabilités**) avec des symboles spécifiques expliquant les différents niveaux de responsabilité (obligatoire ou facultative). Cet outil va permettre d'attirer l'attention de chacun des membres de l'EEZS sur le rôle qu'il est appelé à jouer dans la mise en œuvre des activités du PTA. Il servira de guide de suivi et aussi, de demande des comptes rendus. Les activités étant identifiées suivant des domaines d'intervention bien précis (conformément aux exigences du Ministère de la Santé), il serait beaucoup plus indiqué que la charte des responsabilités soit établie par domaine d'intervention spécifié dans les PTA. Ainsi, pour un domaine d'intervention quelconque, la charte des responsabilités peut être structurée comme ci-après où on pourrait inscrire des symboles préalablement retenus pour préciser les types de responsabilité qui incombent à tel ou tel autre intervenant :

Plan de travail annuel : Année :

Programme :

Sous-programme :

Charte des responsabilités N° :

Intervenants Activités	Intervenant 1 ou groupe d'intervenants 1	Intervenant 2 ou groupe d'intervenants 2	Intervenant 3 ou groupe d'intervenants 3	Intervenant 4 ou groupe d'intervenants 4	Périodes d'exécution retenues dans le PTA	Extrant attendu de l'exécution de l'activité
Activité 1								
Activité 2								
Activité 3								
Activité 4								
.....								

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

Exemple de symboles pour spécifier les types de responsabilité :

- * Pour responsabilité d'exécution de l'activité
- Pour responsabilité de supervision de l'activité (si c'est nécessaire)
- Pour responsabilité de contrôle sur l'activité (si c'est nécessaire)
- la responsabilité d'approbation (si c'est nécessaire)

Le remplissage de ce tableau exige le respect d'un principe fondamental pour garantir d'une part, la cohérence à l'intérieur du tableau et, d'autre part, éviter des conflits d'attributions lors de la mise en œuvre des activités. Il s'agit de veiller à ce que devant chaque activité on ait une et une seule fois le symbole d'exécution alors que pour un même intervenant on peut avoir plusieurs symboles de responsabilité obligatoire ou facultative. Les différentes chartes des responsabilités élaborées, doivent être un précieux outil de gestion aux mains du médecin coordonnateur de la zone sanitaire dont l'une des principales attributions est de s'assurer régulièrement de la bonne exécution des activités inscrites dans les plans d'actions. S'appuyant sur cet outil, le coordonnateur sait à l'avance à qui s'adresser au moment opportun pour avoir le point sur l'état d'avancement de telle ou telle activité. Autrement dit, qui est tenu à l'obligation de rendre compte.

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et tableau de synthèse de l'étude

Pour que soient mises en application les différentes approches de solutions préconisées, certaines conditions méritent d'être remplies. Notre objectif dans ce paragraphe est d'abord, d'identifier lesdites conditions sans lesquelles ces solutions resteraient lettres mortes puis, de procéder à l'élaboration du tableau de synthèse de l'étude.

I- Synthèse des conditions de mise en œuvre et recommandations

Elles sont présentées par approche de solution et consignées dans le tableau qui suit :

Tableau 16: Présentation des conditions de mise en œuvre et recommandations

N°	Solutions	Conditions de mise en œuvre de la solution	Recommandations
01	Asseoir l'estimation des recettes lors de l'élaboration des PTA des centres de santé sur l'utilisation effective des services des différentes sections	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher l'adhésion de tous les acteurs intervenant dans l'élaboration des plans d'actions des centres de santé ; - Veiller au remplissage correct (sans biais) et au quotidien des outils du SNIGS dans les sections des centres de santé avec des synthèses mensuelles ; - Faire un bon archivage des données statistiques dans chaque section pour une exploitation ultérieure ; - Prendre pour référence trois années de pleines activités ; - Prendre en compte les conditions socio-économiques des périodes de référence. 	<p>Niveau EEZS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un modèle des PTA dans les centres de santé qui prend en compte la solution proposée ; - Former les différents acteurs sur le nouveau modèle et surtout sur les outils d'estimation proposés ; - faire sortir une note pour instituer le nouveau modèle des PTA dans les centres.
02	Mettre en place un système de suivi des dépenses de fonctionnement local des centres de santé versus les réalisations de recettes	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher la validation de la réintroduction du respect du cadrage des dépenses de fonctionnement local dans les centres de santé, par le niveau intermédiaire ; -Mettre tous les acteurs du système au même niveau d'information sur le cadrage des dépenses de fonctionnement local. 	<p>Niveau EEZS</p> <p>Tenir informée l'autorité de la nouvelle démarche pour une gestion rationnelle du FC dans la zone et demander son avis.</p> <p>Niveau DDS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soutenir l'initiative par notes officielles ; - Si possible l'étendre aux autres zones sanitaires.
03	Prendre en compte la planification organisationnelle lors de l'élaboration des PTA de l'EEZS	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher le consensus sur le principe de la répartition des activités suivant les domaines de compétence ; - Avoir les ressources humaines nécessaires et s'assurer de leur disponibilité ; - S'assurer de l'engagement, de la volonté et de la capacité des ressources humaines identifiées ; - Définir à l'avance dans une démarche participative et consensuelle, les techniques d'évaluation du niveau de réalisation des activités avec des indicateurs précis ; - Rechercher toujours l'harmonie et la collaboration au sein des membres de l'EEZS. 	<p>Niveau EEZS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre réellement en compte cette composante dans le processus d'élaboration des PTA de EEZS ; - Prendre effectivement sans parti pris des sanctions (positives ou négatives) sur la base du niveau de performance réalisé par chaque membre de l'EEZS responsabilisé pour la mise en œuvre d'une activité.

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

I- Tableau de synthèse de l'étude

Ce tableau fait le résumé de chacune des grandes étapes de l'étude et se présente comme suit :

Tableau 17 : Synthèse de l'étude

Niveau d'analyse	Problématique		Objectifs	Hypothèses	Diagnostic	Solutions
Niveau général	Problème général Baisse continue du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé de la zone sanitaire PAS		Objectif général Contribuer à la conception d'un mécanisme d'inversement de la tendance décroissante du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé par une meilleure connaissance des causes qui en sont à l'origine et des solutions appropriées	Hypothèse générale -	-	-
Niveaux spécifiques	1	Problème spécifique 1 Faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire arrêtées dans les plans de travail annuels	Objectif spécifique 1 Relever les insuffisances inhérentes à la réalisation des prévisions de recettes faites au niveau des centres de santé	Hypothèse 1 Le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire s'explique par la mauvaise estimation de ces recettes lors de l'élaboration des PTA dans les centres de santé.	Diagnostic 1 Le faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur le financement communautaire s'explique par la mauvaise estimation (surestimation) de ces recettes lors de l'élaboration des PTA par les centres de santé.	Solution 1 Asseoir l'estimation des recettes lors de l'élaboration des PTA des centres de santé sur l'utilisation effective des services des différentes sections

Niveau d'analyse	Problématique		Objectifs	Hypothèses	Diagnostic	Solutions
	2	<p>Problème spécifique 2 Non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des recettes</p>	<p>Objectif spécifique 2 Faire une analyse critique de la manière dont s'opère le suivi des dépenses de fonctionnement au niveau des centres de santé</p>	<p>Hypothèse 2 L'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes engendre le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans la limite des 40% au plus des recettes.</p>	<p>Diagnostic 2 l'inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes engendre le non respect du cadrage des dépenses de fonctionnement des centres de santé dans les limites des proportions recommandées des réalisations de recettes.</p>	<p>Solution 2 Mettre en place un système de suivi des dépenses de fonctionnement local des centres de santé versus les réalisations de recettes</p>
	3	<p>Problème spécifique 3 Non respect des procédures de gestion des ressources du financement communautaire par les responsables en charge</p>	<p>Objectif spécifique 3 Faire une analyse comparative des forces et faiblesses de l'organisation de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire à travers les plans de travail annuels proposés</p>	<p>Hypothèse 3 L'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire est à la base du non respect des procédures de gestion de ces ressources par les responsables en charge.</p>	<p>Diagnostic 3 L'irrégularité des supervisions et des contrôles sur la gestion des ressources du financement communautaire est à la base du non respect des procédures de gestion de ces ressources par les responsables en charge.</p>	<p>Solution 3 Prendre en compte la planification organisationnelle lors de l'élaboration des PTA de l'EEZS</p>

Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

CONCLUSION

Depuis les années 80, les contraintes macroéconomiques, démographiques et budgétaires limitent de plus en plus, la mesure dans laquelle les pouvoirs publics peuvent simplement affecter les ressources suffisantes pour les dépenses de la santé. Avec l'Initiative de Bamako (1987), les ménages participent aussi aux dépenses de santé dans plusieurs pays africains dont le Bénin à travers le financement communautaire. Cette source du financement du secteur de la santé, est d'une grande importance dans la mesure où elle reste jusqu'en 2009 la principale source de financement des dépenses de santé au Bénin (52,1%)⁵². Le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 élaboré par le Ministère de la Santé du Bénin pour les dix années à venir, prévoit une participation des ménages aux dépenses de santé à hauteur de 25 à 30% alors que l'Etat même pense n'apporter que 30% au plus. C'est dire qu'on ne saurait garantir les soins de santé primaires aux populations aujourd'hui sans compter avec la participation financière des populations elles mêmes. Il va falloir alors accorder plus d'attention à la gestion de ces ressources qui restent d'ailleurs internes aux centres de santé. C'est fort de ces réflexions que nous avons mené notre étude dans les centres de santé de la zone sanitaire PAS pour analyser la gestion des ressources du financement communautaire et ce, à travers l'indicateur fondamental d'appréciation de la gestion de ces ressources. Ce choix nous a permis de déceler des goulots d'étranglement non favorables à la viabilisation des centres de santé de cette zone sanitaire et qui, à long terme, risquent de mettre en péril l'offre des soins aux populations dans ces formations sanitaires publiques. Il s'agit entre autres de la baisse continue du niveau de recouvrement des coûts.

La présente étude, après avoir relevé à travers une recherche diagnostic, les insuffisances de la gestion des ressources du financement communautaire, s'est appesantie sur trois problèmes importants dont les causes réelles ont pu être identifiées. Dans la perspective de contribuer à une inversion de la tendance décroissante du niveau de recouvrement des coûts dans les centres de santé de la

⁵² Profil sanitaire du Bénin : Rapport OMS, Bureau de la représentation en République du Bénin ; 2009.

zone, des approches de solution sont proposées avec des conditions de mise en œuvre. La mise en œuvre effective des approches de solutions préconisées, dépend en priorité de l'organe technique de la zone sanitaire (EEZS) qui doit désormais d'une part, aider les centres de santé dans l'élaboration des plans de travail annuels et, d'autre part, faire respecter dans la zone les règles et principes en matière de gestion des ressources du financement communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

I- Ouvrages

- 1) ADJAHO Gérard, (1998), « **Financement communautaire : recouvrement des coûts dans les centres de santé de la circonscription urbaine de Ouidah** », CREDESA, Bénin, 53p.
- 2) CHAN Margaret, (2008), « **Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais** », OMS, 125p.
- 3) GBEDONOU Placide Donhouahoué, (1994), « **Détermination du niveau de recouvrement des frais de fonctionnement local des centres de santé impliqués dans l'initiative de Bamako : analyse des données du Bénin** », France, 41p.
- 4) HELMUT Görgen et al, (1993), « **Le système de santé de district : Expériences et perspectives pour l'Afrique** », OMS, 105p.
- 5) JANOVSKY Katja, (1998), « **Des systèmes de santé de district pour renforcer les soins de santé primaires** », OMS.
- 6) KADDAR Miloud et al, (1993), « **Argent et Santé : Expériences de financement communautaire en Afrique** », CIE, Paris, 321p.

II- Textes officiels

- 1) Décret n° :88-444 du 18 novembre 1988 portant autorisation de vente des médicaments essentiels et la rétention des recettes des formations sanitaires en leur sein.
- 2) Décret n° 2005 – 611 du 28 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en République du Bénin en zones sanitaires.
- 3) Arrêté année : 2006 n° 7273/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 24 juillet 2006 portant règlement intérieur des comités de gestion des centres de santé.
- 4) Arrêté n° 2532/MSP/DC/SGM/CADZS du 29 avril 1999 portant création de la zone sanitaire Porto-Novo_ Aguégués_ Sèmè-Podji.

- 5) Arrêté 2005 n° 10845/MSP/DC/SGM/CT/CTJ/DDZS/SA du 08 novembre 2005 du Ministère de la Santé Publique portant attribution, organisation et fonctionnement de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire.

III- **Sites internet consultés**

- 1) <http://www.senegal-entreprises.net/suivi-eva-projets.htm>
- 2) <http://www.reproline.jhu.edu/french/6read/6pi/pistrat/pistrat2.htm>
- 3) http://www.memoireonline.com/04/08/1049/m_grh-et-performance-revue-de-litterature7.html
- 4) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84362/E93698.pdf
- 5) <http://www.cefod.org/spip.php?article830>

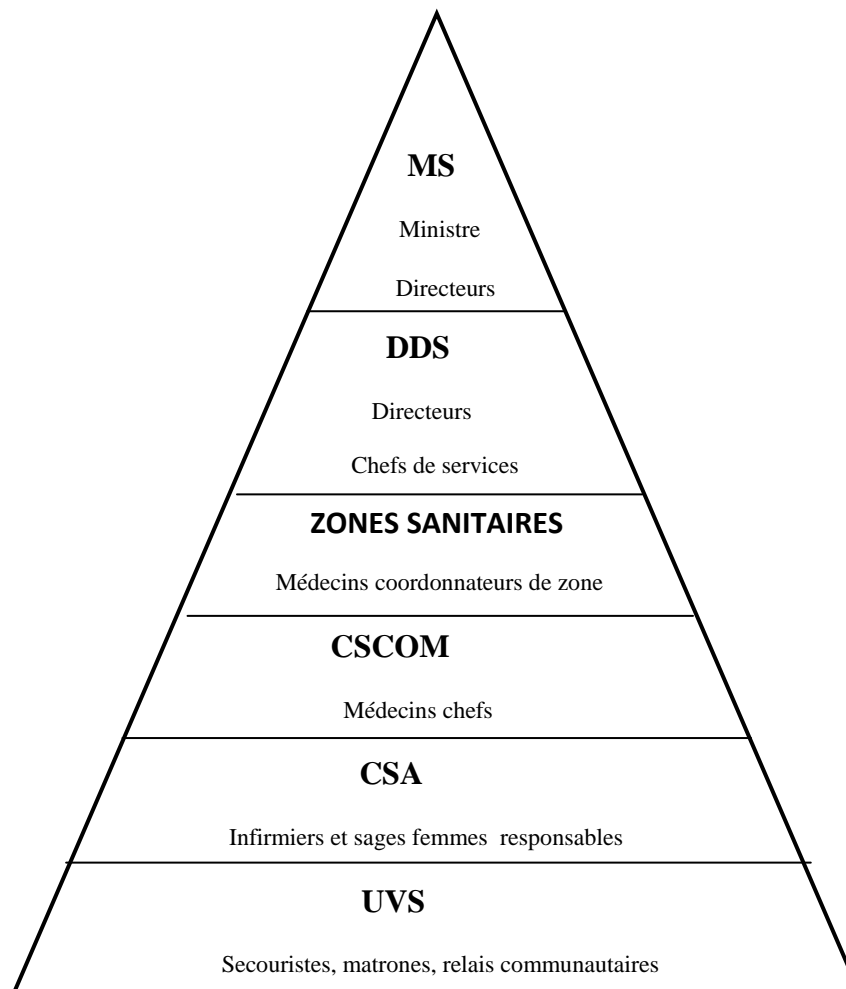
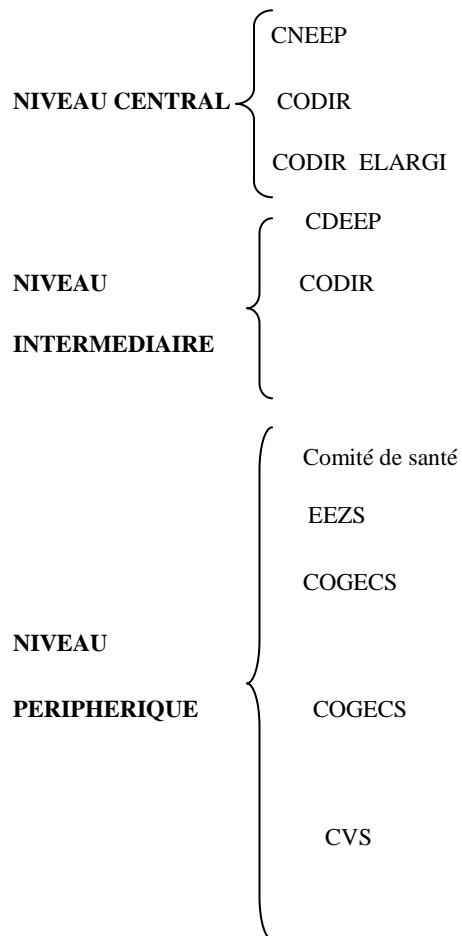
ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

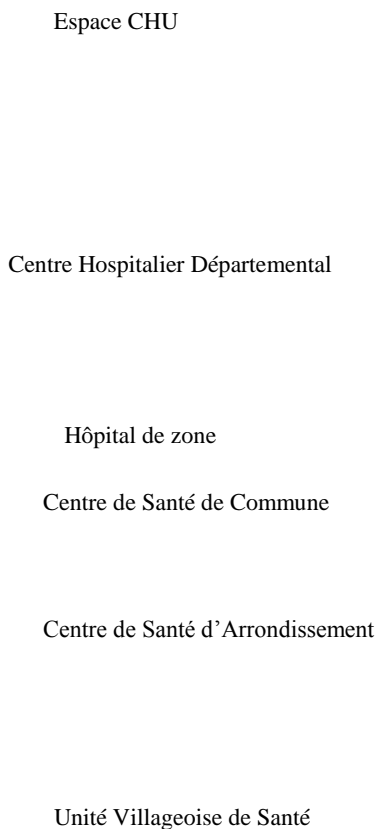
<u>Annexe N°1</u> : La pyramide sanitaire nationale après la réforme.....	84
<u>Annexe N°2</u> : Organigramme des centres de santé de commune de la zone sanitaire PAS	85
<u>Annexe N°3</u> : Organigramme des centres de santé d'arrondissement de la zone sanitaires PAS.....	86
<u>Annexe N°4</u> : Liste des centres de santé de la zone sanitaire PAS.....	87
<u>Annexe N°5</u> : Organigramme du bureau de coordination de la zone sanitaire PAS	88
<u>Annexe N°6</u> : Liste des trente quatre zones sanitaires du Bénin.....	89
<u>Annexe N°7</u> : Questionnaires	90

Annexe N°1 : La pyramide sanitaire nationale après la réforme

Organes de gestion

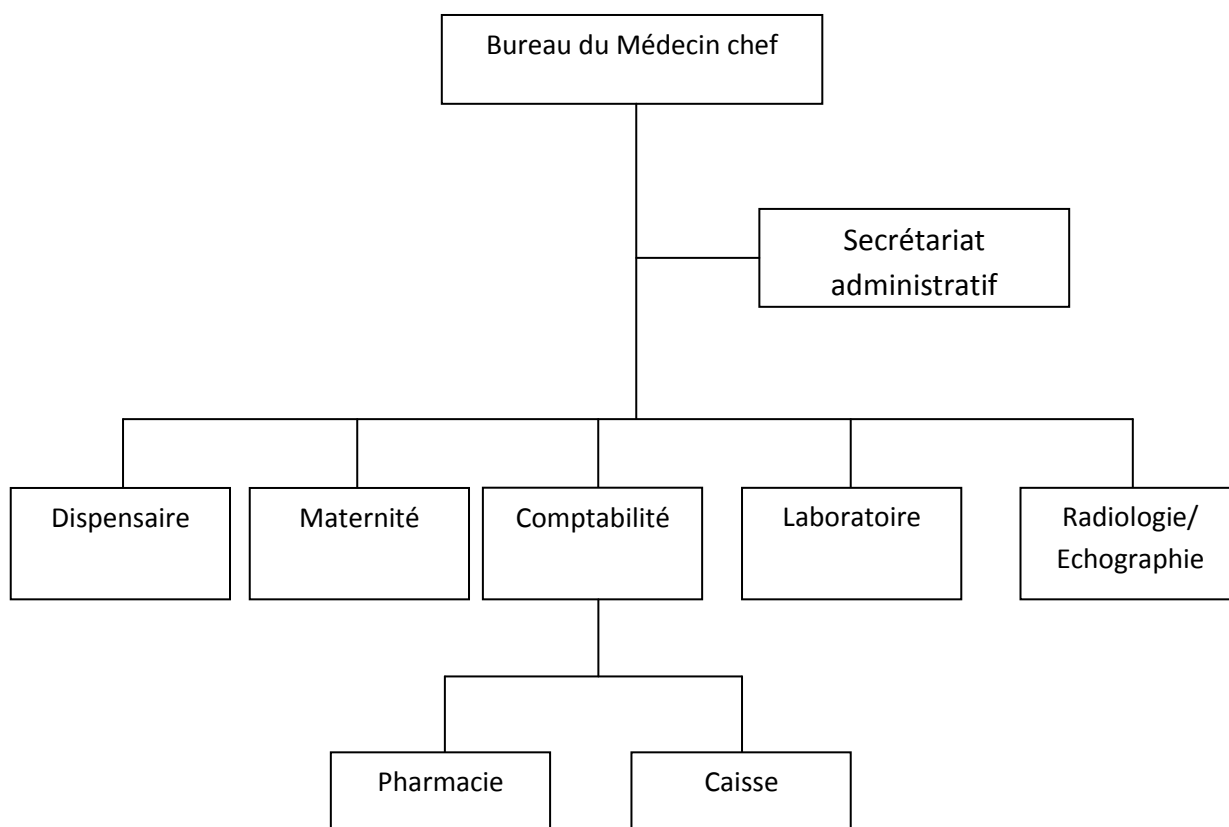


Etablissements sanitaires de soins

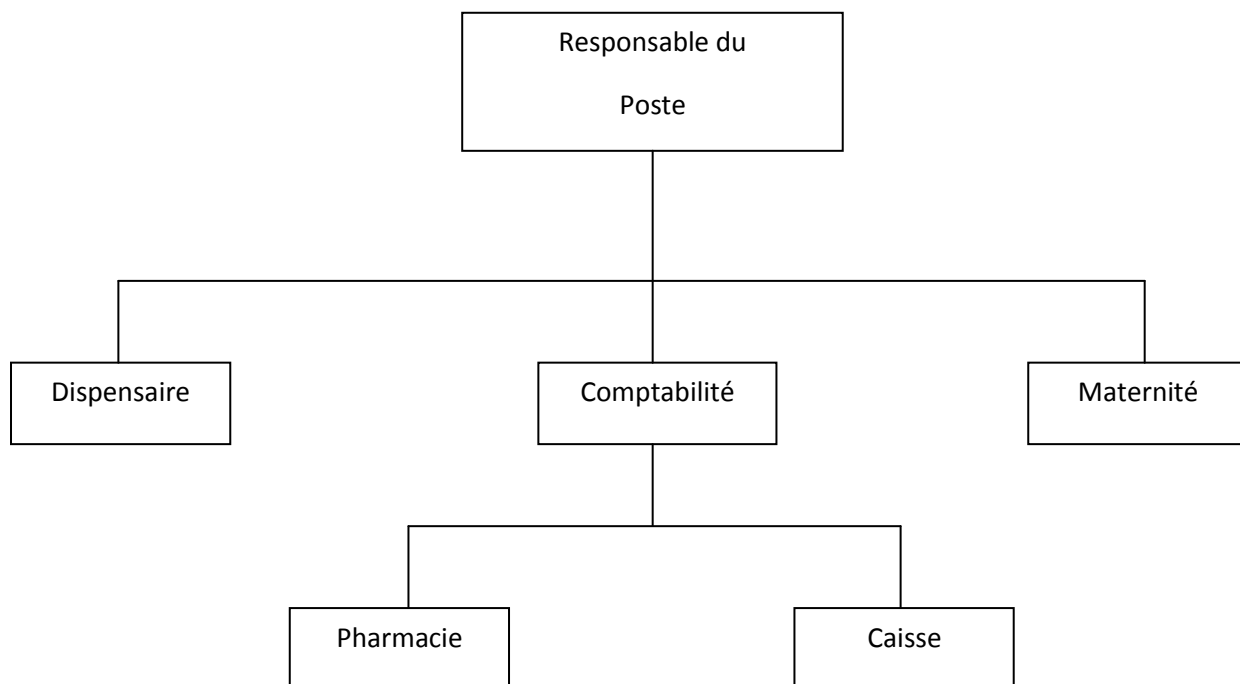


Source : SANTE-INFO n° 33, novembre-décembre 2002

Annexe N°2 : Organigramme des CSCom de la zone sanitaire PAS



Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

Annexe N°3 : Organigramme des centres de santé d'arrondissement de la zone sanitaires PAS

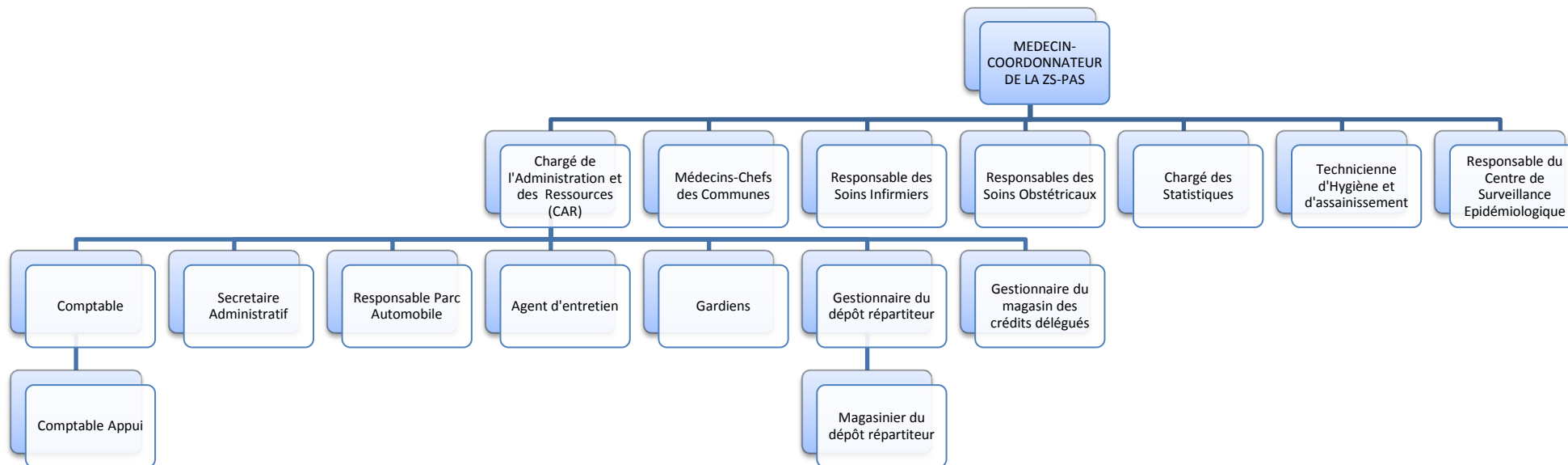
Source : Notre étude sur la zone sanitaire PAS

Annexe N°4 : Liste des centres de santé de la zone sanitaire PAS

Communes	Aires sanitaires	Centres de santé	Arrondissements couverts	Nombre total
Porto-Novo	Porto-Novo 1	Oganla	3 ^{ème} Arrondissement	6 centres de santé
		Foun-Foun		
		Dowa	5 ^{ème} Arrondissement	
		Louho		
		Ouando		
		Tokpota		
	Porto-Novo 2	Zèbou	1 ^{er} Arrondissement et 3 ^{ème} Arrondissement	4 centres de santé
		Djègan-Kpèvi	4 ^{ème} Arrondissement	
		Houinmè		
		Hounsouko		
	Porto-Novo 3	Accron	1 ^{er} Arrondissement	4 centres de santé
		Attakè	2 ^{ème} Arrondissement	
		Agbokou		
Djègan-Daho				
Aguégués	Aguégués	Avagbodji	Avagbodji	4 centres de santé
		Bèmbè		
		Houédomé	Houédomé	
		Zoungamè	Zoungamè	
Sèmè-Podji	Sèmè-Podji	Agblangandan	Aglangandan	10 centres de santé
		Sèkandji		
		Aholouyèmè	Aholouyèmè	
		Djèrègbé	Djèrègbé	
		Djeffa	Djeffa	
		Ekpè	Ekpè	
		Tchonvi		
		Sèmè-Podji	Sèmè-Podji	
		Tohouè	Tohouè	
Kraké				

Source : Cellule Statistique de la zone sanitaire PAS

Annexe N°5 : Organigramme du bureau de coordination de la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji



Source : CAR / ZS- PAS

Annexe N°6 : Liste des zones sanitaires du Bénin

N°	Zone sanitaire	Départements
1	Allada-Toffo-Zè	Atlantique
2	Abomey-Calavi-Sô-Ava	
3	Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito	
4	Cotonou 1 et 4	Littoral
5	Cotonou 2 et 3	
6	Cotonou 5	
7	Cotonou 6	
8	Tanguiéta-Cobly-Matéri	Atacora
9	Natitingou-Boukoubé-Toucountouna	
10	Kouandé-Ouassa-Péhunco-Kérou	
11	Basila	Donga
12	Djougou-Copargo-Ouaké	
13	Bembèrèkè-Sinendé	Borgou
14	Nikki-Kalalé-Pèrèrè	
15	Parakou-N'Dali	
16	Tchaourou	
17	Malanville-Karimama	Alibori
18	Kandi-Gogounou-Ségbana	
19	Banikoara	
20	Lokossa-Athiémé	Mono
21	Comè-Bopa-Houéyogbé-Grand-Popo	
22	Aplahoué-Djakotomey-Dogbo	Couffo
23	Klouékanmè-Toviklin-Lalo	
24	Adjohoun-Bonou-Dangbo	Ouémé
25	Avrankou-Adjarra-Akpro-Missérété	
26	Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji	
27	Pobè-Kétou-Adja-Ouèrè	Plateau
28	Sakété-Ifangni	
29	Djidja-Abomey-Agbangnizoun	Zou
30	Bohicon-Zakpota-Zogbodomey	
21	Covè-Ouinhi-Glazoué	
32	Dassa-Zoumè-Glazoué	Collines
33	Savalou-Bantè	
34	Savè-Ouèssè	

Source : DDZS/MS

Annexe N°7 : Questionnaires de l'enquête

QUESTIONNAIRE : N°1**Destiné aux responsables des centres de santé, aux médecins chefs et aux comptables**

Au terme de notre formation au cycle II de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) en Gestion des Projets et pour contribuer à une amélioration de la gestion du financement communautaire des centres de santé de la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji , nous menons une étude à laquelle, vous voudriez bien y contribuer à travers vos réponses aux questions ci – après.

Fiche d'enquête n° :

Date de l'enquête :

I- Identification

Q1- Nom et Prénoms de l'enquêté.....

Q2- Qualification.....

Q3- Fonction.....

Q4- Responsabilité.....

Q5- Commune de

Q6- Centre de santé de.....

II- Estimation des prévisions de recettes sur financement communautaire lors de l'élaboration des plans d'actions annuels

Q7- Disposez-vous chaque année d'un plan de travail annuel (PTA) pour le fonctionnement de votre centre de santé ?

Oui Non

Q8- Si oui, faites-vous partir des acteurs impliqués dans l'élaboration de ces PTA ?

Oui Non

Q9- Si non, pourquoi ?

.....

Q10- Si oui, pouvez-vous nous rappeler les différents acteurs qui interviennent à chaque fois dans l'élaboration de vos PTA ?

.....

Q11- Avez-vous reçu des connaissances requises pour l'élaboration des plans de travail annuels des centres de santé ?

Oui Non

Q12- Si oui, à quelles occasions ?

.....

Q13- Sentez-vous vraiment être à la hauteur d'une telle activité ?

Oui Non

Q14- Si oui, pourquoi ?

.....

Q15- Si non, pourquoi ?

.....

Q16- pouvez-vous de façon succincte nous entretenir sur le processus d'élaboration des PTA dans vos formations sanitaires ?

.....

Q17- De vos explications, peut-on comprendre que le processus d'élaboration de vos PTA commence toujours par une phase préparatoire ?

Oui

Non

Q18- Si oui, quels sont selon vous les principaux objectifs spécifiques visés à travers l'organisation de ces travaux préparatoires ?

1. Collecte des données antérieures devant servir de base pour les projections

2. Autres

Q19- Dans vos projections des recettes sur le financement communautaire lors de l'élaboration des PTA, quelles sont les principaux outils de gestion exploités ?

.....

Q20- Quelles sont les principales données ou informations recherchées à travers ces outils ?

.....

Q21- Êtes- vous satisfaits à la fin de chaque année, du niveau de réalisation de vos prévisions budgétaires de recettes sur le financement communautaire?

Oui

Non

Q22- Si oui, comment expliquez-vous alors les faible taux de réalisation des prévisions de recettes sur financement communautaire que font ressortir vos rapports d'auto-évaluation?

.....

Q23- Si non, qu'est-ce qui peut - être à la base des faibles taux de réalisation des prévisions budgétaires de recettes sur le financement communautaire?

1. Mauvaise estimation des prévisions de recettes lors de l'élaboration des PTA
2. Inadéquation entre les prestations fournies et les recettes déclarées
3. Grèves perlées dans les centres de santé
4. Autres (à préciser)

Q24- Quelles sont vos propositions ou suggestions pour essayer d'éviter une trop grande distorsion entre les réalisations de recettes et les projections faites dans les PTA?

.....
.....

III- Suivi des dépenses en corrélation avec les réalisations de recettes

Q25- Depuis les cinq dernières années (2005-2009), vos dépenses de fonctionnement annuelles sont largement au-delà des réalisations de recettes sur le financement communautaire. Pouvez-vous nous donner les raisons d'une telle situation ?

1. Inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes
2. Manque de dynamisme des membres COGECS des centres de santé
3. Ignorance des textes régissant la gestion des ressources du financement Communautaire par certains acteurs
4. Non prise en compte des recommandations issues des monitorings semestriels
5. Autres

Q26- Quelles sont vos propositions ou suggestions pour contenir les dépenses de fonctionnement de vos centres de santé dans les 40% au plus de leur réalisation de recettes?

.....
.....

IV- Surveillance et contrôle de la gestion du financement communautaire

Q27- Recevez-vous des équipes de supervisions ou de contrôle sur la gestion du financement communautaire de votre formation sanitaire?

Oui

Non

Q28- Si oui, votre dernière supervision sur la gestion du financement communautaire remonte déjà à quand ?

- 03 mois
- 06 mois
- 12 mois
- 12 et plus

Q29- Quelle est la périodicité de la supervision de votre centre de santé sur la gestion du financement communautaire par le niveau supérieur (EEZS) ?

- Irrégulière
- Trimestrielle
- Semestrielle
- Annuelle

Q30- Pouvez-vous nous décrire brièvement les grands aspects abordés lors des supervisions ou des contrôles sur la gestion du financement communautaire dans votre centre de santé ?

.....

Q31- Ces supervisions ou contrôles tels qu'ils se déroulent, vous semblent-ils utiles pour garantir la viabilité des centres de santé ?

- Oui Non

Q32- Si non, pourquoi ?

.....

Q33- Quel usage faites-vous de vos cahiers de supervision après passage des équipes de supervision ou de contrôle dans votre formations sanitaires ?

.....

Merci pour votre collaboration

QUESTIONNAIRE : N°2**Destiné aux membres de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire**

Au terme de notre formation au cycle II de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) en Gestion des Projets et pour contribuer à une amélioration de la gestion du financement communautaire des centres de santé de la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji , nous menons une étude à laquelle vous voudriez bien y contribuer à travers vos réponses aux questions ci - après.

Fiche d'enquête n° :

Date de l'enquête :

I- Identification

Q1- Nom et Prénoms de l'enquêté.....

Q2- Qualification

Q3- Fonction.....

Q4- Responsabilité.....

II- Gestion administrative et managériale de la zone sanitaire

Q5- Faites-vous partir des membres de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire PAS ?

Oui

Non

Q6- Si oui, depuis quand et à quel titre?

.....

Q7- Existe-t-il un acte administratif qui vous consacre membre de l'EEZS PAS?

Oui

Non

Q8- Si oui, avez-vous copie de cet acte ?

Oui

Non

Q9- L'organe (EEZS) auquel vous appartenez dispose t-il chaque année de son Plan de Travail Annuel (PTA) ?

Oui

Non

Q10- Si oui, êtes-vous impliqués dans le processus d'élaboration de ces PTA ?

Oui

Non

Q11- Si oui, pouvez-vous nous décrire brièvement ce processus avec ses différentes étapes ?

.....

.....

Q12- Participez-vous à toutes les étapes que vous venez de citer ?

Oui

Non

Q13- Si non, précisez nous celles qui connaissent votre participation ?

.....

 Q14- Quelle est la démarche souvent utilisée pour conduire les travaux au cours des différentes étapes d'élaboration des PTA?

.....

Q15- Les rapports d'auto-évaluation de l'EEZS-PAS des cinq dernières (2005-2009) montrent un très faible taux d'exécution des PTA de cet organe, notamment les activités de supervision et de contrôle dans les centres de santé. Quelles peuvent être selon vous, les raisons d'une telle situation ?

- 1. Inexistence de répondant (s) par activité retenue dans les PTA
- 2. Gestion irrationnelle du temps de travail
- 3. Autres (à préciser)

Q16- Avez-vous des propositions ou suggestions à nous faire pour remédier à cette situation ?

Oui Non

Q17- Si oui, lesquelles ?

.....

III- Estimation des prévisions de recettes sur le financement communautaire lors de l'élaboration des plans d'actions annuels

Q18- Nos recherches documentaires sur les cinq dernières années (2005 – 2009) font état d'un faible niveau de réalisation des prévisions de recettes budgétisées dans les PTA des centres de santé de la zone. Avez-vous la même appréciation par rapport à cet aspect ?

Oui Non

Q19- Si oui, à quoi peut-on lier ces faibles taux de réalisation des prévisions budgétaires de recettes sur le financement communautaire?

- 1. Mauvaise estimation des prévisions de recettes lors de l'élaboration des PTA
- 2. Inadéquation entre les prestations fournies et les recettes déclarées
- 3. Grèves perlées dans les centres de santé
- 4. Autres (à préciser)

Q20- Que proposez-vous pour essayer d'éviter une trop grande distorsion entre les réalisations de recettes et les projections faites dans les PTA?

.....

IV- Suivi de l'évolution des dépenses de fonctionnement dans les centres de santé

Q21- Depuis 2005, les dépenses annuelles de fonctionnement dans les centres de santé de la zone sanitaire sont toujours largement au-delà des réalisations de recettes sur financement communautaire. Qu'est- ce qui peut justifier à votre avis, une telle situation?

1. Inexistence de suivi des dépenses de fonctionnement en corrélation avec les réalisations de recettes
2. Manque de dynamisme des membres COGECS des centres de santé
3. Ignorance des textes régissant la gestion des ressources du financement Communautaire par certains acteurs
4. Non prise en compte des recommandations issues des monitorings semestriels
5. Autres (à préciser)

Q22- Quelles sont vos propositions ou suggestions afin de contenir les dépenses de fonctionnement des centres de santé dans les 40% au plus de leur réalisation de recettes tel que prévu par les textes régissant la mise en œuvre de l'IB au Bénin ?

.....
.....

Merci pour votre collaboration

TABLE DES MATIERES

	Pages
Identification du jury	ii
Dédicace	iv
Remerciements	v
Sigles et abréviations	vi
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Résumé	x
Sommaire	xiii
Introduction	1
Chapitre 1 DU CADRE GENERAL A LA REVUE DE LITTERATURE	3
Section 1 Cadre de l'étude et présentation des observations de stage	3
§1- Cadre de l'étude	3
I Bref aperçu sur le système sanitaire national du Bénin	3
A - organisation du système national de santé	3
1- Le niveau central et le niveau intermédiaire	3-4
2- Le niveau périphérique	4
B - caractéristiques des zones sanitaires	4
1- La zone sanitaire : une unité institutionnelle	5
2- La zone sanitaire : un système ouvert	5
3- La zone sanitaire : un groupe de travail	5
II Bref aperçu sur la zone sanitaire Porto-Novo_Aguégués_Sèmè-Podji	6
A- Présentation de la zone sanitaire	6
1- Traits caractéristiques de la zone sanitaire	6
2- Organisation de la zone sanitaire	6
B- Fondements et principes de fonctionnement de la zone sanitaire	10
1- Organes de gestion	10-11
2- La cogestion et la participation communautaire	10-11
§2- Présentation des observations de stage	12
I Fonctions essentielles et ressources de la zone sanitaire PAS	12
A - Fonctions essentielles de la zone sanitaire	12
B - Ressources de la zone sanitaire	13
1- Ressources humaines	13
2- Infrastructures et ressources matérielles	13-14
3- Ressources financières	13-14
II Inventaire des forces et faiblesses de la zone sanitaire PAS et regroupement des problèmes par centre d'intérêt	15
A - Inventaire des forces et faiblesses	15
1- Forces de la zone sanitaire PAS	15-17
2- Faiblesses de la zone sanitaire PAS	15-17
B - Inventaire des opportunités et menaces de la zone sanitaire PAS	18
1- Opportunités de la zone sanitaire PAS	18-20
2- Menaces de la zone sanitaire PAS	18-20

	C - Regroupement des problèmes par centre d'intérêt et formulation de la problématique	20
	1- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt	
	2- Formulation de la problématique de l'étude	20-27
	3- Vision globale de résolution du problème	
Section 2	Des objectifs à la revue de littérature	29
§1-	Objectifs, hypothèses et tableau de bord de l'étude	29
I.	Objectifs et hypothèses de l'étude	29
A-	Objectifs de l'étude	29
1-	Objectif général	29
2-	Objectifs spécifiques	
B-	causes et hypothèses de l'étude	30
1-	Cause et hypothèse de l'étude liées au faible taux de réalisation des prévisions de recettes	
2-	Cause et hypothèse de l'étude relatives au respect du cadrage des dépenses de fonctionnement	30-31
3-	Cause et hypothèse relatives au non respect des procédures de gestion	
II.	Tableau de bord de l'étude	32
§2-	Revue de littérature	34
I.	Concepts de base	34
A-	Soins de santé primaires	34
B-	Initiative de Bamako	34
C-	Financement communautaire	35
D-	Recouvrement des coûts	35
II.	Historique du financement communautaire	36
III.	Points de quelques travaux antérieurs	39
Chapitre 2	DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE AUX APPROCHES DE SOLUTIONS	42
Section 1	Méthodologie et résultats de la recherche	42
§1-	Méthodologie de l'étude	42
I.	Approche théorique	42
A-	Analyse des hypothèses de l'étude	43
B-	Seuil de décision	47
II.	Dimension empirique de l'étude	47
A-	Phase préparatoire	47
1-	Ciblage des unités statistiques	
2-	Cadre de l'étude et échantillonnage	47-48
3-	Outils de collecte des données	
B-	Collecte des données	49
C-	Traitement des données	49
III.	Difficultés rencontrées et limites de l'approche méthodologique	49

	A- Difficultés rencontrées	49
	B- Limites de l'approche méthodologique	50
§2-	Résultats de la recherche	51
I.	Analyse des données	51
	A- Prévision des recettes et leur réalisation	51
	1- Prévision des recettes	
	2- Réalisation des recettes	51-53
	B- Cadrage des dépenses de fonctionnement	55
	1- Existence de référentiel de base	55
	2- Respect du référentiel	55
	C- Respect des procédures de gestion	58
	1- Existence de procédures de gestion	58
	2- Constats	58
II.	Vérification des hypothèses	60
	A - Vérification de l'hypothèse n°1	60
	B - Vérification de l'hypothèse n°2	61
	C - Vérification de l'hypothèse n°3	62
III.	Etablissement du diagnostic	63
	A- Question du niveau de réalisation des prévisions de recettes	63
	B- Question du cadrage des dépenses de fonctionnement local	63
	C- Question du respect des procédures de gestion	64
Section 2	Approches de solutions, conditions de mise en œuvre et tableau de synthèse de l'étude	65
§1-	Approches de solutions	65
I.	Approches de solution au problème spécifique n°1	65
II.	Approche de solution au problème spécifique n°2	67
III.	Approche de solution au problème spécifique n°3	70
§2-	Conditions de mise en œuvre des solutions et tableau de synthèse de l'étude	73
I-	Synthèse des conditions de mise en œuvre et recommandations	73
II-	Tableau de synthèse de l'étude	75
	Conclusion	78
	Bibliographique	80
	Annexe 1 : La pyramide sanitaire après la réforme	84
	Annexe 2 : Organigramme des CSCom de la zone sanitaire PAS	85
	Annexe 3 : Organigramme des centres de santé d'arrondissement de la zone sanitaires PAS	86
	Annexe 4 : Liste des centres de santé de la zone sanitaire PAS	87
	Annexe 5 : Organigramme du bureau de coordination de la zone sanitaire PAS	88
	Annexe 6 : Liste des zones sanitaires du Bénin	89
	Annexe 7 : Questionnaires de l'enquête	90

