

REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (M.E.S.R.S)



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (U.A.C)

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

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

OPTION :
MANAGEMENT

FILIERE :
GESTION DE PROJETS

ANNEE ACADEMIQUE
2007 – 2008

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA GESTION DU PROGRAMME NATIONAL DE CONSTRUCTION, D'EQUIPEMENT ET DE FONCTIONNALITE DES FORMATIONS SANITAIRES

REALISE ET SOUTENU PAR :

Bernard M. FONTON

SOUS LA DIRECTION DE :

MAITRE DE STAGE :

M. Raymond AMOUSSOU

Administrateur en Gestion de Projets

DIRECTEUR DE MEMOIRE

M. Pasteur E. J. AKPO

Enseignant à l'E.N.A.M

Septembre 2008

(Version après soutenance)

DENTIFICATION DU JURY

Président

Ismaël TADDE

Vice – Président

Parfait AGBLONON

Membre

Mathias KPOFFADJI

*L'École Nationale d'Administration
et de Magistrature (ENAM) n'entend
donner aucune approbation ni
improbation aux opinions émises dans
ce mémoire.*

*Ces opinions doivent être considérées
comme propres à leur auteur.*

DEDICACES

- ☞ A mes feus parents Elisabeth, Madeleine, Thérèse et Gabriel H. FONTON, Rappelés à l'Eucharistie Eternelle, mes sincères gratitudee.
- ☞ A mon épouse Anicette C. KOKOVI et à nos enfants Franck Carlos, Floriane Nadine et Fanick R. Sèdjro, qui ont fait preuve d'endurance et d'esprit de sacrifice tout au long de notre formation.
- ☞ A mes frères et sœurs, je vous assure de mes sentiments fraternels.
- ☞ A notre chère et regrettée collègue Rockiath NOUHOUM, nos prières éternelles.
- ☞ A tous mes camarades de la quatrième promotion de Gestion de Projets en souvenir des moments de joie et de peine.
- ☞ A tous ceux qui me sont chers, qu'ils trouvent par ce geste l'expression de mes sincères sentiments.

REMERCIEMENTS

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

- ✦ Monsieur **Pasteur E. J. AKPO**, qui a accepté avec spontanéité de suivre et diriger ce mémoire, malgré ses multiples occupations. Nous manquons de mots pour lui témoigner notre profonde gratitude.
- ✦ Monsieur le **Président** et Messieurs les **membres de jury**, qui en acceptant de juger notre travail nous permettent de bénéficier de leurs apports inestimables en vue de l'amélioration du document. C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous restons persuadés que vos remarques, critiques et suggestions constitueront un apport de qualité.
- ✦ Nos **éminents professeurs**, qui par leurs enseignements, nous ont outillé à intervenir avec plus d'efficacité dans la vie de notre organisation.
- ✦ Monsieur **Raymond AMOUSSOU**, à qui nous témoignons toute notre gratitude pour sa disponibilité et son esprit d'ouverture.
- ✦ Monsieur **Alfred AKIN** Coordonnateur du Programme National de Construction, d'Équipement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires, qui par sa disponibilité et son engagement personnel, a facilité l'aboutissement de cette œuvre.
- ✦ Tout le **personnel** de la Direction des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé, à qui nous témoignons toute notre gratitude.

Soutenu le samedi 20 septembre 2008 par Bernard M. FONTON

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACDI	: Agence Canadienne de Développement International
AGETUR	: Agence de Gestion des Travaux Urbains
BESA	: Budget d'Équipement Socio-Administratif
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CDEEP	: Comité Départemental d'Exécution et d'Évaluation des Projets et Programmes
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutouclou Maga
CPM	: Critical Path Method
CSA	: Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	: Centre de Santé de Commune
DAO	: Dossier d'Appel d'Offres
DEDTS	: Direction des Explorations Diagnostics et de la Transfusion Sanguine
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
CPMP	: Cellule de Passation des Marchés Publics
DRFM	: Direction des Ressources Financières et du Matériel
CNEEP	: Comité National d'Exécution et d'Évaluation des Projets et Programmes
DCF	: Délégation du Contrôle Financier
DIVI	: Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne
DNMP	: Direction Nationale des Marchés Publics
DRH	: Direction des Ressources Humaines

GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
HZ	: Hôpital de Zone
MECPP	: Ministère d'Etat, Chargé de la Programmation et de la Prospective
MEF	: Ministère de l'Economie et des Finances
MS	: Ministère de la Santé
PERT	: Programm Evaluation Review Technique
PNCEFFS	: Programme National de Construction, d'Equipement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires
PNRCCH	: Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers
PTA	: Plan de Travail Annuel
RB	: République du Bénin
SAMU	: Service d'Accueil Médical des Urgences
SGE	: Service de la Gestion des Equipements
SGM	: Secrétariat Général du Ministère
SIGFIP	: Système Informatisé de Gestion des Finances Publiques
SP	: Service de Programmation
TDR	: Terme de Référence

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Forces et faiblesses	21
Tableau 2: Problématiques possibles	22
Tableau 3: Tableau de Bord de l'Etude (TBE).....	32
Tableau 4: Répartition des données relatives à la bonne planification des activités du PNCEFFS	45
Tableau 5: Répartition des données relatives aux outils disponibles pour la mise en œuvre du programme	45
Tableau 6 : Répartition des données relatives au cadre logique comme outil privilégié qui favorise la gestion des projets/programmes.....	46
Tableau 7 : Répartition des données relatives au respect des délais de passation des marchés du programme	47
Tableau 8 : Répartition des données relatives à la maîtrise du processus de passation des marchés publics au Bénin	48
Tableau 9 : Répartition des données relatives à la gestion du programme dans le temps	48
Tableau 10 : Répartition des données relatives au suivi des équipements médico-techniques.....	49
Tableau 11 : Répartition des données relatives à la nature des outils dont dispose le programme pour son suivi	50
Tableau 12 : Répartition des données relatives à la fonctionnalité du programme informatique existant	50

RESUME

Dans le cadre du renforcement de la base de la pyramide sanitaire et à la faveur de la réforme en cours dans le secteur de la santé, le Programme National de Construction, d'Équipement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires (P.N.C.E.F.F.S) a été initié et mis en œuvre en 2007. Son objectif est de renforcer le niveau périphérique par l'érection et le développement des zones sanitaires et toutes leurs composantes que sont : Les Bureaux de Zone, les Hôpitaux de Zone (HZ), les Centres de Santé de Commune (CSC) et les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA). Il s'agit donc pour ce programme, qui est né de la fusion de plusieurs projets, de construire ou de réhabiliter les formations sanitaires périphériques, de les équiper et d'assurer leur fonctionnalité. C'est donc un programme très important dans le dispositif du système sanitaire du Bénin. A l'analyse, se révèle une volonté résolue de l'équipe de coordination de faire des résultats encourageants. Cependant, force est de constater que plusieurs problèmes, identifiés dans la gestion des projets fusionnés, persistent encore, après plus d'un an d'existence du nouveau programme. C'est en vue d'attirer l'attention de tous les acteurs sur cette situation afin d'éviter quelque déconvenue, que nous avons choisi d'aborder le thème sur la « Contribution à l'amélioration de la gestion du Programme National de Construction, d'Équipement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires ». Pour ce faire, nous nous sommes fixé les objectifs ci-après :

- proposer des outils appropriés à la bonne programmation des activités du programme,
- suggérer des mesures utiles à mettre en œuvre pour l'aboutissement, à bonne date, des marchés du programme,
- proposer les conditions de mise en place et d'utilisation du programme

informatique existant en vue du suivi de l'entretien des équipements médico-techniques.

A cet effet, nous avons basé notre étude sur une méthodologie de recherche-action. Grâce aux recherches documentaires et aux enquêtes menées auprès des acteurs du système de santé, nous avons formulé des hypothèses de travail et procédé à leur vérification. Il s'en dégage que :

- la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme est due à l'inexistence d'un cadre logique ;
- le retard dans le processus d'attribution des marchés s'explique par la lenteur et la lourdeur des procédures.
- la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques se justifie par la non utilisation du programme informatique existant.

Ces divers diagnostics établis nous ont permis de proposer des approches de solution ainsi que des conditions de mise en œuvre en vue d'éradiquer les causes de ces différents problèmes. Nous avons donc suggéré entre autres de :

- redéfinir clairement les objectifs, les résultats, les activités, les moyens et les indicateurs du programme, en procédant par approche cadre logique à un atelier de validation ;
- démarrer la préparation des DAO ouverts, déjà en début du second semestre de l'année N-1 et suivre rigoureusement toute la procédure, afin que l'exécution des marchés soit possible en début de gestion de l'année N ;
- vulgariser et mettre le programme informatique ITOJU à la disposition du PNCEFFS dans l'optique de la pérennisation de ses acquis.

Les conditions de mise en oeuvre utiles ont été formulées à cet effet.



SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION GENERALE</i>	1
<i>CHAPITRE PREMIER : CADRE D'ANALYSE DE LA GESTION DU PROGRAMME NATIONAL DE CONSTRUCTION, D'EQUIPEMENT ET DE FONCTIONNALITE DES FORMATIONS SANITAIRES</i>	4
Section 1 : Cadre physique de l'étude et observations de stage	5
Paragraphe 1 : Présentation de l'Unité de Gestion et des structures impliquées dans la gestion du Programme	5
Paragraphe 2 : Etat des lieux sur la gestion du Programme	9
Section 2 : Ciblage de la problématique	21
Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique.....	21
Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique	23
<i>CHAPITRE DEUXIEME : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS</i>	26
Section 1 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude.....	27
Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de littérature	27
Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche	37
Section 2 : Des enquêtes aux conditions de mise en œuvre des solutions.....	41
Paragraphe 1 : De la collecte des données à l'établissement du diagnostic.....	42
Paragraphe 2 : Approche de solutions et recommandations	53
<i>CONCLUSION GENERALE</i>	59
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	61
<i>ANNEXE</i>	64
<i>TABLE DES MATIERES</i>	78

INTRODUCTION GENERALE

A l'instar des Gouvernements des autres pays du monde, celui de la République du Bénin est hautement conscient du rôle que joue la santé des populations dans le processus de développement socio-économique du pays.

Mais, force est de constater qu'après des décennies d'indépendance, et malgré les fonds énormes investis dans le secteur de la santé, l'état de santé des populations ne s'est pas amélioré outre mesure. En effet, les difficultés économiques et financières quasi permanentes auxquelles s'ajoutent, entre autres, la gabegie, l'incivisme et l'inconscience professionnelle ont accentué le délabrement des infrastructures sanitaires.

De fait, le système de santé se caractérise, entre autres, par :

- la vétusté des infrastructures et des équipements des formations sanitaires ;
- le faible niveau du plateau technique ;
- l'absence de textes adéquats sur les normes et standards en équipements et infrastructures pour les niveaux central et intermédiaire ;
- l'insuffisance dans l'application et l'actualisation des textes existant sur les normes et standards en équipements et infrastructurels au niveau périphérique.

Pour y remédier et assurer une meilleure disponibilité des services, un certain nombre de projets et programmes sont élaborés et mis en œuvre pour satisfaire les besoins sanitaires des populations. Mais, les résultats obtenus ne sont pas toujours des plus significatifs.

La réforme budgétaire entreprise au niveau du secteur de la santé a abouti, à la fin de l'année 2006, à la refonte de plusieurs projets/programmes financés sur le budget national. Les projets/programmes, à dominance d'infrastructures et d'équipements, financés en grande partie sur ressources intérieures, ont donné naissance à deux programmes mis en œuvre à partir de janvier 2007.

Ce sont :

- le Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers (PNRCCH) : Il vise la réhabilitation et l'équipement des Centres Hospitaliers du Bénin. Il s'inscrit dans la perspective du renforcement de la chaîne hospitalière.
- le Programme National de Construction, d'Equipement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires (PNCEFFS) : Il vise, notamment, le développement des zones sanitaires, l'assurance de la qualité des soins et le renforcement des infrastructures. Il occupe donc une place de choix dans le dispositif du système de santé et mérite d'être géré avec efficacité pour rompre avec la contre-performance qui a caractérisé les projets fusionnés.

Après plus d'un an d'activités, un certain nombre de problèmes se posent en ce qui concerne la gestion du PNCEFFS. Il importe d'examiner la manière dont il est conduit, afin de corriger très tôt les insuffisances qui pourraient, à terme, jouer sur les résultats attendus.

C'est pour attirer l'attention des différents acteurs sur la nécessité de résoudre les problèmes liés à sa gestion que nous avons jugé nécessaire d'entreprendre, dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en gestion de projet à l'ENAM, une recherche sur le thème : "**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA GESTION DU PROGRAMME NATIONAL DE CONSTRUCTION, D'EQUIPEMENT ET DE FONCTIONNALITE DES FORMATIONS SANITAIRES**".

Le présent sujet de réflexion nous permettra d'analyser les obstacles qui entravent la bonne gestion du PNCEFFS en vue de proposer quelques approches de solution.

Pour ce faire, il nous a paru judicieux de présenter les observations de stage à l'Unité de Gestion du Programme, pour aboutir à la vision globale de résolution de la problématique du manque de rigueur dans la gestion du programme (chapitre premier).

Par la suite, nous allons présenter les objectifs, les hypothèses, la revue de littérature et la méthodologie adoptée pour la résolution de la problématique. Ensuite, nous ferons la collecte et l'analyse des données en vue de déboucher sur la vérification des hypothèses et l'établissement du diagnostic. Enfin, nous allons proposer des approches de solution aux problèmes spécifiques identifiés ainsi que les conditions de leur mise en œuvre (chapitre deuxième).

.

CHAPITRE PREMIER : CADRE D'ANALYSE
DE LA GESTION DU PROGRAMME
NATIONAL DE CONSTRUCTION,
D'EQUIPEMENT ET DE
FONCTIONNALITE DES FORMATIONS
SANITAIRES

Dans ce chapitre, nous essayerons, d'abord, de présenter le PNCEFFS et les structures impliquées dans son fonctionnement, ensuite, nous aborderons les activités qu'il mène pour enfin, déboucher sur la vision globale de résolution de la problématique.

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

Conformément à l'article 1^{er} du décret n°2006-396 du 31/7/2006, portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé :

« Le Ministère de la Santé est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent».

Pour accomplir ces missions, le Ministère de la Santé se sert, entre autres, de plusieurs projets et programmes. La réforme budgétaire entreprise au niveau du secteur de la santé a abouti, à la fin de l'année 2006, à la refonte de plusieurs projets et programmes financés sur le budget national. C'est ainsi que le PNCEFFS, programme à dominance d'infrastructures et d'équipements, a vu le jour en janvier 2007.

Paragraphe 1 : Présentation de l'Unité de Gestion et des structures impliquées dans la gestion du Programme

La gestion de ce Programme est assurée par une Unité de Gestion qui collabore avec d'autres structures, à savoir :

- la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) ;
- la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) ;
- la Cellule de Passation des Marchés Publics (CPMP) ;
- la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM);

- le Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/Projets du secteur santé (CNEEP)
- la Délégation du Contrôle Financier (DCF).

I. L'Unité de Gestion du PNCEFFS

Conformément à l'arrêté 2007 N°386/MS/DC/SGM/DRH/SARH du 12/01/2007 portant nomination des responsables des unités de gestion de projets/programmes du Ministère de la Santé, complété par l'arrêté 2007 N°7725/MS/DC/SGM/DRFM/ST du 20/7/2007 portant nomination des billeteurs, la coordination du PNCEFFS est assurée par une unité de gestion composée de cinq (05) responsables. Ils sont retenus, suite à un test organisé par le comité de pilotage de la réforme budgétaire du Ministère de la Santé en octobre 2006 (cf. arrêté 2007 N°5436/MS/DC/SGM/DPP/CSE/SOSEV du 08/5/2007 portant création du comité de pilotage de la réforme budgétaire au sein du Ministère de la Santé). Il s'agit de :

- le Coordonnateur National ;
- le Coordonnateur National Adjoint ;
- le Régisseur ;
- l'Assistant Administratif et logisticien ;
- le Billeteur.

Cette forme de mise en place des équipes de projet est un atout qu'il faut généraliser à tous les projets et programmes du secteur public.

Le Coordonnateur est un spécialiste en génie civil. Son adjoint est un spécialiste en équipements biomédicaux. **Les volets « Construction » et « équipement » sont donc gérés par des spécialistes à même de jouer efficacement leur partition dans les activités du programme.** Il en est de même pour le Régisseur, l'Assistant administratif et logisticien et le Billeteur.

Ils sont appuyés dans l'accomplissement de leur mission par une secrétaire, un agent de liaison et un conducteur de véhicule administratif.

L'Unité de Gestion a pour mission d'assurer la gestion efficace du programme.

Pour accomplir cette mission, elle collabore avec d'autres structures, pour ensemble, constituer un système.

II. Les structures impliquées dans la gestion du programme

Il s'agit de certaines directions techniques centrales et d'autres structures et organes qui interviennent dans la chaîne d'exécution des activités du Programme.

A. Les Directions

1. La Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance

Aux termes de l'article 49 du décret 2006-396 du 31/07/2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, la DIEM est l'organe chargé de la conception, du suivi et de l'évaluation des activités de génie civil (construction, réhabilitation et entretien) ; elle est également l'organe chargé de la gestion et de la maintenance des équipements médico-techniques du Ministère de la Santé. Elle est donc une direction importante pour la mise en œuvre des activités de tous les projets/programmes dont le PNCEFFS.

2. La Direction des Ressources Financières et du Matériel

En vertu de l'article 42 du même décret, la DRFM est l'organe de conception, d'application et de contrôle des règlements, normes et procédures en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles du Ministère de la Santé.

3. La Direction de la Programmation et de la Prospective

C'est l'objet de l'article 46 du même décret. La DPP est l'organe de conception et de coordination du processus de planification, de

programmation, de budgétisation et de suivi des programmes du secteur de la santé.

B. Les autres structures

1. La Cellule de Passation des Marchés Publics

Suivant l'article 2 de l'arrêté 2005 N° 3933/MSP/DC/CTJ/SGM/SA portant création de la Cellule de Passation des Marchés Publics au Ministère de la Santé Publique, la CPMP, structure sous tutelle du Secrétariat Général du Ministère, est chargée de la conduite de l'ensemble des procédures de passation de tout marché public (marché de travaux, de fournitures et de prestations de services) dont le montant est inférieur aux seuils de compétence fixés par décret. C'est une structure décentralisée de la Direction Nationale des Marchés Publics (DNMP) du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF).

2. Le Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/Projets du secteur santé

Le C.N.E.E.P est chargé, entre autres, d'étudier et d'approuver les rapports semestriels et annuels de ses deux sous-comités et des Comités départementaux d'Evaluation des Programmes/Projets du secteur santé (CDEEP). Par ailleurs, il est chargé d'étudier et d'approuver les rapports sur l'appréciation des bénéficiaires des Projets/Programmes du secteur santé.

3. La Délégation du Contrôle Financier auprès du Ministère de la Santé

La D.C.F est une structure de contrôle a priori du M.E.F auprès du Ministère de la Santé. Elle est chargée de juger de l'opportunité des dépenses et de leur régularité.

Paragraphe 2 : Etat des lieux sur la gestion du Programme

Avant de restituer les observations de stage sur la gestion du programme, il importe de le présenter de façon sommaire.

I. Présentation du Programme

A. Fiche du Programme

***Titre** : Programme National de Construction, d'Équipement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires.

***Ministère de Tutelle** : Ministère de la Santé.

***Organisme Responsable** : Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance.

***Localités** : Tous les départements du Bénin.

***Objectifs** : Renforcer le niveau périphérique des départements par l'amélioration de la couverture sanitaire (de 81% à 90% d'ici à l'an 2009) et de l'état de santé des populations du Bénin.

***Justification** : Le Programme s'inscrit dans la Politique et les Stratégies Nationales de développement du secteur santé 2002-2006 et a pour mission l'amélioration des conditions sanitaires de la population sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes.

Le programme vise le développement des zones sanitaires, l'assurance de la qualité des soins, le renforcement des infrastructures y compris l'appui à un concept de maintenance, la garantie d'une gestion efficace et performante et l'augmentation de l'offre et de la demande de service du secteur de la santé reproductive.

***Coût et sources de financement** : 22.870.000.000 FCFA financés sur Budget national et 11.435.000.000 FCFA sur ressources extérieures par la Belgique.

***Situation actuelle** : Ce programme a été initié pour prendre en compte les objectifs de l'amélioration des conditions socio-sanitaires et vise l'amélioration de la couverture sanitaire nationale (de 81% à 90% d'ici à l'an 2009).

La réhabilitation/construction des infrastructures sanitaires équipées de matériels médico-techniques, nécessaires et dotées d'un personnel qualifié, permettra d'assurer la qualité des soins préventifs et curatifs à un coût abordable.

B. Analyse de la fiche du Programme

Un certain nombre d'observations peuvent être faites en ce qui concerne cette fiche.

En effet, il importe de **noter que le PNCEFFS est appelé programme par abus de langage**, car dans sa contexture, il s'agit d'un projet à trois volets et non de trois projets distincts composant le programme. Il y a :

- le volet "construction et réhabilitation" ;
- le volet "équipements" ;
- le volet "fonctionnalité".

Ces trois volets du programme sont gérés par une seule et même équipe. Par ailleurs, ils sont financés à partir d'une même ligne budgétaire et font l'objet d'une programmation linéaire dans le plan de travail annuel du Programme.

Lorsqu'on examine les objectifs du programme, on constate que l'objectif global n'est pas dissocié des objectifs spécifiques. La précision n'est donnée dans aucun document du programme. **Il manque de rigueur dans la fixation des objectifs du programme.** Dans ces conditions, le Coordonnateur ne pourra pas avoir une idée nette des résultats attendus du programme.

Quant à ces derniers, la fiche ne donne aucune information. C'est dans la planification opérationnelle, reprise par la lettre de mission de 2007, que quelques résultats attendus sont inscrits. On y lit :

- Marché de 15 ambulances signé ;
- Centre de santé de Kalalé achevé ;
- Nombre de supervisions réalisé ;
- Nombre de centres de santé exécutés et achevés par l'AGETUR.

Il en est de même pour la gestion 2008, où les résultats attendus sont :

- Nombre d'ambulances acquis (valeur cible 10) ;
- Nombre de bus acquis (valeur cible 2) ;
- Nombre de supervisions réalisé (valeur cible 12) ;
- Nombre de centres de santé exécutés et achevés par l'AGETUR (valeur cible 10) ;

Nombre de dépôts répartiteurs réalisés à 60% (valeur cible 6).

Autant les objectifs ne sont pas clairement définis, autant les résultats attendus ne le sont point. De plus, les différents indicateurs d'appréciation du programme ne sont pas mis en place.

De plus, nous notons que la durée du programme n'est pas clairement indiquée. Ceci enlève au programme l'une des caractéristiques fondamentales de la notion de projet. Aucun cadre, ni de la DPP, ni même de la coordination du programme, n'a pu nous renseigner, de façon exacte, sur cette donnée. Les dates ci-dessus concernent celles indiquées dans le budget programme 2007-2009 et correspondraient à la première phase d'exécution du programme. **Les activités du programme courent donc le risque d'être gérées comme des activités courantes.** Et, si tel était le cas, il vaudrait mieux confier la gestion du PNCEFFS à la DIEM au lieu de mettre en œuvre un programme pour réaliser les activités précitées.

De manière globale, **le cadre logique, un outil fondamental de gestion du programme n'est pas élaboré.** Ce programme porte ainsi des stigmates de faiblesse, comparables à ceux de plusieurs autres projets et programmes du secteur de la santé.

De ce qui précède, il ressort que l'identification et la définition du programme ne sont pas bien réalisées.

II. La gestion du PNCEFFS

A. Fonctionnement du PNCEFFS

Sur le plan organisationnel, il faut retenir que le Coordonnateur du PNCEFFS est chargé entre autres, d'assurer la définition et la réalisation des objectifs du programme sous la supervision du DIEM. De même, il dirige et coordonne l'ensemble des activités du programme. Son adjoint l'assiste dans la mise en œuvre du contrat de performance et assure son intérim le cas échéant.

Sous la supervision du Coordonnateur, le Régisseur assure, entre autres, la mobilisation des fonds pour l'exécution du plan d'actions du programme, et établit le bilan financier annuel. L'Assistant administratif et logisticien, en collaboration avec le Régisseur, coordonne la gestion administrative et logistique du programme.

Mais il n'est pas facile de vite appréhender l'organisation et le fonctionnement interne du PNCEFFS, car **elle ne dispose pas de manuel de procédures.**

En abordant le processus de déroulement des activités, il s'observe qu'au début de l'année 2007, le Ministre de la Santé, conformément aux nouvelles modalités de la réforme du secteur, a confié, par document écrit, mission aux coordonnateurs pour démarrer les activités de leurs projets/programmes. Il en est également ainsi pour le PNCEFFS. L'institution de la lettre de mission est une innovation de la réforme qui correspond à la notion de responsabilisation

dans le contexte actuel de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). C'est un outil qui sert à évaluer le coordonnateur, voire l'équipe de projet, à un moment de sa gestion.

Mais, avant le démarrage proprement dit des activités, chaque coordonnateur présente et fait valider son plan de travail annuel à la DPP. Ensuite, il fait ordonnancer les termes de référence et budgets détaillés des activités du 1^{er} trimestre.

Au cours de l'exécution du budget annuel, plusieurs documents sont élaborés par l'unité de gestion, au même titre que les autres projets/programmes et structures du secteur, de manière à préparer les activités, rendre compte de l'état d'avancement du programme et des difficultés rencontrées. Il s'agit de :

- les termes de référence (TDR) de 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} trimestres ;
- les fiches de bilan des 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} trimestres et celle du 1^{er} semestre ;
- les rapports d'avancement autrefois mensuels sont trimestriels à partir de 2008 et transmis au Ministère Chargé de l'Evaluation de l'Action Publique.

En fin d'année, les fiches de bilan du 4^{ème} trimestre, du 2^{ème} semestre et le rapport d'auto-évaluation sont élaborés pour clôturer la gestion du programme. **Les documents courants exigés par les autorités du Ministère de la Santé et le Ministère chargé du Plan sont donc produits.**

Mais, à l'examen de ces divers documents, le constat est que certaines activités, ne concourant pas à la réalisation des objectifs visés, sont exécutées par le Programme. Ce phénomène s'est observé en 2007 et persiste encore en 2008. On peut citer, au titre de 2007 :

- la construction du deuxième étage de la DPP ;
- la réhabilitation du service de documentation de cette même direction technique ;

- le règlement de décompte relatif à la construction du service des relations avec les usagers du Ministère de la Santé ;
- le règlement de décompte relatif aux travaux de pavage et d'assainissement des voies d'accès internes (portion : DRH-CAME-DIVI) au Ministère de la Santé ;
- l'installation d'une chambre froide à la DDTS, alors qu'il y a un projet dénommé « Renforcement de la Sécurité Transfusionnelle » qui est logé dans cette direction et qui devrait s'occuper de cette activité ;
- l'acquisition d'équipements médico-techniques pour le service de traumatologie du CNHU-HKM, alors qu'un programme dénommé « Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers » est plus indiqué pour réaliser cette activité ;
- l'acquisition d'une station de traitement d'eau et des kits pour l'unité de dialyse du CHD Borgou ;
- le renforcement de l'unité de dialyse du CNHU-HKM de Cotonou ;
- l'acquisition de consommables pour les services de traumatologie et de dialyse du CNHU-HKM de Cotonou et du CHD Borgou de Parakou ;
- l'acquisition de divers équipements médico-techniques pour SAMU/BENIN.

S'agissant de l'année 2008, nous citerons comme illustration, l'acquisition de deux (02) bus pour le personnel du secteur de la santé, alors que cette activité aurait pu être effectuée sur une autre ligne budgétaire telle que le Budget d'Equipement Socio-Administratif (BESA).

Alors, il est loisible de conclure que la lettre de mission et les plans d'action validés comportent des insuffisances qu'il convient de relever dans la mesure où nous sommes dans le domaine de la gestion de projet. La règle admise, en la matière, est que les engagements effectués correspondent à des activités validées et donc autorisées. De plus, il est nécessaire que lesdites activités participent à la réalisation des objectifs du programme et, en d'autres termes,

permettent de renseigner les indicateurs de résultats. Dans le cas d'espèce, nous avons noté que certaines activités qui ne concourent pas à la réalisation des résultats attendus sont menées. En outre, beaucoup d'activités non programmées ont été réalisées.

Or, pour bien gérer le programme, il faut prêter attention aux priorités afin que les ressources ne soient, en aucun cas et quel que soit le motif, utilisées à des fins autres que celles permettant d'atteindre les objectifs visés par le programme. Si cette règle est violée, le projet ne peut offrir aucune visibilité qui permette d'apprécier ses résultats, même si les fonds sont investis pour satisfaire les besoins sanitaires de la population. C'est ce qui est reproché à certains projets gérés au sein du Ministère de la Santé. Cet état des choses constitue une faiblesse dans la gestion du programme. Cette faiblesse nous paraît être encouragée par l'autorité qui, au lieu d'éliminer ces activités inopportunes au succès de ce programme, a accepté de les reprendre dans sa lettre de mission. C'est aussi la preuve que les bénéficiaires ne sont pas bien associés à la gestion du programme. L'exploitation de quelques lettres pour prendre en compte l'expression de leurs besoins n'est pas suffisante.

Par ailleurs, on note que la plupart des engagements de marchés publics, objet d'appels d'offre ouverts, n'ont abouti qu'en novembre 2007, donc pratiquement à la clôture des engagements de dépenses. La date fixée pour la clôture de l'exécution du budget 2007 par lettre de notification de crédits N°026-c/MDEF/DC/SGM/DGB du 12/01/2007 était le 23 novembre 2007. Le cas du marché de 15 ambulances, prévu dans les résultats attendus de 2007, en est un exemple patent. **Il y a donc un engagement tardif des marchés au cours de l'exercice budgétaire.**

Les activités prévues pour la gestion 2007 et la gestion 2008, et qui ont fait l'objet de lettres de mission, peuvent être consultées en annexe 5.

En examinant les activités relatives au volet “fonctionnement des formations sanitaires”, on note qu’une faible attention est accordée aux ressources humaines devant animer les centres. En d’autres termes, il n’y a pas une collaboration suffisante entre le PNCEFFS et la Direction des Ressources Humaines ou le Programme chargé du renforcement des ressources humaines pour organiser une adéquation entre les constructions, les équipements et la mise à disposition de personnel technique au profit desdites formations sanitaires. C’est ce qui justifie aujourd’hui que des centres soient construits sans être fonctionnels.

De plus, il importe de noter qu’aucun dispositif technique n’est prévu pour suivre, notamment, l’entretien des équipements médico-techniques afin de mieux les gérer dans le but de garantir la pérennisation des acquis du programme. C’est d’ailleurs, l’une des insuffisances habituelles qui rend très difficile l’entretien de nombreux équipements médico-techniques installés. Ainsi, on découvre souvent que des équipements qui n’ont pas été utilisés de façon optimale sont abandonnés. Parfois, même les médecins ne sont même pas informés de leur disponibilité ou de l’utilisation que l’on peut en faire.

B. L’implication des autres structures dans la gestion du programme

Il s’agit pour l’essentiel, de la DIEM, de la DPP, de la CPMP, de la DRFM, de la DCF et du CNEEP.

- ❖ La Direction des Infrastructures, de l’Equipement et de la Maintenance (D.I.E.M) :

En effet, son Service des Etudes de Génie Civil (SEGC) monte les dossiers d’appel d’offres des constructions/réhabilitations pour les structures techniques centrales, c’est-à-dire aussi bien pour les directions que la plupart des projets/programmes du secteur santé. Il en est de même pour le Service de la Gestion des Equipements (SGE) en ce qui concerne les équipements

médico-techniques.

La DIEM participe à l'élaboration des dossiers d'appel d'offres relatifs aux constructions/réhabilitations et aux équipements médico-techniques et à la maintenance, en collaboration avec la Cellule de Passation des Marchés Publics. C'est la direction technique sous laquelle le PNCEFFS est placé. Elle ne dispose pas de manuel de procédures. Ceci ne favorise guère le déroulement efficace de la procédure de passation des marchés publics.

❖ La Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)

Elle dispose d'un Service de la Programmation (S.P) qui s'occupe, en collaboration avec la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM), de la mobilisation du budget annuel du programme et de tout le secteur. Elle comprend également la Cellule de Suivi-Evaluation, structure chargée de la mise en œuvre de la GAR au sein du secteur et qui veille au suivi des activités menées par les projets et programmes. Elle est le point focal pour la rédaction des rapports de performance du secteur de la santé. Elle joue le rôle de secrétariat pour le CNEEP. Mais dans la pratique, **les gestionnaires de projets et programmes se plaignent du retard que la DPP accuse dans la validation des Plans de Travail Annuels (PTA)**. Dans les conditions actuelles, les directives générales de la lettre de mission sont tout simplement une reprise du Plan de Travail Annuel proposé par le coordonnateur. Ces directives perdent du coup leurs valeurs fondamentales en tant qu'exigences analysées par l'autorité, pour réaliser les résultats de la période.

Elle est également, en grande partie, responsable du défaut de cadre logique pour la plupart des projets/programmes du secteur. Par ailleurs, le feed-back des appréciations faites à l'exécution des projets/programmes n'est pas fait aux autres membres des équipes de gestion. Ce sont des faiblesses qui empêchent la bonne gestion des activités des structures du secteur.

❖ La Cellule de Passation des Marchés Publics (CPMP)

Dans la limite de sa compétence, la CPMP est chargée de :

- l'élaboration des dossiers d'appel à concurrence du PNCEFFS en collaboration avec la DIEM ;
- le lancement des appels à la concurrence ;
- l'ouverture, le dépouillement, l'analyse et le jugement des offres ;
- la rédaction des procès-verbaux et la soumission au Ministre de la Santé (S.G.M) des conclusions des travaux ;
- la préparation des projets de marchés, ainsi que leur visa ;
- la participation aux réceptions des prestations ;
- la tenue d'un tableau de bord sur les délais de passation des marchés.

Dans son fonctionnement, la CPMP requiert systématiquement le visa de la DNMP sur tous les dossiers d'appel d'offres, puisqu'elle ne dispose pas de base de calcul pour faire des prévisions sur les offres, et gérer directement certains dossiers à son niveau. Ceci l'amène, presque, à ne servir que de courroie de transmission pour les dossiers à cette direction, notamment en matière d'acquisition de matériels médico-techniques. Elle rend régulièrement compte de toutes ses activités à la DNMP. En outre, elle est confrontée à différentes autres difficultés qui allongent, de façon notoire, le délai de passation des marchés publics. Il s'agit de :

- la mauvaise expression des caractéristiques des matériels par les coordonnateurs (dont les spécifications se rapportent souvent à des marques données) ;
- la rédaction et la signature tardives des procès-verbaux d'ouverture d'offres par les membres des commissions constituées à cette fin (surtout les membres venant du Ministère de l'Economie et des Finances) ;
- la perte de certains dossiers au niveau de la DNMP obligeant la CPMP à les faire reconstituer ;
- la difficulté de maîtriser certains termes techniques surtout en

équipements médico-techniques par les membres de la DNMP ;

- la demande par la DNMP de corriger les mêmes dossiers maintes fois, alors que les observations auraient pu être faites au premier traitement.

Tous ces obstacles font que l'avis de la DNMP est obtenu avec un retard parfois important. A titre d'exemple, on peut noter :

- Avis de la DNMP pour un bon à lancer sur un DAO : 45 jours ;
 - Avis de la DNMP sur un résultat de dépouillement : 40 à 60 jours ;
 - Notification à l'entrepreneur : 15 à 21 jours ;
 - Signature des marchés : 60 à 90 jours ; (cf. rapport d'auto-évaluation 2007 du PNCEFFS, janvier 2008, page 23).
- ❖ La Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM).

Conformément aux dispositions de l'article 42 du décret 2006-396 du 31/07/2006 sus-cité, la D.R.F.M est l'organe de conception, d'application et de contrôle des règlements et normes et procédures en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles du ministère de la santé.

A ce titre, elle participe avec la DPP à la mobilisation du budget du programme. A l'exécution, elle signe et valide les dossiers d'engagements et de paiements des dépenses relatifs au programme. **Des retards non négligeables sont parfois notés au niveau du traitement des dossiers à la DCF et à la DRFM.**

- ❖ La Délégation du Contrôle Financier auprès du Ministère de la Santé (DCF)

La DCF est une structure de contrôle a priori du M.E.F auprès du Ministère de la Santé. Elle est chargée de juger de l'opportunité des dépenses et de leur régularité.

A ce titre, le Délégué du Contrôleur Financier vise et valide les dossiers d'engagement (marchés et bons de commande) ainsi que les mandats de paiements concernant le programme.

- ❖ Le Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/Projets du secteur santé (CNEEP)

Le CNEEP est chargé, entre autres, d'étudier et d'approuver les rapports semestriels et annuels de ses deux sous-comités et des Comités départementaux d'Evaluation des Programmes/Projets du secteur santé (CDEEP). Par ailleurs, il est chargé d'étudier et d'approuver les rapports sur l'appréciation des bénéficiaires des Projets/Programmes du secteur santé.

A ce titre, il est un organe de suivi de l'exécution des activités des structures centrales du secteur de la santé dont le PNCEFFS. **Ainsi, l'exécution des activités du programme est soumise à l'examen des sessions du CNEEP.** Ceci permet de contribuer à la transparence du programme.

Il convient d'observer qu'**aucune de ces structures, impliquées dans l'exécution du programme, ne dispose de manuel de procédure** qui leur permette de mieux analyser le degré de leurs contributions.

Au total, l'exécution du PNCEFFS au titre de 2007 fait apparaître, un taux d'engagement de 80,25%, alors que le taux de paiement réel est de 7,67%. Ce faible taux de consommation ne reflète pas l'immensité des besoins auxquels doit faire face ce programme. L'une des difficultés auxquelles le PNCEFFS est également confrontée est le taux de chargement inadapté de ses crédits dans SIGFIP. Le chargement est prévu pour le quart au début de chaque trimestre, or les dépenses relatives aux marchés dépassent souvent ce taux trimestriel, ce qui constitue un blocage. De même, les reports de crédits ne se font pas systématiquement, ce qui rend difficile la planification des activités du programme. Au regard des activités, préalablement, envisagées pour la gestion 2008, le budget du PNCEFFS devrait connaître une augmentation, contrairement à la réalité. Le budget, qui était de 5.085.000.000 FCFA en 2007, est ramené à 4.809.000.000 FCFA en 2008.

Section 2 : Ciblage de la problématique

Après avoir passé en revue les mécanismes de fonctionnement du PNCEFFS, il importe de faire un regroupement des forces et des faiblesses du système, afin de cibler la problématique de notre étude, puis déboucher sur la vision globale de sa résolution.

Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique

Ici, nous présenterons la synthèse de nos constats (forces et faiblesses), avant de choisir et de spécifier la problématique.

I. Inventaire des constats et ciblage de la problématique

A. Synthèse des forces et faiblesses

Tableau 1: Forces et faiblesses

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Existence de cadre institutionnel- Existence de structure de programmation- Existence de la carte d'identité du programme- Sélection après test de l'unité de gestion- Remise d'une lettre de mission au coordonnateur du programme- Les volets « constructions » et « équipements médico-techniques » sont exécutés par des spécialistes- Elaboration des documents de suivi exigés (le PTA, les TDR, les fiches bilan, le rapport d'auto-évaluation)- Participation régulière aux sessions du CNEEP, CDEEP	<ul style="list-style-type: none">- Absence d'objectifs précis- Absence d'indicateurs- Absence de cadre logique- Absence de manuel de procédures- Durée d'exécution floue- Lenteur dans la procédure de passation des marchés publics- Faible taux de consommation des crédits- Difficulté pour suivre l'entretien des équipements médico-techniques- Faible participation des bénéficiaires- Programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme- Retard dans la validation des PTAInjonction de la hiérarchie

Source : Résultat de nos investigations

B. Ciblage et justification de la problématique

L'inventaire des constats nous a permis de regrouper les problèmes ci-dessus en trois centres d'intérêts. Il se dégage donc trois problématiques regroupées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Problématiques possibles

	Les problématiques	Les problèmes
1	Problématique du financement optimal des activités du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Faible taux de consommation des crédits; - Incertitude des reports de crédits ; - Taux inadapté de chargements de crédits dans SiGFIP ;
2	Problématique de l'utilisation efficace des outils de suivi/évaluation du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de cadre logique et de manuel de procédure ; - Retard dans la validation des PTA ; - Retard dans la production des rapports de suivi-évaluation et d'état avancement ; - Absence de feed-back des observations faites à tous les membres de l'équipe de gestion ;
3	Problématique de la gestion rigoureuse et efficace du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de rigueur dans la gestion du programme ; - Programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme ; - Retard dans la procédure de passation des marchés du programme ; - Difficulté du suivi de l'entretien des équipements médico-techniques du programme ;

Source : Résultats de nos investigations

Bien que ces trois problématiques constituent des goulots d'étranglement à la gestion du PNCEFFS, seule la troisième, à savoir, « la problématique de la gestion rigoureuse et efficace du programme » a retenu notre attention. Cela se justifie par le fait qu'il y a une nécessité de parer au plus pressé face aux problèmes relevant de cette problématique.

Ce choix se justifie également par le fait qu'il se mène déjà des réflexions à propos des deux autres problématiques.

I. Spécification de la problématique

La problématique de notre étude porte sur la gestion rigoureuse et efficace du PNCEFFS. Cette problématique comprend :

- **Un problème général :**

Manque de rigueur dans la gestion du programme.

- **Trois problèmes spécifiques :**

* Problème spécifique n° 1 :

Programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du Programme.

* Problème spécifique n° 2 :

Retard dans la procédure de passation des marchés du programme.

* Problème spécifique n° 3 :

Difficulté à suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme.

Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique

Le PNCEFFS est une opportunité qui a été initiée et mise en œuvre pour permettre aux zones sanitaires d'amorcer un véritable développement. Il faut donc très tôt corriger les insuffisances qui se présentent dans la gestion de ce programme afin de réaliser les objectifs visés.

I. Approche générique liée aux problèmes spécifiques

A. Approche générique de résolution liée au problème spécifique n°1

Le premier problème qui se pose à ce programme est **la programmation d'activités qui ne concourent pas aux objectifs du programme**. Or, la bonne gestion d'un projet ou d'un programme passe par une visibilité de ses actions, de sa définition à sa mise en œuvre. Chacune des étapes doit alors être considérée et gérée de façon rigoureuse. A coup sûr, la mauvaise programmation de certaines activités influera négativement sur les performances du programme. La résolution d'un tel problème fera donc appel à l'approche théorique de **Thierry HOUGRON** (2001) selon laquelle « la Conduite Pragmatique du Suivi de Projet vise à maîtriser le projet pendant tout son déroulement. »

B. Approche générique de résolution liée au problème spécifique n°2

Pour ce qui est du problème spécifique n°2 relatif au **retard constaté dans la passation des marchés publics**, nous pouvons d'abord rappeler que les marchés publics constituent un domaine très sensible et dont les activités obéissent à plusieurs normes et compétences. Toute la délicatesse que nécessite la mise en œuvre des marchés, dans le cadre de ce programme, nous fait entrevoir que la résolution de ce problème de retard est possible en recourant à l'approche théorique de **Edward MURPHY** (1949) selon laquelle « Chaque chose prend toujours plus de temps qu'on ne le prévoyait au départ. Pour échapper à cette fatalité, évaluer toujours le temps qu'il faudra consacrer à l'exécution d'une tâche en y intégrant l'imprévu ».

C. Approche générique de résolution liée au problème spécifique n°3

S'agissant du problème spécifique n°3 relatif à **la difficulté du suivi de l'entretien des équipements médico-techniques** du programme, nous

pouvons d'abord souligner que la place de l'entretien dans la conservation et la bonne fonctionnalité des équipements est très capitale. D'ailleurs, c'est ce qui fait dire couramment que, s'il est impossible d'entretenir un matériel, il vaut mieux ne pas l'acquérir. Mieux, dans le cadre d'un programme comme de toute autre structure, l'entretien doit être non seulement assuré, mais surtout bien suivi. La résolution d'un tel problème fera donc appel à l'instauration d'une méthode de suivi rigoureux des réalisations du PNCEFFS en matière d'entretien.

II. Séquences de résolution de la problématique

Cette vision globale de résolution de la problématique que nous venons de retenir sera mise en œuvre à travers une démarche qui se décompose en différentes séquences comme suit :

- Fixation des hypothèses de la recherche ;
- Formulation des hypothèses de travail ;
- Construction du tableau de bord de l'étude ;
- Revue de littérature ;
- Choix de l'outil de mobilisation des données ;
- Mobilisation des données ;
- Analyse des données ;
- Approches de solutions et conditions de mise en œuvre.

CHAPITRE DEUXIEME : DU CADRE
THEORIQUE DE L'ETUDE AUX
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES
SOLUTIONS

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons d'abord aux objectifs de l'étude, aux hypothèses, à la revue de littérature, au tableau de bord, à la méthodologie de recherche ; ensuite, nous ferons la collecte et l'analyse des données en vue de vérifier les hypothèses et, enfin, nous proposerons des approches de solution et les conditions de mise en œuvre y afférentes.

Section 1 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude

Nous aborderons dans cette section, les objectifs, les hypothèses et la revue de littérature ainsi que la méthodologie de recherche.

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de littérature

Ce paragraphe sera consacré aux objectifs, hypothèses, tableau de bord de l'étude, de même que la revue de littérature.

I. Objectifs et hypothèses

A. Objectifs

Nous formulerons d'abord l'objectif général puis les objectifs spécifiques liés à chaque problème spécifique.

1. Objectif général

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

2. Objectifs spécifiques

Ils se formulent comme suit :

Objectif spécifique n°1 : Proposer des outils appropriés à la bonne programmation des activités du programme.

Objectif spécifique n°2 : Suggérer des mesures utiles à mettre en œuvre pour l'aboutissement, à bonne date, des marchés du programme.

Objectif spécifique n°3 : Proposer les conditions de mise en place et

d'utilisation du programme informatique existant en vue du suivi de l'entretien des équipements médico-techniques.

B. Hypothèses liées aux problèmes en résolution

1. Hypothèse liée à la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du Programme

En ce qui concerne le problème de la programmation des activités ne concourant pas aux objectifs du programme, les causes supposées être à sa base sont :

- l'injonction de la hiérarchie ;
- la faible participation des bénéficiaires ;
- l'absence de cadre logique.

Les autorités hiérarchiques du système sanitaire, comme celles de tout autre système, doivent avoir un regard sur les activités de toutes les structures sous tutelle. Les projets et programmes ne peuvent pas être exclus de ce contrôle. Il y a lieu pour nous de bien analyser l'injonction de la hiérarchie, cause probable de ce problème.

Lorsqu'on examine le rôle joué par les structures impliquées dans la gestion du programme, l'on se rend compte que les actions des autorités hiérarchiques s'inscrivent dans le cadre de la mise en jeu de leur droit de contrôle sur les projets/programmes. Les débordements, s'il y en avait, ne seraient pas, à notre avis, aussi significatifs pour retenir longuement notre attention. Ces débordements seraient vraiment réduits si le coordonnateur avait une maîtrise suffisante appuyée de documents de faisabilité sur le projet pour persuader l'autorité. L'injonction de la hiérarchie ne saurait donc être la cause la plus évidente du problème.

En considérant la deuxième cause qui est la faible participation des bénéficiaires, nous pouvons souligner que cette participation ne peut être effective que dans des limites données. En effet, pourrait-elle s'étendre au-

delà de l'expression de leurs besoins ou propositions d'activités (constructions/réhabilitation, équipements et fonctionnalité des centres de santé) ? A notre avis, quand bien même ils auraient effectué des apports en terme de propositions, il reviendrait aux responsables du programme de procéder à un arbitrage afin de retenir les activités à mener. La participation des bénéficiaires, à ce niveau, ne saurait être le remède le plus efficace et, par conséquent, justifier ce problème.

Mais, lorsque nous examinons un peu plus la dernière cause qui est l'absence d'un cadre logique, nous nous rendons compte qu'elle semble mieux expliquer ce problème. Un tel outil est de nature à fixer de manière précise, les éléments auxquels l'on peut se référer pour la bonne exécution du programme en terme d'objectif général, d'objectifs spécifiques, de résultats attendus, de ressources, d'indicateurs, etc. Autant d'éléments qui serviraient de boussole et qui permettraient également de réaliser une bonne planification des activités chaque année. L'absence du cadre logique se trouve donc être, à notre avis, la cause la plus plausible du problème et notre hypothèse se formule comme suit : **La programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme est due à l'absence de cadre logique.**

2. Hypothèse liée à la Lourdeur de la procédure de passation des marchés du programme

Lorsque nous considérons le problème spécifique n°2 qui est le retard dans le processus d'attribution des marchés, nous notons que ce problème peut avoir pour causes :

- l'insuffisance de formation/recyclage pour les cadres intervenant dans le processus d'attribution des marchés ;
- l'inexistence de manuel de procédures interne pour le programme et pour les structures impliquées dans sa gestion ;
- la lenteur et la lourdeur des procédures.

La première cause, à savoir, le défaut de formation/recyclage pour les cadres intervenant dans le processus de passation des marchés est une cause qui n'est pas très plausible. En effet, nos investigations à ce niveau ont révélé la présence de spécialistes à même de bien conduire les activités du PNCEFFS.

En retenant l'absence ou l'inexistence de manuel de procédures comme cause de ce problème, nous constatons que nous sommes plus proche de la source du problème. Cependant, un manuel de procédures, quelles qu'en soient les dispositions, ne saurait résoudre entièrement ce problème. Cet outil ne peut, en effet, que définir la charte des responsabilités et les mécanismes de fonctionnement du programme. Les expériences d'autres structures nous confortent dans notre analyse et nous font dire que, même si on l'instaure, le problème pourrait toujours demeurer et qu'il nous faudrait chercher la cause de notre problème ailleurs.

Mais, lorsque nous examinons la lenteur et la lourdeur des procédures, nous constatons que c'est probablement le véritable handicap qui empêche la mise en œuvre d'un manuel de procédures dans le règlement du problème de retard dans le processus d'attribution des marchés. La cause la plus plausible de notre problème est donc la lenteur et la lourdeur des procédures. Nous pouvons donc formuler la deuxième hypothèse de notre étude comme suit : **Le retard dans le processus d'attribution des marchés s'explique par la lenteur et la lourdeur des procédures.**

3. Hypothèse liée à la difficulté à suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme

Après l'analyse du problème spécifique n°3 relatif à la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques, nous avons pu identifier trois (03) causes exploitables que sont :

- la mobilité des techniciens ;

- l'insuffisance dans la conception et l'archivage des fiches techniques de suivi des équipements médico-techniques ;
- la non utilisation du programme informatique existant.

La mobilité des techniciens, qui s'inscrit dans la logique de la mobilité des agents d'une manière générale, est une cause qui ne paraît pas plausible. En effet, tout agent peut être muté sans que cette mutation ne soit un blocage pour la continuité du service public. Il suffit de le remplacer par un autre aussi compétent, ou procéder au besoin à l'envoi de missions sporadiques à cet effet. Les palliatifs que nous venons d'envisager nous permettent, sans nul doute, de réfuter cette cause.

De même, la conception et l'archivage de fiches techniques pour le suivi des équipements, quelle qu'en soit la qualité, ne sauraient être une solution efficace à long terme. Ceci est d'autant plus vrai que, depuis plusieurs années, les pays, même du sud, sont au rendez-vous des nouvelles technologies de l'information et, depuis lors, celles-ci sont mises à contribution pour résoudre les problèmes dans tous les domaines de la vie. Un meilleur suivi des réalisations en matière d'équipements suppose, en effet, que l'on dispose de certaines informations telles que les marques, les dates d'installation et de mise en service, les dates des pannes et types d'interventions, les noms des intervenants, etc.

Nous pouvons donc nous rendre compte aisément que tous ces éléments peuvent être pris en compte par un programme informatique conçu à cette fin. Le programme informatique ITOJU, à défaut d'être parfait, offre l'avantage, sur les fiches, de ne pouvoir perdre les données dans le temps. La non utilisation du programme informatique existant est donc la cause très probable de notre problème et nous pouvons alors formuler notre hypothèse n°3 comme suit : **la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme se justifie par la non utilisation du programme informatique existant.**

Tableau 3: Tableau de Bord de l'Etude (TBE)

Niveaux d'analyse	Problèmes		Objectifs	Causes	Hypothèses
Niveau général	Manque de rigueur dans la gestion du programme		Contribuer à l'amélioration de la gestion du programme		
Niveaux spécifiques	1	La programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme	Proposer des outils appropriés à la bonne programmation des activités du programme	Inexistence d'un cadre logique	La programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme est due à l'inexistence d'un cadre logique
	2	Retard constaté dans la passation des marchés publics du programme.	Suggérer des mesures utiles à mettre en œuvre pour l'aboutissement, à bonne date, des marchés du programme	Lenteur et lourdeur des procédures de passation des marchés publics	Le retard dans le processus d'attribution des marchés s'explique par la lenteur et la lourdeur des procédures.
	3	Difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme	Proposer les conditions de mise en place et d'utilisation du programme informatique existant en vue du suivi de l'entretien des équipements médico-techniques	Non utilisation du programme informatique existant	La difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques se justifie par la non utilisation du programme informatique existant

Source : Résultats de nos investigations

Soutenu le samedi 20 septembre 2008 par Bernard M. FONTON

II. Revue de la littérature

La revue de littérature est un outil indispensable pour toute recherche scientifique. Il permet de s'assurer, au préalable, de l'état des connaissances acquises sur les problèmes identifiés.

Dans le cadre de notre étude, nous prendrons pour repère les approches génériques retenues au niveau de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée. De ce fait, il sera question de faire, à travers les approches génériques, le point des connaissances liées au problème général et aux problèmes spécifiques en résolution. Mais, seul, le point relatif aux connaissances sur les problèmes spécifiques sera exposé, dans la mesure où les problèmes spécifiques se présentent sous le couvert de l'approche générique du problème général.

A. Point des connaissances sur le problème de la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme

L'approche générique retenue est l'élaboration des outils appropriés de gestion de projet, notamment du cadre logique.

Notre devancier, GLELE, B. K. (2006) : «Analyse diagnostique du processus de gestion des projets au Ministère de la Santé. », a globalement abordé les problèmes relatifs à la gestion des projets et programmes du secteur de la santé. Il avait déploré le défaut de cadre logique pour ces structures et le manque de responsabilisation des coordonnateurs.

En menant notre étude sur le cas précis du PNCEFFS, nous avons remarqué que l'absence de cadre logique est vraiment préjudiciable à la tangibilité des résultats qui doivent être attendus de ce programme. En effet, le cadre logique peut se définir comme : « un ensemble de concepts interdépendants qui décrivent d'une façon opérationnelle et matricielle les aspects les plus importants d'une intervention. Cette description permet de vérifier si l'intervention a été correctement instruite ; elle facilite le suivi et procure une

évaluation plus satisfaisante... ». En somme, c'est donc un document de gestion de projet, qui donne en quelques lignes un aspect relativement complet de ce que le projet est appelé à faire. L'Institut IDEA INTERNATIONAL lors de l'atelier sur la gestion axée sur les résultats, indique que : « le cadre logique est certainement un outil de planification très utile pour améliorer la conception des interventions, le plus souvent au niveau du projet. Il implique d'identifier les effets du projet, en termes de résultats et d'impacts, et d'associer ces derniers successivement avec les extrants, les activités et les intrants du projet. De plus, il clarifie les hypothèses et les risques qui peuvent influencer les relations causales des intrants jusqu'aux résultats et aux impacts ». Mais le cadre logique ne doit surtout pas être suivi par pur formalisme mais être adopté comme outil de conception et de gestion du projet. L'Institut IDEA INTERNATIONAL lors de l'atelier sur la gestion axée sur les résultats, souligne comme caractéristiques des projets réussis : des objectifs précis - un plan de projet bien établi - la communication, encore la communication - une envergure maîtrisée - le soutien des intervenants. Chacun de ces différents éléments mis en exergue lors de cet atelier revêt une importance capitale dans la gestion d'un projet.

Par contre, en consultant le site web : <http://www.membres.lycos.fr/soularbrapalabre/mémoire/chapitre2.htm>, quant à l'Union Européenne (2001), « le cadre logique aussi bon soit-il, ne peut pas, à lui seul, garantir des résultats positifs. La réussite d'un projet dépend de nombreux autres facteurs tels que la capacité organisationnelle de l'équipe ou des organismes responsables de la mise en œuvre. Le cadre logique n'est alors qu'un outil pour améliorer la planification et la mise en œuvre »;

Néanmoins, pour que le succès du PNCEFFS soit garanti, il est souhaitable que le cadre logique soit élaboré et utilisé dans le contexte de la gestion axée sur les résultats, prônée par la réforme budgétaire entamée au Bénin, depuis l'année 2000. Les conditions de mise en œuvre de la GAR sont précisées

dans la lettre de notification de crédit n°046-c/MEF/DC/SGM/DGB du 07/01/2008 pour la gestion 2008. Il s'agit précisément d'imprimer, notamment aux coordonnateurs de projets et programmes, une nouvelle dynamique de gestion fondée sur des résultats mesurables, l'imputabilité, la responsabilisation et le compte-rendu.

B. Point des connaissances sur le problème du retard dans la passation des marchés publics du programme

L'approche générique retenue au niveau de la vision globale de résolution de ce problème spécifique est celle du modèle théorique lié à une anticipation suffisante en année n-1 pour démarrer le processus de passation des marchés publics. On définit généralement les marchés publics comme « des contrats écrits passés pour la réalisation des travaux, la livraison de fournitures, les prestations de services et la délégation de services publics par l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les sociétés d'Etat et les sociétés à participation financière publique majoritaire ainsi que par les personnes morales de droit privé agissant pour le compte de l'Etat ou de personnes morales de droit public lorsqu'elles bénéficient de leur concours financier ou de leur garantie ». Ce domaine est organisé au Bénin par la loi n°2004-18 du 27/8/2004 portant modification de l'ordonnance n°96-04 du 31/1/1996 portant code des marchés publics applicable en République du Bénin et trois décrets d'application. Il existe deux types d'appels d'offres, à savoir : les appels d'offres restreints et les appels d'offres ouverts. Les premiers concernent les appels d'offres dont le montant se situe en dessous des seuils fixés par la loi alors que les seconds s'adressent à des appels d'offres dont le montant se situe au-dessus desdits seuils. Les lettres de notification de crédits envoyées par le MEF aux ministères sectoriels et autres institutions de l'Etat précisent chaque année, les délais de mise en œuvre des procédures d'appel d'offre. Mais, en dépit de ces dispositions, des retards énormes sont observés dans ce domaine, en raison de la lenteur et de la lourdeur administrative qui influent très négativement sur beaucoup de projets

et programmes dont le PNCEFFS. Le retard incriminé dans la présente étude est relatif aux appels d'offres ouverts. Différentes réflexions menées précédemment sur la présente étude soulignent cette lenteur et cette lourdeur identifiées dans ce processus, sans que de véritables solutions ne soient proposées pour contourner cette difficulté. Cependant, nous pourrions noter que la solution, tant recherchée à un tel problème, pourrait résider dans une anticipation suffisante pour essayer de juguler ce phénomène qui a, jusque là, résisté même aux normes et directives précitées.

C. Point des connaissances sur le problème de difficulté pour suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme

En ce qui concerne ce dernier problème de notre étude, il importe de noter qu'un projet ou programme qui est bien conçu et bien géré, doit offrir une bonne garantie de pérennisation de ces réalisations. Dans le cadre du PNCEFFS, le volet dont la pérennisation des réalisations est la plus difficile est celui des équipements médico-techniques. Il faut donc mettre en place un mécanisme de suivi rigoureux permettant, de disposer d'informations complètes, utiles et continues sur les équipements acquis et mis en service. Il s'agit d'avoir toute l'information qu'il faut pour maîtriser la gestion desdits équipements, c'est-à-dire pouvoir répondre aux questions suivantes : Quelle est la société qui a livré les équipements et quand? Qui en sont les manipulateurs, quelles sont les périodes d'utilisation ? A quelles dates y a-t-il eu des réparations ? Les pièces utilisées sont-elles appropriées ? L'intervenant en a-t-il les compétences, etc.?

En effet, l'information est simultanément un instrument de connaissance et un moyen permettant de réduire l'incertitude et la complexité de son environnement. Elle constitue la matière première de toute décision et le fondement de tous les systèmes de gestion. De ce fait, elle est une donnée stratégique que l'entrepreneur doit organiser et gérer avec beaucoup de

prudence. Le traitement de l'information est à la base de bon nombre de fonctions de gestion. La capacité du dirigeant à analyser et à synthétiser l'information est donc déterminante pour la qualité et la rapidité de ses décisions (BORDELEAU Yvan, 1992, p. 30-31). C'est donc le point de départ d'une bonne gestion et de l'utilisation optimale de tout matériel ou équipement.

Cet ensemble de connaissances préalablement constituées sur le sujet de notre étude nous servira de boussole pour le choix des outils et approches nécessaires à la poursuite de notre étude.

Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche

Nous avons opté pour l'utilisation de différentes approches théoriques et empiriques dans la résolution des problèmes de notre étude.

I. Approche théorique retenue

Elles sont un ensemble de normes et d'outils pouvant aider à l'analyse et à la prise de décision dans le cadre du présent travail. Elles seront donc ici présentées avant d'être utilisées pour retenir les causes effectives des problèmes en étude afin d'y trouver les solutions appropriées.

A. Normes ou repères d'amélioration de la problématique

Les normes ou repères retenus dans notre étude se rapportent aux différents problèmes en résolution dans notre sujet.

1. Normes ou repères d'amélioration de la programmation d'activités ne concourant qu'aux objectifs du programme

Le PNCEFFS vise au premier plan, l'érection des zones sanitaires, à travers ses composantes que sont les constructions et réhabilitations des formations sanitaires périphériques sans oublier leur équipement. En dehors de quelques activités qui sont menées pour son fonctionnement, l'unité de gestion du programme devra s'atteler aux principales activités ci-dessus indiquées. C'est

seulement de cette manière que les objectifs du programme pourront être réalisés, afin de donner la preuve que l'envergure du programme est maîtrisée par l'équipe de projet. La programmation d'activités ne concourant pas à la réalisation des objectifs se révèle alors comme une dispersion d'énergie qui participe d'une mauvaise utilisation des ressources allouées au PNCEFFS. D'importants efforts doivent alors être faits pour pallier de telles insuffisances, voire les enrayer. Il faudra ici, y veiller, de manière particulière car c'est l'une des faiblesses préalablement reconnues aux projets fusionnés.

2. Normes ou repères d'amélioration du respect des délais de passation des marchés du programme

Les marchés publics sont un moyen de mise en œuvre des actions publiques. Ils se réalisent grâce à des appels d'offres. Dans le cas de notre étude au PNCEFFS, nous avons noté que les grosses activités sont réalisées par appels d'offres ouverts. Au cours de la première année d'activités, et même jusqu'à présent, nous avons constaté que la passation des marchés, à savoir l'aboutissement des appels d'offres ouverts, connaît dans la plupart des cas, un an de retard environ. Dans ces conditions, si les paramètres qui peuvent influencer l'exécution proprement dite des marchés ne sont pas détectés et les solutions mises en place, aucune des parties au contrat ne pourra respecter les délais contractuels. Il s'avère alors impérieux de rechercher et de trouver des palliatifs au retard lié au circuit d'élaboration des appels d'offres, à défaut de pouvoir modifier les textes à cet effet.

3. Normes ou repères d'amélioration du suivi des équipements médico-techniques

Le suivi des réalisations est d'une grande importance dans tout secteur ou système. Or, l'un des reproches faits aux projets fusionnés se trouve être le manque de suivi et de visibilité de leurs actions. Ce fait se caractérise par l'impossibilité d'obtenir aisément et avec assurance, des informations sur les constructions et notamment les équipements médico-techniques en vue d'assurer, plus facilement, leur entretien et garantir leur utilisation optimale voire leur pérennisation. Ainsi, il est quasiment impossible actuellement, par exemple, de connaître les dates d'installation, de mise en service et d'intervention sur la plupart des équipements acquis pour programmer leur renouvellement et encore moins assurer la constitution de provisions pour dépréciation. Tel est aujourd'hui, également, le cas du PNCEFFS qui, si rien n'est fait, risque de perpétuer cette erreur de gestion. Il urge alors que le PNCEFFS évite de tomber dans les mêmes erreurs (que les projets qui l'ont précédé) afin que les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets.

B. Outils d'analyse des données : seuils de décision liés aux problèmes spécifiques n°1, n°2, n°3

Les décisions à prendre dans le cadre des problèmes en résolution dans notre étude s'appesantiront sur les résultats de l'enquête. Cette enquête est orientée vers les différents acteurs et intervenants du PNCEFFS que sont les Responsables de l'Unité de Gestion, de la DPP, de la CPMP, de la DIEM, de la DRFM, de la DCF et des ZS. Il s'agira donc de considérer les réponses majoritaires, c'est-à-dire celles qui semblent faire l'unanimité des personnes enquêtées (au moins 50%).

II. Approche empirique

A. Objectifs de l'enquête et identification de la population mère

Nous présentons, dans un premier temps, l'objectif de notre enquête et, dans

un second temps, nous procédons à l'identification de la population mère.

1. Objectif de l'enquête

L'objectif de notre enquête est de vérifier les hypothèses formulées dans notre travail par rapport aux différents problèmes identifiés.

2. Identification de la population mère

Nos enquêtes s'orienteront d'abord, vers les cibles que sont les responsables du PNCEFFS, de la DPP, de la CPMP, de la DIEM, de la DRFM et de la DCF avant de s'intéresser aux agents intervenant dans la gestion de ce programme sans oublier les bénéficiaires.

La population mère, dans ces conditions se trouve être l'ensemble des acteurs et des bénéficiaires du programme.

B. Echantillonnage et centre d'intérêt du questionnaire

Après avoir fait l'échantillonnage, nous donnerons le centre d'intérêt de notre questionnaire.

1. Echantillonnage et nature de l'enquête

Nos enquêtes s'intéresseront aux agents des structures sus-indiquées. Ainsi, nous allons utiliser un échantillon de type raisonné, échantillon qui prendra en compte d'une part, quatre (04) membres de l'Unité de gestion du Programme, quinze (15) Directeurs et Chefs Services de ces différentes structures et d'autre part, une proportion représentative des bénéficiaires au nombre de trente et un (31).

Ainsi, nous avons fait successivement une enquête par interview puis une enquête par sondage. L'enquête par sondage prendra en compte cinquante agents de ces structures et l'enquête par interview s'intéressera aux Responsables et aux Chefs services des structures visées, puis aux bénéficiaires.

2. Centre d'intérêt du questionnaire

Les questions posées lors de nos enquêtes serviront à recueillir les informations pouvant nous permettre de connaître les vraies causes des différents problèmes spécifiques en étude.

C. Méthodes et outils de collecte des données

Pour la vérification des hypothèses de notre étude, nous avons retenu de recourir à un guide d'entretien et à un questionnaire comportant des questions fermées. Cette dernière sera adressée aux agents ciblés dans l'échantillon. Quant au guide d'entretien, il nous a facilité la tâche lors des entretiens avec les Responsables identifiés ci-dessus. En dehors de ces deux outils, nous avons aussi fait recours à certains ouvrages, mémoires et sites Internet qui nous ont fourni des informations assez utiles.

Tous ces outils nous ont favorisé la collecte des données tout en permettant de vérifier si :

- la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme est due à l'inexistence d'un cadre logique ;
- le retard dans le processus d'attribution des marchés s'explique par la lenteur et la lourdeur des procédures ; et
- la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques se justifie par la non utilisation du programme informatique existant.

Section 2 : Des enquêtes aux conditions de mise en œuvre des solutions

Cette étape de notre travail sera consacrée, d'une part, à la préparation et à la réalisation des enquêtes, à la vérification des hypothèses, à l'établissement du diagnostic et, d'autre part, aux approches de solution ainsi qu'à leurs conditions de mise en œuvre pour une amélioration de la gestion du

PNCEFFS.

Paragraphe 1 : De la collecte des données à l'établissement du diagnostic

I. Préparation, réalisation des enquêtes et difficultés rencontrées

Avant la collecte proprement dite, nous aborderons sa préparation et sa réalisation.

A. Préparation et réalisation des enquêtes

Elles se feront en deux étapes distinctes.

1. Préparation de la collecte

Il s'agit ici des enquêtes qui représentent une collecte d'informations primaires auprès des acteurs identifiés ci-dessus.

Pour y arriver, nous avons procédé d'une façon méthodique suivant :

- l'analyse de la question de départ ;
- les types et les techniques de recherche.

2. Réalisation de l'enquête

Notre collecte s'est intéressée aussi bien à des données secondaires (revue documentaire) qu'à des données primaires par le biais des enquêtes et entretiens. Nous nous sommes donc appuyé sur les documents de politiques et stratégies, économiques, comptables et financiers du ministère de la santé, ceux du PNCEFFS et sur les informations directement obtenues des différents acteurs y intervenants.

Il convient toutefois de signaler que la présente étude n'est pas restée sans difficultés.

B. Difficultés rencontrées et limites des données

1. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées au cours du déroulement de notre étude relèvent de plusieurs facteurs que sont :

- l'absence de documents appropriés, de la définition à la mise en œuvre du programme ;
- le cadre de travail du PNCEFFS qui n'offre pas de facilités d'accès à l'information ;
- l'indisponibilité de certaines personnes ressources qui n'ont pu se prêter à nos questions;
- le seuil de confidentialité de certains documents qu'il ne fallait pas franchir.
- les réserves émises par certains responsables en ne donnant pas de grandes précisions sur leurs réponses ou en évitant d'incriminer certains acteurs.

2. Limite des données

Quant aux limites des données, elles concernent essentiellement certaines réponses fournies par les enquêtées qui ne sont pas toujours vraies. En outre, les réalités diffèrent légèrement selon qu'il s'agit des directions techniques ou d'autres structures impliquées dans la gestion du programme.

II. Présentation et analyse des résultats d'enquête

A cette étape, il a été retenu de présenter et d'analyser les résultats des enquêtes en se référant à chacun des problèmes spécifiques.

A. Présentation et analyse des données relatives à la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme

1. Les données qualitatives mobilisées et les grandes tendances

Des divers entretiens, il ressort que le PNCEFFS est l'un des programmes du ministère de la santé qui n'est pas véritablement structuré. En effet, plus de 70% des responsables rencontrés ont tous reconnu que la phase de définition de ce programme n'a pas été bien réalisée. Cela constitue un problème majeur qui entrave sa bonne marche. Ainsi, la gestion de ce programme n'est fondée sur aucun outil technique approprié (cadre logique, diagramme de Gantt, les réseaux CPM, PERT ...) en matière de gestion de projets/programmes. L'inexistence du cadre logique, outil privilégié en gestion de projet/programme est déplorable et se trouve être, notamment, à l'origine de la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du PNCEFFS. Aussi, avons-nous recueilli en outre de la part des responsables rencontrés, la programmation de certaines activités non prévues au programme.

Par ailleurs, ils ont évoqué l'existence d'autres outils à savoir, le plan de travail annuel, les fiches bilan, le rapport d'auto-évaluation, outils exigés par le ministère du plan. Mais force est de constater que ces outils ne sont pas suffisants pour une gestion efficiente et efficace du programme.

En somme, les différentes personnes rencontrées sont unanimes sur la programmation non justifiée de certaines activités ne concourant pas aux objectifs du programme. Selon elles, de telles programmations sont dues à l'inexistence des outils techniques de gestion des projets, en particulier le cadre logique.

2. Les données quantitatives mobilisées et les grandes tendances

Les résultats recueillis lors de notre enquête sont rangés selon les modalités de

réponses obtenues à travers les questions relatives à la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du PNCEFFS.

Tableau 4: Répartition des données relatives à la bonne planification des activités du PNCEFFS

Eléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
OUI	13	26
NON	37	74
Total	50	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

De ce tableau, il ressort que 74% des enquêtés confirment que les activités du programme ne sont pas bien planifiées. Quant aux 26% restants, ils pensent le contraire.

Tableau 5: Répartition des données relatives aux outils disponibles pour la mise en œuvre du programme

Eléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
Diagramme de Gantt	00	00
Cadre logique	00	00
Réseau PERT ou CPM	00	00
Autres	50	50
Total	50	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

Les résultats du tableau n°5 montrent que tous les enquêtés confirment que le programme ne dispose ni de cadre logique, ni de diagramme de Gantt, ni de réseau CPM ou PERT. Cependant, ils affirment que le programme, dans sa mise en œuvre, bénéficie d'autres outils comme le PTA, les fiches - bilan, les TDR et budgets détaillés des activités ainsi que le rapport de suivi/évaluation.

Tableau 6 : Répartition des données relatives au cadre logique comme outil privilégié qui favorise la gestion des projets/programmes

Éléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
OUI	43	86
NON	07	14
Total	50	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

A la lecture de ce tableau, nous constatons que 86% des agents issus des structures intervenant dans le programme affirment que le cadre logique est bien un outil très important pour la gestion du programme. A la question de savoir si son inexistence n'est pas, en grande partie, la cause des faiblesses constatées dans la gestion du programme, ils répondent à 100% par l'affirmative.

De ce qui précède, il ressort que les agents des structures impliquées dans la mise en œuvre du PNCEFFS reconnaissent que certaines activités non indiquées pour le programme sont programmées. Selon eux, l'inexistence du cadre logique est la principale cause de ce problème.

B. Présentation et analyse des données relatives au retard dans la passation des marchés publics

1. Les données qualitatives mobilisées et les grandes tendances

Des entretiens réalisés avec les responsables en charge de la mise en œuvre du PNCEFFS en général, et ceux de la CPMP en particulier, nous retenons que l'élaboration du plan prévisionnel annuel de passation des marchés publics doit se faire déjà en fin d'année budgétaire **n-1**. Ces acteurs estiment, d'une part, que la gestion de ce programme n'arrive pas à respecter ce principe et, d'autre part, que ce n'est qu'en début d'année budgétaire **n** que les acteurs

démarrent réellement la procédure de passation des marchés publics qui continue parfois jusqu'à la fin de l'année budgétaire.

Au niveau de chaque acteur, des goulots d'étranglement sont observés avec comme conséquence, beaucoup de retard surtout qu'aucun suivi n'est fait pour faire respecter les délais prévus dans les lettres de notification des crédits. Selon eux, cet état de chose est dû, non seulement à la lenteur et à la lourdeur des procédures, mais aussi à la faible maîtrise desdites procédures par la majorité des acteurs.

C'est ce qui justifie les retards criards observés dans la procédure de passation des marchés du programme.

2. Les données quantitatives mobilisées et les grandes tendances

Les résultats de nos enquêtes sur le problème de retard dans la passation des marchés du programme se présentent ainsi qu'il suit :

Tableau 7 : Répartition des données relatives au respect des délais de passation des marchés du programme

Eléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
OUI	04	8
NON	46	92
Total	50	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

Nous constatons avec ce tableau que quarante six (46) des personnes approchées soit 92% ont reconnu l'importance du retard accusé dans la passation des marchés du programme. Ils reconnaissent d'ailleurs à l'unanimité (100%) que ce retard n'est pas sans conséquence sur le délai d'exécution desdits marchés.

Il se dégage de ces différentes réponses que l'ensemble des acteurs et

Soutenu le samedi 20 septembre 2008 par Bernard M. FONTON

intervenants du PNCEFFS admettent une liaison manifeste entre le retard dans la passation des marchés du programme et leur exécution. Ils estiment cependant, que cet état de chose est imputable directement aux procédures en la matière.

Tableau 8 : Répartition des données relatives à la maîtrise du processus de passation des marchés publics au Bénin

Éléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
OUI	10	20
NON	40	80
Total	50	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

Dix (10) des personnes enquêtées soit 20% seulement, affirment avoir une maîtrise des procédures de passation des marchés en république du Bénin contre 80% qui n'y connaissent pas grand-chose.

Tableau 9 : Répartition des données relatives à la gestion du programme dans le temps

Éléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
OUI	00	00
NON	10	100
Total	10	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

De ce tableau, l'on constate que toutes les personnes (100%) ayant une connaissance des procédures de passation des marchés publics (acteurs et intervenants du PNCEFFS) ont répondu par la négative. Ils ont tous estimé que, dans leur état actuel, ces procédures ne facilitent guère la gestion du

programme qui obéit à des exigences de délai. Ils répondent tous que cette procédure, du fait de sa lenteur et de sa lourdeur, n'offre pas de garanties suffisantes pour la célérité de mise en œuvre des activités d'un programme.

C. Présentation et analyse des données relatives à la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme

1. Les données qualitatives mobilisées et les grandes tendances

Il ressort de nos entretiens sur la question que les équipements sont entretenus mais pas tel qu'il le fallait. Car, comme le disent les personnes approchées, lorsque des pannes surviennent sur les équipements, ils entrent en contact avec le niveau central c'est-à-dire l'équipe de gestion du PNCEFFS ou la DIEM qui met tout en œuvre pour y remédier. Mais, force est de constater que les intervenants ne sont pas toujours les mêmes et n'ont aucune information sur les interventions précédentes, leurs dates et, dans une moindre mesure, en quoi elles ont consisté.

2. Les données quantitatives mobilisées et les grandes tendances

Les enquêtes sur le suivi de l'entretien des équipements médico-techniques nous ont fourni les données regroupées à travers les tableaux ci-après :

Tableau 10 : Répartition des données relatives au suivi des équipements médico-techniques

Eléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
Peu suivi	09	18
Bien suivi	05	10
Pas du tout suivi	36	72
Total	50	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

Cinq personnes, soit 10% des enquêtés, ont estimé que les équipements sont

Soutenu le samedi 20 septembre 2008 par Bernard M. FONTON

peu suivis. Pour neuf sujets, ils sont bien suivis. La grande masse, c'est à dire les trente-six personnes restantes ont affirmé exactement le contraire. Pour ces derniers, il n'y a pas du tout de suivi de ces équipements. C'est seulement en cas de pannes que le technicien est invité à intervenir.

Tableau 11 : Répartition des données relatives à la nature des outils dont dispose le programme pour son suivi

Eléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
Fiches	40	80
Logiciel	10	20
Total	50	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

Seulement dix des personnes écoutées soit 20% savent que le programme dispose d'un logiciel. Pour les 80% restants, l'outil dont dispose le PNCEFFS est la fiche.

Il en ressort donc que l'existence d'un logiciel devant permettre l'accomplissement facile de cette tâche est méconnue de la majorité des acteurs et intervenants du programme.

Tableau 12 : Répartition des données relatives à la fonctionnalité du programme informatique existant

Eléments de réponse	Fréquence absolue (Effectifs)	Fréquence relative (%)
OUI	09	90
NON	01	10
Total	50	100

Source : Résultats de nos enquêtes réalisées en Juillet 2008

Les personnes ayant connaissance de l'existence d'un logiciel de suivi de l'entretien des équipements ont des avis presque unanimes sur sa

fonctionnalité. Mais à la question de savoir pourquoi cet outil n'est pas suffisamment mis à contribution, ceux-ci ont avoué à 100% que l'utilisation de l'outil n'est pas rendue systématique. Ce qui fait que la performance du logiciel demeure inexploitée à nos jours.

III. Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

A. Vérification des hypothèses

1. Degré de validité de l'hypothèse n°1

L'analyse des résultats d'enquête, nous a révélé que beaucoup d'activités non justifiées sont programmées.

En effet, ces programmations inopportunes se justifient par l'inexistence des outils techniques de gestion des projets/programmes en général, et du cadre logique en particulier.

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle « La programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme est due à l'inexistence d'un cadre logique » se trouve vérifiée.

2. Degré de validité de l'hypothèse n°2

L'étude des données recueillies lors des enquêtes a montré qu'il y a une mauvaise organisation au niveau de la gestion des marchés du programme. Cette mauvaise organisation se traduit par le retard criard constaté dans l'exécution de ces marchés. Ainsi, des activités programmées pour s'achever dans un meilleur délai, sont clôturées avec près de huit mois, voire un an de retard.

Pour justifier ce retard, les personnes rencontrées nous ont confié que la procédure de passation des marchés qui marque, souvent, le début de l'exécution des grosses activités au niveau des services publics est, non seulement lourde et lente, mais encore, elle est compliquée et n'est pas maîtrisée par la majorité des acteurs chargés de la mise en œuvre de ce

programme.

C'est dire que l'hypothèse n°2 à savoir que : le retard dans le processus d'attribution des marchés s'explique par la lenteur et la lourdeur des procédures est vérifiée.

3. Degré de validité de l'hypothèse n°3

Il découle de l'analyse des résultats qu'en principe, pour pérenniser les acquis du PNCEFFS, en général, et les équipements médico-tehniques, en particulier, les acteurs de ce programme doivent suivre régulièrement ces équipements. Mais, force est de constater que les acteurs rencontrent de sérieuses difficultés dans le suivi des acquis du programme en général, et celui des équipements médico-tehniques en particulier.

En effet, le programme informatique prévu pour effectuer ce suivi, non seulement n'est pas connu et maîtrisé de tous, mais aussi, n'est pas utilisé par le peu d'acteurs qui le connaissent et le maîtrisent.

Ces raisons viennent confirmer l'hypothèse selon laquelle « la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-tehniques se justifie par la non utilisation du programme informatique existant. »

B. Etablissement du diagnostic

Les hypothèses étant vérifiées, il importe de faire la synthèse du diagnostic de l'étude.

1. Élément de diagnostic n°1

La programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme est due à l'inexistence d'un cadre logique.

2. Élément de diagnostic n°2

Le retard dans le processus d'attribution des marchés s'explique par la lenteur et la lourdeur des procédures.

3. Élément de diagnostic n°3

La difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques se justifie par la non utilisation du programme informatique existant.

Paragraphe 2 : Approche de solutions et recommandations

Dans cette rubrique, nous allons suggérer des approches de solutions accompagnées de conditions de mise en œuvre réalistes et susceptibles d'améliorer la gestion du programme.

I. Approches de solutions

Les approches de solutions sont abordées par nature de problème étudié.

A. Approches de solution par rapport à la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme

Du diagnostic établi, il ressort que la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme est due à l'inexistence d'un cadre logique. Pour être plus explicite, c'est l'approche du cadre logique, c'est-à-dire le processus de son élaboration qui est extrêmement important. Si le cadre logique est un outil, l'approche est une technique efficace permettant aux parties prenantes d'identifier et d'analyser les problèmes, puis de définir les objectifs à atteindre ainsi que les activités à entreprendre à cet effet.

Il s'agira donc, dans le cadre du PNCEFFS, de réunir tous les acteurs, aussi bien du niveau central, intermédiaire que surtout périphérique, à un atelier de validation, pour redéfinir clairement les objectifs visés, les résultats à atteindre, les activités à mener et les moyens appropriés pour y arriver. Les indicateurs, qui sont les meilleurs éléments d'appréciation et de suivi-évaluation de l'action mise en œuvre seront également définis. De même, les sources et moyens de vérification sans oublier les hypothèses seront précisés. C'est pour cette raison que nous avons proposé pour le programme une ébauche de cadre logique en annexe 3.

Pour être efficace, ce cadre logique sera appuyé d'un plan de projet qui doit inclure :

- le mandat de projet qui est ici la lettre de mission ;
- le calendrier d'activités avec les étapes importantes et les dates cibles ;
- la charte des responsabilités et les contributions de chaque intervenant ;
- le budget de plan de projet.

Ainsi, les questions relatives aux trois volets, à savoir les infrastructures, les équipements et la fonctionnalité des zones sanitaires seront correctement débattues, ce qui permettra de maîtriser l'envergure du programme.

Sur cette base, l'unité de gestion, et plus particulièrement le coordonnateur, aura plus de visibilité, et donc de résultats probants à produire. Sa responsabilité sera mieux cernée et engagée dans la conduite du programme. Il pourra ainsi disposer d'arguments pour éliminer les propositions qui ne vont pas cadrer avec les activités définies, même si elles viennent de ses supérieurs.

Par ailleurs, les transmissions de demandes de matériels venant des zones sanitaires trouveraient solutions.

B. Approches de solutions par rapport au retard dans la procédure de passation des marchés

Le diagnostic a permis de savoir que le problème de retard dans la passation des marchés du programme est dû à la lenteur et à la lourdeur des procédures en vigueur en République du Bénin. La résolution de ce problème passera par la mise en place d'un système basé sur une anticipation par rapport à la gestion à laquelle les DAO sont liés.

Ainsi, pour un DAO qui se rapporte à une année N, il faut avoir démarré sa préparation en début du second semestre de l'année N-1. Ensuite, si le marché est attribué, il faut le faire signer de toutes les autorités, sauf du Ministre en charge des Finances, autorité qui détient en dernier ressort le pouvoir

d'attribuer un marché public. La signature de ce dernier pourra intervenir après la promulgation de la loi des finances et le chargement des crédits dans le SIGFIP afin de permettre l'édition de la page de garde qui indique l'imputation à laquelle la dépense se rapporte. L'avantage de cette proposition est que la phase de signature des autorités intermédiaires ne soit pas bloquée par la non réservation de crédits c'est-à-dire le défaut d'édition de page de garde des marchés.

A partir de cet instant, il y aura davantage de chances de faire aboutir les marchés publics indiqués supra en début d'année N. Ainsi, beaucoup de projets et programmes de développement, notamment ceux financés sur Budget National, pourront être plus efficaces.

C. Approches de solutions par rapport à la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques

De la vérification des hypothèses, il ressort que la non utilisation du programme informatique existant est à la base de la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques.

Ce programme informatique dénommé ITODJU connu de la DIEM, structure chargée de la maintenance au sein du secteur santé, devra être vulgarisé et mis à la disposition des projets et programmes du secteur, et notamment du PNCEFFS qui s'occupe du développement des zones sanitaires.

Outre la possibilité d'avoir une meilleure connaissance du parc d'équipements, d'infrastructures existantes et de leur état, sa mise en œuvre permettra de disposer :

- d'un répertoire des pannes fréquentes identifiées et remèdes apportés sur tels ou tels équipements ;
- d'un tableau de bord technique et économique des équipements pour un meilleur suivi de la traçabilité des interventions et aide à la décision ;
- d'informations nécessaires pour l'immatriculation des équipements et

des infrastructures, avec une bonne maîtrise des dépenses en équipements dans le cadre de l'élaboration du budget en investissement.

Cependant, l'efficacité de ces solutions requiert certaines conditions.

II. Conditions de mise en œuvre des solutions

A. Suggestions à l'endroit des acteurs du programme

Pour réussir la mise en œuvre de l'approche cadre logique, il est souhaitable de recruter un cabinet d'experts qui va préparer, en collaboration avec un comité du secteur santé composé de cadres avertis, l'atelier indiqué (Cf. approche de solutions).

Lorsqu'on aborde la question relative à l'élimination du retard dans la passation des marchés publics, le recrutement de spécialistes d'appui en marchés publics, et ce, sur les fonds du projet, s'avère nécessaire. Ceux-ci se chargeront de l'élaboration des DAO et de leur suivi rigoureux en vue de renforcer l'équipe du programme.

En ce qui concerne le suivi efficace de la maintenance des équipements médico-techniques, il sera procédé à l'acquisition de matériel informatique et à la mise en réseau en vue d'installer ledit programme informatique. De même, la formation des maintenanciers en service dans les directions départementales de santé sera périodiquement faite afin d'assurer une bonne manipulation de l'outil.

Par ailleurs, un contrôle régulier de la fonctionnalité du système est nécessaire pour garantir sa viabilité et son succès.

Elaborer et respecter le mécanisme mis en place dans le manuel de procédures du programme.

Malgré la volonté de l'unité de gestion de mener les activités indiquées, l'appui des autorités à divers niveaux s'avère indispensable.

B. Suggestions à l'endroit des autorités

Pour éviter tout dérapage dans le cadre de l'exécution correcte du PNCEFFS, il serait souhaitable que les autorités s'engagent à :

- prendre l'engagement de ne pas recommander des activités qui ne correspondent nullement aux objectifs du programme ;
- faire une évaluation périodique pour s'assurer de l'accomplissement harmonieux du déroulement des activités du programme.
- sanctionner, sans complaisance, le manque d'efficacité des membres de l'unité de gestion ou de toute autre structure impliquée dans la gestion du programme.

En ce qui concerne la célérité dans la passation des marchés publics, il importe de prendre les mesures ci-après :

- notifier à la DNMP, l'obligation d'étudier correctement les dossiers d'un trait pour éviter qu'un même dossier fasse l'objet de plusieurs rejets ;
- réviser les textes en vigueur, pour alléger les procédures en matière de vaccins, de réactifs, d'équipements et de consommables médico-techniques. A cet effet, les seuils en vigueur pourront être revus pour permettre à la CPMP de gérer, à son niveau, toute la procédure en la matière ;
- renforcer la CPMP en effectif qualifié et lui construire un bâtiment adéquat. En un mot, la mettre dans des conditions idéales de travail et le doter d'un personnel suffisamment compétent.
- exiger la mise en place de manuels de procédure à toutes les structures impliquées dans la gestion du programme, afin de mieux percevoir leur organisation interne et pouvoir, ainsi, mieux apprécier l'impact de leur fonctionnement sur les projets/programmes du secteur.
- mettre en place un réseau intranet pour suivre les délais de traitement des dossiers de passation des marchés publics, à chaque niveau de la procédure de passation des marchés.

Pour assurer un bon suivi des équipements médico-techniques et, par ricochet,

garantir leur pérennisation, il faut inviter la DIEM à collaborer très franchement avec la coordination du PNCEFFS pour que l'utilisation de cet outil soit effective et efficiente.

CONCLUSION GENERALE

Une analyse évaluative du Programme National de Construction, d'Équipement et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires (PNCEFFS), amène à conclure que sa gestion n'est pas aussi reluisante qu'elle n'y paraît. Même si la volonté des acteurs de l'unité de gestion s'observe à travers un taux d'engagement des dépenses assez appréciable, et beaucoup de réalisations sur le terrain, il faut reconnaître que des problèmes cruciaux jonchent la conduite de ce programme dont le bien-fondé est indéniable.

C'est d'ailleurs ce qui y a suscité notre intérêt en vue d'en explorer quelques pistes de réflexions dans l'optique de proposer quelques approches de solutions.

De fait, la réalisation de la présente étude nous a permis d'abord de noter le défaut de cadre logique et autres outils indispensables à la gestion de projet. Nous nous sommes ensuite aperçu du retard important qu'accuse la passation des marchés publics, notamment les appels d'offre ouverts. Enfin, cette étude nous a aidé à mettre en évidence la difficulté de suivre l'entretien et la maintenance des équipements médico-techniques dont la pérennisation n'est pas assurée au sein du secteur public. Ce sont ces trois problèmes spécifiques qui ont le plus retenu notre attention et nous les avons regroupés en un problème général qui s'intitule : Insuffisance de rigueur dans la gestion du PNCEFFS.

Le choix de cette thématique, n'est pas innocent au sein des autres problèmes qui entourent l'exécution de ce programme. Nous avons pensé que pour pouvoir assurer le plein succès de ce programme dont l'importance pour le développement des zones sanitaires est indéniable, il urge de s'attaquer aux problèmes relatifs à la maîtrise de son envergure et à la pérennisation de ses

acquis. Ainsi s'explique la logique qui nous a guidé dans l'identification des approches de solutions et des conditions de leur mise en pratique pour pouvoir résoudre le problème général, et par ricochet, les trois problèmes spécifiques étudiés.

Nous sommes tout à fait conscient de n'avoir pas fait le tour de la question. Cependant, nous osons espérer que notre ébauche sera de quelque utilité pour l'amélioration des performances en matière de conduite, de suivi ou de gestion des projets ou des programmes dans le secteur de la santé en particulier et, pourquoi pas en ce qui concerne tout le secteur public.

BIBLIOGRAPHIE

I- Ouvrages

1. Cérutti, O. et Gattino, B., (1992) : « **Indicateurs et tableaux de bord. Collection Gestion Qualité** », AFNOR, Paris, 92 pages.
2. HOUGRON, T. (2001) : « **La conduite de projets : les 81 règles pour piloter vos projets avec succès** », l'usine nouvelle, DUNOD, 400 pages.
3. Vallet, G., (1997) : « **Techniques de suivi de projets : assurer les conditions d'achèvement d'un projet** », DUNOD, Paris.

II- Revues

1. ACDI, (1997) : « **Le Cadre Logique : L'orienter vers le succès. Agence Canadienne de Développement International** », 17 pages.
2. Banque Mondiale, (1999) : « **Conception de projet : Suivi et évaluation** ». Département de l'évaluation des opérations, Leçons & Pratiques Vol 2, No 8, 16 pages.
3. MSP, (2003) : « **Revue des dépenses publiques du Secteur Santé Bénin** », Cotonou
4. Voyer, Pierre, (1999). « **Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance** », Presses de l'Université du Québec, 329 pages.

III- Rapports

1. Banque Mondiale, (1988) : « **Aide-mémoire de la mission d'évaluation du projet Développement des Services de Santé en République Populaire du Bénin Novembre** », Cotonou.
2. IDEA International, (2006) : « **Gestion axée sur les résultats et cadre**

de dépenses à moyen terme (CDMT) avec application sur MS Project », atelier de formation du 25 avril au 5 mai 2006, Québec, Canada.

3. MECPP, SNU (2003) : « **Premier rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement** », Juillet 2003, Cotonou.
4. MS, (2007) : « Actes des états généraux de la santé au Bénin », Cotonou
5. MSP, (2000) : « **Aide-mémoire de la revue à mi-parcours du Projet Santé Population** », Juin 2000, Cotonou.
6. MSP, (2002) : « **politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006** », Cotonou.
7. MSP, (2004) : « **Rapport de performance du secteur santé, année 2003** ».
8. MSP, (1999) : « **Rapport Kit Evaluation à mi parcours de la politique et stratégies nationales de développement du secteur santé 1997-2001** », Cotonou

VI- Mémoires

1. AKOSSINOU, Euloge, (2006) : « **Evaluation sommative du projet d'Electrification des 17 Centres Ruraux** », Mémoire de fin de formation du cycle II en Gestion de Projets, ENAM, Abomey-Calavi.
2. GLELE, Bertin, (2006) : « **Analyse diagnostic du processus de gestion des projets au Ministère de la Santé** », Mémoire de fin de formation du cycle II en Gestion de Projets », ENAM, Abomey-Calavi.
3. HOUNDJE Romuald, (2001) : « **Système de communication du Programme Elargi de Vaccination : Analyses et propositions d'amélioration** », Mémoire de fin de formation du cycle II en Gestion de Projets », ENAM, Abomey-Calavi

V- Sites Web

1. DE VALE Jean-Claude, (2002) : « Gestion management et conduite de projet », [http://www.process.online.fr/fr/home.php ?to=projet1](http://www.process.online.fr/fr/home.php?to=projet1)
2. « Description du cadre logique d'intervention 1999-2001 », http://www.insah.org/cerpod/cadre_logique_1999-2000.htm
3. Un article de Wikipédia, l'encyclopédie libre, (2008) : « Programme (gestion de projet) », http://fr.wikipedia.org/wiki/Gestion_de_projet
4. MURPHY Edward. «Loi de MURPHY» (1949) : <http://ww2.eivp-paris.fr>

ANNEXE

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

ANNEXE 2 : Questionnaire

ANNEXE 3 : Proposition de cadre logique du PNCEFFS

ANNEXE 4 : Projets fusionnés pour obtenir le PNCEFFS

ANNEXE 5 : Lettres de mission 2007 et 2008

ANNEXE 6 : Rapport d'auto-évaluation 2007

ANNEXE 7 : Proposition d'organigramme du PNCEFFS

ANNEXE 1

Guide d'entretien

Guide d'entretien

Avec les bénéficiaires (Médecins chefs CSC, Coordonnateurs ZS etc.)

1- Connaissez vous le PNCEFFS ?

OUI NON

2- Savez vous que l'un de ses principaux objectifs est l'érection des zones sanitaires ?

OUI NON

3- Etes-vous mis à contribution pour le choix des actions à mener ?

OUI NON

4- Si vous n'êtes pas concerté, les interventions du PNCEFFS prennent-elles, quand même, en compte vos besoins ?

OUI NON

5- Quelles propositions faites-vous pour une amélioration de la situation ?

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

Merci pour votre apport.

ANNEXE 2

Le questionnaire

QUESTIONNAIRE

Nous sommes Administrateur en gestion de projet en fin de formation, et nous réalisons nos recherches sur la gestion du PNCEFFS, pour la rédaction de notre mémoire. Nous vous prions de contribuer par vos réponses à ces quelques questions.

1- Connaissez-vous le PNCEFFS ?

OUI NON

2- Le programme dispose t-il d'un plan d'action issu de la planification ?

OUI NON

3- De quels outils dispose le programme dans sa mise en œuvre ?

Cadre logique

Diagramme de Gantt

Les réseaux PERT ou CPM

Autres _____ à préciser

.....
.....

Aucun

4- Les activités sont elles programmées correctement ?

OUI NON

5- Si non, pourquoi ?

.....

6- Les marchés sont-ils passés et exécutés dans les délais raisonnables ?

OUI NON

7- Maîtrisez vous le processus de passation des marchés publics au Bénin ?

Suffisant peu suffisant insuffisant

8- Cette procédure facilite t-elle la gestion du programme dans le temps ?

OUI NON

9- Les équipements médico-techniques sont-ils bien suivis après leur installation et mis en service ?

peu suivi bien suivi pas du tout suivi

10- De quel outil dispose le programme à cet effet ?

Programme informatique

Fiche de suivi

Autres (à préciser)

.....

11- Le programme informatique fonctionne t-il correctement ?

OUI NON

11- Si oui, pourquoi l'entretien des équipements est-il défaillant ?

Réponses

12- Si non, que préconisez vous ?

Réponse

.....

Merci pour votre contribution.

ANNEXE 3 :

Proposition de cadre logique du PNCEFFS

Tableau n°13 : Cadre logique pour le PNCEFFS

	Résumé Narratif	Indicateurs Objectivement vérifiables	Moyens de Vérifications	Hypothèses
Finalité	Renforcer le niveau périphérique des départements par l'amélioration de la couverture sanitaire et de l'état de santé des populations du Bénin	- D'ici 2015 les 34 zones sanitaires du Bénin sont réfectionnées, dotées de nouvelles constructions, équipées en matériel médico-tehnique et sont fonctionnelles	- Observation directe - Rapport de suivi/évaluation - Rapports ou PV de réception - Enquête auprès du personnel des zones sanitaires	- Adhésion du personnel et des populations à la base -Les compétences requises soient disponibles
But	- Equiper les zones sanitaires en matériel médico-techniques - Renforcer les infrastructures des zones sanitaires ; - Assurer la fonctionnalité des formations sanitaires ;			
Extrants	- Les agents sanitaires sont recyclés et/ou formés ; - Les formations sanitaires périphériques construites ou réhabilitées ; - Les équipements médico-techniques sont acquis, installés et mis en service dans les zones sanitaires.	- D'ici 2010, tout le personnel des 34 zones sanitaires a suivi au mois une formation - Le personnel est recyclé périodiquement	- Observation directe - Rapport de suivi/évaluation - Rapports ou PV de réception - Enquête auprès du personnel des zones sanitaires	- Les ressources financières sont mobilisées à bonne date et sont mises à la disposition de l'équipe du programme
Intrants	<u>Activités</u> - Acheter le matériel et équipements médico-techniques - Construire de nouvelles formations sanitaires - Réfectionner les anciennes formations sanitaires - Construire et/ou réfectionner les logements des responsables des zones sanitaires - Former et recycler le personnel des zones sanitaires <u>Ressources</u> Matérielles, humaines et financières	- Au 31 décembre 2015 les 34 zones sanitaires du Bénin sont réfectionnées, dotées de nouvelles constructions, équipées en matériel médico-tehnique et sont fonctionnelles	- budget prévisionnel : 22.435.000.000 francs CFA	- La guerre ou les catastrophes naturelles

ANNEXE 4

: Projets fusionnés pour obtenir le PNCEFFS

Annexe n°3 : Synthèse des budgets des projets fusionnés 2005-2006

Intitulés des projets	Dotation budgétaire 2005	Dotation budgétaire 2006
le Projet d'Appui aux Hôpitaux de Zones Confessionnels (PAHZC) ;	100 000 000	230 000 000
Le Projet Santé Population (PSP)	300 000 000	
-le Projet de Construction et d'Equipeement (CS24)	30 000 000	30 000 000
-le Projet de Viabilisation des Infrastructures Sanitaires Existantes (VISE)	135 405 000	250 000 000
-le Projet de Renforcement de l'Appui aux Zones Défavorisées et Enclavées en matière de santé (PRAZODE) ;	550 000 000	600 000 000
-le Projet de Construction et Equipement des Centres de Santé en Zones Rurales (CECSZR) ;	60 000 000	26 000 000
-le Projet de Renforcement des Equipements des Formations Sanitaires (PREFS) ;	567 000 000	1 100 000 000
-le Projet d'Appui à la Décentralisation des Services de Santé (PADSS) ;	360 000 000	300 000 000
-le Projet d'Achèvement des Constructions (PAC) ;	-	509 551 000
-le projet de création des Centres d'Action de Solidarité pour l'Evolution Socio sanitaire (CASES) ;	140 000 000	150 000 000
Total	2.242.405.000	2.706.000.000

Source : Résultat de nos investigations

ANNEXE 5

Lettres de mission 2007 et 2008

ANNEXE 6

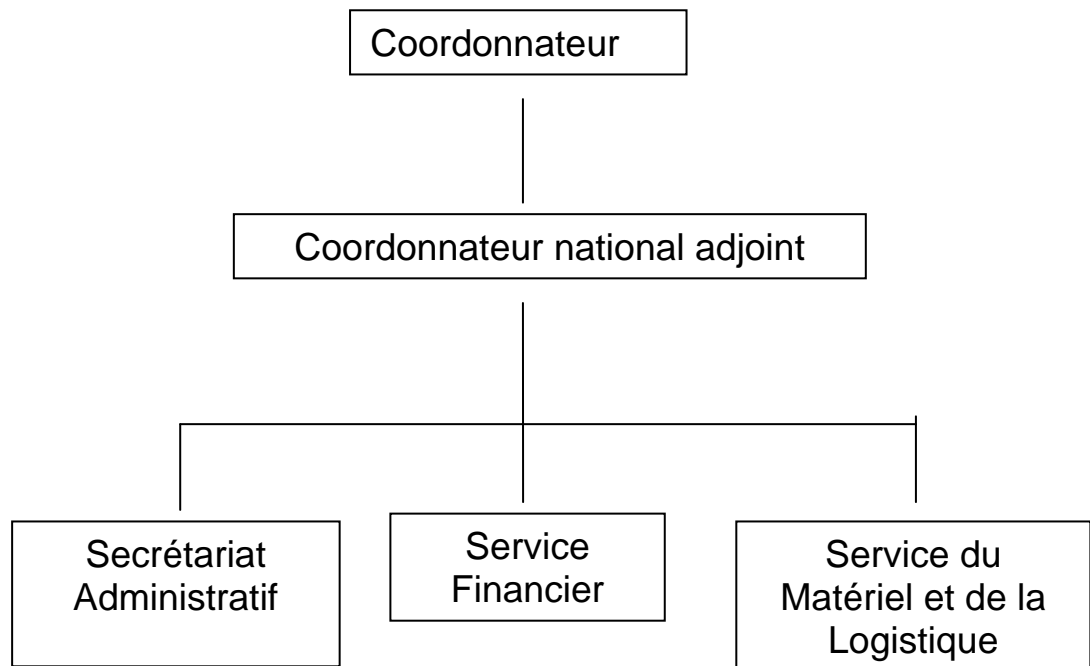
Rapport d'auto-évaluation 2007

ANNEXE 7

Proposition d'organigramme du PNCEFF

Annexe 7 : Proposition d'organigramme du PNCEFFS

:



Date : 28/08/2008

TABLE DES MATIERES

<i>DENTIFICATION DU JURY</i>	<i>ii</i>
<i>DEDICACES</i>	<i>iv</i>
<i>REMERCIEMENTS</i>	<i>v</i>
<i>SIGLES ET ABREVIATIONS</i>	<i>vi</i>
<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	<i>viii</i>
RESUME	<i>ix</i>
<i>SOMMAIRE</i>	<i>xi</i>
<i>INTRODUCTION GENERALE</i>	<i>1</i>
<i>CHAPITRE PREMIER : CADRE D'ANALYSE DE LA GESTION DU PROGRAMME NATIONAL DE CONSTRUCTION, D'EQUIPEMENT ET DE FONCTIONNALITE DES FORMATIONS SANITAIRES</i>	<i>4</i>
Section 1 : Cadre physique de l'étude et observations de stage	5
Paragraphe 1 : Présentation de l'Unité de Gestion et des structures impliquées dans la gestion du Programme	5
I. L'Unité de Gestion du PNCEFFS	6
II. Les structures impliquées dans la gestion du programme	7
A. Les Directions	7
1. La Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance	7
2. La Direction des Ressources Financières et du Matériel	7
3. La Direction de la Programmation et de la Prospective	7
B. Les autres structures.....	8
1. La Cellule de Passation des Marchés Publics	8
2. Le Comité National de Suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Programmes/Projets du secteur santé.....	8
3. La Délégation du Contrôle Financier auprès du Ministère de la Santé	8
Paragraphe 2 : Etat des lieux sur la gestion du Programme	9
I. Présentation du Programme	9
A. Fiche du Programme	9
B. Analyse de la fiche du Programme	10
II. La gestion du PNCEFFS	12
A. Fonctionnement du PNCEFFS.....	12
B. L'implication des autres structures dans la gestion du programme	16
Section 2 : Ciblage de la problématique	21
Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique	21
I. Inventaire des constats et ciblage de la problématique	21
A. Synthèse des forces et faiblesses.....	21
B. Ciblage et justification de la problématique.....	22
I. Spécification de la problématique.....	23
Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique	23
I. Approche générique liée aux problèmes spécifiques	24
A. Approche générique de résolution liée au problème spécifique n°1	24
B. Approche générique de résolution liée au problème spécifique n°2	24
C. Approche générique de résolution liée au problème spécifique n°3	24
II. Séquences de résolution de la problématique	25

**CHAPITRE DEUXIEME : DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS..... 26****Section 1 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude..... 27****Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de littérature 27**

I.	Objectifs et hypothèses	27
A.	Objectifs.....	27
1.	Objectif général.....	27
2.	Objectifs spécifiques	27
B.	Hypothèses liées aux problèmes en résolution.....	28
1.	Hypothèse liée à la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du Programme.....	28
2.	Hypothèse liée à la Lourdeur de la procédure de passation des marchés du programme.....	29
3.	Hypothèse liée à la difficulté à suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme.....	30
II.	Revue de la littérature	33
A.	Point des connaissances sur le problème de la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme	33
B.	Point des connaissances sur le problème du retard dans la passation des marchés publics du programme.....	35
C.	Point des connaissances sur le problème de difficulté pour suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme	36

Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche 37

I.	Approche théorique retenue	37
A.	Normes ou repères d'amélioration de la problématique	37
1.	Normes ou repères d'amélioration de la programmation d'activités ne concourant qu'aux objectifs du programme	37
2.	Normes ou repères d'amélioration du respect des délais de passation des marchés du programme	38
3.	Normes ou repères d'amélioration du suivi des équipements médico-techniques	39
B.	Outils d'analyse des données : seuils de décision liés aux problèmes spécifiques n°1, n°2, n°3.....	39
II.	Approche empirique.....	39
A.	Objectifs de l'enquête et identification de la population mère.....	39
1.	Objectif de l'enquête.....	40
2.	Identification de la population mère	40
B.	Echantillonnage et centre d'intérêt du questionnaire	40
1.	Echantillonnage et nature de l'enquête	40
2.	Centre d'intérêt du questionnaire	41
C.	Méthodes et outils de collecte des données.....	41

Section 2 : Des enquêtes aux conditions de mise en œuvre des solutions..... 41**Paragraphe 1 : De la collecte des données à l'établissement du diagnostic..... 42**

I.	Préparation, réalisation des enquêtes et difficultés rencontrées	42
A.	Préparation et réalisation des enquêtes	42
1.	Préparation de la collecte	42
2.	Réalisation de l'enquête	42
B.	Difficultés rencontrées et limites des données	43
1.	Difficultés rencontrées	43
2.	Limite des données	43
II.	Présentation et analyse des résultats d'enquête.....	43
A.	Présentation et analyse des données relatives à la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme.....	44
1.	Les données qualitatives mobilisées et les grandes tendances	44
2.	Les données quantitatives mobilisées et les grandes tendances	44
B.	Présentation et analyse des données relatives au retard dans la passation des marchés publics ..	46
1.	Les données qualitatives mobilisées et les grandes tendances	46
2.	Les données quantitatives mobilisées et les grandes tendances	47
C.	Présentation et analyse des données relatives à la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques du programme.....	49
1.	Les données qualitatives mobilisées et les grandes tendances	49
2.	Les données quantitatives mobilisées et les grandes tendances	49
III.	Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.....	51

A.	Vérification des hypothèses	51
1.	Degré de validité de l'hypothèse n°1	51
2.	Degré de validité de l'hypothèse n°2	51
3.	Degré de validité de l'hypothèse n°3	52
B.	<i>Etablissement du diagnostic</i>	52
1.	Elément de diagnostic n°1	52
2.	Elément de diagnostic n°2	52
3.	Elément de diagnostic n°3	53
Paragraphe 2 : Approche de solutions et recommandations		53
I.	Approches de solutions	53
A.	Approches de solution par rapport à la programmation d'activités ne concourant pas aux objectifs du programme	53
B.	Approches de solutions par rapport au retard dans la procédure de passation des marchés.....	54
C.	<i>Approches de solutions par rapport à la difficulté de suivre l'entretien des équipements médico-techniques</i>	55
II.	Conditions de mise en œuvre des solutions	56
A.	Suggestions à l'endroit des acteurs du programme	56
B.	Suggestions à l'endroit des autorités.....	57
<i>CONCLUSION GENERALE</i>.....		59
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....		61
<i>ANNEXE</i>.....		64
<i>TABLE DES MATIERES</i>.....		78