

REPUBLIQUE DU BENIN

*_*_*_*_*_*_*_

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

*_*_*_*_*_*_*_

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

*_*_*_*_*_*_*_



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

*_*_*_*_*_*_*_

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

OPTION :

Administration des Finances

FILIERE :

Administration Hospitalière
Universitaire et d'Intendance

ANNEE ACADEMIQUE : 2012-2013

THEME

**AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS
PAR LA MISE EN ŒUVRE OPTIMALE
DU FBR DANS LA ZONE SANITAIRE DE
BANKOARA**

Réalisé et soutenu par :

Raphaël FICO

Sous la direction de :

Maître de stage :

Dr Jean-Claude LODJO
Médecin-Coordonnateur
Zone-Sanitaire Banikoara

Directeur de Mémoire :

M. Cyr Ignacio GOUDALO
Administrateur des services de santé
Enseignant à l'ENAM

Décembre 2013

IDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT : Dr OSSENI Loukoumanou

VICE-PRESIDENT : M. MOUSSOU Marcel

MEMBRE : M. DEBGOGBAHOUN Marcien

L'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature n'entend donner approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire.

Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur

DEDICACES

A

- mon père, **FICO René Stanislas**, pour ton amour indéfectible. Par ton exhortation au travail et ton assistance permanente, tu as su faire de moi ce que je suis aujourd'hui.
- ma mère, **Sourougui** pour ton soutien affectueux. Très lourde est ma dette de gratitude.
- mon épouse, **Noélie KORA GADO**, pour ta compréhension, ton soutien et tes sacrifices.
- mes enfants **Candide, Marie-Catherine, Auguste, Césaire**, que ce travail suscite en vous l'ambition et le désir d'aller plus loin dans les études.
- mes frères, sœurs, cousins et cousines, votre soutien m'a été très utile dans la rédaction de ce mémoire et d'un grand réconfort. Puisse cette œuvre raffermir notre fraternité !

REMERCIEMENTS.

La réalisation de ce travail a été effective grâce aux efforts de certaines personnes à qui une attention particulière mérite d'être accordée.

Nos sincères remerciements à :

- notre Directeur de mémoire, Monsieur **Cyr Ignacio GOUDALO** pour avoir mis à notre disposition toute l'expertise nécessaire pour la réalisation de ce mémoire,
- notre maître de stage, **Dr Jean-Claude LODJO** *et son staff pour l'encadrement,*
- *Monsieur **OLODO Laïfoya, Médecin-Chef du centre de santé de Banikoara pour sa disponibilité,***
- *Nestor NOUATIN pour son apport,*
- *Monsieur **BAH N'GOBI GASSO Soulémane** pour les sacrifices consentis,*
- tous nos professeurs de l'ENAM qui n'ont ménagé aucun effort pour nous assurer une formation de bonne qualité,
- tout le personnel administratif de l'ENAM pour son dévouement.
- toute la promotion 2011-2013, AHUI, CYCLE II, ENAM,
- tous les membres du jury pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant d'apprécier ce travail,
- tous ceux qui, de près ou de loin, ont aidé pour la réalisation de ce mémoire.

LISTE DES SIGLES

BN: Budget National.

FBR : Financement basé sur les résultats.

FED : Fonds européens de développement.

CAR : Chargé de l'Administration et des Ressources.

CDT : Centre de Dépistage de la Tuberculose.

CHD : Centre Hospitalier Départemental.

CNHP : Centre National Hospitalier de Psychiatrie.

CNHPP : Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie.

CNHU : Centre National Hospitalier Universitaire.

CPN: Consultation Périnatale.

CS/ZS: Comité de Santé de Zone Sanitaire.

CSA : Centre de Santé d'Arrondissement.

CSC : Centre de Santé de Commune.

EEZS: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire.

FC : Financement Communautaire

GAR: Gestion Axée sur les Résultats.

HZ: Hôpital de Zone.

MCZS: Médecin-Coordonnateur de Zone Sanitaire.

MS : Ministère de la Santé.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire.

UVS : Unité Villageoise de Santé.

ZS : Zone Sanitaire.

LISTE DES TABLEAUX

N°	TITRES	PAGES
TABLEAU I	Evolution des crédits délégués de 2010 à 2013	14
TABLEAU II	Répartition du personnel de la zone par catégorie socioprofessionnelle	16
TABLEAU III	Prime FBR de l'hôpital de zone exercice 2012	17
TABLEAU IV	Prime FBR des centres de santé exercice 2012	17
TABLEAU V	Regroupement des problèmes par centre d'intérêt	24
TABLEAU VI	Synthèse des approches génériques	29
TABLEAU VII	Tableau de bord de l'étude	38
TABLEAU VIII	Tableau de synthèse de l'étude	58

LISTE DES GRAPHIQUES

N°	INTITULE	PAGES
GRAPHIQUE I	Evolution des prévisions de recettes par formation sanitaire	13
GRAPHIQUE II	Synthèse de l'évolution des scores de qualité des centres de santé	19
GRAPHIQUE III	Evolution sur l'achat des médicaments par formation sanitaire	21
GRAPHIQUE IV	Cause de l'insuffisance du personnel qualifié	49
GRAPHIQUE V	Cause de l'insuffisance du matériel médico-technique	50
GRAPHIQUE VI	Cause du faible accès aux soins des couches les plus vulnérables	51

GLOSSAIRE DE L'ETUDE

Centre de santé conforme : formation sanitaire disposant d'un dispensaire et d'une maternité conformes.

Crédit FBR : fonds mis à la disposition d'une formation sanitaire par le Ministère de la Santé aux termes d'un contrat sous forme de don.

Financement Basé sur les Résultats : dispositif de financement des formations sanitaires en fonction des résultats atteints. (Quantité des services FBR avec ajustement sur la qualité)

Indicateur FBR : ensemble des indicateurs quantitatifs et qualitatifs mesurés et contrôlés dans le cadre du FBR pour calculer le montant du crédit FBR alloué à la formation sanitaire.

Monitoring : évaluation semestrielle de la qualité des prestations offertes par les agents de santé et des activités menées par les membres des comités de gestion dans les formations sanitaires.

Paquet minimum d'activité : ensemble des activités curatives, préventives et promotionnelles qu'un centre de santé doit pouvoir fournir à la population de l'aire de santé dont il a la charge.

Plan d'action annuel : document contenant l'ensemble des actions détaillées pour une période d'un an. Ces actions sont chiffrées et liées à des objectifs bien définis avec un chronogramme bien établi. Ces actions doivent avoir leur financement acquis. Les financements "à rechercher" ou "pour mémoire" ne sont pas indiqués dans un plan d'action.

Prime FBR : désigne la part du crédit FBR destinée au paiement des primes au personnel du centre de santé.

Zone sanitaire : réseau de services de santé de premier contact appuyés par un hôpital de référence, public ou privé, dénommé hôpital de zone. Le tout situé dans une aire géographique bien définie.

RESUME

Les formations sanitaires font de plus en plus l'objet de critiques sur la qualité des prestations qu'elles fournissent. Cette situation a favorisé l'expérimentation du financement basé sur les résultats dans certaines zones sanitaires dont celle de Banikoara en vue d'améliorer la qualité des soins.

Nos observations de stage dans cette zone ont révélé trois problématiques. Parmi ces problématiques, nous avons choisi la problématique d'amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la zone sanitaire de Banikoara. Trois problèmes spécifiques en découlent.

- l'insuffisance du personnel qualifié,
- l'insuffisance du matériel médico-technique,
- le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.

Après avoir fixé les objectifs de l'étude, notre réflexion a abouti à identifier les causes supposées être à la base de ces problèmes afin de formuler des hypothèses.

La vérification des hypothèses à partir de la revue documentaire et des enquêtes a permis d'établir un diagnostic. Ainsi il ressort que les principales causes de la qualité insuffisante des soins offerts aux populations de Banikoara sont :

- absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires,
- non maîtrise par les responsables des centres de santé des règles et procédures de passation des marchés publics,
- absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables.

Le diagnostic étant établi, des approches de solutions ont été proposées. De plus les conditions de mise en œuvre de ces solutions ont été formulées sous forme de recommandations d'une part à l'endroit des responsables de la zone sanitaire et d'autre part à l'endroit des autorités centrales.

Mettre en application ces approches de solutions et tenir compte de ces recommandations contribueront certainement à améliorer la qualité des soins.

SOMMAIRE

Introduction.	1-3
Chapitre premier : cadre contextuel de l'étude, état des lieux et ciblage de la problématique de l'amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la ZS de Banikoara.	4
Section1 : cadre contextuel de l'étude et observations de stage sur les activités du bureau de zone de Banikoara.	5
Section 2 : ciblage de la problématique.	23
Chapitre deuxième : Définition du cadre théorique et méthodologique de l'étude, réalisation des enquêtes et suggestions pour l'amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la ZS de Banikoara.	31
Section 1 : cadre théorique et choix de la méthodologie de la recherche.	32
Section 2 : Réalisation des enquêtes de vérification des hypothèses, solutions et conditions de leur mise en œuvre.	47
Conclusion.	60
Références bibliographiques	61-62
Annexes	
Table des matières	

INTRODUCTION

La politique nationale de santé du Bénin découle de l'analyse des besoins sanitaires et s'appuie sur les valeurs nationales et universelles contenues dans la loi fondamentale du pays ainsi que sur les principes fondamentaux des institutions internationales, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la stratégie de réduction de la pauvreté. L'objectif général : c'est d'améliorer l'état de santé des populations sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes.

Dans ce contexte, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) poursuit trois objectifs spécifiques, à savoir

- assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des OMD,
- renforcer le partenariat pour la santé,
- améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur de la santé.

De ces objectifs spécifiques découlent cinq domaines prioritaires que sont : la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins ; la valorisation des ressources humaines ; le renforcement du partenariat dans le secteur et la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale ; l'amélioration du mécanisme du financement du secteur ; le renforcement de la gestion du secteur.

Le financement basé sur les résultats (FBR) qui entend avoir une valeur pilote au Bénin s'inscrit dans le cadre de l'amélioration du mécanisme du financement du secteur de la santé. La mise en œuvre du FBR est assurée par le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé. (PRPSS)

Ce projet est financé par la Banque Mondiale et vise à appuyer le Bénin pour renforcer son système de santé à travers trois composantes que sont :

- l'amélioration de la performance des formations sanitaires,
- l'appui à l'amélioration de l'accessibilité financière à travers la mise en place d'un fonds pour les indigents,
- une assistance technique pour le renforcement institutionnel au niveau central.

Le projet pilote FBR a pour objectif de réduire dans le long terme, la mortalité maternelle et néonatale, contribuant ainsi à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en l'occurrence l'objectif N°5 relatif à l'amélioration de la santé maternelle.

Au regard de l'impact de la santé sur le développement, les autorités politiques ont pris leurs responsabilités en matière de financement du secteur de la santé. Plusieurs expériences de financement sont mises en œuvre. Au Bénin, les différents gouvernements qui se sont succédés ont pris des textes pour asseoir la base juridique de la décentralisation du système de santé. Désormais la décentralisation est devenue une réalité dans le secteur de la santé à travers une graduation, passant du niveau central au niveau périphérique où se trouvent les services de santé de premier contact regroupés en zone sanitaire.

Chaque ZS doit garantir aux populations l'accès à des soins de qualité et à un coût réduit.

Les zones sanitaires ainsi créées reçoivent d'importantes ressources de la part des partenaires financiers et techniques (PTF), du financement communautaire, du budget national pour offrir à leurs populations les soins de qualité et à un coût réduit. Des supervisions, des évaluations, divers

formations et recyclages du personnel pour le renforcement des capacités sont programmés et réalisés systématiquement tous les ans. Les plans d'action contiennent donc beaucoup d'activités de coordination qui à terme, devraient conduire les formations sanitaires à réaliser de bonnes performances.

En dépit de ces efforts, les principaux indicateurs de santé restent dans une certaine stagnation et la qualité des soins laisse parfois à désirer.

Cette situation pour le moins paradoxale nous a amené à réaliser notre étude sur « *Amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la ZS de Banikoara* ».

En effet, le FBR est une nouvelle approche de financement de la santé qui se distingue du financement classique où les structures de soins reçoivent les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats. En revanche, ce nouveau système de financement rompt avec le principe classique de financement en mettant les ressources à la disposition des formations sanitaires pour les soins et services de santé en fonction des performances réalisées par les prestataires de soins sur la base d'indicateurs FBR préalablement définis.

Une analyse des indicateurs avant le FBR, nous permet d'identifier les facteurs qui limitent la performance des formations sanitaires, les changements introduits par la mise en œuvre du FBR dans la ZS.

Pour une meilleure visibilité, notre étude est restituée en deux chapitres.

Le premier chapitre nous permet de présenter le cadre contextuel de l'étude, l'état des lieux et le ciblage de la problématique de l'étude. Le second chapitre est consacré à la définition du cadre théorique et méthodologique de l'étude, à l'analyse des données d'enquêtes, à l'établissement du diagnostic ainsi qu'aux propositions de solutions et à leurs conditions de mise en œuvre.

CHAPITRE PREMIER :

**CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE, ETAT
DES LIEUX ET CIBLAGE DE LA
PROBLEMATIQUE.**

Dans le présent chapitre nous abordons la présentation du cadre contextuel de l'étude et exposons nos observations de stage sur les activités du bureau de zone (section 1). Ensuite nous procédons au ciblage de la problématique de l'étude (section 2).

Section 1: cadre contextuel de l'étude et observations de stage au Bureau de Zone.

Nous présentons ici le cadre contextuel de l'étude (paragraphe 1) avant de restituer les observations faites sur les lieux de stage (paragraphe 2).

Paragraphe 1: présentation du cadre contextuel de l'étude.

La présentation du cadre contextuel de l'étude se fera en termes de cadre institutionnel et physique.

I. présentation du cadre institutionnel : la zone sanitaire de Banikoara.

Nous abordons cette partie à travers l'historique(A), et les structures de gestion de la ZS de Banikoara (B)

A- L'historique

Avant la Conférence des forces vives de la Nation de février 1990, l'organisation sanitaire du Bénin était calquée sur le découpage territorial : village, commune, sous-préfecture et province. Trois principaux niveaux de soins ressortaient de cette organisation :

- le niveau périphérique comprend les Unités Villageoises de Santé (UVS), les Centres de Santé de Commune (CSC) et les Centres de Santé de la Sous-préfecture (CSSP),

- le niveau départemental comportant le Centre Hospitalier Départemental (CHD) qui est la formation sanitaire de référence
- le niveau national ou niveau central avec le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU), le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP), le Centre Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP).

Mais au lendemain de cette rencontre historique, beaucoup de réformes ont été faites :

- le niveau périphérique comprend les Unités Villageoises de Santé (UVS), les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) et les Centres de Santé de Commune (CSC) et les hôpitaux de zones (HZ) ; il faut signaler qu'à partir de 2006 il n'existe plus de CSA ou de CSC, ces formations sanitaires sont désormais connues sous l'appellation centre de santé.
- le niveau départemental comportant le Centre Hospitalier Départemental (CHD) qui est la formation sanitaire de référence ;
- le niveau national ou niveau central avec le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU), le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP), le Centre Hospitalier de Pneumo-phtisiologie
- l'hôpital de la mère et de l'enfant (HOMEL)

A la Table ronde du secteur de la santé de janvier 1995, l'option des zones sanitaires a été prise. Cette option a été concrétisée par le décret N°98-300 du 20 juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires. Il a été ensuite modifié par le décret N° 2005-611 du 28 septembre 2005.

La réforme a essentiellement touché le niveau périphérique en regroupant les structures périphériques de soins sus citées dans un ensemble plus englobant appelé zone sanitaire.

Au Bénin, on compte trente-quatre (34) zones sanitaires dont celle de Banikoara.

Créée par arrêté N°6033/MSP/DC/SGM/CADZS du 14 décembre 1998, elle est l'une des sept zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori. Constituée d'une (01) seule commune, la commune de Banikoara, elle dessert une population de 217.189habitants en 2013 selon les projections du recensement général de la population et de l'habitat de 2002. Elle couvre une superficie d'environ 4 383km² pour une densité de 44 habitants au km² en 2013 (INSAE). Elle compte neufs (9) arrondissements ruraux (Founougo, Gomparou, Goumori, Kokey, Kokiborou, Ounet, Sompérékou, Soroko et Toura) et un arrondissement urbain (Banikoara). On y dénombre 69villages administratifs et deux cent quarante-six (246) hameaux ou fermes. La zone sanitaire de Banikoara dispose de dix-huit (18) formations sanitaires publiques dont cinq (05) centres de santé (CS) conformes et un hôpital de zone. Il existe cinq centres de santé privés dans la zone. Un Centre de dépistage de la tuberculose (CDT) situé à l'hôpital de zone. Tout cet ensemble de centres de santé gravite autour de l'hôpital de zone implanté à Banikoara avec une capacité de quatre-vingt-deux (82) lits. De l'ensemble des dix-huit formations sanitaires de la zone, seize (16) centres de santé sont impliqués dans le processus du FBR.

La zone sanitaire de Banikoara est limitée au nord par la commune de Karimama, au sud par les communes de Gogounou et de Kérou, à l'est par la commune de Kandi, et à l'ouest par le Burkina-Faso. .

B- Les structures et organes de gestion de la zone sanitaire de Banikoara.

Pour atteindre les objectifs poursuivis par la réforme, la zone sanitaire de Banikoara dispose des structures et organes statutaires.

1) Les structures sanitaires.

Nous nous intéressons essentiellement aux centres de santé publics et à deux formations sanitaires confessionnelles.

La ZS de Banikoara, en matière de structures sanitaires, dispose de :

- un hôpital de zone installé à Banikoara;
- treize (13) centres de santé publics dont cinq (05) conformes que sont les centres de santé de : Banikoara, Goumori, Kokey, Kokiborou, Ounet,
- un Centre de Dépistage de Tuberculose (CDT) : le CDT de Banikoara situé à l'HZ;

2) Les organes de gestion de la zone sanitaire.

L'administration de la zone sanitaire est assurée par deux organes que sont le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) et l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS). Chacun de ces organes a des attributions bien spécifiques et bien définies par les textes suivants:

- l'arrêté N°10196/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 19 octobre 2006, portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du Comité de Santé de la zone sanitaire ;

- l'arrêté N°10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 8 novembre 2005, portant attributions, composition, organisation et fonctionnement de l'Equipe d'Encadrement de la zone sanitaire.

a) Le Comité de Santé

C'est l'organe délibérant, l'organe suprême de décision et de représentation de la zone sanitaire. Il est présidé par un président élu en son sein. Le Comité de Santé de la zone sanitaire de Banikoara est composé des représentants du bureau de zone, de l'hôpital de zone et de la communauté.

b) L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS)

Elle est l'organe exécutif et technique de la zone sanitaire. L'EEZS est composée de techniciens de santé et de techniciens en matière de gestion. Chargée de la coordination des activités de la zone, elle constitue le véritable «moteur » de la zone sanitaire. Sa direction est confiée au médecin-coordonnateur, nommé par un arrêté du Ministre de la Santé.

II- Présentation du cadre physique : le bureau de zone.

Le bureau de zone, encore appelé bureau de coordination de zone est le lieu où se gère l'administration de la zone sanitaire. La plupart des membres de l'EEZS y ont leur bureau en dehors des chefs services de l'HZ. Pour faciliter la tâche au MCZS dans la gestion de l'administration, il existe un personnel financier et administratif sous la responsabilité du CAR. C'est à ce niveau que s'est déroulée la grande partie de notre stage en dehors de nos visites dans les formations sanitaires périphériques. Nous abordons les attributions de l'EEZS(A) avant d'énumérer sa composition (B)

A- Les attributions de l'EEZS.

Le bureau de coordination est ce noyau qui aide le médecin-coordonnateur et son équipe d'encadrement dans l'administration et l'exécution de leurs tâches.

L'Equipe d'Encadrement de Zone a pour attributions principales :

- l'élaboration des projets de plan triennal de développement ;
- la soumission, à l'approbation du CS/ZS, du projet de plan stratégique triennal et du projet du budget programme annuel;
- la planification mensuelle des activités ;
- l'organisation du monitoring semestriel des activités ;
- l'organisation de la supervision des personnels des formations sanitaires publiques et privées ;
- la mise en place des services de qualité et la dispensation des soins de qualité;
- la surveillance intégrée des maladies et la riposte;
- l'évaluation périodique du plan triennal de développement et des projets et programmes de santé;
- la coordination des activités sanitaires.

B- La composition du personnel du bureau de zone.

Le bureau de zone est situé dans l'enceinte de l'hôpital de zone de Banikoara et son personnel est composé comme ci-après :

- le médecin- coordonnateur ;
- les secrétaires du bureau de zone (02);
- le chargé de l'administration et des ressources (CAR) de la ZS;
- la responsable des finances et de la comptabilité ;
- le chef service d'hygiène et d'assainissement de base de la zone ;
- le responsable des statistiques et de la surveillance épidémiologique de la zone ;
- le responsable des soins infirmiers
- la responsable des soins obstétricaux ;
- le chargé de la recherche et appui à la mobilisation sociale ;
- le gestionnaire du dépôt répartiteur ;

- le magasinier du dépôt répartiteur ;
- le conducteur de véhicule administratif ;

Paragraphe 2 : Etat des lieux et inventaire des constats

IL s'agit à travers ce paragraphe, de restituer nos observations de stage sur les activités du bureau de zone de Banikoara afin d'inventorier les différents constats relevés.

I) Observation sur les activités du bureau de zone de Banikoara

A ce niveau, nous avons d'abord examiné le contenu des plans d'action, leur mise en œuvre et leur suivi avant la mise en œuvre du FBR. Ensuite, nous avons abordé la gestion administrative, la gestion des ressources humaines et enfin le FBR.

A) Le contenu des plans d'actions

Il convient de rappeler que le bureau de coordination est un noyau qui aide le médecin-coordonnateur et son équipe d'encadrement dans leurs attributions. Les plans d'action sont des plans élaborés par l'EEZS. Celle-ci arrête donc les activités à exécuter au cours de l'année, et le bureau de coordination assure la mise en œuvre. Il est à remarquer que **tous les membres de l'EEZS sont impliqués dans l'élaboration des plans d'action.** (Force)

Ensuite ces plans doivent s'inscrire dans les domaines prioritaires qui concourent à l'atteinte de la vision globale du ministère de la Santé.

Pour cela, chaque activité que l'on programme, doit viser un objectif bien précis et avoir un indicateur quantifiable, précis et vérifiable. Or, nous nous sommes rendu compte que les activités des plans d'action 2008, 2009 et

2010 pour la plupart, sont reconduites d'année en année, de façon mécanique, sans qu'on ne se préoccupe de leur efficacité, de leur impact par rapport à l'atteinte des objectifs du secteur. Cette situation soulève la question de l'élaboration mécanique des plans d'action.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR un effort est fait pour l'élaboration des plans d'action annuels.

En vue de l'atteinte des objectifs du FBR, les centres de santé doivent éviter de naviguer à vue. Dans ce cadre là, l'équipe managériale de chaque centre de santé doit élaborer un plan d'action prenant en compte l'analyse de la situation, les priorités objectivées et les ressources disponibles. Ce plan doit être suivi au cours de l'année, éventuellement ajusté, puis enfin évalué dans son ensemble au terme de la période. Le constat est que avec la mise en œuvre du FBR **chaque centre de santé dispose désormais d'un plan d'action élaboré par tous les acteurs impliqués. (Force)**

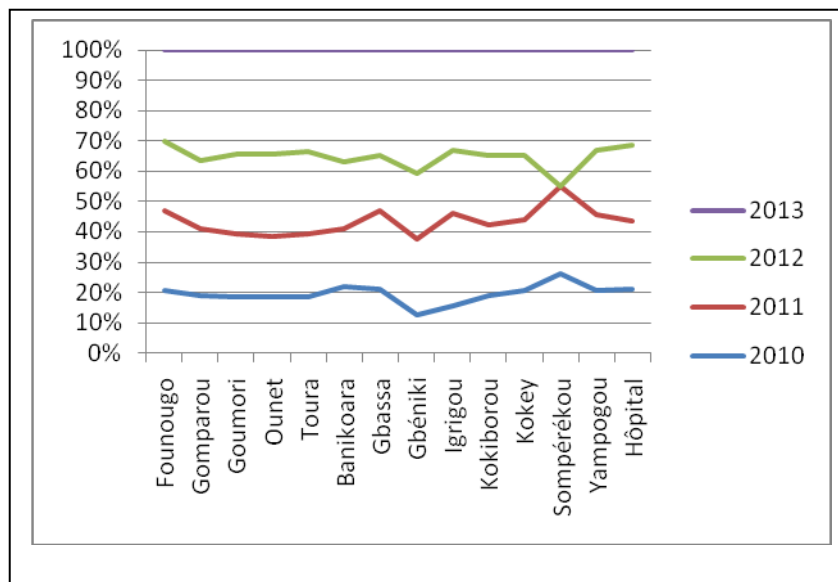
De même nous avons noté que les acteurs de la zone reconduisent simplement les crédits délégués des années antérieures lors de l'élaboration des plans d'actions. Ce qui soulève le problème du manque de sincérité et de précision des prévisions budgétaires.

B) L'exécution et le suivi des plans d'actions.

Il paraît important pour nous de préciser que deux principales sources stables de financement permettent au bureau de la zone sanitaire de mener ses activités : le financement communautaire et le budget national. Au niveau du financement communautaire nous avons observé que certaines formations sanitaires (8 /14) ne parviennent pas à honorer leur engagement vis-à-vis de la caisse commune. **Ce qui pose le problème du non-paiement des participations par certains centres de santé. (Faiblesse)**

Avec la mise en œuvre du FBR les centres de santé en général ont connu un accroissement de leurs recettes. Particulièrement les centres de santé de Gbassa, Igrigou, Gbéniki et Kokiborou avaient des faiblesses liées aux atteintes des objectifs budgétaires si bien que la caisse commune prévoyaient dans son budget une ligne budgétaire pour supporter leurs charges salariales. Mais à partir de 2012, date de démarrage effective du FBR, ces centres parviennent à assurer leur propre fonctionnement grâce aux ressources additionnelles du FBR.

Graphique I : Evolution des prévisions de recettes par formation sanitaire



Source : Budgets ZS 2010, 2011, 2012, 2013.

De ce graphique, il ressort que les prévisions de recettes, avant la mise en œuvre du FBR, sont en dessous de 30% en 2010. A partir de 2011, plusieurs centres de santé ont une prévision allant de 40% à 50% sans toutefois atteindre 60%. Mais dès 2012, la quasi-totalité des centres de santé se trouve entre 60% et 70%.

Ces fonds du financement communautaire sont complétés par l'appui du budget national en termes de crédits délégués pour assurer le

fonctionnement adéquat du bureau de zone. La notion de délégation de crédits consiste à mettre à la disposition des structures déconcentrées des ministères et institutions de l'Etat des crédits pour l'exécution des dépenses en vue du financement des activités programmées dans les départements ou dans les communes. Mais à ce niveau, il est noté **l'amenuisement des crédits de l'Etat au fil des ans pour le fonctionnement de la zone tel que présenté dans le tableau suivant. (Faiblesse)**

Tableau I: Evolution des crédits délégués dans la zone sanitaire de 2010 à 2013

Exercice budgétaire	2010	2011	2012	2013
Montant des crédits budgétaires alloués	56 860 000	45 060 000	45 640 000	39 900 000

Source : fiche de délégation des crédits des années 2010, 2011, 2012,2013

Ce tableau illustre l'amenuisement des crédits délégués alloués par l'Etat au fonctionnement de la zone sanitaire

Après cette précision sur les sources de financement, nous abordons à présent l'exécution même des plans à travers quelques principales activités. Elles constituent des activités d'importance capitale dans l'évaluation de la performance d'une zone sanitaire, à savoir le monitoring, la supervision et les inventaires. Ces trois activités constituent des activités de terrain qui nécessitent beaucoup de déplacements. Malheureusement le bureau de la zone sanitaire de Banikoara au moment où nous effectuons notre stage ne dispose que d'un seul véhicule amorti pour mener ces activités. Les agents se rendent

sur le terrain avec leurs moyens de déplacement ou avec l'ambulance de l'hôpital destinée à l'évacuation des malades. On note alors **l'insuffisance du matériel roulant pour mener les activités. (Faiblesse)**

C) la gestion administrative

Le bureau de Zone Sanitaire de Banikoara dispose d'un organigramme conforme à celui retenu par le manuel de procédure. Il faut également noter que la structure dispose d'un cahier de présence des agents au poste. Malheureusement **ce cahier n'est pas rempli par les agents. (Faiblesse)**

De même nous avons constaté que la structure ne dispose pas de réglementation en matière de sorties des agents aux heures de service, ce qui ne permet pas aux responsables de la structure de maîtriser les sorties des agents présents au poste. En conclusion, **il n'existe pas un cahier de mouvement du personnel présent au poste. (Faiblesse)**

D) La gestion des ressources humaines

Les ressources humaines représentent l'élément moteur dans le fonctionnement des formations sanitaires. La gestion de cette ressource est assurée au niveau de l'hôpital par le service des affaires administratives et économiques ; et au niveau de la Zone Sanitaire par le chargé de l'administration et des ressources. Le bureau de zone pour combler ses besoins en compétences à moyen terme devrait disposer d'un plan de formation du personnel ; ce plan a été ébauché. Malheureusement nous avons constaté qu'**il n'est pas validé et par conséquent, ce plan n'est pas opérationnel. (Faiblesse)**

Le tableau ci-dessous retrace la répartition du personnel par catégorie socio- professionnelle au sein de la zone sanitaire.

Tableau II : Répartition du personnel de la Zone par catégorie socioprofessionnelle

	Personnel médical	Personnel paramédical	Personnel de soutien	Personnel administratif	Total
	6	69	109	15	199
Poids(%)	3%	35%	55%	7%	100%

Source : secrétariat du bureau de zone, octobre 2013.

Le personnel médical représente 3% de l'effectif des agents de la zone sanitaire, le personnel paramédical 35%, le personnel de soutien 55% et le personnel administratif 7%. Selon les normes de l'OMS, il faut un (1) médecin pour 10 000 habitants. Au regard de la population de Banikoara, (217 189 habitants) la zone sanitaire devrait disposer de vingt et un (21) médecins. Nous constatons alors que **le personnel qualifié est insuffisant. (Faiblesse)**

E) la mise en œuvre du FBR

Le FBR est une approche de financement des services de santé qui vise à augmenter la qualité et le niveau de production des services et des soins fournis à la population dans le respect des normes, à travers l'achat des résultats.

Le FBR a pour objectif général d'améliorer la performance des services de santé. Cette approche repose sur un certain nombre de stratégies de mise en œuvre, à savoir :

1- Le contrat de performance.

Il s'agit d'une contractualisation basée sur des paquets de services effectivement produits avec comme exigence, la qualité des prestations. Ainsi la signature d'un contrat entre les différents partenaires est un préalable à l'initiation du processus d'achat des prestations. Les engagements des parties, les bénéfices que chacun des partenaires tire du contrat et enfin les sanctions

en cas de non-respect du contrat doivent être consignés dans ce document que les différentes parties s'engagent à respecter. Au cours de notre stage nous avons constaté que **les responsables des centres de santé impliqués dans le processus du FBR ont signé un contrat de performance. (Force)**

2- La mesure de performance

Le FBR concerne des indicateurs qui tiennent compte des priorités du PNDS. Il est important que les indicateurs liés à ces priorités ainsi que la performance des structures de santé soient mesurés avec des outils appropriés. Nous nous sommes rendu compte de **la disponibilité de grilles d'évaluation de la performance des centres de santé. (Force)**

3-Le système de motivation

Le FBR repose sur un système de motivation consistant aux paiements des bonus financiers chaque trimestre aux centres de santé en fonction de leur performance. Ce bonus financier est réparti entre le centre de santé d'une part pour son fonctionnement et les agents d'autre part servant de primes. Il existe à cet effet **un logiciel pour le calcul des primes. (Force)**

Au titre de l'année 2012, les primes FBR perçues par les formations sanitaires de la zone se présentent comme suit :

Tableau III :Prime FBR de l'hôpital de zone exercice 2012

Montant FBR	Fonctionnement	Motivation du personnel
68 048 418	34 024 2009	34 024 209

Source : Service des affaires financières et de la comptabilité, octobre 2013.

Tableau IV : Prime FBR des centres de santé de la zone exercice 2012

Période	Montant FBR	Fonctionnement	Motivation du personnel
1 ^{er} trimestre	36 881 721	13 514 862	13 514 862
2 ^{ème} trimestre	45 626 542	22 813 271	22 813 271
3 ^{ème} trimestre	27 029 724	13 514 862	13 514 862

Source : Bureau du Chargé de l'Administration et des Ressources, octobre 2013

4 - La vérification et le contrôle

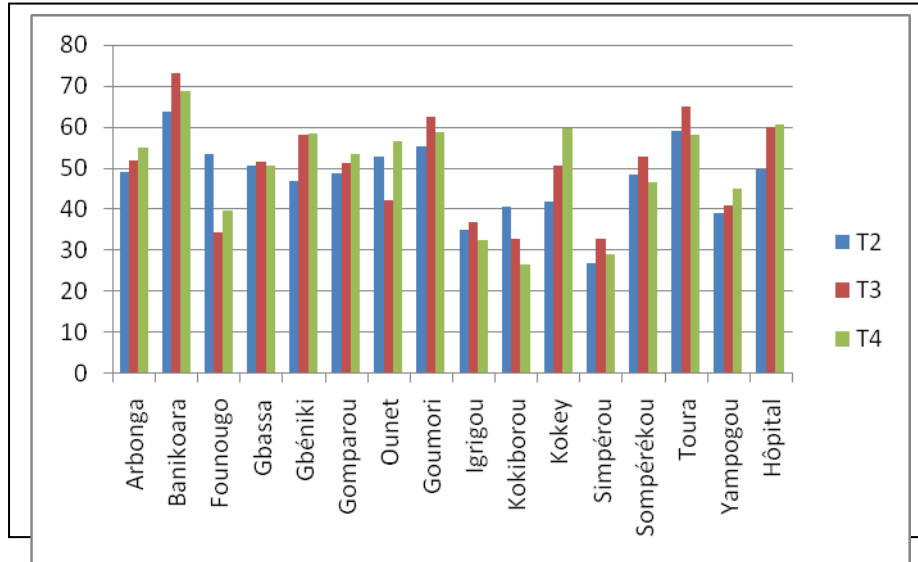
Le FBR est fondé sur des vérifications périodiques. Au minimum les vérifications doivent être effectuées tous les mois pour la validation des données quantitatives et trimestriellement pour la qualité. Les vérificateurs passent au niveau de chaque centre de santé pour évaluer la conformité des données rapportées en parcourant les registres et autres supports intermédiaires de données. Les éventuelles erreurs de transcriptions sont corrigées. Les fraudes sont punies. La zone sanitaire dans le cadre du FBR dispose d'une **équipe de vérificateurs composée d'un assistant technique et d'un vérificateur additionnel. (Force)**

Dans ce système de financement, il appartient à chaque structure prestataire de soins de mettre en œuvre les stratégies permettant de servir mieux les clients dans le respect des normes du Ministère de la Santé. A ce titre, le FBR devrait pouvoir permettre d'améliorer l'accessibilité financière aux soins notamment pour les plus pauvres, par conséquent les tarifs à appliquer devraient être revus à la baisse à la lumière des ressources additionnelles perçues par les formations sanitaires. Malheureusement nous avons constaté que les centres de santé ont reçu d'importants crédits FBR, mais la réduction des tarifs n'est pas encore une réalité. Ce qui dénote **le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables. (Faiblesse)**

De même dans le respect des normes du Ministère de la Santé, le FBR vise l'amélioration de la qualité des soins selon deux dimensions que sont la qualité objective des procédures et la qualité subjective mesurées par perception du client.

En termes de qualité des soins, une grille d'évaluation trimestrielle de la qualité technique de performance des centres de santé est conçue en vue d'un meilleur suivi des indicateurs de qualité. L'évolution des scores de qualité des centres de santé impliqués dans le processus du FBR au cours de l'année 2013 est commentée dans le graphique ci-dessous.

Graphique II : Synthèse de l'évolution des scores de qualité des centres de santé en 2013



Source : bureau de l'assistant technique FBR, octobre 2013

Ce graphique montre que l'évolution de la courbe de la grille de qualité dans la zone sanitaire de Banikoara est ascendante de façon générale. En effet, au deuxième trimestre dix formations sanitaires sur seize ont un score de qualité inférieur à 50%. Mais à partir du troisième trimestre jusqu'au quatrième trimestre, la tendance est renversée, dix formations sanitaires y compris l'hôpital de zone ont un score de qualité supérieur à 50% sans toutefois atteindre 80%.

Par ailleurs cette grille comporte plusieurs rubriques permettant d'évaluer la qualité des soins qui sont données dans les centres de santé. Entres autres nous pouvons citer :

- L'hygiène, l'environnement et stérilisation

Sous cette rubrique, plusieurs critères interviennent pour l'appréciation de la qualité. Il s'agit de l'existence d'une clôture des bâtiments de la formation sanitaire, la présence de grillage au niveau de toutes les fenêtres et portes, de moustiquaires sur tous les lits, la propreté des salles, de la cour et du terrain.

Nous avons au cours de notre stage remarqué la propreté des salles et de la cour dans plusieurs centres de santé.

Par contre, plus de 50% des formations sanitaires de la zone (7/12) nécessitent une reconstruction. Plusieurs centres de santé ne sont pas clôturés, ce qui fait perdre des points aux formations sanitaires lors de l'évaluation de la qualité.

La consultation prénatale

La CPN doit respecter les normes de confidentialité, être faite par un personnel qualifié et être conforme aux standards de qualité. A ce niveau les insuffisances sont relatives au non-respect du rythme des quatre CPN standards par les femmes et à des informations manquantes sur certaines cartes maternelles.

- En matière de gestion financière :

Les tarifs des actes, médicaments et consommables médicaux sont affichés dans la plupart des centres de santé, les outils de gestion, les prévisions budgétaires trimestrielles sont disponibles. La situation de trésorerie des centres de santé s'est améliorée grâce aux crédits FBR dont les deux grandes catégories de dépenses sont réparties comme suit :

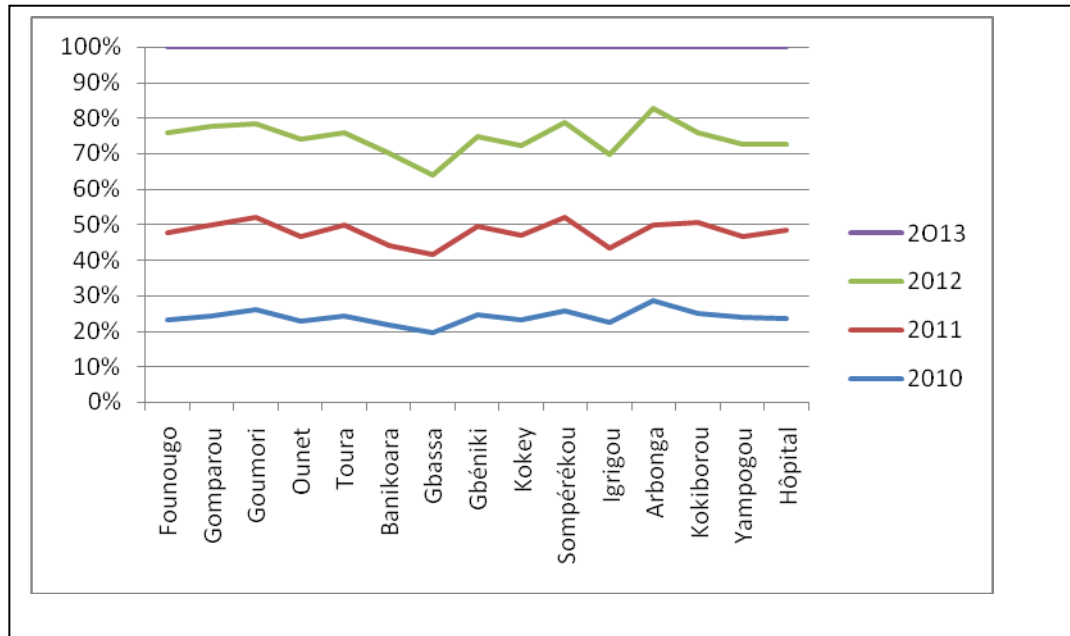
- 50% pour des primes au profit du personnel de santé
- 50% pour des dépenses de fonctionnement et d'équipement de la formation sanitaire.

Les dépenses éligibles sur les primes de fonctionnement FBR sont relatives à l'achat des équipements y compris l'acquisition des ambulances, au ravitaillement en médicaments et autres intrants, au renforcement des capacités, aux activités d'information d'éducation et de communication. (IEC) Ces diverses dépenses doivent être autorisées. Pour les formations sanitaires auxquelles une plus grande autonomie est accordée, c'est le responsable de la formation sanitaire qui décide après discussion avec les agents.

Nous avons constaté que les dépenses pour les formations et l'achat des médicaments sont facilement engagées par les formations sanitaires. Ainsi

grâce au FBR les centres de santé, y compris ceux qui n'étaient pas viables, ont acquis une autonomie d'achat des médicaments.

Graphique III : Evolution sur l'achat des médicaments par formation sanitaire



Source : dépôt répartiteur de la zone sanitaire

Ce graphique retrace l'évolution des formations sanitaires en matière de ravitaillement des médicaments au dépôt répartiteur de la zone. La courbe de ravitaillement est ascendante dans toute la zone. En 2010 toutes les formations sanitaires ont une capacité de ravitaillement en dessous de 30%. Mais à partir de 2011 la tendance est renversée, sept (7) centres de santé sur quatorze (14) ont atteint 50%. A partir de 2012 tous les centres de santé ont un pourcentage supérieur à 50%.

Il convient de noter que les dépenses qui sont relatives à l'acquisition des équipements font appel aux règles et procédures de passation des marchés publics. Grâce au FBR il y a une disponibilité importante de moyens financiers dans les formations sanitaires pour compléter le matériel médico-technique manquant en vue d'assurer une meilleure qualité des soins. Mais nous avons constaté que **le matériel médio-technique dans la quasi-totalité des formations sanitaires est incomplet, voire obsolète. (Faiblesse)**

II-Inventaire des éléments identifiés

Dans cette rubrique nous faisons l'inventaire des atouts et des problèmes. Nous rassemblons les atouts dans un premier temps, et après les problèmes.

A- Inventaire des atouts (forces et opportunités)

- implication de tous les membres de l'EEZS dans l'élaboration des plans d'action ;
- disponibilité d'un plan d'action dans les centres de santé ;
- disponibilité d'un organigramme conforme au manuel de procédure ;
- signature par les responsables des centres de santé des contrats de performance ;
- disponibilité de grilles d'évaluation de la performance des centres de santé ;
- existence d'un logiciel de calcul des primes FBR
- disponibilité d'une équipe de vérificateurs de contrôle de la qualité

B-Inventaire des problèmes (faiblesses et menaces)

- non-paiement des participations par certains centres ;
- amenuisement des ressources financières allouées par le BN au fonctionnement de la zone sanitaire;
- insuffisance du matériel roulant pour mener les activités du bureau de zone ;
- non remplissage du cahier de présence des agents au poste ;
- inexistence d'un cahier de mouvement du personnel présent au poste ;
- caractère non opérationnel du plan de formation ;
- insuffisance du personnel soignant qualifié ;
- faible accessibilité aux soins des couches les plus vulnérables ;
- insuffisance du matériel médico-technique.

Section 2 : Ciblage de la problématique de l'étude

La présente section est consacrée d'une part au choix de la problématique et à la justification du sujet et d'autre part à la spécification et à la vision globale de résolution de ladite problématique.

Paragraphe1 : Choix de la problématique et justification du sujet

Ce paragraphe permet d'aborder les problèmes spécifiques rangés en problématiques possibles qui se dégagent de nos observations de stage. Cela reviendrait à procéder en un premier lieu, au regroupement des problèmes identifiés par centre d'intérêt pour dégager les problématiques afin de choisir une pour notre étude. A la suite de ce choix, nous allons justifier le sujet.

I-Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : Problématiques possibles

Tous les problèmes spécifiques ont été regroupés sous trois problématiques et sont présentés dans le tableau récapitulatif n°V suivant.

Tableau V: Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt : problématiques possibles

N°	Centres d'intérêt	Problèmes Spécifiques	Problèmes Généraux	Problématique
1	Le management du Bureau de zone de Banikoara	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de moyens roulants. - Non remplissage du cahier de présence des agents au poste - Inexistence de cahier de mouvement des agents présents au poste - Caractère non opérationnel du plan de formation 	Management peu performant du Bureau de Zone de Banikoara.	Problématique d'un management performant du bureau zone de Banikoara
2	Le financement des plans d'action	<ul style="list-style-type: none"> - Amenuisement des ressources financières allouées par le Budget National aux besoins de la zone sanitaire ; - non-paiement des participations par certains centres ; 	Difficultés de mobilisation des ressources de financement des plans d'action.	Problématique d'une meilleure mobilisation des ressources de financement des plans d'action
3	Offre des soins à partir de la gestion FBR	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du personnel qualifié - Insuffisance du matériel médico-technique traceur - Faible accès aux soins des couches les plus vulnérables 	Qualité insuffisante des soins offerts aux populations de Banikoara	Problématique d'amélioration de la qualité des soins offerts aux populations de Banikoara

Source : résultats de nos investigations

II- choix de la problématique de l'étude et justification du sujet

Au terme de nos observations de stage, nous avons recensé beaucoup de problèmes que nous avons essayé de regrouper par centre d'intérêt. Ce regroupement nous a permis de dégager trois problématiques :

- Problématique du management performant du bureau de zone
- Problématique d'une meilleure mobilisation des ressources de financement des plans d'action
- Problématique d'amélioration de la qualité des soins offerts aux populations de Banikoara

Toutes ces problématiques sont, sans aucun doute, pertinentes et méritent d'être analysées.

La problématique du management performant du bureau de zone nous paraît intéressante. Seulement que une bonne capacité d'écoute, de communication, de négociation, le charisme, en somme le leadership du chef d'équipe suffira pour relever le défi.

Par ailleurs à l'heure actuelle où la gestion axée sur les résultats(GAR) est fortement recommandée, il n'est plus suffisant d'avoir des ressources pour exécuter des plans d'action si ces ressources mobilisées ne concourent pas à l'atteinte des objectifs fixés. De même, la période où l'on recherchait les taux d'exécution de 100% des budgets semble révolue, il faut pouvoir atteindre des résultats probants, concrets. Au regard de ce qui précède, cette problématique nous paraît moins intéressante. La troisième problématique est plus importante dans la mesure où le constat est que l'accouchement assisté est faible, en général, et particulièrement dans la Zone Sanitaire de Banikoara, le taux de couverture également. En plus depuis vingt (20) ans, les acteurs du système de santé essaient de résoudre ces problèmes (MS, Programmes, Partenaires, 7^{ème},

8^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème} FED, Projets de la Banque Mondiale et des ONG). Mais les résultats ne sont pas convaincants. C'est dans ce contexte qu'une approche FBR est conçue et expérimentée dans huit (08) ZS dont celle de Banikoara. Les résultats du FBR depuis lors sont édifiants. En réalité le FBR tel que conçu apporte des solutions aux problèmes des ressources humaines de qualité, de déficit en matériel médico-technique et d'accessibilité financière aux soins des couches les plus vulnérables. Sur ce, il urge alors que les zones sanitaires mettent en place une gestion optimale du FBR. D'où le thème « **Amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la ZS de Banikoara** »

La problématique de l'étude est choisie, le sujet est formulé et justifié. Nous nous essayons, à présent, à la spécification et à la détermination de la vision globale de résolution de cette problématique.

Paragraphe 2 : Spécification et vision globale de résolution

Dans ce paragraphe, nous donnons un contour plus précis à notre problématique avant d'aborder la vision globale de sa résolution

I. Spécification de la problématique

Cet exercice nous permet de donner un contour précis à notre problématique à travers ses problèmes spécifiques.

Rappelons que la problématique retenue est « **Amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la Zone Sanitaire de Banikoara** ». En effet, trois problèmes spécifiques sous-tendent cette problématique et méritent à notre avis d'être tous résolus.

Cependant, au regard du tableau de répartition du personnel et le fait que les agents non qualifiés posent des actes techniques normalement réservés au personnel qualifié, nous évoquons l'insuffisance du personnel qualifié.

De la même manière, l'insuffisance du matériel médico-technique participe à la mauvaise qualité des soins. Les structures de santé visitées manquent du matériel médico-technique et pourtant celles-ci thésaurisent paradoxalement plusieurs millions de francs en banque destinés à l'achat de ce matériel.

Par ailleurs le FBR a prévu des primes additionnelles aux centres de santé qui prennent en charge les personnes indigentes. Le constat est que, faute de cerner le contenu du concept indigent, les responsables des centres de santé hésitent à prendre en charge les personnes indigentes de la ZS. Ce qui conduit à évoquer le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.

Tous les trois problèmes spécifiques étant précisés, nous pouvons affirmer sans ambages que la problématique d'amélioration de la qualité des soins offerts aux populations de Banikoara sera effectivement conduite au regard des problèmes spécifiques suivants :

- insuffisance du personnel qualifié,
- insuffisance du matériel-médico technique traceurs
- faible accès aux soins des couches les plus vulnérables,

II- Vision globale de résolution des problèmes

Une fois les problèmes spécifiques à résoudre choisis, notre sujet formulé et la problématique spécifiée, nous précisons dans la suite de notre étude, la vision globale pouvant nous permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques retenus. La résolution de ces problèmes spécifiques conduit incontestablement à la résolution du problème général identifié.

A- Vision globale de résolution des problèmes spécifiques

Le problème spécifique n°1 (PS1) est relatif à l'insuffisance du personnel qualifié. Le défaut du personnel qualifié dans les structures sanitaires est un handicap à l'accès des populations aux soins de qualité. Il est indispensable que celles-ci disposent du personnel qualifié en permanence, d'où la nécessité de procéder à un recrutement de personnel de santé qualifié sur la base d'un contrat avec des objectifs bien précis. Nous sommes donc dans une **approche de contractualisation des prestations du personnel de santé qualifié**.

Quant au problème spécifique n°2 (PS2) relatif à l'insuffisance du matériel médico-technique, il paraît urgent de prévoir la dotation et le remplacement progressif du matériel médico-technique. Avec la mise en œuvre du FBR, les centres de santé disposent des moyens financiers pour le renouvellement des équipements médico-techniques. Malheureusement les responsables des centres de santé chargés de renouveler ces matériels sont limités par les modalités des commandes du matériel médico-technique exigées par le FBR. Au regard de cette difficulté, il urge de mettre en place un dispositif qui permette aux responsables des structures de santé de s'approprier les outils de passation des marchés publics et d'acquérir des aptitudes pour passer des commandes. Nous estimons que la résolution de ce problème passe par une approche générique basée sur **l'appropriation des règles et procédures de passation des marchés publics par les acteurs de la zone**.

Le problème spécifique n°3 (PS3) est relatif au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables. Il convient de reconnaître que les soins de santé ne sont pas accessibles à tous. L'équité en santé étant une responsabilité partagée qui exige l'engagement des pouvoirs publics, chaque Etat est amené à veiller à ce que les groupes vulnérables bénéficient réellement d'un accès équitable aux soins de santé. La réponse des pouvoirs publics dans ce domaine a été la mise en

place des fonds sanitaires des indigents. Mais dans la pratique, ces fonds, loin de prendre en compte les besoins des couches les plus vulnérables, ont bénéficié beaucoup plus aux parents des acteurs du système sanitaire. Nous estimons que la résolution de ce problème passe par une approche basée sur **la prise en charge correcte et effective des couches les plus vulnérables.**

Après l'exposé de nos approches génériques, nous passons à présent, à leur synthèse.

B- Synthèse des approches génériques identifiées et séquences de résolution de la problématique

Nous présentons la synthèse dans un tableau avant d'aborder la séquence de résolution de la problématique.

1-synthèse des approches par problème

Tableau VI : Synthèse des approches génériques

Niveau spécifique	Problème spécifique	Approches génériques retenues
1	Insuffisance du personnel qualifié.	Approche basée sur la contractualisation des prestations du personnel qualifié.
2	Insuffisance du matériel médico-technique.	Approche générique basée sur l'appropriation par les responsables des structures de santé des règles et procédures de passation des marchés publics.
3	Faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.	Approche générique basée sur la prise en charge correcte et effective des couches les plus vulnérables.

Source : Résultats de nos investigations

Suite à ces approches identifiées, nous allons énumérer les séquences de résolution de la problématique.

2) Séquence de résolution de la problématique spécifiée

Elles constituent un ensemble de deux phases (2) dont chacune comporte cinq (05) rubriques :

Phase 1 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude

- fixation des objectifs de l'étude par rapport aux problèmes en résolution ;
- identification des causes et formulation des hypothèses liées aux problèmes à résoudre ;
- construction du tableau de bord de l'étude(TBE) ;
- revue de la littérature ;
- méthodologie adoptée

Phase 2 : Diagnostic et approches de solutions

- collecte et traitement des données ;
- analyse des données et établissement de diagnostic ;
- approches de solutions ;
- conditions de mise en œuvre des solutions ;
- élaboration du tableau de synthèse de l'étude

Les deux phases citées constituent les deux sections du deuxième chapitre que nous abordons dans la suite de notre étude.

CHAPITRE DEUXIEME :
DEFINITION DU CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE,
REALISATION DES ENQUETES ET
SUGGESTIONS

Dans ce chapitre, il est question de définir le cadre théorique et méthodologique de l'étude, ensuite vérifier les hypothèses et enfin proposer des approches de solutions pour la résolution de la problématique.

Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Cette section est abordée à travers d'une part les objectifs, hypothèses de l'étude et la revue de littérature (I) et d'autre part l'identification des causes possibles, la formulation des hypothèses et la construction du tableau de bord de l'étude.

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses de l'étude et revue de littérature

Ce paragraphe comprend en premier lieu, la fixation des objectifs (I) et en second lieu, l'identification des causes possibles, la formulation des hypothèses liées aux différents problèmes en résolution et la construction du tableau de bord de l'étude (II)

I. Fixation des objectifs

Le problème général de l'étude est la qualité insuffisante des soins offerts aux populations de Banikoara avec trois problèmes spécifiques que voici :

- insuffisance du personnel qualifié,
- insuffisance du matériel médico-technique traceur,
- faible accès aux soins des couches les plus défavorisées.

Ainsi nous allons fixer nos objectifs en termes d'objectif général par rapport au problème général, et d'objectifs spécifiques par rapport à chaque problème spécifique.

A) Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins à partir de la mise en œuvre optimale du FBR dans la ZS de Banikoara.

B) Objectifs spécifiques

Concernant les objectifs spécifiques à atteindre dans le cadre de cette étude, il s'agit respectivement dans l'ordre des problèmes spécifiques de :

- proposer des mesures de renforcement du personnel qualifié,
- envisager les possibilités de dotation des centres de santé en matériel médico-technique,
- identifier des mesures de facilitation de l'accès aux soins de qualité des couches les plus vulnérables.

Les objectifs spécifiques de l'étude étant bien définis, nous allons identifier les causes supposées être à la base des problèmes spécifiques afin de formuler les hypothèses qui serviront de piste de recherche.

II. Identification des causes possibles, formulation des hypothèses liées aux différents problèmes en résolution et construction du tableau de bord de l'étude (TBE)

Il est nécessaire de souligner ici que les causes et hypothèses concernent les niveaux d'analyse générale et spécifique. Elles sont donc formulées à partir du problème général et des problèmes spécifiques.

A. Identification des causes et formulation des hypothèses

1. Causes et hypothèse liées au problème spécifique de l'insuffisance du personnel qualifié

Par rapport à ce problème, nous avons identifié trois causes possibles à l'issue de nos observations. Il s'agit de :

- insuffisance de recrutement du personnel qualifié par l'Etat ;
- mauvaise répartition du personnel qualifié ;
- absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires.

Vouloir expliquer l'insuffisance du personnel qualifié par le recrutement insuffisant de cette catégorie de personnel par l'Etat n'est pas tout à fait faux. Mais cette situation concerne tous les autres secteurs d'activités de l'Etat où ce phénomène s'observe. Il convient de remarquer que des efforts de recrutement du personnel sont consentis par l'Etat ces dernières années. Il apparaît donc que cette cause n'est pas la plus significative.

De la même manière la mauvaise répartition du personnel tend à être progressivement corrigée par le processus de recrutement du personnel sur poste.

En considérant ces paramètres, la troisième cause paraît significative. Par conséquent, l'hypothèse relative au problème de son rang peut être libellée de la manière suivante : **l'insuffisance du personnel qualifié a pour fondement l'absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires.**

2. Causes et hypothèse liées au problème spécifique relatif à l'insuffisance du matériel médico-technique traceur.

Il convient de remarquer que l'Etat continue de fournir des efforts en matière de dotation des formations sanitaires en matériel médico-technique. Le FBR à

travers les primes de fonctionnement octroyées aux formations sanitaires permet de combler le matériel manquant.

Concernant le problème de l'insuffisance du matériel médico-technique dans les formations sanitaires, les causes spécifiques supposées à la base sont :

- inexistence d'un planning de maintenance préventive,
- irrégularité des inventaires du matériel médico-technique,
- non maîtrise par les responsables des centres de santé des règles et procédures de passation des marchés.

Le planning de maintenance préventive est une programmation de maintenance des équipements. Son objectif est d'assurer une durée de vie plus ou moins longue au matériel mis en service dans les formations sanitaires. Le défaut du planning de maintenance constitue une menace pour le matériel. La signature de quelques contrats de maintenance par le bureau de zone avec des structures privées est un début de solution à ce problème, c'est pourquoi cette cause nous paraît moins significative.

L'inventaire annuel s'intéresse essentiellement aux patrimoines des structures et plus particulièrement aux matériels médico-techniques existant dans les structures de la zone. Les pertes et disparitions frauduleuses du matériel sont le plus souvent enregistrées dans les formations sanitaires lorsque cette activité n'est pas réalisée. Celle-ci est certes, irrégulière dans la zone, mais cette situation semble connaître une amélioration en raison des exigences de plus en plus forte des corps de contrôle que sont l'inspection générale du ministère et l'inspection générale de l'Etat en matière de réalisation des inventaires du patrimoine des centres de santé.

Ainsi cette cause éliminée, nous retenons que la cause plausible de ce problème spécifique est la non maîtrise des règles et procédures de passation des marchés publics. En effet, l'acquisition du matériel médico-technique se fait sur appel

d'offre. Ce que les responsables des formations sanitaires ne maîtrisent pas. La conséquence est que ceux-ci thésaurisent des primes de fonctionnement du FBR qui doivent servir à l'acquisition du matériel médico-technique ; d'où l'hypothèse spécifique afférente est formulée comme suit: **l'insuffisance du matériel médico-technique est due à la non maîtrise par les responsables des centres de santé des règles et procédures de passation des marchés publics.**

3-Causes et hypothèse liées au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.

Nous avons identifié les causes suivantes :

- mauvais accueil des couches les plus vulnérables,
- rupture et non renouvellement des kits d'urgence pour les malades bénéficiaires,
- absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables.

Le mauvais accueil est plus décrié dans le secteur de la santé compte tenu de la situation dans laquelle se trouvent très souvent les usagers des structures sanitaires, à savoir la souffrance et la désolation. Mais il n'est pas l'apanage des seuls agents de santé ; il serait également exagéré de penser que tous les agents de santé de la zone accueillent mal. Cette cause ne saurait justifier notre problème spécifique. Expliquer le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables par la rupture et le non renouvellement des kits d'urgence n'est pas exclu, mais cette cause ne saurait justifier notre problème spécifique dans la mesure où une bonne planification en matière d'approvisionnement apporterait une solution adéquate à ce problème. Le FBR, en dehors de l'amélioration de la performance des formations sanitaires, vise également l'accessibilité financière aux soins des personnes indigentes. A ce titre des primes additionnelles sont

accordées aux centres de santé qui prennent en charge les personnes indigentes. Mais force est de constater que celles-ci ne profitent pas des soins qui devraient leur être donnés. En effet, les responsables des structures sanitaires ont du mal à définir le concept indigent. Ainsi nous retenons comme cause plausible de ce problème spécifique l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables et l'hypothèse spécifique afférente est formulée comme suit: **le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables est due à l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables.**

Les problèmes spécifiques étant les manifestations du problème général, nous n'avons pas cru devoir rechercher les causes du problème général car il disparaîtra dès la résolution des problèmes spécifiques.

La problématique choisie, les problèmes retenus, les objectifs déterminés, les causes supposées se trouvant à la base des problèmes et les hypothèses de travail ci-dessus exposées, nous pouvons procéder à la construction du tableau de bord et à la revue de littérature.

B) La construction du tableau de bord

Ce tableau est un récapitulatif de la problématique choisie, des problèmes spécifiques retenus, des objectifs déterminés, des causes supposées être à l'origine de ces problèmes et des hypothèses de travail exposées ci-haut.

Tableau VII : Tableau de bord de l'étude

Niveaux d'analyse		Problématique	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
Niveau général		Problème général : qualité insuffisante des soins offerts aux populations	Objectif Général : Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins		
Niveaux spécifiques	1	Problème Spécifique N° 1 : L'insuffisance du personnel qualifié	Objectif Spécifique N°1 : Proposer des mesures de renforcement du personnel qualifié	Cause Spécifique : Absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires	Hypothèse spécifique : L'insuffisance du personnel qualifié à pour fondement l'absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires
	2	Problème Spécifique N°2 : Insuffisance du matériel médico-technique.	Objectif Spécifique N°2 : Envisager les possibilités de dotation des centres de santé en matériel médico-technique .	Cause Spécifique : non maîtrise par les agents de santé des règles et procédures de passation des marchés publics	Hypothèse Spécifique : L'insuffisance du matériel médico-technique est due à la non maîtrise par les agents de santé des règles et procédures de passation des marchés publics.
	3	Problème Spécifique N° 3 : Faible accès aux soins des couches les plus vulnérables	Objectif spécifique N°3 : Proposer des mesures de facilitation de l'accès des couches les plus vulnérables aux soins de qualité.	Cause Spécifique : Absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables	Hypothèse Spécifique : Le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables est dû à une absence de politique rigoureuse de prise en charges des couches les plus vulnérables.

Source : Etat des lieux réalisés.

III) La revue de littérature

La revue de la littérature permet dans le cadre de toute recherche de s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises sur les problèmes spécifiques identifiés.

Les problèmes spécifiques sont rattachés directement au thème de notre étude qui est « Amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la ZS de Banikoara »

A- Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'insuffisance du personnel qualifié.

Les ressources humaines sont les êtres humains qui accomplissent tout ce qui contribue à réaliser la mission d'une organisation. En tant que tel, l'importance que recouvrent les ressources humaines au sein d'une organisation ne saurait faire l'objet d'un doute.

Déjà au VII^{ème} siècle avant Jésus Christ, **KUAN CHUNG TZU** écrivait :

« Si on veut des résultats durant l'année, on sème des graines. Si on veut des résultats dans dix ans, on plante des arbres. Si enfin on veut des résultats durant la vie, on développe les hommes ».

Ces propos témoignent toute l'importance que revêt le capital humain au sein d'une entreprise. Et si pendant longtemps l'entreprise n'a qu'une finalité financière qui est le profit, sa finalité sociale a été reconnue progressivement sous l'effet de plusieurs facteurs.

Aujourd'hui encore à l'ère de la haute technologie, les ressources humaines demeurent indispensables pour concrétiser par leurs connaissances et leurs compétences, la raison d'être, la mission et les stratégies de l'organisation. Ce n'est que par l'effort humain que les organisations peuvent tirer avantage de leurs ressources matérielles.

Commentant le rendement de sa banque au cours d'un débat en 1998, **Richard Kovacevic**, Directeur Général de Norwest (une entreprise américaine), disait :

« Notre réussite tient beaucoup à l'exécution du travail des gens talentueux, qui ont leur travail à cœur, voilà notre avantage concurrentiel. » Les dirigeants des organisations d'aujourd'hui reconnaissent qu'il est important de mettre les hommes au premier plan. Ils redécouvrent ainsi un vieux concept : **les êtres humains constituent le principal actif d'une organisation**. Ainsi pour la résolution du problème spécifique n°1, nous retenons l'approche FBR qui valorise la qualité des soins donnés par du personnel qualifié à travers la signature des contrats de prestation de service.

B- Exposé des contributions antérieures sur l'insuffisance du matériel médico-technique.

A ce niveau, la littérature parle essentiellement de consommables médicaux, en mettant un accent particulier sur les produits pharmaceutiques. Les efforts déployés par de nombreux pays en développement ont été entravés par un certain nombre de difficultés touchant l'approvisionnement et les systèmes de gestion des achats. En effet, une étude réalisée sur l'utilisation des agents de santé communautaires dans divers pays par **OFOSOU-AMAAH V.** (1983) sous le couvert de l'OMS, a montré que le Ghana et le Libéria sont particulièrement marqués par de fréquentes pénuries même pour les médicaments de première nécessité.

Virginia OFOSOU-AMAAH propose une augmentation des crédits accordés à l'achat des médicaments.

Face aux difficultés d'approvisionnement en produits pharmaceutiques du CNHU H. K. M, **AZONDEKON** (2004), dans le cadre de son mémoire de fin de formation au cycle I, révèle des ruptures chroniques et

fréquentes de stocks de produits pharmaceutiques entraînant la suspension de prestations dans certains services techniques. Il propose une amélioration du processus d'approvisionnement à travers une meilleure sélection et un cycle d'approvisionnement en tenant compte de la gamme des médicaments disponibles, des quantités habituelles obtenues et les disponibilités financières.

AHOUSSINOU (1998) a révélé pour sa part dans une étude réalisée sur les prescriptions des médicaments essentiels sous noms génériques en République du Bénin, que le secteur public est frappé par une pénurie de médicaments à 49,7%. Selon **AHOUSSINOU**, cette pénurie est essentiellement due à la non disponibilité d'une demi-douzaine de médicaments à la CAME signalé par 40% des formations sanitaires enquêtées. Il propose une réforme de la politique pharmaceutique nationale basée sur une assurance de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels sous noms génériques en particulier sur toute l'étendue du territoire national (AKPOVO, R. E., 2000, P 45-49)

C- Exposé des contributions antérieures sur le problème du faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.

La vocation des soins de santé primaire, (SSP) est de contribuer à l'accessibilité aux soins de santé pour une meilleure équité de leur distribution dans les différentes couches sociales. Pour renforcer et accélérer la mise en œuvre des SSP, l'Initiative de Bamako (IB) fût adoptée en 1987. Certains objectifs de l'IB ont remis en cause la gratuité des soins dans les structures publiques. Du fait du coût financier, l'accès aux services et soins de santé se trouve affecté par les bénéficiaires.

Weil et al ont montré en Côte d'Ivoire que l'un des facteurs limitant l'utilisation des services de santé moderne est le coût des prestations.

Criel estime que l'accès aux soins des pauvres est un sujet de

préoccupation. A cet effet, la nouvelle perspective de la quasi-totalité des pays africains est l'accès universel de la population aux soins. Au Bénin, l'accessibilité financière et le mauvais accueil demeurent les deux principales causes de la faible fréquentation des centres de santé. Ainsi en 2001, le taux de fréquentation des centres de santé publics et para publics est de 36% (statistiques sanitaires 1997-2001), d'où la nécessité de la prise en charge des populations pauvres et indigentes et la formation du personnel sur les règles élémentaires de déontologie et sur l'importance de l'accueil des malades.

En effet, l'accès universel aux soins nécessite un réseau de santé suffisamment dense pour assurer les prestations. L'enjeu est de mettre en place le personnel sanitaire nécessaire pour passer à l'échelle supérieure.

Ainsi, les signes les plus visibles de la crise que connaissent les ressources humaines pour la santé dans de nombreux pays sont d'une part la pénurie considérable du personnel et d'autre part les déséquilibres vertigineux que l'on constate dans la répartition du personnel. Dans la plupart des pays le moyen d'assurer la viabilité financière à court terme et à moyen terme de l'action de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile consiste à s'adresser à toutes les sources de financement, qu'elles soient extérieures ou intérieures, publiques ou privées.

La répartition des fonds vers des systèmes d'assurance généralisée, assurant à la fois l'extension des réseaux de soins et la protection financière des usagers, représente le moyen de garantir au mieux le financement durable de l'action de santé maternelle, néonatale et infanto juvénile comme du système de santé dont elle dépend (OMS, 2005).

Paragraphe II : Méthodologie adoptée

Elle s'articule autour de deux dimensions : la dimension empirique et les dimensions théoriques.

I- Dimension empirique

Cette approche s'appuie exclusivement sur l'observation et non sur une théorie élaborée. Dans notre cas il s'agira de préciser la technique et les outils de collecte, de dépouillement et de présentation des données.

En somme, la méthode d'enquête utilisée pour l'identification des causes réelles à la base des problèmes.

Ainsi notre approche recouvre les étapes ci-après :

- objectifs de la collecte des données,
- cadre de l'enquête et population mère,
- nature de la collecte des données,
- échantillonnage,
- spécification des données à mobiliser,
- conception des questionnaires,
- technique de dépouillement des données,
- outils de présentation des données.

A) Objectif, cadre de l'enquête et population- mère

1) Objectif de la collecte des données

L'objectif de la collecte des données est de voir si notre enquête nous permet de vérifier les hypothèses émises au départ, c'est-à-dire si :

- l'insuffisance du personnel qualifié a pour fondement l'absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires,
- l'insuffisance du matériel médico-technique est due à la non maîtrise par les agents de santé des règles et procédures de passation des marchés publics,
- le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables est dû à l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables.

2)- Cadre de l'enquête et population- mère

Le cadre de notre étude est la ZS de Banikoara : le bureau de zone, l'hôpital de zone et les formations sanitaires périphériques.

La population- mère choisie est composée des ;

- membres de l'EEZS,
- chefs-poste et responsables de maternité des formations sanitaires périphériques,
- personnels administratifs;
- chefs des divisions de l'hôpital et leurs adjoints.

B) Nature des données, échantillonnage et spécification des données

1) Nature de la collecte des données

Comme instrument de collecte nécessaire à notre étude, nous allons utiliser une fiche d'enquête à l'endroit de la population ciblée ci-dessus. Un questionnaire a été conçu à cet effet.

2)- Echantillonnage

Le questionnaire est adressé aux membres EEZS (13), aux chefs-poste et responsables de maternités(32), au personnel administratif (8), Les chefs des divisions de l'hôpital et leurs adjoints (16). Ainsi la taille totale de notre échantillon est de (69)

3) Spécification des données

Les données à mobiliser par notre enquête se rapporte à :

- la justification que donnent les enquêtés sur l'insuffisance du personnel qualifié,
- l'appréciation des enquêtés sur les motifs de l'insuffisance du matériel médico-technique,
- la détermination des obstacles au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.

C) Conception du questionnaire, technique du dépouillement et présentation des données

1) Conception du questionnaire

Dans le but de favoriser une bonne compréhension des questions, le questionnaire a été conçu par rapport aux problèmes spécifiques identifiés. Nous retenons à cet effet des questions fondamentales dont les réponses nous permettent de vérifier les hypothèses.

2) Technique de dépouillement des données

Les données recueillies à la suite de cette enquête sont dépouillées manuellement. Quant à leur traitement, nous faisons recours en ce qui concerne les données numériques, au tableur Excel pour déterminer les pourcentages afin de les comparer à nos seuils de décision et en tirer les conclusions qui s'imposent.

3) Outils de présentation des données

Les résultats sont présentés au moyen d'instruments tels que les tableaux et les graphiques conçus au moyen de l'assistant Microsoft Excel.

II- Dimension théorique

Il est question dans cette rubrique de procéder au choix théoriques liés aux différents problèmes spécifiques.

A - Choix théorique lié au problème spécifique de l'insuffisance du personnel qualifié

1) Présentation de la théorie retenue

Nous retenons pour la résolution de ce problème, l'approche du FBR qui recommande la qualité des soins à travers l'achat des prestations des soins fournies par du personnel qualifié et qui pour ce fait vise à promouvoir

l'autonomie de gestion des formations sanitaires en vue de leur donner une marge de manœuvre pour pourvoir les centres de santé en personnel qualifié au moyen des contrats de prestation de service.

2) Seuil de décision

Les causes de l'insuffisance du personnel qualifié sont identifiées grâce au questionnaire adressé aux enquêtés. Nous retenons comme cause probable tout item ayant obtenu le pourcentage le plus élevé.

B) Choix théorique lié à l'insuffisance du matériel médico-technique

1) Présentation de la théorie retenue

Pour la résolution de ce problème, nous retenons l'approche générique d'AZONDEKON (2004) qui propose une amélioration du processus d'approvisionnement à travers une meilleure sélection et un cycle d'approvisionnement.

La disponibilité du matériel médico-technique favorise une prise en charge rapide des patients et contribue à leur satisfaction. L'offre de soins ne peut être suffisant dans une formation sanitaire sans ce paramètre. Une bonne perception de ce paramètre détermine les responsables de la zone à divers niveaux, à doter les centres de santé du matériel adéquat pour une prise en charge correcte des patients. Pour faciliter l'acquisition des équipements médico-techniques, nous retiendrons l'approche basée sur l'appropriation des règles et procédures de passation des marchés publics.

2) Seuil de décision

Le seuil de décision prend en compte les données du questionnaire. A ce niveau nous allons retenir comme cause réelle, les réponses obtenues auprès de la majorité des enquêtés.

C-Choix théorique lié au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.

1) Présentation de la théorie retenue

L'approche retenue pour l'analyse du problème du faible accès aux soins des couches les plus vulnérables est celle de **Criel** qui estime que la nouvelle perspective de la quasi-totalité des pays africains est l'accès universel de la population aux soins.

2) Seuil de décision

Le seuil de décision prend en compte les données du questionnaire. Nous choisissons l'item qui aura le poids le plus élevé.

Après l'adoption d'une méthodologie de recherche, nous passons à la collecte et à l'analyse des données.

Section 2 : enquêtes de vérifications des hypothèses et suggestions

Cette section nous permet d'une part de vérifier les hypothèses, d'établir le diagnostic (I) d'autre part de procéder à la présentation et à l'analyse des résultats de l'enquête (II)

Paragraphe I- vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Elle nous permet d'apprécier le degré de validation des hypothèses à partir de l'analyse des données d'enquête pour enfin établir le diagnostic. Cette vérification est faite hypothèse par hypothèse.

Dans le but de vérifier les hypothèses que nous avons formulées précédemment, nous nous sommes rapproché des acteurs du secteur pour recueillir leurs

opinions sur certaines de nos préoccupations. Les différentes données font l'objet de présentation puis d'analyse.

I- Collecte, difficultés rencontrées et limites des données

Il est important avant toute chose de rappeler la préparation faite et la réalisation des enquêtes.

A- Préparation et réalisation des enquêtes

Les enquêtes ont été réalisées sur la base d'un questionnaire adressé aux chefs-poste, aux responsables de maternité, aux membres de l'EEZS et aux chefs des divisions de l'hôpital de zone.

De façon générale, nous avons veillé à ce que les questions cernent le contour des problèmes spécifiés. S'agissant de la réalisation de l'enquête, elle s'est déroulée du 1^{er} au 16 octobre 2013 dans la structure où nous avons effectué notre stage et dans les formations sanitaires périphériques de la Zone Sanitaire.

B- Difficultés rencontrés et limites des données

Nous nous sommes heurté à certaines difficultés telles que :

- l'accès difficile à certains centres de santé pour des raisons d'inondation et de dégradation des routes,
- la mobilité des agents à enquêter.

En ce qui concerne les limites des données recueillies, tous les aspects de la qualité de l'offre des soins ne pourraient pas être abordés, à cause du temps dont nous disposons. Par ailleurs, face aux besoins en santé de la population qui se traduisent par une demande élevée de soins ; la qualité de l'offre des soins doit pouvoir répondre à tous les paramètres et composantes nécessaires à la

réalisation de la mission des formations sanitaires ; il est fort évident que notre étude occulte certaines considérations.

II- Présentation, analyse des résultats de l'enquête et vérification des hypothèses.

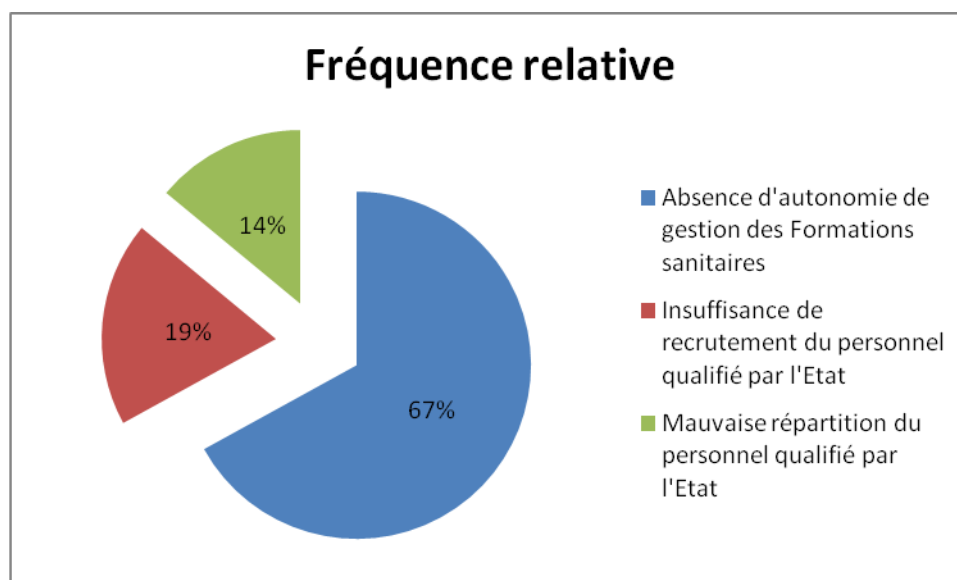
A- Présentation et analyse des données

Les résultats des enquêtes sont présentés et analysés en tenant compte de chacun des problèmes spécifiques en résolution.

1- Présentation et analyse des résultats d'enquête par rapport à l'insuffisance du personnel qualifié

Par rapport à cette rubrique, les soixante-neuf (69) personnes ciblées ont répondu à 100%

Graphique IV : Causes de l'insuffisance du personnel qualifié



Source : illustration de la question n°1 du questionnaire d'enquête

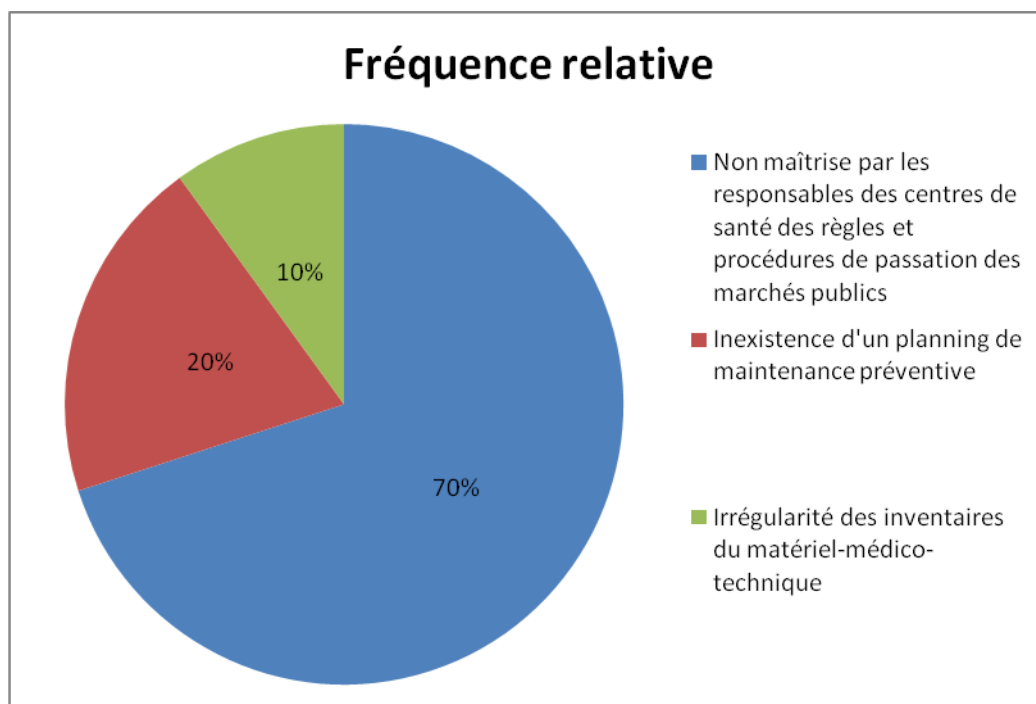
De l'analyse de ces données recueillies sur cette préoccupation, il ressort que la cause fondamentale liée au problème spécifique n°1 relatif à l'insuffisance du personnel qualifié est l'absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires. (67%)

2- Présentation et analyse des résultats d'enquête par rapport à l'insuffisance du matériel médico-technique

L'enquête liée à ce problème a concerné la même cible que le problème n°1. Ainsi tous les soixante-neuf(69) acteurs visés ont rempli le questionnaire soit un pourcentage de 100%.

Le résultat des données est consigné dans le graphique ci-dessous.

Graphique V : Causes de l'insuffisance du matériel médico-technique



Source : illustration de la question n°2 du questionnaire d'enquête

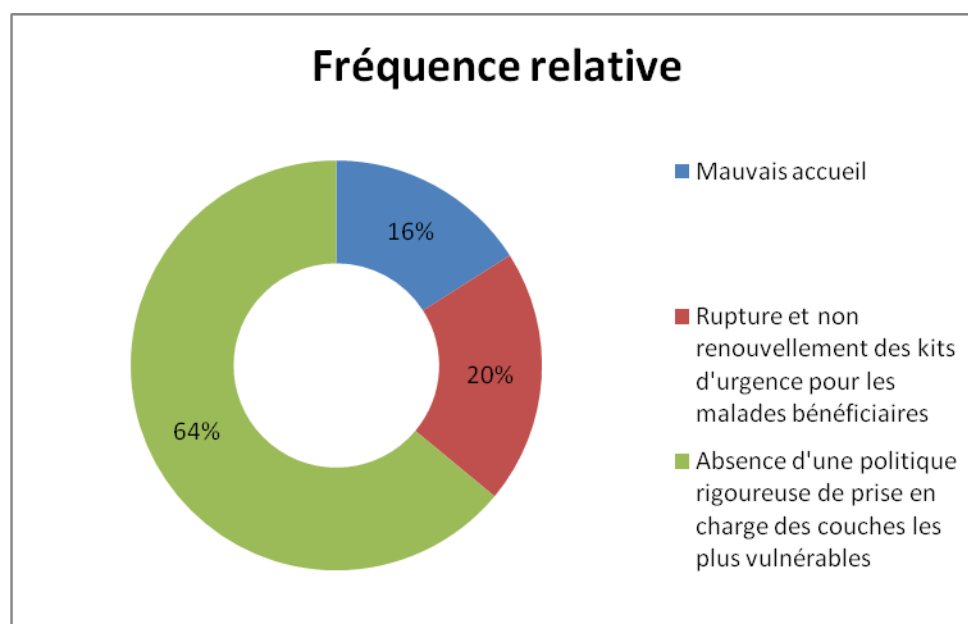
La cause liée au problème spécifique n°2 à la lecture de ce graphique demeure la non maîtrise par les responsables des formations sanitaires des règles et procédures de passation des marchés publics (70%),

3- Présentation et analyse des résultats d'enquête par rapport au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables

Le questionnaire a été administré aux chefs-postes, aux responsables de maternité, aux membres de l'EEZS et aux chefs des divisions de l'hôpital de zone, soit une population cible de cinquante (69) personnes. Tous les acteurs ciblés ont répondu au questionnaire, soit un taux de 100%.

Les réactions des acteurs sont synthétisées dans le graphique suivant :

Graphique VI : Causes du faible accès aux soins des couches vulnérables



Source : illustration de la question n°3 du questionnaire d'enquête

De l'analyse des données de l'enquête, il ressort que l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables est la base du faible accès de cette couche aux soins.

B-Vérifications des hypothèses et établissement du diagnostic

1) Vérification des hypothèses

a) Degré de vérification de l'hypothèse n°1

Les résultats de l'enquête menée auprès de soixante(69) agents ont révélé que les formations sanitaires n'ont pas une autonomie de gestion pour recruter du personnel qualifié, sinon elles combleraient le gap laissé par les recrutements effectués par l'Etat. Par conséquent, l'hypothèse spécifique n°1 selon laquelle **l'insuffisance du personnel qualifié est due à une absence d'autonomie de gestion des formations sanitaires se trouve confirmée.**

b) Degré de vérification de l'hypothèse n°2

Les données quantitatives ayant servi de base à notre analyse ont révélé que la non maîtrise par les responsables des centres de santé des règles et procédures de passation des marchés publics a le poids le plus élevé (70%). Notre hypothèse de départ selon laquelle **l'insuffisance du matériel médico-technique s'explique par la non maîtrise des règles et procédures de passation des marchés publics par les responsables des centres de santé est confirmée.**

c) Degré de vérification de l'hypothèse n°3

Le seuil de décision fixé pour résoudre le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables est que la cause qui aura le poids le plus élevé sera retenue comme cause réelle.

Les données quantitatives qui ont servi de base à notre analyse ont révélé que l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables a le poids le plus élevé. Notre hypothèse de départ, selon laquelle **le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables se justifie par**

l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables est confirmée.

2-L'établissement du diagnostic

a- Élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°1

La confirmation de l'hypothèse n°1 nous permet de retenir que l'insuffisance du personnel qualifié est due à une absence d'autonomie de gestion des formations sanitaires.

b- Élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°2

Les données de nos enquêtes ayant révélé notre hypothèse confirmée, nous pouvons établir notre diagnostic en concluant que l'insuffisance du matériel médico-technique se justifie par la non maîtrise par les responsables des centres de santé des règles et procédures de passation des marchés publics.

c- Élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°3

Il ressort de nos enquêtes que le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables est dû à l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables.

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

L'objectif général de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans la zone sanitaire de Banikoara. Ainsi, à partir de l'identification des causes, la formulation des hypothèses et l'établissement des éléments de diagnostic, nous proposons des approches de solutions et fixons les conditions de leur mise en œuvre pour une amélioration de la qualité des soins dans la zone sanitaire de Banikoara.

I-Approches de solutions

Il s'agit de proposer les mesures d'éradication des causes qui sont à la base de chacun des problèmes, en tenant compte des objectifs préalablement fixés.

A) Approches de solutions au problème de l'insuffisance du personnel qualifié

Rappelons que la cause identifiée au PS n°1 est l'absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires. Pour contribuer à la résolution de ce problème spécifique, nous préconisons les solutions suivantes :

- doter les formations sanitaires d'une autonomie de gestion,
- poursuivre la signature des contrats de prestations avec du personnel qualifié,
- faire un suivi /évaluation des prestations fournies en vue d'évaluer le paquet minimum d'activités réalisées.

B) Approches de solutions au problème de l'insuffisance du matériel médico-technique

Le problème spécifique n°2 a pour cause réelle la non maîtrise par les responsables des centres de santé des règles et procédures de passation des marchés publics. Pour éradiquer cette cause, les solutions suivantes sont proposées :

- utiliser la part de la prime FBR réservée pour le fonctionnement en vue d'équiper les centres de santé en matériel médico-technique conformément à leur plan annuel de travail,
- renforcer la capacité d'intervention des responsables des centres de santé sur les règles et procédures de passation des marchés publics,
- faire élaborer un document de procédures des commandes par approche FBR.

C) Approches de solutions au problème du faible accès aux soins des couches les plus vulnérables

Les données du diagnostic ont révélé que le faible accès aux soins des couches les plus défavorisées est dû à l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge de cette couche. Pour cela nous faisons les propositions de solutions suivantes :

- revoir le mode de recrutement des indigents en mettant l'accent sur l'identification mixte des indigents ; (démarche active et passive)
- sensibiliser les acteurs sur la nécessité de prise en charge correcte et effective des couches les plus vulnérables ;
- accorder une prime de motivation aux centres de santé qui prennent en charge les couches les plus vulnérables.

II) Conditions de mise en œuvre des solutions et construction du tableau de synthèse de l'étude

A) Conditions de mise en œuvre

Les solutions proposées permettront de résoudre les problèmes si certaines conditions sont remplies. Les autorités à divers niveaux doivent permettre par leurs actions l'aboutissement des approches de solutions. Ainsi, nous recommandons les mesures suivantes:

1) Conditions de mise en œuvre des solutions relatives au problème spécifique n° 1

Les responsables de la zone sanitaire doivent mettre en place un système de motivation pour le maintien des agents au poste. Par ailleurs nous suggérons que les autorités du niveau central reviennent les modalités de recrutement du personnel qualifié en procédant à un décrochage de recrutement du personnel pour le confier aux responsables des zones sanitaires. En effet, les zones sanitaires disposaient d'une autonomie de gestion en matière de recrutement.

Mais sous l'effet des vagues de reversement du personnel, cette décision a été raccrochée par l'autorité. Nous proposons que les zones sanitaires soient assistées dans le processus de recrutement du personnel qualifié par le service des ressources humaines de la Direction Départementale de la Santé.

2) Condition de mise en œuvre des solutions relatives au problème spécifique n° 2

Etant donné que le renforcement des capacités sur les marchés publics ne se passera pas dans le cadre d'une formation initiale et en attendant la remise à niveau par le renforcement des capacités des responsables des centres de santé sur les règles et procédures de passation des marchés publics, nous proposons que les responsables de la zone sanitaire fassent recours à l'expertise du service des ressources financières et du matériel de la Direction Départementale de la Santé ou de la cellule de passation des marchés publics pour exécuter les commandes en matériel médico-technique une à deux fois dans un processus de coaching. (Accompagnement)

3) Condition de mise en œuvre des solutions relatives au problème spécifique n° 3

Pour la mise en œuvre des solutions du problème spécifique n°3, la définition du concept indigent pose souvent problème, c'est pourquoi il est préférable d'opter pour le concept de vulnérabilité et pour que l'identification des personnes vulnérables soit objective, il faut, en dehors de toute épisode de maladie, procéder au recrutement des personnes vulnérables par la communauté sur la base des critères simples liés aux cinq besoins fondamentaux de l'homme.(se nourrir, se loger, se vêtir, s'instruire, se soigner.)

Au cas où ce recrutement aurait laissé des personnes vulnérables, soit parce qu'elles sont absentes, soit en voyage, elles seront récupérées au sein des

formations sanitaires. Mais cette fois ci au cours de l'épisode de maladie par témoignage de la communauté.

La mise en œuvre du recrutement mixte favorisera l'accès aux soins des couches les plus vulnérables.

B) Tableau de synthèse de l'étude

Il récapitule tout le travail abattu et se présente comme suit :

Tableau n° VIII : tableau de synthèse de l'étude sur « Amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la ZS de Banikoara »

Niveaux d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes réelles	Diagnostic	Solutions
Général	Problème général : qualité insuffisante des soins offerts aux populations	Objectif général : Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins			
Spécifiques	Problème spécifique 1 : Insuffisance du personnel qualifié	Objectif spécifique 1 : Proposer des mesures du renforcement du personnel qualifié	Cause réelle 1 : Absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires	Elément de diagnostic 1 : L'insuffisance du personnel qualifié à pour fondement l'absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires	Approche de solution au PS1 : doter les FS d'une autonomie de gestion, poursuivre la signature des contrats de prestation de service, faire un suivi/évaluation des prestations fournies.
	Problème spécifique 2 : Insuffisance du matériel médico-technique.	Objectif spécifique 2 : Envisager les possibilités de dotation des FS en matériel médico-technique.	Cause réelle 2 : non maîtrise par les agents de santé des règles et procédures de passation des marchés publics	Elément de diagnostic 2 : L'insuffisance du matériel médico-technique est due à la non maîtrise par les agents de santé des règles et procédures de passation des marchés publics.	Approche de solution au PS 2 : Utiliser les de fonctionnement FBR primes pour s'équiper, renforcer la capacité d'intervention des acteurs, faire élaborer un document de procédures des commandes par approche FBR.

	<p><u>Problème spécifique 3 :</u> Faible accès aux soins des couches les plus vulnérables</p>	<p><u>Objectif spécifique 3 :</u> Identifier des mesures de facilitation de l'accès des couches les plus vulnérables aux soins de qualité.</p>	<p><u>Cause réelle3 :</u> Absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables</p>	<p><u>Elément de diagnostic 3 :</u> Le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables est dû à une absence de politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables.</p>	<p><u>Approche de solution au PS 3 :</u> Faire une identification mixte des indigents, sensibiliser les agents sur la prise en charge effective des indigents, accorder une prime de motivation aux CS pour la prise en charge des indigents.</p>
--	--	---	---	---	--

CONCLUSION

Le Financement Basé sur les Résultats introduit dans le secteur de la santé demeure non seulement un outil pertinent pour améliorer la performance des formations sanitaires, mais également un instrument d'amélioration des pratiques budgétaires. Ainsi les difficultés liées à l'insuffisance du personnel qualifié, à l'insuffisance du matériel médico-technique, à la prise en charge des couches les plus vulnérables sont des dysfonctionnements auxquels sont confrontées les formations sanitaires.

Par ailleurs, l'absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires, la non maîtrise des règles de passation des marchés publics par les acteurs de la zone et l'absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables ont respectivement été révélées par nos recherches comme facteurs étant à la base des difficultés. Par conséquent, l'amélioration de la prise en charge des patients passe par la signature des contrats de prestations de service avec du personnel qualifié, le renforcement des capacités d'intervention des acteurs de la zone sur les règles et procédures de passation des marchés publics en vue des commandes du matériel médico-technique. Il faut également mettre l'accent sur le recrutement mixte des indigents afin de traduire dans les faits leur prise en charge. Mais il va falloir que les responsables de la zone sanitaire et les autorités centrales aient constamment à l'esprit de renforcer la capacité de la zone sanitaire à travers une politique de rationalisation des soins, de dotation des ressources adéquates et de formation des agents selon les besoins.

Le FBR en tant que outil d'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015 et aussi une stratégie de renforcement de la qualité des soins mérite d'être généralisé à toutes les formations sanitaires du pays et sa pérennisation doit être un souci constant pour les autorités sanitaires à tous les niveaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- 1) DUCALET P. et LAFORCAIE M. (2000), « **PENSER LA QUALITE DANS LES INSTITUTIONS SANITAIRES ET SOCIALES, sens, enjeux et méthodes** » Ed.SeliArslem, Paris
- 2) FOURCADE A, DURIEUX P. (1997) « **La démarche qualité dans un établissement de santé** ». Les guides de l'APHP, Ed. Doin, Paris
- 3) GOBBERSD (2004): « **Qualité et accès aux soins en milieu urbain, Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey** », Sénégal
- 4) LECLLET H. et VILCOT C. (2000) « **Construire le système qualité d'un établissement de santé** » ; édition AFNOR ; ISBN
- 5) LOUAPE Bertrand : « **La qualité, s'il vous plaît !** » ; Editions d'organisation (1993)

MEMOIRES

- 1) AZONDEKON, (2004) « **Contribution à l'amélioration de la politique d'approvisionnement en produits pharmaceutiques à la pharmacie du CNHU** » Mémoire UAC/AHUI I
- 2) AKPOVOR. K. E. (2007), « **Approche pour une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi** » mémoire UAC/AHUI, cycle II
- 3) BALLO, S. A (2009) ,« **Contribution à l'amélioration de l'offre des soins à l'hôpital de zone de Côme.** » Mémoire UAC/AHUI II
- 4) HOUNSOU, A. (2007) « **Réflexion sur une meilleure mise en œuvre de la démarche qualité dans les structures hospitalières par la direction des hôpitaux** » mémoire UAC/AHUI, cycle II

5) MADINDE OKE M. A. (2012), « **L’impact des plans d’action du bureau de zone sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d’Abomey-Calavi/ Sô-Ava** » mémoire UAC/AHUI, cycle II

TEXTES REGLEMENTAIRES

- 1- Décret n° 2005-611 du 23 septembre 2005 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires.
- 2- Arrêté n° 10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 08 novembre 2005 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement de l’Equipe d’Encadrement de la zone sanitaire. (EEZS)
- 3-Arrêté n° 10196/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 19 octobre 2006 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du comité de santé de la zone sanitaire. (CS/ZS)
- 4-Arrêté n° 6033/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 14 décembre 1998 portant création de la zone sanitaire de Banikoara dans le système sanitaire de la République du Bénin.

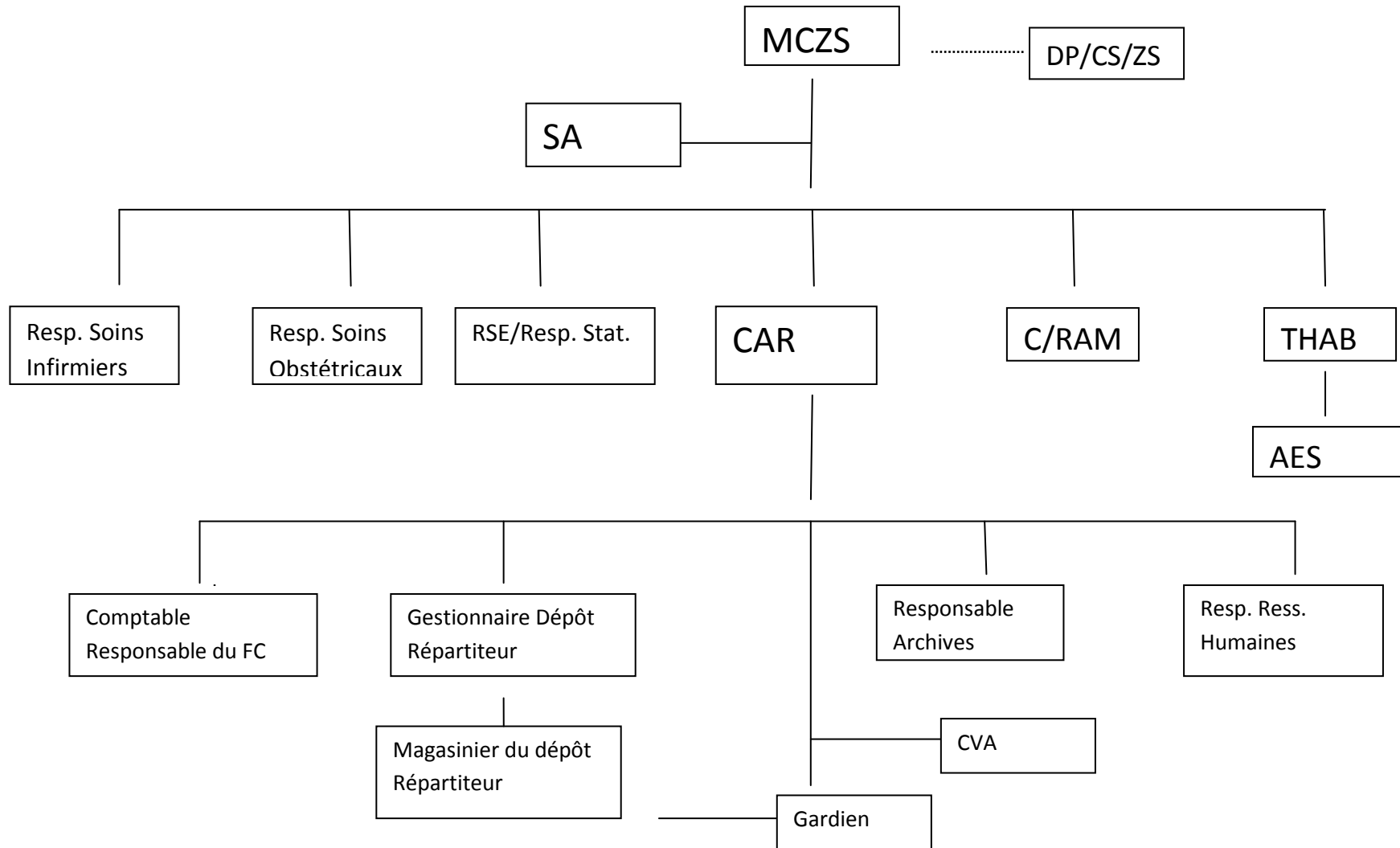
AUTRES DOCUMENTS

- 1-Annuaire statistiques de la ZS de Banikoara, 2010 et 2011
- 2-Audit de gestion des ressources des bureaux de coordination de zone sanitaire et des hôpitaux de zone, PISAF/USAID-Bénin août 2011.
- 3-Document de cadrage du financement basé sur les résultats, financement Banque Mondiale, version 1, décembre 2011.
- 4-Guide pratique de procédures FBR au Bénin, financement Banque Mondiale, version 1, décembre 2011.
- 5-Manuel de procédures de gestion des ressources du bureau de coordination de la zone sanitaire, PISAF/USAID-Bénin, novembre 2010.

ANNEXES

- 1- Organigramme du bureau de zone,
- 2- Questionnaire d'enquête,
- 3- Point des réponses de la question n°1 relative à l'insuffisance du personnel qualifié
- 4- Point des réponses de la question n°2 relative à l'insuffisance du matériel médico-technique
- 5- Point des réponses de la question n°3 sur le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables
- 6- Grille d'évaluation trimestrielle de la qualité technique du centre de santé,
- 7- Synthèse sur l'évolution des scores de qualité des centres de santé en 2013
- 8- Evolution des prévisions de recettes par formation sanitaire
- 9- Evolution des achats en médicaments par formation sanitaire

Annexe n°1 : ORGANIGRAMME DU BUREAU DE COORDINATION DE LA ZONE SANITAIRE DE BANIKOARA



Annexe n°2 : Questionnaire d'enquête adressé aux membres EEZS, chefs-poste, responsables de maternité.

Le présent questionnaire, qui se veut anonyme, est pour la réalisation d'une recherche diagnostic dans le but de rédiger notre mémoire de fin de formation du cycle II en Administration Hospitalière Universitaire et d'intendance, à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature. sur « L'amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre optimale du FBR dans la ZS de Banikoara.»

Son remplissage de manière fidèle et objective constituerait votre apport qui nous aidera à mieux cerner les insuffisances liées à la qualité des soins offerts aux populations afin de proposer des solutions appropriées. Merci pour votre compréhension et votre franche collaboration.

Veuillez répondre aux questions ci-après en cochant la case correspondante.

I- Quelle est selon vous la cause liée à l'insuffisance du personnel qualifié dans la zone ?

4) Insuffisance de recrutement du personnel qualifié par l'Etat ?

5) Mauvaise répartition du personnel par l'Etat ?

6) Absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires ?

II- Quelle est selon-vous la raison qui explique l'insuffisance du matériel médico-technique ?

• Inexistence d'un planning de maintenance préventive ?

• Irrégularité des inventaires du matériel médico-technique ?

• Non maîtrise par les responsables des centres de santé des règles et procédures de passation des marchés publics ?

III- A votre avis qu'est-ce qui explique le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables ?

- Mauvais accueil des couches les plus vulnérables ?
- Rupture et non renouvellement des kits d'urgence pour les malades bénéficiaires ?
- Absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus vulnérables ?

ANNEXE N°3 Point des réponses de la question n°1 relative à l'insuffisance du personnel qualifié

Modalités	Nombre d'observation	Fréquences relatives
Insuffisance de recrutement du personnel qualifié par l'Etat	13	19%
Mauvaise répartition du personnel par l'Etat	10	14%
Absence d'une autonomie de gestion des formations sanitaires	46	67%
TOTAL	69	100%

ANNEXE N°4 : Point des réponses de la question n°2 relative à l'insuffisance du matériel médico-technique

Modalités	Nombre d'observation	Fréquences relatives
Inexistence d'un planning de maintenance préventive	14	20%
Irrégularité des inventaires du matériel médico-technique	7	10%
Non maîtrise par les responsables des structures sanitaires des règles et procédures de passation des marchés publics	48	70%
Total	69	100%

Source : question n°2

ANNEXE N°5 : Point des réponses de la question n°3 sur le faible accès aux soins des couches les plus vulnérables

Modalités	Nombre d'observation	Fréquences relatives
Mauvais accueil des couches les plus vulnérables	11	16%
Rupture et non renouvellement des kits d'urgences pour les malades bénéficiaires	14	20%
Absence d'une politique rigoureuse de prise en charge des couches les plus défavorisées	44	64%
TOTAL	69	100%

ANNEXE 6 : Check-list qualité centre de santé

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

GRILLE D'EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITE

TECHNIQUE DU CENTRE DE SANTE

INFORMATIONS GENERALES

- IDENTIFICATION DU CENTRE DE SANTÉ

Centre de santé de :		
CS		
Statut : Public <input type="checkbox"/> Agréé <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>		
Pop. desservie :	Nombre de lits:	Nb personnel A1:
Ratio personnel	Nombre lits/1000	Nb personnel A2:
		Nb personnel A3 :
		Nb personnel B3 :
Nom du Responsable :		Téléphone :
B.P :	E-mail :	

EVALUATEURS

No	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

**SYNTHESE TRIMESTRIELLE DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITE DU CENTRE DE
SANTÉ**

N	ACTIVITÉ ÉVALUÉE	Points Disponibles	Points attribués	%	Observations
1	Activités générales	300			
2	Suivi évaluation/SIS	195			
3	Hygiène, Environnement et Stérilisation	220			
4	Consultation externe et Hospitalisation	350			
5	Maternité	235			
6	Consultation Périnatale	150			
7	Planning familial	110			
8	Vaccination et suivi des nourrissons	130			
9	Lutte contre le VIH/SIDA	270			
10	Tuberculose et Lèpre	150			
11	Laboratoire	71			
12	Petite chirurgie	53			
13	Gestion des Médicaments	205			
14	Gestion financière	200			
TOTAL		2 639			

Tableau N°7 Synthèse sur l'évolution des scores de qualité des centres de santé en 2013

N°	Formations sanitaires	T2	T3	T4
1	Arbonga	49,19%	51,92%	54,96
2	Banikoara	63,76%	73,08%	68,67%
3	Founougo	53,59%	34,43%	39,56%
4	Gbassa	50,47%	51,71%	50,77%
5	Gbéniki	46,96%	58,13%	58,44%
6	Gomparou	48,63%	51,11	53,59%
7	Ounet	52,82%	42,09%	56,63%
8	Goumori	55,43%	62,49%	58,73%
9	Igrigou	35,07%	36,91%	32,55%
10	Kokiborou	40,59%	32,28%	26,65%
11	Kokey	42%	50,56%	59,66%
12	Simpérou	27,03%	32,89%	29,04%
13	Sompérékou	48,59%	52,91%	46,54%
14	Toura	59,07%	64,93%	58,08%
15	Yampogou	39,01%	40,98%	45,08%
16	Hôpital	49,81%	60,11%	60,56%

Source : bureau de l'assistant technique du FBR

Annexe n°8 : Evolution des prévisions de recettes par formation sanitaire de 2010 à 2013

Formation sanitaire	2010	2011	2012	2013
<i>Founougo</i>	<i>20 070 890</i>	<i>25 443 138</i>	<i>22 392 329</i>	<i>29 347 547</i>
<i>Gomparou</i>	<i>13 342 800</i>	<i>16 154 000</i>	<i>15 985 424</i>	<i>26 263 007</i>
<i>Goumori</i>	<i>15 860 754</i>	<i>17 860 000</i>	<i>22 392 329</i>	<i>29 423 126</i>
<i>Ounet</i>	<i>12 371 106</i>	<i>13 651 106</i>	<i>17 975 517</i>	<i>23 266 038</i>
<i>Toura</i>	<i>12 380 590</i>	<i>14 066 334</i>	<i>18 306 110</i>	<i>22 530 363</i>
<i>Banikoara</i>	<i>17 372 970</i>	<i>15 253 920</i>	<i>17 345 898</i>	<i>29 287 718</i>
<i>Gbassa</i>	<i>5 172 005</i>	<i>6 523 000</i>	<i>4 517 057</i>	<i>8 615 739</i>
<i>Gbéniki</i>	<i>3 021 664</i>	<i>6 144 616</i>	<i>5 249 585</i>	<i>9 928 400</i>
<i>Kokey</i>	<i>9 492 938</i>	<i>10 752 938</i>	<i>9 911 205</i>	<i>16 055 343</i>
<i>Sompérékou</i>	<i>11 340 000</i>	<i>12 641 491</i>	<i>13 640 273</i>	<i>19 577 010</i>
<i>Igrigou</i>	<i>2 824 308</i>	<i>5 652 056</i>	<i>3 812 517</i>	<i>6 127 587</i>
<i>Kokiborou</i>	<i>4 828 000</i>	<i>6 058 000</i>	<i>5 834 632</i>	<i>8 938 613</i>
<i>Yampogou</i>	<i>7 250 000</i>	<i>8 795 744</i>	<i>7 540 487</i>	<i>11 607 710</i>
<i>Hôpital</i>	<i>250 298 579</i>	<i>263 951 799</i>	<i>297 863 628</i>	<i>373 053 972</i>

Source : Budget ZS 2010 à 2013

Tableau n° 9 : évolution des achats en médicaments par formation sanitaire de 2010 à 2013

Formation sanitaire	2010	2011	2012	2013
Founougo	7 405 655	7 912 400	8 918 115	7 825 074
Gomparou	5 010 025	5 365 312	5 743 119	4 641 635
Goumori	6 978 704	6 982 121	6 981 686	5 849 678
Ounet	4 896 415	5 196 218	5 812 002	5 642 062
Toura	5 029 201	5 309 153	5 326 113	5 073 235
Banikoara	4 891 216	5 013 022	5 748 910	6 727 013
Gbassa	1 425 015	1 612 310	1 607 320	2 630 457
Gbéniki	900 315	904 048	908 486	923 524
Kokey	2 306 406	2 402 812	2 465 315	2 786 596
Sompérékou	6 205 401	6 408 313	6 473 200	5 202 066
Igrigou	1 212 303	1 125 310	1 416 302	1 627 127
Arbonga	408 305	305 352	467 205	249 627
Kokiborou	1 004 216	1 029 012	1 000 311	969772
Yampogou	3 542 011	3 349 133	3 816 215	4 056 837
Hôpital	42 352 181	45 324 526	43 619 010	49 793 412

Source : dépôt répartiteur de la zone

TABLE DES MATIERES

Titres	Pages
Identification du jury	i
Déclaration d'engagement.....	ii
Dédicaces.....	iii
Remerciements	iv
Liste des sigles et abréviations	v
Liste des tableaux	vi
Liste des graphiques	vii
Glossaire de l'étude	viii
Résumé	ix
Sommaire.....	x
Introduction	1-3
Chapitre premier : Cadre contextuel de l'étude, état des lieux et ciblage de la problématique.....	4
Section 1 : cadre contextuel de l'étude et les observations de stage au bureau de zone	5
Paragraphe 1 : présentation du cadre contextuel et du cadre physique	5
I)Présentation du cadre institutionnel : la zone sanitaire de Banikoara	5
A- l'historique	5
B- les structures et organes de la zone sanitaire de Banikoara	8

1-les structures sanitaires	8
2-les organes de gestion de la zone sanitaire	8
a) Le comité de santé.....	9
b) L'Equipe d'Encadrement de la zone sanitaire	9
II-présentation du cadre physique : le bureau de zone.....	9
A) Les attributions de l'EEZS.....	9
B) La composition du personnel du bureau de zone.....	10
Paragraphe 2 : Etat des lieux et inventaire des constats	11
I-Les observations de stages sur les activités du bureau de zone de Banikoara :.....	11
A) Le contenu des plans d'action.....	11
B) L'exécution et le suivi des plans d'action.....	12
C) La gestion administrative	15
D) La gestion des ressources humaines	15
E) La mise en œuvre du FBR.....	16
1-le contrat de performance	16
2-la mesure de performance	17
3-le système de motivation	17
4-la vérification et le contrôle	18
II- Inventaire des éléments identifiés	22
A-inventaire des atouts (forces et opportunités)	22
B-inventaire des problèmes (faiblesses et menaces).....	22
Section 2 : ciblage de la problématique de l'étude	23

Paragraphe 1 : choix de la problématique et justification du sujet	23
I-regroupement des problèmes par centre d'intérêt : problématiques possibles	23
II- choix de la problématique de l'étude et justification du sujet	25
Paragraphe 2 : spécification et vision globale de résolution.....	26
I- spécification de la problématique.....	26
II-vision globale de résolution des problèmes spécifiés	27
A- vision globale de résolution des problèmes spécifiques.....	28
B- synthèse des approches génériques identifiées et les séquences de résolution de la problématique	29
1-synthèse des approches par problème.....	29
2-séquence de résolution de la problématique	30
Chapitre deuxième : définition du cadre théorique et méthodologie de l'étude, réalisation des enquêtes et suggestions	31
Section 1: cadre théorique et méthodologie de l'étude.....	32
Paragraphe 1 : objectifs, hypothèses de l'étude et revue de littérature.....	32
I-fixation des objectifs	32
A-Objectif général.....	33
B-Objectifs spécifiques	33
II-Identification des causes possibles, formulation des hypothèses liées aux différents problèmes en résolution et construction du tableau de bord de l'étude	33
A-Identification des causes et formulation des hypothèses	34

1-Causes et hypothèse liées au problème spécifique de l'insuffisance du personnel qualifié	34
2-Causes et hypothèse liées au problème spécifique de l'insuffisance du matériel médico-technique	34
3-Causes et hypothèse liées au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.....	36
B-Construction du tableau de bord de l'étude	37
III-La revue de littérature	39
A-Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'insuffisance du personnel qualifié	39
B-Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'insuffisance du matériel médico-technique	40
C-Exposé des contributions antérieures sur le problème du faible accès aux soins des couches les vulnérables.....	41
Paragraphe II : Méthodologie adoptée	42
I-Dimension empirique	43
A-Objectif, cadre de l'enquête et population mère	43
1) Objectif de la collecte des données.....	43
2) Cadre de l'enquête et population mère	44
B) Nature des données : échantillonnage et spécification des données	44
1) Nature de la collecte des données	44
2) Echantillonnage.....	44
3) Spécification des données	44

C) Conception du questionnaire, technique de dépouillement et présentation des données.....	45
1) Conception du questionnaire	45
2) Technique de dépouillement.....	45
3) Outils de présentation des données.....	45
II-Dimension théorique	45
A) Choix théorique liée au problème spécifique de l'insuffisance du personnel qualifié.....	45
1-Présentation de la théorie retenue	45
2-Seuil de décision	46
B-Choix théorique liée à l'insuffisance du matériel médico-technique	46
1-Présentation de la théorie retenue	46
2-Seuil de décision	46
C-Choix théorique liée au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.....	47
1-Présentation de la théorie retenue	47
2-Seuil de décision	47
Section 2 : Enquêtes de vérification des hypothèses et suggestions	47
Paragraphe I-Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	47
I-Collecte, difficultés rencontrées et limites des données.....	48
A-Préparation et réalisation des enquêtes	48
B-Difficultés rencontrées et limites des données.....	48

II-Présentation, analyse des résultats de l'enquête et vérification des hypothèses.	49
A-Présentation et analyse des données	49
1-Présentation et analyse des résultats d'enquête par rapport à l'insuffisance du personnel qualifié	49
2-Présentation et analyse des résultats d'enquête par rapport à l'insuffisance du matériel médico-technique	50
3-Présentation et analyse des résultats d'enquête par rapport au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables.....	51
B-Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	52
1) Vérification des hypothèses	52
a-Degré de vérification de l'hypothèse n°1.....	52
b-Degré de vérification de l'hypothèse n°2	52
c-Degré de vérification de l'hypothèse n°3.....	52
2-L'établissement du diagnostic	53
a) Élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°1	53
b) Élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°2.....	53
c) Élément de synthèse du diagnostic lié au problème spécifique n°3	53
Paragraphe 2 : Approche de solutions et conditions de mise en œuvre.....	53
I-Approche de solution.....	53
A-Approche de solution au problème de l'insuffisance du personnel qualifié	54
B- Approche de solution au problème de l'insuffisance du matériel médico-technique	54

C-Approche de solution au problème au faible accès aux soins des couches les plus vulnérables	55
II-Conditions de mise en œuvre	55
1-Condition de mise en œuvre du problème spécifique n°1	55
2- Condition de mise en œuvre du problème spécifique n°2.....	56
3-Condition de mise en œuvre du problème spécifique n°3	56
B-Tableau de synthèse de l'étude	57
Conclusion.....	60
Références bibliographiques	61-62

Annexes

Table des matières