REPUBLIQUE DU BENIN

&&&&&&&&&&

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

&&&&&&&&&&

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

&&&&&&&&&&

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

&&&&&&&&&&

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

Option : Administration des Finances

Filière : Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance

Promotion : 2009-2011

THEME :

L'IMPACT DES PLANS D'ACTION DU BUREAU DE ZONE SUR LES INDICATEURS DE SANTE DANS LA ZONE SANITAIRE D'ABOMEY-CALAVI / SO-AVA.

Réalisé et soutenu par:

Marcelle A. MADINDE OKE

Sous la direction de :

Maître de Stage
Séraphin K. HOGBONOUTO
Médecin-coordonnateur
Zone Sanitaire Calavi/Sô-Ava

Directeur de Mémoire
Clément DJOHOUN
Docteur ès Sciences Economiques
Professeur-Assistant à l'ENAM

Mars 2012

IDENTIFICATION DU JURY D'EVALUATION DU MEMOIRE

Président: Emmanuel **HOUNKOU**

Vice-président : Hugues B. M. **TCHIBOZO**

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

DEDICACES

♥ A vous, mon feu père, Rigobert MADINDE, père arraché à sa progéniture à la veille de mon accès au savoir! En moi se cristallise la détermination d'assouvir chaque jour votre ardent souhait.

♥ A vous, ma tendre mère, Elisabeth KEMAMOU, pour votre ténacité et votre dignité, en dépit des vicissitudes de la vie, pour la forte affection maternelle dont vous m'avez toujours enveloppée ! Très lourde est ma dette de gratitude.

♥ A toi, mon très cher époux Clément OKE, pour ta compréhension et tes soutiens inestimables ! Ta contribution à cette œuvre est le gage de ton amour pour moi et de ta volonté d'asseoir notre ménage sur un rocher ! Voici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

♥ A vous, mes merveilleux enfants : Sèmadégbé, Mèdessè, Sènou et Sèdo. Que cette œuvre suscite en vous l'ambition et le désir d'aller plus loin dans les études.

♥ A toi, ma domestique Sèhouèdé pour ton assistance. Trouve à travers ce travail mon désir de faire de toi, une fille épanouie et une adulte comblée dans l'avenir.

♥ A vous mes frères et sœurs pour votre soutien de tout genre. Puisse cette œuvre raffermir notre fraternité !

Remerciements.

- A notre directeur de mémoire, Monsieur ***Clément DJOHOUN*** pour avoir mis à notre disposition toute l'expertise nécessaire pour la réalisation de ce mémoire.
- Au ***Dr Séraphin HOUGBONOUTO***, notre maître de stage et à tout son staff pour l'encadrement.
- A Monsieur le Représentant Résident de la Coopération Technique Belge (CTB) au Bénin et à tout le personnel de la CTB pour leur soutien financier et technique.
- A tous nos professeurs de l'ENAM qui n'ont ménagé aucun effort pour nous assurer une formation de bonne qualité.
- A tout le personnel du Service des Etudes, de la Planification et du Suivi de la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral.
- A tout le personnel administratif de l'ENAM pour son dévouement.
- A toute la promotion 2009-2011, AHUI, CYCLE II, ENAM.
- Aux membres du jury pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant d'apprécier ce travail.
- A tous ceux qui, de près ou de loin, ont aidé pour la réalisation de ce mémoire.

Liste des sigles et abréviations

BN: Budget National.

CAR : Chargé de l'Administration et des Ressources.

CASES : Centre d'Action, de Solidarité pour l'Evolution de la Santé.

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.

COGECS: Comité de Gestion de Centre de Santé.

CPN: Consultation Prénatale.

CRS : Catholic Relief Service.

CS/ZS: Comité de Santé de Zone Sanitaire.

CSA : Centre de Santé d'Arrondissement.

CSC : Centre de Santé de Commune.

DDS ATL-LIT : Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral.

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.

PALP: Programme d'Appui à la Lutte contre le Paludisme.

PISAF : Projet Intégré de Santé Familiale.

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire.

SIGFiP: Système Intégré de Gestion des Finances Publiques.

UVS : Unité Villageoise de Santé.

VAT: Vaccin antitétanique.

ZS : Zone Sanitaire.

ZS/AS : Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi / Sô-Ava.

Liste des tableaux

Tableau et N°		Titres	Pages
Tableau n°1	:	Composition du Comité de Santé.	9
Tableau n°2	:	Composition de l'EEZS.	10
Tableau n°3	:	Synthèse des taux d'exécution physique de 2006 à 2010.	21
Tableau n°4	:	Synthèse des taux d'exécution physique de 2006 à 2010 (avec les activités intégralement réalisées)	22
Tableau n°5	:	Synthèse des taux d'exécution financière des activités de 2006 à 2010.	23
Tableau n°6	:	Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêts : problématiques possibles.	34
Tableau n°7	:	Synthèse des approches génériques.	40
Tableau n°8	:	Tableau de bord de l'étude.	48
Tableau n°9	:	Classement des tâches selon le principe d'EINSENHOWER.	52
Tableau n°10	:	Récapitulatif des éléments de diagnostic.	68
Tableau n°11	:	Modèle de canevas de suivi et évaluation d'activité.	71
Tableau n°12	:	Tableau de synthèse de l'étude.	75

Liste des graphiques

Graphique et N°		Intitulés	Pages
Graphique n°1	:	Comparaison des taux d'exécution physique et financière des plans d'action de 2006 à 2010.	23
Graphique n°2	:	Causes de l'élaboration mécanique des plans d'action.	61
Graphique n°3	:	Causes du faible taux d'exécution des plans d'action.	63
Graphique n°4	:	Causes du manque de suivi des plans d'action.	64
Graphique n°5	:	Causes du faible niveau d'atteinte des indicateurs	65

Glossaire de l'étude

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

Impact : effet produit par quelque chose, influence qui résulte de quelque chose, changement positif induit par une action.

Indicateur : un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un évènement qui permet de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps

Maternité isolée : un centre de santé ne disposant pas du service dispensaire.

Monitoring : une 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.

Plan d'action annuel : un 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.

Zone sanitaire : est un 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

Le Bénin, en faisant l'option des zones sanitaires, cherche essentiellement à garantir, à sa population des villes et campagnes, des soins de santé de bonne qualité et à un coût réduit. Chacune des zones sanitaires créées devrait ainsi œuvrer pour un meilleur état de santé des populations à travers l'amélioration des principaux indicateurs de santé. Mais nos observations dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi-Sô-Ava révèlent que ces indicateurs, pour la plupart, restent faibles.

Cette situation nous a amenée à examiner l'impact des plans d'action du bureau de zone sur les indicateurs de santé. Le problème général réside dans le fait que les plans d'action du bureau de zone impactent très peu les indicateurs de santé dans la zone.

Pour résoudre ce problème, nous avons fixé comme objectif général de contribuer à l'amélioration de l'impact des plans d'action sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. Il se décline en objectifs spécifiques ci-après:

- ✓ Suggérer les conditions d'une élaboration objective des plans d'action ;
- ✓ proposer des mesures pour l'augmentation des taux d'exécution des plans d'action ;
- ✓ suggérer un plan de suivi et évaluation de l'exécution des plans d'action ;
- ✓ proposer des mesures pour une amélioration du niveau des indicateurs de santé.

Par rapport à chaque problème spécifique, nous avons supposé des causes et émis des hypothèses. Une enquête a été réalisée. La confrontation des résultats de l'enquête à nos causes supposées nous a permis de vérifier nos hypothèses et d'aboutir aux diagnostics suivants :

- l'élaboration mécanique des plans d'action est due à la non maîtrise des objectifs du PNDS et là à non implication de tous les acteurs ;
- le faible taux d'exécution des plans d'action est dû aux interférences des supérieurs hiérarchiques et à la non implication de tous les acteurs;
- le manque de suivi de l'exécution des plans d'action se justifie par l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation;
- le faible niveau d'atteinte des indicateurs dans la zone est dû à la méconnaissance des indicateurs nationaux.

Les diagnostics étant posés, nous avons proposé des approches de solutions qui se résument à :

- la détermination effective des activités par l'EEZS ;
- la réalisation et la vulgarisation des extraits du PNDS ;
- La formation des acteurs à cet effet ;
- la composition objective des équipes de travail ;
- la priorisation des activités programmées par la zone ;
- la délégation des tâches ;
- la conception d'un plan de suivi et évaluation ;
- la formation des acteurs pour la mise en œuvre de ce plan ;
- la réalisation des brochures relatives aux différents indicateurs ;
- la formation des agents sur ces indicateurs.

La mise en œuvre réelle et efficiente de ces solutions suppose des préalables. Ce qui nous a amenée à définir, pour les différents acteurs du secteur de la santé, des conditions de mise en œuvre de ces solutions.

SOMMAIRE.

Introduction.

Chapitre premier : Du cadre institutionnel et physique de l'étude à la vision globale de résolution de la problématique.

Section1 : Le cadre institutionnel de l'étude et les observations de stage au bureau de zone.

Section : Le ciblage, la spécification et la vision globale de résolution de la problématique.

Chapitre deuxième : Du cadre théorique et méthodologique de l'étude aux conditions de mise en œuvre des solutions.

Section 1 : Du cadre théorique à la méthodologie de l'étude.

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

Conclusion.

Bibliographie.

Annexes.

Table des matières.

INTRODUCTION

Du temps colonial au lendemain des indépendances, le peuple béninois, comme beaucoup d'autres peuples africains, accédait gratuitement aux soins de santé. C'était la belle époque où les pharmacies d'approvisionnement (PHARMAPRO) mettaient gracieusement à la disposition des centres de santé les médicaments, les consommables médicaux et autres matériels, nécessaires à la prise en charge des patients dans toutes les villes et campagnes de notre pays.

Cette gratuité relative a duré jusqu'au moment où les dépenses en santé ont commencé par peser lourd sur le budget national. Il a fallu successivement la Conférence d'Alma Ata en 1978, celle d'Hararé en 1981, la 37ème session du Comité Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé en septembre 1987 (adoption de la résolution AFR/RC 37 /R6 connue sous le nom de « l'Initiative de Bamako »), puis la Conférence de Lusaka (opérationnalisation de l'initiative de Bamako) en décembre 1987, pour qu'on ait une implication et une participation de la communauté aux actions de santé.

Au Bénin, les différents Gouvernements, qui se sont succédé, ont pris des textes pour asseoir la base juridique de la décentralisation du système de santé et la participation communautaire. Il s'agit essentiellement de :

- la loi 88-444 du 18 novembre 1988, portant autorisation de la vente des médicaments essentiels et de la rétention des recettes dans les formations sanitaires ;
- l'arrêté N° 675 du 27 févier 1989, définissant les responsabilités financières des formations sanitaires et les procédures de gestion des recettes ;

- 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 ;
- Le décret N° 2005-611 du 28 septembre 2005, modifiant 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.

Désormais la décentralisation est devenue une réalité dans le secteur de la santé. Trente quatre (34) zones sanitaires (ZS) sont créées. Chacune d'elles est devenue une entité d'opérationnalisation par excellence des actions de santé. Chaque ZS doit garantir aux populations l'accès à des soins de bonne qualité et à un coût réduit.

La zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava s'inscrit dans cette perspective. C'est pourquoi le bureau de zone se dote chaque année d'un plan d'action afin d'offrir à sa population les soins de bonne qualité et à un coût réduit. Des supervisions, des évaluations, divers formations et recyclages du personnel pour le renforcement des capacités sont programmés systématiquement et réalisés tous les ans. Les plans d'action renferment 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. Cette situation, pour le moins paradoxale, nous a amenée à réaliser notre étude sur « ***l'impact des plans d'action du bureau de zone sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava***. »

Après une analyse des plans d'action et des indicateurs sur une durée de cinq (05) ans, nous essayerons d'identifier les facteurs qui limitent les effets attendus des plans d'action. Ensuite nous allons proposer des solutions, pour améliorer la

conception et la mise en œuvre des plans d'action, afin que ces derniers impactent utilement les indicateurs de santé.

Pour une meilleure visibilité, notre étude sera restituée en deux chapitres. Le premier chapitre nous permettra de présenter le cadre de notre étude, de restituer l'état des lieux, de cibler la problématique de l'étude et de définir la vision globale de résolution de la problématique. Le second chapitre sera consacré à la détermination du cadre théorique et méthodologique de l'étude, à l'analyse des résultats d'enquêtes, à l'établissement du diagnostic ainsi qu'aux propositions de solutions et à leurs conditions de mise en œuvre.

CHAPITRE PREMIER

DU CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE A LA VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE.

Dans le présent chapitre nous aborderons la présentation du cadre institutionnel de notre étude et nous exposerons nos observations de stage au bureau de zone (section 1). Par ailleurs nous procèderons au ciblage de la problématique de l'étude et à la détermination de la vision globale de résolution de la problématique (section 2).

Section 1 : Le cadre institutionnel de l'étude et les observations de stage au Bureau de Zone.

Nous présentons ici le cadre institutionnel et physique de notre étude (paragraphe 1) avant de restituer les observations faites sur les lieux de stage (paragraphe 2).

Paragraphe 1. La présentation du cadre institutionnel et du cadre physique.

I. La présentation du cadre institutionnel : la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

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, arrondissement, commune et département. Trois principaux niveaux de soins ressortaient de cette organisation :

- ✓ 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) ;

- ✓ 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. 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. Elle est l'équivalent de ce que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) désigne par « district sanitaire ».

Au Bénin, on compte trente quatre (34) zones sanitaires dont celle d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava.

Située dans le département de l'Atlantique, et créée par l'arrêté N° 2225/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 avril 2000, elle est l'une des sept zones sanitaires des départements de l'Atlantique et du Littoral. Constituée de deux (02) communes, la commune d'Abomey-Calavi et celle de Sô-Ava, elle dessert une population de 514 379 habitants selon la projection 2011 du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002. Elle est répartie dans 16 arrondissements et 113 villages. La commune d'Abomey-Calavi compte 9 arrondissements et 71 villages puis celle de So-Ava 7 arrondissements et 42 villages.

La zone sanitaire d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava dispose de quinze (15) centres de santé conformes (CS), deux (02) Centres d'Action, de Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES) dont un non fonctionnel, d'une maternité

isolée (MI), de deux (02) Centres de dépistage de la tuberculose (CDT). Tout cet ensemble de centres de santé gravite autour de l'hôpital de zone implanté à Abomey-Calavi avec une capacité d'une centaine de lits.

Cette zone sanitaire est limitée au nord par la commune de Zè au sud par le département du littoral et l'océan Atlantique, à l'est par les communes d'Adjohoun, de Dangbo, des Aguégués et à l'ouest par les communes de Tori-Bossito et de Ouidah. Elle couvre une superficie de 868 Km².

B- Les structures et organes de la zone sanitaire d'Abomey-Calavi.

Pour atteindre les objectifs poursuivis par la réforme, la zone sanitaire d'Abomey-Calavi dispose de certains structures et organes.

- ***Les structures sanitaires.***

Compte tenu du statut juridique peu clair qui caractérise la plupart des structures sanitaires privées, nous nous intéresserons essentiellement aux centres de santé publics.

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

- un hôpital de zone installé à Abomey-Calavi;
- quinze (15) centres de santé publics conformes que sont les centres de santé de : Abomey-Calavi, Akassato, Cococodji, Dèkoungbé, Ganvié, Glo-Djigbé, Godomey, Hêvié, Houédo-Aguékon, Kpanroun, Ouèdo, Sô-Ava, Togba, Womey et Zinvié ;
- deux (02) CASES : Ahomey Lokpo et Abomey-Calavi (non fonctionnel) ;
- une maternité isolée : Kinto-Oudjra ;
- deux (02) Centres de Dépistage de Tuberculose (CDT) : le CDT de Sotchanhoué et le CDT d'Abomey- Calavi ;
- le dépôt répartiteur de médicaments de la zone ;
- un bureau de coordination de la zone.

- ***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°2005-10196/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 19 octobre 2005, portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du Comité de Santé de la zone sanitaire ;
- l'arrêté N°2005- 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.

- **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.

L'actuel Comité de santé de la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava se compose comme il suit :

Tableau N°1 : Composition du Comité de Santé.

-**Membres du CS/ZS**	**Observations**
Le Médecin -coordonnateur de Zone (MCZS)	Membres à pouvoir consultatif
Le Directeur de l'Hôpital de Zone (HZ)	
Quatre (04) Présidents COGECS	élus par leurs pairs
Deux représentants permanents des maires	Représentants des 2 maires
Un représentant du secteur privé social	Désigné en son sein
Un représentant du secteur privé libéral	Désigné en son sein
Deux représentants du personnel, dont un APE et un ACE	provenant, l'un de l'HZ et l'autre d'un CS périphérique
Le représentant de la Directrice Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral	-

Source *: résultats de nos recherches*

- ***L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire.***

Elle est l'organe exécutif et technique de la zone sanitaire. Pluridisciplinaire, elle 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.

Actuellement l'EEZS d'Abomey-Calavi/So-Ava se compose comme il suit :

Tableau N°2 : Composition de l'EEZS.

N° d'ordre	Titre
1.	Le Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
2.	Le Directeur de l'Hôpital de Zone
3.	Le Chargé de l'Administration et des Ressources de la Zone Sanitaire (CAR/ZS)
4.	Les deux (02) Médecins-Chefs de Calavi et Sô-Ava
5.	Sept (07) chefs de services techniques de l'HZ
6.	Le chef de service Action Sociale
7.	Le chef de Service Analyses Biomédicales
8.	La Technicienne d'hygiène et d'assainissement
9.	la chargée de la surveillance épidémiologique
10.	La Responsable des Statistiques de la Zone
11.	L'infirmière responsable des soins infirmiers
12.	La sage femme responsable des soins obstétricaux

***Source** : résultats de nos recherches*

II- La présentation du cadre physique : le bureau de zone.

Le bureau de zone, encore appelé bureau de coordination, est le noyau dur qui programme et coordonne les activités de la zone. 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.

A- Les attributions du bureau de zone.

Le bureau de coordination, comme nous l'avons dit, est ce noyau qui aide le médecin-coordonnateur et son équipe d'encadrement dans l'exécution de leurs tâches. Entre autres, nous pouvons retenir les attributions suivantes :

- 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 bureau de zone.

Sis dans l'enceinte de l'hôpital de zone de Calavi, le bureau de zone est composé comme ci-après :

- le bureau du médecin- coordonnateur ;
- le secrétariat du bureau de zone ;
- le bureau du chargé de l'Administration et des Ressources (CAR) de la ZS ;
- la comptabilité ;
- Le service d'hygiène et d'assainissement de base de la zone ;
- la cellule statistique de la zone ;
- la cellule de surveillance épidémiologique ;
- la cellule des soins infirmiers et obstétricaux.

1°- Le bureau de médecin-coordonnateur.

Ainsi que son nom l'indique, le médecin-coordonnateur assure la coordination de toutes les activités de santé de la zone sanitaire. A ce titre il :

- assure la planification et la mise en œuvre des activités ;
- assure le fonctionnement harmonieux du système d'information ;
- assure la gestion des ressources humaines ;
- met en place des services de qualité ;
- supervise le personnel dans la mise en œuvre des activités;
- assure la gestion des crédits délégués, des apports des partenaires et des fonds du financement communautaire et des autres subventions;
- ordonne le budget et veille à son exécution ;
- participe aux prestations des soins médicaux, à l'organisation du système de référence et de contre-référence ;
- délègue une partie de ses pouvoirs au CAR et aux médecins-chefs.

2°- ***Le secrétariat du bureau de zone.***

Il est chargé, sous la supervision du CAR/ZS, de l'accueil des usagers, de la réception et du traitement des courriers, de la préparation et de la saisie des correspondances de la zone, de l'enregistrement et de l'expédition des courriers ; du classement et de l'archivage des dossiers.

3°- Le bureau du CAR/ZS.

Il s'occupe aussi bien du volet administratif que managérial. Au plan administratif, il coordonne toutes les activités du secrétariat ; veille à la vulgarisation, au respect et à l'application des textes ; assure l'organisation matérielle des réunions, des formations et des ateliers ; élabore les projets de

recrutement et de répartition du personnel ; initie la description de poste de tout le personnel ; suit les mouvements et la carrière du personnel ... .

Au plan managérial, il est chargé de l'élaboration, du suivi et du contrôle du budget et du plan d'action ; il programme les activités courantes de la zone ; assure la gestion des ressources humaines, matérielles et financières de la zone.

4°- La division de la comptabilité.

Placée sous l'autorité du CAR, elle est responsabilisée pour les finances et la comptabilité de la zone sanitaire. Entre autres tâches, elle est chargée de :

- élaborer le projet du plan d'action et du budget de la zone avec le CAR ;
- tenir la comptabilité générale et analytique du bureau de la zone sanitaire ;
- consolider la comptabilité de la zone ;
- gérer la caisse de menues dépenses ;
- participer aux supervisions, aux travaux d'inventaire, de monitoring et de réception des biens matériels ;
- préparer les rapports financiers ;
- assiste le CAR dans la production des états financiers.

5°- Le service d'hygiène et assainissement de base.

Le technicien responsable de l'hygiène s'occupe de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base de la zone sanitaire. Dans ce cadre, il supervise le personnel d'entretien, sensibilise les populations sur les règles d'hygiène, assure la gestion des déchets biomédicaux et le contrôle des ouvrages d'assainissement et des denrées alimentaires.

6°- La cellule statistique.

Cette cellule s'occupe essentiellement de la collecte, du traitement et de l'analyse des données sanitaires. Elle produit les rapports statistiques des activités et élabore l'annuaire statistique de la zone sanitaire.

7°- La cellule de la surveillance épidémiologique.

Elle s'occupe des affections sous surveillance pour tirer la sonnette d'alarme en cas de détection des cas.

8°- La cellule des soins infirmiers et obstétricaux.

Le responsable des soins obstétricaux organise les soins obstétricaux, participe au monitoring, appuie et supervise le personnel paramédical en soins obstétricaux et organise son recyclage et sa formation continue.

<u>Paragraphe 2</u> . Les observations de stage au bureau de zone : l'état des lieux.

Nous ferons les observations en nous intéressant aussi bien à l'analyse des plans d'action qu'aux indicateurs sur une période de cinq (05) ans.

I- L'état des lieux des plans d'action et des indicateurs de santé.

A ce niveau, nous examinons le contenu des plans d'action, leur mise en œuvre, leur suivi et les indicateurs.

A- L'examen des plans d'action.

❖ *Du contenu des plans d'action.*

Rappelons 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. Elle arrête donc les activités à exécuter au cours de l'année, et le bureau de coordination assure la mise en forme.

Mais il est à remarquer que les plans d'action sont beaucoup plus le produit des agents du bureau de zone que celui de l'EEZS. ***Ce qui pose le problème du manque d'implication réelle de tous les acteurs.***

Ensuite ces plans doivent s'inscrire dans les domaines prioritaires qui concourent à l'atteinte de la vision globale du ministère de la Santé. Cette vision est clairement définie dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS): « *Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois* ».

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 aperçue que les activités, 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.***

Par ailleurs, certaines activités sont affectées à des partenaires sans une garantie réelle et formelle de la part de ces derniers : 25% des activités mises sur le compte du Programme d'Appui à la Lutte contre le Paludisme (PALP), Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF) et Catholic Relief Service (CRS) en 2010 par exemple.

De même nous avons noté que les montants exacts du Budget National (BN) ne sont connus ou ne sont notifiés au gestionnaire de crédit qu'en février voire mars, c'est-à-dire bien après l'élaboration du plan d'action. Ce retard dans

la notification amène les acteurs de la zone à reconduire simplement les crédits des années antérieures. ***Ce qui soulève le problème du manque de sincérité et de précision des prévisions budgétaires.***

Ces quelques remarques posent le problème d'élaboration de plans d'action réalistes et crédibles par le bureau de la zone sanitaire d'Abomey-Calavi /Sô-Ava.

❖ *De l'exécution et du suivi des plans d'action.*

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 ***le non paiement des participations par beaucoup de centres.***

Ces fonds du financement communautaire sont complétés par l'appui du budget national pour assurer le fonctionnement correct du bureau de zone. Mais à ce niveau, il est noté ***des coupures fréquentes et les pannes répétées du réseau SIGFiP, l'amenuisement des crédits de l'Etat au fil des ans*** et ***l'abattement drastique de l'enveloppe financière*** allouée à la zone sanitaire en 2011.

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.

- Le monitoring

En effet, organisés semestriellement, les monitorings ont essentiellement pour objectifs de suivre, à travers le calcul de certains indicateurs, l'évolution des activités, d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des actions correctrices pour l'amélioration des indicateurs.

Dans cette zone, les monitorings ne se déroulent pas toujours à bonne date.

A titre illustratif, le monitoring du premier semestre de l'année 2011 n'a démarré que le 23 août et s'est poursuivi jusque dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre : soit deux mois de déroulement alors qu'elle devait durer selon la programmation quatre (04) jours. Mentionnons que les centres n'ont pas du tout été monitorés en 2010. Les deux semestres de 2010 n'ont été évalués qu'en 2011. Cela pose à notre avis un problème du ***non respect du chronogramme.***

La restitution du monitoring du premier semestre de l'année 2011 a eu lieu le 20 octobre 2011. Les acteurs ne prendront en compte les remarques que pour deux mois. Logiquement les résultats du second semestre ne connaîtront pas une amélioration notable. Pire cette restitution, qui devrait rassembler les responsables des centres, s'est faite avec moins d'une vingtaine d'agents. Tout le personnel de la commue de Sô-Ava était d'ailleurs absent parce que convié à une formation organisée par la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique-Littoral (DDS/ATl-LIT). ***Ce qui pose le problème d'interférence des supérieurs hiérarchiques.***

- La supervision

Il s'agit ici d'évaluer, non pas les activités mais la compétence des agents. Des équipes sont constituées au bureau de zone, par domaine d'activité, en vue de descendre dans les centres de santé périphériques, soit pour voir les agents faire (supervision directe), soit pour les évaluer à partir des supports qu'ils remplissent (supervision indirecte). Dans les deux cas, la supervision doit être formative. Les superviseurs, après les observations, relèvent les points positifs, les points à améliorer, et font sur place le feed-back ou une mini restitution suivie de recommandations aux supervisés. Puis le rapport définitif de la supervision est rédigé et envoyé aux supervisés et aux responsables hiérarchiques pour des mesures à prendre.

A ce sujet il est noté que les rapports de supervision ***ne font pas l'objet d'une exploitation judicieuse***. Autrement dit il n'y a pas de suivi des recommandations si bien que les supervisions apparaissent presque comme de simples formalités.

Par ailleurs, cette activité, ayant pour objectif principal d'aider les acteurs à s'améliorer, doit être exécutée par des agents professionnellement outillés, professionnellement avertis. Par exemple, il est souhaitable qu'une sage-femme ou une infirmière en service dans une maternité périphérique soit supervisée par un médecin-gynécologue ou par la sage-femme major de la zone…

Or nous avons remarqué par exemple que les cliniciens de l'hôpital de zone ne participent presque pas aux activités de supervision ou de monitoring. Cela dénote du ***manque d'intérêt aux activités de l'EEZS par les cliniciens.***

- Les inventaires.

Ils sont de deux types *:*

. l'inventaire annuel s'intéresse essentiellement aux patrimoines des structures et plus particulièrement aux matériels médico-techniques existants des structures de la zone ;

. l'inventaire semestriel se déroule dans les pharmacies des formations sanitaires. Il est d'une grande importance : il permet de suivre la gestion des pharmacies qui constituent en réalité le poumon du financement communautaire.

Il faut remarquer que très peu d'importance est accordée à cette activité. Bien que prévue, elle n'a pas été exécutée avant notre départ de la structure d'accueil.

Ces trois dernières activités constituent des activités de terrain qui nécessitent beaucoup de déplacements. Malheureusement le bureau de la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/So-Ava au moment où nous effectuons notre stage ne dispose d'aucun véhicule pour mener ses activités. Les agents se rendent sur

le terrain soit avec leur moyen de déplacement, soit par taxi. On note alors ***l'inexistence de matériel roulant pour mener les activités.***

- Les activités de décision et de restitution.

Nous y mettons les réunions statutaires et les restitutions d'activité.

Statutairement, l'EEZS doit se réunir mensuellement et le Comité de Santé de son côté tient semestriellement ses sessions. Malheureusement cette périodicité recommandée par les textes ne se respecte pas. Durant les trois mois de stage, l'EEZS ne s'est pas du tout réunie. Pourtant, il est de son devoir de se concerter au début de chaque mois afin de faire le point de l'exécution des activités du mois écoulé et de planifier celles du mois à venir. La dernière réunion de l'EEZS, peut-être la seule de l'année, date du février 2011. ***Cela déteint sur la participation active et la communication devant régner au sein de l'équipe.***

Quant aux restitutions, elles concernent essentiellement le monitoring. A l'issue des monitorings, il faut tenir les séances de restitution. Cela permet aux agents de santé ainsi qu'aux membres de COGECS des centres évalués, de prendre conscience de leurs insuffisances et d'améliorer leurs prestations.

Malheureusement la restitution à laquelle nous avons participé, s'est déroulée avec un grand retard, et n'a réuni qu'une quinzaine de personnes sur plus de la cinquantaine attendue.

Cet état de chose empêche la prise en compte des remarques pour le prochain monitoring. Le résultat est que l'on ne constate pas toute l'amélioration, tout l'effet escompté des monitorings ; ***la conclusion est que les constats à chaque monitoring se ressemblent et reviennent invariablement.***

- L'état des lieux des activités de formation ou de recyclage du personnel.

Il s'agit des formations ou recyclages en cours d'emploi qui sont, pour la plupart, des remises à niveau organisées à l'intention du personnel.

Nous avons remarqué que beaucoup de formations sont réalisées au profit du personnel. Mais elles ne prennent pas en compte pour la plupart du temps toute la cible concernée : il est souvent recommandé aux participants, de procéder au briefing de leurs collègues et collaborateurs, une fois de retour dans leurs centres respectifs. Ce que les agents ne font pas toujours. Cette situation crée sur le terrain le problème de l'application divergente ***des protocoles de prise en charge.***

Parfois, les formations deviennent la chasse gardée de certains agents ; ce qui est source de ***frustration et de démotivation des autres agents.***

Ces quelques remarques relèvent de nos observations et sont rattachées essentiellement à l'exercice 2011. Pour ne pas tirer précocement des conclusions, nous avons aussi examiné l'exécution des plans d'action des cinq dernières années.

- ✓ **L'exécution et le suivi des plans d'action de 2006 à 2010.**

Nous avons choisi de rapprocher les plans d'action prévisionnels de leur réalisation et ce, sur une période de cinq (05) ans. Voir les annexes N° 1, 2 et 3. La synthèse du rapprochement est contenue dans les tableaux suivant.

Tableau N°3 : Synthèse des taux d'exécution physique de 2006 à 2010.

Années	Nombre d'activités programmées	Nombre d'activités réalisées	Scores		Taux d'exécution physique
			Attendus	Obtenus	
2006	33	21	3300	1646	49,87%
2007	43	34	4300	3035	70,58%
2008	35	27	3500	2330	66,57%
2009	36	20	3600	1623	45,08%
2010	59	30	5900	2450	41,52%

Source *: résultats de nos recherches*

En général, le taux d'exécution des plans d'action de 2006 à 2010 est faible et n'a jamais atteint 75%. Il a chuté de 70,58% (2007) à 41,52% (2010). Il est important pour nous de préciser que ces taux sont calculés en tenant compte de toutes les activités exécutées entièrement ou non.

Examinons à présent le taux d'exécution en considérant les activités ayant un taux de réalisation physique de 100% c'est-à-dire entièrement réalisées.

Tableau N°4 : Synthèse des taux d'exécution physique de 2006 à 2010 (avec les activités entièrement réalisées).

. Années	Nombre d'activités programmées	Nombre d'activités réalisées	Scores		Taux d'exécution physique
			Attendus	Obtenus	
2006	33	12	3300	1200	36,36%
2007	43	27	4300	2700	62,79%
2008	35	17	3500	1700	48,57%
2009	36	11	3600	1100	30,55%
2010	59	18	5900	1800	30,50%

Source *: résultats de nos recherches*

Il ressort de ce tableau que le taux d'exécution physique des plans d'action en tenant compte des activités entièrement réalisées varie de 62,79% en 2007 à 30,50% en 2010 et n'a jamais atteint 65%.

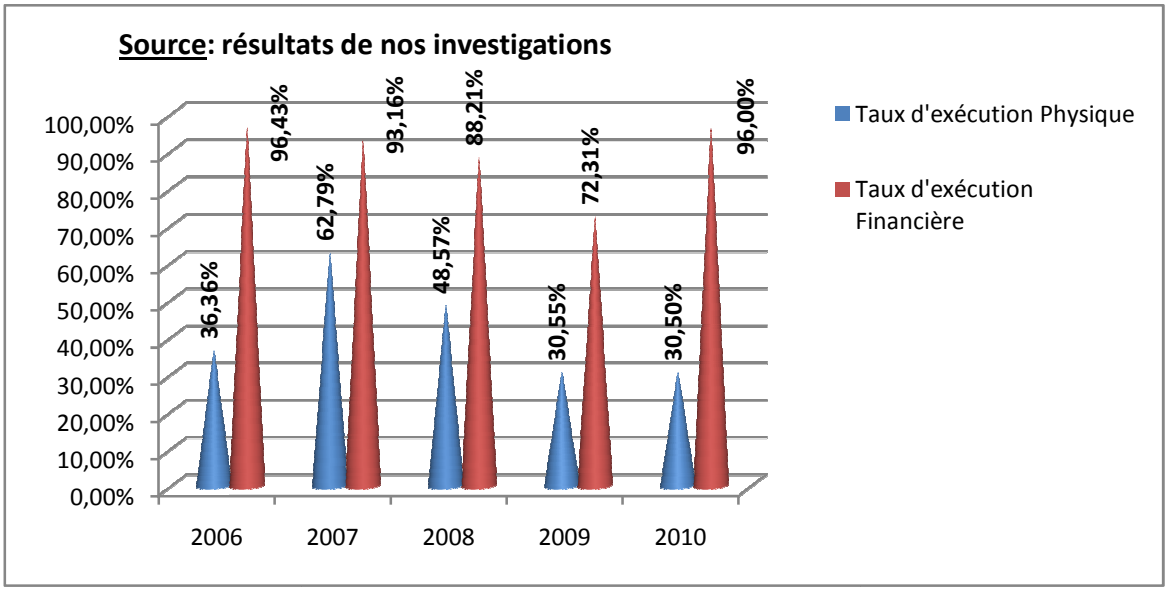
Tableau N°5 : Synthèse des taux d'exécution financière de 2006 à 2010.

Années	Taux d'exécution financière	
	Base engagement	Base décaissement
2006	96,43%	96,43%
2007	93,23%	93,16%
2008	88,21%	88,21%
2009	73,49%	72,31%
2010	99,00%	96,00%

Source *: résultats de nos recherches*

L'examen de ce tableau, montre que les taux d'exécution financière n'évoluent pas avec les taux d'exécution physique. L'utilisation des ressources n'est donc pas intimement reliée à l'atteinte des résultats telle que le préconise la Gestion Axée sur les Résultats (GAR).

Le graphique ci-dessous illustre bien le grand fossé qui existe entre les taux d'exécution financière et physique.



Graphique N° 1 : Comparaison des taux d'exécution physique et financière des plans d'action de 2006 -2010.

Réalisé et soutenu par MADINDE Afia Marcelle épouse OKE.

-Visiblement les plans d'action souffrent aussi bien dans leur exécution que dans leur suivi.

Par ailleurs, une ***très faible importance est accordée à l'évaluation et au suivi des plans d'action.*** Les nombreuses activités programmées mais non réalisées et celles réalisées mais non programmées en sont des preuves évidentes. Quelle est l'influence réelle de ces plans sur les indicateurs de santé?

B- L'état des lieux des indicateurs de santé dans la zone sanitaire.

Compte tenu du fait que les indicateurs de l'hôpital n'ont pas été évalués, nous nous intéresserons uniquement aux indicateurs des formations sanitaires périphériques. Nous avons identifié deux principaux groupes d'indicateurs à savoir : les indicateurs de gestion et les indicateurs des activités cliniques.

1- Les indicateurs de gestion.

Nous avons choisi d'apprécier, dans ce volet, la disponibilité en médicaments et le niveau de gestion des stocks de médicaments. En effet, le respect des protocoles en matière de prise en charge dépend en grande partie de la disponibilité des médicaments au sein de la formation sanitaire. Ces deux indicateurs nous renseignent donc sur la qualité des prestations offertes et sur la quantité des médicaments disponibles au cours de la période. Ils relèvent de l'un des objectifs généraux du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) : *Assurer la disponibilité des médicaments en quantité et en qualité à moindre coût et leur usage rationnel.*

✓ La disponibilité en médicaments essentiels.

La norme selon le PNDS est d'assurer à 100% la disponibilité et l'accessibilité des populations aux médicaments. Mais nous avons observé ***que la moyenne de disponibilité en médicaments de la zone sanitaire de 2006 à 2010 n'a jamais atteint la norme nationale. La plus faible (74,42%) et la plus forte (86,69%) moyennes ont été observées en 2008 et 2009. Elle a chuté encore à*** **82,09%** en **2010.**

✓ ***Le niveau de gestion des stocks de médicaments.***

L'objectif poursuivi par le ministère de la Santé est d'assurer l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments.

La norme prévue pour le niveau de gestion des stocks de médicaments est 1. Lorsqu'il est inférieur à 1, cela révèle un risque de rupture de stock. Quand il est supérieur à 1, il y a un risque de sur stockage avec péremption des médicaments.

Nous avons remarqué qu'un grand effort est fait dans ce domaine. ***Le niveau de gestion des médicaments est acceptable,*** même si nous avons eu 0,26 à Ahomey-Lokpo au second semestre 2010 et 2,38 à Hêvié au 1er semestre 2009.

2- Les indicateurs des activités cliniques.

Nous distinguons quatre sous- groupes d'indicateurs : *l*es indicateurs de santé de l'enfant, les indicateurs de santé de la femme, les indicateurs de santé de la qualité des soins puis les références et contre références.

✓ **Les indicateurs de santé de l'enfant.**

Ils regroupent : la couverture en vaccination infantile, l'indice de mortalité et la couverture en consultation d'enfants sains.

o **la couverture en vaccination infantile.**

La vaccination est l'une des activités préventives primordiales. Bien menée elle permet aux enfants d'acquérir une immunité définitive et participe ainsi à leur survie.

L'objectif général du ministère de la Santé dans ce domaine est de « *réduire la mortalité et la morbidité infanto juvénile »* et pour cela, les objectifs spécifiques ci-après sont poursuivis :

- maintenir la disponibilité des activités vaccinales à 100% ;
- atteindre une couverture vaccinale supérieure ou égale à 80% pour tous les antigènes dans 100% des communes d'ici à 2011.

Nous observons que dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi-Sô-Ava, ***la moyenne du taux de couverture effective n'a jamais atteint la norme. Elle évolue en dents de scie : 76,20 en 2007, 48,24% en 2008, 72,01 en 2009 etc. avec le taux le plus faible (4%) noté à Ganvié au second semestre de 2009. Ce qui limite les actions de réduction de la mortalité et de la morbidité infanto juvénile.***

- **L'indice de mortalité.**

Il permet de déterminer la proportion des enfants nés vivants et décédés avant deux ans. Il est intimement lié à l'objectif général cité ci-dessus.

Malheureusement cet indicateur n'est pas calculé tout au long de la période que nous avons choisie.

- **La couverture en consultation d'enfants sains.**

Elle fait partie des activités préventives et permet de lutter contre la malnutrition.

Elle prend en charge les enfants de 0 à 35 mois, pesés à chaque séance de vaccination, et une fois par trimestre dans les deuxième et troisième années de vie.

La norme nationale est de 50 %. Apparemment, un effort est fait dans ce domaine puisque la moyenne varie de 28,45% à 65,45%. Mais beaucoup de formations sanitaires sont restées à 0% et celles qui ont des taux trop élevés reconnaissent avoir ***un problème de détermination de leur population cible.***

✓ *Les indicateurs de santé de la femme.*

L'objectif du PNDS « *Réduire le ratio de mortalité maternelle de 474 pour cent mille naissances vivantes en 2002, à 125 pour 100 000 naissances vivantes en 2016 et Réduire le taux de mortalité néo-natale de 38,2 pour mille*

naissances vivantes, à 10 pour mille naissances vivantes en 2016», est un cheval de bataille pour le ministère de la Santé.

A ce sujet, nous nous intéresserons à la couverture en consultation prénatale (CPN), aux accouchements assistés, à la couverture en vaccin antitétanique (VAT) chez la femme enceinte et à la planification familiale.

- **La couverture en CPN.**

L'objectif spécifique poursuivi est *de porter le taux de CPN de 80% à 90% et plus sur la période 2007-2016.*

Mais nous avons remarqué que durant cinq ans, sur dix sept centres, seulement quatre centres - Akassato (au 1er semestre 2010), Hêvié (au 1er semestre 2008), Ouèdo (au second semestre 2008 et 2009), Glo-Djigbé (au 2ème semestre 2010)- ont atteint la norme nationale.

Des taux très faibles 3%, 2%, 1% (Abomey-Calavi, Godomey, Kinto, Ganvié, Kpanroun, Sô-Ava, Womey) et même 0,8% et 0% (Cococodji et Ahomey-Lokpo) sont observés en consultation prénatale qui prépare la parturiente à un accouchement moins risqué.

- **La couverture effective en accouchements assistés.**

Cet indicateur est d'une importance capitale car elle renseigne sur la survie de la mère et de l'enfant : « ne plus mourir en voulant donner la vie » est devenu une option capitale pour le ministère de la Santé.

La norme nationale de la couverture effective en accouchement assisté est de 75%.

Nous avons noté qu'au niveau de la zone sanitaire, la moyenne a chuté de 51,79% en 2006, à 32,31% en 2010. Des taux inférieurs à 5% sont même observés, à Calavi 2% en 2010, Cococodji 3% en 2008, et Ganvié 4,34 en 2010.

- **VAT Femme Enceinte.**

L'immunité antitétanique est indispensable à la mère et à l'enfant. Elle est acquise deux semaines après la deuxième dose de VAT. *La norme nationale est de 76 %.*

Il est observé que cet indicateur ***ne se calcule pas dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi-Sô-Ava.***

- **La planification familiale.**

Les naissances rapprochées constituent l'une des causes de décès maternel. Pour tendre vers l'objectif de réduction des décès maternels, il importe de mener la planification familiale qui est une activité préventive visant l'espacement des naissances.

L'objectif du Bénin est *d'augmenter le taux d'utilisation des services de planification familiale de 7% à 15% d'ici à 2016.*

Dans la zone sanitaire, beaucoup de centres ont 0% et la moyenne dans la zone a chuté de 12,78% en 2007 à 0,18% en 2010.

Après ces indicateurs de santé de la femme, nous passons aux indicateurs de la qualité des soins.

- ✓ ***Les indicateurs de la qualité des soins.***

Nous y mettons l'utilisation des services en soins préventifs, l'utilisation des services en soins curatifs et la couverture adéquate en soins curatifs.

- **L'utilisation des services en soins préventifs.**

Augmenter le taux d'utilisation de 80% à 90% d'ici à 2016 est la norme nationale.

Il faut noter à ce sujet que la moyenne au niveau de la zone sanitaire demeure très loin de la norme nationale. Depuis plus de cinq ans, ***elle n'a jamais atteint 35%.***

- **L'utilisation des services en soins curatifs.**

Le taux d'utilisation des services en soins curatifs est un indicateur qui renseigne sur la fréquentation des centres en matière de soins curatifs. *La norme nationale est de 36%.*

La moyenne de la zone sanitaire reste très faible et n'a jamais atteint 18% (la moitié de la norme nationale) depuis cinq ans.

- **La couverture adéquate en soins curatifs.**

Le taux de couverture adéquate nous renseigne sur l'utilisation des protocoles, le respect des normes en matière de prise en charge des malades. *La norme de couverture adéquate est de 80 %.*

La moyenne au niveau de la zone sanitaire est très loin de la norme nationale. Depuis plus de cinq ans, elle n'a jamais dépassé 30%.

- ✓ **Les références et contre références.**

Elles nous renseignent sur l'opportunité des prises en charge et également sur l'utilisation des protocoles.

On distingue les références médicochirurgicales et les références obstétricales.

La norme nationale des références médicochirurgicales est de 5 % et celle des références obstétricales est 15 %. Un effort très louable est fait dans la zone sanitaire dans le domaine des références. Les moyennes de ces deux indicateurs varient respectivement de 1% à 4%, et de 2% à 14%.

Ces observations nous permettent de dégager les constats ci-après :

- le manque d'implication réelle de tous les acteurs ;
- la reconduction mécanique des activités ;
- le manque de sincérité et de précision dans les prévisions budgétaires ;
- le non paiement des participations par beaucoup de centres ;
- les interférences des supérieurs hiérarchiques ;
- le peu d'intérêt pour les activités de l'EEZS par les cliniciens ;

- l'irrégularité dans la tenue des réunions de l'EEZS ;
- le manque de communication dans l'EEZS ;
- la monotonie des résultats des monitorings ;
- la sélection parfois partisane des participants aux formations ;
- la frustration et la démotivation des agents ;
- le faible taux d'exécution des plans d'action ;
- le faible taux de disponibilité des médicaments essentiels ;
- le niveau de gestion des médicaments acceptable ;
- l'insuffisance de fiabilité dans la détermination des populations cibles ;
- le faible taux de couverture en CPN ;
- le faible taux en accouchement assisté ;
- la non détermination de l'indice de mortalité ;
- la non détermination de la couverture en VAT chez les femmes enceintes ;
- le faible taux d'utilisation des services en soins préventifs ;
- le faible taux d'utilisation des services en soins curatifs ;
- la faible couverture adéquate en soins curatifs ;
- le respect des normes en matière de référence ;
- le retard dans l'allocation des crédits délégués ;
- l'amenuisement des ressources financières allouées par le BN aux besoins de la zone sanitaire;
- l'abattement de 25% des crédits délégués par l'Etat ;
- le faible taux de réalisation des activités programmées sur le FC ;
- l'inexistence de moyen roulant dans la zone ;
- l'insuffisance de bureau pour les services et cellules du bureau de zone ;
- les coupures et pannes répétées du SIGFiP;
- le non respect des chronogrammes d'activités ;

- l'insuffisance de suivi et évaluation des plans d'action ;
- la bonne collaboration entre le bureau de zone et la direction de l'hôpital ;
- le paiement des participations par certains chefs de postes périphériques.

Section II . Le ciblage, la spécification et la vision globale de résolution de la problématique.

Dans cette section nous essayerons de cibler la problématique, de la spécifier ensuite, pour enfin déterminer la vision globale de sa résolution.

Paragraphe1 : Le ciblage de la problématique et la formulation du sujet.

I- Le ciblage de la problématique.

Il est question de faire l'inventaire des constats de stage en termes d'atouts et de problèmes.

A- L'inventaire des atouts : forces et opportunités.

Il s'agit de :

- la séparation de la fonction du médecin-chef d'Abomey- Calavi de celle du médecin-coordonateur de zone ;
- l'existence d'une cellule de surveillance épidémiologique ;
- l'existence de comptables dans certains centres périphériques ;
- le niveau de gestion acceptable des médicaments dans les formations sanitaires ;
- le respect des normes en matière de référence ;
- la mise en service du dépôt répartiteur de médicaments de la zone sanitaire ;
- la volonté de certains chefs de postes périphériques à s'acquitter de leur participation.

B- L'inventaire des problèmes : faiblesses et menaces.

Nous avons :

- le manque d'implication réelle de tous les acteurs ;
- le manque de sincérité et de précision dans les prévisions budgétaires ;
- le faible taux d'exécution des plans d'action ;
- le faible taux de disponibilité des médicaments essentiels ;
- l'insuffisance de fiabilité dans la détermination des populations cibles ;
- le faible taux de couverture en CPN ;
- le faible taux en accouchement assisté ;
- la non détermination de l'indice de mortalité ;
- la non détermination de la couverture en VAT chez les femmes enceintes ;
- le faible taux d'utilisation des services en soins préventifs ;
- le faible taux d'utilisation des services en soins curatifs ;
- la faible couverture adéquate en soins curatifs ;
- l'abattement de 25% des crédits délégués par l'Etat ;
- le faible taux de réalisation des activités programmées sur le FC ;
- l'inexistence de moyen roulant dans la zone ;
- l'insuffisance de bureau pour les services et cellules du bureau de zone ;
- les coupures et pannes répétées du SIGFiP;
- le non respect des chronogrammes d'activités ;
- l'insuffisance dans le suivi et évaluation des plans d'action ;
- le non paiement des participations par beaucoup de centres ;
- le manque d'intérêt aux activités de l'EEZS par les cliniciens ;
- l'irrégularité de la tenue des réunions de l'EEZS ;
- le manque de communication dans l'EEZS ;
- l'élaboration mécanique des plans d'action ;
- la monotonie des résultats des monitorings ;

- la sélection parfois partisane des participants aux formations ;
- la frustration et la démotivation des agents ;
- le retard dans l'allocation des crédits délégués ;
- l'amenuisement des ressources financières allouées par le BN.

I- Le choix de la problématique et la formulation du sujet.

A- Le regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt

Pour un peu plus de clarté, nous procèderons à ce regroupement dans le tableau suivant :

Tableau n°6 : Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt : problématiques possibles.

N°	Centre d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Le financement des plans d'action	- le retard dans l'allocation des crédits délégués ; - l'amenuisement des ressources financières allouées par le BN aux besoins de la zone sanitaire; -l'abattement de 25% des crédits délégués par l'Etat ; - la faible mobilisation des fonds du Financement Communautaire ;	Difficulté de financement des plans d'action	Problématique de financement satisfaisant des plans d'action
2	Le management du bureau de zone	-le manque d'intérêt aux activités de l'EEZS par les cliniciens ; - l'irrégularité de la tenue des réunions de l'EEZS ; - le manque de communication dans l'EEZS ; - la sélection parfois partisane des participants aux formations ; - la frustration et la démotivation des agents ; - l'insuffisance de bureau pour les services et cellules du bureau de zone ; - le manque d'implication réelle de tous les acteurs ; - l'inexistence de moyen roulant dans la zone ;	Management peu performant du bureau de zone.	Problématique de management performant au bureau de zone.
3	L'exécution du budget	-les coupures et pannes répétées du SIGFiP; -le manque de sincérité et de précision dans les prévisions budgétaires ;	Procédure d'exécution contraignante des budgets	Problématique d'une procédure fluide d'exécution des budgets.
4	La mise en œuvre des	- l'élaboration mécanique des plans d'action ; -le faible taux d'exécution des plans d'action;	Impact peu remarquable de	Problématique d'impact notable des

	plans d'action pour l'atteinte des indicateurs du secteur.	-le faible taux de disponibilité des médicaments essentiels ; -le faible taux de couverture en CPN ; -le faible taux en accouchement assisté ; -la non détermination de l'indice de mortalité ; -la non détermination de la couverture en VAT chez les femmes enceintes ; -le faible taux d'utilisation des services en soins préventifs et curatifs ; -la faible couverture adéquate en soins curatifs ; -le non respect des chronogrammes d'activités ; -l'insuffisance dans le suivi et évaluation des plans d'action.	la mise en œuvre des plans sur les indicateurs de santé	plans d'action sur les indicateurs de santé

Source : Synthèse de l'état des lieux.

B- Le choix de la problématique et la formulation 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 quatre problématiques :

- la problématique de financement satisfaisant des plans d'action ;
- la problématique de management performant au bureau de zone ;
- la problématique d'une procédure fluide d'exécution des budgets. ;
- la problématique d'impact notable des plans d'action sur les indicateurs de santé.

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

Cependant, la problématique de management du bureau de coordination nous paraît moins complexe. Une bonne capacité d'écoute, de communication, de négociation, le charisme, bref le leadership du chef d'équipe suffira pour relever le défi.

Par ailleurs, à l'heure actuelle où la GAR est fortement prônée, il n'est plus suffisant d'avoir des ressources pour exécuter des plans d'action si les 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. Ces aspects sont déjà pris en compte par la problématique de l'impact notable des plans d'action sur les indicateurs de santé. Nous avons ainsi choisi de réfléchir sur cette problématique qui s'inscrit bien dans la vision de la GAR et lie donc l'utilisation des moyens aux objectifs. Ce choix nous amène à formuler notre sujet de réflexion ainsi qu'il suit : ***l'impact des plans d'action du bureau de zone sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi Sô-Ava***.

En choisissant de réfléchir sur ce thème, nous voudrions **amener les acteurs de la zone sanitaire à se doter d'abord de plans d'action conséquents**

par rapport aux objectifs définis par le secteur de la santé, et par rapport aux attentes spécifiques de leur zone ; amener ensuite les autorités de la zone à mettre en œuvre avec professionnalisme et diligence ces plans afin d'améliorer sensiblement les indicateurs de santé dans la zone.

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

Paragraphe 2 : La spécification et la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

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

I – La spécification de la problématique.

Rappelons que la problématique retenue est l'impact notable des plans d'action sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. Plusieurs problèmes spécifiques sont liés à cette problématique retenue. Mais étant entendu que nous sommes dans une recherche -diagnostic, tous ces problèmes spécifiques ne pourront pas être examinés. Nous nous intéresserons donc aux plus significatifs et aux plus englobants.

Par exemple, nous regroupons tous les problèmes spécifiques ayant trait aux faibles taux de couverture ou aux faibles taux de disponibilité ou d'utilisation… sous le libellé « faible niveau d'atteinte des indicateurs ».

De la même manière, le fait que les acteurs ne sortent pas des sentiers battus, les amène à reconduire de façon mécanique les activités, ce qui débouche sur l'élaboration mécanique des plans d'action.

Par ailleurs, le non respect du chronogramme, à notre avis, participe aussi au faible niveau d'exécution des activités.

Ces regroupements étant faits, notre problématique, dont le problème général est l'impact peu remarquable de la mise en œuvre des plans sur les indicateurs de santé, se traduit par les problèmes spécifiques suivants :

- l'élaboration mécanique des plans d'action;
- le faible taux d'exécution des plans d'action;
- le manque de suivi et évaluation des plans d'action ;
- le faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé.

II- La vision globale de résolution des problèmes.

Une fois les problèmes spécifiques à résoudre choisis, notre sujet formulé et la problématique spécifiée, nous préciserons, 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- La vision globale de résolution des problèmes spécifiques.

Le problème spécifique n°1(PS1) est relatif à l'élaboration mécanique des plans d'action. En effet une bonne maîtrise des objectifs du PNDS amènerait les acteurs à savoir ce qu'on attend d'eux. Ils doivent définir leurs activités en fonction de ces objectifs et des attentes de leurs populations au lieu de reconduire simplement les mêmes activités. Il est important de procéder à une dissémination des normes et objectifs contenus dans le PNDS et de former les acteurs à chaque niveau sur ce qui les concerne. Nous sommes donc dans une approche de *dissémination des normes et objectifs et de formation des acteurs*.

Quant au problème spécifique n°2 (PS2) relatif au faible taux d'exécution des plans d'action, il faut retenir qu'on doit programmer les activités. Mais il est impérieux d'impliquer tous les acteurs, mettre à leur disposition les moyens utiles pour faire ce qu'on a projeté et au moment convenu. Bien évidemment les responsables du niveau périphérique ne sont pas toujours maîtres de leur temps. Les supérieurs hiérarchiques (départemental et central) interfèrent beaucoup. Mais il faut gérer ces interférences. Nous estimons que la résolution de ce problème passe par une approche générique basée sur *une bonne gestion des interférences.*

Au sujet du problème spécifique n°3 (PS3), le manque de suivi et évaluation des plans d'action, il faut reconnaître que le cadre du suivi existe. Il revient à L'EEZS d'organiser l'évaluation des activités et au CS/ZS d'apprécier les résultats de l'évaluation périodique desdites activités. Il est nécessaire que le bureau de zone ait un plan de suivi et évaluation et l'applique pour mieux maîtriser la mise en œuvre de ses plans. La résolution du problème spécifique N°3 exige donc la conception d'un plan de suivi et évaluation.

Le problème spécifique n°4(PS4) est relatif au faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé. Il est en corrélation avec le problème spécifique N°1. Il faudra aussi former les acteurs périphériques sur les principaux indicateurs, leur mode de calcul et leur pertinence. Pour la résolution du problème spécifique du faible niveau d'atteinte des indicateurs, nous préconisons une approche générique basée sur l'appropriation des indicateurs par les agents.

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

B- La synthèse des approches génériques identifiées et les séquences de résolution de la problématique.

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

1- La synthèse des approches génériques identifiées.

Tableau n° 7 : Synthèse des approches génériques.

Niveau spécifique	Problème spécifique	Approches génériques retenues
1	L'élaboration mécanique des plans d'action.	approche basée sur la dissémination des normes et objectifs et de formation des acteurs.
2	le faible taux d'exécution des plans d'action.	approche axée sur une bonne gestion des interférences.
3	Le manque de suivi- évaluation des activités du plan d'action.	approche de conception d'un plan de suivi et évaluation.
4	le faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé.	approche basée sur l'appropriation des indicateurs par les agents.

Source ***:*** *Résultats de la vision globale.*

2- Les séquences de résolution de la problématique.

La restitution de notre vision globale de résolution se fera en deux (02) phases comportant chacune cinq (05) niveaux.

Première phase : le cadre théorique et méthodologique de l'étude :

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

Deuxième phase : Le diagnostic et approches de solutions :

1. la collecte et le traitement des données ;
2. l'analyse de données et l'établissement de diagnostic ;
3. les approches de solutions;
4. les conditions de mise en œuvre des solutions ;
5. l'élaboration d'un tableau de synthèse de l'étude (TSE).

Nous détaillerons chacune de ces phases dans le chapitre suivant.

CHAPITRE DEUXIEME

DU CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DES SOLUTIONS.

Le deuxième chapitre sera consacré d'abord au cadre théorique et méthodologique de l'étude (section1), ensuite aux enquêtes et à la vérification des hypothèses, puis aux approches de solutions et les conditions de leur mise œuvre pour la résolution de la problématique (section2).

Section 1 : Du cadre théorique à la méthodologie de l'étude.

Dans cette section, nous fixerons dans un premier temps les objectifs de notre étude ; ensuite nous formulerons les hypothèses après avoir déterminé les causes supposées à la base des problèmes à résoudre. Enfin, après la construction du tableau de bord, nous ferons la revue de littérature avant d'exposer notre méthodologie.

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

I- Les objectifs, les causes supposées et les hypothèses de l'étude.

A- La fixation des objectifs.

La problématique de l'étude, rappelons-la, est celle de l'impact notable des plans d'action sur les indicateurs de santé. Le problème général lié à cette problématique est l'impact peu remarquable de la mise en œuvre des plans d'action sur les indicateurs. Les problèmes spécifiques y afférents sont : l'élaboration mécanique des plans d'action, le faible taux d'exécution des plans d'action, le manque de suivi et évaluation des plans d'action et le faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé.

La fixation de nos objectifs se fera donc en terme d'objectif général par rapport au problème général, et d'objectifs spécifiques par rapport à chaque problème spécifique.

- ***L'objectif général (OG)***

L'objectif général poursuivi est de contribuer à l'amélioration de l'impact des plans d'action du bureau de zone sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

- ***Objectifs spécifiques (OS)***

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Suggérer les conditions d'une élaboration objective des plans d'action (OS1);
- proposer des mesures pour l'augmentation des taux d'exécution des plans d'action (OS 2);
- suggérer un plan de suivi et évaluation des plans d'action (OS3) ;
- proposer des mesures pour une amélioration du niveau des indicateurs de santé (OS4).

Après la fixation des objectifs, nous essayerons ensuite d'identifier les causes supposées à la base des problèmes pour enfin formuler des hypothèses de l'étude.

B- L'identification des causes et la formulation des hypothèses de l'étude.

Il s'agit des causes probables pouvant être à la base des problèmes identifiés. Elles sont en rapport avec les problèmes spécifiques et sont théoriques. Elles ne seront confirmées qu'après nos enquêtes.

- ***Les causes et l'hypothèse liées à l'élaboration mécanique des plans d'action.***

L'analyse de ce problème nous fait penser à trois causes à savoir :

- la reconduction mécanique des activités ;
- la non maîtrise des objectifs du PNDS ;
- la non implication de tous les acteurs dans l'élaboration des plans.

Les acteurs du bureau de zone reconduisent de façon routinière les activités. Mais l'implication de tous les acteurs concernés, et la maîtrise par ces

derniers des objectifs du PNDS, éviteraient la reconduction mécanique des activités à notre avis. Ces deux causes excluent donc celle de la reconduction mécanique des activités.

Nous avons donc émis l'hypothèse que les causes les plus plausibles du problème spécifique N°1 sont la non maîtrise des objectifs du PNDS et la non implication de tous les acteurs (CS 1).

➢ ***Les causes et l'hypothèse liées au faible niveau d'exécution des plans d'action.***

Nous avons identifié à ce sujet six causes possibles :

- la non implication de tous les acteurs dans l'exécution des plans d'action;
- le non respect des chronogrammes ;
- les interférences des supérieurs hiérarchiques ;
- l'inexistence de moyen roulant;
- l'amenuisement des ressources financières ;
- la fermeture précoce et les coupures répétées du SIGFip.

L'amenuisement des ressources financières, les défaillances du SIGFiP et l'inexistence de moyen roulant ne sont pas spécifiques au bureau de zone d'Abomey-Calavi. Beaucoup d'autres structures ont les mêmes difficultés mais elles arrivent à atteindre tout de même leurs objectifs. Cela nous amène à éliminer ces trois causes. De même, les différents acteurs n'étant pas polyvalents, on ne peut les impliquer tous chaque fois qu'il y a une activité à mener. Cette cause se trouve aussi exclue.

Les interférences des supérieurs hiérarchiques bousculent les programmations faites et agissent sur les chronogrammes établis. Nous estimons que le problème spécifique N°2, relatif au faible taux d'exécution des plans d'action se justifie par les interférences des supérieurs hiérarchiques. (CS2).

- ***Les causes et l'hypothèse liées au manque de suivi et évaluation des plans d'action.***

Les trois causes qui étaient supposées être à la base de ce problème spécifique N°3 sont : l'inexistence d'un plan de suivi, l'absence d'un cadre de concertation et d'évaluation des activités puis le manque de formation des acteurs.

Mais après nos recherches, nous nous sommes rendue compte que le cadre de concertation et d'évaluation existe (EEZS et CS/ZS), et que le personnel qualifié pour le faire existe également au niveau du bureau de zone.

Cela nous autorise à retenir que le manque de suivi et évaluation des plans d'action est dû à l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation. (CS 3).

- ***Les causes et l'hypothèse liées au faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé.***

Nous avions identifié les causes suivantes :

- le mauvais accueil de la population ;
- l'insuffisance du personnel qualifié ;
- la méconnaissance des indicateurs nationaux ;
- le non remplissage des supports de données ;
- la non perception de l'utilité des données.

Le mauvais accueil est plus décrié dans le secteur de la santé compte tenu de l'état d'âme dans lequel se trouvent très souvent les usagers des structures sanitaires (le choc, la souffrance, la désolation…). Il n'est pas l'apanage des seuls agents de santé; il est aussi exagéré de penser que tous les agents de santé de la zone accueillent mal. Cette cause ne saurait justifier notre problème spécifique, de même que l'insuffisance du personnel qualifié. Dans les formations sanitaires où il y a du personnel qualifié (Calavi centre, Godomey Sô-Ava…) les indicateurs ne sont pas aussi roses.

Les agents méconnaissent les indicateurs. S'ils savaient réellement ce qu'on attend d'eux, ils auraient perçu l'utilité des données. Ainsi ils auraient à cœur la documentation de leurs actes, de leurs données et rempliraient bien leurs supports.

Nous estimons alors que le faible niveau d'atteinte des indicateurs dans la zone est dû à la méconnaissance des indicateurs nationaux. (CS 4).

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. Ainsi nous passons à la construction du tableau de bord et à la revue de littérature.

II- Le tableau de bord et la revue de littérature.

A- La construction du tableau de bord.

Ce tableau est un récapitulatif de la problématique choisie, des problèmes spécifiques retenus, des causes supposées être à l'origine de ces derniers et des hypothèses ci-dessus exposés.

Tableau n°8: Tableau de bord de l'étude.

Niveaux d'analyse		Problématique	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
Général		PG: les plans d'action du bureau de zone impactent très peu les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.	OG : contribuer à l'amélioration de l'impact des plans d'action sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.		
Spécifiques	1	PS n °1 : l'élaboration mécanique des plans d'action au bureau de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.	OS n°1 : Suggérer les conditions d'une élaboration objective des plans d'action.	CS : -la non maîtrise des objectifs du PNDS - la non implication de tous les acteurs.	HS : l'élaboration mécanique des plans d'action est due à : -la non maîtrise des objectifs du PNDS -la non implication de tous les acteurs
	2	PS n°2 : le faible taux d'exécution des plans d'action du bureau de zone.	OS n°2 : proposer des mesures pour l'augmentation des taux d'exécution des plans d'action.	CS : les interférences des supérieurs hiérarchiques.	HS : le faible taux d'exécution des plans d'action est dû aux interférences des supérieurs hiérarchiques et à la non implication de tous les acteurs.
	3	PS n°3 : le manque de suivi- évaluation des plans d'action.	OS n°3 : suggérer un plan de suivi et évaluation de l'exécution des plans d'action.	CS : l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation.	HS : l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation justifie le manque de suivi de l'exécution des plans d'action de la zone sanitaire.
	4	PS n°4: le faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé.	OS n°4 : proposer des mesures pour une amélioration du niveau des indicateurs de santé.	CS : la méconnaissance des indicateurs nationaux.	HS : le faible niveau d'atteinte des indicateurs dans la zone est dû à la méconnaissance des indicateurs nationaux.

Source : Résultats de nos recherches

B- La revue de littérature.

Dans le cadre de toute recherche ou écrit scientifique, la revue de littérature sert à s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises sur le sujet ou le domaine abordé.

Dans cette optique nous avons fait le point des connaissances antérieures sur l'impact des plans d'action sur les indicateurs de santé. Et ce, en nous basant sur les approches génériques retenues par rapport aux problèmes spécifiques :

- l'élaboration mécanique des plans d'action;
- le faible taux d'exécution des plans d'action;
- le manque de suivi- évaluation des plans d'action ;
- le faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé.

Mais avant cela, la clarification de quelques concepts nous paraît nécessaire.

❖ **Clarification conceptuelle.**

▪ ***Objectif***: il se différencie du but qui est une étape que l'on doit atteindre de façon globale. Exemple : devenir Président de la République. L'objectif va au-delà de cette globalité et prend un caractère quantitatif. C'est une cible, un point pour lequel ou contre lequel est dirigée une opération stratégique ou tactique.

Selon **John LOCKE** et **Hubert LATHAM**, « la fixation d'objectifs incite l'individu à fournir plus d'efforts, à persévérer à modifier parfois des habitudes, à se surpasser, à persister afin de tendre vers un rendement meilleur. Il ne reste pas dans les généralités plates ; l'objectif doit circoncire son domaine et être typique, particulier ou spécifique. »

Les anglophones utilisent la méthode SMART dans la fixation des objectifs :

S = spécifique,
M= mesurable,
A= atteignable,
R= réaliste,
T= défini dans le temps.

- ***L'indicateur.***

« L'indicateur est un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un évènement qui permet de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps » Haute Autorité de Santé (HAS).

Dans les orientations de l'OMS pour l'évaluation des programmes de santé, les indicateurs de gestion sanitaire sont définis comme « *des variables aidant à mesurer des changements dans le temps pour un même espace, ou à comparer des situations dans des espaces distincts pendant le même temps »* **SACRAMENTO Tatiana C. 2007.**

Après cette clarification conceptuelle, faisons le point des connaissances antérieures sur les problèmes spécifiques en résolution.

❖ L'exposé des contributions antérieures sur les problèmes spécifiques.

- *Sur l'élaboration mécanique des plans d'action.*

Le plan d'action annuel est, en effet, un document contenant l'ensemble des activités pour une période d'un an. Ces activités sont planifiées, chiffrées et liées à des objectifs bien précis. Il est donc question de planification, qui est une projection sur l'avenir. En effet planifier, c'est mettre en œuvre un processus qui amène à décider de ce que l'on veut faire, comment le faire et quand le faire. La planification implique une relation de causalité entre l'action entreprise et les résultats escomptés. Elle est multidisciplinaire, un processus continu et dynamique, évolutif et progressif qui part d'un constat de problème vers la résolution de ce dernier.

D'ailleurs selon **M. Schaefer, «** l*a planification est un processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer les buts réalistes et*

atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources nécessaires pour les atteindre et à projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'interventions possibles pour résoudre le problème ».

Les termes tels que : dynamique, évolutif, progressif, buts réalistes et atteignables, résoudre le problème… montrent bien qu'une bonne planification ne saurait continuellement accoucher des actions répétitives et instinctives.

- *L'exposé sur le faible taux d'exécution des plans d'action.*

L'approche générique liée à ce problème spécifique est la bonne gestion des interférences.

A ce sujet, **R. Alec MACHENZIE** déclarait : « L'urgence submerge le décideur parce que la tâche la plus urgente n'est toujours pas la plus importante. La tyrannie de l'urgence découle de la distorsion des priorités ». Selon cet auteur, pour gagner du temps ou en perdre le moins possible, il faut faire la part de l'urgent et du secondaire. On doit apprendre à programmer les tâches urgentes, importantes.

Le Général américain EINSENHOWER, Président des USA de 1953 à 1961, abonde aussi dans le même sens avec son principe, connu d'ailleurs sous le nom de principe d'EINSENHOWER, qui classe en quatre catégories les tâches selon leur degré d'urgence et d'importance.

Tableau N° 9 : Classement des tâches selon le principe d'EINSENHOWER.

Catégorie de tâches	Natures	Conduites à tenir
A	Importantes et urgentes	A effectuer immédiatement
B	Importantes mais non urgentes	A reporter mais à exécuter dans un délai raisonnable
C	Non importantes mais urgentes	A déléguer
D	Non importantes et non urgentes	A ne pas faire ou simplement à supprimer

Source *: cours de la gestion optimale du temps.*

- *L'exposé sur le manque de suivi et évaluation des plans d'action.*

Le suivi et évaluation budgétaire est un processus consistant à vérifier régulièrement la situation du budget, en observant si les activités planifiées ont été exécutées et si elles sont en train de générer les changements souhaités. Il est donc opportun de suivre et d'évaluer les plans d'action pour s'assurer du respect de la boussole que l'on s'est volontairement donnée et réajuster ses actions pour pouvoir atteindre l'objectif fixé.

- *L'exposé sur le faible niveau d'atteinte des indicateurs.*

L'approche générique liée à ce problème spécifique est l'approche basée sur l'appropriation des indicateurs par les agents. Dans cette optique, **Johann Wolfgang Von Goethe** déclarait : « *Tant que l'engagement n'est pas total, l'hésitation et l'abandon menacent. Ce n'est que lorsqu'on est totalement engagé que la providence vous vient en aide.* »

Une fois que vous savez où vous allez et comment y aller, vous disposez de priorités. Vos objectifs vont vous servir de référence pour évaluer votre performance.

Paragraphe 2 : la méthodologie de l'étude.

Nous aborderons la méthodologie dans ses dimensions empirique et théorique.

I- La dimension empirique.

La particularité d'une approche empirique est qu'elle se fonde essentiellement sur l'observation, sur le vécu et non sur une théorie élaborée. Dans le cas présent, elle aidera à exposer la méthode d'enquête que nous avons utilisée pour la détermination des causes réelles des problèmes. Notre approche empirique sera déclinée en huit points:

- l'objectif de l'enquête ;
- le cadre de l'enquête et la population ciblée ;
- la nature de l'enquête ;
- l'échantillonnage ;
- la spécification des données à mobiliser;
- la conception des questions d'enquête ;
- la technique de dépouillement des données ;
- les outils de présentation des données.

A- L'objectif, le cadre et la population cible de l'enquête.

✓ *L'objectif de l'enquête.*

Dans notre recherche-diagnostic, nous avons retenu certaines causes supposées à la base des problèmes spécifiques retenus ; nous avons personnellement émis des hypothèses. Il est question pour nous de collecter, à travers une enquête, des données pour la vérification de nos hypothèses. Autrement dit les informations du terrain nous permettront de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

✓ *Le cadre de l'enquête et la population ciblée.*

Le cadre de notre étude est la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava : le bureau de zone et les formations sanitaires périphériques.

La population cible choisie est composée des:

- membres de l'EEZS;
- chefs de postes et responsables de maternité des formations sanitaires périphériques.

B- De la nature de l'enquête aux outils de présentation des données.

✓ *La nature de l'enquête.*

L'objectif de l'enquête, rappelons-le, est de procéder à la vérification de nos hypothèses. Pour le faire, nous avons opté pour la méthode d'enquête comme moyen de collecte des données. Deux questionnaires ont été conçus à cet effet. Le premier qui s'intéresse aux trois premiers problèmes spécifiques est administré aux membres de l'EEZS.

Le second questionnaire prenant en compte le quatrième problème spécifique est adressé aux responsables des centres périphériques que sont les chefs de postes et les responsables des maternités.

✓ *L'échantillonnage.*

Les questionnaires seront adressés aux acteurs ci-dessus cités, à savoir, les membres de l'EEZS (19 personnes) et les chefs de postes et les responsables des maternités (31 personnes). Soit un total de cinquante (50) personnes.

✓ *La spécification des données à mobiliser.*

Les données de l'enquête que nous avons réalisée sont relatives :

- à la justification que donnent les enquêtés à l'élaboration mécanique des plans d'action ;
- à l'appréciation des enquêtés sur les motifs du faible taux d'exécution des plans d'action ;
- aux raisons qui sous-tendent le manque de suivi et évaluation des plans d'action ;
- à la détermination des obstacles à l'atteinte des indicateurs.

✓ *La conception des questions d'enquête.*

Nous avons conçu notre questionnaire par rapport aux problèmes spécifiques identifiés au cours de notre étude. Les réponses à ces questions nous ont aidée à vérifier les hypothèses émises et à recueillir de la part des enquêtés des suggestions pour la résolution des problèmes.

✓ *La technique de dépouillement et les outils de présentation.*

Les informations recueillies lors de nos enquêtes sont dépouillées de façon manuelle. Le traitement des données numériques a été fait au moyen du tableur Excel pour la détermination des taux à comparer à nos seuils de décision.

Les résultats obtenus sont présentés suivant la méthode de tris à plat afin de vérifier les hypothèses et leur représentation graphique est faite sous la forme d'histogramme et de camembert.

II- La dimension théorique.

Précisons qu'ici, nous avons, contrairement à l'approche empirique, utilisé des connaissances prédéfinies, des théories bien élaborées pour mener notre étude.

Nous abordons donc dans cette partie les approches théoriques de notre méthode à travers la détermination des normes d'amélioration liées aux différents problèmes spécifiques et les seuils de décision.

A- Les normes d'amélioration liées aux différents problèmes spécifiques.

☺ Problème spécifique n°1 : l'élaboration mécanique des plans d'action.

L'élaboration d'un bon plan ne se fait pas ex nihilo ou en faisant des plagias. Il est bien question d'une bonne planification qui respecte des règles précises, qui suit un processus donné. C'est pourquoi pour éviter le piège de l'élaboration mécanique des plans d'action, nous épousons l'application de la définition de M. Schaefer : **«** *La planification est un processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer les buts réalistes et atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources nécessaires pour les atteindre et à projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'interventions possibles pour résoudre le problème ».*

☺ Problème spécifique n°2 : le faible taux d'exécution des plans d'action.

Le problème du faible taux d'exécution des plans d'action disparaîtra lorsque l'urgence cessera de submerger le décideur, lorsque les responsables de la zone

distingueront le plus urgent du plus important. C'est en cela que nous optons pour le principe du Général américain EINSENHOWER.

☺ Problème spécifique n°3 : le manque de suivi et évaluation des plans d'action.

Il n'est donc pas tout que d'élaborer de bons plans. Il faut pouvoir les suivre et les évaluer. Le suivi et évaluation favorise l'utilisation judicieuse des ressources financières et l'atteinte des objectifs définis.

☺ Problème spécifique n°4 : le faible niveau d'atteinte des indicateurs.

Selon Wolfgang Von Goethe, « *tant que l'engagement n'est pas total, l'hésitation et l'abandon menacent. Ce n'est que lorsqu'on est totalement engagé que la providence vous vient en aide. »*. Nous retenons comme approche théorique l'engagement des acteurs de la zone et l'appropriation des indicateurs par ces derniers.

B- Les seuils de décision liés aux différents problèmes spécifiques.

♦ *Problème spécifique n°1 : l'élaboration mécanique des plans d'action.*

Vu l'importance de ce problème spécifique dans l'amélioration des indicateurs, seules seront retenues les deux premières causes dont les fréquences relatives seraient les plus élevées lors des enquêtes.

♦ *Problème spécifique n°2 : le faible niveau d'exécution des plans d'action.*

La question fondamentale ayant servi à l'identification de la cause de ce problème spécifique est la suivante: Quels **sont les facteurs qui entravent l'exécution parfaite des plans d'action ?**

1. Les interférences des supérieurs hiérarchiques ?
2. Autres? (à préciser)

Cette question est posée aux membres de l'EEZS. Nous retenons que le choix se fera par rapport à tout item qui aura un poids supérieur ou égal à 25%. Toutefois, au cas où aucun item n'atteindrait ce poids, c'est l'item qui obtiendrait le poids le plus élevé qui serait retenu.

♦ *Problème spécifique n°3 : le manque de suivi- évaluation des plans d'action.*

La question relative à ce problème spécifique est libellée de la façon suivante : **Quels sont selon vous les éléments qui empêchent le suivi des plans d'action ?**

L'inexistence d'un plan de suivi ?

Autres? (à préciser)

Nous admettons que tout item qui aurait un poids supérieur ou égal à 70% serait retenu.

♦ *Problème spécifique n°4 : le faible niveau d'atteinte des indicateurs.*

Pour la détermination des obstacles au faible niveau d'atteinte des indicateurs, la question suivante a été posée aux responsables des centres de santé périphériques : **Quels sont selon vous les obstacles à l'atteinte des indicateurs dans la zone sanitaire?**

- Méconnaissance des indicateurs nationaux ?
- Autres? (à préciser)

Nous choisissons ici l'item qui aura le poids le plus élevé.

Ces seuils de décision étant fixés, nous passons à la vérification des hypothèses.

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

Dans cette section, nous procédons à l'enquête, à la présentation et à l'analyse des données pour déboucher sur la vérification des hypothèses émises et l'établissement du diagnostic.

Paragraphe 1 : La réalisation des enquêtes, la présentation et l'analyse des résultats.

Le processus de réalisation et les difficultés liées aux enquêtes, et l'analyse des données constituent la substance de ce paragraphe.

I- La collecte des données et les difficultés rencontrées.

A- La préparation et la réalisation des enquêtes.

L'enquête a été réalisée durant la deuxième quinzaine du mois de novembre. Deux questionnaires ont été conçus à cet effet. Le premier questionnaire ayant pris en compte les trois premiers problèmes spécifiques a été administré aux membres de l'EEZS et le second questionnaire, relatif au problème de faible niveau d'atteinte des indicateurs, est adressé aux responsables des formations sanitaires périphériques.

Tous ces deux questionnaires sont annexés au présent document.

B- Les difficultés rencontrées.

Nous nous sommes heurtée à certaines difficultés telles que :

- la non disponibilité des agents à enquêter, très occupés et très mobiles ;
- l'accès difficile à certains centres de santé (ceux lacustres notamment) ;
- la réticence de certains agents ;
- les faibles ressources dont nous disposons ;

- la non disponibilité des documents dans la zone sanitaire.
- le mécontentement de certains membres de L'EEZS à cause de la non tenue des réunions.

Les plans d'action et les rapports d'auto-évaluation ont été fournis par le Service des Etudes, de la Planification et du Suivi de la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral (SEPS/DDS-ATL-LIT). Les agents de ce service nous ont apporté un concours précieux.

II- La présentation, l'analyse des résultats et la vérification des hypothèses.

A- La présentation et l'analyse des résultats.

Dans cette partie, nous présentons les résultats de notre enquête ; nous les analysons en fonction des problèmes spécifiques en résolution.

Précisons que sur la cinquantaine (50) de fiches imprimées, nous n'avons pu administrer que quarante quatre (44) soit 88% à cause des difficultés que nous avons mentionnées plus haut.

1- La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête par rapport à l'élaboration mécanique des plans d'action.

Rappelons que le premier questionnaire relatif aux trois premiers problèmes spécifiques n'a été administré qu'aux membres de l'EEZS qui sont au nombre de dix neuf (19) et quinze(15) parmi eux nous ont accordé leur attention. Nous devons préciser que pour le calcul du taux obtenu par chaque cause, notre dénominateur ne pourra pas être le nombre d'enquêtés dans la mesure où, certains enquêtés ont trouvé plusieurs causes. Le dénominateur devient alors le total des scores obtenus par l'ensemble des causes.

a- La présentation.

Ce qui importe pour nous ici est l'identification des freins à l'élaboration mécanique des plans d'action. La principale question posée à cet effet est :

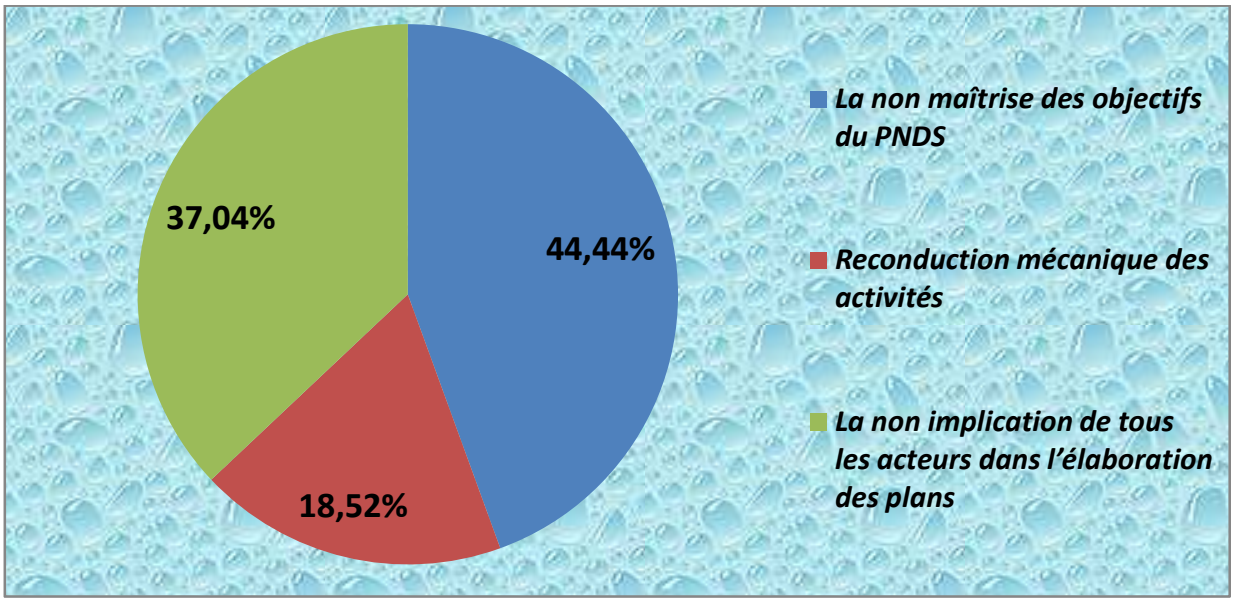
Quelle est selon vous la cause de l'élaboration mécanique des plans d'action?

Il ressort du dépouillement des fiches d'enquête que l'élaboration mécanique des plans d'action est due à la non implication de tous les acteurs concernés et à la non maîtrise des objectifs du PNDS par ceux-ci. Les résultats obtenus se présentent comme il suit :

- 12 points sur 27 sont accordés à la non maîtrise des objectifs du PNDS ; soit un taux de 44,44% ;
- 10 point sur 27, soit 37,04% à la non implication de tous les acteurs ;
- 5 points sur 27, soit un taux de 18,52% à la reconduction mécanique des activités.

Ces résultats sont graphiquement représentés comme il suit.

Source *: résultats de nos recherches.*



Graphique N°2 : Causes de l'élaboration mécanique des plans d'action.

b- L'analyse

De l'analyse des données recueillies sur cette préoccupation, il ressort que les causes fondamentales liées au problème spécifique N°1 sont la non implication de tous les acteurs et la non maîtrise des objectifs du PNDS qui ont recueilli respectivement 37,04% et 44,44%.

2- La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête par rapport au faible taux d'exécution des plans d'action.

a- La présentation

Nous voulons identifier à ce niveau les facteurs liés au faible taux d'exécution des plans d'action à travers la question suivante :

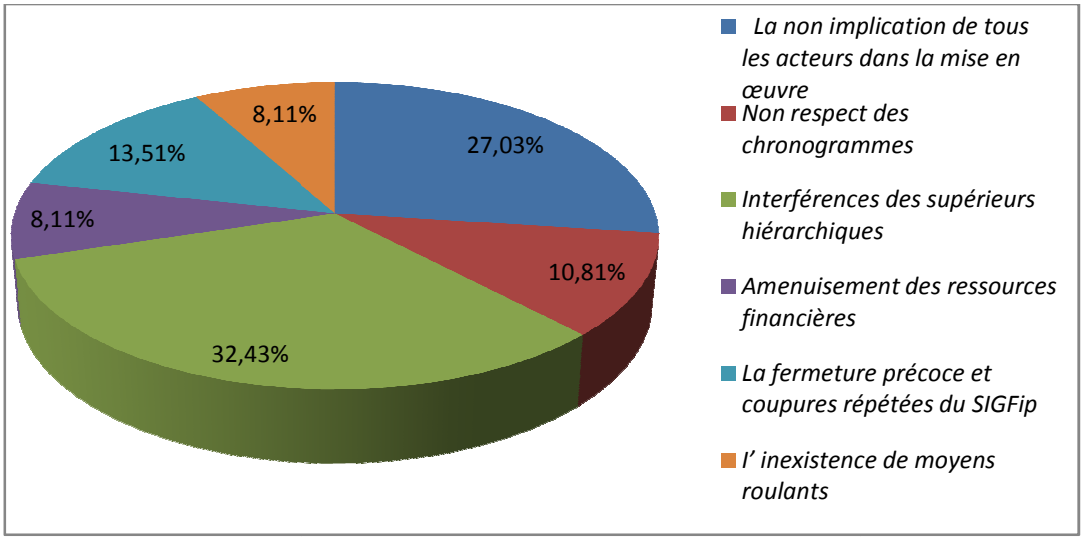
Quels sont selon vous les facteurs qui entravent l'exécution parfaite des plans d'action ?

Cette question a eu les réponses ci-après :

- les interférences des supérieurs hiérarchiques ont obtenu 12 points sur 37, soit 32,43% ;
- la non implication de tous les acteurs a recueilli 10 points sur 37 soit 27,03% ;
- la fermeture précoce et les pannes répétées du SIGFiP reçoivent 5points sur 37, soit 13,51% ;
- le manque de moyen roulant et l'amenuisement des ressources financières totalisent chacun 3 points sur 37, soit 8,11%.

Le graphique ci-dessous traduit les résultats de l'enquête.

Source *: résultats de nos recherches*



Graphique N°3 : Causes du faible taux d'exécution des plans d'action.

b-L'analyse

Il ressort des résultats de l'enquête que la non implication de tous les acteurs et les interférences des supérieurs hiérarchiques ont rassemblé respectivement 27,03% et 32,43%.

3- La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête par rapport au manque de suivi et évaluation des plans d'action.

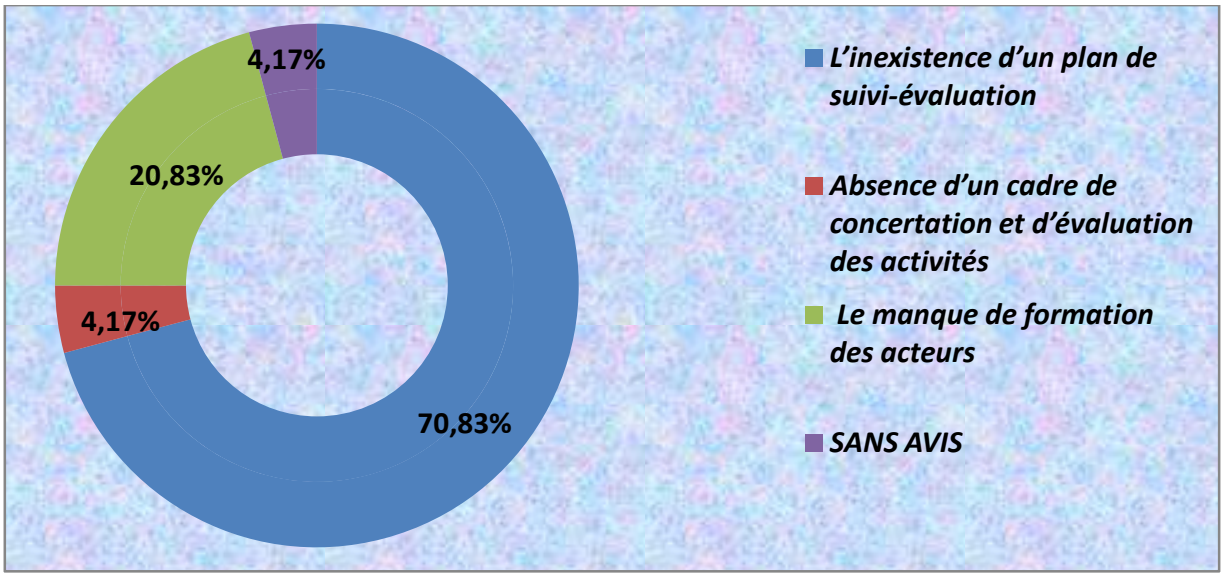
a- La présentation

Notre préoccupation est de comprendre pourquoi les plans d'action du bureau de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava ne font pas l'objet de suivi et évaluation. A la question, **quels sont selon vous les éléments qui empêchent le suivi et évaluation des plans d'action,** les réponses suivantes ont été enregistrées :

- le manque de formation des acteurs en suivi et évaluation: 5 points sur 24, soit 20,83% ;
- l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation : 17points sur 24, soit 70,83% ;

- l'absence d'un cadre de concertation et d'évaluation : 1 point sur 24, soit 4,17% ;
- un enquêté est resté sans avis sur la question, soit 4,17%.

Source *: résultats de nos recherches*



Graphique N°4 : Causes du manque de suivi et évaluation des plans d'action.

b-L'analyse.

Il ressort des résultats de l'enquête que seule l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation a atteint le seuil de décision fixé.

4- La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête par rapport au faible niveau d'atteinte des indicateurs.

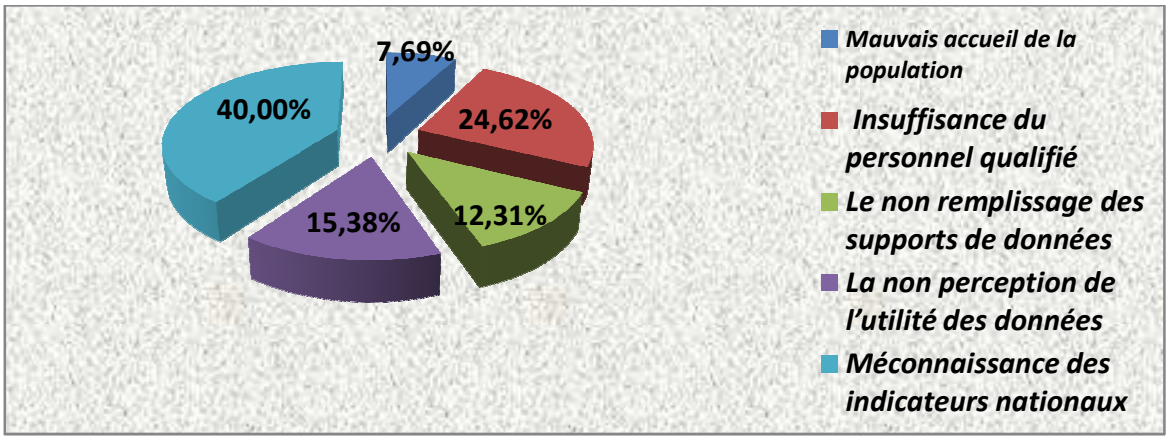
a- La présentation.

Le questionnaire conçu à cet effet est administré aux responsables des dispensaires et maternités périphériques. Trente et une (31) personnes étaient ciblées et vingt neuf (29) ont répondu ; soit un taux de 93,54%. Le mode de calcul des taux reste Le questionnaire conçu à cet effet est administré aux responsables des dispensaires et maternités identique pour la même raison. Nous avons recherché à ce niveau les obstacles à l'atteinte des indicateurs dans la zone sanitaire. La question suivante a été posée : **Quels sont selon vous les obstacles à l'atteinte des indicateurs dans la zone sanitaire?**

Les réactions suivantes ont été notées :

- 26 points sur 65 ont été accordés à la méconnaissance des indicateurs nationaux, soit 40,00% ;
- 16 points sur 65, soit 24,62% à l'insuffisance du personnel qualifié ;
- 10 points sur 65, soit 15,38% à la non perception de l'utilité des données ;
- 8 points sur 65, soit 12,31% au non remplissage des supports de données ;
- 5 points sur 65, soit 7,69% au mauvais accueil.

Source *: résultats de nos recherches.*



Graphique N°5 : Causes du faible niveau d'atteinte des indicateurs.

b-L'analyse.

Des données de l'enquête, il ressort que la méconnaissance des indicateurs nationaux a le poids le plus élevé parmi toutes les causes.

B- La vérification des hypothèses et l'établissement du diagnostic.

1-La vérification des hypothèses.

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

a- Le degré de vérification de l'hypothèse n°1.

Les résultats de l'enquête menée auprès de quinze (15) membres de l'EEZS confirment l'hypothèse de départ : la non maîtrise des objectifs du PNDS et la non implication de tous les acteurs entraînent l'élaboration mécanique des plans d'action.

b- Le degré de vérification de l'hypothèse n°2.

Les données quantitatives, ayant servi de base à notre analyse, ont révélé que deux causes ont totalisé une fréquence relative élevée de plus de 25% chacune. Par conséquent, l'hypothèse du problème spécifique N°2 selon laquelle les interférences des supérieurs hiérarchiques expliquent le faible taux d'exécution des plans d'action se trouve confirmée. Mais au-delà de cette cause supposée, la non implication de tous les acteurs entraîne également le faible taux d'exécution des plans d'action.

c- Le degré de vérification de l'hypothèse n°3.

Pour identifier la ou les causes se trouvant à la base du manque de suivi et évaluation des plans d'action, tout item ayant un poids d'au moins 70% est retenu comme seuil de décision. Il ressort des données recueillies que seule l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation a atteint ce seuil de décision fixé. Notre hypothèse de départ se trouve donc totalement confirmée.

d-Le degré de vérification de l'hypothèse n°4.

Le seuil de décision fixé pour résoudre le faible niveau d'atteinte des indicateurs est que l'item qui aura le poids le plus élevé sera retenu. Les données quantitatives ayant servi de base à notre analyse ont révélé que la méconnaissance des indicateurs nationaux est l'item qui a le poids le plus élevé.

Notre hypothèse de départ, selon laquelle, le faible niveau d'atteinte des indicateurs dans la zone est dû la méconnaissance des indicateurs nationaux est également confirmée.

2-L'établissement du diagnostic.

Elément du diagnostic du problème spécifique n°1.

L'élaboration mécanique des plans d'action est due aussi bien à la non maîtrise des objectifs du PNDS qu'à la non implication de tous les acteurs.

Elément du diagnostic du problème spécifique n°2.

Les données quantitatives issues de l'enquête ayant révélé que l'hypothèse n°2 est partiellement vérifiée ; nous pouvons désormais établir notre diagnostic en concluant que les interférences des supérieurs hiérarchiques et la non implication de tous les acteurs expliquent le faible niveau d'exécution des plans d'action.

Elément du diagnostic du problème spécifique n°3.

La vérification de l'hypothèse n°3 nous permet de retenir définitivement que l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation justifie le manque de suivi et évaluation des plans d'action du bureau de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

Elément du diagnostic du problème spécifique n°4.

Le faible niveau d'atteinte des indicateurs dans la zone est dû à la méconnaissance des indicateurs nationaux.
Les différents éléments de diagnostic sont récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau n° 10 : Récapitulatif des éléments de diagnostic.

Problèmes spécifiques	**Diagnostics**
PS1	L'élaboration mécanique des plans d'action est due à la non maîtrise des objectifs du PNDS et la non implication de tous les acteurs.
PS2	Les interférences des supérieurs hiérarchiques et la non implication de tous les acteurs expliquent le faible niveau d'exécution des plans d'action.
PS3	L'inexistence d'un plan de suivi et évaluation justifie le manque de suivi et évaluation des plans d'action.
PS4	Le faible niveau d'atteinte des indicateurs dans la zone est dû à la méconnaissance des indicateurs nationaux.

Source ***:*** *Résultats de nos enquêtes*

Les diagnostics ayant été établis, nous abordons à présent les approches de solutions et leurs conditions de mise en œuvre.

Paragraphe 2 : Les approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre.

L'objectif général de notre étude est de contribuer à l'amélioration de l'impact des plans d'action sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. Il s'agit dans ce paragraphe de proposer des solutions pouvant permettre l'éradication des causes aux problèmes spécifiques liés à la problématique de notre étude.

I- Les approches de solutions.

Nous suggérons les solutions suivantes pour éradiquer les différentes causes des problèmes spécifiques identifiés ; ce qui conduit à la résolution du problème général.

A- Les approches de solutions au problème d'élaboration mécanique des plans d'action.

Le diagnostic posé est que la non implication de tous les acteurs et la non maîtrise des objectifs du PNDS conduisent à l'élaboration mécanique des plans d'action. Pour résoudre ce problème, nous proposons :

- une bonne circulation de l'information au sein de l'EEZS, en vue de la tenue à bonne date des réunions, et pour que l'EEZS puisse répondre aux différentes sollicitations internes et externes ;
- la détermination effective par l'EEZS des activités prioritaires à mettre dans les plans d'action. Cela permettra de débattre des questions prioritaires de la zone et de requérir le consensus, pour que chaque membre se reconnaisse comme acteur de l'élaboration des plans d'action ;
- la réalisation des extraits du PNDS en vue de la vulgarisation de ses objectifs ;
- la formation des acteurs, selon les niveaux, sur les objectifs du PNDS.

B- Les approches de solutions au problème du faible taux d'exécution des plans d'action.

Les causes détectées comme étant à la base de ce problème sont les interférences des supérieurs hiérarchiques et la non implication de tous les acteurs. Pour l'éradication de ces causes nous suggérons :

- la constitution objective des équipes de travail en tenant compte des compétences ;

- la priorisation des activités inscrites dans les plans d'action de la zone. En effet l'on ne doit pas perdre de vue que la zone est évaluée sur la base de ses propres activités. Il ne s'agit pas d'une désobéissance aux chefs, encore moins d'un boycotte des activités des supérieurs hiérarchiques, mais il faut distinguer l'urgent de l'important ;
- la délégation des tâches, qui trop embrasse mal étreint, dit on. Et d'ailleurs pour FAYOL, « diriger, c'est ne rien faire, ne rien laisser faire, c'est tout faire faire, c'est mettre les hommes devant un but, c'est animer des équipes, c'est communiquer une vision… » ;
- l'incitation à la polyvalence ou à la complémentarité : l'absence pour raison de maladie, de stage ou de participation à un séminaire, ne doit pas bloquer le fonctionnement de la zone. Il faut décloisonner les services.

C- Les approches de solutions au problème de manque de suivi et évaluation des plans d'action.

Effectuer des évaluations avisées, de façon soutenue et continue, est une priorité. Un bon leader accorde de l'importance aux mécanismes qui permettent de mesurer le rendement de la structure, les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs établis. Il cherche à savoir : qu'avons-nous décidé ? Où en sommes-nous ? Comment faire mieux ?

La résolution du problème relatif au manque de suivi et évaluation des plans d'action passe donc par la conception d'un plan de suivi et évaluation, la formation des acteurs et l'incitation à la mise en œuvre effective de ce plan.

Nous proposons ici un exemplaire de canevas de suivi et évaluation d'activité.

Tableau N° 11 : Modèle de canevas de suivi et évaluation d'activité

Canevas de suivi et évaluation.	
Nom de la structure :	
N° de l'activité dans le Plan d'action	
Source de financement	
Libellé de l'activité :	
Objectifs poursuivis	
Période de réalisation	
Indicateurs spécifiques	
Responsable de l'activité	
Intrants	Tout ce dont on a besoin pour la réalisation de l'activité. (indiquer clairement les moyens prévus, ceux mobilisés et ce qui est utilisé. Calculer les différents taux avec toutes les justifications nécessaires)
Extrants	- Les résultats visibles et concrets issus directement des activités tels que les séances tenues, les interventions faites, les populations atteintes et le matériel distribué… - Les effets de l'activité qui s'observent dans l'immédiat ou quelquefois longtemps après son achèvement tels que les changements d'attitude, de croyances, de compétences, de comportement …
Moyens de vérification :	**:** Les sources devant permettre de répondre aux questions sur la performance des indicateurs.
Signature et date	

Source *: résultats de nos recherches.*

D- Les approches de solutions au problème du faible niveau d'atteinte des indicateurs.

Les éléments du diagnostic ont révélé que le faible niveau d'atteinte des indicateurs dans la zone est dû à la méconnaissance des indicateurs nationaux.

Comme nous l'avions dit cette cause est en corrélation avec la non maîtrise des objectifs du PNDS. Les acteurs des centres périphériques, pour la plupart, travaillent sans connaître réellement ce qu'on attend d'eux. Pour cela nous faisons les propositions de solutions suivantes :

- réaliser des brochures des indicateurs recherchés, attendus, au niveau de chaque service, en précisant leur utilité, les supports nécessaires à leur documentation et leur mode de calcul;
- former les agents à cet effet ;
- mettre ces brochures à la disposition des agents comme on le fait pour les ordinogrammes et protocoles de prise en charge; cela permettrait aux agents de s'auto évaluer.

II- Les conditions de mise en œuvre des solutions et la construction du tableau de synthèse de l'étude.

A- Les conditions de mise en œuvre des solutions.

Les solutions proposées n'auront toute leur efficacité que lorsque certaines conditions seront réunies. Il faut donc des conditions de mise en œuvre que nous définissons à l'endroit des différents acteurs de santé.

1- A l'endroit des responsables des formations sanitaires périphériques.

Il faut :

- améliorer la qualité de l'accueil;
- se rendre disponibles au poste de travail ;
- sensibiliser, avec l'appui des membres des comités de gestion, les populations sur les questions de santé ;
- réaliser des prestations en stratégies avancées ;
- mettre en œuvre les formations reçues ;
- respecter les protocoles de prise en charge des malades ;
- remplir quotidiennement les supports de données ;
- éviter le rançonnement des malades ;
- s'auto-évaluer pour le suivi des indicateurs.

2- A l'endroit du médecin-coordonnateur.

- Promouvoir le travail en équipe : plus les membres de son équipe participeront à la prise de décision, plus ils seront motivés. Instaurer l'esprit d'équipe permet également de créer un climat sain, de favoriser un sentiment d'unité et de mieux travailler ;
- être à l'écoute de son équipe et capter l'attention de son entourage puisque le leader doit réussir à attirer les gens. Il perçoit les critiques, les échecs comme source d'apprentissage, comme source d'expérience et de maturité pour amélioration de son style de leadership.
- envoyer un planning annuel des réunions aux membres de l'EEZS et les tenir informer à temps en cas de modification ;
- communiquer les programmations mensuelles aux supérieurs hiérarchiques ;
- encourager les agents performants à travers des lettres de félicitations, des prix…

- prendre des mesures idoines pour l'archivage et la conservation des documents de la zone : les plans d'action, les rapports d'autoévaluation, les rapports de supervision, les rapports d'activité…

3- A l'endroit des autres membres de l'EEZS.

- cultiver l'esprit d'équipe ;
- tenir réellement les réunions;
- faire les programmations mensuelles ;
- mettre réellement en œuvre les activités programmées.

4- A l'endroit des supérieurs hiérarchiques (DDS et MS).

- appuyer la zone pour la dissémination du PNDS ;
- renforcer le personnel qualifié là où il en manque ;
- doter la zone de matériels roulants pour faciliter la réalisation des activités ;
- tenir compte des programmations du niveau périphérique. Cela réduirait les interférences ;
- effectuer des descentes inopinées dans les ZS pour contrôler la mise en œuvre des programmations mensuelles ;
- encourager les zones sanitaires les plus méritantes.

B- le tableau de synthèse de l'étude (TSE).

C'est un tableau qui, comme son nom l'indique, récapitule tout notre travail sur le thème : l'impact des plans d'action du bureau de zone sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

Tableau N° 12 : Tableau de synthèse de l'étude.

Niveaux d'analyse		Problématique	Objectifs	Causes réelles (Cr)	Diagnostics (D)	Solutions
Général		PG: les plans d'action du bureau de zone impactent très peu les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.	OG : contribuer à l'amélioration de l'impact des plans d'action sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.			
Spécifiques	1	PS n °1 : l'élaboration mécanique des plans d'action au bureau de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.	OS n°1 : suggérer les conditions d'une élaboration objective des plans d'action.	Cr /PSn°1 : - la non maîtrise des objectifs du PNDS - la non implication de tous les acteurs.	D/ PS n°1 : l'élaboration mécanique des plans d'action est due aussi bien à la non maîtrise des objectifs du PNDS qu'à la non implication de tous les acteurs.	Approches de solutions au PS n°1 : - une bonne circulation de l'information au sein de l'EEZS ; - la détermination effective par l'EEZS des activités prioritaires; - La réalisation et la vulgarisation des extraits du PNDS en fonction des objectifs et suivant chaque niveau ; -La formation des acteurs à chaque niveau sur les objectifs.
	2	PS n°2 : le faible taux d'exécution des plans d'action du bureau de zone.	OS n°2 : proposer des mesures pour l'augmentation des taux d'exécution des plans d'action.	Cr /PS n°2 : les interférences des supérieurs hiérarchiques .	D/ PS n°2 : le faible niveau d'exécution des plans d'action est dû aux interférences des supérieurs hiérarchiques et à la non implication de tous les acteurs	Approches de solutions au PS n°2 : -la constitution objective des équipes de travail ; -la priorisation des activités programmées par la zone ; -la délégation des tâches ; -l'incitation à la polyvalence et à la complémentarité.

	3	PS n°3 : le manque de suivi- évaluation des plans d'action.	OS n°3 : suggérer un plan de suivi et évaluation de l'exécution des plans d'action.	Cr /PS n°3 : l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation.	D/PS n°3 : l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation justifie le manque de suivi et évaluation des plans d'action	Approches de solutions au PS n°3 : -la conception d'un plan de suivi et évaluation - la formation des acteurs sur le plan -l'incitation des acteurs à la mise en œuvre effective de ce plan
	4	PS n°4: le faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé dans la zone sanitaire.	OS n°4 : proposer des mesures pour l'amélioration du niveau des indicateurs de santé.	Cr/PS n°4 : la méconnaissance des indicateurs nationaux.	D/PSn°4 :le faible niveau d'atteinte des indicateurs dans la zone est dû à la méconnaissance des indicateurs nationaux	Approches de solutions au PS n°4 : - la réalisation des brochures des indicateurs ; -la formation des agents sur ces indicateurs ; -la mise à disposition des agents des brochures.

Source *:* Résultats de nos recherches

CONCLUSION

La noble ambition du Bénin, faire bénéficier à toutes les couches de la population des soins et services de santé d'excellente qualité, est la raison fondamentale du choix de notre problématique : l'impact des plans d'action sur les indicateurs de santé.

Le problème général relevé est que les plans d'action du bureau de zone impactent très peu les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. L'élaboration mécanique des plans d'action, le faible taux d'exécution des plans d'action, le manque de suivi et évaluation des plans d'action et le faible niveau d'atteinte des indicateurs de santé, sont les problèmes spécifiques qui nourrissent le problème général.

Chaque de problème spécifique a été diagnostiqué. Il se dégage de ce diagnostic que la non maîtrise des objectifs du PNDS, la non implication de tous les acteurs, les interférences des supérieurs hiérarchiques, l'inexistence d'un plan de suivi et évaluation et la méconnaissance des indicateurs nationaux sont les causes réelles de ces problèmes spécifiques.

L'éradication des causes réelles de ces problèmes spécifiques, par un effet d'entraînement, conduira à la résolution du problème général de notre étude. C'est pourquoi nous suggérons que:

- les objectifs du PNDS soient maîtrisés de tous les acteurs et qu'ils s'en inspirent pour toutes les actions de santé dans la zone sanitaire ;
- les acteurs à divers niveau de la zone sanitaire mettent de l'objectivité dans leurs actions, conjuguent leurs efforts, cultivent l'esprit d'équipe et travaillent en parfaite symbiose.
- les responsables des centres périphériques qui constituent un maillon important de la chaîne, aient aussi une bonne connaissance des indicateurs et la volonté soutenue de les atteindre ;

- le suivi et évaluation des plans soit désormais une priorité pour les acteurs de la zone sanitaire.

Ces quelques approches de solutions assorties de conditions de mise en œuvre augmenteront assurément l'impact des plans d'action sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

Il est tout de même surprenant que la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava, si proche des autorités, si proche du ministère de la Santé où s'élaborent les grandes stratégies, puisse s'écarter aussi sensiblement des normes établies par le secteur de la santé ! Si cela se passe ainsi au nez et à la barbe des autorités, l'on peut se faire une idée de ce qui se produit dans d'autres zones sanitaires !

Et pourtant une évaluation des zones sanitaires se fait tous les ans par la Direction chargée des zones sanitaires ! Le moment est venu pour que cette Direction définisse une nouvelle mission, un nouveau mode de suivi et d'évaluation, un nouveau mode de fonctionnement, pour plus d'efficacité sur le champ d'application des plans d'action.

Quelle nouvelle méthodologie ? Quel type de vérification ? Quelle forme d'évaluation des zones sanitaires ? Comment exploiter au mieux les résultats d'évaluation au profit des zones évaluées ?

Telles sont quelques pistes de réflexion, qui méritent d'être menées ultérieurement par d'autres études, pour que les attentes des populations continuent d'être au centre des préoccupations dans le secteur de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

I- OUVRAGES.

1. JURAN, J. M. (1989) : « ***planifier la qualité.*** **»**, Collection afnor gestion, ISBNn2-12-467311-7.
2. LEVY, E. , BUNGENER, M. , DUMENIL ,G. et LAFARGE H. (1977) : « ***introduction à la gestion hospitalière.*** **»**, BORDAS, Paris, édition Dunod, 0113 770 306 ISBN 2-04 -003070-0.
3. MSP (2009) : « ***Plan National de développement sanitaire 2009-2018.*****».**
4. PERETTI, J-M. (2001) :« **Ressources Humaines et Gestion des personnes.** », Vuibert, Paris.
5. VALLET, Gilles. (2003) : « ***Techniques de planification des projets.*** **»,** 3ème édition. BUNOD.

II- MEMOIRES.

1. DELE, A. F.K. (2009) : **« *Problématique de l'optimisation du taux d'exécution du budget sectoriel du ministère de la* santé.**», Mémoire de fin de formation UAC/ENAM/ Cycle II/ AHUI.
2. SACRAMENTO, T. .A. Corine (2008) : « ***Evaluation des performances de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava de 2005 à 2007***. », Mémoire de fin de formation UAC/ENAM/ Cycle I/AHUI.
3. YABI, A. M. O. (2009) : «***La gestion des ressources humaines en milieu hospitalier : cas de l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune***.», Mémoire de fin de formation, UAC/ENAM/ Cycle II /AHUI**.**

4. DJOSSOU, A. G. (2007) : «***La gestion des indigents face au recouvrement des coûts à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi***», Mémoire de fin de formation, UAC/ENAM/ Cycle II /AHUI**.**

III- RAPPORTS

1. DDS ATL-LIT : **Rapports d'autoévaluation** des exercices 2006, 2007, 2008, 2009 et 2010.
2. DDS ATL-LIT : **plans d'Action** des exercices 2006, 2007, 2008, 2009 2010 et 2011.
3. ZS/ AS : **Rapport de monitoring** des années 2006 à 2010.

IV- TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES.

1. La loi 88-444 du 18 novembre 1988, portant autorisation de vente de médicaments essentiels et la rétention des recettes dans les formations sanitaires.
2. 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.
3. Le décret N° 2005-611 du 28 septembre 2005, modifiant 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.
4. L'arrêté N° 675 du 27 févier 1989, définissant les responsabilités financières des formations sanitaires et les procédures de gestion des recettes.

V- COURS NON EDICTES

1. AGBLONON, P. (2010) « La gestion optimale du temps », UAC/ENAM/ Cycle II/AHUI1.

2. AREMOU, R. (2011) « ***Gestion Financière et Budgétaire des Services de Santé et de l'Education*** », UAC/ENAM/ Cycle II/AHUI2.

3. DJOSSE, J. (2010) « **Analyses et Recherche documentaire** » AC/ENAM/Cycle II/AHUI1.
4. GNANSOUNON, C. S. (2011) « ***Méthodologie de la Recherche de Mémoire Professionnel*** » UAC/ENAM/Cycle II/AHUI2.
5. HOUNSA, A. (2011) « ***Coût et Financement des Services de Santé et de l'Education*** », UAC/ENAM/ Cycle II/AHUI2.
6. OMYALE, P. (2011) « **Gestion des Ressources Humaines** », UAC/ENAM/Cycle II/AHUI2.
7. TCHIBOZO, H.B.M. (2011) « **Management Stratégique des Services de Santé et de l'Education** », UAC/ENAM/ Cycle II/AHUI2.

VI- AUTRES DOCUMENTS

1. ENAM (2007) : « **Référentiel des Mémoires** », (2è édition) Mimographe, Abomey-Calavi.
2. ZS/AS (2008) : **Annuaire statistique 2007**.

ANNEXES

Annexe 1 : point d'exécution du plan d'action 2006.

Intitulé des activités	**Taux d'exécution physique (%)**	**Coût initial prévu (en millions)**	**Coût réellement alloué (en millions)**	**Source de Financement**	**Engagement (en millions)**	**Décaissement en millions**	**Exécution financière (%)**		**Localités**	**Bénéficiaires**
							Base engag.	**Base décais.**		
Actualiser la liste des cabinets privés	100	0,10	0,10	FC	0,00	0,00	0,00	0,00	Commune d'Abomey-Calavi	Commune d'Abomey-Calavi
Tenir avec le secteur privé trois réunions de concertation	66	0,20	0,20	FC	0,05	0,05	25,00	25,00	ZS/AS	ZS/AS
Mettre à disposition des centres privés les outils du SNIGS	30	0,10	0,10	FC	0,02	0,02	20,00	20,00	ZS/AS	ZS/AS
Fermer les cabinets privés illégalement implantés sur le territoire de la Zone	25	0,50	0,50	FC	0,01	0,01	2,00	2,00	ZS/AS	ZS/AS
Organiser les réunions statutaires des organes de gestion (CG, EEZS, CS)	75	3,00	3,00	FC	1,72	1,72	57,33	57,33	HZ/AS	HZ/AS
Elaborer les budgets annuels prévisionnels	100	0,60	0,60	FC	0,48	0,48	79,83	79,83	ZS/AS	ZS/AS

Organiser (02) fois par an le monitoring des activités	75	1,00	1,00	FC	0,54	0,54	54,30	54,30	ZS/AS	Centres de Santé de la Zone
Améliorer les prestations de l'antenne statistique de la Zone	50	0,05	0,05	FC	0,03	0,03	50,00	50,00	ZS/AS	ZS/AS
Organiser la supervision intégrée du personnel dans tous les domaines d'activités par l'EEZS	100	2,00	2,00	BN	2,00	2,00	100,00	100,00	ZS/AS	ZS/AS
Former/recycler le personnel dans les domaines identifiés lors des supervisions	100	1,00	1,00	BN	1,00	1,00	100,00	100,00	ZS/AS	ZS/AS
Assurer le paiement des salaires du personnel recruté sur le Financement Communautaire	100	49,46	49,46	FC	52,95	52,95	107,06	107,06	ZS/AS	ZS/AS
Approvisionner les centres en MEG, et consommables médicaux	100	75,72	75,72	FC	93,42	93,42	123,38	123,38	ZS/AS	ZS/AS
Entretenir le parc auto et moto	100	3,00	3,00	FC	3,15	3,15	105,00	105,00	Centres de Santé d'Ab-Cal, de Sô-Ava et BZ	Centres de Santé d'Ab-Cal, de Sô-Ava et BZ
Doter les moyens de déplacements de carburant et	50	10,82	10,82	BN	10,82	10,82	100,00	100,00	ZS/AS	ZS/AS

lubrifiants										
Assurer les autres prestations de services	100	2,64	2,64	BN	2,64	2,64	100,00	100,00	ZS/AS	ZS/AS
Acquérir les fournitures consommées	100	49,00	49,00	BN	48,01	48,01	97,98	97,98	ZS/AS	ZS/AS
Assurer les travaux divers d'entretien et de maintenance	100	10,60	10,60	BN	10,60	10,60	100,00	100,00	ZS/AS	ZS/AS
Désinfecter les puits à l'approche des périodes de flambée des épidémies	?	0,10	0,10	FC	0,05	0,05	50,00	50,00	ZS/AS	ZS/AS
Pré positionner les médicaments à l'approche des périodes de flambée d'épidémie de choléra	100	0,01	0,01	FC	0,01	0,01	100,00	100,00	ZS/AS	ZS/AS
Motiver les donneurs bénévoles de sang de la Zone Sanitaire	25	0,30	0,30	FC	0,03	0,03	8,33	8,33	ZS/AS	ZS/AS
Assurer la prise en charge gratuite des personnes reconnues pauvres et indigentes	100	40,00	40,00	BN	14,06	14,06	35,15	35,15	ZS/AS	ZS/AS
Total 1		**250,2**	**250,2**		**241,59**	**241,59**	**96,43**	**96,43**		

Annexe 2 : point d'exécution du plan d'action 2007.

N° d'ordre	**intitulé des activités programmées et éxecutées**	**Taux d'exécution physique %**	**Coût initial prévu**	**Coût réellement alloué**	**Source de Financement**	**Engagement**	**Décaissement**	**Exécution financière (%)**		**Localités**	**Bénéficiaires**
								Base engagement	Base décaissement		
2	Achat de gaz médicaux et de consommables médicaux	100	17,50	17,50	BN	17,5	17,5	100,00	100,00	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CS de la Zone
3	Frais de bureau et de fonctionnement	100	7,50	7,50	BN	7,5	7,5	100,00	100,00	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CS de la Zone
4	Kits d'urgence	100	10,00	10,00	BN	9,998	9,998	99,98	99,98	Communes Ab-Calavi	HZ AS
5	Former/recycler le personnel soignant (54) sur le système de référence et contre référence.	100	1,35	1,35	BN	0,451	0,451	33,41	33,41	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	Personnel soignant des FS de la Zone
6	Travaux d'agrément d'attribution des offres et de réception	100	0,60	0,111	BN	0,111	0,0355	100,00	31,98	ZS AS	ZS AS

7	Evaluer l'exécution des budgets et réaliser un contrôle de la gestion du FC	100	0,95	0,95	BN	0,4895	0,4895	51,53	51,53	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CS de la Zone
8	Former/Recycler tous les chefs postes et comptables sur l'utilisation des outils de gestion du SNIGS	100	0,51	0,51	BN	0,439	0,439	86,08	86,08	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	Chefs postes et comptables des CS
9	Organiser (02) fois par an le monitoring des activités	100	1,11	1,11	BN	1,4215	1,4215	128,06	128,06	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CS de la Zone
10	Organiser une supervision des dispensateurs des pharmacies de la zone	100	0,78	0,78	BN	0,5415	0,5415	69,42	69,42	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	Dispensateurs des pharmacies des CS
11	Frais de carburant et lubrifiants	100	10,82	10,82	BN	10,82	10,82	100,00	100,00	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CS+HZ AS
12	Assurer les autres prestations de services	100	2,00	2,00	BN	1,999	1,999	99,95	99,95	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	ZS AS
13	Assurer les travaux divers d'entretien et de maintenance	100	10,60	10,60	BN	10,59	10,59	99,91	99,91	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	ZS AS
14	Assurer l'alimentation des malades	100	10,00	10,00	BN	9,999	9,999	99,99	99,99	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CDT + HZ AS

15	Vérifier la gestion des crédits délégués au niveau des 15 formations sanitaires de la zone	100	0,35	0,35	BN	0,3155	0,3155	90,14	90,14	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CS de la Zone
16	Faire l'inventaire du matériel et équipements des centres de santé de la zone	100	0,33	0,8185	BN	0,8185	0,8185	100,00	100,00	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	ZS AS
17	Tenir avec le secteur privé trois réunions de concertation	100	0,20	0,20	FC	0	0	0,00	-	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	Personnel secteur privé
18	Organiser les réunions statutaires des organes de gestion	90	1,83	1,83	FC	1,307	1,307	71,42	71,42	Calavi/HZ AS	ZS AS
19	Elaborer les budgets annuels prévisionnels	100	0,25	0,25	FC	0,07	0,07	28,00	28,00	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CS de la Zone
20	Organiser (02) fois par an le monitoring des activités	100	0,42	0,42	FC	0,324	0,324	77,14	77,14	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	CS de la Zone
21	Former/recycler le personnel soignant (54) sur le système de référence et contre référence.	100	0,22	0,22	FC	0,15	0,15	68,18	68,18	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	Personnel soignant des FS de la Zone
22	Former/Recycler tous les chefs postes et comptables sur l'utilisation des outils de gestion du SNIGS	100	0,14	0,14	FC	0,1	0,1	71,43	71,43	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	Chefs postes et comptables des CS

23	Doter les centres de sante de Houédo-Aguékon et de Ganvié de barques motorisées	100	1,00	1,00	FC	1	1	100,00	100,00	Commune Sô-Ava	H-Aguékon et Ganvié
24	Recruter sur le Financement Communautaire du Bureau de Zone : 1 AHUI, 1 ASF, 2 Gardiens.	25	2,74	2,74	FC	0,04	0,04	1,46	1,46	Commune Ab-Calavi	Bureau de Zone
25	Assurer le paiement des salaires du personnel recruté sur le Financement Communautaire	100	3,02	3,02	FC	2,709	2,709	89,70	89,70	Commune Ab-Calavi	Bureau de Zone
26	Entretenir le parc auto et moto	100	3,20	3,20	FC	3,12	3,12	97,50	97,50	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	BZ AS , CS Ab-CAL et CS Sô-Ava
27	Désinfecter les puits à l'approche des périodes de flambée des épidémies	60	0,10	0,10	FC	0,03	0,03	30,00	30,00	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava
28	Pré positionner les médicaments à l'approche des périodes de flambée d'épidémie de choléra	60	0,01	0,01	FC	0,01	0,01	100,00	100,00	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava
29	Œuvrer à l'obtention de l'acte de donation du terrain du jardin botanique auprès du maire d'Abomey-Calavi	50	0,01	0,01	FC	0	0	0,00	-	Commune Ab-Calavi	ZS AS

30	Promouvoir l'utilisation de moustiquaires imprégnées (en cédant 8000 moustiquaires imprégnées)	100	0,40	0,40	FC	0,1	0,1	25,00	25,00	Communes Ab-Calavi et Sô-Ava	ZS AS
31	Assurer les primes et indemnités des membres de EEZS	100	3,06	3,06	FC	2,81	2,81	91,83	91,83	Calavi	Membres EEZS
32	Participer au fonctionnement de la DDS-Atl/Litt	50	4,22	4,22	FC	4,103	4,103	97,23	97,23		
33	Assurer les cotisations des agents sur financement communautaire à la CNSS	100	1,15	1,15	FC	0,574	0,574	49,91	49,91	Calavi	BZ AS
34	Assurer les autres frais de fonctionnement	100	2,50	2,50	FC	2,74	2,74	109,60	109,60	Calavi	BZ AS
TOTAL			**98,87**	**98,87**		**92,18**	**92,11**	**93,23**	**93,16**		

Annexe 3 : point d'exécution du plan d'action 2010

N° d'ordre	Intitulé des activités programmées et exécutées	source de financement	Taux d'exécution physique (%)	Coût initial prévu en milllions	Coût réellement alloué en millions	Engagé en millions	Décaissé en millions	Exécution financière (%)	
								Base engag.	Base décais.
1	Mener une campagne de traitement systématique et préventif de 500 puits à risque dans la Zone Sanitaire	FC	80	0,22	0,22	0,175	0,175	80%	80%
2	Organiser une fois par semestre une supervision des agents chargés des activités d'hygiène hospitalière dans 18 FS	FC	50	0,24	0,24	0,12	0,12	50%	50%
3	Tenir 12 réunions de l'EEZS	FC	25	0,76	0,76	0,189	0,189	25%	25%
4	Tenir 03 réunions du Comité de Santé de la Zone Sanitaire	FC	25	0,86	0,86	0,217	0,217	25%	25%
5	Organiser des collectes trimestrielles des données du paludisme	PISAF	67	0,8	0,8	0,66	0,66	83%	83%

6	Organiser une supervision formative de (10) agents de collecte de données dans 18 FS	PISAF	100	0,9	0,9	0,6	0,6	67%	67%
7	Superviser une fois par trimestre les agents chargés de la gestion des médicaments et des produits dans 18 FS	PISAF	5 0	0,5	0,5	0,94	0,94	188%	188%
8	Assurer l'alimentation des malades tuberculeux et hospitalisés de l'hôpital de Zone	BN	50	10,5	10,5	10,499	10,499	100%	100%
9	Acquérir les kits d'urgence pour les FS de la Zone	BN	100	11,25	11,25	11,25	11,25	100%	100%
10	Organiser trimestriellement une collecte du don de sang dans la Zone Sanitaire	FC	50	0,16	0,31	0,08	0,08	50%	50%
11	Réaliser une fois par semestre l'inventaire du dépôt répartiteur de Zone	FC	50	0,1	0,1	0,05	0,05	50%	50%

12	Prévenir les cas d'épidémies dans la Zone Sanitaire	FC	100	0,1	0,1	0,1	0,1	100%	100%
13	Réaliser trimestriellement la collecte et l'entreposage des sachets de MIILD dans les formations sanitaires de la Zone	FC	60	0,31	0,31	0,19	0,19	61%	61%
14	Approvisionner 18 formations sanitaires de la Zone en Gaz, consommables médicaux et petits matériels médico-techniques	BN	100	14,625	14,625	14,625	14,625	100%	100%
15	Former 48 infirmiers de la Zone sanitaire en PCIME Clinique (2 sessions de 24)	PISAF	100	26	26	26	26	100%	100%
16	Construire le dépôt répartiteur de la Zone	CRS	100	22,5	22,5	22,5	22,5	100%	100%
17	Equiper le dépôt répartiteur de la Zone	CRS	100	2	2	2	2	100%	100%

18	Assurer les frais de bureau et de fonctionnement	BN	100	7,575	7,575	7,575	7,575	100%	100%
19	Acquérir pour les formations sanitaires de la zone du carburant et lubrifiants	BN	100	9,36	9,36	9,36	9,36	100%	100%
20	Assurer les autres prestations de service	BN	100	1,5	1,5	1,5	1,5	100%	100%
21	Assurer les travaux divers d'entretien et de maintenance	BN	100	8,625	8,625	8,625	8,625	100%	100%
22	Organiser une supervision trimestrielle sur la gestion du Financement communautaire dans les centres de santé de la zone	BN	100	0,786	0,786	0,786	0,786	100%	100%
23	Superviser la prise en charge des personnes reconnues indigentes dans les centres de santé de la zone	BN	100	0,713	0,713	0,713	0,713	100%	100%

24	Organiser une supervision des dispensateurs des pharmacies des centres de santé publics de la zone	BN	100	0,4135	0,4135	0,4135	0,4135	100%	100%
25	Evaluer l'exécution des budgets des centres de santé publics de la Zone	BN	100	0,4045	0,4045	0,4045	0,4045	100%	100%
26	Faire l'inventaire du matériel et équipement des formations sanitaires de la zone	BN	100	0,541	0,541	0,541	0,541	100%	100%
27	Assurer la prise en charge de l'équipe de réception des fournitures acquises sur crédits délégués	BN	100	0,22	0,22	0,219	0,219	100%	100%
28	Superviser semestriellement les agents chargés de la collecte des données du SNIGS	FC	100	0,18	0,18	0,18	0,18	100%	100%
29	Equiper le service de comptabilité de zone d'une armoire de rangement à trois battants	FC	96	0,124	0,124	0,12	0,12	97%	97%

30	Assurer la participation de la Zone au fonctionnement de la DDS A/L	FC	97	5,09	4,97	4,97	1,8	98%	35%
TOTAL				**127,36**	**127,387**	**125,602**	**122,43**	**99%**	**96%**

Annexe 4 : Tableau de la disponibilité en médicaments essentiels des formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava (en %)

	2006	2007		2008		2009		2010	
	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	95,33	87,77	94,93	91,33	94,00	96,00	96,00	86,00	82,00
Akassato	77,77	72,59	0,72	58,00	1,35	72,13	76,54	78,46	83,19
Ahomey-Lokpo	72,83	89,00	85,10	85,00		87,00	84,00	ND	ND
Cococodji		99,93	88,00	89,00	89,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Dèkoungbé								65,00	77,00
Ganvié	85,11	90,00	91,44	92,77	84,50	77,33		46,00	66,00
Godomey	83,94	85,74	99,00	80,22	87,50	92,00	88,00	ND	ND
Glo-Djigbé	92,10	88,88	100,00		100,00	83,00	77,77	82,00	77,00
Hêvié		88,88	97,09	90,74	90,06	71,04	79,69	81,97	84,00
Houédo-Aguékon	40,55	77,44	55,70	58,00	31,00	87,00	89,00	72,00	81,44
Kinto						96,30	87,03	ND	ND
Kpanroun	73,81	63,70	63,52	72,22	61,60	81,44	53,66	89,00	99,00
Ouèdo	87,28	88,88	89,00	89,00	89,00	96,17	100,00	88,00	88,00
Sô-Ava	66,54	88,88	82,66	87,00	79,00	89,00	81,00	79,00	ND
Togba	88,89	62,76	67,66	78,49		73,00	76,17	78,55	63,57
Womey								78,00	78,00
Zinvié	82,29	91,50	99,62	89,00	86,00	99,00	88,00	89,00	88,00
ZONE	78,87	84,00	79,60	81,60	74,42	86,69	84,06	79,50	82,09

Réalisé et soutenu par MADINDE Afia Marcelle épouse OKE.

Annexe 5 : Tableau du niveau de gestion des stocks de médicaments dans les formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava.

	2006	2007		2008		2009		2010	
FS	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	1,4200	1,0800	1,6000	1,2100	1,1800	1,4900	1,2500	1,96	1,0300
Akassato	1,5200	0,4300	0,9200	0,9400	0,7400	1,1000	1,3000	0,93	1,4500
Ahomey-Lokpo	0,3600	0,8800	1,1700	0,9400		1,3000	1,0900	0,91	0,2600
Cococodji		0,8400	0,9500	1,9700	1,0000	2,0000	1,0200	1,44	1,0300
Dèkoungbé								1,4300	0,7000
Ganvié	0,4500	0,9000	0,9200	0,8000	1,0000	0,7800	1,1300	1,5000	1,6000
Godomey	1,0400	1,1700	1,3200	1,0200	1,5400	1,0600	1,4600	ND	ND
Glo-Djigbé	1,0600	0,5700	1,4900		1,1000	1,1100	1,2600	1,0200	1,6
Hêvié	1,0400	0,8600	1,2200	0,9400	1,0400	2,3800	1,2200	1,62	1,7
Houédo-Aguékon	0,9500	1,2900	1,0800	0,3600	1,4000	1,3500	1,1400	1,29	1,7400
Kinto						1,6400	0,2700	ND	ND
Kpanroun	0,6500	0,5200	0,6880	1,0400	0,9600	1,5000	1,1500	ND	ND
Ouèdo	0,5400	0,9500	1,1040	0,3900	0,7000	1,2700	1,0660	0,82	0,6500
Sô-Ava	1,0600	1,1000	1,7800	0,6600	0,7300	1,6000	1,1500	1,2000	ND
Togba	0,9700	0,7400	1,6500	1,4400	0,8300	1,0400	1,2900	1,14	1,02
Womey								0,3900	1,6100
Zinvié	0,8300	0,5800	1,7600	1,0700	1,0600	0,8500	0,9600	1,67	2,2000
ZONE	0,9146	0,8507	1,2609	0,9831	1,0215	1,3647	1,1171	1,1080	1,2270

Réalisé et soutenu par MADINDE Afia Marcelle épouse OKE.

Annexe 6 : Tableau la couverture en vaccination infantile dans les formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava (en %)

Années / FS	2006	2007		2008		2009		2010	
	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	82,53	80,18	61,00	60,00	44,00	71,00	65,00	78,00	79,00
Akassato	110,00	65,00	24,00	24,58	11,70	29,00	76,00	78,91	111,60
Ahomey-Lokpo	47,80	38,00	40,33	45,00		44,00	90,00	105,00	45,00
Cococodji		88,70	79,00	94,00	86,00	85,64	95,00	86,19	89,00
Dèkoungbé								20,00	37,00
Ganvié	71,19	65,00	59,00	70,00	51,84	26,00	4,00	19,00	53,00
Godomey	35,00	43,59	39,00	52,00	42,23	42,10	43,00		
Glo-Djigbé	55,06	85,00	72,34	78,00	0,00	78,00	84,00	35,00	84,00
Hêvié	73,00	103,00	84,49	99,00	97,00	59,88	114,76	141,00	157,00
Houédo-Aguékon	49,00	53,84	73,46	76,00	43,00	65,00	64,00	82,00	59,00
Kinto						0,00	ND		
Kpanroun	57,00	93,95	36,30	36,03	63,15	83,00	42,00	54,41	48,30
Ouèdo	99,52	95,52	99,44	92,48	86,00	53,00	95,91	90,00	97,50
Sô-Ava	76,32	93,00	69,72	73,00		53,00	88,00	66,00	
Togba	51,59	52,07	31,29	29,64	0,00	24,00	34,00	19,00	65,76
Womey								30,00	20,00
Zinvié	94,00	110,00	64,70	58,00	54,00	31,00	37,00	75,00	62,00
ZONE	69,39	76,20	59,58	63,41	48,24	49,64	64,37	65,30	72,01

Réalisé et soutenu par MADINDE Afia Marcelle épouse OKE.

Annexe7 : Tableau de la consultation d'enfants sains dans les formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava (en %)

Années / FS	2006	2007		2008		2009		2010	
	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	65,30	62,50	47,44	60,00	34,00	54,00	45,00	75,00	79,00
Akassato	5	17,33	3,00	8,84	0,00	29,00	76,00	81,83	120,00
Ahomey-Lokpo	0	36,00		49,00		51,00	98,00	105,00	45,00
Cococodji		88,70	70,00	94,00		85,64	104,00	83,00	85,00
Dèkoungbé									
Ganvié		0,00	33,00	57,00	3,45			18,00	36,00
Godomey	1,90	18,63	39,00	52,00	32,37	25,00	60,00		
Glo-Djigbé		5,00	6,90	62,00	75,00	62,00	62,00	15,00	64,00
Hêvié		49,00	68,00		68	42,89	110,02	135,00	157,00
Houédo-Aguékon				81,00	7,33	65,00	77,00	27,00	59,00
Kinto						0,00			
Kpanroun	59,74	93,95	41,20	87,89	0	39,00	6,00		
Ouèdo	38,75	89,02	87,59	0,00		0,00		0,00	0,00
Sô-Ava		77,00	43,23	40,00		0,00	68,00		
Togba		0,00		3,34			0,00	0,00	
Womey								22,00	13,00
Zinvié		0,00		54,00	54	26,00	20,00	6,94	62,00
ZONE	28,45	41,32	43,94	49,93	30,46	36,89	60,50	47,40	65,45

Réalisé et soutenu par MADINDE Afia Marcelle épouse OKE.

Annexe 8 : Tableau de la consultation prénatale dans les formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava (en %)

Années / FS	2006	2007		2008		2009		2010	
	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	36,48	38,60	20,55	35,00	22,00	26,00	20,00	12,00	2,00
Akassato	38,85	19,00	48,00	120,00	16,00	35,72	57,59	90,04	66,69
Ahomey-Lokpo	0	14,00	16,50	14,00		15,00	30,00	0,66	31,00
Cococodji		2,10	1,00	0,80	5,00	25,14	33,00	15,45	11,00
Dèkoungbé								5,00	14,00
Ganvié	24,63	22,00	16,00	24,00	10,04	2,79	5,00		
Godomey	7,50	6,08	9,99	14,00	2,72	3,00	2,00		
Glo-Djigbé	32	21,00	28,46	31,00		31,00	21,00	11,00	84,00
Hêvié	79	20,00	34,33	102,00	16	22,64	24,35	11,40	14,00
Houédo-Aguékon	-	46,33	20,87	38,00	42	47,96	33,00	34,00	18,00
Kinto						1,00	51,00		
Kpanroun	38,30	56,62	41,59	41,59	48,79	7,75	1,00		9,29
Ouèdo	57,14	61,30	62,22	62,20	100	69,00	135,00	66,02	70,60
Sô-Ava	11	10,00	14,00	11,00		7,00	5,00	1,00	
Togba	18,63	4,10	12,00	9,79	22	32,00	40,00	38,00	43,53
Womey								30,00	2,00
Zinvié	4	12,29	16,33	28,89	29	32,00	36,00	38,08	27,00
ZONE	28,96	23,82	24,42	38,02	28,50	23,87	32,93	27,13	30,24

Réalisé et soutenu par MADINDE Afia Marcelle épouse OKE.

Annexe 9 : tableau de l'accouchement assisté dans les formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava (en %)

Années / FS	2006	2007		2008		2009		2010	
	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	27,00	27,60	34,79	32,00	27,00	24,00	33,00	12,00	2,00
Akassato	54,56	49,00	56,00	62,44	21,00	71,53	66,00	109,45	85,00
Ahomey-Lokpo	50,22	71,00	42,50	47,00		19,00	35,00	66,00	31,00
Cococodji					3,00	27,00	64,00	42,42	34,00
Dèkoungbé								24,00	26,00
Ganvié	35,00	31,00	24,00	28,30	21,30	13,20	4,34	22,00	13,00
Godomey	11,20	20,31	11,61	16,00	3,45	16,00	30,00		
Glo-Djigbé	71,80	64,00	66,00	74,00		74,00	25,00	59,00	54,00
Hêvié	88,00	90,52	83,42	79,20	76,00	92,44	90,88	11,40	14,00
Houédo-Aguékon	60,00	53,55	25,33	44,00	49,00	55,31	38,00	34,00	22,00
Kinto						43,75			
Kpanroun	53,96	64,75	47,82	43,80	56,27	9,00			9,00
Ouèdo	63,67	69,64	71,78	71,00	100,00	76,00		80,52	85,00
Sô-Ava	56,29	38,00	24,18	32,00		36,00	36,00	12,00	
Togba	27,57	20,57	11,00	26,61	26,00	21,00	43,00	45,00	
Womey								17,00	17,00
Zinvié	74,00	40,48	38,00	40,05	29,00	28,00	42,00	47,74	28,00
ZONE	51,79	49,26	41,26	45,88	37,46	40,42	42,27	41,61	32,31

Annexe 10:tableau de planification familiale dans les formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava (en %)

Années / FS		2007		2008		2009		2010	
	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	0,68	62,50	0,00	0,15	0,24	0,37	0,34	4,00	0,40
Akassato	0		0,00	0,23	0,00		0,00	1,13	0,23
Ahomey-Lokpo	0,50	0,06							
Cococodji	0			0,00		0,00			
Dèkoungbé	0								
Ganvié	0		0,12	0,45		0,03	19,08		
Godomey	0,36	0,31		0,02	0,00	0,19	0,51		
Glo-Djigbé	1,58	0,73		1,46		1,46	0,89		
Hêvié		0,30	0,48	0,35	0,42	0,00	0,00	0,00	0,17
Houédo-Aguékon				0,00	0	0,28	0,00	0,60	0,02
Kinto						0,00			
Kpanroun				0,00	0	0,00	0,00		
Ouèdo				0,38	1,55			1,10	0,10
Sô-Ava	1,49			0,00		0,00	0,00		
Togba						0,88	2,00	1,74	
Womey									
Zinvié					0		2,00		
ZONE	0,51	12,78	0,15	0,28	0,28	0,29	2,26	1,43	0,18

Annexe 11 : tableau du taux d'utilisation des services en soins préventifs dans les formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava (en %)

Années / FS	2006	2007		2008		2009		2010	
	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	15,00	22,00	12,46	12,00	12,20	17,00	17,00	13,00	12,00
Akassato		18,50	15,00	31,86	9,25	22,00	23,21	25,00	26,00
Ahomey-Lokpo	13,24	15,44	12,60	15,00		36,00	17,78	26,00	15,00
Cococodji		16,14	12,45	16,00	17,00	21,00	31,00	27,94	28,00
Dèkoungbé								12,00	20,00
Ganvié	0,29			16,00	0,13	9,32	14,40	3,00	8,00
Godomey	9,84	12,18	7,34	9,12	6,81	4,00	13,00		
Glo-Djigbé	19,05	24,25	26,75		26,00	26,77		18,00	26,00
Hêvié		36,45	28,90	36,00	38,00	31,34	38,27	110,00	124,00
Houédo-Aguékon	20,48	16,73	42,79	18,00	17,00	20,66	15,00	18,41	12,00
Kinto						45,91	61,66		
Kpanroun	16,11	23,79	10,30	25,26	20,33	21,00	-	17,00	
Ouèdo	25,06	24,04	109,43	25,00	27,00	35,00	39,19	23,33	26,00
Sô-Ava	26,47	28,17	18,23	18,00	15,22	18,00	24,00		
Togba	37,00	11,01	7,01	10,77	12,90	12,00	12,42	10,00	5,20
Womey								9,00	9,00
Zinvié	27,00	25,08	113,84	15,02	12,62	24,00	25,00	24,78	18,00
ZONE	19,05	21,06	32,08	19,08	16,50	22,93	25,53	24,10	25,32

Annexe 12 : tableau du taux d'utilisation des services en soins curatifs dans les formations sanitaires périphériques de la ZS d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava (en %)

Années / FS	2006	2007		2008		2009		2010	
	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre	1er semestre	2ème semestre
Abomey-Calavi	11,63	11,00	13,33	12,00	23,27	14,00	16,00	4,00	13,00
Akassato		21,00	19,24	17,70	37,48	22,00	22,84	19,65	23,00
Ahomey-Lokpo	6,88	3,00	11,00	15,00		18,00	30,24	15,00	32,00
Cococodji		5,11	7,00	5,00	10,00	19,00	28,31	21,26	25,00
Dèkoungbé								12,00	13,00
Ganvié	0,10	10,25	0,09	7,00	6,97	6,73	8,63	7,00	6,00
Godomey	7,45	6,49	5,96	6,00	6,00	0,73	10,00		
Glo-Djigbé	22,90	18,19	23,67		22,00	22,63		24,00	26,00
Hêvié		18,52	12,71	24,00	20,88	20,38	20,52	22,00	18,00
Houédo-Aguékon	18,52	15,82	23,38	15,00	8,00	10,05	10,00	12,00	7,00
Kinto						55,00	6,72		
Kpanroun	24,00	34,60	19,79	20,69	12,40	11,36	13,00	10,00	
Ouèdo	0,17	16,24	19,14	15,00	18,12	26,21	38,00	21,21	20,00
Sô-Ava	38,47	33,35	27,64	22,35	25,00	21,00	26,00		
Togba	15,00	10,45	13,00	9,89	10,00	12,00	10,54	8,00	6,91
Womey								7,00	9,00
Zinvié	43,00	38,14	27,68	9,14	6,51	10,80	11,00	14,03	12,00
ZONE	17,10	17,30	15,97	13,75	15,89	17,99	17,99	14,08	16,22

<u>Annexe n°13</u> : questionnaire d'enquête n°1.

Questionnaire d'enquête adressé aux membres de l'EEZS

Madame/Monsieur,

Le présent questionnaire, qui se veut anonyme, est conçu 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 le « ***l'impact des plans d'action du bureau de zone sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava ».***

Son remplissage de manière fidèle et objective constituerait votre apport qui nous aidera à mieux cerner les insuffisances desdits plans afin de proposer des solutions appropriées pour qu'ils impactent réellement les indicateurs de santé de la zone.

Merci pour votre compréhension et votre franche collaboration.

Veuillez répondre aux questions ci-après en cochant la case correspondante.
Date de l'enquête :
Structure ou organe de provenance de l'enquêté :
Fonction de l'enquêté :

1- détermination des freins à une bonne l'élaboration des plans d'action.

Savez-vous que l'EEZS doit élaborer chaque année son plan d'action ?

Oui ☐ non ☐

Si oui connaissez-vous les objectifs du Plan National de Développement du Secteur de la Santé (PNDS) ? Oui ☐ non ☐

Quelle est selon vous la cause de l'élaboration mécanique des plans d'action ?

- La non maîtrise des objectifs du PNDS ? ☐
- La non implication de tous les acteurs dans l'élaboration des plans ? ☐
- Autres? ☐ à préciser

Quelles sont vos suggestions pour l'élaboration des plans d'action objectifs ?

2- Identification des facteurs liés au faible taux d'exécution enregistrés dans la mise en œuvre des activités

Quels sont selon les facteurs qui entravent l'exécution parfaite des plans d'action ?

- les interférences des supérieurs hiérarchiques ☐ Autres ☐

Quelles sont vos suggestions pour une exécution parfaite des plans d'action ?

Réponse

……

……

3- Identification des éléments qui influencent le suivi et évaluation des plans d'actions

Les activités des plans d'action de l'EEZS sont-elles suivies et évaluées

Oui ☐ non ☐

Quels sont selon vous les éléments qui empêchent le suivi et évaluation des plans d'action ?

L'inexistence d'un plan de suivi ☐ Autr☐ à préciser

Quelles sont vos suggestions pour un meilleur suivi et évaluation des plans d'action ?

Réponse

……

……

<u>Annexe n°14</u> : questionnaire d'enquête n°2.

Questionnaire d'enquête adressé aux responsables maternités et dispensaires des FS périphériques

Madame/Monsieur,

Le présent questionnaire, qui se veut anonyme, est conçu 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 le « ***l'impact des plans d'action du bureau de zone sur les indicateurs de santé dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava ».***

Son remplissage de manière fidèle et objective constituerait votre apport, qui nous aidera à mieux cerner les insuffisances desdits plans afin de proposer des solutions appropriées pour qu'ils impactent réellement les indicateurs de santé de la zone.

Merci pour votre compréhension et votre franche collaboration.

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

Date de l'enquête :

Structure ou organe de provenance de l'enquêté :

Fonction de l'enquêté :

Détermination des obstacles à l'atteinte des indicateurs

Savez-vous que le niveau d'atteinte des principaux indicateurs est faible dans la zone sanitaire?

Oui ☐ non ☐

Quels sont selon vous les obstacles à l'atteinte des indicateurs dans la zone sanitaire?

Méconnaissance des indicateurs nationaux ☐ Autres à préciser ☐

Quelles sont vos suggestions pour l'atteinte des indicateurs de santé ?

Table des matières

Identification du Jury..... ii
Engagement..... iii
Dédicaces..... iv
Remerciements..... v
Liste des sigles et abréviations..... vi
Liste des tableaux..... viii
Liste des graphiques..... ix
Glossaire de l'étude..... x
Résumé..... xi
Sommaire..... xiii
Introduction..... 1
Chapitre I : Du cadre institutionnel et physique de l'étude à la vision globale de résolution de la problématique..... 4
Section 1 : Le cadre institutionnel de l'étude et les observations de stage au bureau de zone..... 5
Paragraphe 1 : La présentation du cadre institutionnel et du cadre physique..... 5
I- La présentation du cadre institutionnel : la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava..... 5
A-L'historique..... 5
B- Les structures et organes de la zone sanitaire d'Abomey-Calavi..... 7
II- La présentation du cadre physique : le bureau de zone..... 10
A- Les attributions du bureau de zone..... 10
B- La composition du bureau de zone..... 11
Paragraphe 2 : Les observations de stage au bureau de zone : l'état des lieux..... 14
I- L'état des lieux des plans d'action et des indicateurs de santé..... 14
A- L'examen des plans d'action..... 14
B- L'état des lieux des indicateurs de santé dans la zone sanitaire..... 24

1-Les indicateurs de gestion. 24
2-Les indicateurs des activités cliniques. 25
Section II : Le ciblage, la spécification et la vision globale de résolution de la problématique..... 31
Paragraphe1 : Le ciblage de la problématique et la formulation du sujet.. 31
I- Le ciblage de la problématique.. ……..... 31
A- L'inventaire des atouts : forces et opportunités..... 31
B- L'inventaire des problèmes : faiblesses et menaces……..... 32
I- Le choix de la problématique et la formulation du sujet……. 33
A- Le regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt…… 33
B- Le choix de la problématique et la formulation du sujet…… 36
Paragraphe 2 : La spécification et la vision globale de résolution de la problématique spécifiée ..... .37
I – La spécification de la problématique ..... .37
II- La vision globale de résolution des problèmes…… ..... .38
A- La vision globale de résolution des problèmes spécifiques ..... .38
B- La synthèse des approches génériques identifiées et les séquences de résolution de la problématique..... .40
1-La synthèse des approches génériques identifiées 40
2-Les séquences de résolution de la problématique ..... .41
Chapitre deuxième : Du cadre théorique et méthodologique de l'étude aux conditions de mise en œuvre des solutions..... .42
Section 1 : Du cadre théorique à la méthodologie de l'étude ..... .43
Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature..... .43
I- Les objectifs, les causes supposées et les hypothèses de l'étude..... .43
A- La fixation des objectifs ..... .43
B- L'identification des causes et la formulation des hypothèses de l'étude..... .44
II- Le tableau de bord et la revue de littérature ..... .47
A- La construction du tableau de bord..... .47

B- La revue de littérature.....49
Paragraphe 2 : La méthodologie de l'étude.....53
I- La dimension empirique.....53
A- L'objectif, le cadre et la population cible de l'enquête.....54
B- De la nature de l'enquête aux outils de présentation des données.....54
II- La dimension théorique.....56
A- Les normes d'amélioration liées aux différents problèmes spécifiques.....56
B- Les seuils de décision liés aux différents problèmes spécifiques.....57
Section 2. Des enquêtes de vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions.....59
Paragraphe 1 : La réalisation des enquêtes, la présentation et l'analyse des résultats.....59
I- La collecte des données et les difficultés rencontrées.....59
A- La préparation et la réalisation des enquêtes.....59
B- Les difficultés rencontrées.....59
II-La présentation, l'analyse des résultats et la vérification des hypothèses.....60
A- La présentation et l'analyse des résultats.....60
1- La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête par rapport à l'élaboration mécanique des plans d'action.....60
a- La présentation.....61
b- L'analyse.....62
2-La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête par rapport au faible taux d'exécution des plans d'action.....62
a- La présentation.....62
b-L'analyse.....63
3- La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête par rapport au manque de suivi et évaluation des plans d'action.....63
a- La présentation.....63
b-L'analyse.....64

4- La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête par rapport au faible niveau d'atteinte des indicateurs..... 64
a-La présentation..... 64
b-L'analyse. 65
B- La vérification des hypothèses et l'établissement du diagnostic..... 65
1-La vérification des hypothèses. 65
a- Le degré de vérification de l'hypothèse n°1..... 65
b- Le degré de vérification de l'hypothèse n°2 66
c- Le degré de vérification de l'hypothèse n°3 66
d-Le degré de vérification de l'hypothèse n°4. 66
2- L'établissement du diagnostic 66
Paragraphe 2 : Les approches de solutions et les conditions de leur mise en œuvre..... 68
I- Les approches de solutions 69
A- Les approches de solutions au problème d'élaboration mécanique des plans d'action 69
B- Les approches de solutions au problème du faible taux d'exécution des plans d'action 69
C- Les approches de solutions au problème de manque de suivi et évaluation des plans d'action 70
D- Les approches de solutions au problème du faible niveau d'atteinte des indicateurs 72
II- Les conditions de mise en œuvre des solutions et la construction du tableau de synthèse de l'étude 72
A- Les conditions de mise en œuvre des solutions..... 72
1- Par rapport aux responsables des formations sanitaires périphériques 73
2- Par rapport au médecin-coordonnateur..... 73
3- Par rapport aux autres membres de l'EEZS 74
4- Par rapport aux supérieurs hiérarchiques (DDS et MS) 74

B- le tableau de synthèse de l'étude (TSE) ..... .74
Conclusion ..... .77
Bibliographie..... .79
Annexes ..... .82
Table des matières..... 109