



REPUBLICQUE DU BENIN

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

Mémoire présenté en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de

LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCE ECONOMIQUE

Option : Economie

Spécialité : Economie et Gestion des Structures Sanitaires

THEME

**EVALUATION DE LA
DECENTRALISATION SANITAIRE :
APPLICATION A L'HOPITAL DE
MENONTIN**

Présenté par:

Ifèdé Vanessa R. Agossou

&

Patrice Djihossé

Sous la Direction de :

Maître se stage :

Monsieur OUSSOU Gilles

Chef Service SAE

Directeur de mémoire:

Monsieur Hilaire G.Houeninvo

Docteur es-Sciences Economiques

Année Académique: 2014-2015



AVERTISSEMENT

LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY – CALAVI N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS.

DEDICACE 1

Je dédie ce mémoire à :

- ✓ Mon père Abel AGOSSOU
- ✓ Ma mère Kèmy KAKPO
- ✓ Mes sœurs Carine, Sandra et mon frère Lionel De mon fort

Ifèdé Vanessa R. AGOSSOU

DEDICACE 2

Je dédie ce mémoire à :

- ✓ Mon père Gilbert DJIHOSSE
- ✓ Ma mère Célestine AHONON
- ✓ Mes frères et sœurs

Patrice DJIHOSSE

REMERCIEMENTS

Le présent mémoire demeure le fruit d'une conjonction d'exhortation, d'encouragement et d'assistance de la part de certaines personnes à l'endroit de qui nous adressons nos profondes et sincères gratitudee.

Ainsi, nous tenons à remercier de tout cœur le Professeur Charlemagne Babatoundé IGUE Doyen de la FASEG/UAC et notre directeur de mémoire Docteur Hilaire G. HOUENINVO qui, très tôt a porté un intérêt particulier à notre sujet et a accepté de nous suivre avec rigueur et détermination.

Nos remerciements vont à l'endroit du Docteur Georges OFFRIN, Directeur de l'Hôpital de zone de Menontin pour nous avoir autorisé à effectuer notre stage dans cet hôpital ; de Monsieur Gilles OUSSOU, Chef Service des Affaires Economiques (C/SAE) de l'hôpital ; de Monsieur Patrice KOCOUCO, Responsable de la Division de l'Approvisionnement (DA) ; de Madame Eunice AGBO-TOGLOSSOU, Chargée des Ressources Humaines (GRH) et de Monsieur Godefroy ZINSOU, Technologiste biomédicale pour ces multiples conseils.

Dans le même cadre, nos remerciements vont à l'endroit de l'ensemble du personnel administratif de l'hôpital de zone de Menontin qui de près ou de loin a contribué à la réussite de ce travail.

Nos remerciements vont également à l'endroit de l'ensemble du corps professoral de la FASEG et aux membres du jury qui ont bien voulu accepter d'apprécier ce travail en lui portant les critiques nécessaires à son amélioration.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AID	: Association Internationale de Développement
AMSM	: Association Médico-Sociale de Menontin
CA	: Conseil d'Administration
CADZS	: Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNHU	: Centre National Hospitalier Universitaire
CODIR	: Conseil de Direction
COGEA	: Comité de Gestion d'Arrondissement
COGEC	: Comité de Gestion de Circonscription
CSA	: Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	: Centre de Santé Communale
CSCOM	: Centre de Santé de Commune
DAF	: Directeur Administratif et Financier
DA-SMT	: Directeur Adjoint Service Médico Technique
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DPP	: Direction de la programmation et de la prospective
DDSP	: Direction Départementale de la Santé Publique
EGSS	: Economie et Gestion des Structure Sanitaires
FASEG	: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
HM	: Hôpital de Menontin
HZ	: Hôpital de Zone
HZM	: Hôpital de Zone de Menontin
MS	: Ministère de la Santé
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activité
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
SAE	: Service des Affaires Economiques
SAF	: Service des Affaires Financières
SSP	: Soins de Santé Primaires
UVS	: Unités Villageoises de Santé

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des agents par sexe et par service	8
Tableau 2 : Types de fonctions et avantages	26
Tableau 3 : Décentralisation des fonctions dans différents types de système décentralisé.....	28
Tableau 4 : Population enquêtée	36
Tableau 5 : Analyse du financement accordé à l'HZM par le MS.....	37
Tableau 6 : Appréciation des actions sur les facteurs explicatifs de la décentralisation de l'HZM.....	38
Tableau 7 : Vérification des hypothèses	39

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique : Représentation synthétique des organes et des prestations de soins du secteur public du Bénin	31
---	----

SOMMAIRE

Avertissement.....	i
Dedicaces1	ii
Dedicaces2	iii
Remerciements.....	iv
Liste des sigles et abreviations.....	v
Liste des tableaux.....	vi
Liste des graphiques.....	vii
Résumé.....	viii
Introduction	1
Chapitre 1 : Cadre institutionnel de l'étude et déroulement du stage	3
Section 1 : Présentation de l'HZM.....	3
Section 2 : déroulement de stage à l'HZM.....	12
Chapitre 2 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	15
Section 1 : Problématique, objectif, hypothèse et revue de littérature de l'étude	15
Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude	31
Chapitre 3 : Présentation, analyse des résultats et suggestions	36
Section1: Présentation des résultats recueillis grâce aux questionnaires et verification des hypothèses	36
Section 2: Suggestions	40
Conclusion.....	42
Références bibliographiques	43
Annexes	45
Table des matières	49

RESUME

Cette étude porte sur le thème «Evaluation de la décentralisation sanitaire : application à l'hôpital de Menontin ». Elle a pour objectif général d'étudier la décentralisation sanitaire dans le cas de l'HZM. Ainsi, pour atteindre cet objectif, cette étude a adopté une méthodologie basée sur la recherche documentaire et la recherche quantitative. Les données de ces recherches ont été traités grâce aux logiciels Word et Excel. Il est à noter que l'HZM est géré par l'AMSM. Au terme des analyses, il ressort que les responsabilités du MS en terme de financement à l'endroit de l'HZM sont insuffisantes et la contre-performance de la décentralisation sanitaire au niveau de cet hôpital est due au caractère semi public de l'hôpital. Pour permettre alors un véritable financement de l'hôpital, les autorités publiques et l'AMSM doivent redéfinir les clauses du mandat de gestion et veiller surtout à son respect. Il faut revoir les décrets portant le choix de l'hôpital comme un hôpital de zone afin de rendre performant le système de décentralisation sanitaire à ce niveau.

Mots clés : contre-performance, décentralisation sanitaire, responsabilités

INTRODUCTION

Dans l'esprit de la conférence internationale sur les soins de santé primaires(SSP) d'Alma Ata(1978), des conférences de Lusaka (1981) et Harare (1987) et de l'initiative de Bamako (1987), le Bénin a entrepris des réformes visant à améliorer l'organisation de son système sanitaire.

C'est ainsi qu'en janvier 1995 s'est tenue la table ronde sur le secteur de la santé qui a consacré l'idée d'une politique et de stratégie nationale visant d'une part à améliorer la qualité et l'accessibilité des prestataires de soins et des services de santé et d'autre part, à renforcer la participation communautaire.

Pour atteindre ses objectifs, il a été conçu pour la période de 1997-2001 un programme de réorganisation de la base de la pyramide sanitaire. La mise en œuvre a abouti à la création des zones sanitaires selon un processus au cours duquel plusieurs activités ont été réalisées institution et mise en place d'une cellule d'appui au développement des zones sanitaires (CADZS), élaboration et adoption des textes adéquats, organisation de séances de sensibilisation des autorités politico-administratives et des acteurs sociaux à la base,réalisation d'études pour la délimitation des zones sanitaires. Auparavant, en février 1990, la conférence nationale des forces vives tournant majeure de l'histoire du Bénin avait affirmé l'option décisive du pays pour la décentralisation de l'administration territoriale. Dans cet esprit la constitution du décembre 1990 a consacré en ses articles 150 et 151, les principes de la création des collectivités locales et de leur libre administration par des conseils et élus. En conformité avec l'orientation définie par la conférence des forces vives se sont tenus en janvier 1993, les Etats généraux de la réforme de l'administration territoriale dont les recommandations ont été approuvées par le conseil des ministres en février 1993. C'est ainsi qu'a été retenu le principe de l'existence d'un seul niveau de déconcentration constitué par le département et d'un unique niveau de décentralisation incarné par la commune.

La cogestion, qui constitue aujourd'hui un pilier du système de santé, devra être interrogée à la lumière des nouvelles dispositions législatives, pour l'identification des opportunités qu'elle offre dans le nouveau contexte et l'étude des modalités par lesquelles il serait possible de doter ses organes d'une plus grande représentativité.C'est dans cette optique que se place cette réflexion qui se veut une contribution à l'effort collectif de mise en cohérence de la réforme de l'administration sanitaire. Le processus de création des zones

sanitaires est fortement lié aux engagements éventuels de partenaires au développement qui accepteraient d'en financer le fonctionnement. Les lois de décentralisation ont donc été promulguées dans un contexte très critique pour le système de santé du Bénin et, pour cette raison, il est légitime que s'expriment des inquiétudes sur l'avenir des zones sanitaires. Au vue de ces nouvelles impulsions dans le développement de la création des zones sanitaires, il est important d'évaluer les retombés de la décentralisation sanitaire au Benin. Ainsi la présente étude portant sur le thème « Evaluation de la décentralisation sanitaire au Bénin : application à l'hôpital de zone de Cotonou 5 » est structurée en trois chapitres : le premier comportera le cadre institutionnel de l'étude et le déroulement du stage, le deuxième comportera le cadre théorique et méthodologique de l'étude et le troisième expose les résultats et les suggestions.

CHAPITRE 1: CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE ET DEROULEMENT DU STAGE

Ce chapitre est composé de deux sections. La première présente le cadre institutionnel de l'étude, et la seconde présente les observations de stage.

Section 1: Cadre institutionnel de l'étude

Paragraphe 1: présentation générale de l'hôpital de Mènontin

A- Contexte historique

L'expérience de la mise en œuvre du projet du centre Médical Saint Luc en 1990 avait donné la preuve que malgré les difficultés socio économiques que traversait la ville de Cotonou au Bénin, des organisations non gouvernementales pouvaient développer des initiatives viables, utiles et pérennes susceptibles de donner une impulsion au développement de la ville. Les acquis de cette expérience ont fondé les experts de la banque mondiale à retenir lors de l'élaboration du projet de Réhabilitation et de Gestion Urbaines la construction et l'équipement d'un centre de santé dans le quartier de Mènontin.

Le Centre de santé de Mènontin est le premier Centre de santé public contractualisé par l'Etat Béninois. Conformément aux termes de l'accord conclut entre l'Association Internationale de Développement (AID) et le gouvernement Béninois; l'Association Médico-sociale de Mènontin dit AMSM (N° 91/014O/MISAT/DAI-SI Assoc du 9 Septembre 1991) a été retenue pour assurer la gestion du centre.

Le mandat de gestion en date du 12 février 1992, signé entre le ministère de la santé du Bénin (concedant) avec le visa du Ministère des Finances, confère à l'AMSM (concessionnaire), le bénéfice d'une autonomie administrative et financière dans le respect des clauses du dit mandat et obéit aux règles d'une gestion privée à vocation sociale. Ce mandat est conclu pour une période de dix ans renouvelable par tacite reconduction.

Le Centre de Santé de Mènontin a été érigé en hôpital de référence de la Zone Sanitaire de Cotonou V en application des résolutions de planification de développement de la Zone Sanitaire tenu le 17 juillet 2003 conformément aux disposition de l'article 3 de l'arrêté N°2221/MSP/DC/SGM/CADZS portant création de la zone sanitaire de Cotonou.

B-Organisation et fonctionnement

L'hôpital assure des prestations de soins ambulatoires, hospitaliers, de jours, de nuit et 24H sur 24H. Il reçoit notamment en partie les urgences provenant de la ville, en particulier les urgences obstétricales et les traumatismes qui surviennent souvent sur la voie inter Etat.

Avec une capacité de 125 lits environ, l'hôpital de Mènantin, évolue vers une adaptation continue de son offre de soins aux exigences de qualité de ses bénéficiaires, dans le respect scrupuleux des politiques, normes, standards et directives du ministère de la santé. Il privilégie notamment, l'accessibilité, la commodité hospitalière, la sécurité des soins, l'incitation, du progrès social et le développement sanitaire communautaire. Il est hôpital de référence de la zone sanitaire de Cotonou v. A ce titre il joue un rôle important dans le fonctionnement de la zone sanitaire de Cotonou v (environ 40% des activités sanitaires de la zone qui comprend 21 formations sanitaires). Quelques données illustratives (cf. Annuaire statistiques sanitaire zone Cotonou v 2010) :

Taux de fréquentation: 35% de la zone

Prise en charge des cas de traumatisme : 49%

Prise en charge des cas des affectations tous cas confondus: 35%

Accouchements : 33%

C- Situation géographique de l'hôpital de Mènantin

Le Centre de Santé de Mènantin devenu Hôpital de Mènantin (Hôpital de zone de Cotonou V en 2003) est implanté au sud du Bénin dans la ville de Cotonou, dans Cotonou V, précisément dans le 9^{ème} arrondissement (Fifadji) au lot 2130 A de forme triangulaire, avec une superficie de 2345 m² au quartier Mènantin. Cotonou V couvre une superficie de 15km² sur les 79 km² de la ville cosmopolite la plus équipée en infrastructure et la plus peuplée du Benin; ce qui lui confère son statut administratif particulier car érigée en département du Littoral. Il est limité au Nord par Cotonou I, au Sud par le lac Nokoué, à l'Est par Cotonou IV et I et à l'Ouest par Cotonou VI.

Source : AGETUR

D- Statut de l'hôpital de Mènontin

L'Hôpital de Mènontin est un établissement hospitalier à but non lucratif appartenant à l'Etat, mis en gestion privée et jouissant d'une personnalité morale de droit public et doté d'une autonomie administrative et financière. Il est régi par les textes suivants :

- > Les statuts de l'Association Médico - Sociale de Mènontin (AMSM).
- > Le mandat de gestion en concession entre l'Association Médico-sociale de Mènontin (AMSM) et le Ministère de la santé publique (MSP) en date du 12 Février 1992
- > Le règlement intérieur actualisé en novembre 2000
- > Le Manuel de Procédures Administratives, Financières et Comptables revise courant 2009.

E- La mission de l'hôpital de Mènontin

La mission principale assignée à l'hôpital est de permettre à la population défavorisée du quartier de Mènontin et autres d'accéder à des soins de qualités à moindre coût par la pratique d'une tarification communautaire. L'Hôpital de Mènontin assure une mission de prévention (dépistage, vaccination), de formation (contribution à la formation pratique des étudiants des écoles de santé par l'octroi de stage pratique), de recherche (recherche de contrôle des produits thérapeutiques, ou sur l'efficacité des réactifs utilisés au laboratoire d'analyse biomédicale), de soins de qualité (personnel de qualité et une bonne politique de prise en charge), et de sécurité des biens et des patients au sein de l'Hôpital.

Paragraphe 2 : Les objectifs, activités et les ressources, les services et l'organisation fonctionnelle de l'HZM

A-les objectifs de l'HZM

La mission principale assignée initialement au Centre de Santé de Mènontin (actuel Hôpital de Mènontin) est de permettre à la population défavorisée du quartier de Mènontin et des quartiers avoisinants d'accéder à des soins de qualité à moindre coût par la pratique d'une tarification communautaire.

De façon spécifique, l'hôpital vise à :

- Promouvoir avec leur propre participation le bien être socio sanitaire des habitants de Mènontin et des quartiers voisins;
- Améliorer les conditions d'hygiène, de santé, de vie, des populations concernées par l'Information, l'Education, la Communication pour la santé;
- Faciliter à ces populations l'accessibilité géographique, culturelle et financière aux soins de santé primaires;
- Réaliser une meilleure surveillance des enfants, des mères et femmes gestantes et permettre à ces dernières un accouchement dans de bonnes conditions sanitaires ;
- Susciter la participation des habitants à l'amélioration de leur environnement;
- Soutenir à moyen terme des actions communautaires visant la résolution des problèmes sociaux et économiques locaux.

B-les activités de l'HZM

Il convient de noter que l'hôpital de Mènontin assume à la fois les fonctions de centre de santé de premier ordre et d'hôpital de référence. Ce cumul de fonctions présente aussi bien des avantages que des inconvénients. En effet la fonction de centre de santé de premier ordre permet d'une part la mobilisation de ressources financières à travers le principe d'économie d'échelle et de financement communautaire (nombre croissant de fréquentations pour des affectations courantes). D'autre part elle offre l'opportunité d'une clientèle à l'hôpital de référence. En termes d'inconvénients, il faut noter l'accroissement sans cesse de l'effectif du personnel pour la plupart des activités relevant du statut d'hôpital de référence. Cette situation expose l'hôpital à un endettement croissant préjudiciable à terme dans un contexte où l'état ne s'acquitte pas de l'essentiel de ses obligations contractuelles et légales liées au mandat de gestion et au statut d'hôpital de zone. Les principales activités de l'hôpital sont de trois ordres:

- Activités préventives : suivi psycho pondéral des enfants, vaccination, conseil, prestations de prophylaxie dentaire, consultations pré et post natales ;
- Activités curatives : consultations générales, actes de laboratoire, radiologie, chirurgie, échographie, accouchement, hospitalisation ;
- Activités promotionnelles: suivi des mères, appui aux activités de développement sociocommunautaire.

C- Les ressources de l'Hôpital de Mèmontin

1-Les sources de financement de l'hôpital

Les activités et les charges salariales de l'Hôpital sont financées par:

- Les prestations offertes par la Tarification des Actes (tarification par activité),
- Les Crédits délégués en tant qu'Hôpital de zone.
- Les Dons et Lègues provenant des différents partenariats avec des Hôpitaux européens et des ONG de bienfaisance

2-Les ressources humaines

L'hôpital de Mèmontin compte en fin d'année 2014 27 contractuels, 186 agents permanents. La statistique est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1: répartition des agents par sexe et par service.

CATEGORIES SOCIO PROFESSIONNEL LES	STATUT				TOTAL
	PERMANENT		COLABORATEUR EXTERIEUR		
	FEMININ	MASCULIN	FEMININ	MASCULIN	
MEDECIN	4	5	1	3	13
MEDECIN- GYNECOLOGUE		2	2	5	9
MEDECIN-SANTE AU TRAVAIL		1			1
MEDECIN- CHIRURGIEN		1		1	2
MEDECIN- RADIOLOGUE				1	1
MEDECIN- OPHTALMOLOGIS TE			1	2	3
MEDECIN-ORL				2	2
MEDECIN CARDIOLOGUE			1	2	3
MEDECIN- PEDIATRE				2	2
MEDECIN- DERMATOLOGUE			1		1
MEDECIN-NEURO CHIRURGIEN				1	1
MEDECIN- DIABETOLOGUE					0
MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR		1			1
CHIRURGIEN- DENTISTE	1			1	2
PROTHESISTE					0
TECHNICIEN DE LABO NIV A					0
TECHNICIEN DE LABO NIVO B	2	3			5
INGENIEUR DES TRAVAUX LABORATOIRE	1	1			2

INSPECTEUR D'ACTION SANITAIRE LABO		2			2
TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIO	2	2	1		5
INFIRMIER ANESTHESISTE REANIMATEUR	1	2			3
SAGE FEMME ANESTHESISTE REANIMATEUR	1				1
KINESITHERAPEU TE	1				1
INFIRMIER DIPLOME D'ETAT	12	13			25
SAGE FEMME	13				13
ASSISTANTE SOCIALE	2				2
INFIRMIER DE SANTE	12	2			14
AIDE SOIGNANT	52	10			62
AGENT D'ENTRETIEN	1	13			14
COMPTABLE	2	2			4
MAINTENANCIER		1			1
MAGASINIER	1	1			2
ADMINISTRATEU R ENAM II		1			1
GESTIONNAIRE DE STOCKS ET DE LOGISTIQUE		1			1
CONDUCTEUR VEHICULE HOSPITALIER		4			4
CHARGE DES RESSOURCES HUMAINES		1			1
ASSISTANTE DE SERVICE ADMINISTRATIF	1				1
ANALYSTE PROGRAMMEUR		1			1
AGENT DE STATISTIQUE	1	1			2
STANDARDISTE	1				1
SECRETAIRES	4				4
TOTAL	115	71			213

TOTAL/STATUT		186		27	

Source: statistique de la Ressource humaine de l'Hôpital en 2014

3- Les ressources matérielles

L'Hôpital dispose d'un plateau technique élevé pour accomplir sa mission avec une capacité de 125 lits et près de 54066 patients en moyenne par an. Au bout de douze ans d'exploitation ce plateau a été complété. L'Hôpital dispose principalement actuellement :

Source : statistique de l'HZM

De deux blocs opératoires, certains équipements ont été renouvelés tel que la table d'opération et la table d'anesthésie et le poupinel pour la stérilisation du matériel.

- D'un laboratoire d'analyses bio médicales dont une partie des équipements ont été renouvelés
- D'un service d'imagerie médicale dont l'équipement a été remplacé en 2005 (appareil de radio, développeuse automatique, appareil d'échographie, etc.).
- D'une maternité équipée (table d'accouchement, table de réanimation bébé, moniteur radioscope etc.).
- D'un service de stomatologie
- D'unité de santé au travail équipé d'un audiomètre et d'un spiromètre
- D'une ambulance pour le transport des malades.

D-Les services de l'Hôpital de Mènontin

L'Hôpital de Mènontin dispose de:

- + Un bureau des entrées (recouvrement, accueil). (bâtiment A)
- + Un service de protection maternelle et infantile (PMI). (bâtiment F)

- + Cinq bureaux de consultations générales adultes et enfants. (bâtiment A)
- + Une maternité renforcée par l'unité de gynécologie et d'obstétrique (bâtiment C) rez- de-chaussée
- + Un service de chirurgie générale doté d'un bloc opératoire, de salle de petite chirurgie et salle de plâtre. (bâtiment B rez, C, F)
- + Un service de réanimation médicale et chirurgicale. (bâtiment B rez D)
- + Une unité d'endoscopie digestive. (bâtiment A)
- + Une unité de soins externes. (bâtiment B étage)
- + Une unité de médecine du travail.
- + Un service de médecine (hospitalisations adultes). (bâtiment B)
- + Un service de pédiatrie (hospitalisation des enfants). (bâtiment B)
- + Un cabinet dentaire. (bâtiment A)
- + Un service d'Imagerie Médicale comportant une unité de radiologie et une unité d'échographie. (bâtiment B rez)
- + Un laboratoire d'analyses biomédicales comportant entre autre une unité de Banque de sang. (bâtiment B étage)
- + Une unité de cession de médicaments essentiels. (bâtiment B)
- + Des unités de consultations spécialisées en cardiologie; en ORL, en Ophtalmologie, en Psychiatrie; en Dermatologie. (bâtiment A)
- + Un service Financier et comptable. (bâtiment G)
- + Un Service des Affaires Economiques. (bâtiment G)
- + Une unité de planification familiale et d'espacement des naissances. (bâtiment H)

+ Un service de Rééducation fonctionnel et de kinésithérapie. (bâtiment B)

E-L'organisation fonctionnelle

La gestion de l'Hôpital est sous tendu par un organigramme prédéfini qui détaille la hiérarchisation des responsabilités (voir annexes).

Secton 2: Déroulement du stage

Le stage est fait à l'Hôpital de Zone de Mènonatin (HZM) principalement au SAE sur l'évaluation de la décentralisation sanitaire pour une durée de trois mois allant du 07 janvier au 07 avril 2015. La présente section a pour objectif de présenter d'une part les attributs du SAE, les travaux effectués au cours du stage et d'autre part de faire ressortir les observations, les difficultés rencontrées ainsi que les approches de solutions à ces difficultés.

Paragraphe1 : Présentation des attributions du SAE et travaux effectués

A- Attribution du SAE

Le service des affaires économique (SAE) est constitué de division telle que la division de l'approvisionnement et du magasin (DAM), la division des ressources humaines (DRH), la division des statistiques (DS), la division des services généraux (DSG) et la division au parc automobile (DPA). Le SAE coordonne et supervise chacune de ces divisions. De plus le SAE vérifie chaque bon de commande et envoie au directeur pour approuver ou désapprouver.

Le chef du SAE a pour mission d'exécuter toutes les tâches administratives, et économiques devant garantir à l'hôpital la disponibilité des ressources matérielles et humaines en qualité et en quantité suffisante sous la supervision du DAF. Il exerce les tâches dans la limite des délégations de pouvoir par le DAF. En effet il a pour tâches:

- ✓ D'assurer un approvisionnement optimal de l'hôpital en matières consommables, équipements et autres fournitures conformément aux prévisions budgétaires ;
- ✓ D'assurer la bonne gestion des matières et fournitures stockées ;
- ✓ D'assurer une gestion optimale des ressources humaines de l'hôpital (gestion prévisionnelle et à posteriori) ;
- ✓ D'assurer une gestion optimale des ressources matérielles de l'hôpital ;
- ✓ D'appuyer le DAF dans l'élaboration des projets de budgets ;

- ✓ De veiller à la propreté de l'hôpital et de ses abords immédiats ;
- ✓ D'assurer le contrôle de l'exécution des attributions relevant de chacune de sections placées sous son autorité ;
- ✓ D'assurer la disponibilité des données statistiques relatives aux activités de l'hôpital ;
- ✓ D'exercer tous les pouvoirs délégués par le DAF.
- ✓ D'exécuter toutes tâches requises par ses supérieurs hiérarchiques.

B-Travaux effectués au cours du stage

La première semaine de notre stage est consacrée à la prise de contact et la familiarisation avec les personnels de l'HZM. Nous sommes passés ensuite à la constitution d'un répertoire des problèmes auxquels est confrontée la structure. À travers des entretiens nous avons connu le rôle et activités exécutés de chaque personnel (agent) du SAE. Nous avons eu à classer des annuaires du personnel dans les placards, vérifier l'état des tickets de restauration et participer à d'autres activités du terrain. En réalité nous nous sommes plus attelés à aider le magasinier dans l'accomplissement de ses tâches et de la RH quelques fois.

Paragraphe 2: Observation de stage, difficultés et approche de solution

A-Observation de stage

L'HZM est bien organisé, propre et la répartition des tâches des différents services sont bien faits. Le personnel administratif ainsi que le personnel soignant assurent effectivement la satisfaction de sa clientèle à travers leurs différentes prestations. Grâce au 5S (SEIRI, SEITON, SEISO, SEIKETSU, SHITSUKE) qui est un système Japonais signifiant:

-Séparer (supprimer): sélectionner l'utile, supprimer l'inutile (y compris les mouvements inutiles)

-Situer (systématiser): situer selon les catégories et décider pour tous les matériaux, les endroits où ils doivent être rangés (si nécessaire avec étiquetages)

-Salubrité (scintiller): Nettoyer jusqu'à ce que chaque lieu de travail et chaque matériel scintille et qu'il n'y ait aucun déchet /aucun microbe

-Standardiser: standardiser les 3S dans tous les unités et services de la structure, afin d'en faire une habitude quotidienne.

-Suivre des règles (se discipliner): sensibiliser chaque individu pour qu'il puisse s'améliorer continuellement et suivre les règles (avec la supervision et / ou la réunion interne et externe).

B-Difficultés rencontrées au cours du stage

Au cours de notre stage et de nos investigations, nous avons été confrontés à d'énormes difficultés. Les difficultés majeures auxquelles nous avons été confrontés sont : manque de registres (données) ou de bibliothèques pouvant nous aider dans le traitement de notre thème ; manque de salle pour les stagiaires ; le temps qui nous est imparti pour le stage et la rédaction du mémoire est relativement court, ce qui a fortement réduit notre marge de manœuvre entraînant l'application de notre thème à un seul endroit.

C-Approches de solution

Pour remédier à ces difficultés il s'agira de construire une salle pour les stagiaires; créer une bibliothèque qui va contenir des documents d'ordre sanitaire.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Section 1 : Cadre théorique

Paragraphe 1 : Problématique, Objectifs, et Hypothèses de l'étude

A-Problématique

Plusieurs arguments sont avancés pour justifier le recours à la décentralisation comme mode de gestion des affaires publiques. Selon certains, ce serait un moyen de limiter la croissance inconsidérée des dépenses de l'Etat et les déficits publics. Pour d'autres, la décentralisation est justifiée par son efficacité en termes d'affectation des ressources et de satisfaction des besoins des collectivités de base. Ailleurs, elle apparaît comme le meilleur moyen de défendre l'intérêt général, l'ouverture politique et l'équité sociale.

La décentralisation consiste en la dévolution par l'Etat de responsabilités et de compétences à des collectivités territoriales dotées, d'une part de la personnalité juridique qui leur donne une identité propre et qui s'appuie sur la légitimité conférée à leurs organes par le suffrage universel et d'autre part, de l'autonomie financière par laquelle elles disposent d'un budget, procèdent au recouvrement de leurs recettes et effectuent librement leurs dépenses dans le respect des textes (Cheikh A. MBENGUE et al, septembre 2000). Ainsi les textes de l'article 14 du décret n°98-300 du 20 juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire selon lesquels la zone sanitaire est dotée de la personnalité morale et d'une autonomie de gestion ne sont pas respectés dans la pratique au Bénin. En effet, la gestion de la contribution de l'Etat est directement effectuée au niveau des DDSP et les zones ne sont souvent pas informées sur le montant exact qui leur affecté; or il est urgent de déployer ces crédits vers les zones sanitaires qui disposent de plus en plus de compétences et de capacités de gestion. Le médecin – coordonnateur de zone et l'équipe d'encadrement de zone devraient être les gestionnaires ou administrateurs de ces crédits en lieu et place des DDSP qui devraient se limiter à une fonction de contrôle (Cheikh A. MBENGUE et al). C'est aussi le cas de l'hôpital de zone de Mènonatin du fait que la gestion de la contribution de l'Etat est directement effectuée au ministère de la santé.

Au Bénin, le système sanitaire est décentralisé. On a une architecture sanitaire à trois niveaux : le niveau central représenté par le ministère de la santé et ses directions centrales, le

CNHU ; le niveau intermédiaire représenté par les directions départementales de la santé(DDS), le CHD; et le niveau périphérique représenté par les zones sanitaires qui comprennent les structures suivantes : hz, csc, csa, ssp, et uvs. La zone sanitaire de Cotonou 5 est coiffée par l'hôpital de zone de Mènontin. Il dispose de 27 agents collaborateurs extérieurs qui ne sont pas recrutés. Ce qui fait qu'ils sont plus rémunérés que s'ils étaient recrutés à l'interne. Au début, la consultation générale était à 500 franc cfa puis 750 franc cfa en 2012 et à 1000 franc cfa actuellement. On constate alors une évolution croissante de la consultation, or l'hôpital est à but non lucratif. Les besoins d'investissement dépassent largement le cash-flow entraînant des difficultés pour le renouvellement ses équipements. D'autres infrastructures et équipements prévus pour une bonne prise en charge des patients pour tous les services sont encore en cours de réalisation. Malgré l'effort de l'Etat à travers le ministère de la santé pour ses actions, l'hôpital n'est pas encore à la norme standard définis. Il est à noter que l'hôpital n'est pas assisté par un partenaire, la question du financement de la réalisation des infrastructures et des équipements adéquats est encore irrésolue.

Ainsi au regard des problèmes ci-dessus évoqués la question principale de recherche que cela suscite en nous est la suivante : comment la décentralisation est appliquée à l'hôpital de Mènontin ? Cette question principale est subdivisée en deux questions spécifiques qui sont :

-quelles sont les responsabilités du ministère de la santé envers l'hôpital de zone de Mènontin en termes de financement ?

-quel est le facteur explicatif de la contre-performance de la décentralisation dans le cas de l'hôpital de zone de Mènontin ?

B-Objectifs et Hypothèses de l'étude

1-Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'étudier la décentralisation sanitaire dans le cas de l'hôpital de zone de Mènontin. De cet objectif général, les objectifs spécifiques ci-après sont déduits :

- Déterminer les responsabilités du ministère de la santé en termes de financement envers l'Hôpital de Zone de Mènontin.
- Identifier le facteur explicatif de la contre-performance de la décentralisation sanitaire à l'Hôpital de Zone de Mènontin.

2-Hypothèses de l'étude

Dans le but de répondre aux questions de la problématique les hypothèses suivantes sont formulées :

- ✓ Les responsabilités du ministère de la santé envers l'Hôpital de Zone de Mènontin en termes de financement sont insuffisantes.
- ✓ La contre-performance de la décentralisation sanitaire à l'hôpital de Mènontin est liée à son statut d'établissement semi-public.

Paragraphe 2 : Revue de littérature

La revue de littérature permet dans le cadre de toute recherche ou étude scientifique de s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises sur le sujet ou dans le domaine abordé.

A-Définition de certains concepts clés

1-Evaluation

De manière générale, l'évaluation vise à mesurer, quantifier et caractériser une situation, une entité, un résultat ou une performance, de nature complexe et donc a priori difficilement mesurable. Selon l'objet ciblé, la démarche d'évaluation fait appel à des méthodes ou outils très variés en fonction de leurs présupposés théoriques, de leurs buts, de leurs techniques, (Wiktionnaire).

Selon le dictionnaire Larousse l'évaluation est l'action d'apprécier, fixer la valeur ou l'importance de quelque chose ou d'une situation.

2-District sanitaire

Selon l'OMS : « le district sanitaire est une zone décentralisée relativement autonome économiquement viable et couvrant l'essentiel des besoins de santé des populations résidentes dans ses limites géographiques, on y trouve les autres services connexes et les partenaires au développement sanitaire entretenant une collaboration intersectorielle ». L'hôpital de district est le complément et le soutien des soins de santé menés au niveau des centres de santé qui sont rattachés. Il doit fournir un ensemble d'activités appelé paquet complémentaire d'activités (PCA). Il constitue le niveau de référence de centre de santé.

Au fait aujourd'hui l'appellation de « zone sanitaire » a été retenue pour remplacer celle de « district sanitaire » adoptée par l'OMS.

3-Système de santé

Selon Dussault, cité par Yves Carine Entwisle et al «le système de santé est l'ensemble des facteurs qui influencent l'état de santé et le bien être des individus et des populations et leurs interrelations ». Ces facteurs sont d'ordre biologique, comportementaux environnementaux et ceux liés au système de soins, ils n'agissent pas isolément.

B-Les fondements de la décentralisation sanitaire au Bénin

Au début des années 90, le Bénin, après 17 ans de marxisme-léninisme était aux prises avec une crise politique aggravée par une situation socio-économique désastreuse. Après 40 années de centralisme dans la gestion des affaires publiques, le décollage socio-économique, politique et culturel tant attendu après les indépendances n'était pas encore amorcé. Le choix de la démocratie libérale et de l'économie de marché par les constituants béninois de cette époque était donc à la fois un moyen de sortie de crise et de relance du processus de développement du pays. La prescription de la décentralisation relève également de ce double objectif qui en imprègne les principes et objectifs. La décentralisation de l'administration territoriale est au Bénin un principe constitutionnel adopté à la Conférence des Forces Vives de la Nation de février 1990.

Les principes de cette réforme ont été définis à la table ronde sur les états généraux de l'administration. Ces principes ont servi de cadre à l'élaboration des cinq lois organisant actuellement la décentralisation.

1-Historique de la décentralisation

Les récentes lois sur la décentralisation au Bénin ne constituent pas la première expérience du pays en la matière. Depuis l'époque de la colonisation une amorce de décentralisation avait été esquissée. Après les indépendances en 1961, une nouvelle loi créa également des collectivités territoriales autonomes appelées communes mais celles-ci restèrent des circonscriptions administratives dirigées par un représentant du pouvoir.

L'orientation marxiste-léniniste adoptée par le gouvernement révolutionnaire en 1975 se traduisait par une profonde réforme de l'administration à relents décentralisateurs. Mais malgré la vulgarisation de loi³ instituant une double autorité administrative et financière, le transfert des pouvoirs au bénéfice des conseils élus ne fut jamais effectif. La gestion des collectivités locales était donc étroitement contrôlée et dirigée par le gouvernement central.

Les délégués à la Conférence des Forces Vives de la Nation en Février 1990 ont décidé de rompre avec cette tendance centralisatrice et ont adopté le principe de la décentralisation administrative comme système d'administration au Bénin. Ainsi, la constitution du 11 décembre 1990 consacre le principe de la libre administration des collectivités locales par des conseils élus.

Aussi, il fut organisé en Janvier 1993 à Cotonou les états généraux de l'administration territoriale dont les travaux ont abouti à la définition du cadre général et des grands principes de la décentralisation béninoise.

2-Les principes de la décentralisation au Bénin

Les principes définis lors des états généraux de l'administration territoriale ont tracé le cadre et l'esprit de la décentralisation au Bénin. Ces principes ont été complétés par cinq lois sur la décentralisation. Le contenu de ces lois peut se synthétiser en neuf principes que sont:

- ✓ couplage de la décentralisation avec une déconcentration. Ceci avec un seul niveau de décentralisation : la commune et un seul niveau de déconcentration : le département. Ainsi, il est créé 77 communes réparties dans 12 départements;

- ✓ administration libre des collectivités décentralisées par des conseils élus au suffrage universel direct;
- ✓ la création des communes de droit commun et des communes à statut particulier que sont les trois principales villes : Cotonou, Porto-Novo et Parakou;
- ✓ attribution aux collectivités locales de compétences propres et de compétences qui leur sont déléguées par l'Etat;
- ✓ organisation de l'autonomie budgétaire des communes; financières et matérielles;
- ✓ instauration de tutelle administrative sur les communes par les services déconcentrés de l'administration centrale;
- ✓ obligation pour l'Etat de soutenir les collectivités locales en ressources humaines,
- ✓ organisation de la solidarité intercommunale;
- ✓ mobilisation de ressources locales par les communes qui peuvent établir une coopération décentralisée avec des partenaires nationaux ou étrangers (PNUD, 2001 :28).

Un respect effectif de ces principes permettrait d'instaurer au Bénin une véritable décentralisation démocratique devant permettre le développement harmonieux de tous les territoires et donc des zones sanitaires.

C-Concepts théoriques de la décentralisation :

La décentralisation est avant tout une question institutionnelle et politique. Il s'agit pour l'Etat central de transférer au profit des collectivités certaines compétences et ressources correspondantes. Au départ, elle peut se définir comme un mouvement de réforme politique et administrative permettant de céder, en nombre variable et selon différents dosages, des fonctions, des responsabilités, des ressources et des pouvoirs politiques et budgétaires aux échelons inférieurs de l'Etat. (MacLean, 2003). Il peut aussi s'agir d'une cession de fonctions ou de responsabilité à des institutions parapubliques ou privées (Rondinelli, 2002).

La décentralisation renvoie à l'idée de gouvernance locale et met l'accent sur l'auto-administration des collectivités, s'inscrivant plutôt dans une logique de démocratie locale (J. Baguenard, 2004). La décentralisation est un système d'administration consistant à permettre à une collectivité humaine de s'administrer elle-même sous le contrôle de l'Etat, en la dotant de la personnalité juridique d'autorité propre et des ressources. Elle est aussi une technique d'organisation administrative par laquelle, l'Etat octroie à d'autres personnes morales de droit

public, le soin de s'administrer elles-mêmes. Il s'agit pour l'Etat de créer d'autres entités infra étatiques (régions, cercles ou communes), et de leur accorder dans le cadre de la loi, le droit de gérer leurs propres affaires.

La décentralisation est aussi pour certains un moyen de transférer une partie de la responsabilité du développement du centre à la périphérie et par conséquent, de ne pas faire supporter par le seul échelon central la responsabilité de l'échec lorsque les besoins locaux ne sont pas satisfaits ; c'est dire que les pays regroupent plusieurs ethnies, parfois hostiles les unes aux autres, la décentralisation permet de leur accorder une plus large autonomie tout en sauvegardant l'intégrité nationale (Anne Mills et *al*). Il propose également qu'il faut voir la centralisation et la décentralisation comme des mouvements entre deux pôles extrêmes, et l'on les aborde comme s'il s'agissait de situations rigoureusement antinomiques et exclusives l'une de l'autre.

Dans de nombreux pays, on a fait l'expérience d'une dotation budgétaire directe des comités de développement pour essayer de résoudre les difficultés qu'il y a à répondre aux besoins et demandes de la population quand chaque fonction administrative est assurée sur un budget distinct, accordé à l'échelon central. Rondinelli et al donne plusieurs exemples à ce sujet. C'est ainsi qu'à Sri Lanka, les districts bénéficient d'une dotation budgétaire destinée à couvrir les dépenses d'investissement locales jugées prioritaires par un comité qui réunit au niveau du district des fonctionnaires.

Selon le PNUD, la gouvernance décentralisée renvoie à la restructuration de l'autorité de façon à mettre en place le système de coresponsabilité entre les institutions centrales, régionales et locales sur la base du principe de subsidiarité, accroissant ainsi la qualité et l'efficacité du système de gouvernance, tout en augmentant l'autorité et les capacités des niveaux sous-nationaux (Work,2002). L'institution décentralisée doit disposer d'affaires propres, c'est-à-dire d'affaires dont le traitement et le règlement lui reviennent et pour lesquelles il ne saurait y avoir de concurrence entre les services décentralisés et les services de l'Etat (Foillard Ph., 2008). Soungalo Ouattaro (2007) dit que c'est l'idée d'un centre de la gestion d'une autorité. C'est dans ce même ordre d'idée que René Lemarchand résume que l'enjeu central de la décentralisation est la démocratie à la base. Le premier ministre John Gorton a proposé en 1970 que les pouvoirs plus importants soient dévolue aux autorités régionales ou de district (Ballard 1981 :96-8). Dans le même ordre d'idée, l'équipe de PNUD

– officier en 1972 va au-delà de ça en mettant l'accent sur l'autonomie, le développement des collectivités locales, le contrôle et la décentralisation du pouvoir économique et politique pour promouvoir le développement du secteur de la santé de la Papouasie Nouvelle-Guinée. Nous retenons ici que l'intérêt local serait de promouvoir la santé et la santé service qui, à son tour, de promouvoir une meilleure gestion, ou plus la transparence et des services plus efficaces. Elle est également la promotion de la viabilité financière des centres de santé grâce à des ventes et des frais, de créer ou d'élargir le secteur privé ou le secteur non gouvernemental pour promouvoir l'efficacité, l'équité et d'améliorer l'accès aux soins de santé .

Quand le coût des services est couvert par des dotations de l'administration centrale à l'administration locale, il en découle une forte dépendance de la seconde vis-à-vis de la première et, a priori, une réduction correspondant d'autonomie locale. A propos de cette question, Rondinelli et al s'expriment dans les termes suivants : au pire, ce transfert de ressources constitue un moyen cynique de prétendre avoir opéré une décentralisation tout en conservant à l'échelon central la haute main sur les finances, le nerf de la guerre. Dans la meilleure des hypothèses, c'est aussi une façon rationnelle d'arriver à transférer des activités de développement fort complexe à des administrations locales totalement démunies et manquant de personnel.

La décentralisation territoriale est celle qui nous permet de connaître comment le pouvoir est partagé entre l'Etat, les communes et les collectivités locales. Tandis que la décentralisation sanitaire nous permet de connaître comment le pouvoir de décision diverse est promu pour assurer la « la santé pour tous » (un slogan cher à l'OMS) entre le ministère de la santé, les centres hospitaliers départementaux, les hôpitaux de zone et les unités villageoises de santé. Comme le thème l'indique, l'étude s'évertuera sur la partie de la décentralisation sanitaire. Autrement dit on a tenu compte ici de la décentralisation en général, dans la mesure où la réflexion sur l'organisation des services de santé s'en trouve facilitée. La décentralisation territoriale est exclue, terme qui vise la dispersion géographique des services de santé et non le fonctionnement du pouvoir de gestion.

La décentralisation est une politique de transfert des attributions de l'Etat vers des collectivités territoriales ou des institutions publiques pour qu'elles disposent d'un pouvoir juridique et d'une autonomie financière. Le transfert de ces attributions qui restent

néanmoins sous la surveillance de l'Etat permet à ce dernier de décharger ses administrations centrales et de confier les responsabilités au niveau le plus adapté.

La décentralisation fonctionnelle ou technique : Elle permet à des établissements publics à vocation spéciale comme les universités et les hôpitaux de disposer d'une certaine autonomie administrative avec leurs propres organes de décision (Ex : Conseil administratif) et un budget autonome. La collectivité de rattachement assure néanmoins un pouvoir de contrôle. (site de l'Assemblée nationale).

En sciences économiques, la décentralisation est perçue comme un moyen d'optimiser l'allocation des biens collectifs. Elle permet d'ajuster la fourniture de ces biens aux préférences locales. Ainsi, elle se réfère à un mode de gestion qui permet de rapprocher le consommateur du centre de production, et à la recherche d'une efficacité accrue.

La décentralisation est appréhendée à travers quelques critères qui constituent en même temps les conditions à remplir pour qu'on puisse parler de décentralisation.

- La première condition est la reconnaissance d'une personnalité juridique (à la structure décentralisée) distincte de celle de l'Etat et l'existence d'affaires locales à la charge de la collectivité ;
- La deuxième condition implique la désignation des autorités locales dans la localité et par la collectivité locale elle-même. Il faut en somme assurer l'indépendance personnelle des autorités décentralisées.
- La troisième condition est le contrôle de l'Etat, sur les actes et sur les personnes des autorités locales. Ce contrôle se justifie par le fait que la collectivité locale est autonome et non pas indépendante. Mais il ne doit pas être trop étroit au risque de faire disparaître cette autonomie (c'est un contrôle de tutelle et non pas un contrôle hiérarchique comme dans le cas de la déconcentration).

Dans plusieurs travaux, la décentralisation est analysée suivant différentes considérations. Outre celles liées à l'optimisation de la production de biens collectifs, les analyses de la décentralisation mettent en relief les considérations telles que le transfert de pouvoir aux acteurs locaux, le renforcement des capacités locales, l'apprentissage de la

gouvernance participative, la lutte contre la pauvreté etc. Suivant certaines analyses, la décentralisation revêt différentes formes. Il s'agit en particulier de la forme démocratique (politique) et administrative.

D-Différents aspects de la décentralisation

Les services de santé et les services connexes même s'ils peuvent être considérés comme un système en soi, font aussi partie d'un système administratif et social plus large qui leur impose des limites. Il importe donc de décrire les principales formes de décentralisation et de voir ce qu'elles impliquent pour l'organisation du système de santé.

1-Les formes de la décentralisation

Dans la « décentralisation géographique », on transfère la responsabilité des grandes fonctions publiques à des organismes locaux ayant compétence sur un territoire bien défini. C'est ce qui correspond, en gros, au sens français de décentralisation. Cela débouche sur la création de collectivités territoriales autonomes et dirigées par des autorités élues. C'est de cela dont il s'agit normalement, lorsqu'on évoque les réformes de décentralisation.

Dans la « décentralisation fonctionnelle », il y a transfert d'autorité d'une fonction particulière, à un bureau local spécialisé. C'est le cas de ce qui est entrepris dans le domaine de la santé publique. L'opposition classique en droit administratif entre décentralisation et déconcentration s'avère ici peu pratique pour aborder la décentralisation sectorielle de la santé. Mieux vaut plutôt partir de la distinction entre quatre niveaux de décentralisation : la déconcentration, la dévolution, la délégation et la privatisation.

On parle de « déconcentration » à propos d'un « transfert partiel de l'autorité administrative aux bureaux locaux d'un ministère central. ». Elle implique le transfert de pouvoirs administratifs plus que politiques, c'est donc la forme la moins poussée de la décentralisation. L'organisme central et l'organisme déconcentré constituent une seule et même personnalité juridique, et ce dernier n'a aucun pouvoir réglementaire ou fiscal. La déconcentration implique la « création d'un ou plusieurs niveaux administratifs supplémentaires dotés d'un pouvoir gestionnaire ». Dans le cas de la santé publique, elle touche le développement et/ou le renforcement d'unité administrative locale (directions régionales ou provinciales de santé) qui sont rattachées directement au Ministère de la Santé.

La « dévolution » consiste dans la « création ou le renforcement de niveaux administratifs infra-nationaux qui bénéficient d'une large indépendance vis-à-vis de l'échelon national ». Elle correspond à la vision stricte de la décentralisation, avec pouvoirs de réglementation et de taxation, élection des titulaires, et transfert substantiel de pouvoirs. La dévolution, du point de vue de la santé publique, suppose un transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales décentralisées qui disposent ainsi d'une autonomie vis à vis de l'administration centrale de la santé.

La « délégation » implique « le transfert de responsabilités gestionnaires pour des fonctions bien définies à des organisations qui se situent en marge de l'administration centrale et font seulement l'objet d'un contrôle indirect ». Elle fait référence à des organismes spécialisés dotés d'une personnalité juridique propre et dirigés par des personnes nommées. La délégation se rattache au développement de l'autonomie de gestion des établissements hospitaliers, des centrales d'achat de médicaments, d'écoles de santé, ou la constitution d'entreprises parapubliques se situant en marge de la structure administrative centrale.

Enfin, on parle de « privatisation ». Elle implique « le transfert de fonctions administratives à des organismes bénévoles ou à des entreprises privées, à but lucratif ou non, dans le cadre d'une réglementation officielle, poussée ou non ». Elle concerne le développement d'initiatives non gouvernementales, à but lucratif ou non, émanant d'individus, d'associations, de groupes et de communautés, qui visent à assurer des services de soins. La privatisation apparaît ainsi comme le stade ultime, la forme extrême de la décentralisation. Il faut distinguer les situations où l'État continue d'assurer pleinement le financement des soins et des services de santé, de celles où ce financement n'est que très peu ou pas assumé par l'État. Le premier cas, correspond plutôt à une délégation vers le secteur privé. Il faut distinguer les situations où l'État continue d'assurer pleinement le financement des soins et des services de santé, de celles où ce financement n'est que très peu ou pas assumé par l'État. Ce n'est que lorsque l'État ne participe plus au financement que l'on peut parler de véritable privatisation. Dans ce cas, l'utilisateur supporte lui-même la totalité du coût des soins. Dans le cas de la privatisation au sens strict, la décentralisation se fait au profit du secteur marchand, c'est-à-dire privé à but lucratif. Cette typologie est utile, mais ne doit pas être utilisée d'une façon rigide, car dans la pratique nous verrons qu'on n'évite pas les chevauchements entre les différentes formes de décentralisation.

Turgeon et Lemieux proposent de distinguer les fonctions de la décentralisation. La fonction de gouverne renvoie aux décisions impératives prises par les autorités d'un système politique. Les fonctions de gestion sont plus ou moins soumises aux fonctions de gouverne dont elles assurent la mise en œuvre et la spécification. Les fonctions de financement concernent l'obtention des recettes nécessaires au financement des autres fonctions. Les fonctions de production de services ont pour objet de fournir des prestations de services auprès de prestataires. Chaque type de fonction va se caractériser par certains avantages et inconvénients. La déconcentration permet une meilleure coordination et une meilleure équité. La délégation permet davantage d'efficacité, d'équité, et de représentativité. La dévolution : permet la coordination, l'efficacité, la responsabilité, et l'équité. La privatisation favorise l'efficacité, l'efficacité, et la responsabilité. Turgeon et Lemieux, op. Cit, p.178. Ainsi ces types de fonctions et leurs avantages sont résumés dans le tableau 2 :

Tableau 2 : Les types de fonctions et leurs avantages

Avantages Types de fonctions	Coordi- nation	Equité	Efficacité	Efficienc	Représen- tativité	Responsa- bilité
Déconcentration	+	+	-	-	-	-
Délégation	-	+	+	-	+	-
Dévolution	+	+	-	+	-	+
Privatisation	-	-	+	+	-	+

Source : Turgeon et Lemieux, op.cit, p 178

Legende : Le + signifie présence d'avantage et le – signifie absence d'avantage

2- Décentralisation de diverses fonctions

La forme de décentralisation adoptée pour un système de santé détermine dans une très large mesure les fonctions que peut assurer un organisme de santé décentralisé. Les diverses fonctions peuvent être classées dans les grandes catégories suivantes :

- Législation : adoption de lois sur les questions de santé ;
- Obtention de recettes : établissement et mise en œuvre de mécanismes permettant de réunir les fonds nécessaires au financement du système de santé ;
- Elaboration de la politique générale : fixation des grandes orientations et de politique précise à suivre pour le système de santé ;
- Réglementation : contrôle indirect du fonctionnement des services de santé et des prestataires de services ne relevant pas du secteur public, grâce à des mécanismes tels que la procédure d'agrément ;
- Planification et affectation des ressources : formulation de plans à court et à long terme pour le développement du système de santé ;
- Gestion : prise de décision concernant le fonctionnement quotidien du système de santé, en ce qui concerne l'affectation du personnel, l'attribution du budget, la passation des commandes de fournitures et d'équipements et la gestion des programmes d'entretien ;
- Collaboration intersectorielle : communication avec les autres secteurs et exécution d'activités conjointes ;
- Coordination entre organismes : coordination des politiques et activités de divers établissements de soins et prestataires de services ;
- Formation : établissement et mise en œuvre de programmes de formation pour les différentes catégories de personnel.

L'importance que peut en principe prendre la décentralisation de ces fonctions dans un type particulier de système décentralisé est indiquée au tableau 3 ; par souci de simplicité, on a admis que la « déconcentration » était du type non intégré, intéressant uniquement le secteur de la « dévolution » correspondait à un système local bénéficiant d'une autonomie modérée et exerçant des responsabilités dans de nombreux secteurs. Le nombre d'astérisques reflète l'importance des responsabilités attribuées à l'administration périphérique pour la fonction considérée, tandis qu'un tiret indique l'absence totale de responsabilité ; A souligner qu'on admis, dans ce tableau, que chaque type de système décentralisé correspondait au modèle

idéal , ce qui n'est forcément le cas en pratique. Par exemple, dans la réalité, un système de santé conforme au modèle de la dévolution n'accorde pas forcément plus de responsabilité aux niveaux inférieurs qu'un système « déconcentré », s'agissant de l'établissement du budget et du contrôle des dépenses . Ce tableau constitue donc une simplification très poussée de la réalité. Il importe d'examiner plus en détail les problèmes que soulève la décentralisation des diverses fonctions et l'équilibre des pouvoirs obtenu entre le centre et la périphérie. Pour cet examen, on a admis que la décentralisation intervenait au sein d'une structure de services officiels ; la privatisation n'est pas examinée plus avant puisque, par définition, elle implique la décentralisation de toutes les fonctions, l'administration centrale ne conservant que quelques pouvoirs réglementaires limités.

Tableau 3 : Décentralisation des fonctions dans différents types de système décentralisé

Fonctions	Déconcentration au profit de services locaux représentant un ministère	Dévolution au profit de l'administration locale	Délégation	Privatisation
Législation	-	**	-	-
Obtention de recettes	*	**	**	***
Elaboration de la politique générale	-	**	**	**
Réglementation	-	**	*	-
Planification et affectation des ressources	**	**	***	***
Gestion				
-personnel	*	**	***	***
-attribution du budget et contrôle des dépenses	**	**	***	***
-approvisionnement	*	**	***	***
-entretien	*	**	***	***

E-La structuration et le mode de fonction du système de santé du Bénin

Après la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (SSP) en 1978, le Bénin à l'instar de la majorité des pays de la Région africaine a revue l'organisation de son système de santé en vue de l'adapter aux exigences des SSP. Ainsi, comme ses paires, le Bénin a adopté une architecture sanitaire à trois niveaux mais avec quelques spécificités propres à lui.

Au Bénin, l'organisation du secteur de la santé est basée sur la décentralisation administrative du pays en 12 départements et 77 communes. Elle comporte trois niveaux complémentaires qui sont : *le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central*. Chacun de ces niveaux comporte des organes de gestion et des infrastructures de soins.

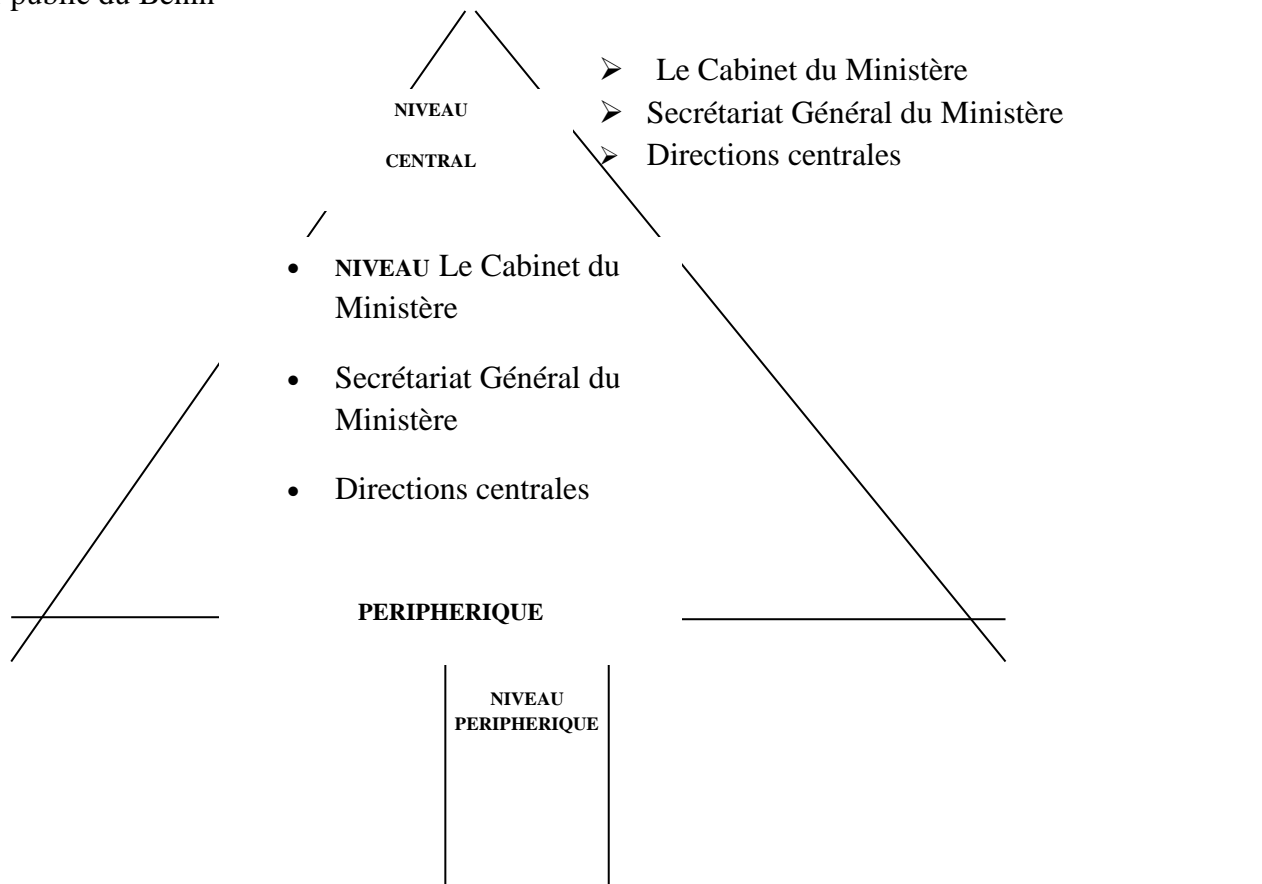
Le niveau périphérique du système de santé est la *zone sanitaire* (dénomination locale du district sanitaire), c'est donc le niveau de traduction en actions concrètes des projets et programmes nationaux de développement sanitaire et le niveau de l'offre de soins de santé de base aux populations. On compte 36 zones sanitaires dans le pays, avec une population moyenne de couverture comprise entre 100 000 et 200 000 habitants. Chaque zone sanitaire est constituée d'un réseau de services de premier contact et d'un hôpital de référence. Les services de premier contact regroupent les unités villageoises de santé (UVS), les centres de santé d'arrondissement (CSA), les centres de santé de commune (CSC) et des formations sanitaires privées. Les organes de gestion du premier échelon sont constitués du comité villageois au niveau UVS, du comité de gestion d'arrondissement (COGEA) pour les CSA et du comité de gestion de la circonscription sanitaire de commune (COGEC) pour les CSC. Par ailleurs, des associations de développement, poursuivant un objectif plus large de bien-être des populations, existent dans les communes. Au niveau de la référence, le conseil de gestion de l'hôpital de zone, le comité de santé et l'équipe d'encadrement de zone administrent respectivement l'hôpital et la zone sanitaire. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire est dirigée par le médecin coordonnateur de zone et comprend plusieurs autres cadres sanitaires, administratifs, financiers et techniques de la zone sanitaire.

Les zones sanitaires connaissent des niveaux de fonctionnalité différents, soit par insuffisance organisationnelle, soit par insuffisance en personnel, en équipements ou en infrastructures. Tous les hôpitaux de zones ne sont pas fonctionnels, il n'y a que 32 hôpitaux de zones sur les 36 zones sanitaires qui jouent pleinement leur rôle de référence et la moitié des équipes d'encadrement de zones n'ont pas toutes les compétences requises pour gérer efficacement le système de santé de la zone sanitaire. La plupart des comités de gestion nécessitent un renouvellement et une formation de leurs membres en techniques de mobilisation sociale et de gestion du centre de santé.

Le **niveau intermédiaire**, quant à lui, correspond administrativement au niveau départemental. Il convient de noter que, suite au redécoupage administratif en 1999 qui a créé 12 départements (en éclatant en deux chacun des 6 départements qui composaient le pays), le système de santé n'a pas augmenté les directions départementales de la santé et les centres hospitaliers départementaux. On compte donc actuellement une direction départementale de la santé et un centre hospitalier départemental pour deux départements administratifs. L'infrastructure de soins au niveau intermédiaire est le Centre Hospitalier Départemental (CHD), structure de référence pour les hôpitaux de zones relevant du territoire départemental. Le CHD est dirigé par un Directeur qui rend compte au Conseil d'Administration. Sous la coordination du Directeur Départemental de la Santé (DDS) et du conseil de Direction (CODIR), le niveau intermédiaire est le niveau d'adaptation des orientations stratégiques nationales aux spécificités régionales ; c'est aussi le niveau du contrôle des normes et de l'appui technique aux équipes d'encadrement des zones sanitaires. Il souffre également d'insuffisance organisationnelle, en personnel, en équipements et en infrastructures.

Pour finir, nous avons le **niveau central ou national** qui fixe les orientations stratégiques. C'est le niveau de conception et de prise de décisions en matière de politique de développement du secteur sanitaire. Le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et les directions centrales assurent la coordination d'ensemble. Au niveau central, le Centre Hospitalier National Universitaire est le sommet de la pyramide des infrastructures de soins. Concernant l'accès aux médicaments, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) est l'outil de la politique gouvernementale pour permettre aux Béninois d'avoir un accès aux médicaments à un coût abordable. Il est important de remarquer qu'on note à ce niveau une centralisation des responsabilités et ressources au détriment des niveaux intermédiaires et périphériques.

Graphique : Représentation synthétique des organes de gestion et des prestataires de soins du secteur public du Bénin



Source : la décentralisation du système de santé : bibliothèque de l'OMS

Section 2: Cadre méthodologique de l'étude

Dans le travail d'une recherche, la méthodologie s'avère importante pour la crédibilité des résultats. Elle se définit comme l'ensemble des démarches entreprises pour la collecte des données, des informations et leur traitement en vue de produire des résultats pour atteindre les objectifs fixés et de vérifier les hypothèses précédentes.

Paragraphe 1: Outils de collecte des informations

A-La revue documentaire

Elle n'a pas été aussi facile, peu d'ouvrages abordent le sujet. Elle nous a pris pas mal de temps, nous avons exploité objectivement les documents obtenus au cours de ces recherches pour:

- Délimiter le thème de recherche sur l'évaluation de la décentralisation sanitaire : application à l'hôpital de Menontin
- Clarifier certains concepts du sujet et formuler les objectifs et les hypothèses

B-Approche qualitative: les entretiens

L'entretien revêt du processus fondamental de communication et d'interaction humain. L'entretien engage deux personnes en vis-à-vis et à ce titre ne peut être considéré comme un simple questionnaire où on est dans une relation anonyme.

L'entretien présente plusieurs avantages selon les objectifs qu'on se fixe, il permet :

- L'analyse du sens que les auteurs donnent à leur pratique, et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeur, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles etc.
- L'analyse d'un problème précis : ses données, les enjeux, les différentes parties en présence, les systèmes de relations etc.

Il existe trois différents types d'entretiens qui sont : directif, semi-directif et libre. L'entretien directif est un questionnaire oral très sécurisant pour le chercheur. Il arrive avec un guide d'entretien tout prêt, chaque question est posée dans un ordre préétabli et le chercheur se cantonne à lire ses questions et à cocher les cases (un peu comme les sondages dans la rue).

Un avantage sur le questionnaire envoyé c'est que l'enquêteur peut préciser ses questions ou les reformuler suivant les individus. Il limite très peu de marge de manœuvre pour l'enquêté. L'entretien semi-directif n'est pas ni entièrement ouvert ni entièrement fermé. En général, le chercheur d'un certain nombre de thèmes ou de questions de guide, relativement ouvert sur lesquels il souhaite que l'interviewé réponde. Il y a davantage de liberté pour le chercheur mais aussi pour l'enquêté.

Enfin, l'entretien libre n'a pas de cadre prédéfini, il passe sur le mode de la conversation «naturelle» souvent utilisé pour les récits de vie. Lorsque l'on veut retracer des trajectoires de vie pour comprendre une position ou une situation.

Dans le cadre de cette recherche, il est retenu l'entretien semi-directif dans le but de mieux centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes qui définissent au préalable dans un guide d'entretien (voir annexe).

➤ **L'enquête**

L'enquête est un outil d'observation qui permet de quantifier et comparer l'information. Cette information est collectée auprès d'un échantillon représentatif de la population visée par l'évaluation. C'est aussi un recueil de témoignage portant notamment des questions politiques et commerciales. Il s'agit également d'une investigation discrète menée par un ou des particuliers. Elle peut être d'ordre administratif ou politique.

Sur le plan administratif, elle est une procédure que personne ne sera laissé dans son droit de propriété par la réalisation d'un projet.

Sur le plan politique, c'est un ensemble d'investigations par une commission désignée par une assemblée représentative.

Il faut signaler que dans le cadre de cette étude les investigations est de collecter les données secondaires et primaires pour la vérification des différentes hypothèses formulées.

En effet, cette approche qualitative a été une démarche exploratoire pour mieux comprendre le système pour préparer la phase quantitative de recherche.

C- Approche quantitative

➤ **Etape de ciblage de la population mère**

Sur la base des échanges et discussions avec les membres de l'administration de l'HZM et de la DPP du MS l'étude a pu cibler les parties prenantes de la décentralisation, capable d'aider à cerner les problèmes liés à la décentralisation sanitaire et les moyens qui permettront de trouver des approches de solution. Cette population est constituée du personnel:

- De la direction de la programmation et de la prospective
- Des membres de la cellule de suivi-évaluation
- Des points focaux
- De la coordination des programmes

- De l'administration de l'HZM

- **L'échantillonnage**

L'échantillonnage est le processus par lequel une partie de la population est prise en compte pour une étude en vue de la généralisation des résultats à toute la population. Les raisons du choix de l'échantillon tiennent essentiellement de l'effectif de la population mère. Dans le cadre de notre étude, la population mère est constituée des agents de la DPP du MS principalement ceux de la cellule suivi-évaluation et certains personnels de l'administration de l'HZM. Par cette méthode de choix, un échantillon (N) de quarante (40) personnes a été retenu et a concerné les personnes de la DPP du MS et ceux de l'HZM

- **Le questionnaire**

C'est un support utilisé pour recueillir l'information statistique. Dans le cadre de notre recherche, les données sont collectées au moyen d'un questionnaire (voir en annexe) que nous avons adressé à l'échantillon. Le dit questionnaire se structure des questions fermées et semi fermées liées à nos hypothèses de recherche.

Paragraphe 2: Traitement, analyse des données et technique de validation des hypothèses

A-Traitement et analyse des données

Après la collecte des données, les résultats et la vérification des hypothèses passent par un processus de traitement des données recueillies. Les informations recherchées devant faire l'objet d'une analyse qualitative et quantitative, il a été fait très peu usage de technique statistique compte tenu de la réduction de l'échantillon de travail. Il s'agit ici, d'un dépouillement manuel qui a consisté à dénombrer les réponses obtenues à chaque question posée. L'analyse conduit à déterminer de la manière la plus objective possible, la cohérence entre les réponses. Elle est faite après les calculs des fréquences des réponses. Cet exercice a permis d'aboutir aux résultats présentés dans les tableaux.

B-Technique de validation des hypothèses

L'analyse des données sera liée à la vérification ou non des hypothèses. En effet, les enquêtes ont pour objectif de mobiliser les données nécessaires pour connaître les causes réelles des problèmes spécifiques identifiés et de voir si les hypothèses sont vérifiées ou non.

Par ailleurs, seules les données qui auront réunis un poids relativement important des fréquences relatives calculées (soit plus de 50%) seront retenues comme les causes réelles liées à chaque problème de l'enquête du questionnaire.

Aussi, cette étude préconise le test de conformité pour tester les hypothèses car il faut comparer la proportion obtenue à la proportion théorique de 50%.

Puisque le nombre d'enquêté de l'échantillon est supérieur à 30 ($N = 36$), il faut procéder au calcul de :

$$t = \frac{f_i - f_o}{\sqrt{f_o(1-f_o)/N}} \quad \text{avec } f_o = 50\% : \text{ seuil de décision ou fréquence estimée et } f_i, \text{ la fréquence}$$

observée. Ce taux t sera comparé directement au seuil critique de la loi normale centrée réduite qui est $t_o = 1,96$ (pour un risque de 5%).

Enfin, il faudra trancher comme suit:

- Si $t > t_o$, l'hypothèse sera validée
- Si $t < t_o$, l'hypothèse sera rejetée

CHAPITRE 3: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Section1: Présentation des résultats recueillis grâce aux questionnaires

Paragraphe 1: Présentation des résultats

Ici, il s'agit de présenter les résultats de notre recherche puis procéder à l'analyse des données issues de cette recherche. Nous allons procéder à une sélection raisonnable des parties prenantes en nous limitant au choix de quelques-unes parmi elles. Le tableau 4 donne un aperçu de l'échantillon.

Tableau 4: Population enquêtée

Catégorie de l'enquête	Effectif			Pourcentage ET/EP	Mode d'échantillonnage
	Population mère(PM)	Effectif prévu(EP)	Effectif touché(ET)		
Coordination de programme	15	15	14	93,33	Raisonné
Directeur administratif et financier	1	1	1	100	Exhaustif
Service des affaires économiques	6	6	5	83,33	Raisonné
Directeur	1	1	1	100	Exhaustif
Membre de la cellule de suivi-évaluation du MS	9	9	7	77,78	Raisonné
Points focaux	8	8	7	87,5	Raisonné
Totaux	40	40	35	87,5	

Source: Résultats issus de l'enquête 2015

A- Avis des personnes interrogées sur les responsabilités du ministère de la santé par rapport à l'insuffisance des ressources financières alloués à l'HZM.

Tableau 5: Analyse du financement accordé à l'HZM par le MS

Rubrique	Effectif Prévu (EP)	Effectif Touché	Cas favorable
DAF	1	1	1
Services des affaires économiques	6	6	6
Directeur	1	1	1
Membre de la collecte	9	8	8
Coordination de programme du MS	15	14	12
synthèse	91,43	85,71	80

Source: Résultats issus de l'enquête 2015

Analyse des résultats: 80% des acteurs interrogés ont estimé que les ressources qu'alloue le ministère de la santé à l'HZM sont insuffisantes.

B-Avis des acteurs sur les facteurs explicatifs de la contre-performance de la décentralisation sanitaire à l'HZM lié au caractère semi-public de ce dernier

Tableau 6: appréciation des acteurs sur les facteurs explicatifs de la décentralisation de l'HZM

Rubrique	Favorable	Non favorable	Total
DAF	2,86%	0,0%	2,86%
SAE	14,28%	0,0%	14,28%
Membre de la cellule de suivi évaluation du MS	11,43%	8,57%	20%
Coordination du programme	28,57%	11,42%	40%
Directeur de l'HZM	2,85%	0,0%	2,86%
Points focaux	14,28%	5,71%	20%
Synthèse	74,28%	25,71%	100%

Source: Résultats issus de l'enquête 2015

Analyse des résultats: 74,28% des acteurs ont confirmés que le caractère semi-public de l'HZM explique la contre-performance du système de la décentralisation sanitaire.

Paragraphe 2: Vérification des hypothèses de l'étude

Vérification des hypothèses

Soient:

f_i : la fréquence observée

f_o : 50% du seuil de décision ou fréquence estimée par rapport à laquelle l'hypothèse sera testée avec un seuil critique de la loi normale centrée réduite qui est $t_o = 1,96$ (pour un risque de 5%)

N : l'effectif touché

Rappelons que la vérification d'une hypothèse se fait par une comparaison de la valeur

$$t = \frac{f_i - f_o}{\sqrt{f_o(1-f_o)/N}}$$

à la valeur $t_o = 1,96$

Cette vérification des hypothèses est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 7: Vérification des hypothèses

Problème spécifique	Modalités des hypothèses	Effectif	Fréquence	t = $\frac{f_i - f_o}{\sqrt{f_o(1-f_o)/N}}$	Conclusion
Les responsabilités du MS envers l'HZM en termes de financement	Les responsabilités du MS envers l'HZM en termes de financement sont insuffisantes	28	80%	3,55	L'hypothèse est validée
Facteur explicatif de la contre-performance de la décentralisation de l'HZM	La contre-performance de la décentralisation sanitaire à l'HZM est lié à son statut d'établissement semi-public	26	74,28%	2,87	L'hypothèse est validée

Source: Résultats issus de l'enquête 2015

Le tableau 7 ci-dessus présente la vérification des hypothèses par rapport aux réponses fournies par les questionnaires reçues des enquêtes.

Rappel de l'hypothèse 1: Les responsabilités du Ministère de la Santé envers l'Hôpital de Menontin en termes de financement sont insuffisantes.

1-Vérification de l'hypothèse 1 :

Des résultats du test de l'hypothèse n°1, $t_1 = 3,55$ avec $t_0 = 1,96$. Il ressort que $t_1 > t_0$; par conséquent cette hypothèse est validée, donc effectivement les responsabilités du MS envers l'HZM en terme de financement sont insuffisantes. L'hypothèse n°1 est alors confirmée.

Rappel de l'hypothèse 2 : La contre-performance de la décentralisation sanitaire à l'Hôpital de Menontin est liée à son statut d'établissement semipublic.

2-Vérification de l'hypothèse 2 :

Des résultats du test de l'hypothèse n°2, $t_2 = 2,87$ avec $t_0 = 1,96$. Il ressort que $t_2 > t_0$; par conséquent cette hypothèse est validée donc effectivement la contre-performance de la décentralisation sanitaire à l'HZM est liée à son statut d'établissement semi-public.

L'hypothèse n°2 est alors confirmée

Section 2: Suggestions

L'analyse des résultats révèle que plusieurs défis sont à relever pour l'amélioration de la décentralisation sanitaire au Bénin notamment au niveau de l'Hôpital de Zone de Menontin.

Suggestions à l'endroit du Ministère de la Santé

Pour assurer une décentralisation sanitaire plus performante, on suggère que :

- Le Ministère de la Santé revoie sa politique de financement à l'endroit de l'Hôpital de Zone de Menontin.
- Le Ministère de la Santé satisfasse à ses obligations pour motiver les acteurs.
- Le partenariat public privé entre le Ministère de la Santé et l'AMSM soit prise en compte par un décret ou un arrêté.
- Le transfert des attributions reste néanmoins sous leur surveillance.

Suggestions à l'endroit de l'AMSM

Nos suggestions à l'endroit de l'Association Médico-Sociale de Menontin sont les suivantes :

- Tisser des relations avec des institutions financières, des bailleurs de fonds, des ONG etc.
- Rappeler la conscience de l'Etat à ses responsabilités vis-à-vis de l'Hôpital

Suggestions à l'endroit de l'AMSM et du Ministère de la Santé

- Rediscuter ensemble les clauses du mandat de gestion afin de faciliter le financement
- Instaurer ensemble de nouvelles bases pour une collaboration durable et conviviale
- Chaque acteur doit respecter les clauses du mandat de gestion
- Redéfinir ensemble les rôles et responsabilités de chaque acteur

CONCLUSION

La santé de la population est une question préoccupante qui nécessite l'implication de tous les acteurs à divers niveaux avec l'Etat qui doit tout mettre à profit avec la contribution des acteurs privés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en jouant efficacement son rôle. Cette étude s'est articulée autour de trois grands axes : les généralités liées à la question de la décentralisation sanitaire ; la méthodologie devant conduire à la production des données empiriques sur le sujet de recherche et les résultats obtenus. En effet, pour y parvenir des hypothèses et des objectifs ont été élaborés afin de mieux appréhender les logiques développées et les interactions entre les acteurs impliqués dans l'option décentralisatrice qui sous-tendent le fonctionnement de l'HM. Au terme de ce travail, il apparaît que la démarche méthodologique mise en œuvre a permis de produire des résultats susceptibles d'évaluer les mécanismes d'établissement et de fonctionnement de la décentralisation sanitaire ; les relations de pouvoir qu'entretiennent les acteurs influencent le développement de l'Hôpital.

Les résultats des questionnaires ont révélés que certes l'HZM a une autonomie de gestion administrative et financière mais les responsabilités du MS en termes de financement à l'endroit de l'HZM sont insuffisantes et la contre-performance de la décentralisation sanitaire au niveau de cet hôpital est due au caractère semi-public de l'hôpital. Pour permettre alors un véritable financement de l'hôpital, les autorités publiques et l'AMSM doivent redéfinir les clauses du mandat de gestion et veiller surtout à son respect. Il faut revoir les décrets portant le choix de l'hôpital comme un Hôpital de Zone afin de rendre performant le système de décentralisation sanitaire à ce niveau.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Anne Mills, J. Patrick Vaughan, Duane L. Smith, Iraj Tabibzadeh «La décentralisation des systèmes de santé»: bibliothèque de l'OMS, 1991.

Boussé GUIRO, Ismaël konaté, Etienne Yaro , Sémi KOUANDA , Dieudonné SAWADOGO , Ernest KILIBOUDO, Hamidou SANDWIDI «Recherche transnationale : Décentralisation en Afrique de l'Ouest et du centrale :apprendre des expériences locales et intersectorielles : éducation , eau ,santé» Novembre 2011.

Carrefour Africaine de Recherche et d'Echanges pour le Développement(CAREDE) « La revue Perspectives & Sociétés » volume 2, numéro 1, 2011

Cheikh S. A. Mbengue, Albert TINGBE–AZALOU, Pascal OMYALE, rapport technique No.52 «Zones système de sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin»; septembre 2000

Décret N° 2005-611 « Portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zones sanitaires » 28 septembre 2005.

Falilou Mbacké Cissé-CEPIA, Karla Yan Eynde-IRAM. Evaluation du thème « Appui à la décentralisation et gouvernance locale » au Bénin, avril 2006.

Grace Adeya, Alphonse Bigirimane, karen Cavanaugh Lynne Miller Franco «Evaluation rapide de la santé au Bénin, Avril 2006».

Hilaire g.Houeninvo, policope de cours « Gestion des structures sanitaire »,2014- 2015.

[http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Evaluation & oldid=110765272](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Evaluation&oldid=110765272)

[http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sanitaire & oldid=110562826](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sanitaire&oldid=110562826)

Jean-François Médard, «Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun » Bulletin de l'APAD, 21/2001.

Laurence HerÄCdia et Cica Mathilda DADJO « La problématique de la mise en œuvre du DSRP par les collectivités locales au Bénin » Université d'Anvers-Master en gouvernement et développement 2004.

MSP/AMSM «Mandat de gestion de l'HZM » 12 février 1992

S. Cohen, J.Mwanzia, Omeri I. «Ong'ayo décentralisation et le changement du système de santé », 1996.

Wunch, James S. et Dele Olowu, « Regime Transformation Form Below: Decentralization, Local Governance, and Democratie Reform in Nigeria » studies in comparative international development, 31, 41997, 66-82, 2007.

Yves Carine Entwisle, Mathelier Sandra, Ramilus Jean St Luc, Maxime Séjour « la structure organisationnelle du système de santé en Haïti » juillet 2003.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE / GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour Madame, Mademoiselle, Monsieur

Dans le cadre du travail de recherche our l'obtention du diplôme de licence professionnelle en Economie et Gestion des Structures Sanitaires à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion à l'Université d'Abomey Calavi, nous effectuons une enquête auprès du personnel de l'hôpital de Menontin pour connaitre vos appréciations sur la décentralisation du système sanitaire.

L'objectif est de connaitre les difficultés auxquelles vous êtes confrontés dans l'exercice de vos fonctions et de pouvoir proposer des suggestions pour leur prise en compte dans le futur.

Merci de répondre donc à ce questionnaire.

Q1- L' HZM reçoit-il des directives du Ministère de la Santé ?

1- Oui

2- Non

Q2- L' HZM reçoit-il de financement de l'Etat à travers le Ministère de la Santé ?

1- Oui

2- Non

Q3- Si oui à Q2, selon quelle modalité ?

1- Par an

2- Autres

Q4- Si non à Q2, pourquoi ?

1- Cela n'est pas définit dans le mandat de gestion

2- Autres

Q5- Le financement reçu vous aide t-il à plus investir ?

1- Oui

2- Non

Q6- L'HZM étant choisi comme un hôpital de Zone arrive t-il à jouer pleinement son rôle ?

1- Oui

2- Non

Q7- Si non à Q6, pourquoi ?

1- A cause de son statut d'établissement semi-public

2- Autres

Q8- Pensez-vous que le système de décentralisation sanitaire Béninois qui fait de l'Hôpital de Menontin un Hôpital de Zone malgré son statut est performant ?

1- Oui

2- Non

Q9- Si non à Q8, cette contre-performance est selon vous liée à quoi ?

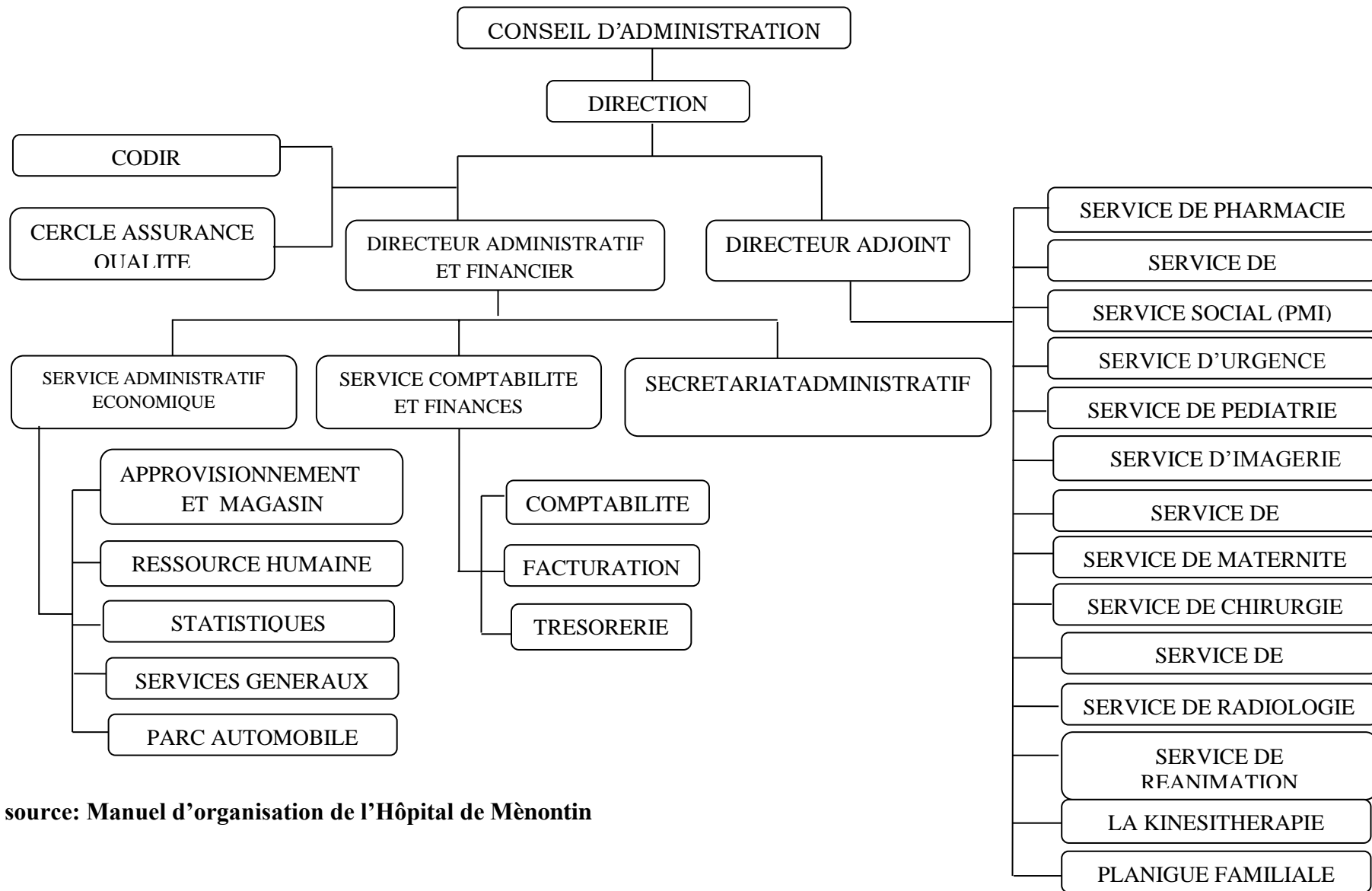
1- Statut de l'hôpital

2- Autres facteurs

Q10- L'HZM dispose t-il vraiment d'une autonomie de gestion administrative et financière ?

1- Oui

2- Non



source: Manuel d'organisation de l'Hôpital de Mènontin

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	i
DEDICACE 1.....	ii
DEDICACE 2.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES SIGLES.....	v
LISTES DES TABLEAUX	vi
LISTES DES GRAPHES	vi
SOMMAIRE	vii
RESUME.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1: CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE ET DEROULEMENT DU STAGE	3
Section 1: Cadre institutionnel de l'étude	3
Paragraphe 1: présentation générale de l'HZM.....	3
A-Contexte historique	3
B-Organisation et fonctionnement	4
C-Situation géographique de l'HZM.....	4
D-Statut de l'HZM	5
E-Mission de l'HZM	5
Paragraphe 2: Objectifs, activités, ressources, services et organisation de l'HZM	5
A-Objectifs.....	5
B-Activités	6
C-Ressources de l'hôpital de Mèmontin... ..	7
D-Services de l'hôpital de Mèmontin... ..	10
E-Organisation fonctionnelle	12
Section 2: Déroulement du stage.....	12
Paragraphe 1: Présentation des attributions du SAE.....	12
A-Attribution du SAE	12
B-Travaux effectués au cours du stage	13
Paragraphe 2: Observation de stage, difficultés et approche de solution.....	13
A-Observation de stage	13

B-Difficultés rencontrés	14
C-Approches de solution.....	14
CHAPITRE 2: CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	15
Section 1: Cadre théoririque.....	15
Paragraphe 1: Problematique, objectifs et hypotheses de l'étude	15
A-Problématique	15
B-Objectif et Hypothèses de l'étude	16
Paragraphe 2 : Revue de littérature	17
A-Définition de certains concepts clés.....	17
B-Fondements et objectifs de la décentralisation au Benin	18
C-Concepts théoriques de la décentralisation	20
D-Diférents aspects de la décentralisation	24
E-Structuration et mode de fonction du système de santé au Benin	29
Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude	31
Paragraphe 1: Outils de collecte des informations	32
A-Revue documentaire.....	32
B-Approche qualitative : les entretiens.....	32
C-approche quantitative.....	32
Paragrahe 2: Traitement, analyse des données et et technique de validation des hypotheses....	34
A-Traitement et analyse des données.....	34
B-Technique de validation des hypothèses.....	34
CHAPITRE 3: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	36
Section1: Présentation des résultats recueillis grâce aux questionnaires	36
Paragraphe 1: Présentation des résultats... ..	36
Paragraphe 2: Vérification des hypothèses de l'étude	38
Section 2: Suggestion... ..	40
CONCLUSION	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
ANNEXES	45