



**CESAG** Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

**CESAG  
GRANDE ECOLE**

**Master Professionnel  
en Science de Gestion  
(MPSG)**

**Promotion  
(2011-2013)**

**Mémoire de fin d'étude**

**THEME**

**LE MANAGEMENT DES RISQUES DANS LES  
PROJETS ET PROGRAMMES D'INVESTISSEMENTS  
PUBLICS : CAS DU PNCEFFS (MINISTERE DE LA  
SANTE DU BENIN)**

**Présenté par :**

**NOUROU-GUIWA Afoussatou Alakè**

**Dirigé par :**

**M. Ibrahima Mboulé FALL**

**Enseignant au CESAG**

**AVRIL 2015**

## DEDICACE

A

- ✓ **ALLAH** LE Tout Puissant et LE Très Miséricordieux qui nous a accordé une santé mentale et physique, le courage, la force, les moyens spirituels et moraux pour finir cette formation et le mémoire de fin d'Etude. MERCI SEIGNEUR ;
- ✓ Mon père Sakariyaou NOUROU-GUIWA, toi qui as donné très tôt à tes enfants le goût du travail libérateur et l'esprit de persévérance dans la voie qui mène au dépassement de soi. Toi qui ne cesses de t'investir pour la réussite de tes enfants. Que ce travail soit le fruit de tes labeurs, de tes investissements matériels et moraux ;
- ✓ Ma mère Latifatou DJIBRIL, pour l'amour que tu témoignes à nous et les peines que tu as endurées pour nous élever ; trouve ici la légitime satisfaction morale que tu mérites si bien. Que ce travail soit le fruit de tes souffrances et le gage de l'amour qui nous unit. Profonde affection ;
- ✓ Mes frères et sœurs, je vous assure de mes sentiments fraternels. Puisse le Seigneur nous unir dans l'amour et dans la paix profonde ;
- ✓ Mes oncles et tantes pour tous leurs soutiens et conseils ;
- ✓ Tous mes camarades de promotion en Science de Gestion et Management des Projets en souvenir des moments de joies et de peines ;
- ✓ Tous ceux qui me sont chers dont les noms ne sont pas cités, qu'ils trouvent par ce geste l'expression de mes sincères sentiments.

Affoussatou A.NOUROU-GUIWA

## REMERCIEMENTS

Le bon sens nous oblige à témoigner de la reconnaissance à tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à la conception et à la réalisation de ce mémoire. Ainsi nous tenons à présenter nos sincères remerciements à :

Monsieur GUEDOU *Juste*, Chef Service des Etudes et de la Prospective, du Ministère de la Santé, pour son accueil dans le cadre du mémoire et surtout pour ses conseils.

Monsieur *ZOUNGAN Cyrille*, Chef Adjoint de la Cellule de Suivi-Evaluation du Ministère de la Santé pour sa disponibilité et également la pertinence de ses observations dans la rédaction du mémoire.

Monsieur *HOUNDETON Laurent*, Coordonnateur National du Programme National de Construction, d'Equipements et de Fonctionnalités des Formations Sanitaires (PNCEFFS) du Ministère de la Santé et aussi le maître de stage, pour sa disponibilité, ses encouragements, et pour la qualité de l'encadrement.

Une mention spéciale au Directeur de mémoire *Monsieur Ibrahima Mboulé FALL* pour sa disponibilité malgré la distance, la pertinence de ses remarques et la qualité de l'encadrement. Qu'il reçoive tous nos hommages.

Mes sincères remerciements vont également à l'endroit de *Stéphane KOKO*, un grand ami promotionnaire du CESAG, pour sa disponibilité, ses conseils, son aide jusqu'à l'aboutissement de ce document.

Nous remercions de façon singulière toute l'équipe de la DPP et surtout de la CSE pour l'environnement de travail, leur collaboration, leur disponibilité à faire face aux préoccupations. Soyez en infiniment remerciés.

Nous remercions toute l'administration du CESAG ainsi que tous les membres du personnel pour conseils, les enseignements dispensés et la qualité des échanges.

Enfin, nos remerciements vont à l'endroit du pays de la TERRENGA pour l'hospitalité dont nous avons fait l'objet tout au long de notre séjour.

## LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieur en Gestion
- CNEEP : Comité National de suivi de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets et Programmes du secteur santé
- CSE : Cellule de Suivi Evaluation
- DIEM : Direction des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance
- DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective
- DSP : Division du Suivi des Programmes du secteur
- DAP : Division d'Analyse de la Performance du secteur
- MS : Ministère de la Santé
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- PNCEFFS : Programme National de Construction, d'Equipements et de Formations Sanitaires
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
- PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA
- PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
- PCASGAR : Projet de Coordination et d'Appui au Système de Gestion Axée sur les Résultats
- PMI : Project Management Institute
- PIP : Programme d'Investissements Publics
- PNRCCH : Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers
- SOSEV : Secrétaire des Organes du Suivi et de d'Evaluation du secteur de la santé

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIGFIP : Système Intégré de Gestion des Finances Publics

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

### ❖ TABLEAUX

Tableau 1 : Regroupement des problèmes spécifiques, causes liées et hypothèses .....	6
Tableau 2 : Présentation de la population et échantillonnage .....	25
Tableau 3: Principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2013 ....	30
Tableau 4: Répartition des formations sanitaires selon le département .....	31
Tableau 5: Répartition des formations sanitaires selon le niveau de référence.....	32
Tableau 6: Répartition des formations sanitaires enquêtées et retenues selon le statut .....	33
Tableau 7: Réalisation physique du PNCEFFS.....	42
Tableau 8: Récapitulatif des profils et expériences des dirigeants du PNCEFFS.....	43
Tableau 9: Les activités du PNCEFFS prévues et réalisés à terme.....	48
Tableau 10: Tableau sur les activités du PNCEFFS ayant accusé de retard .....	51
Tableau 11 : Tableau sur les activités du PNCEFFS abandonnés.....	52
Tableau 12 : récapitulatif des causes relatives à l'inexistence d'un système de gestion des risques.....	59
Tableau 13: récapitulatif des causes relatives au non-respect des délais .....	60
Tableau 14: récapitulatif des causes relatives au retard ou abandon des travaux. ....	61

### ❖ FIGURES

Figure 1: les différentes phases d'un processus de gestion des risques .....	12
Figure 2: schéma de la matrice d'évaluation des risques .....	15
Figure 3 : fiche technique du Ministère de la santé.....	35
Figure 4 : Modèle de processus de management de risque adapté au PNCEFFS.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

**LISTE DES ANNEXES**

<b>Annexe 1</b> : Cadre logique du Programme National de Constructions, d'Equipements et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires. ....	74
<b>Annexe 2</b> : Questionnaire d'enquête .....	79
<b>Annexe 3</b> : Exemple de fiche de risque .....	81

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERAL.....	1
CHAPITRE 1.....	10
CHAPITRE 2 .....	28
CHAPITRE 3 .....	48
CHAPITRE 4 .....	64
CONCLUSION GENERALE .....	72
ANNEXE .....	74
BIBLIOGRAPHIE .....	84
TABLE DES MATIERES .....	87

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**INTRODUCTION GENERALE**

Le secteur de la santé est un des maillons essentiels du développement d'une nation. Le Bénin ayant compris son importance, s'est lancé résolument depuis les années quatre-vingt-dix (90) dans sa dynamisation. C'est pour assurer la continuité de cette politique afin de permettre un développement effectif et soutenu, que le gouvernement a entrepris des initiatives de mise en place des programmes et projets dans ce secteur.

Des efforts de réforme ont donc été amorcés et ont favorisé son admission au Programme du Fonds Mondial, à la réforme budgétaire et à son éligibilité au rang des secteurs prioritaires. L'une des implications importantes de cette réforme budgétaire est l'élaboration, chaque année, du budget programme. Le document de budget programme du Ministère de la Santé (MS) est élaboré sur la base des documents des programmes et projets.

La mise en œuvre de la réforme budgétaire a conduit à la création de cellules de suivi évaluation dans tous les ministères sectoriels, afin de leur permettre d'aboutir à une bonne exécution des projets et programmes qu'ils pilotent. A cet égard, la cellule de suivi-évaluation du MS assure la coordination d'une trentaine de projets et programmes, un nombre impressionnant et qui soulève naturellement des réflexions sur la manière dont ces projets sont pilotés, coordonnés et gèrent les risques auxquels ils sont confrontés.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent mémoire dont le thème est intitulé « Le management des risques dans les projets et programmes d'investissements publics du Ministère de la Santé : cas du Programme National de Construction, d'Équipement et de Fonctionnalités des Formations Sanitaires (PNCEFFS). »

Face à tout cela, il devient indispensable, voire impératif, pour les coordonnateurs des projets et programmes, de mieux comprendre les risques potentiels associés et intégrer la gestion des risques dans le processus global de gestion des projets.

Le présent mémoire étant structuré en deux parties : la première partie est consacrée au cadre théorique, à la méthodologie et au contexte de l'étude. La deuxième partie abordera la présentation des résultats, l'analyse ainsi que les recommandations et les conditions de mise en œuvre dans le secteur de la santé.

## 1. Objet de l'étude

Ce travail porte sur la gestion des risques dans les programmes d'investissements publics du MS en se basant sur un programme spécifique.

## 2. Problématique

Le système sanitaire au Bénin évolue avec le découpage administratif ; il a connu ces dernières années une réorganisation de la base de la pyramide. Les Hôpitaux de Zone qu'on y rencontre, constituent des hôpitaux de première référence et sont entourés de centres périphériques. Ce système de santé a une structure pyramide à trois (03) niveaux que sont : le niveau central ; le niveau intermédiaire, le niveau périphérique.

Malgré d'importants progrès observés au cours des quinze (15) dernières années, la performance actuelle du système de santé reste encore une source de préoccupation. En effet plusieurs localités du pays ne disposent pas encore de centre de santé. D'autres avec les centres dans un état de vétusté total ne pouvant permettre d'offrir des soins de qualité. Avec l'initiative de Bamako (IB), la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé ont été introduits pour le financement de la santé. Malgré cela aucune amélioration significative n'est observée dans la couverture en infrastructure adéquat.

Le développement d'un pays et la réduction de la pauvreté dépend en grande partie de la réussite des actions contenues dans le programme d'action de son gouvernement. Ces actions sont pour la plupart réalisées à travers des projets de développement susceptibles d'engendrer à terme une amélioration significative des conditions de vie des populations.

La vision du Bénin contenue dans les Etudes Nationales de Perspectives à long terme : Bénin 2025, met l'accent sur le bien-être social. Les différents Programmes d'Action du Gouvernement (PAG) visent l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations.

Ces principaux défis auxquels le secteur de la santé doit faire face aujourd'hui au Bénin, restent sans doute l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et des services, la performance du système de santé et la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement.

Il a été constaté, après le diagnostic et l'identification des forces et faiblesses, opportunités et menaces du ministère des difficultés dans la sélection et la gestion des risques dans les projets du ministère dont les preuves sont parmi tant d'autres, les remarques et observations ci-après des rapports de performance de 2011 à 2013.

En 2011, le rapport de performance souligne que : je cite « De façon globale, les taux d'exécution sont faibles ». Cet état de chose s'explique entre autres par :

- le récurrent problème de retard dans l'élaboration du plan de passation des marchés publics ;
- non disponibilité des ressources pour l'exécution des marchés attribués ;
- l'indisponibilité des informations sur les ressources extérieures ;
- le chargement partiel ou tardif des crédits ;
- les fermetures répétées du SIGFiP (Système Intégré de Gestion des Finances Publics);
- la lourdeur des procédures d'exécution des marchés publics».

Au niveau du Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP), comme le témoignent les informations du rapport de performance de la même année, on note également l'impact des problèmes de mauvais pilotage. En effet sur douze activités prévues dix ont été réalisées, trois exécutées à moins de 50% et deux non exécutées. Ce qui justifie l'existence du problème spécifique de faible consolidation et les difficultés de sélection se retrouve dans le fait que le rapport fourni une information de 0% d'exécution par rapport à des projets importants de formation/recyclage des agents de santé et leur supervision sur les soins prénatals et projets de tests d'efficacité thérapeutique

En 2012, au total, 16 projets sur les 32 ont un taux d'exécution base engagement supérieur à 50% dont 1 seul a un taux supérieur à 100%. Parmi le reste des projets ayant un taux d'exécution faible, 5 ont un taux nul et 10 ont un taux global  $\leq 50\%$ .

Les taux de consommation très faibles notés au niveau de certains projets ayant des financements extérieurs s'expliquent surtout par le fait que le SIGFiP<sup>1</sup> n'ait pas été renseigné par leurs gestionnaires. Les 5 projets à taux nuls sont uniquement à ressources extérieures donc ils sont concernés par la situation de non disponibilité des informations sur le SIGFiP.

Le projet PNRCCCH a pu obtenir un taux de 189,97%, supérieur à 100% parce qu'il a bénéficié du Ministère de l'Economie et des Finances, des crédits complémentaires pour le paiement des dettes relatives aux fournisseurs d'équipements au profit de certains hôpitaux.

Donc de façon globale, les taux d'exécution sont faibles et les mêmes observations faites en 2011 ont été reconduites dans le rapport de performance 2012.

---

<sup>1</sup> Le SIGFiP est la source des données utilisées pour le calcul des taux d'exécution des projets/programmes

En 2013, au total, 17 projets sur les 31 ont un taux d'exécution base engagement supérieur à 50%. Parmi le reste des projets ayant un taux d'exécution faible, un (01) seul a un taux nul.

Les taux de consommation très faibles notés au niveau de certains projets ayant des financements extérieurs s'expliquent surtout par le fait que le SIGFiP<sup>2</sup> n'ait pas été renseigné par leurs gestionnaires. Le seul projet à taux nul, dispose uniquement de ressources extérieures, donc concerné par la situation de non disponibilité des informations sur le SIGFiP.

De façon globale la preuve que les gestionnaires de projets soient restés hostile, est le fait que le rapport revient tous les ans sur les mêmes recommandations et les mêmes observations.

Toutes ces insuffisances notées dans le dans le secteur de la santé sont à l'origine d'une trentaine de projets et programmes initiés par le MS afin d'atteindre de ces objectifs.

Actuellement, la politique du secteur santé est centrée sur les trois (03) objectifs stratégiques ci-après :

- assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
- renforcer le partenariat pour la santé ;
- améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur.

Et Les principaux résultats attendus sont :

- accès universel aux services de santé assuré ;
- gestion des ressources humaines, financières et matérielles du secteur renforcée ;
- partenariat pour la santé renforcé ;
- gouvernance dans le secteur améliorée ;
- qualité des soins améliorée ;
- lutte contre les maladies est renforcée.

Au vue de tout cela, la question de recherche de l'étude a été formulée comme suit : Comment pour contribuer à une prise de conscience des coordonnateurs de projets et programmes, à la mise en place efficace d'un système de gestion de risques pour un meilleur pilotage desdits projets.

---

<sup>2</sup> Le SIGFiP est la source des données utilisées pour le calcul des taux d'exécution des projets/programmes

Il s'agira alors, plus concrètement de répondre aux questions qui suivent :

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la gestion des projets et programmes du ministère ?

Existe-il réellement un plan de gestion des risques sinon proposer des démarches pour sa mise en œuvre

Quelles sont les raisons qui expliquent le retard ou l'abandon de certains marchés de travaux ? les délais contractuels sont-elles respectées ?

Pour cette étude, il faudra proposer un modèle de recherche afin de cadrer l'analyse des résultats et des recommandations.

**Tableau 1 : Regroupement des problèmes spécifiques, causes liées et hypothèses.**

Problèmes spécifiques	Causes supposés	Hypothèses
1. Inexistence d'un système de gestion des risques au PNCEFFS	-Manque de connaissance du Management des risques -Pas de plan de contingence -Mauvaise ou inexistence étude de faisabilité	Une bonne gestion efficace des projets ou programmes passe par un bon plan de gestion des risques
2. Non-respect des délais contractuels	-Retard dans le paiement des décomptes -Mauvaise organisation de l'entreprise contractante	L'exécution du projet passe par le respect des clauses contractuelles.
3. Retard ou abandon des travaux sur les chantiers	-Insuffisance de ressources financières, humaines et matérielles -Manque d'organisation -Suivi peu régulière de l'état d'avancement des travaux	Les travaux doivent être régulièrement suivis

Source : Nous-même

### **3. Objectif de l'étude**

L'objectif de cette étude est d'aider le PNCEFFS, à l'instar d'autres projets et programmes du MS vise à atténuer les risques liés à la mise en œuvre des projets/programmes de construction grâce à l'incorporation des méthodes de gestion des risques.

Les objectifs spécifiques se déclinent comme suit :

- ✓ prendre connaissance des risques auxquels est confronté le PNCEFFS ;
- ✓ présenter et analyser les principaux problèmes qui entravent au bon déroulement du PNCEFFS ;
- ✓ proposer un modèle de plan de management des risques en vue de réduire les risques identifiés ;
- ✓ formuler des recommandations pouvant conduire à une gestion efficace du PNCEFFS.

### **4. Intérêt de l'étude**

L'intérêt de l'étude se situe à plusieurs niveaux : d'abord pour le MS et plus précisément au niveau du projet PNCEFFS, le diagnostic permettra de connaître les risques auxquels ce programme est confronté et comment y remédier. Ensuite pour notre école de formation le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), cette étude lui sera utile pour mesurer l'impact du savoir, savoir-faire sur ses stagiaires. Et enfin pour nous-mêmes, cette étude permet dans un premier temps de nous familiariser avec le mode de fonctionnement de l'administration publique et surtout celui des projets d'investissements publics et dans un second temps, cela sera une occasion de mettre en pratique les connaissances acquises au CESAG , mais surtout en Management des projets d'entreprise et de développement.

### **5. Délimitation du champ de l'étude**

Ce mémoire s'intéresse essentiellement sur la gestion des risques en général, mais dans un programme spécifique du MS : le PNCEFFS. Il n'a donc pas la prétention de s'élargir sur la problématique de la gestion des risques de tous les projets et programmes du secteur de la santé.

## 6. Plan de l'étude

Après avoir fait une présentation générale de l'étude incluant l'introduction générale, une première partie propose en deux chapitres, d'une part les fondements théoriques et méthodologie de l'étude et d'autre part le contexte de l'étude.

Une seconde partie plus concrète, est subdivisée également en deux chapitres. L'une parle de la collecte des résultats et l'autre porte essentiellement sur la présentation des résultats, l'analyse les recommandations et les conditions de mise en œuvre. Enfin, une conclusion générale qui fait la synthèse de l'étude et donne peut être de nouvelles pistes de recherche.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**PREMIERE PARTIE**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Chapitre 1 : FONDEMENTS THEORIQUES, METHODOLOGIE ET CONTEXTE DE L'ETUDE

### 1 Cadre théorique de l'étude

Dans ce chapitre, après avoir présenté les différents concepts associés à un risque, un projet ainsi que le management des risques, il s'agit d'adopter une démarche inductive dans la présentation de ces concepts. La démarche se fait comme suit :

- ✓ d'abord des définitions soit par le sens littéraire ou selon des experts ;
- ✓ ensuite une synthèse visant à déceler les divergences et les points communs des définitions ;
- ✓ enfin une proposition si aucune des définitions rapportées ne mérite d'être adoptée pleinement.

#### 1.1 Définitions des concepts clés

##### 1.1.1 Risque

« Éventualité d'un événement ne dépendant pas exclusivement des parties et pouvant causer la perte d'un objet ou tout autre dommage ; par extension, le risque est un événement contre la survenance duquel on s'assure »<sup>3</sup>.

« Effet de l'incertitude sur l'atteinte des objectifs, c'est-à-dire la possibilité qu'il y ait un écart positif (opportunité) ou négatif (menace) par rapport à une attente. Constitue donc un risque projet tout événement dont l'apparition n'est pas certaine et dont l'effet est susceptible d'affecter les objectifs du projet dans ses périodes d'étude, de construction et éventuellement d'exploitation ou de démantèlement.»<sup>4</sup>.

Cependant, l'incertitude peut également s'avérer bénéfique pour l'organisation, ou à la fois bénéfique et négative sous différents aspects. On parle alors de risque positif ou d'opportunité, suivant les référentiels utilisés.

---

<sup>3</sup>Selon la définition issue du Petit Robert

<sup>4</sup>www.iso.org , « GUIDE ISO 73 » : Management du risque – vocabulaire », 2009, p.1

Proposition de définition : Le risque est une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenance d'un ou de plusieurs évènements dont l'occurrence est incertaine.

### **1.1.2 Le projet**

Le projet est avant tout une entreprise temporaire qui a pour but de créer quelque chose de nouveau. Il suppose être décrit et planifié, par exemple selon la méthode suivante : quoi ( les actions ), qui ( les gens concernés ), où ( les domaines touchés par le projet ), quand la programmation dans le temps), comment ( moyens, ressources), combien ( le budget ) et pourquoi ( les motifs et les objectifs).

Un projet est aussi un ensemble d'activités et d'actions entreprises, dans le but de répondre à un besoin bien défini, dans les délais fixés et dans la limite d'une enveloppe budgétaire allouée.

Proposition de définition : Nous retiendrons alors qu'un projet est un ensemble d'activités qui vise à mobiliser des moyens financier, humain, matériel, etc. ayant un objectif bien défini et réalisable dans un délai bien défini.

### **1.1.3 Le management de risques**

« Activités coordonnées visant à diriger et piloter un organisme vis-à-vis du risque. Le management du risque inclut typiquement l'appréciation du risque, son traitement, son acceptation du risque et la communication relative au risque»<sup>5</sup>.

Selon COSO 2 « Le management des risques est un processus mis en œuvre par le Conseil d'administration, la direction générale et l'ensemble des collaborateurs de l'organisation. Il est pris en compte dans l'élaboration de la stratégie ainsi que dans toutes les activités de l'organisation. Il est conçu pour identifier les événements potentiels susceptibles d'affecter l'organisation et pour gérer les risques dans les limites de son appétence pour le risque. Il vise à fournir une assurance raisonnable quant à l'atteinte des objectifs de l'organisation. »<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Selon la définition de ISO/CEI Guide 73, 2002

<sup>6</sup>www.coso.org , "Enterprise Risk Management-Integrated Framework ", September 2004, p.2

Synthèse : Rappelons d'une part que l'expression « gestion des risques » est identique à celle du « management de risque ». D'autre part, « management des risques » est une traduction directe de « risk management ».

Proposition de définition: Le management des risques est un ensemble d'activités coordonnées visant à diriger et piloter en fonction de l'appréciation des risques, les différentes politiques possibles de maîtrise de ces derniers.

## 1.2 Le processus de gestion des risques

Le schéma ci-après présente les cinq phases du processus de gestion des risques. Pour chacune de ces cinq phases, il s'agit de trouver : une présentation synthétique et une présentation détaillée. Il se lit dans le sens des aiguilles d'une montre.

**Figure 1: les différentes phases d'un processus de gestion des risques**



Source : Project Management Institute (PMI)

### 1.2.1 Identification des risques

L'identification des risques vise à repérer les problèmes potentiels avant qu'ils ne se transforment en problèmes réels, et à inclure cette information dans le processus de gestion de

projet. La phase d'identification permet de formuler les énoncés de risques et d'identifier leur information contextuelle. L'énoncé de risque et l'information contextuelle à ce risque peuvent être précisés en répondant aux trois questions suivantes :

- ✓ Quelles sont les conditions ou les symptômes qui font qu'un risque est ce qu'il est, c'est-à-dire un problème en attente de circonstances qui lui permettront de se matérialiser ?
- ✓ Pourquoi est-ce un risque, autrement dit quel impact aura ce risque s'il survient ?
- ✓ D'où vient le risque, en d'autres termes quelles sont les causes des conditions ou des symptômes observés ?

Il faut noter qu'une gestion efficace des risques implique un processus continu d'identification. En effet, de nouveaux risques sont susceptibles de survenir au cours de la réalisation du projet. Mais une communication libre est également requise pour l'identification des risques et ce, afin d'encourager tous les intervenants du projet à communiquer les problèmes potentiels qu'ils entrevoient, à partir d'une vision orientée vers l'avenir du produit ou du service faisant l'objet du projet. Bien qu'une contribution individuelle joue un rôle dans cette identification, les échanges favorisés par un travail d'équipe permettent une meilleure compréhension du projet et une identification plus précise et plus exhaustive des risques auxquels il est exposé.

Il est à noter également que l'identification des risques, est réalisée d'une part par l'établissement d'un référentiel (début du projet, périodiquement au cours du projet, au cours des revues de l'état d'avancement du projet, etc.) et d'autre part par une identification en mode continu.

### **1.2.2 Analyse des risques**

Ici, il s'agit d'analyser les informations et données recueillies sur le risque au cours de la phase d'identification. Une fois cette analyse faite, il sera alors possible, sur la base des résultats obtenus, d'identifier une stratégie de mitigation et de contingence pour chaque risque et de définir les mesures appropriées. Pour y arriver, la phase d'analyse doit inclure les trois activités suivantes :

- une évaluation des attributs de chaque risque notamment sa probabilité (ou sa fréquence), son impact s'il survenait et le délai disponible avant de devoir faire quelque chose;
- une classification des risques identifiés afin de définir un ensemble de mesures cohérentes pour les gérer;
- un ordonnancement des risques en fonction de leur priorité afin d'être en mesure de déterminer quels risques seront abordés en premier.

La phase d'analyse des risques constitue un processus continu d'examen des conditions et contraintes qui affectent le projet, des nouveaux risques qui surviennent au cours de son déroulement et des priorités qui évoluent. Une communication libre permet d'assurer, que l'analyse soit effectuée en tenant compte de toute l'information disponible et contribue ainsi à établir un appui solide pour la planification de mesures de mitigation et de contingence. Une vision orientée vers l'avenir contribue à faire en sorte que l'analyse soit effectuée en portant une attention particulière à l'impact à long terme des risques.

Les trois activités de la phase d'analyse sont décrites ci-après.

- ✓ L'évaluation des attributs du risque

Les attributs d'un risque sont au nombre de deux, soit :

- ❖ la probabilité (ou la fréquence) d'un risque ;
- ❖ l'impact d'un risque;

- ✓ La classification et la consolidation des risques

Les activités de classification et de consolidation visent à évaluer un ensemble de risques et à déterminer comment ils sont reliés entre eux.

Les classes ou les groupes y résultants fournissent une perspective différente lors de la planification de mesures de mitigation et de contingence.

- ✓ L'ordonnancement des risques en fonction de leur priorité

L'ordonnancement des risques est effectué dans un premier temps en calculant le degré d'exposition au risque (ER) par la relation suivante :

ER= (Probabilité associé au risque)\*(impact du risque)

Ensuite si deux risques ont par exemple le même degré d'exposition au risque, la gravité pourra être utilisé pour un ordonnancement plus fin. Présentons ici, la matrice d'évaluation des risques.

**Figure 2: schéma de la matrice d'évaluation des risques**

PROBABILITE	4	6	8	12	16
		Risque modéré	Risque significatif	Risque critique	Risque critique
	3	Risque limité	Risque modéré	Risque significatif	Risque critique
	2	Risque limité	Risque modéré	Risque modéré	Risque significatif
	1	Risque limité	Risque limité	Risque limité	Risque modéré
		1	2	3	3
			IMPACT		

Légende :

**Risque limité :** (score inférieur ou égal à 3) ; risque considéré comme acceptable et aucune action n'est requise.

**Risque modéré :**(score entre 4 et 6) ; risque considéré comme acceptable, néanmoins un traitement du risque peut être nécessaire à long terme (d'ici 1an peut être). Aucune action requise en dehors de s'assurer que les contrôles pertinents sont efficaces et opérationnels.

**Risque significatif :**(score entre 8 et 9) ; ce risque est considéré comme un risque inacceptable nécessitant d'être traité dans les délais raisonnables (entre 3 à 6 mois). Il s'agit ici de définir un traitement du risque approprié, le faire valider et le mettre en œuvre sauf si le comité Exécutif est d'accord pour accepter le niveau du risque.

**Risque critique** : (score entre 12 et 16) ; risque inacceptable nécessitant d'être traité dès que possible (1 à 3 mois). Il convient de définir également un traitement d'urgence du risque et le mettre en œuvre.

### 1.2.3 La planification des risques

Il s'agit ici de planifier les mesures de mitigation et, au besoin, les mesures de contingence qui permettront de diminuer les risques identifiés au cours de la phase d'identification. Ultiment, les mesures de mitigation et les mesures de contingence vise à réduire la probabilité (ou la fréquence) et l'impact de chaque risque, deux des attributs que la phase d'analyse aura permis de déterminer. Cette phase doit permettre à chaque intervenant du projet de répondre aux questions suivantes :

- ✓ Ce risque me concerne-t-il ?
- ✓ Que puis-je y faire ?
- ✓ Jusqu'où dois-je aller et comment ?

Il est important de planifier efficacement et intelligemment. La planification des mesures de mitigation et de contingence devrait comporter autant de détails qu'il est nécessaire. Une planification efficace des risques constitue un processus continu de mise au point des mesures de mitigation et de contingence au fur et à mesure que de nouveaux risques se manifestent au cours de la réalisation du projet. Une communication libre et un travail d'équipe favorisent un échange de points de vue qui contribue à améliorer la qualité du contenu des plans de mitigation; ceux-ci seront alors plus à même d'être mis en œuvre de façon concluante. La planification des mesures de mitigation et de contingence d'un risque, peu importe sa nature et ses attributs, pourra s'appuyer sur l'une des sept stratégies que sont l'acceptation, l'évitement, la protection, la réduction, la réserve, le transfert et la recherche :

#### ➤ l'acceptation

Elle correspond à une action concertée de « vivre avec » les conséquences d'un risque si celui-ci survient. Elle peut être prise en considération lorsqu'il est possible d'en assumer les pertes résultantes. Il pourra s'agir, par exemple, d'opter pour un environnement de développement (ou de paramétrage) donné tout en sachant qu'il comporte certaines lacunes mais pour lequel il est facile de trouver des ressources compétentes. Les mesures de

mitigation et de contingence correspondant à une stratégie d'acceptation consistent à ne rien faire pour réduire le risque en question.

➤ l'évitement

Cette stratégie vise l'élimination du risque. Il s'agit, par exemple, de prendre la décision de ne pas entreprendre le développement d'une fonctionnalité particulière pour une application donnée. Elle est généralement prise en considération dans le cas où il y a de grandes chances que la situation soit perdante si le risque survient. Les mesures de mitigation et de contingence correspondant à une stratégie d'évitement consistent à accomplir les actions permettant d'éviter la situation qui génère le risque.

➤ la protection

La stratégie de protection repose essentiellement sur le développement de la redondance ou de la tolérance aux défaillances. Elle peut être prise en considération quand il s'avère indispensable de réduire l'impact d'un risque et quand les mesures de mitigation et de contingence qui y sont associées sont réalisables financièrement. L'approche de mitigation découlant d'une stratégie de protection consiste à concevoir les mesures qui conduiront à la redondance et à la tolérance aux défaillances envisagées.

➤ la Réduction

Cette stratégie est la plus couramment associée au concept de gestion des risques. Elle consiste à prendre les mesures visant à réduire soit la probabilité que les risques surviennent, soit leur fréquence (s'il s'agit de risques récurrents), ainsi que leur impact dans l'éventualité où ils se produiraient. Mais la stratégie de réduction diffère de la stratégie de protection par la nature des mesures de mitigation et de contingence.

➤ les réserves

Cette stratégie consiste à prévoir des suppléments en termes de délais, de budget, de ressources informatiques, de ressources humaines, etc. Elle peut être prise en considération dans le cas où il existe des incertitudes quant à la consommation réelle de telles ressources. Les mesures de mitigation et de contingence correspondantes consistent à évaluer l'importance et la nature des réserves à prévoir et la période pendant laquelle elles devront être disponibles.

➤ le transfert

Cette stratégie consiste à transférer le risque à un intervenant qui est plus à même de l'assumer. Elle est utilisée lorsqu'un tel intervenant est disponible et dans le cas où une stratégie d'acceptation s'avèrerait plus coûteuse que si le risque était assumé par l'intervenant en question. Les mesures de mitigation et de contingence correspondant à une stratégie de transfert consistent à planifier les activités reliées au choix de l'intervenant et à la négociation des clauses régissant les mesures de mitigation et de contingence prises par ce dernier.

➤ la recherche

La stratégie de recherche consiste en une quête d'informations supplémentaires. Elle est adoptée lorsque la connaissance du risque en question n'est pas suffisante pour choisir l'une ou l'autre des stratégies précédentes. Les mesures de mitigation et de contingence correspondant à une stratégie de recherche prennent la forme d'actions visant à recueillir les informations qui permettront d'adopter une des six autres stratégies.

Une dernière option pourrait s'offrir à l'occasion, elle consiste à attendre que des événements surviennent et permettent éventuellement d'adopter une des sept stratégies précédentes.

#### 1.2.4 Le suivi des risques

Le suivi est un « processus qui consiste à collecter de façon continue des données sur la base des indicateurs clés de performance afin de déterminer l'état d'avancement des activités à tout moment du processus de mise en œuvre. Il permet ainsi aux équipes directement impliquées dans le processus et aux gestionnaires de prendre des décisions d'amélioration »<sup>7</sup>.

La phase de suivi vise à recueillir l'information pertinente permettant de mettre à jour les fiches de risque et de présenter cette information de façon claire et intelligible aux personnes et aux groupes à qui elle est destinée. L'objectif ultime de l'information résultant de la phase de suivi est de pouvoir prendre une décision à l'égard de chaque risque faisant l'objet d'un suivi. La phase de suivi doit inclure les activités suivantes :

- ✓ la collecte de l'information requise afin de mettre à jour les fiches de risque;
- ✓ la compilation de cette information;

---

<sup>7</sup>Source : Manuel de procédure de la cellule de suivi-évaluation du MS

- ✓ la communication du résultat de cette compilation par l'entremise des fiches de risque mises à jour.

La phase de suivi constitue un processus continu dans le sens où l'état des risques fait l'objet d'un examen périodique et est communiqué à intervalles réguliers aux intervenants concernés. Une communication libre assure que l'état réel des risques est présenté, sans tenter de dissimuler les conséquences possibles de situations qui se sont détériorées, de mesures de mitigation des risques qui ne se sont pas avérées efficaces ou de mesures de contingence qui ont été déclenchées.

Cette phase fait appel à un processus de gestion intégrée, en ce sens qu'elle doit s'harmoniser avec l'approche de suivi et de supervision du projet. Une perspective globale jointe à une vision orientée vers l'avenir permet aux intervenants qui passent en revue les informations relatives au suivi de les interpréter dans le contexte approprié au produit ou au service faisant l'objet du projet, dans le but de dégager les tendances auxquelles celui-ci est soumis et d'identifier les nouveaux risques auxquels il est exposé.

### **1.2.5 Le contrôle des risques**

La phase de contrôle consiste en une prise de décision éclairée, opportune et efficace concernant les risques et les plans de mitigation et de contingence. Chaque risque est examiné et l'information recueillie au cours de la phase de suivi est passée en revue dans le but de pouvoir déterminer les actions à prendre à son égard. Ainsi, la continuation des activités de suivi et la clôture du risque constituent deux décisions possibles en rapport avec un risque donné. La phase de contrôle inclut les activités suivantes :

- ✓ l'analyse du résultat des activités de suivi et des rapports qui en découlent pour chacun des risques visés;
- ✓ le choix d'un mode d'action par rapport à ces risques;
- ✓ la mise en œuvre des décisions qui ont été prises à l'égard de chacun des risques.

La phase de contrôle des risques fait appel au principe de communication libre car il est particulièrement important que la prise de décision se fasse en connaissance de cause, en prenant compte de toute l'information disponible à leur égard. Comme pour la phase de suivi,

la phase de contrôle repose sur un processus de gestion intégrée à la gestion de projet et s'appuie largement sur les mécanismes qui y sont mis en œuvre.

Typiquement, une parmi des six décisions suivantes résulte de la phase de contrôle: une nouvelle planification ou une clôture du risque ou l'élaboration d'un plan de contingence ou sa mise en œuvre ou la réalisation d'analyses plus poussées ou alors la poursuite du suivi suivant :

- une nouvelle planification est adoptée lorsque l'évolution des risques demande que les mesures de mitigation et de contingence soient modifiées ;
- une clôture du risque pourrait être faite lorsque le degré d'exposition au risque a diminué à un seuil acceptable ou que le risque n'est plus une préoccupation ou encore que le risque n'est plus pertinent car peut être il se référerait à une phase maintenant terminée du projet. Ou, si le risque a dégénéré en problème, la clôture du risque pourra également être effectuée si les mesures prévues à cet effet font partie d'un processus de gestion de crise distinct du processus de gestion des risques ;
- l'élaboration d'un plan de contingence est choisie quand les mesures de mitigation pourraient ne pas s'avérer concluantes, il serait prudent de planifier des mesures de contingence qui n'auraient pas été élaborées lors de la phase de planification ;
- la mise en œuvre du plan de contingence est probable si les mesures de mitigation ne sont pas concluantes et que les mesures de mitigation doivent être appuyées par des mesures de contingence ou interrompues et remplacées par la mise en œuvre du plan de contingence ;
- La réalisation d'analyses plus poussées pourrait être faite quand il est vraiment nécessaire de repousser la prise de décision jusqu'à ce que des renseignements plus fiables sur l'état du risque ou l'état des mesures de mitigation ou de contingence soient disponibles ;
- la poursuite du suivi est faite si aucune action spécifique n'est requise autre que de continuer les activités de suivi des risques, la fermeture d'un dossier de risque devrait s'accompagner d'une documentation sur la raison de l'échec ou de la réussite du plan de mitigation (ou du plan de contingence).

### **1.3 Un plan de mitigation**

D'abord le mot mitigation signifie atténuer. La mitigation est la mise en œuvre de mesures destinées à réduire les dommages associés à des risques naturels ou générés par des activités humaines.

Elaborer un plan de mitigation revient alors à trouver des alternatives possibles pour capturer les risques, ainsi que des plans d'action pour les atténuer et ceci pour chaque cas de risque identifié afin de les réduire à un niveau plus acceptable.

### **1.4 Un plan de contingence**

Ce plan est un type de plan préventif, prédictif et réactif. Il présente une structure stratégique et opérative qui aide à contrôler une situation d'urgence et à minimiser ses conséquences négatives.

Ici, élaborer un plan de contingence consiste à :

- ✓ analyser les situations potentielles d'urgence et leurs impact ;
- ✓ classer les situations d'urgence potentielles par ordre de priorité ;
- ✓ garantir que les mesures et les activités soient bien accomplies.

### **1.5 Les outils d'identification des risques**

#### **1.5.1 Analyse de processus**

C'est une technique qui permet la détection des principaux risques. Il s'agit :

- ✓ décrire l'activité (enchaînement d'étapes successives, de tâches) ;
- ✓ identifier les risques associés à chaque étape ou tâche ;
- ✓ analyser la criticité du risque ;
- ✓ identifier les actions de prévention déjà mises en place ;
- ✓ identifier les actions de prévention à prévoir ;
- ✓ les mettre en place avec un chef de projet identifié, selon un calendrier.

### **1.5.2 Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC).**

C'est une technique d'analyse qui part de l'examen des causes possibles de défaillance, des éléments d'un système pour aboutir aux effets de ce système. Il se résume à :

- ✓ faire une analyse fonctionnelle ;
- ✓ analyser les modes de défaillances ;
- ✓ exploiter les résultats ;
- ✓ mettre en place les actions correctives ;
- ✓ assurer un bilan et un suivi.

### **1.5.3 Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP)**

C'est avant tout une méthode, un outil de travail, mais n'est pas une norme. Car une norme est un document descriptif, élaboré par consensus et approuvé par un organisme de normalisation reconnu (ISO par exemple). L'HACCP c'est donc un système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments. Elle est basée sur sept points :

- ✓ procéder à une analyse des dangers ;
- ✓ déterminer les points critiques pour la maîtrise ;
- ✓ fixer le ou les seuil(s) critiques(s) ;
- ✓ mettre en place un système de surveillance;
- ✓ déterminer les mesures correctives ;
- ✓ appliquer des procédures de vérification afin de confirmer que le système haccp fonctionne efficacement ;
- ✓ constituer un dossier dans lequel figurera toutes les procédures et tous les relevés concernant ces principes et leur mise en application.

### **1.5.4 Analyse préliminaire des risques (APR)**

Cette analyse consiste à identifier les entités dangereuses d'un système, puis à regarder, comment elles pourraient générer un incident ou un accident plus ou moins grave suite à une séquence d'événements causant une situation dangereuse.

Pour identifier les entités et les situations dangereuses susceptibles d'en découler, l'analyste est aidé par des listes de contrôles (check-lists) d'entités dangereuses, de situations dangereuses et d'événements redoutés. Ces check-lists sont spécifiques au domaine d'étude concerné. Comme son nom l'indique, cette méthode n'est pas destinée à traiter en détail la matérialisation des scénarii d'accident, mais plutôt à mettre rapidement en évidence les gros problèmes susceptibles d'être rencontrés pendant l'exploitation du système étudié.

Après avoir annoncé les méthodes à priori, il s'agira ensuite de faire une présentation succincte des méthodes à postériori.

### **1.5.5 Diagramme de causes à effet**

Le diagramme de cause à effet ou diagramme d'Ishikawa ou encore méthode des 5M (Matière, Machine, Milieu, Main d'œuvre, Méthode) est une démarche qui permet d'identifier les causes possibles d'un problème ou un défaut (effet). Il convient ensuite d'agir sur ces causes pour corriger le défaut en mettant en place des actions correctives appropriées.

### **1.5.6 Arbre des causes**

Un arbre des causes (arbre de défaillance) est un schéma utilisé dans le domaine des risques professionnels pour étudier à postériori tout événement indésirable (accident du travail, mais aussi défaillance d'un processus, etc.). Cette méthode est notamment utilisée dans les entreprises pour déterminer, de la manière la plus exhaustive possible, les causes d'un accident ou d'un incident, pour en établir les liens de causalité en vue de remédier aux conditions nécessaires à l'accident.

Un arbre des causes vise à comprendre un accident, que celui-ci soit un accident du travail ou non, la démarche ne consiste pas à « juger », ni à « trouver un coupable » mais à identifier les causes de l'évènement.

## **2 Méthodologie**

### **2.3 Définition et justification de la population de l'étude**

La collecte de données vise à réunir les éléments nécessaires à la vérification des hypothèses émises par rapport à nos problèmes spécifiques. Pour ce faire, les données d'enquêtes collectées au niveau d'une population mère, est constituée par l'ensemble des acteurs des

projets et programmes du MS. La méthode d'échantillonnage qui est utilisée est celle du volontariat, qui consiste à prélever l'échantillon à partir d'un groupe de volontaires.

En ce qui concerne la résolution des problèmes en rapport avec l'inexistence d'un système de gestion des risques et les visites irrégulières des chantiers, l'enquête est effectuée sur un échantillon représentatif de trente (30) individus, constitué des acteurs suivants: les coordonnateurs de projets et programmes, la Direction de la Programmation et de la Prospective (DDP), la Cellule de Suivi Evaluation (CSE), la Direction des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance (DIEM).

Pour ce qui est de la résolution du problème relatif au non-respect des délais contractuels, l'enquête est réalisée sur un échantillon représentatif de (50) individus. Car ici, non seulement il est important de questionner les coordonnateurs des projets et programmes de construction du MS et quelques acteurs de la DIEM qui sont composés de (30) individus, mais il faut ajouter aussi les entreprises contractantes composées de (20) individus soit, au total 50 individus.

Il convient de noter que, l'enquête réalisée dans le cadre de l'étude est une enquête par sondage et la méthode empirique d'échantillonnage utilisée est une méthode raisonnée qui permet d'assurer la qualité des données recueillies.

### **2.3 Définition de la méthode de traitement des données**

- Outils de collecte de données

Au cours de la réalisation de l'enquête, l'instrument utilisé pour la collecte des informations est le questionnaire (voir annexe 2). Le questionnaire étant constitué de question à choix multiples permettent de mobiliser les informations utiles afin de mieux cerner les causes réelles se trouvant à la base des problèmes spécifiques.

- Technique de dépouillement

Le dépouillement des données s'est fait manuellement et présenté dans des tableaux illustrant les effectifs de réponses par problème spécifique.

- Outils de présentation de données

La méthode du tri à plat constitue l'outil de présentation utilisé. C'est un tableau qui représente la variable étudiée et les différentes valeurs prises par cette variable.

## 2.3 Collecte et présentation des résultats

### 2.3.1 Réalisation de la collecte

Même s'il est vrai que notre population mère n'est pas démesurément grande, la précision des résultats auxquels nous aspirons, nous impose de procéder à une sélection raisonnable des parties prenantes en nous limitant au choix de quelques-unes d'entre elles. Le tableau I donne un aperçu de l'échantillon.

**Tableau 2 : Présentation de la population et échantillonnage**

Effectif			
Problème spécifique	Inexistence d'un système de gestion des risques	Non-respect des délais contractuels	Retard ou abandon des travaux
Catégorie de l'enquête			
Coordonnateurs et Projets et programmes	15	15	15
Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)	7	7	7
Direction des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance (DIEM)	8	8	8
Entreprises contractantes	20	20	20
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

Source : Enquête réalisée

Le tableau montre, les catégories de personnes qui sont enquêtées selon chaque problème identifié. Ainsi pour chaque problème identifié, certains coordonnateurs de projets et programmes, personnel de la DIEM et de la DPP ont été interviewés ; soit un échantillon de 30 individus. A ces individus, il a été ajouté un personnel de 20 individus des entreprises qui sont contractantes des projets et programmes ; pour un total de 50 individus enquêtés.

### **2.3.2 Difficultés liées à la collecte des données**

Les difficultés rencontrées au cours du déroulement l'étude sont dues à plusieurs facteurs.

Il s'agit :

- ✓ de l'indisponibilité de certains cadres ou personnes ressources ;
- ✓ de la réticence de certains agents à fournir les informations ;
- ✓ de la contrainte de temps pour la réalisation du travail ;
- ✓ du seuil de confidentialité de certains documents qu'il ne fallait pas franchir ;
- ✓ des réserves émises par certains agents lors des entretiens et qui les amènent à ne donner aucune précision dans leur réponse.

### **2.3.3 Limites des données**

Les limites concernent essentiellement les difficultés à disposer de statistiques fiables et se rapportent à la mobilité des enquêtées qui, pour la plupart, sont absents du service du fait des grèves perlées observées dans le secteur santé au moment de l'étude.

## **Conclusion**

La mission du Ministère de la Santé (MS) est de concevoir, mettre en œuvre et assurer le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin.

Dans le cadre de cette mission, le Ministère, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), s'emploie à améliorer les conditions socio-sanitaires des familles en s'appuyant sur un système intégrant les populations pauvres et indigentes. Les actions planifiées concourent à la mise en œuvre de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la

Pauvreté (SCRP), du Programme d'Actions Prioritaires (PAP), de la Déclaration de Paris pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

En réponse à cette situation, il a été retenu d'anticiper et de maîtriser les facteurs de risque pour la santé à partir des interventions qui assurent une amélioration du cadre et des conditions de vie des populations ainsi que la promotion des comportements individuels et collectifs qui garantissent une bonne santé. Par ailleurs, l'amélioration de l'environnement de santé des populations sera accompagnée d'une veille permanente sur les maladies prioritaires suivie d'une prise en charge efficace basée sur la disponibilité des médicaments en quantité et en qualité à moindre coût et leur usage rationnel de même que le renforcement des infrastructures et équipements hospitaliers. Les actions menées dans ce domaine visent essentiellement à atteindre l'objectif spécifique du PNDS qui est: assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des OMD.

## Chapitre 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE

### Introduction

Le développement du capital humain occupe donc une place importante dans la stratégie de réduction de la pauvreté et incombe prioritairement au MS. Il fait partie des multitudes ministères que compte notre pays œuvrant pour le développement de ce capital humain.

Dans cette partie nous allons retracer la situation sanitaire et les perspectives du Ministère de la Santé.

#### 2.1 Situation sanitaire du pays en 2013

Les infrastructures sanitaires sont réparties sur tout le territoire national selon la pyramide sanitaire fondée elle-même sur le découpage territorial.

- Au niveau national

On retrouve :

- Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou MAGA (CNHU-HKM) ;
- Le Centre National de Pneumo-phtisiologie ;
- Le Centre National de Psychiatrie ;
- Le Centre National de Gériatrie ;
- L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)

Ces centres ont pour vocation entre autres de prendre en charge les références du troisième niveau du pays (évacuations des hôpitaux départementaux) et les références du deuxième niveau des départements de l'Atlantique et du Littoral (évacuation des hôpitaux et centres de santé de l'Atlantique/Littoral).

- Au niveau départemental

On dénombre :

- Cinq (05) Centres Hospitaliers Départementaux (CHD)

- Deux (02) Centres de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB)
- Deux (02) Centres de Traitement Anti-Lèpre (CTAL).

Ils constituent le deuxième niveau de référence et reçoivent normalement les évacuations des Hôpitaux de Zone.

- Au niveau périphérique

On retrouve :

- L'Hôpital de Zone ou le centre de référence de premier niveau ;
- Les centres de santé et les Unités Villageoises de Santé (UVS) ;
- Les centres de Détection de la Tuberculose (CDT)

Il existe également des infrastructures privées (confessionnelles, libérales et à but lucratif). Ces derniers n'ont pas été catégorisés mais on distingue particulièrement :

- Les hôpitaux ;
- Les cliniques ;
- Les cabinets médicaux et d'accouchement ;
- Les cabinets de soins infirmiers.

Au Bénin, sur toute l'étendue du territoire national on a:

- 1246 centres de santé dont 615 publics et 631 privés répartis sur l'ensemble du territoire national avec une disparité selon les départements ;
- 26 hôpitaux de zone.

Les centres de santé sont généralement composés d'un dispensaire qui s'occupe des cas de maladies et d'une maternité pour la prise en charge de la santé de la reproduction. Les hôpitaux de zone constituent le premier niveau de référence pour l'offre des soins. Ils disposent comparativement au centre de santé d'un plateau technique plus important pour la prise en charge des cas d'affections ou d'accouchements.

### 2.1.1 Situation des Ressources humaines du secteur de 2013 à 2014

L'effectif, la qualification et la compétence du personnel déterminent la performance du système de santé lorsque l'environnement de travail est favorable.

Le tableau ci-dessous présente les principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2013.

#### ✓ Ratios du personnel soignant en 2013

**Tableau 3: Principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2013**

Département	Population	Médecins		Infirmiers		Sages-femmes		Ratio (Méd+ Inf+ SFE) pour 10000 Habts
		Nb	Méd pour 10000 Hab	Nb	Inf pour 10000 Hab	Nb	SFE pour 10000 Habts	
Alibori	744 441	11	0,1	264	3,5	29	0,4	<b>4,1</b>
Atacora	784 905	72	0,9	345	4,4	58	0,7	<b>6,1</b>
Atlantique	1 145 295	298	2,6	681	5,9	270	2,4	<b>10,9</b>
Borgou	1 034 561	99	1,0	668	6,5	113	1,1	<b>8,5</b>
Collines	765 627	30	0,4	265	3,5	32	0,4	<b>4,3</b>
Couffo	749 431	23	0,3	133	1,8	33	0,4	<b>2,5</b>
Donga	500 103	21	0,4	202	4,0	41	0,8	<b>5,3</b>
Littoral	950 171	642	6,8	813	8,6	378	4,0	<b>19,3</b>
Mono	514 354	34	0,7	226	4,4	51	1,0	<b>6,0</b>
Ouémé	1 043 991	198	1,9	676	6,5	277	2,7	<b>11,0</b>
Plateau	581 612	19	0,3	152	2,6	42	0,7	<b>3,7</b>

Zou	857 103	60	0,7	396	4,6	91	1,1	<b>6,4</b>
<b>Bénin</b>	<b>9671592</b>	<b>1507</b>	<b>1,6</b>	<b>4821</b>	<b>5,0</b>	<b>1415</b>	<b>1,5</b>	<b>8,0</b>

**Source** : Service statistique/DPP, 2013

Normes OMS : 25 agents qualifiés (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour 10 000

*Il existe au niveau du Ministère un déficit en personnel qualifié qui va s'accroître au cours des années à venir si des mesures idoines ne sont pas prises.*

### 2.1.2 Répartition des formations sanitaires selon les départements du Bénin

Le tableau suivant illustre la répartition des formations sanitaires investiguées par département :

**Tableau 4: Répartition des formations sanitaires selon le département**

Département	Nombre	Pourcentage(%)
Alibori	50	5.85
Atacora	57	6.67
Atlantique	96	11.23
Borgou	79	9.24
Collines	84	9.62
Couffo	62	7.25
Donga	34	3.98
Littoral	121	14.15
Mono	58	6.78
Ouémé	82	9.59
Plateau	49	5.73
Zou	83	9.71
Bénin	855	100

**Source** : Données d'enquêtes nationales sur la cartographie des interventions et intervenants en Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) au Bénin.

Il ressort de ce tableau que les formations sanitaires sont plus concentrées dans le département du Littoral et de l'Atlantique qui à eux seuls abritent 25.38% du total des formations enquêtées. A l'opposé de ces départements se trouve la Donga avec seulement 3.9% des formations sanitaires.

### 2.1.3 Répartition des formations sanitaires selon le niveau de référence

**Tableau 5: Répartition des formations sanitaires selon le niveau de référence**

Niveau de référence	Nombre	Pourcentage (%)
Centres hospitaliers nationaux	02	0.2
Centres Hospitaliers Départementaux	05	0.6
Hôpitaux de Zone	27	3.2
Autres hôpitaux	09	1.1
Centres de santé	713	83.4
Maternités isolées	46	5.4
Dispensaires isolés	43	5.0
UVS	10	1.2
Bénin	855	100

Source : Données d'enquêtes nationales sur la cartographie des interventions et intervenants en Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) au Bénin.

Il en ressort que les centres de santé sont les structures sanitaires les plus représentées dans le système santé du Bénin avec 83.4%. L'étude n'a pris en compte que les unités villageoises de santé (UVS) fonctionnelles. Certes plusieurs UVS ont été transformées en centres de santé dans certains départements mais d'autres UVS ont été abandonnées et ne fonctionnent plus malgré l'existence des besoins au sein de la population.

### 2.1.4 Répartition selon le statut des formations sanitaires

On distingue des établissements publics, des établissements confessionnels à but lucratif, des ONG. Le tableau suivant présente la répartition des formations sanitaires enquêtées et retenues selon leur statut.

**Tableau 6: Répartition des formations sanitaires enquêtées et retenues selon le statut**

Type de formations	Nombre	Pourcentage (%)
Associations confessionnelles	43	5.0
ONG	45	5.3
Etablissement à but lucratif	98	11.5
Etablissements publics	669	78.2
Bénin	855	100

**Source : Données d'enquêtes nationales sur la cartographie des interventions et intervenants en Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) au Bénin.**

Les établissements publics sont nettement les plus nombreux soit 669 formations sanitaires sur 855.

## **2.2 Les Problèmes rencontrés dans le secteur santé**

Au terme de la mise en œuvre du Plan de Travail Annuel (PTA) 2013, le secteur a enregistré des résultats qui pourraient être meilleurs si un certain nombre de difficultés (d'ordre interne et externe) n'avaient pas été notées. Au nombre de ces difficultés on peut citer :

### **2.2.1 Difficultés internes au Ministère de la Santé**

On peut citer :

- l'insuffisance d'équipements médico-techniques dans la plupart des formations sanitaires ;
- l'insuffisance de véhicules pour les activités de terrain ;
- l'intégration non encore effective de la médecine traditionnelle dans le système de soins au Bénin ;
- l'insuffisance du personnel soignant qualifié ;
- l'insuffisance de personnel en maintenance des équipements médico-techniques;
- la surcharge de travail au niveau des régies des projets due au nombre élevé de projets gérés par chaque régisseur ;

- non-paiement des acomptes à temps influençant le respect du délai d'exécution, d'où un dépassement important du délai contractuel des marchés;
- la non-disponibilité sur le SIGFiP des informations liées aux engagements sur ressources extérieures ;
- non maîtrise des procédures de consommation de crédits au niveau de certains PTF ;
- la non-intégration des données statistiques communautaires dans le SNIGS ;
- l'inexistence d'un système électrique autonome dans certaines formations sanitaires (groupe électrogène, énergie solaire) pour suppléer la SBEE en cas de coupure ;
- les rejets itératifs des dossiers de marchés publics par les structures financières centrales.

### **2.2.2 Difficultés externes au Ministère de la Santé**

- l'insuffisance et mise à disposition tardive des fonds du PIP ;
- l'insuffisance du nombre de postes fonctionnels au niveau de la plateforme SIGFiP dans les départements ;
- le chargement partiel et intermittent des crédits sur SIGFiP;
- le non-paiement des décomptes à temps, ce qui entraîne un dépassement important du délai contractuel des marchés;
- les coupures intempestives de l'énergie électrique.

### **2.3 Présentation du Ministère de la Santé**

Dans le cadre de la construction d'un « Bénin Emergent », le Gouvernement entend renforcer le potentiel du capital humain à travers la maîtrise de la croissance démographique, la promotion de l'éducation de développement, l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel, le renforcement et l'extension de la protection sociale, la promotion et l'égalité du genre.

Le développement du capital humain occupe donc une place importante dans la stratégie de réduction de la pauvreté et incombe prioritairement au MS. Il fait partie des multitudes ministères que compte notre pays œuvrant pour le développement de ce capital humain.

Le MS est une structure étatique dotée d'une personnalité morale.

La fiche technique qui suit, renseigne davantage sur certains autres éléments non moins importants qui permettent de caractériser le MS.

Figure 3 : **fiche technique<sup>8</sup> du Ministère de la santé**

<b>Dénomination</b>	: Ministère de la Santé
<b>Sigle usuel:</b>	MS
<b>Adresse:</b>	01 <b>BP</b> : 882 Cotonou <b>Tél</b> : 21 33 21 41/ 78 <b>Fax</b> : 21 33 04 64 Quartier DonatenAkpakpa PK 3.5 <b>E-mail</b> : <a href="http://www.béninsanté.bj">www.béninsanté.bj</a>
<b>IFU</b>	4200901839410
<b>Forme Juridique:</b>	Institution étatique
<b>Budget 2013 :</b>	71,740 Milliards F CFA
<b>Date de création:</b>	1957
<b>Effectif du personnel :</b>	Environ 13 000 tout corps et statut confondus en 2013
<b>Statut:</b>	Administration Publique

---

<sup>8</sup>Renseignements recueillis auprès des Autorités Administratives du MS

**Objectif:** Le Ministère de la Santé a pour mission la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la Politique de l'Etat en matière de santé conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin et de la politique de développement du Gouvernement.

Après avoir fait une brève présentation du MS, énumérons l'historique, les missions et attributions et la structure organisationnelle qui sont les siennes.

### 2.3.1 Historique

Le Ministère de la Santé a été créé en 1957 à l'occasion de l'accession du BENIN à l'indépendance en 1960. Elle a changé de dénomination et est devenue Ministère de la Santé Publique et des affaires Sociales.

Le département de la santé est ainsi géré par le ministre de la santé considéré comme le centre de décision le plus élevé, et c'est sous son autorisation que s'élabore la politique sanitaire nationale.

Le BENIN, à l'instar des autres pays a maintenu les principes d'organisation et de fonctionnement français après 1960. La mission et le mode d'organisation du département de la santé n'ont pas beaucoup évolué jusqu'en octobre 1972, date d'arrivée des révolutionnaires au pouvoir.

Il a été alors constaté un changement d'option dans la politique gouvernementale et du corps de la santé.

Depuis 1990, le BENIN a adopté après la Conférence des Forces Vives de la Nation pour une politique sanitaire plus équitable et une justice sociale.

### 2.3.2 Mission et Attribution

Conformément à l'article premier du décret<sup>9</sup>, le MS met 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.

Ainsi la mission du MS est « d'améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes ».

Par ailleurs, le MS dispose d'une instance de pilotage de toutes les actions menées au sein du secteur. Il s'agit du Comité National de suivi de l'Exécution et d'Evaluation des Projets et programmes du secteur santé (CNEEP) qui est institué par un décret dont la version révisée est le N°2007-163 du 16 avril 2007 portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du CNEEP. Conformément à l'article 2 dudit décret, le CNEEP est chargé entre autres de superviser la mise en œuvre effective des réformes du secteur telles que prévues dans la politique et les stratégies sanitaires nationales et d'analyser les grandes questions préoccupantes.

Pour accomplir sa mission, le Ministère de la Santé s'est fixé, dans son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018, un objectif général qui est d'« améliorer l'état de santé de la population pauvre béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes » et (03) objectifs spécifiques à savoir :

- ✓ un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement ;
- ✓ renforcer le partenariat pour la santé ;
- ✓ améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur.

## 2.4 Structure organisationnelle du Ministère de la Santé

Au nombre des structures qui œuvrent pour l'accomplissement correct de la mission du Ministère, on compte :

- ✓ le cabinet (directeur de cabinet, directeur adjoint de cabinet, conseillers techniques) ;
- ✓ l'inspection générale du ministère ;

---

<sup>9</sup>Décret n°2012-272 du 13 Août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministre de la Santé

- ✓ le secrétariat général du ministère;
- ✓ quatre directions centrales (direction des ressources financières et du matériel, direction des ressources humaines, direction de la programmation et de la prospective et Direction de l'Informatique et du Pré archivage) ; Il est à noter que la Direction de l'informatique et du Pré archivage prévue par décret n'est pas encore formelle.
- ✓ sept (07) directions techniques (directions des infrastructures des équipements et de la maintenance, direction nationale des établissements hospitaliers et de soins, direction nationale de la santé publique, direction de la recherche et de la formation, direction de la pharmacie, du médicament et des explorations diagnostiques, direction des soins infirmiers et obstétricaux, direction de la santé de la mère et de l'enfant) ;
- ✓ six (06) directions départementales (atacora/donga, borgou/alibori, zou/collines, ouémé/plateau, mono/couffo et atlantique/littoral).
- ✓ Six (06) Organes sous tutelle et de deux Organes consultatifs nationaux.

## 2.5 Présentation des programmes et projets du secteur actuellement en cours

Le PNDS 2009-2018 constitue le principal outil de gestion du secteur. La vision retenue pour le renforcement de la performance du système national de santé est la suivante : «le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente de soins de santé de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risque pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois»<sup>10</sup>.

Au regard de cette vision, cinq domaines prioritaires ont été retenus. Ils portent sur:

- ✓ la prévention et la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins ;
- ✓ la valorisation des ressources humaines ;

---

<sup>10</sup>PNDS 2009-2018

- ✓ le renforcement du partenariat dans le secteur et la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale ;
- ✓ l'amélioration du mécanisme de financement du secteur ;
- ✓ le renforcement de la gestion du secteur.

## **2.6 Pertinence des projets et programmes du secteur de la santé**

Le secteur de la santé est considéré comme un secteur prioritaire aussi bien au plan national qu'international.

Au niveau national, cette priorité a été affirmée dans les Orientations Stratégiques de Développement et les Stratégies de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté et au niveau international à travers les OMD.

Cependant, une analyse plus approfondie de ces fiches révèle que les programmes et projets sont concentrés dans un seul des cinq domaines retenus dans le PNDS. Il s'agit notamment du domaine « Prévention et lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins ».

Le second domaine couvert est celui du renforcement de la gestion du secteur où est mis en œuvre le Projet de Coordination et d'Appui au Système de Gestion Axée sur les Résultats (PCASGAR). Les domaines « Renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale » et « mécanisme de financement du secteur » ne sont pas couverts.

## **2.7 Description de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP)**

La DPP est la structure d'accueil du stage et plus précisément dans la Cellule de Suivi-Evaluation. A ce titre, elle est chargée entre autres:

- ✓ de collecter, traiter et diffuser toutes les informations nécessaires à une réflexion prospective et stratégique dans le domaine de compétence du Ministère, notamment, les attentes et besoins des clients/usagers ;
- ✓ d'animer les processus d'analyse, de planification et de suivi-évaluation du Ministère ;
- ✓ élaborer, mettre en œuvre et évaluer en liaison avec le cabinet du Ministère et le Secrétaire Général du Ministère, le plan stratégique et le plan opérationnel du Ministère ;
- ✓ de veiller à la prise en compte des études d'impact environnemental dans le cadre des programmes et projets du Ministère ;

- ✓ d'assurer le suivi et la coordination des interventions des Partenaires Techniques et Financiers du secteur santé.

## 2.8 Le lieu du stage : la Cellule de Suivi-Evaluation (CSE)

Au terme de l'arrêté N°4238/MS/DC/SGM/CTJ/DPP/SA du 30 juillet 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP), la Cellule du Suivi et de l'Evaluation (CSE) comprend :

- le Secrétariat des Organes du Suivi et d'Evaluation du secteur de la santé (SOSEV), la Division du Suivi des Programmes du secteur (DSP) ;
- et la Division d'Analyse de la Performance du secteur (DAP).

La Cellule de Suivi Evaluation du budget programme du MS est chargée :

- ✓ d'élaborer le budget-programme du Ministère ;
- ✓ d'élaborer les outils d'opérationnalisation du budget-programme ;
- ✓ d'élaborer les fiches de projets et d'avancement des projets ;
- ✓ de suivre la mise en œuvre des actions des structures, projets et programmes du Ministère sur la base d'un système d'indicateurs pertinents ;
- ✓ d'établir les bilans périodiques (trimestriels, semestriels et annuels) d'exécution du budget-programme ;
- ✓ de réaliser l'analyse de la pertinence de la performance des actions menées dans le secteur ;
- ✓ d'organiser le suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes du secteur de la Décentralisation et de l'Aménagement du Territoire ;
- ✓ d'assurer le secrétariat des sessions des organes de suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes ;
- ✓ de piloter les missions d'évaluations des politiques et programmes du secteur ;élaborer les rapports de performance ;
- ✓ d'élaborer les rapports trimestriels et annuels de l'exécution sectorielle du Programme d'Investissements Publics (PIP).

## 2.9 Le Programme National de Construction, d'Equipements et de Fonctionnalités des Formations Sanitaires (PNCEFFS)

Afin de mieux comprendre le Programme, il faut présenter une fiche d'analyse et d'évaluation communément appelée « fiche ANAPROG »<sup>11</sup>, une cartographie des risques du programme et un cadre logique du PNCEFFS (Voir Annexe 1)

### 2.9.1 Fiche ANAPROG

- Nom du projet : Programme National de Construction, d'Equipements et de Fonctionnalité des Formations Sanitaires (PNCEFFS).
- Structure de tutelle : Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM)
- Equipe de projet : Elle comprend un Coordonnateur National, un Coordonnateur National Adjoint, un régisseur, un Assistant régisseur et d'un personnel d'appui (deux secrétaires, deux conducteurs de véhicule administratif et un agent de liaison)
- Date de démarrage : 1<sup>er</sup> /01/ 2007 Date d'achèvement (initiale) : 31/12/2011 Date d'achèvement (prorogation) : 31/12/2016
- Historique du projet :

Le Programme est né de la mise ensemble de huit projets interdépendants du secteur Santé. Les projets sont : Renforcement de l'Appui aux Zones Défavorisées et Enclavées en matière de Santé, Viabilisation des Infrastructures Sanitaires Existantes, Construction et Equipement des Centres de Santé en milieu rural, Renforcement des Equipements des Formations Sanitaires, Appui à la décentralisation des Services de Santé, Achèvement des Constructions, Construction et Fonctionnalité des Centres d'Action pour l'Evolution de la Santé, Construction de 24 centres de santé en milieu rural. Une unité de gestion composée du coordonnateur, du coordonnateur adjoint, du régisseur et de l'assistant régisseur est chargé de manager les différents projets du Programme.

- Contexte et Justification du programme :

---

<sup>11</sup>Cette fiche ANAPROG est obtenue auprès des agents du PNCEFFS

Le système sanitaire béninois est basé sur une pyramide à trois niveaux. Le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Ce dernier est composé des centres de santé et hôpitaux de zone. Ces différentes formations sanitaires de premier niveau constituent des pièces maîtresses de la politique nationale de santé. Leurs résultats devraient augurer de ce que l'on est en droit d'attendre comme effets de la nouvelle politique de décentralisation institutionnelle. Il se fait que la plupart de ces établissements de santé ne sont pas bien équipés ou ne répondent pas aux normes. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé a mis en place le Programme National de Construction, d'Equipements et de Fonctionnalités des Formations Sanitaires.

➤ Coût du projet.

Le coût total est de 80, 646 milliards de F CFA dont un besoin en financement de 44,654 milliards de F CFA.

➤ Effets attendus du Projet:

Augmentation du taux de fréquentation au niveau des formations sanitaires Réduction du taux de morbidité et de mortalités dues aux pathologies courantes.

➤ Les réalisations physiques du projet au 31 mars 2014 :

**Tableau 7: Réalisation physique du PNCEFFS**

Réalisations physiques	Taux d'exécution (%)
Construction et équipement des Centres de Santé de Kaobagou, Gnemasson, Brignamaro, Tatonoukon, Effèhountè, Odomèta, Omou, Towé, et Gangban	100%
Construction des CSA Attokoligbé, Zéko, et Akpadanou	100%
Construction hôpitaux de zone de Kouandé et de Pobè	62% 17,33%
Construction de dépôts répartiteurs de médicaments dans tous les chefs-lieux de départements	(100%)
Construction et équipement de la morgue de l'hôpital de zone de Tanguiéta et de Savè-Ouèssè	100%

Construction et équipement de la maternité isolée de kikéli	100%
Construction de l'Unité des soins d'urgences psychiatriques au CNHP de Jacquot	100%
Aménagement des blocs administratifs des hôpitaux de zone de Ouidah et d'Abomey-Calavi	100%
Construction et équipement d'un bâtiment pour la radiologie de l'hôpital de zone de Banikoara.	100%
Construction de la maternité isolée de Tandou et de Gbeffa.	100%
Construction de la maternité de Toui	100%
Construction d'un château d'eau de 25 m3 au CSA de Biro dans la commune de Nikki	100%
Construction d'un château d'eau de 25 m3 au CSA de Gnonkourokali	100%
Construction du bâtiment de radiologie de l'hôpital de zone de Malanville	100%
Construction du bureau d'encadrement de la Zone Sanitaire de Pobè	100%

➤ Profil et expériences des dirigeants du PNCEFFS

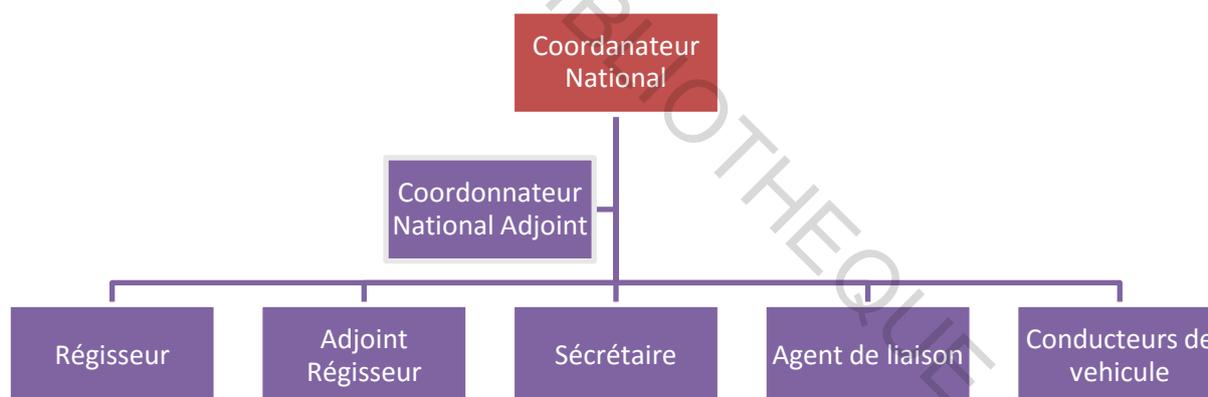
**Tableau 8: Récapitulatif des profils et expériences des dirigeants du PNCEFFS.**

Nom et Prénom	Qualifications	Cadre dans le projet
HOUDETON Godonou Laurent	Ingénieur Biomédical	Coordonnateur National
OKETOKOUN Moudachirou	Ingénieur des services Techniques des Travaux Publics	Adjoint Coordonnateur National
OLOUKOI Worou Isidor	Administrateurs des services financiers	Régisseur (Comptable)

ADJAHOUTONON Sylviane	Administrateurs des services financiers	Assistant Régisseur (Assistant comptable)
ANIAMBOSSOU Prisque	Service administratif	Chef Secrétariat
AYI MEGNAGLO Calixte	Chauffeur	Conducteur des véhicules administratifs
VIGAN Constant	Service administratif	Agent de liaison

Source : **PNCEFFS**.

➤ Organigramme du PNCEFFS



### 2.9.2 Cartographie des risques du PNCEFFS

La cartographie des risques est un outil qui permet d'identifier les aléas susceptibles d'entraîner une perte financière, humaine ou d'image pour l'entreprise.

Elle permet d'analyser, de classer, de comparer et d'hiérarchiser les risques afin de pouvoir mettre en place des méthodes et procédures dans le double but de les prévenir et de les maîtriser, voire même éliminé.

Il faut savoir que l'élaboration d'une cartographie n'est pas une fin en soi. Mais elle permet de faire un état des lieux pour mettre en place des mesures correctives. On peut alors définir une cartographie des risques comme étant tout simplement une carte qui permet de synthétiser les risques de l'entreprise. Ici dans le cas précis, les risques du PNCEFFS se font remarquer au niveau de l'organisation, des contrats fait, du personnel, de la gestion financière, du chantier de construction, et à la maintenance des équipements. Ces risques se déclinent comme suit :

#### ❖ Risques liés à l'organisation

Ils comprennent :

- ✓ une mauvaise organisation du programme prenant en compte la gestion risques.
- ✓ une fonction « risque » mal définie dans la gestion des projets aux plans des ressources allouées et des responsabilités ;
- ✓ une stratégie en matière de gestion des risques qui est non partagée par tous les acteurs ;
- ✓ une mauvaise circulation de l'information entre les différents acteurs du programme ;
- ✓ une faible implication des bénéficiaires directs

#### ❖ Risques liés aux contrats

Ils s'articulent autour :

- ✓ d'un contexte règlementaire et contractuel en vigueur peu adapté au développement de la gestion des risques ;
- ✓ d'une absence d'un processus de prise de décision permettant de désigner les responsabilités de chaque acteur ;

- ✓ de l'absence d'une analyse préalable des risques ou étude de faisabilité avant toute contractualisation.

❖ Risques liés au personnel :

Ils sont axés sur :

- ✓ Manque de motivation du personnel ;
- ✓ l'absence de certains membres du programme ce qui entrave les résultats attendus dans le projet.

❖ Risques liés à la gestion financière

Ils se manifestent comme suit :

- ✓ le coordonnateur du programme est le seul gestionnaire de crédit du programme ;
- ✓ en cas d'absence du coordonnateur, l'initiative des dépenses publiques est bloquée.

❖ Risques liés au chantier

- ✓ inexistence d'un planning rigoureux de suivi des chantiers ;
- ✓ suivi peu régulier des travaux ;
- ✓ non prise en compte des aléas climatiques.

❖ Risques liés à la maintenance des équipements :

Parmi eux figurent :

- ✓ l'irrégularité et non planification de l'entretien et de la maintenance des équipements ;
- ✓ la vétusté de certains équipements ;
- ✓ la forte insuffisance des ressources financières allouées au secteur de la maintenance ;
- ✓ un personnel peu qualifié ;
- ✓ un faible niveau d'acquisition des outils de maintenance.

**DEUXIEME PARTIE**

CESAG BIBLIOTHEQUE

### Chapitre 3 : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE DES DONNEES

#### 3.1 Etat des lieux du PNCEFFS

##### 3.1.1 Les principales activités du PNCEFFS prévues et réalisées à terme

Ces activités sont regroupées dans le tableau suivant :

**Tableau 9: Les activités du PNCEFFS prévues et réalisés à terme**

Numéro	Activités	Taux d'exécution physique (%)
1	Construction des HZ de Natitingou et de l'hôpital AMR de Dangbo	100
2	Acquisition d'un automate d'hématologie au profit de l'HZ de Suru Léré	100
3	Acquisition d'un moniteur de surveillance au profit de l'HZ de Savalou	100
4	Acquisition d'une lampe à fente et tonomètre à aplanation au profit de l'HZ de Malanville	100
5	Acquisition d'une lampe sciatique au profit de l'HZ de Kouandé	100
6	Acquisition d'un échographe au profit de l'HZ d'Aplahoué	100
7	Acquisition de dispositifs médicaux au profit de l'HZ de Papané (Tchaourou, maternité isolée de Hévê (Grand-Popo, de Kikéli (Bassila)	100
8	Installation et mise en service d'équipements de morgue au profit des HZ de Suru-Léré et Tanguiéta	100

Numéro	Activités	Taux d'exécution physique (%)
9	Acquisition de mobiliers au profit du PNCEFFS	100
10	Acquisition de 4 régulateurs et 4 onduleurs de au profit du PNCEFFS	100
11	Acquérir de matériel informatique au profit du PNCEFFS	100
12	Réhabilitation de l'hôpital de Sagon en centre pédiatrique et construire le CS de Kalalé	100
13	Construction du CS de Brignamaro	100
14	Réhabilitation du logement du MCZS TCHAOUROU	100
15	Construction de la morgue de l'hôpital de zone de Tanguiéta	100
16	Construction du 2ème étage de la Direction de la Programmation et de la Prospective.	100
17	Aménagement de l'ancienne aire et construire la clôture de l'arrière-cour de la cantine du Ministère de la Santé	100
18	Construction du dépôt répartiteur pharmaceutique dans la zone sanitaire de Banikoara	100
19	Construction du CSA Gomparou dans la commune de Banikoara	100
20	Construction du bloc d'hospitalisation à l'hôpital de zone de Papané	100

Numéro	Activités	Taux d'exécution physique (%)
21	Réhabilitation du logement du médecin coordonnateur de la ZS de Tchaourou au profit de COBAGECI	100
22	Construction d'une radiologie à l'Hôpital de Zone de Banikoara	100
23	Construction de la maternité isolée de Djibio dans la commune de Houéyogbé	100
24	Construction de la maternité isolée et des latrines au centre de santé de hèvè dans la commune de Grand-Popo	100
25	Construction d'un DRP dans la ZS de Malanville-Karimama	100
26	Construction d'un DRP dans la ZS de Kandi-Ségbana	100
27	Construction du bureau de l'équipe d'encadrement de zone sanitaire de Pobè	100
28	Construction du CSA Tatonoukon	100
29	Construction du CSA Towé (lot n°5)	100
30	Construction du CSA omou (lot n6)	100
31	Construction du CSA de Gangban	100
32	Construction de la passerelle du CSA de Gangban	100
33	construction de la clôture du CSA de Monkpa	100

Numéro	Activités	Taux d'exécution physique (%)
34	Construction d'un bloc cuisine à l'Hôpital de Zone de Adjohoun (Commune d'Adjohoun)	100
35	Construction du CSA Atchoukpa dans la commune de Avrankou	100
36	Construction d'un bloc d'hospitalisation au CHPP Akron dans la commune de Porto-novo	100
37	Construction d'un bloc d'hospitalisation à l'hôpital de zone de Dassa	100
38	Construction du CSA Atokoligbé	100
39	Construction du CSA Zéko	100
40	Construction d'une maternité et de ses annexes à Savè Plateau	100
41	Réhabilitation du CS Djondji	100

NB : HZ= Hôpitaux de zone ; CS= Centre de santé ; CSA= Centre de santé d'arrondissement ; DRP= Dépôt répartiteur pharmaceutique ; MCZS= Médecin coordonnateur de Zone sanitaire ; ZS= Zone sanitaire.

### 3.1.2 Les principales activités du PNCEFFS réalisées avec retard

**Tableau 10: Tableau sur les activités du PNCEFFS ayant accusé de retard**

Numéro	Activités	Taux d'exécution physique (%)	OBSERVATIONS
1	Construction du bloc chirurgical du CS de KALALE	90	Ce taux s'explique par le fait que le PNCEFFS a demandé l'entrepreneur de

			changer les portes en bois en métalliques à cause du harmattan qui sévit dans la zone.
2	construction du CSA Founougo	95	

NB : HZ= Hôpitaux de zone ; CS= Centre de santé ; CSA= Centre de santé d'arrondissement ;  
DRP= Dépôt répartiteur pharmaceutique ; MCZS= Médecin coordonnateur de Zone sanitaire ;  
ZS= Zone sanitaire.

### 3.1.3 Les principales activités du PNCEFFS prévues mais abandonnés

**Tableau 11 : Tableau sur les activités du PNCEFFS abandonnés**

Numéro	Activités	Taux d'exécution physique (%)	OBSERVATIONS
1	Poursuivre les travaux de construction du CS Kassoua dans la commune de Ouaké	40	Chantier abandonné faute de moyens financiers
2	construction du CSA Soroko dans la commune de Banikoara	53	Chantier abandonné faute de moyens financiers
3	construction de l'hôpital de zone de Pobè	15	Chantier abandonné car l'entrepreneur n'a pas respecté les clauses du contrat ; en plus les travaux n'étaient pas de qualité
4	de construction du	67	Chantier abandonné faute de

	logement du médecin coordonnateur de Bembèrèkè (chantier abandonné)		moyens financiers
5	construction de la maternité isolée de kotocoli	16,19	la remise de site est faite sauf que le caractère du sol n'a pas été pris en compte lors de l'attribution du bon, Une équipe PNCEFFS-DIEM a apprécié la situation du sol et faire des propositions. Ce qui a retardé le démarrage des travaux. Aussi l'Entreprise a introduit une demande d'avance de démarrage avec une caution de validité courte. Elle a été invitée à revoir sa caution avant le paiement

NB : HZ= Hôpitaux de zone ; CS= Centre de santé ; CSA= Centre de santé d'arrondissement ; DRP= Dépôt répartiteur pharmaceutique ; MCZS= Médecin coordonnateur de Zone sanitaire ; ZS= Zone sanitaire.

### 3.2 Le système de passation de marché au Ministère de la Santé

Les structures impliquées dans le suivi de l'exécution des marchés au Ministère de la Santé sont : La Personne Responsable des Marchés Publics (PRPM), La Cellule de Contrôle des Marchés publics (CCMP), la Direction des Infrastructures (DIEM) et la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM).

#### 3.2.1 La PRPM

Conformément à l'article 1<sup>er</sup> et 2 du Décret N°2010-496 du 26 novembre 2010 portant attribution, organisation et fonctionnement de la Personne RESPONSABLE DES Marchés Publics (PRMP), de Commission de Passation et des Cellules de Contrôle des Marchés Publics, l'Autorité Contractante mandate une Personne Responsable des Marchés, chargée de mettre en œuvre la procédure de passation, depuis le choix de cette dernière jusqu'à la désignation de l'attributaire et l'approbation du marché définitif ou de la délégation de service public. Elle est habilitée, sous délégation de l'Autorité Contractante, à signer le marché ou la

convention de délégation de service public au nom et sous le contrôle de l'Autorité Contractante.

### **3.2.2 La DIEM**

Conformément à l'article 57 du décret N° 2012-272 du 13 Août 2012 portant attribution, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, la Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM) assure la conception, le suivi et l'évaluation des activités de génie civil (construction, réhabilitation et entretien). Elle est l'organe chargé de la gestion et de la maintenance des équipements médico-techniques du Ministère de la Santé.

### **3.2.3 La DRFM**

La Direction des Ressources Financières et du Matériel assure la gestion des ressources financières et matérielles du Ministère. Elle est chargée par exemple d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer un plan d'investissement et de maintenance ; aussi de mettre en place une base de données et un dispositif de collecte, de traitement des informations pour une gestion saine, efficace et efficiente des ressources financières et matérielles.

### **3.3 La procédure de passation des marchés de travaux**

Un marché de travaux est un contrat qui a pour objet, soit l'exécution, soit la conception et l'exécution au bénéfice d'une Autorité Contractante de tous travaux de bâtiment, de génie civil, génie rural ou réfection d'ouvrages de toute nature. Au Ministère de la Santé, les dépenses de travaux dont les montants sont inférieurs ou égaux à soixante millions de francs CFA (60.000.000 CFA) sont effectuées suivant les règles d'exécution des marchés publics.

La procédure de passation se fait en une succession d'étapes dont me respect scrupuleux concourt à l'optimisation des dépenses publiques. Au nombre de ces étapes, nous pouvons retenir :

- la définition des besoins et l'élaboration du plan annuel de passation des marchés publics ;
- l'élaboration du DAO (dossier d'appel d'offre) et sa publication ;
- la réception et l'ouverture des plis ;
- le dépouillement et l'évaluation des offres
- l'attribution définitive et la signature du contrat de marché ;
- l'approbation et l'authentification du marché ;

- la notification du marché au titulaire

### **3.3.1 La définition des besoins et l'élaboration du plan annuel de passation des marchés de travaux**

C'est la toute première étape d'une procédure de passation des marchés publics. C'est le lieu pour l'Autorité Contractante d'exprimer ses besoins qu'elle compte satisfaire au cours de l'année. Selon l'article 22 de la Loi n°2009-02 du 07 Août 2009 portant Code des Marchés Publics et des Délégations de Service Public « La nature et l'étendue des besoins doivent être déterminées avec précision par l'Autorité Contractante avant tout appel à la concurrence ou toute procédure de négociation par entente directe. Le marché public ou la délégation de service conclu par l'Autorité Contractante doit avoir pour objet exclusif de répondre à ces besoins. » A cet effet, la PRMP transmet un courrier à toutes les directions centrales, les directions techniques, les directions techniques, les coordinations de projet et programme du MS, pour recenser leurs différents besoins en fournitures et matériels de fonctionnement, prestations de services et travaux selon les prévisions budgétaires de l'année.

Le plan annuel de passation des marchés publics est un document qui décrit les différents marchés à passer au cours de l'année ainsi que le mode de passation, la source de financement et la date de notification du marché et autres détails y afférents (montant estimatif, chapitre d'imputation, date de transmission, publication, signature...). Après la réception des besoins susmentionnés, la PRMP procède à l'élaboration du plan prévisionnel annuel de passation des marchés publics sur la base du Plan d Travail Annuel (PTA). Il faut donc noter ici **un retard dans l'élaboration du plan prévisionnel de passation des marchés publics**. Une fois que le projet du plan prévisionnel est établi, il est transmis à la CCMP pour validation puis envoyé à la Direction National du Contrôle des Marchés Publics (DNCMP).

### **3.3.2 Elaboration du DAO et sa publication**

Le Dossier d'appel d'offre (DAO) est un document comprenant les renseignements nécessaires pour l'élaboration de la soumission, l'attribution du marché et son exécution. Il est élaboré par la PRMP sous la responsabilité de l'Autorité Contractante (AC) et permet de préciser les conditions, les règles et les exigences d'une mission, d'une tâche à exécuter par un fournisseur, un entrepreneur, un consultant en vue de résoudre un problème spécifique ou d'améliorer une situation tout en déterminant les résultats attendus.

Le DAO des marchés de travaux se fait par la DIEM. Elle élabore les spécifications techniques en collaboration avec les responsables des projets et des programmes conformément au DAO type susmentionné. De ce point, nous pouvons affirmer que le **MS a à sa disposition un DAO type sur la base duquel il élabore les DAO correspondants au marché de travaux**. Le projet de DAO une fois élaboré, est transmis à la CCMP pour étude et validation. Lorsque cette dernière donne son avis favorable, elle fait apposer par la mention « BON A LANCER » sur chaque page du DAO. Après l'obtention du « BON A LANCER », l'avis d'appel d'offre est inséré par la PRMP pour publication dans le journal des marchés publics pour toute autre publication nationale, ou internationale.

Il convient de préciser que pour les marchés sur financement extérieur, la PRMP doit recevoir l'avis de non objection (ANO) du bailleur ou du partenaire technique et financier après celui de la CCMP à chaque étape de la procédure.

#### Réception et ouverture des plis

Les offres du soumissionnaire sont contenues dans une seule enveloppe sous plis fermé comprenant les renseignements relatifs à la candidature, la garantie d'offre requise et séparément l'offre technique et l'offre financière. Ces offres sont déposées contre récépissé au secrétariat de la PRMP à la date fixée et à l'heure limite de dépôt. Les plis parvenus postérieurement aux dates et heures limites de dépôt sont écartés et retournés aux soumissionnaires à la séance d'ouverture. Nous remarquons donc une transparence dans la procédure de réception des offres au sein du MS. La réception des offres pas le secrétariat donne lieu à un enregistrement de plis dans l'ordre de leur dépôt, par opposition sur chacune des enveloppes d'un numéro d'ordre, de la date et de l'heure de dépôt. Les plis restent fermés et cachetés jusqu'à l'ouverture. Aux termes de l'article 76 du Code des Marchés Publics, la séance d'ouverture des plis est publique et a lieu à la date et à l'heure fixées dans le DAO en présence des candidats ou de leurs représentants ainsi qu'en présence d'un observateur indépendant. On constate cependant que la séance d'ouverture n'a pas lieu en présence d'un observateur indépendant. La séance d'ouverture est faite par une commission de passation composée comme suit :

- la PRMP ou son représentant qui en assure la présidence ;
- le Directeur technique concerné ou son représentant ;
- le Délégué du contrôleur financier ;

- le Directeur Général des Impôts et des domaines ou son représentant ;
- un juriste ;
- un Représentant de la CCMP ;
- un Représentant de la PRMP.

A cette séance d'ouverture, le représentant de la PRMP présente d'abord brièvement les dispositions du DAO relatives à l'ouverture des plis, ensuite indique le nombre de candidats ayant acheté le DAO et qui ont déposé leurs offres et enfin vérifie la présence des soumissionnaires ou de leurs représentants par l'établissement d'une liste de présence. Chaque membre de la commission de passation, vérifient la présence matérielle des éléments constitutifs des offres de chaque soumissionnaire. Ces renseignements sont consignés dans le procès-verbal de la séance d'ouverture auquel est jointe la liste signée par les membres de la commission de passation des marchés, et les soumissionnaires et leurs représentants. Ce procès-verbal est remis sans délai à tous les soumissionnaires qui en font la demande. Il est procédé ensuite au dépouillement des offres.

### 3.3.3 Dépouillement et évaluation des offres

Conformément à l'article 78 du Code des Marchés Publics et des Délégations de Service Public (CMPDSP) « les copies des offres reçues sont confiées à une sous-commission d'analyse désignée par le Président de la commission de passation des marchés pour évaluation et classement ». La commission de dépouillement vérifie l'existence et la validité des pièces selon les prescriptions contenues dans le règlement particulier du DAO. Il est procédé ensuite à l'évaluation des offres techniques puis des offres financières.

L'évaluation des offres techniques consiste à la vérification de la présence de la conformité des caractéristiques techniques proposées à celles exigées dans le DAO. L'évaluation quant à elle consiste à la vérification de la concordance devant exister entre les montants écrits en toutes lettres et ceux consignés en chiffres, à la vérification de la conformité des quantités fixées dans le DAO. L'article 78 du CMPDSP prévoit que le rapport d'analyse des offres doit être établi dans un délai de quinze (15) jours. Cependant, on remarque au cours du stage que l'échéance légale dévaluation des offres n'est pas toujours respectée. On note alors **le non-respect de l'échéance légale retenue pour l'évaluation des offres.**

### 3.3.4 Attribution définitive et approbation du marché

La PRMP notifie le marché au soumissionnaire retenu après attribution définitive. Elle informe par écrits aux autres soumissionnaires de ce que leurs offres ne sont pas retenues et leurs garanties de soumission sont libérées. Elle se charge d'élaborer le projet de contrat et le fait signer au soumissionnaire retenu puis le transmet au Ministre de la santé pour signature lorsque le marché est sur financement du budget national.

S'il s'agit d'un marché sur financement extérieur, le projet de contrat est signé par le Ministre de la santé, le titulaire du marché, le Directeur Général de la Caisse Autonome d'Amortissement.

Aux termes de l'article 91 du CMPDSP, le Ministre de l'Economie et des Finances (MEF) est l'Autorité compétente pour approuver le marché. Cette approbation doit intervenir pendant la période de validité des offres dont la durée ne peut excéder quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de dépôt des soumissions. Passé ce délai, le soumissionnaire est autorisé à retirer son offre. Mais dans la réalité, ce délai n'est pas respecté et des contrats de marchés sont approuvés après expiration du délai de validité des offres. On note **une approbation tardive des contrats de marchés** par le MEF. Après approbation du MEF, la DNCMP se charge d'attribuer un numéro au contrat de marché et procède ensuite à son authentification. Le marché ainsi approuvé est transmis à la PRMP pour notification à son titulaire.

### 3.3.5 Notification du marché au titulaire

Après l'approbation du marché, la PRMP notifie le marché au titulaire en élaborant la lettre de notification qui sera transmise à la société attributaire. Cette notification doit intervenir dans les trois (3) jours calendaires suivant la date de son approbation. Mais, ce délai n'est pas respecté ; on déplore **alors une notification tardive du marché au titulaire**.

Il est à retenir qu'il existe une **black-list** dans la procédure de passation des marchés ; on entend ici par black list, la liste des entreprises prestataires qui n'ont pu honorer leur engagement contractuel sans que l'état ne leur reste devoir régler la somme due. On peut citer les plus importants :

- ✓ Services locaux ;
- ✓ MW ;
- ✓ Experience-Plus ;

- ✓ SAMFAL ;
- ✓ ECAB ;
- ✓ ETORAY ;
- ✓ CIE Equipements

### 3.4 Présentation des résultats et analyse des données

Il s'agit dans cette section, de présenter les résultats de l'enquête, de les analyser et de faire des recommandations ainsi que les conditions de mise en œuvre.

#### 3.4.1 Présentation et analyse des données de l'enquête

Ici, il faut présenter et analyser les données collectées afin de vérifier si les différentes hypothèses émises expliquent véritablement les problèmes spécifiques qui leur sont liés afin d'établir le diagnostic pouvant conduire aux recommandations.

#### 3.4.2 Présentation et analyse des données relatives au problème de l'inexistence d'un système de gestion des risques

L'enquête a été réalisée auprès des agents de la DPP, des coordonnateurs de projets et des programmes du MS et de la DIEM

Le tableau suivant montre l'avis des enquêtés.

Il faut noter que le taux en pourcentage (T) de chaque cause qui se trouve dans le tableau qui suit est déterminé suivant cette formule :

$$T = (\text{effectif de chaque cause} / \text{effectif total des causes}) * 100$$

**Tableau 12 : récapitulatif des causes relatives à l'inexistence d'un système de gestion des risques**

Causes	Effectif	Taux en pourcentage
Manque de connaissance dans le domaine de la gestion des risques	05	16,66%
Mauvaise étude de faisabilité du programme	08	26,67%
Pas de plan de contingence (plan de gestion des risques)	17	56,67%

Total	30	100%
-------	----	------

Source : Enquête

Le tableau montre que 16,66% des enquêtés estiment que l'inexistence d'un système de gestion des risques est due à un manque de connaissance dans le domaine de la gestion des risques; 26,67%des enquêtés pensent que l'inexistence d'un système de gestion des risques est due à une mauvaise étude de faisabilité du programme et 56,67% des enquêtés disent que l'inexistence d'un système de gestion des risques est due à une absence d'un plan de contingence (plan de gestion des risques).

### 3.4.3 Présentation et analyse des données relatives au non-respect des délais contractuels

Ici, contrairement au premier cas, l'enquête a été réalisée sur un échantillon de cinquante (50) individus incluant les entreprises contractantes. Le tableau suivant montre l'avis des enquêtés.

**NB :** Le taux en pourcentage (T) de chaque cause qui se trouve dans le tableau qui suit est déterminé suivant cette formule :

$$T = (\text{effectif de chaque cause} / \text{effectif total des causes}) * 100$$

**Tableau 13: récapitulatif des causes relatives au non-respect des délais**

Causes	Effectifs	Taux en pourcentage
Mauvaise organisation de l'entreprise contractante	8	16%
Retard dans le paiement des décomptes	42	84%
Total	50	100%

Source : Enquête

Seulement **16%** des enquêtés estiment que le non-respect des délais contractuels est dû à la mauvaise organisation de l'entreprise contractante et plus de **80%**des enquêtés pensent que le non-respect des délais contractuels est dû à un retard dans le paiement des décomptes.

### 3.4.4 Présentation et analyse des données relatives au retard ou abandon des travaux

Le tableau suivant montre l'avis des enquêtés.

**NB** : Le taux en pourcentage (T) de chaque cause qui se trouve dans le tableau qui suit est, est déterminé suivant cette formule :

$$T = (\text{effectif de chaque cause} / \text{effectif total des causes}) * 100$$

**Tableau 14: récapitulatif des causes relatives au retard ou abandon des travaux.**

Causes	Effectifs	Taux en pourcentage
Insuffisance de ressources matérielles, humaines et financières	12	40%
Suivi peu régulier de l'état d'avancement des travaux	18	60%
Total	30	100%

Source : Enquête

**40%** des enquêtés pensent que le retard ou l'abandon des travaux est dû au manque de ressources financières, matérielles et humaines et **60%** pensent que le retard ou l'abandon des travaux est dû au suivi peu régulier de l'état d'avancement des travaux.

### 3.5 Identification des causes réelles

Dans cette section, la vérification des hypothèses est faite ainsi qu'à l'identification des causes réelles des problèmes préalablement cités.

#### 3.5.1 Cause (s) réelle (s) relatives à l'inexistence d'un système de gestion des risques.

Pour identifier, la ou les cause (s) se trouvant à la base de ce problème spécifique, il convient de retenir que toute cause dont le résultat d'enquête est supérieur à 50% sera considérée comme cause réelle. Au regard des résultats obtenus, les observations suivantes peuvent être faites :

- ✓ 16,66% des enquêtés estiment que l'inexistence d'un système de gestion des risques est due à un manque de connaissance dans le domaine de la gestion des risques ;
- ✓ 26,67% des enquêtés pensent que l'inexistence d'un système de gestion des risques est due à une mauvaise étude de faisabilité du projet ;

- ✓ 56,67% des enquêtés disent l'inexistence d'un système de gestion des risques est due à une absence d'un plan de contingence.

L'absence d'un plan de contingence ayant obtenu un taux égal à 56,67% supérieur donc à 50% des avis recueillis. Ceci nous permet donc d'affirmer que l'absence d'un plan de contingence est une cause réelle de l'inexistence d'un système de gestion des risques.

### **3.5.2 Cause (s) réelle (s) relatives au non-respect des délais contractuels.**

En considérant la règle des 50%, au regard des résultats obtenus, les observations suivantes peuvent être faites :

- 16% des enquêtés estiment que le non-respect des délais contractuels est dû à la mauvaise organisation de l'entreprise contractante ;
- 84% des enquêtées pensent que le non-respect des délais contractuels est dû à un retard dans le paiement des décomptes.

Il ressort de cette analyse que, le retard dans le paiement des décomptes a obtenu un taux égal à 84% largement supérieur à 50% des avis recueillis. Nous pouvons affirmer le retard dans le paiement des décomptes est une cause réelle du non-respect des délais contractuels.

### **3.5.3 Cause (s) réelle (s) relatives au retard ou abandon des travaux**

Il convient ici de retenir les mêmes critères d'analyse. Ainsi, au regard des résultats obtenus, les observations suivantes peuvent être faites :

- ✓ 40% des enquêtés pensent que le retard ou l'abandon des travaux est dû au manque de ressources financières, matérielles et humaines ;
- ✓ 60% pensent que le retard ou l'abandon des travaux est dû au suivi peu régulier de l'état d'avancement des travaux.

Ceci permet de dire que le retard ou l'abandon des travaux est essentiellement causé par le suivi peu régulier de l'état d'avancement des travaux.

## **Conclusion**

L'analyse diagnostique du mécanisme de gestion du secteur a révélé que l'insuffisance dans la gestion du secteur est favorisée par une absence de cadre adéquat de gestion et de développement des actions de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier

entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base. Cette situation est surtout favorisée d'une part, par une faiblesse dans les capacités des structures de gestion à planifier, à coordonner et à évaluer afin d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan de développement du secteur et d'autre part, par une mauvaise planification en matière d'infrastructures et équipements. Pour trouver solution à ces insuffisances, il est envisagé d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan national de développement sanitaire d'une part, et une longue durée de vie aux équipements, infrastructures et matériels roulants d'autre part.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Chapitre 4 : RECOMMANDATIONS ET CONDITION DE MISE EN ŒUVRE.

### 4.1 Recommandations liées à chaque problème.

#### 4.1.1 Recommandation par rapport au problème de l'inexistence d'un système de gestion des risques

Afin que le PNCEFFS puisse maîtriser les risques identifiés dans la gestion De celui-ci, trois (3) recommandations sont formulées :

- La mise en place d'un système de gestion des risques qui devrait d'abord passer par une étude préalable des risques dès les premières phases de définition du programme.
- La mise en place d'un plan ou d'une démarche de gestion des risques

Voici en huit points, comment établir un bon plan de management des risques efficace dans la gestion du PNCEFFS.

D'abord, le plan de management des risques, est un document qui contient toutes les démarches organisationnelles et qui pourra être amené à évoluer tout au long du projet en fonction de l'évolution du contexte ou de l'arrivée de nouveaux acteurs. Ce plan, constitue le support de la démarche de management des risques auquel tous les acteurs peuvent adhérer au fur et à mesure de leur apparition dans le projet.

1ère étape : Comprendre comment fonctionne la gestion des risques.

Tout projet est soumis à des incertitudes qui empêchent les actions de se réaliser, qui le retarde ou qui freine la prise de décision. Ces incertitudes sont appelées risques.

Plusieurs facteurs doivent être identifiés afin d'analyser des risques; et adaptons le cas qui fait l'objet d'étude soit le PNCEFFS :

- ✓ l'évènement : Qu'est ce qui pourrait arriver ?

Par exemple : le risque du retard ou d'abandon des chantiers

- ✓ la probabilité : quelle la probabilité que cela se produise ?

La probabilité que le retard ou l'abandon des chantiers se produise est moyennement élevée.

- ✓ l'impact : est-ce grave si cela se produisait ?

Si ce risque se produit, l'impact serait que le projet n'arrive pas à terme dans les délais prévus ou encore que ce risque engendre d'énormes coûts supplémentaires pour arriver à terme.

- ✓ La mitigation ou atténuation : Comment réduire la probabilité que cela se produise ?

Pour réduire ce risque, l'état d'avancement des travaux sur les chantiers doivent être suivis régulièrement.

- ✓ La contingence ou urgence : Comment réduire l'impact ?

Réduire l'impact de surcoût, ou de dépassement de délai revient à faire des évaluations à mi-parcours par exemple.

Les résultats obtenus grâce à l'analyse des éléments ci-dessus est ce que l'on appelle l'exposition. Il s'agit de la quantité de risque inévitable. Cette exposition est calculée pour aider à déterminer si le projet ou la tâche proposée doit avoir lieu. Elle permet également d'aider la direction à anticiper tous les problèmes qui risqueraient d'entraver le bon fonctionnement du projet.

2<sup>ème</sup> étape : Faire participer l'équipe de projet.

Un brainstorming au sein de l'équipe de projet favorise les échanges et permet de ne passer à côté d'aucun facteur important. Il s'agit ici de réunir plusieurs personnes qui connaissent le projet et de se poser des questions sur ce qui pourrait arriver, comment prévenir et quoi faire si cela arrive.

3<sup>ème</sup> étape : Tirer et classer tous les risques

Avant toute chose, il faut éliminer les risques improbables surtout s'il n'y a rien qu'on puisse faire pour atténuer leur impact.

Dans un second temps, il est essentiel de dresser la liste de tous les éléments de risque identifiés. Ici, pas besoin de les mettre en ordre pour le moment ; il faut juste les énumérer un par un et les classer ensuite du plus élevé au plus faible.

4<sup>ème</sup> étape : Identifier les conséquences de chaque risque.

Au ressorti du brainstorming, une liste complète de risque, classés est dégagée. L'analyse de cette liste permet de savoir ce qui se passerait si ceux-ci se manifestaient. A chaque risque est associé un impact direct ou indirect, financier, matériel, humain, ou tout autre.

5<sup>ème</sup> étape : Elaborer des stratégies de mitigation

L'identification des impacts engendrés par chaque risque permet alors de mettre en œuvre un plan de secours (plan de mitigation). Ces plans de mitigation ou d'atténuation des risques sont conçus pour réduire la probabilité de leur matérialisation ou les conséquences qu'ils pourraient engendrer s'ils se produisaient.

Par exemple, si le risque concerne un retard dans une tâche précise, il est possible d'atténuer ce risque en le planifiant au début du projet.

6<sup>ème</sup> étape : Elaborer des plans d'urgence

La stratégie d'urgence concerne les risques forts, seuls susceptibles d'entraîner la mort du projet. Ces plans sont construits pour tenter de réduire leurs impacts au cas où ils se produisent mais surtout de trouver des solutions de remplacement des tâches concernées.

Par exemple, si des éléments de construction des centres de santé ne sont pas arrivés à temps, il s'agira d'utiliser des pièces déjà existantes en attendant leur livraison.

7<sup>ème</sup> étape : Analyser l'efficacité des stratégies mises en place

Il faut se poser les questions de savoir : combien de risques ont pu être maîtrisés? A-t-on réduit la probabilité de survenance et l'impact des risques? En répondant à ces questions, on évalue si les stratégies de mitigation et les plans d'urgence sont fiables. L'analyse des résultats permettraient de gagner beaucoup de temps.

8<sup>ème</sup> étape : Surveiller les risques

La phase de surveillance des risques est importante tout au long du projet. Elle offre la possibilité de clôturer certains risques lorsque le degré d'exposition a diminué d'un seuil acceptable ou que le risque n'existe plus.

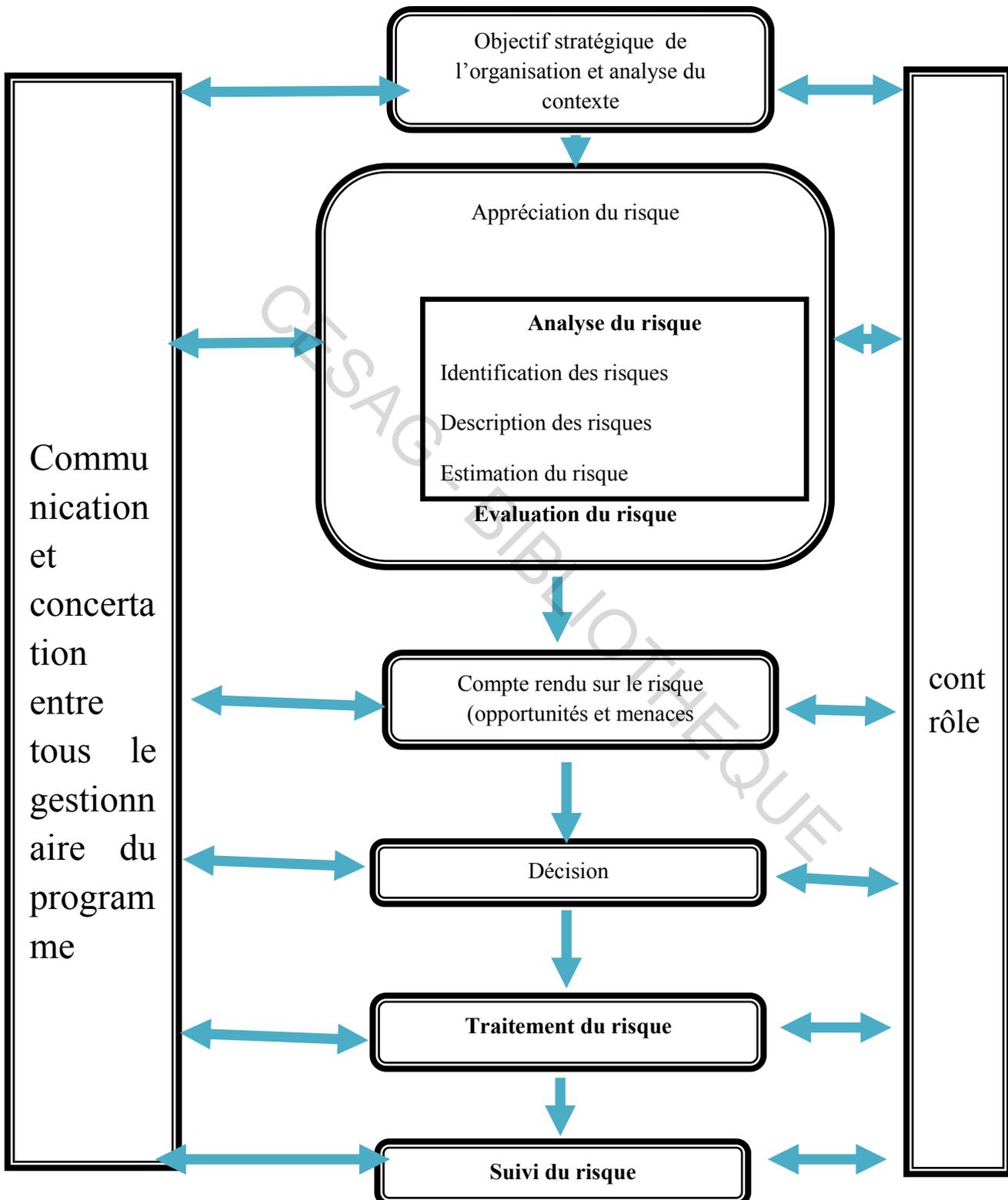
Par exemple, s'il apparaît que les mesures de mitigation pourraient ne pas s'avérer concluantes, et qu'il serait prudent de planifier des mesures de contingence qui n'auraient pas été élaborées lors de la phase de planification, cette phase permettra de réagir très vite et ainsi peut être sauvé le projet.

Après l'établissement du plan de management des risques, il convient de présenter un modèle de processus de gestion de risques que tous les acteurs doivent avoir à l'esprit durant la durée de vie du projet.

Pour cette étude sont retenues les étapes du processus de la norme ISO 31000 adapté au programme ici étudié, se présente dans la figure suivante :

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 4 : Modèle de processus de management de risque adapté PNCEFFS



Source : Extrait de la Norme ISO 31000

- L'élaboration d'une fiche de chaque risque identifié (voir annexe 3 )

#### **4.1.2 Recommandation par rapport au problème du retard dans les délais contractuels**

Le diagnostic a permis de constater que les retards dans les délais contractuels sont dus principalement au retard dans le paiement des décomptes. A cet effet, les recommandations suivantes sont retenues:

- le paiement à bonne date par le trésor public afin de permettre aux entrepreneurs d'exécuter les travaux dans les délais prévus ;
- la prise en compte systématique des intérêts moratoires en cas de non-paiement à bonne date des décomptes ;
- le respect des textes réglementant les clauses contractuelles des marchés sinon y appliquer les sanctions possibles.
- Le respect légal de l'échéance retenue pour l'évaluation des offres

#### **4.1.3 Recommandation par rapport au retard ou l'abandon des chantiers**

Etant donné que les retards et l'abandon des chantiers sont essentiellement causés par le suivi peu régulier des travaux sur les chantiers, il est alors recommandé :

- le renforcement du PNCEFFS en matière de ressources humaines, mais surtout financières et matérielles afin d'assurer le suivi régulier de l'état d'avancement des travaux ;
- la mise en place un plan de suivi des travaux en collaboration avec la DIEM, la SIEM et avec les DDS;
- la disposition d'un planning rigoureux pour le suivi des chantiers.

#### **4.2 Conditions de mise en œuvre**

Pour que, soient mises en application les différentes approches de solutions préconisées, certaines conditions nécessitent d'être remplies. L'objectif dans cette section est de déterminer lesdites conditions sans lesquelles ces solutions resteraient lettres mortes.

#### **4.2.1 A l'endroit des autorités du ministère**

Il s'agit:

- ✓ de prévoir des sanctions administratives et pénales (lettre de félicitations, primes de rendement, demande d'explication, etc.) à l'endroit ou à l'encontre des responsables ayant à charge la gestion des projets ;
- ✓ d'organiser une évaluation à mi-parcours pour tous les projets/programmes de façon systématique pour s'assurer l'état d'avancement des chantiers;
- ✓ d'éviter les interférences dans l'exécution des activités des projets et programmes ;
- ✓ d'élaborer et mettre en œuvre un plan de formation en gestion des risques au profit de tous les acteurs du MS pour le renforcement de leurs capacités ;
- ✓ de recruter des spécialistes en passation des marchés publics pour renforcer les capacités de la cellule de passation des marchés publics ;
- ✓ De recruter également des spécialistes dans le domaine de la gestion des risques.

#### **4.2.2 A l'endroit des agents de la CSE qui gagneraient**

Il s'agit :

- ✓ à organiser au moins une fois par mois des rencontres avec tous les coordonnateurs de projets et programmes pour recueillir les difficultés rencontrées dans la gestion de leur projet ;
- ✓ à assister techniquement les équipes de gestion de projets/programmes ;
- ✓ à suivre des formations de mise à niveau pour s'imprégner des nouveaux outils utilisés en matière de gestion des risques dans le secteur de la santé.

#### **4.2.3 A l'endroit des agents du PNCEFFS**

Il s'agit de :

- ✓ veiller à la non défaillance dans le suivi et l'exécution des travaux sur les chantiers ;
- ✓ faire attention aux retards et aux surcoûts dans les dépenses ;

- ✓ mettre en place un bon système de gestion des risques identifiés.

#### **4.2.4 A l'endroit des coordonnateurs**

Les coordonnateurs ainsi que toute l'équipe de direction doivent s'approprier le concept de la gestion des risques.

Les coordonnateurs doivent travailler en étroite collaboration avec les directeurs dont ils relèvent.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CONCLUSION GENERALE

Aucune œuvre n'étant parfaite, cette étude n'a donc pas la prétention d'être exhaustive sur la question de la gestion des risques des projets et projets d'investissement publics.

Au demeurant, le management des risques est une activité qui se déroule pendant toute l'existence du projet et englobe donc l'identification du risque, l'estimation ou l'analyse, le pilotage et la capitalisation. De surcroît, la mauvaise appréciation du risque engendre des coûts colossaux voire des conséquences directes sur la vie des promoteurs.

Cependant, le risque est perçu par les promoteurs des projets comme étant une fatalité ou encore un événement pouvant arriver sans aucune planification. Le souci alors dans cette étude est de démontrer que le risque peut être planifié, modélisé, organisé, contrôlé et capitalisé.

Cette étude qui a eu comme objectif principal d'aider le PNCEFFS, à l'instar d'autres projets et programmes du MS à minimiser les risques, dans sa mise en œuvre grâce à la pratique de la gestion des risques au sein du programme a en effet permis de répondre à un certain nombre de questions.

En définitive, les idées forces retenues au sorti de cette étude peuvent être regroupées en cinq points regroupant les difficultés majeurs :

- ❖ l'inexistence d'un système de gestion des risques qui présente clairement un plan de gestion des risques au sein du PNCEFFS ;
- ❖ le non-respect des délais contractuels dans la majeure partie du temps ;
- ❖ l'insuffisance et même le retard des ressources financières allouées au projet par les partenaires techniques et financiers ;
- ❖ la défaillance du système de suivi dans l'exécution des travaux ;
- ❖ le manque de formation dans le domaine de la gestion des risques

Ainsi, les pistes de solutions possibles à explorer pour améliorer la gestion efficace du PNCEFFS peuvent être réparties dans les six catégories suivantes :

- ❖ la formalisation et l'application du processus de management des risques proposé avec une actualisation régulière ;
- ❖ la mise en place d'un système de gestion des risques efficace ;

- ❖ l'implication des parties prenantes dans tout le processus de gestion ;
- ❖ le respect des délais contractuel ;
- ❖ les évaluations à mi-parcours sur l'état d'avancement du projet ;
- ❖ l'organisation des formations dans le domaine du management des risques

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**ANNEXES**

**Annexe 1 : Cadre logique du Programme National de Constructions, d'Equipements et de  
Fonctionnalité des Formations Sanitaires.**

<b>LOGIQUE D'INTERVENTION</b>	<b>INDICATEUR OBJECTIVEMENT VERIFIABLE</b>	<b>SOURCES DE VERIFICATION</b>	<b>CONDITIONS CRITIQUES/ RISQUES</b>
<b>Objectif général :</b>			
l'amélioration de l'état de santé de la population du Bénin du niveau périphérique de la pyramide sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de mortalité infanto-juvénile</li> <li>- Taux de mortalité maternelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Statistiques sanitaires</li> <li>-Enquêtes Démographie Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paix et stabilité du pays</li> <li>- L'Etat poursuit sa politique de décentralisation et fait de la santé une priorité nationale</li> <li>- Capacités institutionnelles renforcées</li> <li>- Succès dans la mise œuvre des autres projets et programmes de santé</li> <li>- Travail en synergie</li> </ul>
<b>Objectifs spécifiques (OS)</b>			

Le management des risques dans les projets et programmes d'investissements publics : cas du PNCEFFS (Ministère de la Santé du Bénin)

<p>1- Renforcer le premier niveau de soins par le développement des zones sanitaires ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'occupation des lits et durée moyenne de séjour</li> <li>- Taux de fréquentation des formations sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquêtes Démographique Santé</li> <li>- Enquêtes auprès des usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectivité des réformes économiques</li> <li>- Mobilisation conséquente des ressources</li> </ul>
<p>2- Mettre en place un système de maintenance des équipements et infrastructures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée de vie des équipements</li> <li>- Temps d'immobilisation des équipements</li> </ul>	<p>Enquêtes de satisfaction des utilisateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualisation du document de politique en matière de maintenance</li> <li>- Mobilisation conséquentes de ressources humaines et financières</li> </ul>
<p><b>Résultats</b></p>			
<p><i>Résultats à long terme (Impact) Horizon 2015</i> Atteinte des OMD 4, 5 et 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de mortalité infanto-juvénile</li> <li>- Taux de mortalité maternelle</li> </ul>	<p>Statistiques sanitaires</p> <p>-Enquêtes Démographie Santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paix et stabilité du pays</li> <li>- Capacités institutionnelles renforcées</li> <li>- Succès dans la mise œuvre des</li> </ul>

			<p>autres projets et programmes de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail en synergie</li> <li>- Bonne coordination des actions</li> </ul>
<p><i>Résultats à moyen terme (effets)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux pathologies courantes</li> <li>- Toutes les zones sanitaires sont fonctionnelles</li> <li>- L'hôpital de zone est utilisé comme structure de référence de premier niveau</li> <li>- Les Centres de santé sont utilisés par les populations pour les soins primaires</li> <li>- La durée de vie des équipements prolongée grâce à la mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'occupation des lits et durée moyenne de séjour</li> <li>- Taux de fréquentation des formations sanitaires</li> <li>- Durée de vie des équipements</li> <li>- Temps d'immobilisation des équipements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquêtes Démographique et Santé</li> <li>- Enquêtes auprès des usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectivité des réformes économiques</li> <li>- Mobilisation conséquente des ressources</li> </ul>

<i>de la maintenance préventive</i>			
<p>Extrants (fin de programme) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Tous les Centres de santé et hôpitaux de zone prévus sont construits</i></li> <li>- <i>Tous les services des hôpitaux de zone sont équipés et fonctionnels</i></li> <li>- <i>Maintenance réalisée dans toutes les zones sanitaires</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de centres construits/nombre de centres prévus</li> <li>- Nombre d'hôpitaux de zone construits</li> <li>- Nombre de formations sanitaires réhabilitées</li> <li>- Nombre de formations sanitaires équipées</li> <li>- Nombre de zones sanitaires disposant d'unité de maintenance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pv de réception des travaux</li> <li>- Pv de réception et installation et mise en service des équipements et autres matériels médico-techniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualisation du document de politique en matière de maintenance</li> <li>- Mobilisation conséquentes de ressources humaines et financières</li> </ul>
<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Structures impliquées</b>	<b>Coûts</b>
Construire et équiper 5 hôpitaux de zone	Humains, Financiers et matériels	DIEM, DRFM, DGB, DNCMP, CF, DGTCP	30 milliards

Le management des risques dans les projets et programmes d'investissements publics : cas du  
PNCEFFS (Ministère de la Santé du Bénin)

Réhabiliter 7 hôpitaux de zone	Humains, Financiers et matériels	DIEM, DRFM, DGB, DNCMP, CF, DGTCP	44,696 milliards
Construire et équiper 35 Centres de santé			5,950 milliards
<b>TOTAL</b>			<b>80, 646 milliards</b>

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Annexe 2 : Questionnaire d'enquête**

Questionnaire d'enquête

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de fin de formation au cycle II au Centre Africain d'Etudes Supérieur en gestion (CESAG) à Dakar, nous entreprenons des recherches sur la gestion des risques dans les projets.

A cet effet, nous avons besoin de vos opinions pour nous éclairer sur certaines préoccupations.

Nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions ci-après :

**IDENTIFICATION DE L'ENQUETE**

NOM : .....

PRENOMS : .....

FONCTION OCCUPEE : .....

**QUESTIONNAIRE**

1. Selon vous, qu'est-ce que la gestion des risques ?

.....  
.....

2. Quelles peuvent être les difficultés qui entravent le bon déroulement d'un projet de construction?

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

3. Avant le démarrage des activités, faites-vous une étude préalable des risques (identification des risques) du projet ?

.....  
.....

4. Aviez-vous un plan de gestion des risques au sein du programme ?

OUI

NON

Si oui comment est-il présenté ?

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

1. Quel est le délai de réalisation d'un projet de construction ? Est-ce que ce délai est respecté ? Sinon pourquoi ?

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

2. Selon vous qu'est ce qui explique le retard ou l'abandon de certains travaux ?

-Le retard dans le paiement des acomptes

-La difficulté de liquidité au niveau du trésor public

-Le suivi peu régulier de l'état d'avancement des travaux

-Autres à préciser

**Merci pour collaboration**

**Annexe 3 : Exemple de fiche de risque**

PROJET : PNCEFFS		
N° Risque :	Libellé :	
Catégorie :		Date d'identification :
Phase du projet impactée :		Entité pilote :
Lot concerné :		Responsable :
Fiche créée par :		1 <sup>er</sup> passage en
	<b>Analyses des causes</b>	<b>Probabilité</b>
1		
2		
3		
	<b>Analyse des conséquences</b>	<b>Impact</b>
1		
2		
3		
	<b>Décision de traitement</b>	<b>Justification de l'action retenue</b>
	Acceptation du risque <input type="checkbox"/> Modification projet <input type="checkbox"/> Transfert du risque <input type="checkbox"/> Partage du risque <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Date de la décision :	
	<b>Risque résiduel/risque induit</b>	<b>Actions/responsable</b>
1		
2		
	<b>Actions de surveillance engagées</b>	<b>Responsable</b>
1		
2		

3		
	<b>Plan de réponse en cas de survenue</b>	<b>Description/Responsable</b>
	Oui Non	
	<b>Suivi du risque</b>	<b>Dates</b>
1 2 3		
	<b>Disparition du risque</b>	
	Date : Conditions :	

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **OUVRAGES**

1. MELLAL Leila, MEBAREK Djebabra (2012), *Contributions au management des risques projets : proposition méthodologique*, édition Paf, Paris, 154 pages.
2. DJUATIO Emmanuel (2004), *Management des projets : techniques d'évaluation, analyse, choix et planification*, Edition Harmattan, Paris, 160 pages.
3. MIDLER Christophe (2012), *L'Auto qui n'existait pas : Management des projets et transformation de l'entreprise*, Edition Dunod, Paris, 240 pages.
4. MALISSEN Elisabeth (2011), *Manager des projets et des hommes : le facteur humain, clé de la réussite*, Edition Eyrolles, Paris, 204 pages.
5. FALLY Muriel, BRONGNIART Olivier, TREYER Joachim (2012), *Gestion de portefeuille de projet : au service de la compétitivité*, Edition Lavoisier, 247 pages
6. MARCHAT Hugues (2011), *La gestion de projet par étapes-Portefeuilles de projet : 4<sup>e</sup> étape*, Edition Eyrolles, Paris, 224 pages.
7. FÜHER Andreas, ZÜHER Rita-Maria (2011), *Gestion de projet-Compétences de base en gestion*, 2<sup>e</sup> Edition révisée, Zurich, 156 pages.
8. ROLLY François (2013), *La Gestion de Projet*, kindleedition, 31 pages
9. MADERS Henri-Pierre et MASSELIN Jean-Luc (2006), *Contrôle Interne des Risques*, 2<sup>ème</sup> édition collection finance, 80 pages.
10. VERNIMMEN Pierre (2009), *Finance D'entreprise*, DALLOZ, 7<sup>ème</sup> Editions, Paris, 1187 pages.
11. CHRISSOS Jacques et GILLET Roland (2012), *Décision d'investissement : Collection Gestion appliquée*, 3<sup>ème</sup> édition Pearson, Paris, 300 pages.
12. MANDOU Cyrille (2009), *Procédures de choix d'investissement : Principes et applications*, Edition de Boeck, Bruxelles, 168 pages.
13. CORHAY Albert et MBANGALA Mapapa (2007), *Fondements de gestion financière : manuel et applications*, éditions de l'Université de liège, Liège, 355 pages.
14. GRIFFITHS Stéphane et DEGOS Jean-Guy (2011), *Gestion financière : De l'analyse à la stratégie*, Edition Eyrolles, 386 pages
15. SION Michel et BRAULT David (2013), *Réussir son business plan*, 3<sup>ème</sup> Edition DUNOD, Paris, 288 pages.

16. VERET Catherine et MEKOUAR Richard (2005), *Fonction : Risk Manager*, édition DUNOD, Paris, 368 Pages.
17. MASSELIN Jean-Luc et MADERS Henri-Pierre (2014), *Contrôle interne des risques : Cibler-Evaluer-Organiser-Piloter- Maitriser*, édition Eyrolles, Paris, 280 pages.
18. MASSELIN Jean-Luc et MADERS Henri-Pierre (2011), *Piloter les risques d'un projet : Mettre en œuvre un Dispositif de Maitrise des Risque (DMR)*, édition Eyrolles, Paris, 304 pages.
19. CLET Etienne, MADERS Henri-Pierre, LEBLANC Jérôme et GOLDFARB Marc(2013), *Le métier de chef de projet*, édition Eyrolles, 288 pages.
20. MADERS Henri-Pierre (2012), *Animer une équipe projet avec succès : Les meilleurs pratiques au service des chefs de projet*, édition Eyrolles, Paris, 264 pages.
21. MADERS Henri-Pierre et CLET Etienne (2011), *Comment manager un projet*, édition Eyrolles, Paris, 138 pages.
22. COHEN Raphael (2011), *Concevoir et lancer un projet : De l'idée au succès*, édition Eyrolles, Paris, 230 pages.
23. EYROLLES Collectif (2011), *Gestion & management*, édition Eyrolles, Paris, 284 pages.
24. MADERS Henri-Pierre et CLET Etienne (2011), *Pratiquer la conduite de projet*, édition Eyrolles, Paris, 244 pages.
25. MADERS Henri-Pierre (2011), *Piloter un projet d'organisation*, édition Eyrolles, Paris, 332 pages.
26. DELAHAYE Jacqueline et DELAHAYE-DUPRAT Florence (2013), *Finance d'entreprise*, 4<sup>ème</sup> édition DUNOD, Paris, 304 pages.
27. ST-PIERRE Josée et BEAUDOIN Robert (2003), *Les décisions d'Investissement dans les PME : Comment Evaluer la Rentabilité Financière*, édition Presses de l'Université du Québec, Québec, 261 pages.
28. TAVERDET-POPIOLEK Nathalie (2011), *Guide du choix d'investissement : Préparer le choix- Sélectionner l'investissement- Financer le projet*, édition Eyrolles, Paris, 404 pages.
29. Jean Claude Corbel, *Management de projet*, 2em Edition, Edition d'organisation Groupe Eyrolles 61, bd Saint-Germain 75240 Paris Cedex 05, 236pages

30. Franck MOREAU, *Comprendre et gérer les risques*, Edition d'organisation 1, Rue  
THENARD 75240 paris Cedex 05

### **REVUES**

1. ISO 31000:2009, management du risque, principes et lignes directives
2. La cartographie des risques : un outil d'aide à la construction d'une politique globale de gestion des risques, guide WEKA La maîtrise des risques et la sécurité sanitaire au quotidien, septembre 2006.
3. La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé, M.Moulaire, Risques et Qualité, Volume IV n°4, 2007.
4. Project management Institute-Formation Management de projet-France 2000

### **SITE INTERNET**

1. [http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/jrhh\\_aquit\\_0310/JRHH2010JJouneau.pdf](http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/jrhh_aquit_0310/JRHH2010JJouneau.pdf)

## TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	vi
LISTE DES ANNEXES .....	vii
SOMMAIRE .....	viii
INTRODUCTION GENERALE .....	1
1.    Objet de l'étude.....	3
2.    Problématique.....	3
3.    Objectif de l'étude.....	7
4.    Intérêt de l'étude.....	7
5.    Délimitation du champ de l'étude.....	7
6.    Plan de l'étude.....	8
PREMIERE PARTIE.....	9
Chapitre 1 : FONDEMENTS THEORIQUES, METHODOLOGIE ET CONTEXTE DE L'ETUDE .....	10
1    Cadre théorique de l'étude .....	10
1.1    Définitions des concepts clés .....	10
1.1.1    Risque .....	10
1.1.2    Le projet.....	11
1.1.3    Le management de risques .....	11
1.2    Le processus de gestion des risques.....	12
1.2.1    Identification des risques .....	12
1.2.2    Analyse des risques .....	13
1.2.3    La planification des risques .....	16
1.2.4    Le suivi des risques .....	18
1.2.5    Le contrôle des risques.....	19
1.3    Un plan de mitigation.....	21
1.4    Un plan de contingence.....	21

1.5	Les outils d'identification des risques .....	21
1.5.1	Analyse de processus .....	21
1.5.2	Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC). .....	22
1.5.3	Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP).....	22
2	Méthodologie .....	23
2.3	Définition et justification de la population de l'étude .....	23
2.3	Définition de la méthode de traitement des données.....	24
2.3	Collecte et présentation des résultats .....	25
2.3.1	Réalisation de la collecte .....	25
2.3.2	Difficultés liées à la collecte des données.....	26
2.3.3	Limites des données.....	26
	Conclusion .....	26
	Chapitre 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	28
2.1	Situation sanitaire du pays en 2013 .....	28
2.1.1	Situation des Ressources humaines du secteur de 2013 à 2014 .....	30
✓	Ratios du personnel soignant en 2013.....	30
2.1.2	Répartition des formations sanitaires selon les départements du Bénin.....	31
2.1.3	Répartition des formations sanitaires selon le niveau de référence .....	32
2.1.4	Répartition selon le statut des formations sanitaires.....	32
2.2	Les Problèmes rencontrés dans le secteur santé.....	33
2.2.1	Difficultés internes au Ministère de la Santé .....	33
2.2.2	Difficultés externes au Ministère de la Santé.....	34
2.3	Présentation du Ministère de la Santé.....	34
2.3.1	Historique .....	36
2.3.2	Mission et Attribution .....	37
2.4	Structure organisationnelle du Ministère de la Santé .....	37
2.5	Présentation des programmes et projets du secteur actuellement en cours .....	38
2.6	Pertinence des projets et programmes du secteur de la santé .....	39
2.7	Description de la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) .....	39
2.8	Le lieu du stage : la Cellule de Suivi-Evaluation (CSE) .....	40

2.9	Le Programme National de Construction, d'Equipements et de Fonctionnalités des Formations Sanitaires (PNCEFFS) .....	41
2.9.1	Fiche ANAPROG .....	41
2.9.2	Cartographie des risques du PNCEFFS.....	45
DEUXIEME PARTIE .....		47
Chapitre 3 : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE DES DONNEES.....		48
3.1	Etat des lieux du PNCEFFS .....	48
3.1.1	Les principales activités du PNCEFFS prévues et réalisées à terme .....	48
3.1.2	Les principales activités du PNCEFFS réalisées avec retard .....	51
3.1.3	Les principales activités du PNCEFFS prévues mais abandonnés.....	52
3.2	Le système de passation de marché au Ministère de la Santé .....	53
3.2.1	La PRPM.....	53
3.2.2	La DIEM.....	54
3.2.3	La DRFM.....	54
3.3	La procédure de passation des marchés de travaux.....	54
3.3.1	La définition des besoins et l'élaboration du plan annuel de passation des marchés de travaux	55
3.3.2	Elaboration du DAO et sa publication .....	55
3.3.3	Dépouillement et évaluation des offres.....	57
3.3.4	Attribution définitive et approbation du marché.....	58
3.3.5	Notification du marché au titulaire .....	58
3.4	Présentation des résultats et analyse des données .....	59
3.4.1	Présentation et analyse des données de l'enquête .....	59
3.4.2	Présentation et analyse des données relatives au problème de l'inexistence d'un système de gestion des risques .....	59
3.4.3	Présentation et analyse des données relatives au non-respect des délais contractuels	60
3.4.4	Présentation et analyse des données relatives au retard ou abandon des travaux .....	61
3.5	Identification des causes réelles .....	61
3.5.1	Cause (s) réelle (s) relatives à l'inexistence d'un système de gestion des risques.....	61

3.5.2	Cause (s) réelle (s) relatives au non-respect des délais contractuels.....	62
3.5.3	Cause (s) réelle (s) relatives au retard ou abandon des travaux.....	62
Conclusion .....		62
Chapitre 4 : RECOMMANDATIONS ET CONDITION DE MISE EN ŒUVRE. ....		64
4.1	Recommandations liées à chaque problème. ....	64
4.1.1	Recommandation par rapport au problème de l'inexistence d'un système de gestion des risques.....	64
4.1.2	Recommandation par rapport au problème du retard dans les délais contractuels ....	69
4.1.3	Recommandation par rapport au retard ou l'abandon des chantiers .....	69
4.2	Conditions de mise en œuvre.....	69
4.2.1	A l'endroit des autorités du ministère.....	70
4.2.2	A l'endroit des agents de la CSE qui gagneraient .....	70
4.2.3	A l'endroit des agents du PNCEFFS.....	70
4.2.4	A l'endroit des coordonnateurs.....	71
CONCLUSION GENERALE .....		72
ANNEXES.....		74
BIBLIOGRAPHIE.....		84
TABLE DES MATIERES .....		87