

# REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

\*\*\*\*\*

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION  
ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

\*\*\*\*\*



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE 2

Option :

*Administration des Finances*

Filière:

*Administration Hospitalière  
Universitaire et d'Intendance*

ANNEE ACADEMIQUE

2006-2007

THEME

DECENTRALISATION ET INTEGRATION DU FINANCEMENT DU  
FONDS MONDIAL AU NIVEAU OPERATIONNEL :  
ETUDE DE CAS AU PROGRAMME NATIONAL CONTRE LA  
TUBERCULOSE

REALISE ET SOUTENU PAR :

MENSAH Koissi Pascal

*Sous la direction de :*

MAITRE DE STAGE :  
MEMOIRE :

PROF. MARTIN GNINAFON  
LEANDRE  
PROFESSEUR DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE A LA FSS  
L'EDUCATION  
COORDONNATEUR DU PNT

DIRECTEUR DE

MONSIEUR GBENOUDON  
DOCTEUR EN ECONOMIE DE

Août 2007



**IDENTIFICATION DU JURY**

**PRESIDENT : M. OMYALE Pascal**

**VICE-PRESIDENT : M. LANTONKPODE Césaire**

**MEMBRE : M<sup>me</sup> HOUNSINOUE Joséphine**

➤ Au Dieu de mon cœur ;

• Seigneur !

Je me remets à toi et te remercie de tous les bienfaits dont tu ne cesses de me combler,

Puisse la paix et la grâce régner sur le ciel et la terre.

➤ A tous les malades ;

• La maladie reste un handicap douloureux et parfois désespérant. Vous qui êtes aujourd'hui mentalement et/ou physiquement diminués, puisse l'Éternel inspirer davantage le personnel de santé, les tradipraticiens et les administrateurs des hôpitaux à charge desquels vous êtes, afin qu'ils vous aident à vous rétablir.

➤ A mes feux parents *MENSAH HOUNNOUVI Benjamin* et *VIODE HOVODE Véronique* pour les sacrifices consentis ;

➤ A mon épouse *Solange MENSAH KUADJO* et à mes enfants *Hermann, Nadège, Lisette* pour tout votre soutien moral ;

➤ A Flavienne PADONOU, LINDA et Awélé, toute ma reconnaissance

➤ A mes frères et sœurs, ce travail est le vôtre ;

➤ A tous mes camarades de promotion et de filière pour la bonne ambiance de travail ;

➤ A Monsieur HOUNNOUVI K. Rigobert, merci pour ton soutien.

## REMERCIEMENTS

- A notre directeur de mémoire **GBENOUDON Léandre** qui, malgré ses multiples occupations a accepté de diriger ce travail à son terme ;
- A Monsieur **Marcel MOUSSOU**, professeur à l'Ecole Nationale d'Administration (ENAM) pour ses bons conseils ;
- Aux enseignants de l'ENAM qui ont contribué à notre formation, merci;
- Au professeur **Martin GNINAFON** de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) pour ses conseils de sage ;
- Au personnel non enseignant de l'ENAM pour l'amitié, le respect et la gentillesse avec lesquels notre filière a été suivie ;
- Au Président du Jury,  
C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury. Nous vous exprimons nos hommages respectueux ;
- A Messieurs les membres du jury,  
Honorables et Eminents juges, nous vous prions d'accepter notre reconnaissance pour le jugement que vous daignez porter sur ce modeste travail ;
- Aux parents et amis qui nous ont aidé dans la réalisation de ce document, merci ;
- A **MAKPENON Angelo** (Statisticien au PNT) et aux secrétaires du Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP), merci pour votre contribution à ce travail ;
- A tous, nous disons merci infiniment.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>CAD :</b>	Comité d'Aide au Développement
<b>CASES :</b>	Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé
<b>CDT :</b>	Centre de Dépistage et de Traitement
<b>CHD :</b>	Centre Hospitalier Départemental
<b>CNHPP :</b>	Centre National Hospitalier de Pneumo - Phtisiologie
<b>CNHU :</b>	Centre National Hospitalier Universitaire
<b>CNSS :</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CPP :</b>	Centre de Pneumo - Phtisiologie
<b>CSA :</b>	Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSC :</b>	Centre de Santé de Commune
<b>CTDO :</b>	Centre de Traitement Directement Observé
<b>C/SAAE :</b>	Chef Service des Affaires Administratives et Economique
<b>C/SAF :</b>	Chef Service des Affaires Financières
<b>C/SMT :</b>	Chef Service Médico - Technique
<b>DDS :</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>DNPS :</b>	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
<b>DRFM :</b>	Direction des Ressources Financières et du Matériel
<b>DIVI :</b>	Direction de l'Inspection et de Vérification Interne
<b>FM :</b>	Fonds Mondial
<b>GAR :</b>	Gestion Axée sur les Résultats
<b>HOMEL :</b>	Hôpital de la Mère et d'Enfant Lagune
<b>HZ :</b>	Hôpital de Zone
<b>IHC :</b>	Integrated Hiv Care
<b>MDR :</b>	Multi Drug Résistance
<b>OCDE :</b>	Organisation de Coopération et de Développement Economique
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PIP :</b>	Programme d'Investissement Public
<b>PNLS :</b>	Programme National de Lutte contre le Sida
<b>PNT :</b>	Programme National contre la Tuberculose
<b>PNUD :</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PV :</b>	Procès Verbal
<b>SPPS :</b>	Service de Promotion et de Protection Sociale
<b>TB/VIH :</b>	Tuberculose/Sida
<b>TPM+ :</b>	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
<b>UICTMR :</b>	Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
<b>USA :</b>	United States America
<b>VIH/SIDA :</b>	Virus de l'immunodéficience Humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

## **LISTE DES TABLEAUX**

<u>Tableau 1</u> : Système National de Santé.....	3
<u>Tableau 2</u> : Les moyens humains du niveau central du PNT .....	10
<u>Tableau 3</u> : Rapport trimestriel sur les nouveaux cas, rechutes, échecs et reprises de traitement de tuberculose (Dépistage 2006).....	18
<u>Tableau 4</u> : Variation des résultats de dépistage de la tuberculose (toutes formes) de 2006 par rapport à ceux de 2005.....	18
<u>Tableau 5</u> : Apport comparatif des projets du PNT. ....	20
<u>Tableau 6</u> : Plan annuel par lignes budgétaires en euros.....	27
<u>Tableau 7</u> : Micro planification juin - septembre 2007 élaborée depuis le niveau central .....	28
<u>Tableau 8</u> : Tableau de bord de l'étude.....	36
<u>Tableau 9</u> : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de la capacité du niveau opérationnel à budgétiser les activités.....	47
<u>Tableau 10</u> : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de la capacité du niveau opérationnel à produire des pièces justificatives.....	47

**LISTE DES FIGURES**

<u>Figure 1</u> : Dispositif de décaissement dans les projets du Fonds Mondial.....	43
<u>Figure 2</u> : Répartition des 125 individus interviewés par structure dans le cadre de l'enquête .....	45
<u>Figure 3</u> : Répartition des 125 individus enquêtés selon la tranche d'âge.....	45
<u>Figure 4</u> : Répartition des 125 individus enquêtés selon leur profession.....	46

## **GLOSSAIRE**

- FINANCEMENT :** C'est toute action permettant de procurer des fonds à un établissement de santé pour la couverture de ses charges et dépenses.
- BENEFICIAIRE PRINCIPAL :** C'est l'ordonnateur des appels de fonds et des décaissements relatifs aux projets et activités du Fonds Mondial au Bénin. Il veille à l'atteinte des résultats attendus et en rend compte au Fonds Mondial.
- DEPENSE :** C'est toute charge née d'un engagement pris, d'une prestation (de soins) reçues ou d'une acquisition de matériels.
- SUBVENTION :** Il s'agit de l'aide que l'Etat, les collectivités locales ou les partenaires accordent à une formation sanitaire pour appuyer ses actions et initiatives.
- SANTE :** Selon l'OMS, c'est l'épanouissement physique, social et mental des populations et des individus. En ce sens, l'AREDS ajoute que c'est la composante essentielle du développement et tient surtout à la participation des populations et des individus.
- DECENTRALISATION :** C'est une délégation de responsabilités programmatiques (planification, exécution, suivi, gestion) des activités du niveau supérieur vers les niveaux intermédiaire et périphérique.
- INTEGRATION :** C'est l'introduction et la mise en œuvre des activités de lutte contre les maladies prioritaires.
- CNC :** Comité National de la Coordination est le soumissionnaire au FM. C'est un comité qui regroupe les différents programmes, les représentants des ambassadeurs accrédités au Bénin, les représentants de certains ministères, la société civile, les associations religieuses et certaines associations de certaines maladies prioritaires (Tuberculose, Sida, Paludisme).

## **RESUME**

Le programme national contre la tuberculose (PNT), par souci de performance, se met toujours dans la dynamique d'une participation active de tous ses acteurs aux activités de lutte contre la tuberculose. Ce souci l'amène à explorer souvent des pistes pouvant améliorer les prestations des acteurs du niveau opérationnel. Actuellement, le programme bénéficie d'un important financement du Fonds Mondial (FM) de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Ce financement offre la possibilité au PNT d'effectuer une gamme importante d'activités dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et d'impliquer davantage dans cette lutte les différents acteurs et structures notamment les Services de Promotion et de Protection Sanitaires (niveau intermédiaire), les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les Centres de Dépistage et de Traitement de la tuberculose (CDT). Jusqu'à ce jour, ce financement est dirigé par le niveau central. Pour une participation active du niveau opérationnel aux activités du programme, ce dernier envisage une décentralisation de ce financement au niveau des CDT c'est-à-dire vers le niveau opérationnel. Alors, comment décentraliser et intégrer ce financement au système sanitaire national pour une gestion efficace et efficiente du financement? C'est la substance de notre problématique de recherche.

Pour appréhender ce problème, nous nous sommes fixé comme objectifs de :

- décrire le dispositif de gestion du financement Fonds Mondial ;
- évaluer la capacité des niveaux intermédiaire et périphérique en matière de gestion financière ;
- identifier les déterminants d'intégration et de décentralisation du financement Fonds Mondial aux niveaux intermédiaire et périphérique.

Au vu des objectifs ainsi fixés, différentes hypothèses d'étude ont été formulées en fonction des causes les plus évidentes des problèmes en résolution.

Il importe que d'importantes mesures soient prises afin de renforcer les capacités managériales des acteurs notamment des niveaux opérationnel et intermédiaire pour le bonheur des patients tuberculeux. Nous suggérons de ce fait que :

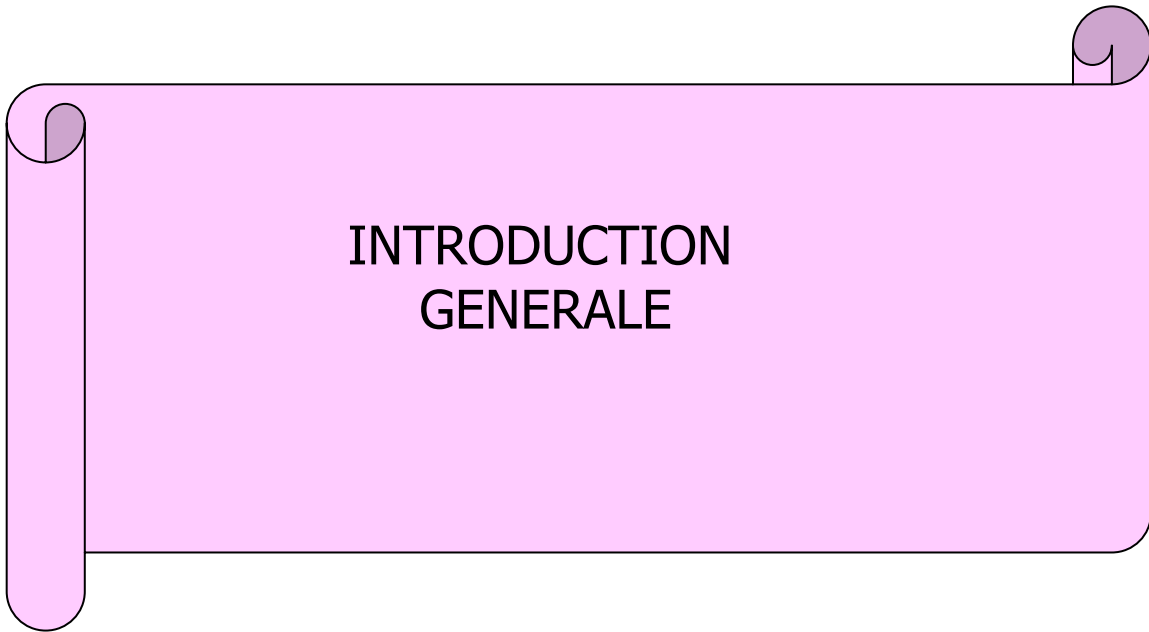
- soient organisées des formations au profit des agents des niveaux intermédiaire et opérationnel sur les méthodes d'identification, de budgétisation et de planification des activités
- soient organisés à l'intention des agents du programme, des ateliers sur les exigences de gestion du financement Fonds Mondial.

## **PLAN SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
 <b>CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE DE L'ETUDE ET RESTITUTION DU MECANISME DE FONCTIONNEMENT</b>	
SECTION 1: CADRE DE L'ETUDE	3
Paragraphe 1 : Place du PNT dans le système sanitaire.....	3
Paragraphe 2 : Présentation du Programme National contre la Tuberculose. ....	7
 SECTION 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	 12
Paragraphe 1 : Contexte de l'étude.....	12
Paragraphe 2 : Recensement des problématiques et choix de la problématique.....	21
 <b>CHAPITRE PREMIER:CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ETUDE</b>	
SECTION1: SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE	25
Paragraphe 1: Problème et définition des concepts.....	25
Paragraphe 2 : Objectifs, hypothèses et intérêt de l'étude.....	33
 SECTION 2 : METHODOLOGIE ET REVUE DE LITTERATURE	 37
Paragraphe 1: Démarche méthodologique.....	37
Paragraphe 2: Revue de littérature .....	38
 <b>CHAPITRE DEUXIEME : DESCRIPTION DU DISPOSITIF DE GESTION DU FINANCEMENT FONDS MONDIAL ET ANALYSE DES RESULTATS</b>	
SECTION 1 : DISPOSITIF DE GESTION DU FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL AU PNT	42
Paragraphe 1 : Les principes et le mécanisme de décaissement du Fonds Mondial..	42
Paragraphe 2 : Fondements et composantes du dispositif de suivi du financement du Fonds Mondial au PNT .....	44
 SECTION 2 : ANALYSE DES RESULTATS	 46
Paragraphe 1 : Présentation des résultats de l'enquête .....	46
Paragraphe 2 : Analyse des résultats .....	49
 CONCLUSION GENERALE .....	 52
 BIBLIOGRAPHIE.....	 53

ANNEXES 54

TABLES DES MATIERES 67



INTRODUCTION  
GENERALE

La tuberculose, maladie contagieuse, est un problème majeur de santé publique au Bénin. La lutte contre la tuberculose repose sur la détection des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse et leur traitement jusqu'à la guérison par une chimiothérapie spécifique. Pour réussir cette lutte, le Ministère de la Santé a initié un programme dénommé : Programme National contre la Tuberculose (PNT). Il est sous la tutelle de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire. Son bureau de coordination est situé dans l'enceinte du Centre National Hospitalier de Pneumo-physiologie de Cotonou (CNHPP). Le programme supervise un réseau de cinquante et un (51) centres de dépistage et de traitement de la tuberculose intégrés aux centres de santé des communes, il constitue le niveau opérationnel du programme.

La question de la répartition des responsabilités entre des institutions intervenant à différents niveaux est une question générale qui se pose dans tous les domaines de l'action économique et sociale. D'un point de vue théorique, cette répartition ou décentralisation peut être abordée sous plusieurs angles juridique, politique, économique et sociologique.

En effet, la décentralisation au sens large du terme, peut être définie comme « l'accroissement des attributions et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central ». Ce vocable désigne donc des processus variés, qui peuvent revêtir d'autres formes que le transfert de compétences à des collectivités territoriales.

La décentralisation est avec la concurrence une des idées-forces qui ont sous-tendu les réformes des systèmes de santé menées dans les années 90. Dans certains pays, la tendance consiste à la délégation de la gestion du système, et progressivement son financement, à des collectivités locales. Dans d'autres, il ne s'agit pas de décentralisation politique au sens strict, mais de délégation de responsabilités à des acteurs locaux, institutions, groupes de professionnels....

Dans tous les cas, ces processus de décentralisation ou de délégation sont vus comme des leviers pour améliorer l'efficacité et la réactivité du système, mieux adapter les réponses aux besoins en rapprochant les décisions des acteurs périphériques en même temps que de favoriser leur implication et leur participation aux activités.

Le Bénin à travers le programme national contre la tuberculose (PNT) bénéficie actuellement d'un financement important du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Ce financement est jusque là centralisé au niveau de la coordination du programme.

La centralisation de la gestion du financement Fonds Mondial a permis certes au niveau central de développer des capacités en matière d'identification de besoins, de micro planification des activités et autres. Qu'en serait-il des niveaux décentralisés s'ils ne

s'approprient de ces outils actuellement et si le fonds venait à s'arrêter ? Pour ce faire, comment décentraliser et intégrer ce financement au système sanitaire national pour une gestion efficace et efficiente du financement? C'est sur ce dernier questionnement que se fonde la substance de notre problématique de recherche.

Au vu des aspects de la décentralisation évoqués ci-dessus, nous avons porté le choix de notre problématique sur « la décentralisation et l'intégration du financement fonds mondial au niveau opérationnel » dans le cadre du programme tuberculose. Il s'agit de montrer en quoi cette nouvelle dynamique insufflée par le fonds mondial a affecté le partenariat inter institution d'une part, et les effets et impacts induits en terme de changement dans le mode de gestion et de planification au programme national contre la tuberculose d'autre part.

D'abord dans un chapitre préliminaire, seront présentés le cadre de l'étude et la restitution du mécanisme de fonctionnement du PNT. Ensuite, un premier chapitre présente le cadre théorique et conceptuel de l'étude. Enfin, un dernier chapitre restituera le dispositif de gestion du financement fonds mondial et présentera les résultats de l'analyse suivis des recommandations.



CHAPITRE PRELIMINAIRE

CADRE DE L'ETUDE ET RESTITUTION DU  
MECANISME DE FONCTIONNEMENT

## **SECTION 1: CADRE DE L'ETUDE**

Cette section présente la place du PNT dans la pyramide sanitaire et le fonctionnement de ce dernier à travers ses attributions et des ressources matérielles, techniques et financières. Un point est aussi fait sur ses ressources extérieures.

### **Paragraphe 1 : Place du PNT dans le système sanitaire**

Il est question dans ce paragraphe de présenter le système sanitaire du Bénin, les acteurs de ce système et de situer le PNT dans ce système.

#### **A- Présentation du système sanitaire**

Le système de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- le niveau central ou national ;
- le niveau intermédiaire ou départemental ;
- le niveau périphérique ou opérationnel

Le tableau ci-dessous résume cette organisation

**Tableau 1 : Système National de Santé**

<b>NIVEAUX</b>	<b>STRUCTURES</b>	<b>INSTITUTIONS HOSPITALIERES ET SOCIO-SANITAIRES</b>	<b>SPECIALITES</b>
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM)</li> <li>- Centre National de Pneumo-phtisiologie</li> <li>- Centre National Hospitalier de Psychiatrie (Jacquot)</li> <li>- Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Radiologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- O.R.L</li> <li>- Ophtalmologie</li> <li>- Psychiatrie</li> <li>- Autres spécialités</li> </ul>
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé (DDS)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine</li> <li>- Pédiatrie</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Radiologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- O.R.L</li> <li>- Ophtalmologie</li> <li>- Autres spécialités</li> </ul>

PERIPHERIQUE ou OPERATIONNEL	Zone Sanitaire (Bureau de zone sanitaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital de Zone (HZ)</li> <li>- Centre de Santé de commune (CSC)</li> <li>Centre d'Action de la Solidarité et d'Évolution de la Santé (CASES)</li> <li>- Formations sanitaires privées</li> <li>Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) Maternités et dispensaires</li> <li>- Unités villageoises de Santé (U.V.S)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine générale</li> <li>- Chirurgie d'urgence</li> <li>- Gynéco-obstétrique</li> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Alphabétisation</li> <li>- Loisirs</li> <li>- Radiologie</li> <li>- Laboratoire</li> <li>- Pharmacie</li> <li>- Dispensaire</li> <li>- Maternité</li> <li>- Pharmacie ou dépôt pharmaceutique</li> <li>- Soins</li> <li>- Accouchements</li> <li>- Caisse de pharmacie</li> </ul>

Source : Annuaire des Statistiques Sanitaires MSP (2003).

### **Niveau central**

Le Ministère de la Santé est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. Le niveau central est le premier responsable de la conception et de la mise en œuvre des actions découlant des politiques précitées (Cf. Décret N°2001-422 du 7 octobre 2001). Il est constitué de toutes les structures représentées ci-dessous excepté les Directions Départementales de la Santé (DDS).

**DRFM** : Direction des Ressources Financières et du Matériel. Elle est l'organe de conception, d'application et de contrôle des règlements et normes en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles du ministère.

**DPP** : Direction de la Programmation et de la Prospective. C'est l'organe de conception et de coordination du processus de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi des programmes du secteur de la santé.

**DNPS** : Direction Nationale de la Protection Sanitaire. Elle est l'organe de mise en œuvre de la politique sanitaire en matière de santé communautaire, de soins hospitaliers, de l'information, éducation, communication, de l'épidémiologie et de la surveillance sanitaire des frontières, ports et aéroports. C'est aussi l'organe de tutelle du Programme National contre la Tuberculose.

**DSF** : Direction de la Santé Familiale. C'est l'organe de coordination des activités liées à la santé maternelle et infantile et à la planification familiale.

**DIEM** : Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance. Elle est l'organe responsable des activités de génie civil, de l'entretien des infrastructures, de l'acquisition et de la maintenance des équipements médico-techniques.

**DHAB** : Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base. C'est l'organe d'application de la politique sanitaire nationale en matière d'hygiène et d'assainissement de base.

**DPED** : Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques. Elle est l'organe d'application de la politique sanitaire en matière de pharmacie, de médicaments et d'explorations diagnostiques.

**DSIO** : Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux. C'est l'organe de suivi et d'évaluation de l'application des normes et standards en matière de prestations de soins infirmiers et obstétricaux.

**DNPEV/SSP** : Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires.

**CNHU-HKM** : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA.

**DDS** : Direction Départementale de la Santé

**DIVI** : Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne.

### **Niveau intermédiaire**

Il regroupe les Directions Départementales de la Santé (DDS) qui sont au nombre de six à raison d'une direction par département selon l'ancien découpage territorial. Elles sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la

planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements.

### **Niveau périphérique**

Le niveau périphérique est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires isolés, CSA, CSC) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (Hôpital de zone), destiné à desservir une aire abritant entre 100.000 et 200.000 habitants.

La réorganisation en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio-sanitaires de la population habitant des espaces géographiques bien définis. Elles visent les objectifs suivants :

- améliorer la qualité des services de santé de base et de première référence ;
- améliorer la viabilité des services socio-sanitaires ;
- favoriser la décentralisation et la participation communautaire ;
- développer le partenariat avec le secteur privé.

### **B- Place du Programme National contre la Tuberculose dans la pyramide sanitaire**

Le Programme National contre la Tuberculose est un des instruments mis en place par le Ministère de la Santé pour contrôler l'une des affections qui déciment les populations les plus démunies du Bénin : la Tuberculose. Il est rattaché à la Direction Nationale de la Protection Sanitaire. C'est cette direction qui assure la surveillance épidémiologique dans notre pays. Le PNT fait partie des vingt quatre programmes sous tutelle.

### **C- Présentation des acteurs du système**

Le Ministre de la santé est aidé dans ses tâches par une structure politique, le cabinet, ayant à sa tête le directeur de cabinet, et une structure technique dirigée par le secrétaire général du ministère. Ce dernier a sous sa responsabilité les directions techniques et les directions départementales. Le niveau intermédiaire est géré par le directeur départemental de la santé. Les services de cette direction sont une émanation des directions techniques du niveau central. Le niveau opérationnel est dirigé par un médecin coordonnateur de zone sanitaire. Il est aidé dans ses tâches par une équipe

d'encadrement de zone sanitaire. Tous ces dirigeants travaillent en collaboration avec des acteurs du système qui sont pour la plupart des planificateurs, des médecins, des administrateurs, des sociologues, des infirmiers, des sages-femmes, radiologues, techniciens de laboratoires, aides soignants etc....

## **Paragraphe 2 : Présentation du Programme National contre la Tuberculose.**

Cette présentation du PNT est faite à travers ses attributions, son mécanisme de fonctionnement, ses moyens techniques, humains et financiers et ses appuis extérieurs.

### **A- Attributions et fonctionnement du PNT**

La tuberculose est et restera encore longtemps un problème majeur de santé publique dans le monde en général et au Bénin en particulier. La lutte contre cette maladie repose sur la détection des cas de tuberculose pulmonaire contagieuse et leur traitement jusqu'à la guérison par une chimiothérapie spécifique. Le programme national contre la tuberculose est l'un des principaux programmes du ministère de la santé. Son bureau de coordination est situé dans l'enceinte du Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou (CNHPP). Le PNT supervise un réseau de cinquante et un (51) Centres de Dépistage et de traitement (CDT) de la tuberculose intégrés aux centres de santé des communes (CSC) ou de circonscriptions urbaines (CSCU). En raison de leur bonne réputation, certains centres de santé confessionnels ont été érigés en CDT.

Au niveau opérationnel, les supervisions des CDT sont faites par les médecins chefs des services de protection et de la promotion sanitaires (SPPS) des DDS. Une vingtaine de centres de traitement directement observé (CTDO) sont créés dans les arrondissements des communes abritant les CDT pour permettre à certains malades de prendre leur traitement à ce niveau.

### **B- Ressources du PNT**

Les ressources du programme sont constituées de stock de médicaments antituberculeux, d'équipements de laboratoire et de radiologie, du personnel, de véhicules à deux (02) et à quatre (04) roues et des fonds qui proviennent du budget national et des aides extérieures. Ces différentes ressources peuvent être regroupées en moyens techniques et financiers répartis aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.

## Les moyens techniques

Les moyens techniques du PNT se situent à deux (02) niveaux :

### \* *Au niveau central*

- **Matériel roulant**

- 2 véhicules TOYOTA 4x4 Land Cruiser (Don du Fonds Mondial) ;
- 2 véhicules TOYOTA HILUX (Don du Fonds Mondial) ;
- 1 véhicule TOYOTA Corolla (Don du Fonds Mondial) ;
- 5 motos dont 3 de marque Sanili (1 acquise sur le Programme d'Investissement Public (PIP) en 2002 et 2 acquises sur financement de l'UIC-TMR en 2003) et 2 de marque Yamaha 100 (Don du Fonds Mondial).

L'appui du Fonds Mondial a ainsi permis de renforcer de façon substantielle le matériel roulant du PNT.

- **Médicaments antituberculeux**

Un stock suffisant en médicaments antituberculeux (don du Global Drug Facility) est disponible et couvre le besoin annuel de tout le pays. Le Global Drug Facility (GDF) a accordé au Bénin un don de médicaments (a multi-years grant) pour couvrir les besoins de 3ans à partir de 2005.

- **Equipements de laboratoire**

- Trois (03) microscopes à fluorescence dont un (1) en mauvais état;
- Trois (03) microscopes ordinaires;
- Un équipement complet, des consommables et réactifs pour la réalisation de la culture et des tests de sensibilité aux antibiotiques;
- Un stock suffisant de petit matériel pour les besoins des centres intermédiaires et périphériques.

- **Radiologie**

- Un (1) appareil de radiographie ODELCA 2 en mauvais état avec 4 dosimètres (Don de l'UIC-TMR en juin 1996) ;
- 4 tabliers dont 2, dons de l'UIC-TMR en 1996 et 2 dons du Haut Commissariat des Réfugiés (HCR) en 2001 ;

- Un appareil de radiographie neuf offert par le Ministère de la Santé (acquis en 2001). Cet appareil est mis en service actuellement.

**\* *Au niveau intermédiaire***

Toutes les régions (SPPS/DDS) sont dotées d'un véhicule Toyota Hilux 4x4 et d'une moto (dons du FM) pour les activités de supervision. Les SPPS disposent de stock de médicaments, de petits matériels de laboratoire et de supports de données pour le département.

**\* *Au niveau périphérique***

Chaque CDT dispose:

- d'un microscope ordinaire (la quasi-totalité des CDT ont bénéficié d'un microscope neuf, don du Fonds Mondial en 2004) ;
- de petits matériels et de réactifs nécessaires pour la bacilloscopie et le dépistage de VIH chez les tuberculeux;
- des médicaments en stock suffisant pour la prise en charge de tous les malades dépistés ;
- d'une moto (Don du Fonds Mondial) pour la recherche des malades irréguliers et/ou pour la collecte des crachats

**Les moyens financiers**

*Le Budget National*

- Le budget alloué au fonctionnement du Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP) de Cotonou est de 52.000.000 francs CFA en 2006 ;
- Le PIP (Programme d'Investissement Public) a alloué au PNT en 2006 un montant de 100.000.000 de francs CFA;
- De même, le budget national appuie le Centre de Pneumo-phtisiologie (C.P.P Akron de Porto-Novo) pour le fonctionnement et l'alimentation des malades (41.000.000 francs CFA) ;
- Tous les CDT bénéficient du soutien du budget national pour l'alimentation des malades tuberculeux.

## Les moyens humains

**Tableau 2 : Les moyens humains du niveau central du PNT**

<p><b>Agents permanents de l'Etat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un (01) médecin spécialiste en Pneumo-phtisiologie, Coordonnateur du PNT et Médecin Chef du CNHPP,</li> <li>- un (01) médecin microbiologiste, Chef du Laboratoire de Référence des Mycobactéries (LRM) et Coordonnateur-Adjoint</li> <li>- un (01) médecin biologiste,</li> <li>- un (01) Médecin de Santé Publique,</li> <li>- un (01) médecin épidémiologiste</li> <li>- 2 Techniciens de Radiologie,</li> <li>- 5 Techniciens de Laboratoire dont 4 de niveau A et 1 de niveau B</li> <li>- 5 Infirmiers</li> <li>- 1 Administrateur (AHUI), chef du service des affaires administratives et économiques (C/SAAE),</li> <li>- 1 Secrétaire des services administratifs, chef du service des affaires financières (C/SAF),</li> <li>- 2 Secrétaires des Services Administratifs,</li> <li>- 2 Aides soignants,</li> <li>- 1 conducteur de véhicules administratifs</li> </ul>
<p><b>Agents contractuels de l'Etat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Techniciens de Laboratoire de niveau A</li> <li>- 1 infirmier,</li> <li>- 1 Assistant des Services Financiers,</li> <li>- 1 Secrétaire Adjoint des Services Administratifs,</li> <li>- 1 Sociologue,</li> <li>- 1 Agent de Liaison,</li> <li>- 1 cuisinier spécialisé,</li> </ul>
<p><b>Agents occasionnels recrutés par le CNHPP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Aide de radiologie,</li> <li>- 1 standardiste</li> <li>- 2 Aides cuisinières,</li> <li>- 3 Agents d'Entretien et de Services,</li> <li>- 3 Conducteurs de Véhicules Administratifs,</li> <li>- 3 Gardiens</li> </ul>
<p><b>Agents recrutés sur le projet IHC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 médecin généraliste</li> <li>- 1 Ingénieur des travaux statistiques</li> <li>- 1 secrétaire comptable</li> <li>- 1 agent de saisie</li> <li>- 1 conducteur de véhicules administratifs</li> <li>- 1 agent d'entretien et de services</li> </ul>
<p><b>Agents contractuels recrutés sur le Fonds mondial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trois (03) médecins généralistes recrutés dans le cadre de l'appui du Fonds Mondial.</li> <li>- 3 techniciens de laboratoire contractuels dont 2 de niveau A et 1 de niveau B</li> <li>- 4 infirmiers diplômés d'état</li> <li>- 1 Assistant social</li> <li>- 1 Assistant des services financiers</li> </ul>

*Source : SAAE, PNT 2006.*

### L'équipe du niveau intermédiaire

Au niveau intermédiaire, le PNT est intégré au Service de Protection et de Promotion Sanitaires (SPPS) des DDS. Le personnel du SPPS en assure la gestion à ce niveau. Le SPPS des départements du Borgou/Alibori, le CPP de Porto-Novo, le centre de santé Béthesda et l'hôpital confessionnel St Luc de Cotonou ont été renforcés en ressources

humaines grâce à l'appui du Fonds Mondial (1 médecin à Parakou, 2 infirmier et 1 technicien de laboratoire à Porto-Novo, 1 médecin et une infirmière à St Luc à Cotonou, un infirmier à Béthesda).

*L'équipe du niveau périphérique (Hôpital de zone ou Centre de Santé de Commune)*

Au niveau périphérique, se trouvent le Médecin Coordonnateur de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire, le Médecin Chef du CSC responsable du CDT aidés d'un infirmier et d'un technicien de laboratoire. Le CDT est le niveau opérationnel intégré entièrement à l'hôpital de zone ou au Centre de Santé Communal.

C- Appui des partenaires du PNT

*Les aides extérieures*

***L'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires*** est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) qui soutient depuis des années le PNT. Le montant annuel de l'aide qu'elle a alloué au PNT au titre de l'année 2006, s'élève à trente-neuf millions (39.000.000) francs CFA et consiste en :

- la fourniture des médicaments antituberculeux, des réactifs et du matériel de laboratoire,
- l'appui à la supervision, à la formation et à la recherche opérationnelle.
- ***Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme*** a accordé depuis le dernier trimestre de l'année 2003 un appui financier de 2.173.404 dollars US, soit environ 1,3 milliards de FCFA, au PNT pour deux (2) ans. Les activités sous financement du Fonds Mondial ont démarré au quatrième trimestre de l'année 2003 et s'étaient étalées sur huit (8) trimestres. Compte tenu des résultats satisfaisants obtenus par le programme, le Fonds Mondial a accordé une deuxième phase de quatre trimestres d'un montant de 930.000 dollars US couvrant l'année 2006.
- ***L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*** a apporté également un appui de 1.750.000 de francs CFA en 2006 pour soutenir l'organisation de la journée mondiale de lutte contre la tuberculose. Cette organisation apporte au programme un appui surtout technique.

## **SECTION 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE**

Le ciblage de la problématique de l'étude s'est réalisé à travers les observations de stage au niveau des différents services du programme. Ces observations ont permis de mettre en évidence des atouts, des faiblesses et des menaces. L'inventaire de ces éléments a favorisé le choix de notre problématique.

### **Paragraphe 1 : Contexte de l'étude**

Le contexte de l'étude présente les différents services du programme avec ses atouts et faiblesses et puis leur inventaire. Le stage effectué nous a permis de faire des observations qui seront restituées à travers les différentes structures du Programme National Contre la Tuberculose (PNT).

#### **A- Structures de la coordination du PNT**

##### **Standard**

Le standard est un service administratif de la coordination du Programme. Elle s'occupe de deux (02) volets principaux à savoir l'envoi des messages téléphonés et la réception des appels. Les usagers et les autorités administratives et politiques apprécient le bon fonctionnement du service (Force).

Des difficultés interviennent du fait de la perturbation des lignes téléphoniques par moment. Ce qui perturbe l'exécution la supervision sur le terrain (Faiblesse).

##### **Secrétariat du Programme**

Il est rattaché à la coordination du PNT et assure la bonne circulation de l'information par le moyen des courriers « Arrivée et Départ ». Il enregistre les différents courriers arrivés, les transmet au coordonnateur puis les affecte sur instructions de celui-ci à qui de droit en l'enregistrant, en l'affectant et/ou en transmettant.

Le secrétariat assure la gestion de l'agenda du Coordonnateur et programme les différentes réunions de la coordination, mais nous avons déploré le retard régulier des agents qui travaillent dans ce secrétariat (Faiblesse).

Nous avons en outre remarqué que le secrétariat a une bonne organisation de travail avec des planifications trimestrielles, mensuelles, hebdomadaires et même journalières. Ce qui

dénote d'une bonne organisation de travail avec mise au point de différents plannings (Force).

#### Service de l'Assistant administratif et Responsable de la logistique

L'on y retrouve l'économat, les différents magasins, la gestion du personnel, la gestion des malades, les statistiques du PNT.

#### L'Economat

C'est une division du Service des Affaires Administrative et Economique (SAAE) qui s'occupe des agréments des fournisseurs et de leur sélection pour l'attribution d'un marché. Cette division est chargée de faire une consultation restreinte pour désigner le fournisseur le mieux disant. Pour les marchés d'une valeur supérieure à dix millions (10 000 000) FCFA, c'est la Cellule de Passation des Marchés Publics du ministère de la santé qui traite le dossier par appel d'offres.

Cette division s'occupe aussi de l'alimentation des malades tuberculeux sur toute l'étendue du territoire pour ce qui concerne les vivres acquis sur le financement Fonds Mondial. La sélection des fournisseurs est régulière au PNT (Force). Quant aux factures délivrées par le PNT pour les prestations de radiologie ou de laboratoire, elles sont établies en trois exemplaires dont un est conservé au secrétariat, un à la caisse et la dernière est remise au client.

#### Les différents magasins

Il existe au PNT, quatre magasins pour la conservation des médicaments, des vivres, des fournitures de bureau et des équipements de laboratoire.

Au magasin des médicaments antituberculeux, les produits sont classés par ordre alphabétique dans les rayons et le pharmacien procède régulièrement au contrôle des stocks. L'entretien et le nettoyage de ce magasin se font par des agents qui ne sont pas exclusivement réservés à cette division. Pour assurer le transport des produits depuis les rayons jusqu'à la sortie du siège du programme, il n'y a pas de chariot. Ceci est dû à l'absence d'ouvriers spécialisés pour assurer ces tâches (Faiblesse). La présence d'ouvriers spécialisés et l'acquisition d'un chariot s'avèrent indispensable pour la bonne marche du travail.

Notre passage dans les autres magasins nous a permis de constater que les locaux sont très peu aérés et les difficultés d'exercice aux magasins sont de différents ordres.

Les magasiniers ont, entre autres tâches administratives, la tenue des fiches de stocks des différents produits des magasins, fiches dont le remplissage est purement manuel. La tenue des fiches de stocks au magasin n'est pas informatisée. L'on note une absence d'informatisation dans la tenue des fiches pour le suivi des stocks aux magasins (Faiblesse).

L'on peut se rendre compte également que les manquants sont rarement enregistrés aux magasins. (Force).

#### Division gestion du personnel

Cette division comporte deux (02) volets. Un volet « Administratif » et un volet « Ressources Humaines ».

Le volet « Ressources Humaines » a deux sections : « Gestion des Carrières » et « Formation et Planification ». En effet, la section « Gestion des Carrières » commence par le recrutement. Les services formulent leurs besoins en personnel et les transmettent au coordonnateur qui décide de l'opportunité de tout recrutement. Cette décision prise, un comité est mis sur pieds et est chargé de conduire le recrutement à son terme. Ce dernier procède à la publication de l'avis de recrutement par voie de presse et tout autre moyen jugé nécessaire. Il fait ensuite concourir les candidats après réception et étude de leur dossier. Après la proclamation des résultats, il procède au remplissage de l'avis d'embauche qui est envoyé à la caisse nationale de la sécurité sociale (CNSS) et fait signer un contrat entre l'agent recruté et le coordonnateur du programme. La procédure de sélection et de recrutement est régulière (Force).

Cette section établit les autorisations d'absence et de congés. Nous avons noté qu'aucun registre n'est tenu pour constater les congés et absences d'où absence de contrôle des congés et absences par la section gestion des carrières (Faiblesse).

Quant à l'aspect formation, il faut dire qu'il met en relation le PNT et les différentes institutions prestataires de services chargées de la formation des agents de santé. Nous avons noté l'existence d'un plan de formation continue pour les agents du Programme (Force).

La section administrative et du matériel s'occupe de la gestion des correspondances non spécifiques. Il intervient également dans l'enlèvement des produits importés par voie maritime. Dans ce cadre, à l'arrivée de tout produit pharmaceutique, l'assistant administratif procède au remplissage d'un formulaire adressé au coordonnateur du PNT

en vue de l'obtention de l'autorisation d'enlèvement. Cette autorisation est jointe à la facture et au récépissé d'assurance, puis l'ensemble est remis au transitaire du PNT pour procéder à l'enlèvement. En cas de dommage constaté, il est constitué un dossier d'indemnisation à l'attention des services de l'assurance lorsque le dommage n'est pas intervenu du fait du fournisseur. Toutes les mesures sont donc prises pour que l'enlèvement se passe dans de bonnes conditions et pour prévenir d'éventuels préjudices au PNT. Ce qui dénote d'une bonne gestion des risques à la phase d'enlèvement des produits (Force).

En ce qui concerne le matériel, la section administrative et du matériel effectue les achats de matériels et fournitures de bureau ainsi que des produits d'entretien suivant les procédures classiques. Les fournisseurs agréés par le PNT sont informés des besoins de la structure par un avis de consultation et entrent dès l'instant en compétition. Une commission d'étude des offres procède à l'adjudication, la présélection des offres. Les dossiers sont remis au service de l'assistant administratif qui rédige le procès verbal (PV) d'analyse des offres qu'il adresse au Coordonnateur pour avis. Une fois approuvée, la commande est passée et les produits réceptionnés par la commission des réceptions. Le procès verbal de réception et le bordereau de livraison sont transmis à la comptabilité. Le fournisseur envoie sa facture qui est jointe au bon de commande, au bordereau de livraison ou PV de réception au vu desquels le service financier procède au règlement.

L'assistant administratif gère également le patrimoine à savoir les moyens de transport, le mobilier et les infrastructures dans la mesure des prescriptions du manuel de procédures du PNT et aux différentes phases du processus d'approvisionnement. Ainsi le manuel de procédure du PNT est bien suivi lors des approvisionnements (Force).

#### Le Service des affaires financières

On y retrouve deux (02) divisions : la comptabilité générale et les finances (Budget).

#### Division Comptabilité Générale

Elle est chargée des travaux courants de comptabilité. Elle reçoit les factures et les bordereaux de livraison en provenance de l'assistant administratif et procède à la pré imputation directe sur les factures et les fiches d'imputation au niveau de l'ordinateur. Les fournisseurs sont identifiés grâce à un numéro de compte qui leur sont attribués. Ceci a l'avantage de connaître la situation de chaque fournisseur à tout moment de l'année. Ceci montre une maîtrise de la situation instantanée d'un fournisseur (Force).

Toutes les factures sont, après traitement, classées par nature de dépense et par journal. Les banques sont également classées dans un ordre donné et avec des numéros de compte précis. Les autres pièces sont classées dans le journal des opérations diverses. La comptabilité et les finances procèdent au classement et à la ventilation des pièces suivant leur nature et le type d'opérations auxquelles elles se rapportent.

Les calculs intermédiaires sont opérés et la situation de chaque compte est connue. On peut tirer les comptes et les analyser, faire l'état de rapprochement, analyser les comptes clients fournis, servis, vérifier si le compte de virement interne est soldé. Lorsque la situation de chaque compte est connue, après tirage du solde, on établit la balance. L'on commence à établir les états financiers. Mais ils ne sont pas élaborés à temps (faiblesse). La preuve de cet état de chose est que le bilan de 2006 n'est pas prêt à la date du 15 mai 2007 alors que le délai butoir prévu par la loi est le 30 avril.

#### Division Finance

Elle s'occupe de la coordination des activités comptables et financières. Elle opère tous les règlements avec les banques. Elle effectue les transferts suivant des procédures même si les achats sont faits en France avec l'UICMR. Pour les achats effectués en Europe ou aux USA les transferts sont faits avec le Fonds Mondial.

Aussi, la banque exige-t-elle le connaissance lorsque le transfert des produits se fait par voie maritime et/ou la lettre par voie aérienne. Le règlement des prestations de service est consécutif à la certification du service fait par le demandeur sur présentation de certaines pièces.

Nous avons noté qu'en matière de financement, tout est concentré au niveau central sans qu'aucune délégation de pouvoir en matière de dépenses ne soit concédée au niveau opérationnel ou périphérique.

Toutes les dépenses sont effectuées depuis le niveau central même pour les activités qui se déroulent au niveau périphérique (Faiblesse).

#### L'Alimentation des malades

Cette tâche s'effectue au niveau de l'assistant administratif et consiste à acheter des produits vivriers pour tous les départements. Concrètement les fournisseurs envoient leur dossier au niveau central avec des propositions de prix pour les articles à livrer. Une commission sélectionne les fournisseurs par département et toutes les commandes de l'alimentation sont passées à ces fournisseurs qui livrent sur le terrain et sont payés

directement par chèque par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Nous notons là également une centralisation des commandes et du paiement des fournisseurs. Il y a une non maîtrise au niveau intermédiaire et opérationnel des produits vivriers commandés. Il en est de même pour leur paiement (Faiblesse).

#### Le Service Médico–Technique

Les performances du PNT sont toujours excellentes avec un taux de détection des formes de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) estimé par l'OMS à plus de 80% et un taux de succès thérapeutique de 83% . Les objectifs internationaux de dépistage (70%) et ceux de succès thérapeutique (85%) sont pratiquement atteints. L'amélioration constante de ces performances reste un souci permanent du programme et des actions sont entreprises pour mobiliser davantage les zones sanitaires afin d'augmenter le dépistage des cas. Ce qui dénote d'une bonne performance du PNT sur le plan de la prise en charge des malades tuberculeux. L'estimation du taux de détection toutes formes confondues est cependant relativement faible (44%), malgré un nombre important de cas dépistés chaque année, sans que l'on sache très bien s'il s'agit d'erreur dans l'estimation ou d'un taux réellement bas. Le tableau ci-dessous présente les différents cas de tuberculose dépistés au cours de l'année 2006.

Tableau 3 : Rapport trimestriel sur les nouveaux cas, rechutes, échecs et reprises de traitement de tuberculose (Dépistage 2006)

TRIMESTRE	FROTTIS						Tuberculose Extra Pulmonaire (TEP)	TOTAL
	POSITIFS				NEGATIFS			
	Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	Reprises de traitement	< 15ans	≥ 15ans		
I	768	38	10	24	4	39	76	959
II	786	35	18	15	4	47	91	996
III	684	24	18	9	8	37	74	854
IV	705	51	13	8	9	58	81	925
TOTAL	2943	148	59	56	25	181	322	3734
%	79	4	2	1	1	5	9	100

Source : Rapport annuel PNT 2006

Le tableau suivant présente les variations du dépistage des différents cas de la tuberculose entre l'année 2005 et celle de 2006.

**Tableau 4 : Variation des résultats de dépistage de la tuberculose (toutes formes) de 2006 par rapport à ceux de 2005**

ANNEE	2005	2006	VARIATION (%)
FORMES DE TUBERCULOSE			
NOUVEAUX CAS TPM+	2739	2943	7,4
NOUVEAUX CAS TPM-	96	206	114,6
RECHUTES	150	148	-1,3
ECHECS	86	59	-31,4
REPRISES DE TRAITEMENT	101	56	-44,6
TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE	285	322	13,0
TOTAL	3457	3734	8,0

Source : Rapport annuel PNT 2006

Un bas taux de détection de la tuberculose toutes formes confondues est noté (Faiblesse). Les nouveaux régimes thérapeutiques de six (06) mois au lieu de huit (08) mois comme par le passé pour tous les nouveaux cas sont mis en place depuis le 1<sup>er</sup> Avril 2006. Il n'y a pas eu de problèmes particuliers liés à ce changement thérapeutique notamment au niveau de l'approvisionnement en médicaments. La surveillance de la prise du traitement est extrêmement stricte en phase intensive.

Des cas de multi drug résistance (MDR) sont observés dans les grands centres de dépistage et de traitement (4 cas observés parmi les nationaux à Cotonou en 2005).

A l'heure où les épidémies de cas d'ultra résistance inquiètent la communauté internationale, il est rassurant de constater qu'un programme bien mené permet d'éviter l'émergence d'un tel problème dans notre pays. Les quelques cas de malades résistants font néanmoins l'objet de toute l'attention du PNT et sont pris en charge avec les médicaments de 2<sup>ème</sup> ligne. Une bonne prise en charge des multi résistants est organisée par le PNT (Force).

De grands efforts ont été réalisés pour l'identification et la prise en charge des malades «co-infectés » ; c'est-à-dire présentant une maladie tuberculeuse et le VIH. Le projet IHC (Integrated HIV Care) piloté par l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires et financé par l'Union Européenne avec un soutien de la Coopération Suisse, participe activement à ces activités. Les relations entre le PNT et le PNLS sont étroites.

Ce projet permettra d'intégrer au maximum les activités Tuberculose/VIH dans le cadre normal des activités du PNT.

### Les projets inclus dans le PNT

Plusieurs Institutions travaillent avec le PNT pour atteindre ses objectifs. Il s'agit de :

- L'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICTMR) dont la subvention avoisine **35 000 000 FCFA** par an ;
- Integrated HIV Care (IHC) qui s'occupe de la co-infection TB/VIH avec un montant total de **251 895 870 FCFA** pour les quatre (04) ans ;
- Le Fonds Mondial qui a apporté une subvention de **3 104 104 \$** soit **1 552 052 000 FCFA** pour les trois (03) ans. La particularité de ce financement est que les malades doivent en bénéficier directement.
- L'OMS, institution technique et financière met à la disposition du PNT l'assistance technique et l'expertise nécessaire en santé humaine pour réussir sa mission. Toutes ces institutions financent le programme et les principaux bénéficiaires sont les malades tuberculeux.

Tableau 5 : Apport comparatif des projets du PNT.

ANNEES	SOURCES DE FINANCEMENT	Prévision (P) en millions de francs	Allocation (A)	Réalisation R	%	
					R/A	R/P
2006	OMS	1,5	1,5	1,5	100,00%	100,00%
	UICTMR	39	39	30,56	78,36%	78,36%
	BN	100	100	62,81	62,81%	62,81%
	FM	600	600	525,06	87,51%	87,51%
2005	UICTMR	30,3	30	26,35	87,83%	86,96%
	BN	100	100	60,7	60,70%	60,70%
	FM	550	550	514	93,45%	93,45%
	OMS	5	5	4,21	84,20%	84,20%
2004	UICTMR	32	32	22	68,75%	68,75%
	BN	100	100	51,8	51,80%	51,80%
	FM	550	550	542	98,55%	98,55%

Source : Service Suivi Evaluation PNT 2006

Nous remarquons que le PNT est bien géré de manière à atteindre les résultats escomptés.

Les fonds issus du projet FM sont gérés depuis le niveau central.

Il faut signaler que le gouvernement béninois fait beaucoup dans la prise en charge des malades tuberculeux, à travers le Programme d'Investissement Public, avec cent millions (100.000.000) FCFA par an.

Les dépenses de personnel du PNT prises en charge par l'Etat s'élèvent à treize million sept deux milles quarante francs (13 702 040 FCFA).

#### B- Inventaire des forces et faiblesses du PNT et recensement des problématiques possibles

Cet inventaire se fera en deux temps à savoir les atouts d'un côté et les faiblesses de l'autre.

#### **Inventaire des atouts** : Forces et opportunités

1. Bonne appréciation du fonctionnement du Standard par les usagers et les autorités
2. Bonne organisation de travail et mis au point de différents plannings au secrétariat.
3. L'ampleur des manquants au magasin est très minime
4. Procédure très ordonnée de sélection et de recrutement du personnel.
5. Existence d'un plan de formation continue pour les agents en service au programme.
6. Bonne gestion des risques à la phase d'enlèvement des produits.
7. Connaissance très facile de la situation d'un fournisseur grâce à la gestion des fournisseurs.
8. Mise à disposition de tous les centres de dépistage et de traitement de motos pour la recherche active des malades irréguliers.
9. Bonne performance du PNT dans la prise en charge des malades tuberculeux.
10. Une prise en charge efficace des multi résistances est organisée par le PNT
11. Tous les départements sont dotés de moyens roulants à 4 roues pour les supervisions

#### **Inventaire des faiblesses et des menaces**

1. Les agents supervisés dans les CDT ne sont pas toujours informés de la supervision.
2. Retard régulier des agents du secrétariat à leur poste de travail
3. Nombre insuffisant d'ouvriers spécialisés pour assurer certaines tâches au magasin.
4. Les locaux des magasins sont très peu aérés.
5. Système manuel de tenue des fiches de stock
6. Inexistence de registre de gestion des congés et absence par la section.
7. Les états financiers ne sont pas élaborés à temps.
8. Toutes les dépenses sont effectuées depuis le niveau central.
9. Les menues dépenses ne sont pas prises en compte au niveau opérationnel.
10. Non maîtrise au niveau intermédiaire et opérationnel des produits vivriers commandés

11. Faible taux de dépistage de la tuberculose toutes formes confondues (44%).
12. Non intégration des activités de lutte TB/VIH dans le cadre normal du Programme.

## **Paragraphe 2 : Recensement des problématiques et choix de la problématique**

### A- Recensement des problèmes.

Pour élaborer la liste des problématiques possibles, il a fallu ressortir les centres d'intérêt puis dégager les problèmes spécifiques. Alors, nous avons :

- Problématique d'une meilleure répartition des centres de dépistage et de traitement
- Problématique d'une meilleure organisation des activités du PNT
- Problématique d'une gestion performante du personnel du programme
- Problématique d'une décentralisation du financement Fonds Mondial au niveau opérationnel du programme.

### B- Problématique de l'étude

Depuis des décennies, la question de développement a toujours été une préoccupation majeure des décideurs politiques. Ainsi cette dernière a été toujours au coeur des rencontres internationales et des discours de déclaration de politique générale des chefs de gouvernement. La lutte contre la pauvreté en général et contre les maladies en particulier devient alors l'objectif affiché de tous les pays. Au même moment s'est accru l'enveloppe budgétaire accordée aux pays, notamment africains au titre de l'aide au développement pour faire face à leurs problèmes prioritaires. Mais les résultats enregistrés par les pays dans la mise en œuvre de projets et programmes demeurent peu satisfaisants.

Dès lors, les gouvernements du monde entier spéculent sur le concept de gestion axée sur les résultats. Des initiatives volontaristes se créent visant à opérer des réorientations stratégiques permettant l'atteinte des résultats optimaux à la hauteur de l'enveloppe budgétaire accordée et ou reçue. C'est dans ce contexte, en juin 2000, que les membres du G8 ont souligné le risque de déséquilibre mondial majeur qui pourrait survenir si les épidémies du sida, de la tuberculose et du paludisme n'étaient pas prises en charge. Ce qui a donné naissance, après l'assemblée générale des Nations Unies de juin 2001, au Fonds Mondial en janvier 2002 avec comme priorité << atteindre un montant annuel de dépenses globales de 7 à 10 milliards de dollars pour la lutte contre la tuberculose dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. >>

Le gouvernement du Bénin, à l'instar de tous les gouvernements concernés par cette résolution a procédé à la revue des différents appuis apportés par les partenaires au développement en vue de dégager le gap financier à soumettre au financement du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ce nouveau mécanisme de financement qui est créé, fonctionnant sur la base d'un partenariat entre le gouvernement, les sociétés civiles, le secteur privé et les populations affectées par les maladies constitue <<une approche novatrice de financement international de santé >>

Le Fonds Mondial, en tant qu'instrument financier, vise deux objectifs à savoir : <<augmenter les ressources visant à lutter contre ces trois maladies et diriger ces ressources vers les régions les plus démunies >> Ainsi, tous les pays sollicitant les ressources du Fonds Mondial, doivent s'aligner dans cette logique. Ce qui atteste de la rigueur dans la gestion et mieux, une rupture dans les approches antérieurement utilisées dans la gestion des fonds alloués par les partenaires au développement. Désormais les gouvernements et les acteurs sociaux engagés dans la lutte contre ces trois maladies prioritaires se doivent de rendre compte de leurs activités et des résultats auprès des divers acteurs. Ainsi, <<il devient de plus en plus important que les pays soient capables de rassembler en temps voulu des données précises et comparables à présenter aux bailleurs de fonds et aux autorités nationales afin de garantir le financement permanent de leur programme de santé étendu et, surtout, d'utiliser ces informations au niveau local pour renforcer des programmes évolutifs>>

Les défis majeurs étaient prévisibles : à côté des besoins énormes de financement qui s'affichaient pour faire face aux problèmes de développement et à la lutte contre la pauvreté et les trois maladies prioritaires, se dressent les exigences des bailleurs de fonds qui imposent la rigueur, la transparence dans la gestion pour l'atteinte des résultats escomptés. Comment trouver les moyens de travailler et faire face aux fléaux qui accablent les pays dans des contextes souvent difficiles en alliant un réalisme prudent à une détermination ferme dans le but de réussir ? Comment être efficace et rendre compte de cette efficacité aux partenaires au développement ? Comment parvenir à pérenniser les acquis de cet important financement ? Telles sont les préoccupations des bénéficiaires des financements Fonds Mondial.

Il est à noter que beaucoup de projets et programmes ont donné des résultats assez satisfaisants quant à l'amélioration du bien être des populations.

Cependant ces résultats ne constituent pas des garanties pour l'obtention de financement du Fonds Mondial. Mais, la recherche des pratiques novatrices doit s'inscrire dans cette optique à savoir tirer les leçons du passé et se projeter dans l'avenir. Bénéficiant actuellement du financement Fonds Mondial, le Bénin est-il donc préparé par rapport à ces exigences et à ce changement de mode de gouvernance et de gestion axée sur les résultats attendus par le Fonds Mondial ? De quels atouts dispose le Bénin en la matière et quel est l'impact de ce nouveau système de gestion né à l'avènement du Fonds Mondial ?

La centralisation de la gestion du financement Fonds Mondial a permis certes au niveau central de développer des capacités en matière d'identification de besoins, de micro planification des activités et autres. Qu'en serait-il des niveaux décentralisés s'ils ne s'approprient de ces outils actuellement et si le fonds venait à s'arrêter ? Pour ce faire, comment décentraliser et intégrer ce financement au système sanitaire national pour une gestion efficace et efficiente du financement ? C'est sur ce dernier questionnement que se fonde la substance de notre problématique de recherche.

Pour mieux appréhender notre thème, il est nécessaire de délimiter le cadre conceptuel et théorique. Pour ce faire, il est nécessaire de spécifier le problème général et les problèmes spécifiques, de définir de façon opérationnelle les différents concepts utilisés tout au long de notre étude.



CHAPITRE PRELIMINAIRE

CADRE DE L'ETUDE ET RESTITUTION DU  
MECANISME DE FONCTIONNEMENT

## **SECTION1: SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE**

La spécification de la problématique concerne le problème général et les problèmes spécifiques. Les différentes définitions et différents concepts ayant trait aux problèmes sont aussi passés en revue dans cette partie.

### **Paragraphe 1: Problème et définition des concepts**

#### **A- Problème général et problèmes spécifiques**

##### **Problème général**

Le problème général de notre travail est le mode de gestion inapproprié du financement acquis sur le Fonds Mondial

##### **Problèmes spécifiques**

Les problèmes spécifiques de notre étude sont :

###### *Problème spécifique n° 1*

Manque de moyens financiers au niveau opérationnel pour les menues dépenses.

###### *Problème spécifique n° 2*

Incapacité des niveaux intermédiaire et opérationnel à micro planifier leurs activités.

###### *Problème spécifique n° 3*

Manque de participation du niveau opérationnel à la détermination des besoins financiers de leurs activités.

#### **B- Définition des concepts**

##### **La gestion axée sur les résultats**

Selon le glossaire de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), édité en 2002 par le comité d'Aide au Développement (CAD), regroupant tous les partenaires au développement, la GAR se définit comme « une stratégie de management orientée vers la performance, la réalisation d'extrants et l'accomplissement d'effets ». Il s'agissait de planifier le travail en s'appuyant sur un ensemble d'objectifs, d'activités, d'extrants, de résultats clairement définis.

De même, selon Peter Drucker, l'inventeur de la technique de gestion axée sur les résultats, il y a certaines règles fondamentales à respecter pour assurer un bon management axé sur les résultats.

### La responsabilité de rendre compte

La responsabilité de rendre compte selon le glossaire de l'OCDE (2002) s'entend comme étant l'obligation de rendre compte du fait que le travail a été conduit selon les règles et les normes convenues. A cette notion d'obligation s'ajoutent les notions de respect de l'orthodoxie en matière de gestion prudente des ressources et celle de responsabilité de fournir des appréciations de performance et des rapports d'avancement précis, impartiaux et crédibles. C'est justement ces notions de respect de l'orthodoxie de gestion et de responsabilité de rendre compte qui seront utilisées pour juger les pratiques en cours au PNT.

### Suivi Evaluation

Selon l'approche du PNUD (2002), le **suivi** se définit « comme une fonction qui vise essentiellement à assurer à la direction et aux principales parties prenantes une intervention permanente assortie d'indications rapides de progrès ou d'absence de progrès dans la réalisation des résultats ».

Donc l'action du suivi consiste à éclairer les décideurs à partir des leçons apprises de la mise en œuvre. Il permet de rendre compte des engagements pris, c'est l'instrument de contrôle.

Quant à l'évaluation, c'est « une opération sélective qui vise à apprécier systématiquement et de manière objective les progrès dans la réalisation d'un effet »

L'évaluation est donc une fonction complémentaire au suivi.

### La décentralisation

La décentralisation est une délégation de responsabilités programmatiques (planification, exécution, suivi, gestion) des activités du niveau supérieur vers les niveaux intermédiaire et périphérique.

### L'intégration

L'intégration est l'introduction et la mise en œuvre des activités de lutte contre les maladies prioritaires (Tuberculose, Paludisme, VIH SIDA, P2-2-3 La définition du cadre d'analyse)

**Tableau 6 : Plan annuel par lignes budgétaires en euros**

N°	LIGNES BUDGETAIRES	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1 à Q4
1	Alimentation	40 247	40 247	40 246	40 246	160 986
2	Communication et mobilisation sociale	37 388	37 417	21 557	21 570	117 932
3	Formation	53 253	70 104	121 644	79 297	324 298
4	Infrastructure et Equipement	10 316	73 125	235 347	79 282	398 070
5	Médicaments	110 140	48 466	-	-	158 605
6	Planification Administration	20 494	46 704	33 374	31 537	132 109
7	Produits marchandises	17 033	157 774	88 370	17 448	280 625
8	Ressources Humaines	36 354	36 354	36 354	36 354	145 416
9	Assistance technique	10 285	10 285	10 285	10 285	41 141
	<b>TOTAL</b>	<b>335 509</b>	<b>520 476</b>	<b>587 177</b>	<b>316 019</b>	<b>1 759 181</b>

Source : Service Suivi évaluation du PNT



Activités prévues	MONTANT		Planifiée											
	UGFM	PNT	Juin			Juillet			Aout			Septembre		
Appuyer 12 radios pour diffuser 528 émissions/spots (jeux radiophoniques et débats) en français et en langues nationales		4 799 965												
Superviser les activités des radios communautaires sous contrat avec le PNT		990 003												
Diffuser les spots TV réalisés sur le round 2		3 749 942												
Former et/ou recycler 23 journalistes (Radio, presse écrite et TV) sur la TB et la coinfection TB/VIH		2 479 085												
Publier 10 articles de presse sur la Tuberculose et la coinfection TB/VIH.		1 000 000												
<b>Objectif 2 : Porter la proportion des tuberculeux co-infectés pris en charge pour le VIH de 10 % en 2005 à 100 % en 2011</b>														
Former et/ou recycler 37 agents des centres de prise en charge des PVVIH du PNL (8 médecins, 10 infirmiers, 10 techniciens de laboratoire, 9 techniciens d'action sociale, psychologues et médiateurs) sur la tuberculose.		3 044 624												
Acheter 281 000 comprimés de co-trimoxazole dosés à 480 mg pour 780 patients tuberculeux co-infectés par le VIH.	1 404 916													
<b>Objectif 3 : Augmenter le taux de succès thérapeutique de 83 % en 2005 à 86 % en 2011</b>														
Préparer les documents d'achat direct des médicaments pour les nouveaux cas														
Préparer les documents d'achat direct des médicaments pour les retraitements														
Préparer les documents d'achat direct des médicament pour les enfants														
Préparer les documents d'achat direct des seringues, aiguilles et ampoules d'eau distillée														

Activités prévues	MONTANT		Planifiée											
	UGFM	PNT	Juin			Juillet			Aout			Septembre		
Acheter des vivres pour 200 malades au cours de leur hébergement en phase intensive dans les CDT, en appui aux vivres fournis par le budget national.	26 400 000													
Former et/ou recycler 220 Relais communautaires à l'identification, à la prise en charge des tuberculeux, à la coinfection TB/VIH		4 385 729												
Apporter un appui financier à 796 (220 nouveaux + 576 déjà formés) Relais Communautaires pour l'exécution de leur tâche		4 368 018												
<b>Objectif 4 : Traiter 60 % des MDR d'ici 2011</b>														
Assurer contrôle de qualité des tests de sensibilité aux antituberculeux en envoyant des souches du LRM vers un laboratoire supra-national (Institut de Médecine Tropicale d'Anvers en Belgique)		48 751												
Acheter du matériel pour le transport des crachats des suspects de MDR des CDT vers le LRM.	196 787													
<b>Objectif 5 : Renforcer les capacités d'appui du PNT aux services opérationnels</b>														
Réaliser 1 supervision nationale et départementale conjointement des activités des CDT.		5 500 000												
Assurer le contrôle de qualité de 54 laboratoires des CDT et 5 laboratoires régionaux, 4 fois par an		176 997												
Apporter un appui financier à la Coordination pour le fonctionnement du PNT (fournitures de bureau, consommables informatiques, réparation de matériels, frais bancaires, produits d'entretiens...) pour 81 personnes dont 10 de la coordination.		4 000 000												
Renouveler les contrats de 4 médecins pour appuyer les ressources humaines du PNT		4 656 000												

Activités prévues	MONTANT		Planifiée											
	UGFM	PNT	Juin			Juillet			Aout			Septembre		
Recruter 3 médecins pour appuyer les ressources humaines du PNT		1 746 000												
Renouveler le contrat de 1 technicien niveau B et 3 ingénieurs		3 072 960												
Recruter 2 techniciens niveau B et 1 ingénieur		977 760												
Renouveler le contrat d'1 ingénieur des travaux en imagerie médicale		838 080												
Recruter 2 ingénieurs des travaux en imagerie médicale		838 080												
Renouveler les contrats de 6 infirmiers diplômés d'état		3 352 320												
Recruter 4 infirmiers diplômés d'état		1 117 440												
Recruter 4 techniciens de l'action sociale		1 396 800												
Renouveler le contrat du financier		1 396 800												
Recruter 2 assistants administratifs		698 400												
Recruter 2 ingénieurs en statistique		880 000												
Organiser 6 réunions comité technique PNT / FM		399 970												
Former 1 agent de l'équipe de coordination en communication à l'IRSP	5 510 039													

Activités prévues	MONTANT		Planifiée											
	UGFM	PNT	Juin			Juillet			Aout			Septembre		
Faire participer 2 agents du PNT au cours international de l'UICTMR	3 935 742													
Assurer la dotation trimestrielle en carburant pour le fonctionnement du niveau central et des structures décentralisées du PNT.		4 000 000												
Assurer l'entretien régulier et la sécurité du parc automobile du PNT	2 766 997													
<b>TOTAL</b>	<b>44 214 480</b>	<b>79 611 423</b>												

Source : Service Suivi évaluation du PN

## **Paragraphe 2 : Objectifs, hypothèses et intérêt de l'étude**

La problématique choisie nous impose la fixation des objectifs et la précision des causes et hypothèses qui y sont liées.

### **A- Objectifs et hypothèses de l'étude**

Les objectifs assignés à cette recherche sont :

- améliorer le mode de gestion des ressources du PNT provenant du Fonds Mondial ;
- faciliter l'intervention des acteurs du niveau opérationnel dans les activités prévues pour ce même niveau ;
- identifier les déterminants de la décentralisation du financement Fonds Mondial aux niveaux intermédiaire et périphérique.

Les causes et les hypothèses liées à la problématique choisie se présentent comme suit :

#### **Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°1**

Nous avons identifié deux causes possibles à ce problème spécifique qu'est le manque de moyens financiers au niveau intermédiaire et périphérique :

- gestion peu efficace des ressources financières mises à la disposition par le Fonds Mondial
- centralisation des ressources financières du Fonds Mondial au PNT

Lorsque nous retenons la gestion peu efficace des ressources financières mises à disposition par le FM d'une part, nous constatons que cette cause est loin d'être une réalité dans la mesure où le PNT a atteint les résultats escomptés et les différents audits et évaluations (nationaux et internationaux) ont témoigné de la bonne gestion du programme.

D'autre part lorsque nous retenons la centralisation des ressources financières du FM au PNT, cette cause nous semble plus être à l'origine du manque de moyens financiers au niveau intermédiaire et opérationnel. Nous pouvons donc formuler notre hypothèse comme suit : *le manque de moyen financier aux niveaux intermédiaire et périphérique est dû à la centralisation des ressources financières du FM au siège du PNT.* En effet, pour l'exécution de toute activité, tout part du niveau central même le paiement des agents locaux et tout revient encore au niveau central.

### Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°2

Ce problème spécifique est l'incapacité des niveaux intermédiaire et périphérique à planifier leurs activités. Deux causes possibles ont été identifiées :

- insuffisance du personnel aux niveaux intermédiaire et périphérique ;
- absence de formation des agents en programmation, suivi et évaluation.

Lorsque nous prenons d'une part, l'insuffisance du personnel de santé, nous constatons que cette cause ne peut être retenue dans la mesure où quel que soit le nombre de personnes en poste, il est nécessaire de planifier ses activités pour ne pas aller du coq à l'âne. Mais aussi, ce personnel peut être occupé à des tâches qui l'en empêche.

D'autre part, lorsque nous retenons l'absence de formation des agents en programmation, suivi et évaluation des niveaux concernés, cette cause semble être à l'origine de l'incapacité des niveaux intermédiaire et périphérique à planifier leurs activités.

Nous pouvons donc formuler notre hypothèse comme suit : *l'absence de formation des agents en programmation, suivi et évaluation des niveaux concernés explique l'incapacité des niveaux intermédiaire et périphérique à planifier leurs activités.*

### Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°3

Quant à ce problème spécifique qui est le manque de participation du niveau opérationnel à la détermination des besoins financiers de leurs secteurs d'activité, nous avons identifié deux causes qui sont :

- Les agents du niveau opérationnel ne savent pas comment déterminer leurs besoins ;
- Manque de volonté des responsables à divers niveaux

Nous constatons que ces causes est à l'origine du manque de participation du niveau opérationnel à la détermination des besoins de fonctionnement. Nous pouvons donc formuler notre hypothèse comme suit : *la méconnaissance des méthodes de détermination des besoins par les agents est à la base du manque de participation du niveau opérationnel à la détermination des besoins financiers de leurs secteurs d'activité.*

### Cause et hypothèse liées au problème général

La rigueur du Fonds Mondial en matière de justification des dépenses dans les délais relativement brefs est à la base de la centralisation du financement voire du mode de

gestion inapproprié des ressources. Comme hypothèse générale nous retenons la rigueur de la gestion financière.

#### B- Intérêt et tableau de bord de l'étude

Les résultats de cette recherche permettront au programme national contre la tuberculose et aux sous bénéficiaires actuels et futurs du Fonds Mondial de tirer des enseignements en vue de la consolidation des acquis et de corriger éventuellement les erreurs qui peuvent émailler le processus actuel de mise en œuvre des activités appuyées par le Fonds Mondial. Aussi le plus grand intérêt réside dans la pérennisation des actions indues par ce projet. Il s'agit pour les structures sanitaires opérationnelles de disposer de plans assortis d'indicateurs de suivi, de régler les problèmes d'insuffisance du matériel technique adéquat et de motivation et de donner des soins de qualité aux patients tuberculeux. On assistera à la fin à un renforcement des capacités managériales et à une meilleure prise en charge des malades tuberculeux.

Alors, notre thème est résumé par le tableau de bord suivant :

**Tableau 8 : Tableau de bord de l'étude**

<b>NIVEAU D'ETUDE</b>	<b>PROBLEMES</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>CAUSES SUPPOSEES</b>	<b>HYPOTHESES SUPPOSEES</b>	
Niveau général	Mode de gestion inapproprié du financement acquis sur le FM	Contribuer à la décentralisation et à l'intégration du financement FM au niveau opérationnel du PNT	Centralisation des ressources	Planification et Répartition des ressources liées au FM au niveau opérationnel	
Niveaux spécifiques	1	Manque de moyens financiers aux niveaux intermédiaires et opérationnels pour les menues dépenses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financer les tâches de première nécessité au niveau opérationnel ;</li> <li>- Réaliser les activités prévues dans la micro planification.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion inefficace des ressources financières mises à la disposition du programme ;</li> <li>- Centralisation des ressources financières liées au Fonds Mondial au Programme.</li> </ul>	- Dotation financière régulière des SPPS et des CDT influe sur le mode de gestion et de planification des activités du PNT.
	2	Incapacité des niveaux intermédiaires et périphériques à micro planifier leurs activités.	- Former les agents à la micro planification des activités.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance du personnel de santé ;</li> <li>- Inexistence de formation des agents des niveaux concernés en suivi-évaluation.</li> </ul>	- Le décaissement basé sur les résultats et le système de suivi-évaluation issus des mécanismes du financement du Fonds Mondial améliore le partenariat interinstitutionnel.
	3	Manque de participation du niveau opérationnel à la détermination des besoins financiers de leurs secteurs d'activités.	- Informer les agents du niveau opérationnel sur la nécessité d'évaluer leurs besoins.	- Les agents du niveau opérationnel ne savent pas qu'ils doivent déterminer leurs besoins et l'envoyer à la coordination du PNT.	- La formation des agents du niveau opérationnel en gestion programmatique va permettre aux agents de ce niveau de jouer pleinement leur rôle.

Source : Réalisé après les observations sur le PNT

## **SECTION 2 : METHODOLOGIE ET REVUE DE LITTERATURE**

La méthodologie adoptée pour cette étude consistera en une démarche classique de recherche.

### **Paragraphe 1: Démarche méthodologique**

#### **A- Choix de la taille de l'échantillon et collecte des données**

La démarche méthodologique suivie dans le cadre de ce travail a consisté d'une part à décrire le dispositif de gestion du financement Fonds Mondial et d'autre part en une enquête auprès des CDT, des SPPS, des ONG et du PNUD pour collecter des données par rapport à la capacité de gestion financière du niveau opérationnel et aux facteurs pouvant favoriser la décentralisation du financement Fonds Mondial.

Alors, il est nécessaire de préciser la détermination de l'échantillon, d'expliquer la collecte et la méthode d'analyse.

En effet, du fait que le thème a beaucoup plus rapport avec le niveau opérationnel, l'enquête a concerné tous les CDT à raison de deux (02) personnes par CDT, ce qui fait 102 individus interviewés au niveau des CDT. De même, tous les Services de la Protection et de la Promotion Sanitaires (SPPS) ont été pris en compte avec deux personnes interrogées par SPPS. Notre échantillon est constitué de six (06) membres d'ONG à raison d'une ONG par ancien département et un membre par ONG. En outre deux membres du réseau des ONG béninoises de la santé (ROBS) ont été aussi choisis. Comme le PNUD était le bénéficiaire principal lors du deuxième round, nous avons jugé important d'interroger au sein de cette structure trois (03) personnes. Ce qui porte la taille de notre échantillon à 125 individus par la méthode de choix raisonné.

Une fois la taille fixée et le questionnaire élaboré<sup>1</sup>, nous avons procédé à la collecte des données. Cette phase s'est effectuée durant les activités de supervision nationale du PNT.

#### **B- Méthode d'analyse**

Après la collecte des données sur le terrain, nous avons procédé à leur traitement. La méthode d'analyse retenue est descriptive. Elle consiste en des graphiques et des fréquences pour appréhender la capacité de gestion financière des CDT et les

---

<sup>1</sup> Questionnaire en annexe

déterminants de la décentralisation et l'intégration du financement Fonds mondial au niveau opérationnel.

De façon générale notre étude s'est bien déroulée. Néanmoins nous avons connu quelques difficultés liées à la collecte et au traitement des données. Elles concernent la non disponibilité de certains responsables au niveau des formations sanitaires et structures mais aussi notre disponibilité propre en raison des charges administratives liées à notre service.

Toutefois, ces difficultés ont pu être surmontées, c'est ce qui justifie la matérialisation sous forme écrite des résultats du présent travail de recherche.

## **Paragraphe 2: Revue de littérature**

### **A- Cadre conceptuel de l'analyse**

Elle s'appuie sur les cadres conceptuels d'analyse de la décentralisation. En effet, nous passerons en revue, d'une part les cadres théoriques généraux de la décentralisation (non spécifiques à la santé) et d'autre part les grilles d'analyses spécifiques au secteur de la santé.

Un premier essai de typologie auquel il est fait fréquemment référence dans la littérature distingue quatre formes de décentralisation : la déconcentration, la délégation, la dévolution et la privatisation (Rondinelli et al., 1983). Cette approche a été appliquée ensuite à la décentralisation des systèmes de santé par l'organisation mondiale de la santé (Mills et al. 1991). Autour de ces différents thèmes, gravitent plusieurs théories sur la décentralisation à savoir la *théorie du fédéralisme* fiscal et la *théorie de l'agence*. En effet, la théorie du fédéralisme fiscal est une approche développée par les économistes qui vise à définir la répartition la plus efficiente possible des fonctions et des finances publiques entre les différents niveaux de gouvernement, c'est-à-dire celle qui maximise le bien-être de la communauté. Les prescriptions auxquelles conduit cette théorie sont que pour les biens publics dont la consommation est locale, la décentralisation de leur financement améliore le bien-être.

Une critique adressée à la théorie du fédéralisme fiscal est que, construite sur la problématique des États ayant réellement une constitution fédérale (États-Unis, Canada notamment), elle a été hâtivement généralisée à la question des relations entre différents niveaux de gouvernement dans des États unitaires. Il y a par ailleurs beaucoup de débats entre économistes sur la répartition optimale des différentes fiscalités (Saltman, 2004).

Par ailleurs, la théorie de l'agence est aussi un cadre conceptuel qui a été utilisé pour analyser la question de la décentralisation. De manière très schématique, cette théorie modélise les situations dans lesquelles un acteur (le principal) compte sur un autre (l'agent) pour travailler ou fournir des services qui servent ses intérêts, mais dans lesquelles il lui est difficile de surveiller les actions de cet agent, qui peut être tenté de travailler dans son propre intérêt plutôt que dans celui du principal. Pour atteindre ses objectifs, ce dernier est conduit – c'est une des principales préconisations issues de cette théorie – à conclure des contrats incluant des incitations, pour l'agent, à agir dans le sens de l'intérêt du principal.

Cette approche peut être appliquée à la décentralisation en considérant que le principal est le PNT, qu'il a des objectifs (par exemple, en matière de santé, des objectifs de qualité des soins, d'efficacité, d'équité, de soutenabilité financière), et qu'il essaie d'atteindre ces objectifs au travers d'institutions décentralisées (SPPS, CDT, ONG, ...) en établissant des mécanismes pour que les choix faits au niveau local servent les objectifs nationaux.

Les approches théoriques passées en revue ci-dessus peuvent permettre d'éclairer certains aspects des performances de la gestion décentralisée. En s'y référant, plusieurs auteurs ont tenté, dans le champ spécifique de la santé, d'y ajouter un cadre d'analyse permettant de catégoriser les différentes formes de décentralisation.

#### B- Point de vue de deux auteurs

**Bossert T.** (1998), dans son ouvrage intitulé « Analyzing the decentralization of health systems in developing countries : decision space, innovation and performance » pour analyser la décentralisation des systèmes de santé dans les pays en voie de développement, propose la notion «*d'espace de décision*», constitué d'une matrice croisant la répartition des fonctions à exercer, et le degré d'autonomie et de choix dont dispose le niveau local sur chacune de ces fonctions. La typologie des fonctions distingue le financement, l'organisation des services, la gestion des ressources humaines, la définition des conditions d'accès aux soins, les règles de gouvernance (chacune de ces fonctions étant subdivisée en sous-parties). Le degré de décentralisation, pour chacune des fonctions considérées, peut être mesuré par des indicateurs appropriés. Par exemple, pour le financement, la part respective des ressources collectées localement et des redistributions par l'État central peut constituer un indicateur du degré de décentralisation. Pour la gestion des ressources humaines, c'est par exemple le niveau auquel sont prises les décisions de recrutement, ou les décisions de rémunération ; pour

l'organisation des services, le caractère plus ou moins contraignant des normes nationales, etc. (Bossert, 1998).

Resterait à expliciter la dimension du degré de décentralisation. En effet la responsabilité formelle peut être décentralisée, mais avec un encadrement par le niveau national tel que la marge de manoeuvre locale est réduite : il est donc essentiel d'analyser aussi les mécanismes de coordination à l'œuvre entre les différents niveaux, qu'il s'agisse de normes, de conventions ou contrats collectifs, d'incitations financières, de procédures de contrôle...

La répartition des sources de financements est souvent prise comme un marqueur du degré d'autonomie des institutions décentralisées, d'autant plus faible que la part des dotations allouées par le niveau national est importante. Mais cet indicateur ne suffit pas totalement à rendre compte du degré de contrainte et d'encadrement par des politiques nationales.

Bossert propose de ce point de vue une approche plus complète, en associant des indicateurs de degré de décentralisation spécifiques pour chaque fonction ou sous-fonction. Un autre aspect important est la manière dont le cadre national limitant l'autonomie régionale est construit : il peut être édicté unilatéralement par le centre, être négocié entre le niveau central et régional, ou émaner d'un consensus des institutions territoriales (Banting, 2002).

La question du degré de décentralisation a été abordée sous un angle différent par **Denis J. et al.**, à partir de l'analyse des expériences de régionalisation dans les provinces canadiennes et dans quelques pays. Leur grille de lecture des relations entre les niveaux national, régional et local (recouvrant les établissements de soins et usagers) distingue en effet trois modèles théoriques (Denis et al., 2002) : le modèle de délégation, le modèle interactif et le modèle démocratique. Dans le cas du PNT, les deux premiers modèles correspondent mieux à nos réalités socio-sanitaires. En effet :

– le modèle de la délégation, ou du faire-faire, renvoie au cadre théorique de la relation d'agence évoquée plus haut. Il s'agit pour le niveau central de déléguer des tâches au niveau régional, qui en retour les délègue au niveau local. La région est dans ce cas un niveau intermédiaire dans la ligne de commandement qui va du central au local : « la régionalisation est un instrument rationnel voué à l'exercice d'un contrôle plus serré et plus précis sur le local ». Ce modèle soulève inmanquablement la question du contrôle, car les intérêts du mandataire et du mandant peuvent être différents, voire divergents ;

– le modèle interactif s’appuie sur une approche politique du comportement des acteurs. Il prend en compte le fait que toute mise en oeuvre d’une politique fait intervenir l’interaction entre de nombreux acteurs et que les agences gouvernementales sont confrontées à des groupes d’intérêts multiples qui peuvent représenter des contrepoids. Elles doivent donc négocier leurs objectifs et les stratégies d’application de ces objectifs. Le rôle d’une instance régionale est dès lors d’agir sur le réseau des acteurs, stimulant les interactions, les coalitions, avec l’idée que le niveau régional constitue un bon espace de négociations entre acteurs (sous réserve que le niveau central n’interfère pas) ;

Pour résumer, « dans le premier cas, le local (opérationnel) est celui qui met en oeuvre des objectifs qu’il n’a pas choisis, dans le second, il met en oeuvre des objectifs obtenus par la négociation.

Notons que notre travail combine ces deux modèles pour voir dans quelles mesures assurer une certaine autonomie financière au niveau opérationnel sous la supervision du niveau intermédiaire dans le cadre du financement Fonds Mondial.



CHAPITRE DEUXIEME :

DESCRIPTION DU DISPOSITIF DE GESTION DU  
FINANCEMENT FONDS MONDIAL ET  
ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre présente le dispositif de gestion du financement Fonds Mondial et procède à une évaluation de la capacité de gestion financière du niveau opérationnel. Il a été procédé aussi à ce niveau à l'identification des facteurs favorisant la décentralisation du financement Fonds Mondial au niveau opérationnel.

## ***SECTION 1 : DISPOSITIF DE GESTION DU FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL AU PNT***

Ce dispositif de gestion du financement Fonds Mondial au PNT comprend la mise en oeuvre des principes du Fonds Mondial, les fondements et composantes du système de suivi du financement FM.

### **Paragraphe 1 : Les principes et le mécanisme de décaissement du Fonds Mondial**

#### **A- Les principes du fonds mondial**

En recourant à une approche d'octroi de subvention fondée sur les résultats, le Fonds Mondial investit dans des stratégies de prévention et de traitement éprouvées, et décide s'il faut continuer le financement en fonction des progrès réalisés. Au cours des premières étapes de l'examen de propositions, le comité technique d'examen des propositions évalue les qualités techniques des interventions proposées, afin de garantir que les programmes financés mettent en évidence le savoir faire le plus efficace du moment. Le comité évalue également si les programmes sont réalisables à l'échelle proposée.

Une fois les fonds accordés, les agents locaux du Fonds évaluent la capacité locale à mettre en oeuvre les programmes. Les résultats spécifiques et mesurables escomptés, sont intégrés dans les accords de subvention, et les décaissements permanents de fonds sont liés aux progrès qui sont communiqués et vérifiés de manière indépendante à intervalles réguliers.

Le Fonds Mondial adopte des décisions pour assurer une prudence fiscale et l'utilisation efficace des fonds. Par exemple, les subventions accordées ne sont effectuées qu'après confirmation de l'annonce de contribution du donateur, et les accords ne doivent être signés qu'une fois les fonds effectivement reçus.

En tant que mécanisme financier, le Fonds Mondial travaille en étroite collaboration avec des organisations multilatérales et bilatérales concernées par les questions de santé et développement pour s'assurer que les programmes financés sont coordonnés avec ceux déjà en place.

Le Fonds Mondial encourage de nouvelles alliances novatrices entre partenaires dans les pays bénéficiaires, et cherche à faire participer activement les représentants de la société

civile et du secteur privé au niveau local. En s'attachant à la qualité technique des propositions, et laissant aux partenaires la charge de la conception de programmes et de l'établissement de priorités par le biais des instances de coordination nationale, le Fonds mondial favorise également la responsabilisation locale.

Si le concept d'octroi de subvention en fonction des résultats n'est pas nouveau, le Fonds mondial est le premier à utiliser des systèmes pratiques pour mettre en œuvre cette approche qui équilibre nécessité de rendre compte et efficacité. Pour ce faire, il faut travailler avec les pays bénéficiaires pour identifier les indicateurs clé à utiliser pour mesurer les progrès, et garantir, dans la mesure du possible, que les exigences en matière d'obligation de rendre compte du Fonds reposent sur des processus existants.

Le recours aux agents locaux du fonds est un mécanisme de l'obligation de rendre compte, destiné à assurer une supervision appropriée tout en respectant la mise en œuvre au niveau local.

#### B- Mécanisme de décaissement du Fonds Mondial

Les principes sus énumérés sont mis en œuvre grâce aux différents acteurs impliqués dans la gestion du financement Fonds Mondial du PNT à travers le circuit ci après :

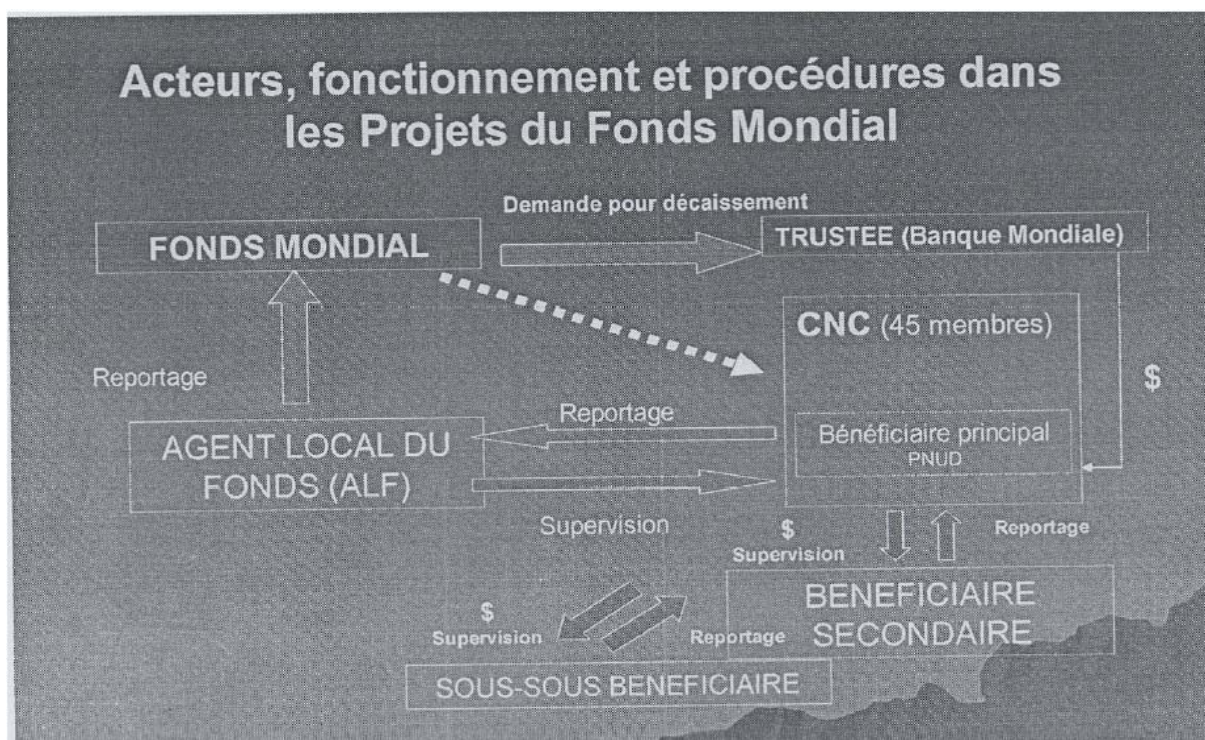


Figure 1 : Dispositif de décaissement dans les projets du Fonds Mondial

Concrètement, le Fonds Mondial fait une demande pour décaissement auprès de la Banque Mondiale. Il dote alors le comité national de coordination qui a élaboré la soumission au Bénin et son bénéficiaire principal (PNUD). Ce dernier joue deux rôles auprès des bénéficiaires secondaires (PNT) : celui de reportage et celui de supervision des

activités des programmes. Signalons qu'il existe un agent local du fonds (LFA) qui est le représentant du FM dans la région a à sa charge d'exiger des rapports d'activités du bénéficiaire principal et de le superviser. C'est cet agent local qui rendra compte au Fonds Mondial des résultats obtenus. Pour finir, le bénéficiaire secondaire a un droit de regard sur les activités des sous-bénéficiaires c'est-à-dire les ONG ; les communautés religieuses ; les radios communautaires et autres associations.

## **Paragraphe 2 : Fondements et composantes du dispositif de suivi du financement du Fonds Mondial au PNT**

### **A- Fondements**

La stratégie de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du financement du Fonds Mondial est une exigence du bailleur. Il permet d'une part d'apprécier les progrès réalisés et de promouvoir les meilleures pratiques, et d'autre part, de disposer d'un ensemble d'informations relatives aux activités mises en œuvre dans le cadre stratégique de lutte contre la tuberculose, favorisant la prise de décision en vue d'une meilleure orientation des interventions et une répartition judicieuse des ressources financières sur toute l'étendue du territoire national.

Dans cette perspective un cadre référentiel (plan de suivi évaluation) national a été élaboré par la coordination du PNT. Ce plan national de suivi évaluation présente les indicateurs à vérifier et décrit les rôles et responsabilités des différents acteurs ainsi que les méthodes de suivi et d'évaluation. Il est destiné à harmoniser la collecte des données primaires sur le terrain. Il a l'avantage de présenter aux organisations impliquées dans le suivi évaluation, le circuit de la remontée des données, de traitement, d'analyse des données collectées, d'utilisation et de dissémination de l'information.

### **B- Composantes du dispositif de suivi du financement Fonds Mondial au PNT**

D'une manière générale, le système de suivi évaluation accorde une place importante à la justification des dépenses dans un délai de quinze jours au maximum.

Alors, le dispositif de gestion des ressources du Fonds Mondial au niveau du PNT repose sur des principes. Ces derniers sont essentiellement relatifs à l'existence d'un cadre financier, la planification des activités et leur budgétisation selon le manuel de procédure. Le dispositif ne tolère pas des dépassements et nécessite la production et l'envoi des justificatifs des dépenses au bénéficiaire principal dans un délai de deux (02) semaines après la fin de l'exécution des activités.

## **SECTION 2 : ANALYSE DES RESULTATS**

### **Paragraphe 1 : Présentation des résultats de l'enquête**

#### **A- Caractéristiques sociodémographiques des interviewés**

L'enquête réalisée dans le présent travail porte sur 125 interviewés dans les différentes structures comme illustré par le graphique suivant :

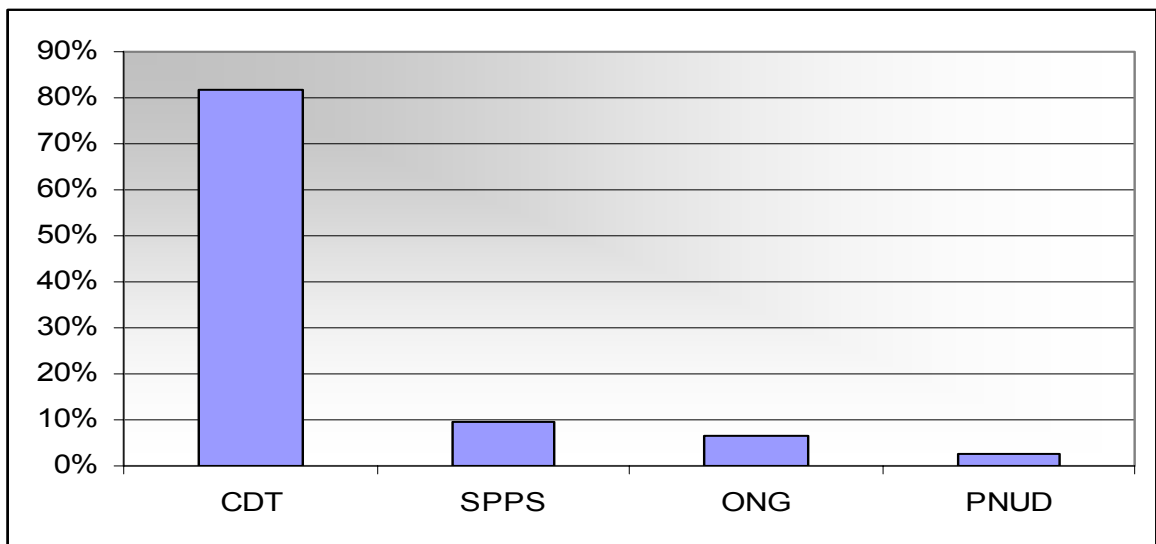


Figure 2 : Répartition des 125 individus interviewés par structure dans le cadre de l'enquête

On note à travers ce graphique que les enquêtés du niveau opérationnel représentent au moins 80% de la taille de l'échantillon.

Les enquêtés sont pour la plupart des hommes, 68 sur 125, soit 54%. Ce qui porte le sexe ratio homme femme à 1,2.

Il faut noter aussi que l'enquête a porté sur des personnes dont l'âge varie entre 25 et 55 ans avec plus de la moitié âgée, de 35-45 ans comme le montre le graphique ci-après :

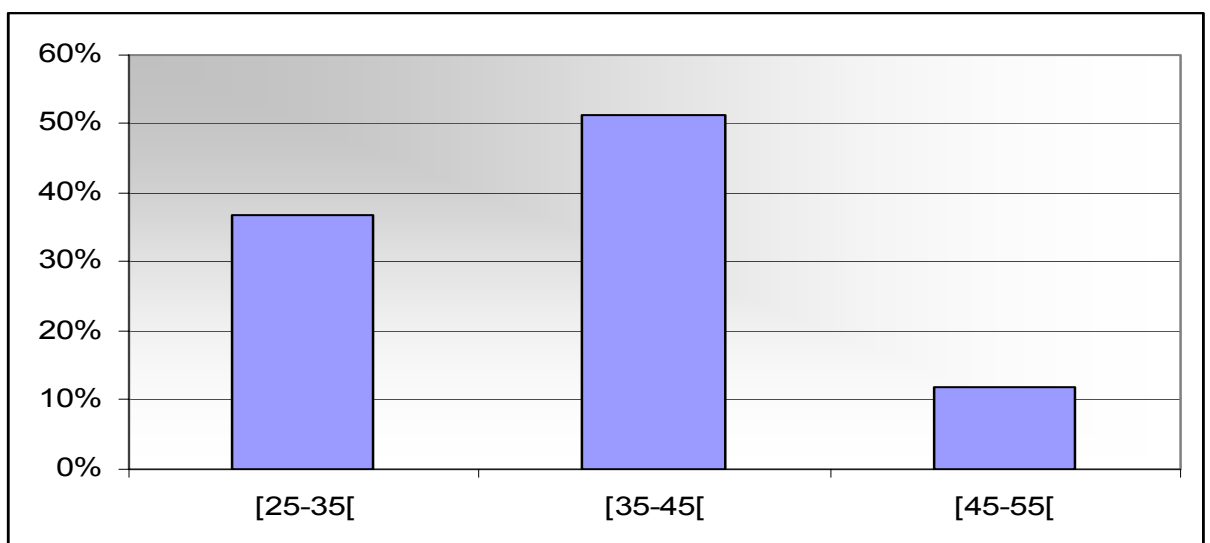
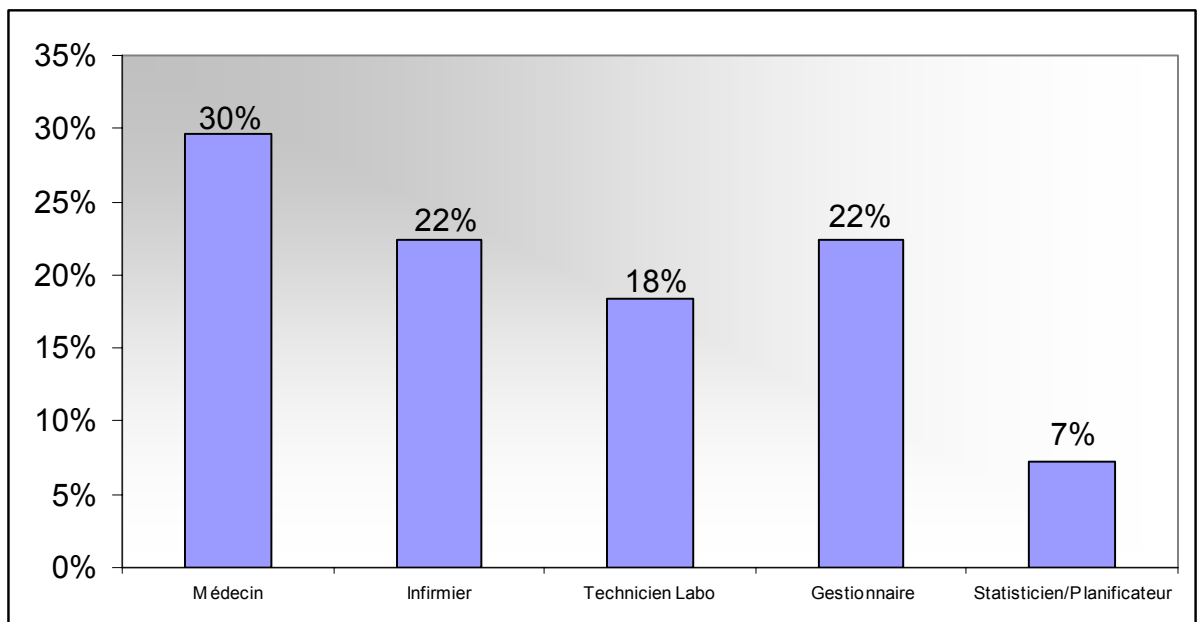


Figure 3 : Répartition des 125 individus enquêtés selon la tranche d'âge

Le Programme National contre la Tuberculose est une structure faisant partie de la pyramide sanitaire du Bénin. Dans cette structure, travaillent des Médecins, des Infirmiers, des techniciens de laboratoire, des gestionnaires, des statisticiens et planificateurs.... Pour ce faire les individus de l'échantillon appartiennent à ces différents corps comme le mentionne le graphique suivant :



**Figure 4** : Répartition des 125 individus enquêtés selon leur profession

On remarque sur le graphique ci-dessus que les médecins sont majoritaires suivis des infirmiers et des gestionnaires, des techniciens de laboratoire et des statisticiens et planificateurs.

#### B- Evaluation de la capacité de gestion du niveau opérationnel

Toutes les personnes enquêtées connaissent les sources de financement du PNT ainsi que son principal partenaire financier qu'est le Fonds Mondial.

La plupart des interviewés, soit 76% (95 sur 125) affirment que le niveau opérationnel identifie fréquemment des activités en matière de la lutte contre la tuberculose. Tous les enquêtés reconnaissent l'effectivité des activités de soins aux malades (100%), d'alimentation des malades (100%). Les activités comme l'information/éducation (60%) et la formation (65%) ne sont pas à négliger. Toutes les structures du niveau opérationnel ont fréquemment éprouvé des besoins financiers pour des menues dépenses. Ces besoins financiers sont relatifs à l'achat de carburant (65%), d'achats d'ingrédients de cuisine (80%) et l'achat de fournitures de bureau (35%). Ces besoins s'expriment selon une fréquence mensuelle (80%).

Ces besoins sont souvent notifiés au niveau central (100%) et compte tenu de la distance qui sépare la coordination de la plupart des structures du niveau opérationnel, la réaction du niveau central dure en moyenne au plus deux (02) semaines.

Compte tenu de cet état de chose, essayons d'examiner la capacité d'identification de besoins et de gestion financière des structures du niveau opérationnel. En effet, quant à la question de savoir si le niveau opérationnel a les capacités de budgétiser les activités identifiées, la réponse des enquêtés reste mitigée.

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de la capacité du niveau opérationnel à budgétiser les activités.

	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	25	20%
Non	100	80%
Total	125	100%

Seulement, 20% pensent que le niveau opérationnel dispose de capacités pour budgétiser ses activités. Pour ce qui concerne la planification et l'exécution des activités identifiées dans les délais, le constat reste le même. Sur les 125 personnes interrogées, seulement 30 personnes, soit 30% approuvent la capacité du niveau opérationnel à produire des pièces justificatives des dépenses effectuées comme mentionné dans la tableau suivant.

Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de la capacité du niveau opérationnel à produire des pièces justificatives.

	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	38	30%
Non	87	70%
Total	125	100%

Plus de la moitié des interviewés (52%) pensent que le niveau opérationnel peut produire à temps les pièces justificatives des dépenses effectuées lors de l'exécution des activités planifiées. Mais, la plupart (79%) pensent qu'il faut un mois pour la production et l'envoi des pièces justificatives au niveau central. Ce qui constitue une entorse aux exigences du financement.

Comme causes de ce délai de production des pièces justificatives, ils ont notifié la négligence (80%), les signatures non disponibles sur les états (75%) et les fournitures non disponibles (45%).

Il faut noter que la plupart des structures exerçant au niveau opérationnel ne connaissent pas ou ignorent les exigences du fonds mondial en matière de gestion financière. Plus de la moitié des enquêtés, soit 65% ignorent ces exigences notamment les principales à

savoir respecter la procédure d'exécution des dépenses inscrite dans le manuel de procédure (80%) et celle des approvisionnements de matériel exécutés par le bénéficiaire principal (90%).

Ils pensent néanmoins que, si on leur explique les exigences ils peuvent essayer de les respecter. Cette affirmation concerne seulement 40% des individus de l'échantillon.

### C- Déterminants d'intégration et de décentralisation du financement au niveau opérationnel

Tous les enquêtés estiment que la gestion du financement fonds mondial pour le deuxième round a été efficace mais souhaitent une décentralisation de ce financement au niveau opérationnel. Ils pensent que la décentralisation du financement va favoriser la planification des activités fréquemment identifiées (90%), la disponibilité de caisse pour les menues dépenses (100%) et un meilleur rendement (70%).

En outre, ils pensent que les facteurs comme l'absence de cadre financier (85%) et la non justification des dépenses (100%) peuvent entraver la décentralisation des actions de la coordination du PNT.

Les personnes interrogées ne font pas trop confiance au niveau opérationnel en matière de production de pièces justificatives des dépenses, soit 56% mais tous pensent que la décentralisation améliorerait les prestations du niveau opérationnel. L'on admet difficilement donc que le niveau opérationnel puisse respecter rigoureusement les exigences du Fonds Mondial.

## **Paragraphe 2 : Analyse des résultats**

### A- Analyse de la capacité managériale du niveau opérationnel

Au vu des résultats présentés ci-dessus, nous notons que le niveau opérationnel identifie fréquemment des activités en matière de lutte contre la tuberculose. Ces activités sont notamment relatives aux soins aux malades qui pourraient regrouper d'autres achats de matériels médicaux, des types de vivres, la formation des infirmiers et techniciens de laboratoire qui s'occupent des patients tuberculeux au niveau opérationnel et la sensibilisation des usagers et populations de leur zone d'intervention. Ce niveau de mise en œuvre du programme éprouve aussi des besoins financiers pour faire face à des menues dépenses. Ces dépenses sont notamment l'achat de carburant et des achats d'ingrédients de cuisine. Ces besoins sont justifiés car ils s'inscrivent dans l'intérêt des malades et nous convenons qu'il faut du carburant pour aller chercher les malades irréguliers et leur assurer une alimentation soutenue pour favoriser la prise régulière des médicaments.

Alors, ce manque de ressources au niveau opérationnel pouvait être lié à un mode de gestion des ressources. Ce qui constitue le problème général de notre étude. Mais ce mode de gestion inapproprié du financement Fonds Mondial n'est-il pas dû à des facteurs spécifiques au niveau opérationnel ? Les résultats de l'enquête montrent que le niveau opérationnel n'a pas la capacité de budgétiser ses activités, les planifier et les exécuter dans des délais prescrits par le niveau central. En effet, seulement 20 personnes interrogées sur 100 pensent que le niveau opérationnel a la capacité de budgétiser ces activités et d'estimer judicieusement les besoins financiers pour les menues dépenses. Or si le niveau central n'a pas ces différents éléments, il ne pourra pas mettre les fonds à leur disposition. Mais, en supposant que le niveau central prenne le risque d'allouer une certaine somme pour couvrir certaines activités enregistrées fréquemment au niveau opérationnel. Il se pose un problème de lenteur dans la justification car le niveau opérationnel n'a pas la capacité de produire les pièces justificatives de ses dépenses dans les délais prescrits par le bailleur. Ce qui rend le niveau central peu crédible devant le Fonds Mondial. Ces différents points énumérés attestent la faible capacité managériale du niveau opérationnel c'est-à-dire l'incapacité à micro planifier des activités et les exécuter dans les délais. C'est ce que pensent 7 personnes interrogées sur 10.

Cette situation peut-être expliquée par un manque de formation en programmation, suivi évaluation car le niveau central n'a pas prévu ces types de formations au niveau opérationnel. Donc, la plupart des agents à ce niveau n'ont pas des notions sur ces différents concepts. Le niveau intermédiaire qui supervise le niveau opérationnel ne propose rien au niveau central pour pallier cette situation. Reste à savoir si le niveau intermédiaire a aussi la capacité managériale requise pour propulser le niveau opérationnel.

Etant donné que le niveau opérationnel a une faible capacité en matière de planification et de budgétisation des activités et d'estimation des menues dépenses, il ne fait aucun doute que les agents de ce niveau méconnaissent les méthodes pour y parvenir.

#### B- Connaissance des principes de gestion financière du Fonds Mondial et analyse déterminants de la décentralisation du financement au niveau opérationnel

L'un des principes phares du dispositif de gestion financière du Fonds Mondial est la production des justificatifs des dépenses effectuées dans les délais. En effet, un peu plus de la moitié des personnes interviewées, soit 52% pensent que le niveau opérationnel a la capacité de produire les pièces justificatives mais huit (08) enquêtés sur dix (10) affirment qu'il faut un mois entre la production et l'envoi des justificatifs au niveau central notamment en raison du facteur distance et la qualification initiale des agents qui y

interviennent. Or ce dernier doit le plus tôt possible envoyer ces pièces au niveau du bénéficiaire principal. Ce qui pose un problème. L'on est donc tenter de dire que les procédures doivent rester en l'état pour ne pas perdre la confiance du bailleur. Et comme cause de cette situation, 8 personnes sur 10 pensent que c'est la négligence et la non disponibilité des signatures sur les états.

Il faut noter que les agents de santé ignorent les principes du fonds mondial et qu'il faille les leur expliquer. Ils pensent que si on leur explique les exigences du fonds mondial qu'ils peuvent les respecter et s'y conformer. Mais ce qui est inquiétant, c'est seulement 4 personnes sur 10 qui pensent que le niveau opérationnel peut respecter les exigences s'il est informé. Il se pose le problème de vulgarisation des principes et des exigences du financement Fonds Mondial.

Néanmoins, face à ces lacunes identifiées au niveau opérationnel, ils veulent tous une décentralisation du financement Fonds Mondial car ils pensent qu'elle va renforcer leur capacité en matière de planification des activités, elle va apporter un meilleur rendement au niveau opérationnel et surtout va permettre la disponibilité de caisse pour les menues dépenses. Dans le même temps, ils pensent que l'absence de cadre financier et la non justification des dépenses peuvent faire obstacle à la décentralisation du financement. De même, ils ne font pas trop confiance au niveau opérationnel en matière de production de pièces justificatives surtout dans les délais.

Face à ces différents résultats et analyses, les recommandations suivantes sont faites aux autorités de la coordination du PNT :

- organiser des formations au profit des agents des niveaux intermédiaire et opérationnel sur les méthodes d'identification, de budgétisation et de planification des activités,
- former les agents du niveau opérationnel à la détermination des besoins financiers
- organiser à l'intention des agents du niveau opérationnel des ateliers sur les exigences de gestion du financement Fonds Mondial afin d'asseoir une gestion concertée,
- le bénéficiaire principal se doit de prendre en compte, de planifier et d'exécuter les actions de renforcement des capacités additionnelles, identifiées au cours de cette étude et continuer simultanément à parachever les actions contenues dans son plan de renforcement des capacités.
- Au niveau des SPPS et des CDT, des réaménagements et arrangements internes sont à entrevoir et à concrétiser pour optimiser le niveau d'appropriation des compétences, capacités transférées et consolider les acquis.
- Dans la mesure du possible, il importe de choisir et de mettre en place la structure et les modalités de gestion, pour mieux préparer le PNT à recevoir le 6<sup>ème</sup> round dont le financement est approuvé par le Fonds Mondial.

- La coordination du PNT doit envisager de mettre en œuvre une stratégie de gestion des risques liés à la décentralisation du financement du Fonds.



CHAPITRE DEUXIEME :

DESCRIPTION DU DISPOSITIF DE GESTION DU  
FINANCEMENT FONDS MONDIAL ET  
ANALYSE DES RESULTATS

Les investigations menées dans le cadre de cette étude, ont débouché sur un certain nombre de constats majeurs et ou leçons tirées. Le Bénin a su faire une bonne combinaison des stratégies et a tiré meilleure partie des activités de renforcement des capacités du PNT et ses structures décentralisées que sont les SPPS et les CDT dans le cadre de la mise en œuvre du financement du Fonds Mondial. C'est ce qui explique et justifie la performance et l'efficacité de ce programme qui fait parler de lui, au-delà même des frontières.

La décentralisation de financement dans le système sanitaire connaît un succès certain, comme on peut en juger par le fait qu'elle est envisagée ou tentée dans plusieurs pays et particulièrement dans certains pays en développement en transition. Dans ces pays, la décentralisation n'a pas été entreprise à la seule fin de doter le niveau opérationnel de ressources. Mais elle entraîne le développement de capacité managériale du niveau opérationnel qui débouche sur une amélioration des services fournis aux malades et sur la planification et l'exécution participative d'activités intéressant particulièrement les malades. Elle offre également au niveau opérationnel des possibilités de faire connaître leurs besoins et leurs préférences et favoriser l'amélioration de la gestion à l'échelon local, tous facteurs qui peuvent contribuer à l'atteinte des résultats fixés.

C'est dans cette approche que s'inscrit tout l'intérêt de notre travail de recherche. Mais, il existe des facteurs qui sont susceptibles d'entraver la décentralisation du financement fonds mondial au niveau du programme national contre la tuberculose. Lesquels facteurs ont été évoqués et analysés dans le présent travail.

En effet, le niveau opérationnel a une faiblesse en matière de micro planification des activités. Or sans micro planification le niveau central ne peut en aucun cas débloquer les fonds et les lui mettre à disposition. De même, il n'a pas la capacité d'estimer les menues dépenses et de les justifier. Nous jugeons nécessaires que des garde-fous soient mis pour éviter les déconvenues suspectées par notre mémoire.



## BIBLIOGRAPHIE

## **Documents spécialisés**

- 1- OMS, (1994) : « Revue internationale de développement sanitaire », Genève Volume 15 n° 4
- 2- UICT-MR, (2000) : « Prise en charge de la tuberculose », Guide

## **Textes législatifs et réglementaires**

Décret n° 90-345 du 14 novembre 1990 portant appositions des statuts du CNHPP

MOUSSOU Marcel : Organisation Administrative et Technique des Hôpitaux, (AHUI<sub>3</sub>)

Constitution béninoise du 11 décembre 1990

Recueil des lois sur la décentralisation

## **Mémoires**

ABOUDOU M. Z. « Le financement des centres de santé dans la mise en œuvre du processus de décentralisation au Bénin, Etude de cas : Hôpital de Zone de Bassila, ENA-CycleI-AHUI (2001),

BADOU K. O. V. « La gestion décentralisée du système de santé dans les départements du Zou et des Collines » ENA-CycleI-AHUI (2002),

ZANTANGNI M. Serge Patrick « Le financement communautaire des soins de santé primaires », ENA-CycleI-AHUI (1990),

## **Documents officiels et revues**

Economie hospitalière et financement des hôpitaux dans les pays en développement, Genève Suisse, OMS (1992),

Financement communautaire / Initiative de Bamako : une porte d'entrée dans le développement socio-économique par la santé, Professeur ALIHONOU et Docteur Sourou GBANGBADE, 1<sup>er</sup> mars (1990),

Le financement communautaire : c'est plus qu'une affaire de sous, CRIEL, revue développement et santé (1998),

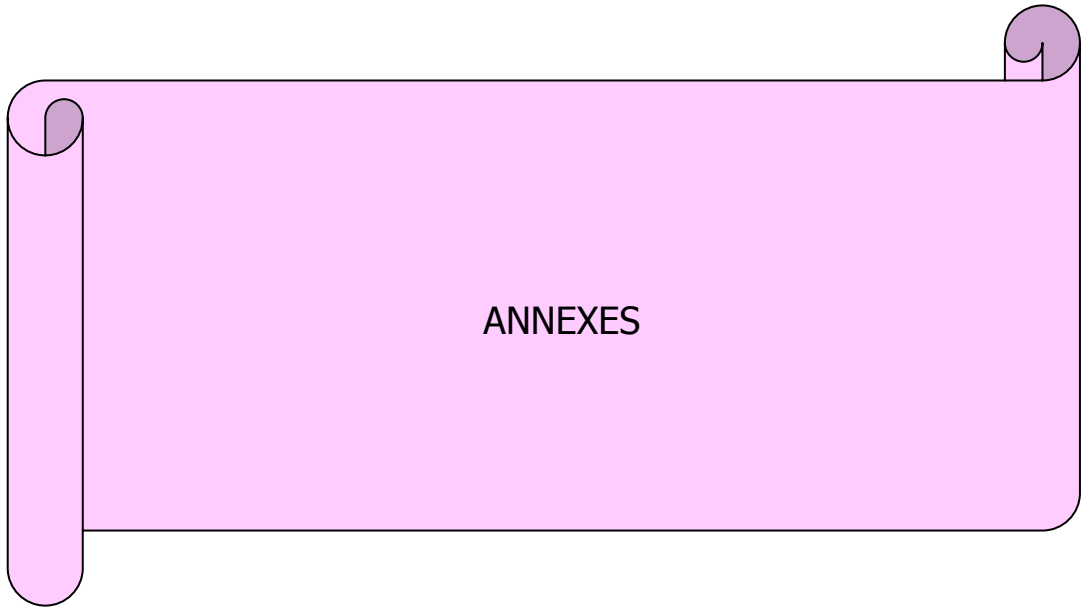
Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international, Dominique Polton, Économiste de la santé, directrice de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), RFAS N° 4-2004.

Rapport Annuel PNT 2006, Service Suivi Evaluation du PNT.

## **Sites Internet**

[www.healthcarewaste.org](http://www.healthcarewaste.org)

[www.who.int/water sanitation health](http://www.who.int/water_sanitation_health)



**Annexe1 : Répartition des CDT par département**

DEPARTEMENT						
	ATACORA-DONGA	ATLANTIQUE-LITTORAL	BORGOU-ALIBORI	MONO-COUFFO	OUEME-PLATEAU	ZOU-COLLINES
CDT	Bassila	Allada	Banikoara	Aplahoué	Adjarra	Abomey
	Boukoubé	Béthesda	Bembéréké HE	Athiémé	Adjohoun	Banté
	Djougou	Cotonou	Boko	Bopa	Avrankou	Cové
	Kérou	Ouidah	Kalalé	Comé	Kétou	Dassa Zoumé
	Kouandé	Sô-Tchanhoué	Kandi	Dogbo	Pobé	Ouessé
	Natitingou	Abomey-Calavi	Malanville	Lokossa	Porto-Novo	Savalou
	Péhunco	St Luc	Nikki CSC	Klouékanmey	Sakété	Savé
	Tanguiéta	*****	Nikki HSS	*****	Dangbo	Zagnanado
	*****	*****	Papané	*****	*****	Glazoué
	*****	*****	Tchaourou	*****	*****	*****
	*****	*****	CSC Parakou	*****	*****	*****

## Annexe2 : Questionnaire de l'étude

<b>I- INFORMATIONS GENERALES</b>			
Structure	1-CDT	2-SPPS	3-ONG 4-PNUD 5- Autres /___/
Age	/___/___/		
Sexe	1- Masculin	2-Féminin	/___/
Profession	1- Médecin	2-Infirmier	3-Technicien Labo 4-Gestionnaire 5-Statisticien/Planificateur 6-Autres /___/
Q1-Connaissez-vous les sources de financement du PNT	1-Oui	2-Non	/___/
Q2-Quel est le partenaire financier principal du PNT actuellement	1-Fonds Mondial	2-Budget National	3-UICTMR/OMS /___/
<b>II- EVALUATION DE LA CAPACITE DE GESTION FINANCIERE</b>			
Q3-Votre le niveau opérationnel identifie-t-il fréquemment des activités en matière de lutte contre la tuberculose			1-Oui 2-Non /___/
Q4-Quels sont les types d'activités qui sont fréquemment identifiées par le niveau opérationnel	1- Information/Education	2- Formation	3- Supervision 4- Alimentation des malades
5- Soins aux malades	6-Autres		
Q5-Le niveau opérationnel a-t-il fréquemment des besoins financiers pour des menues dépenses			1-Oui 2-Non /___/
Q6-Quelle est la nature de ces dépenses	1- Carburant	2-Perdium recyclage	3- Achats fournitures de bureau
4- Achats des ingrédients de cuisine	5-Paperasserie	6-Autres	
Q7-Quelle est la fréquence de ces dépenses	1-Journalière	2-Hebdomadaire	3-Mensuelle 4-Autres /___/
Q8- le niveau opérationnel notifie-t-elle ces activités et besoins financiers au niveau central			1-Oui 2-Non /___/
Q9-Quel est le délai au bout duquel le niveau central réagit-elle à votre requête	1- Au plus 2 semaines	2-Plus d'un mois	3-Plus de 3 mois /___/
Q10- Dans le cas de non réponse du niveau central comment le niveau opérationnel fait face aux menues dépenses	1-Rien	2- Dépenses sur fonds propres	/___/
Q11-Le niveau opérationnel dispose-t-il des capacités à budgétiser les activités identifiées			1-Oui 2-Non /___/
Q12-Le niveau opérationnel a-t-il la capacité de planifier les activités budgétisées et les exécuter normalement dans les délais			1-Oui 2-Non /___/
Q13- Le niveau opérationnel a-t-il la capacité de produire à temps les pièces justificatives des dépenses effectuées			1-Oui 2-Non /___/
Q14-Combien de temps faut-il pour faire parvenir les pièces justificatives au niveau central après l'exécution des activités	1-Une semaine	2-Deux semaines	3- Un mois 4-Autres /___/
Q15-Quels sont les obstacles pouvant justifier le retard dans la production des pièces justificatives			
1-Fournitures non disponibles	2-Signatures non faites sur les états	3- Négligence	
4- Autres	-----		

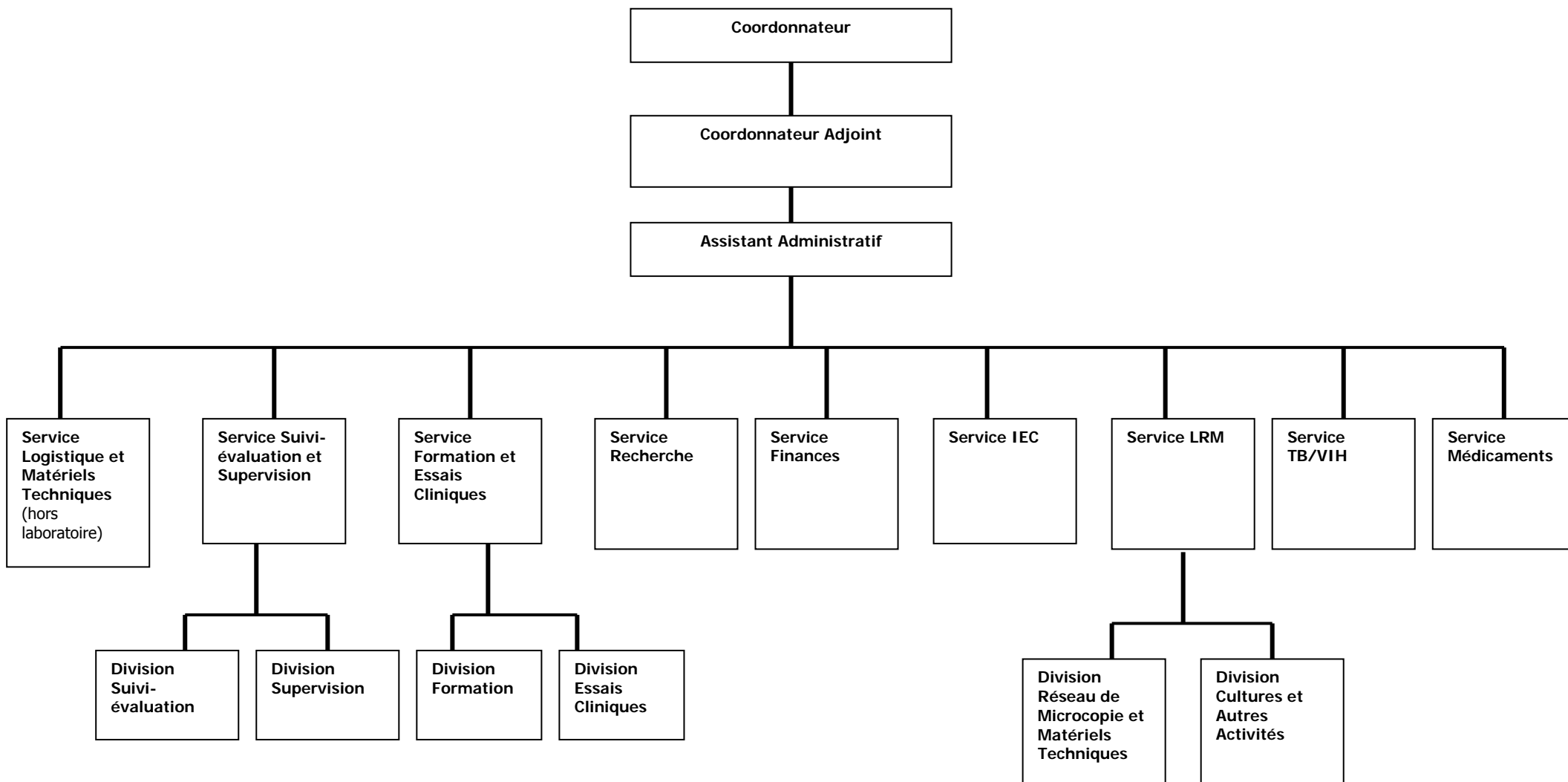
Q16-Connaissez-vous les exigences du Fonds Mondial en matière de gestion financière	1-Oui 2-Non /___/
Q17- Principales exigences du Fonds Mondial en matière de gestion financière	
1- Respecter la procédure des dépenses inscrites dans le manuel de procédure	1-Oui 2-Non /___/
2- Approvisionnements de matériel exécutés par le bénéficiaire principal	1-Oui 2-Non /___/
Q18-Pensez-vous que votre structure a la capacité de respecter ces exigences	1-Oui 2-Non /___/

**III-IDENTIFICATION DES DETERMINANTS D'INTEGRATION ET DE DECENTRALLISATION DU FINANCEMENT FONDS MONDIAL**

Q19-Pensez-vous que la centralisation du financement Fonds Mondial lors du deuxième round est efficace	1-Oui 2-Non /___/
Q20-Souhaiteriez-vous une décentralisation du financement jusqu'au niveau opérationnel	1-Oui 2-Non /___/
Q21- Quels sont les facteurs pouvant justifier une décentralisation du financement jusqu'au niveau opérationnel	
1- Meilleur rendement 2-Bonne planification des activités 3-Disponibilité de caisse de menues dépenses	/___/
4- .....	
Q22-Quels peuvent être les obstacles d'une décentralisation du financement au niveau opérationnel	
1-Non justification des dépenses 2-Absence de cadre financière 3-Procédure de passation de marché difficile	/___/
4- .....	
Q23-Faites-vous confiance au niveau opérationnel en matière de production de pièces justificatives des dépenses effectuées	
1-Oui 2-Non /___/	
Q24-Pensez-vous qu'une décentralisation du financement Fonds Mondial améliorerait les prestations de votre structure	
1-Oui 2-Non /___/	
Q25-Quelles sont vos suggestions pour réussir une décentralisation du financement Fonds Mondial au niveau opérationnel	
.....	
.....	
.....	
.....	

*Annexe 3 : Organigramme du PNT*

**ORGANIGRAMME DU PNT**



## **Annexe 4 : Tableaux des fréquences du dépouillement**

<b>Structure</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>CDT</b>	102	81,6	81,6	81,6
	<b>SPPS</b>	12	9,6	9,6	91,2
	<b>ONG</b>	8	6,4	6,4	97,6
	<b>PNUD</b>	3	2,4	2,4	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Classe d'âge</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>[25-35[</b>	46	36,8	36,8	36,8
	<b>[35-45[</b>	64	51,2	51,2	88
	<b>[45-55[</b>	15	12,0	12,0	100
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Sexe</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Masculin</b>	68	54,4	54,4	54,4
	<b>Féminin</b>	57	45,6	45,6	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Profession</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Médecin</b>	37	29,6	29,6	29,6
	<b>Infirmier</b>	28	22,4	22,4	52,0
	<b>Technicien Labo</b>	23	18,4	18,4	70,4
	<b>Gestionnaire</b>	28	22,4	22,4	92,8
	<b>Statisticien/Planificateur</b>	9	7,2	7,2	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Connaissez-vous les sources de financement du PNT</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	125	100,0	100,0	100,0
	<b>Non</b>	0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

Quel est le partenaire financier principal du PNT					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Fonds Mondial	125	100,0	100,0	100,0
	Budget National	0	0,0	0,0	0,0
	UICTMR	0	0,0	0,0	0,0
	Total	125	100,0	100,0	

Le niveau opérationnel identifie-t-il fréquemment des activités en matière de lutte contre la tuberculose

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	95	76,0	76,0	76,0
	Non	30	24,0	24,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Information/Education					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	75	60,0	60,0	60,0
	Non	50	40,0	40,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Formation					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	81	64,8	64,8	64,8
	Non	44	35,2	35,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Supervision					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	8	6,4	6,4	6,4
	Non	117	93,6	93,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Alimentation des malades					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	125	100,0	100,0	100,0
	Non	0	0,0	0,0	0,0
	Total	125	100,0	100,0	

Soins aux malades					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	125	100,0	100,0	100,0
	Non	0	0,0	0,0	0,0
	Total	125	100,0	100,0	

des menues dépenses					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	125	100,0	100,0	100,0
	Non	0	0,0	0,0	0,0
	Total	125	100,0	100,0	

Carburant					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	81	64,8	64,8	64,8
	Non	44	35,2	35,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Perdiem recyclage					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	8	6,4	6,4	6,4
	Non	117	93,6	93,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Achats fournitures de bureau					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	44	35,2	35,2	35,2
	Non	81	64,8	64,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Achats ingrédients de cuisine					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	100	80,0	80,0	80,0
	Non	35	20,0	20,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Paperasserie					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	8	6,4	6,4	6,4
	Non	117	93,6	93,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Quelle est la fréquence de ces dépenses					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Journalière	5	4,0	4,0	406
	Hebdomadaire	20	16,0	16,0	20,0
	Mensuelle	100	80,0	80,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Le niveau opérationnel notifie t-il ces activités et besoins financiers au niveau central					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	125	100,0	100,0	100,0
	Non	0	0,0	0,0	0,0
	Total	125	100,0	100,0	

Quel est le délai au bout duquel le niveau central réagit-il à votre requête					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Au plus 2 semaines	63	50,4	50,4	50,4
	Plus d'un mois	20	16,0	16,0	66,4
	Plus de trois mois	42	33,6	33,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Dans le cas de non réponse du niveau central comment le niveau opérationnel fait face aux menues dépenses					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Ne fait rien	48	38,4	38,4	38,4
	Dépenses sur fonds propres	77	61,6	61,6	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

<b>Le niveau opérationnel dispose-t-il des capacités à budgétiser les activités identifiées</b>					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	25	20,0	20,0	20,0
	Non	100	80,0	80,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

**Le niveau opérationnel a-t-il la capacité de planifier les activités budgétiser et les exécuter normalement dans les délais**

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	38	30,0	30,0	30,0
	Non	87	70,0	70,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

**Le niveau opérationnel a-t-il la capacité de produire à temps les pièces justificatives des dépenses effectuées**

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	65	52,0	52,0	52,0
	Non	60	48,0	48,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

**Combien de temps faut-il pour faire parvenir les pièces justificatives au niveau central après l'exécution des activités**

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Une semaine	10	8,2	8,2	8,2
	Deux semaines	16	12,8	12,8	21,0
	Un mois	99	79,0	79,0	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

#### **Fournitures non disponibles**

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	56	44,8	44,8	44,8
	Non	69	55,2	55,2	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

<b>Signatures non faites sur les états</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	94	75,2	75,2	75,2
	<b>Non</b>	31	24,8	24,8	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Négligence</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	100	80,0	80,0	80,0
	<b>Non</b>	25	20,0	20,0	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Connaissez-vous les exigences du Fonds Mondial en matière de gestion financière</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	81	64,8	64,8	64,8
	<b>Non</b>	44	35,2	35,2	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Respecter la procédure des dépenses inscrites dans le manuel de procédure</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	25	20,0	20,0	20,0
	<b>Non</b>	100	80,0	80,0	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Approvisionnement de matériels exécutés par le bénéficiaire principal</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	12	9,6	9,6	9,6
	<b>Non</b>	113	90,4	90,4	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Pensez-vous que le niveau opérationnel a la capacité de respecter ces exigences</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	50	40,0	40,0	40,0
	<b>Non</b>	75	60,0	60,0	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Pensez-vous que la centralisation du financement FM lors du deuxième round est efficace</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	125	100,0	100,0	100,0
	<b>Non</b>	0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Bonne planification des activités</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	113	90,4	90,4	90,4
	<b>Non</b>	12	9,6	9,6	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Disponibilité de caisse pour de menues dépenses</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	125	100,0	100,0	100,0
	<b>Non</b>	0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Meilleur rendement</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	88	70,4	70,4	70,4
	<b>Non</b>	37	29,6	29,6	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Non justification des dépenses</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	125	100,0	100,0	100,0
	<b>Non</b>	0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Absence de cadre financière</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	106	84,8	84,8	84,8
	<b>Non</b>	19	15,2	15,2	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

<b>Procédure de passation de marché difficile</b>					
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	68	54,4	54,4	54,4
	<b>Non</b>	57	45,6	45,6	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

**Faites-vous confiance au niveau opérationnel en matière de production de pièces justificatives des dépenses effectuées**

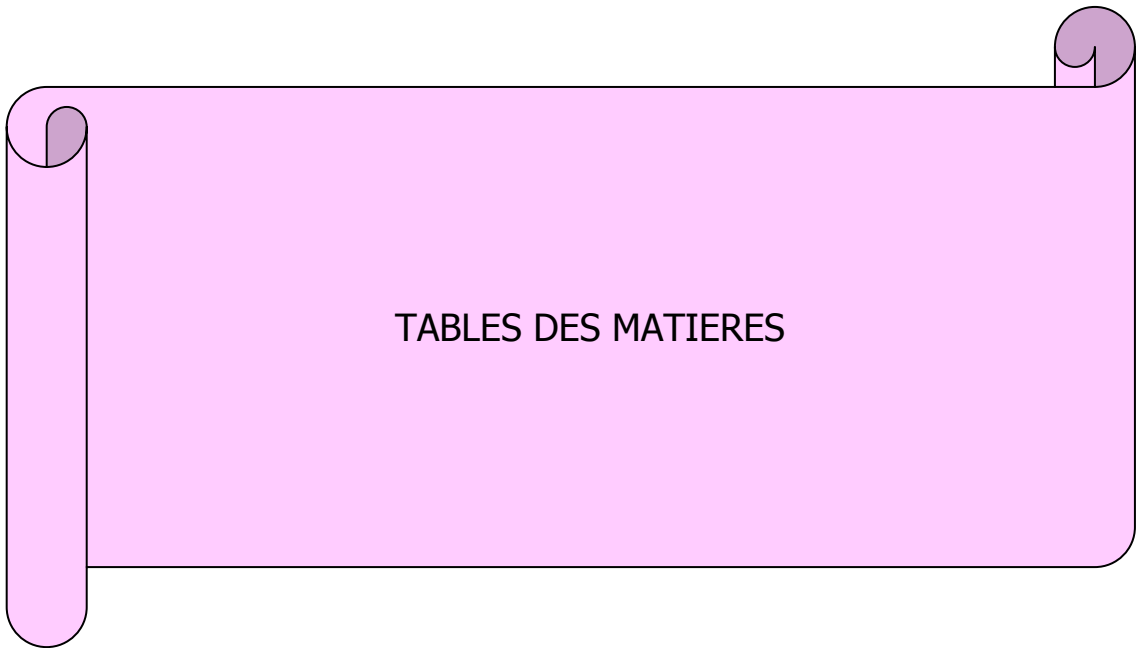
		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	70	56,0	56,0	56,0
	<b>Non</b>	55	44,0	44,0	100,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

**Pensez-vous qu'une décentralisation du financement FM améliorerait les prestations du niveau opérationnel**

		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	125	100,0	100,0	100,0
	<b>Non</b>	0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	

**Souhaiteriez-vous une décentralisation du financement FM jusqu'au niveau opérationnel**

		<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Valide</b>	<b>Oui</b>	125	100,0	100,0	100,0
	<b>Non</b>	0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	125	100,0	100,0	



TABLES DES MATIERES

IDENTIFICATION DU JURY .....	i
DECLARATION D'ENGAGEMENT DU CHERCHEUR.....	ii
DEDICACES .....	iii
REMERCIEMENTS .....	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
GLOSSAIRE .....	viii
RESUME .....	ix
PLAN SOMMAIRE .....	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE DE L'ETUDE ET RESTITUTION DU MECANISME DE FONCTIONNEMENT	
SECTION 1: CADRE DE L'ETUDE.....	3
Paragraphe 1 : Place du PNT dans le système sanitaire.....	3
A- Présentation du système sanitaire.....	3
B- Place du Programme National contre la Tuberculose dans la pyramide sanitaire.....	6
C- Présentation des acteurs du système .....	6
Paragraphe 2 : Présentation du Programme National contre la Tuberculose. ....	7
A- Attributions et fonctionnement du PNT .....	7
B- Ressources du PNT .....	7
C- Appui des partenaires du PNT.....	11
SECTION 2 : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	12
Paragraphe 1 : Contexte de l'étude.....	12
A- Structures de la coordination du PNT .....	12
B- Inventaire des forces et faiblesses du PNT et recensement des problématiques possibles .....	20
Paragraphe 2 : Recensement des problématiques et choix de la problématique	21
A- Recensement des problèmes.....	21
B- Problématique de l'étude.....	22
CHAPITRE PREMIER: CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ETUDE	

SECTION1: SPECIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE.....	25
Paragraphe 1: Problème et définition des concepts .....	25
A- Problème général et problèmes spécifiques.....	25
B- Définition des concepts .....	25
Paragraphe 2 : Objectifs, hypothèses et intérêt de l'étude .....	33
A- Objectifs et hypothèses de l'étude .....	33
B- Intérêt et tableau de bord de l'étude.....	35
SECTION 2 : METHODOLOGIE ET REVUE DE LITTERATURE.....	37
Paragraphe 1: Démarche méthodologique.....	37
A- Choix de la taille de l'échantillon et collecte des données .....	37
B- Méthode d'analyse.....	37
Paragraphe 2: Revue de littérature .....	38
A- Cadre conceptuel de l'analyse.....	38
B- Point de vue de deux auteurs.....	39

## CHAPITRE DEUXIEME : DESCRIPTION DU DISPOSITIF DE GESTION

### DU FINANCEMENT FONDS MONDIAL ET ANALYSE DES RESULTATS

SECTION 1 : DISPOSITIF DE GESTION DU FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL AU PNT.....	42
Paragraphe 1 : Les principes et le mécanisme de décaissement du Fonds Mondial .....	42
A- Les principes du fonds mondial.....	42
B- Mécanisme de décaissement du Fonds Mondial.....	43
Paragraphe 2 : Fondements et composantes du dispositif de suivi du financement du Fonds Mondial au PNT .....	44
A- Fondements.....	44
B- Composantes su dispositif de suivi du financement Fonds Mondial au PNT	44
SECTION 2 : ANALYSE DES RESULTATS.....	45
Paragraphe 1 : Présentation des résultats de l'enquête.....	45
A- Caractéristiques sociodémographiques des interviewés .....	45
B- Evaluation de la capacité de gestion du niveau opérationnel .....	46

C- Déterminants d'intégration et de décentralisation du financement au niveau opérationnel.....	48
Paragraphe 2 : Analyse des résultats.....	48
A- Analyse de la capacité managériale du niveau opérationnel.....	48
B- Connaissance des principes de gestion financière du Fonds Mondial et analyse déterminants de la décentralisation du financement au niveau opérationnel .....	49
CONCLUSION GENERALE.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	54
Annexe1 : Répartition des CDT par département.....	55
Annexe2 : Questionnaire de l'étude.....	56
Annexe 3 : Organigramme du PNT.....	58
Annexe 4 : Tableaux des fréquences du dépouillement.....	59
TABLE DES MATIERES.....	67