



REPUBLIQUE DU BENIN  
@@@@@@@@@@

MINISTRE D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE (MESRS)  
@@@@@@@@@@



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)



FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUE ET DE GESTION  
(FASEG)



*MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DES CREDITS ASSOCIES AU  
DIPLOME DE*

LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCES ECONOMIQUES

SPECIALITE : ECONOMIE ET GESTION DES STRUCTURES  
SANITAIRES (EGSS)

**THEME**

**Le financement des hôpitaux au Benin : cas de l'Hôpital  
d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire  
(HIA-CHU) de Cotonou**

**Réalisé par :**

**Florent Tankpinnou  
AGBADESSI**

**&**

**Jean-Baptiste Sètonджи  
KINTOSSOU**

**Sous la direction de :**

**Monsieur Gilles Armand SOSSOU  
Docteur ès-Sciences Economiques  
Maître-assistant à la FASEG/UAC**

**Soutenu le 19 Janvier 2017**

**Année Académique : 2015 - 2016**

# AVERTISSEMENT

La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

# Table des matières

AVERTISSEMENTS.....	i
TABLE DES MATIERES.....	ii-vi
DEDICACE 1.....	vii
DEDICACE 2.....	viii
REMERCIEMENTS.....	ix-x
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	xi-xii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
LISTE DES GRAPHIQUES.....	xiii
Résumé.....	xiv
Abstract.....	xiv
INTRODUCTION.....	1-2
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE.....	3
Section 1: Présentation de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	3
Paragraphe 1 : Historique et Mission de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	3
A- Historique de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	3-4
B- Missions de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	4
Paragraphe 2: Ressources et fonctionnement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	4

A- Ressources de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	4
1- Les ressources humaines.....	4-5
2- Les Ressources Financières .....	5
3- Les Ressources Matérielles.....	6
B- Fonctionnement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou .....	6
1- Les Organes de Gestion (OG) de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou .....	6
a- Un Conseil d'Administration .....	6
b- Le Comité de Direction .....	7
c- La Commission d'Hygiène et de Sécurité.....	7
d- Commission Médicale Consultative.....	7
1- Les Services Administratifs et Financiers de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou .....	7
a- Service des Hospitalisations et des Soins Externes .....	7-8
b- Service d'Administration Générale .....	8
c- Service du Matériel et des Ateliers .....	8
d- Service de la comptabilité et des finances .....	8
e- Service de la Restauration .....	8
f- Service de la Planification et du Contrôle .....	8
2- Les services médico- techniques, auxiliaires et les équipements de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou .....	9
Section 2 : Déroulement du stage à l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou .....	9
Paragraphe1 : Tâches exécutées au cours du stage.....	9
A- Tâches exécutées dans le service des hospitalisations et des soins externes ...	9-10
B- Tâches exécutées dans le service de la comptabilité et des finances.....	10
C- Tâches exécutées dans le service de l'administration générale.....	10
Paragraphe 2 : Observations de stage, difficultés rencontrées et quelques approches de solutions.....	10
A- Les difficultés rencontrées au cours du stage.....	10-11

B- Les approches de solution.....	11
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	12
Section 1 : Cadre théorique de l'étude.....	12
Paragraphe 1 : problématique, objectifs et hypothèse de l'étude.....	12
A- Problématique de l'étude.....	12-15
B- Objectifs et hypothèse de l'étude.....	15
1- Objectifs de l'étude.....	15
2- Hypothèse de l'étude.....	15
Paragraphe 2 : Revue de la littérature.....	15-16
A- Les mécanismes prospectifs de financement des hôpitaux.....	16
1- Le financement par budget.....	16
a- La détermination des budgets prospectifs .....	16-18
b- Les avantages des méthodes de financement par budget .....	18
c- Les inconvénients des financements prospectifs.....	18-19
2- Financement par capitation .....	19-20
a- Les avantages du financement par capitation .....	20
b- Les inconvénients du financement par capitation.....	20
B- Les mécanismes rétrospectifs de financement des hôpitaux .....	20- 21
1- Le financement à l'activité.....	21-22
a- Les avantages du financement basé sur l'activité .....	22
b- Avantages additionnels liés au financement par cas et selon les évidences.....	22- 23
c- Les inconvénients du financement basé sur l'activité.....	23-24
d- Inconvénients additionnels liés au financement à l'acte .....	24
e- Des protagonistes actifs .....	25
2- Le financement incitatif (basé sur la performance ou les résultats).....	25
a- Objectifs poursuivis .....	25-26
b- Les avantages du paiement incitatif (à la performance).....	27
c- Les inconvénients du paiement à la performance .....	27-30
Section 2 : Cadre méthodologie de l'étude.....	30
Paragraphe 1 : Données de l'étude.....	30
A- Cadre de l'étude .....	30

B- Type et période d'étude.....	30
C- Données de l'étude.....	31
Paragraphe 2 : Méthode d'analyse.....	31
A- Structure du financement de l'HIA –CHU de Cotonou et la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA – CHU de Cotonou.....	31
1- Méthodes d'analyse de la structure du financement du l'HIA – CHU de Cotonou.....	31
2- Méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA – CHU de Cotonou.....	31-32
B- Structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.....	32
CHAPITRE III : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	33
Section 1 : Présentation des résultats .....	33
Paragraphe 1 : La structure du financement et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme de financement dans l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	33
A- La Structure du financement de l'HIA-CHU de Cotonou.....	33-34
B- Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l' HIA- CHU de Cotonou.....	34-35
Paragraphe 2 : La part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	35
Section 2 : Analyse des résultats de l'étude.....	36
Paragraphe 1 : Analyse de la structure et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme de financement dans l'HIA – CHU de Cotonou .....	36
A-Analyse de la structure de financement.....	36
B-Analyse de l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA – CHU de Cotonou .....	36-37
Paragraphe 2 : Analyse de la structure de prestations financées par les mécanismes rétrospectifs au sein de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.....	37

CONCLUSION .....	38
RECOMMANDATIONS.....	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	40-41
ANNEXES.....	42-43

# DEDICACE 1

*Je dédie ce mémoire à :*

- ma famille AGBADESSI ;
- tous ceux qui ont contribué à mon développement personnel ;
- mon feu frère Pierre Mahougnon AGBADESSI.

Florent Tankpinnou AGBADESSI

# DEDICACE 2

*Je dédie ce mémoire à :*

- mes parents ;
- ma sœur Inès KINTOSSOU ;
- ma chère amie Bérénice HOUETO.

Jean-Baptiste Sètonджи KINTOSSOU

# REMERCIEMENT

Comme tout autre ouvrage, la rédaction d'un mémoire n'est jamais personnelle. Elle nécessite sans ambages l'apport de multiples personnes à divers niveaux de connaissance dont leurs différentes interventions s'avèrent indispensables. Sous cet angle, nous adressons nos profondes et sincères reconnaissances :

- au Docteur Gilles Armand SOSSOU, maître de ce mémoire, pour son honneur de diriger et de coordonner ce travail en dépit de ses multiples et diverses occupations. Son soutien chaleureux et ses bénéfiques apports ne sont jamais allés à l'encontre de nos recherches depuis la conception, la réalisation et la présentation de ce travail ;
- au professeur Charlemagne B.IGUE, Doyen de la FASEG et au Professeur Magloire LANHA, EX Doyen de la FASEG pour leur sacrifice consenti et leur détermination dans la formation et la recherche en Science Économique et en Science de Gestion ;
- au président du jury et aux membres du jury pour leurs différentes suggestions qu'ils apporteront à ce travail ;
- à tous les Professeurs et les Enseignants de la FASEG ;
- au Colonel Félix ATADOKPEDE, Médecin chef pour l'admirable qualité de son encadrement tout au long des trois mois de stage ;
- au Lieutenant AMADOU DJIBRIL Raliatou, notre tuteur pour sa disponibilité et sa collaboration permanente sans oublier ses multitudes conseils apportés comme ingrédients pour ce travail;
- au Lieutenant AMAVI Marianne E. Chef service de l'Administration Générale pour ses précieux enseignements et son soutien indéfectible;
- à l'Adjudant Hebert DAGA comptable de l'HIA – CHU de Cotonou pour ces divers soutiens dans l'élaboration de ce travail ;
- à Mme Ornella DOSSOU chef service des hospitalisations et des soins externes pour son aide apporté dans le but de ce mémoire et pour ses diverses contributions et surtout son soutien moral ;
- à Mme Laurinda DEGENINVO chef service de la section de la législation et des ressources humaines pour son apport et ses riches conseils
- à Mme Armelle AKPOVO pour tout son appui indéfectible et ses précieux conseils

- à nos camarades de promotion pour les joies et les peines partagées ensemble
- à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail ;
- à tous nos frères et sœurs, qu'ils prennent cette œuvre comme un exemple à pasticher et à surpasser à l'avenir. Nous ne saurons finir sans réitérer nos remerciements à tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

# Liste des Sigles et Acronymes

ACE	:	Agent contractuel de l'Etat
ANGC	:	Agence Nationale de la gratuité de la Césarienne
ANPE	:	Agence Nationale de la Promotion et de l'Emploi
APE	:	Agent Permanent de l'Etat
CA	:	Conseil d'Administration
CMC	:	Commission Médicale Consultative
CMS	:	Centre Médico-social
CODIR	:	Comité de Direction
CHS	:	Commission d'Hygiène et de Sécurité
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
DSIA	:	Direction du Service de l'Intendance des Armées
DSSA	:	Direction du Service de santé des Armées
EGSS	:	Economie et Gestion des Structures Sanitaires
FPA	:	Financement par Activité
FASEG	:	Faculté des Sciences Economiques et de la Gestion
HIA	:	Hôpital d'Instruction des Armées
MDN	:	Ministère de la Défense Nationale
OAG	:	Officier d'Administration Gestionnaire
OG	:	Organes de Gestion
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé

PIB	:	Produit Intérieur Brut
SAG	:	Service de l'Administration Générale
SAU	:	Service d'Accueil des Urgences
SCF	:	Service de la Comptabilité et des Finances
SHSE	:	Service des Hospitalisations et des Soins Externes
SIH	:	Système d'Information Hospitalier
SLRH	:	Section de la Législation des Ressources Humaines
SMA	:	Service du Matériel et des Ateliers
SPC	:	Service de la Planification et du Contrôle
SR	:	Service de la Restauration
UAC	:	Université d'Abomey-Calavi

## Liste des tableaux

- Tableau n°1** : Répartition du personnel de l'HIA-CHU de Cotonou
- Tableau n°2** : Effets des mécanismes de financement sur les caractéristiques de l'offre
- Tableau n°3** : Les modes de financement de l'HIA-CHU de Cotonou
- Tableau n°4** : Les prestations financées par le mécanisme de paiement direct
- Tableau n°5** : La part relative de chaque mécanisme de financement

## Liste des Graphiques

- Graphique n°1** : Evolution des mécanismes de financement durant les 4 périodes d'étude

## Résumé et mots-clés

Le présent mémoire analyse le mécanisme de financement des hôpitaux au Bénin : cas de l'Hôpital d'Instruction des Armées – Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou. Ainsi l'étude couvre la période de 2013 à 2016, soit une durée de quatre ans. La problématique qui se dégage de cette étude est de savoir quels sont les mécanismes de financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin ? Les données exploitées proviennent des budgets annuels, des rapports d'activités de l'HIA- CHU de Cotonou et d'autres part la collecte des données relatives aux mécanismes de financement. Le traitement des données s'est fait par la statistique descriptive. Par le biais du Microsoft Excel nous avons calculé la part relative de chaque mécanisme de financement. Après analyse des résultats obtenus, les hypothèses n°1 et n°2 sont validées et le n°3 reste invalidée. L'analyse nous a permis de conclure que le mécanisme rétrospectif constitue le mécanisme ayant la plus forte fréquence.

**Mots-clés :** Mécanisme – Financement- Hôpital – Prospectif- Rétrospectif

## Abstract and keywords

This paper analyzes the financing mechanism of hospitals in Benin: the case of the Armed Forces Instruction Hospital (HIA-CHU) in Cotonou. Thus the study covers the period 2013 to 2016, ie duration of four years. The problem that emerges from this study is to know what are the financing mechanisms of the hospitals of the sanitary pyramid of Benin? The data are drawn from the annual budgets, the activity reports of the HIA-CHU of Cotonou and, on the other hand, the collection of data on financing mechanisms. Data processing was done through descriptive statistics. Through Microsoft Excel we calculated the relative share of each funding mechanism. After analysis of the results obtained, hypotheses 1 and 2 are validated and No. 3 remains invalidated. The analysis allowed us to conclude that the retrospective mechanism is the mechanism with the highest frequency.

**Keywords:** Mechanism - Financing- Hospital - Prospective-Retrospective

## INTRODUCTION

La santé est désormais considérée par les économistes (Grossman, 1972), comme un élément constitutif du capital humain au même titre que l'éducation et l'état nutritionnel. Chaque individu, dispose d'un stock initial de santé, son capital santé qui se déprécie avec l'âge, qui peut être maintenu, voire apprécié en combinant, dans un processus de production individuel des soins de santé, le stock d'éducation et le temps disponible (Charasse, 1999). Nul ne peut nier que la santé est un élément essentiel du bien-être ; il n'est richesse que d'hommes selon une expression forgée par Jean Bodin en 1577. (BUREAUD'APPLICATION DES METHODES STATISTIQUES ET INFORMATIQUES). Un individu bien portant est économiquement plus productif et contribue ainsi à la croissance économique.

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : «La santé est un état complet de bien-être physique, mentale et sociale, et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité ». Tous les pays s'attachent à reformer leur système de financement hospitalier en vue de maîtriser les coûts et encourager les établissements de santé à une performance de soins comme de gestion optimale.

Les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu ont été marquées par trois orientations successivement dominantes. La première, basée sur la gratuité des soins, a d'abord reposée sur le développement de programmes verticaux puis sur la nécessité de rendre les soins de santé primaires accessibles à tous. La seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires, introduit la participation financière des usagers et cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de système de santé de district. La troisième, fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les Objectifs du Millénaire, met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers. Le Bénin est passé également par ces différentes étapes de l'évolution des politiques de financement de la santé. Il faut souligner que dans le but d'assurer une accessibilité financière pour les populations les plus pauvres (équité) de nombreuses stratégies se sont développées et sont en train de faire leur chemin dans beaucoup d'autres pays de la sous-région.

Au Bénin, l'organisation du secteur de la santé publique et privée, est basée sur le découpage administratif 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 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 à la population. Le financement du système de santé du Bénin en 2008 tel qu'il a pu être observé sur la base des déboursements des ménages et des entreprises, du Reste-du-Monde et des décaissements du gouvernement enregistrés en 2008 fournit une image de concentration tripartite : ménages 44 % du financement total, Reste-du-Monde 24 % et Etat 28 % (Etudes sur les comptes Nationaux de la santé 2008 – Bénin, rapport final). Malgré les efforts du Gouvernement et de ses partenaires, plusieurs contraintes entravent le développement du secteur de la santé au Bénin.

Les mécanismes de financement sanitaires constituent de nos jours une alternative à l'accès aux soins de santé de qualité des populations à faible revenu. En effet depuis les années 1990, suite à la mise en œuvre des réformes des systèmes de santé dans les états africains, l'offre de service de soin a connu d'importante mutation en défaveur des populations pauvres du point de vue financière

Dans le présent mémoire intitulé : le financement des hôpitaux au Bénin ; cas de l'Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou, nous tenterons d'identifier les mécanismes de financement mis en application dans cet hôpital. L'étude s'inscrit dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en Licence Professionnelle d'Economie et Gestion des Structures Sanitaire (EGSS) à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). A cet effet nous avons été amenés à effectuer un stage académique de 3 mois à l'Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou. Notre travail se déroulera en trois chapitres, le premier chapitre traitera du cadre institutionnel de l'étude. Ensuite le deuxième chapitre propose un aperçu du cadre théorique et méthodologique de l'étude et enfin le troisième chapitre est consacré à la présentation et l'analyse des résultats.

## **CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE**

Le présent chapitre présente le cadre institutionnel de l'étude. Il est composé de deux sections. La première présente l'Hôpital d'Instruction des Armées- CHU de Cotonou. La deuxième renseigne sur les conditions de déroulement du stage.

### **Section 1 : Présentation de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou**

L'Hôpital d'Instruction des Armées – Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou se situe dans le département du Littoral précisément dans la commune de Cotonou au Camp Guézo. Il est limité au Nord, par la Pharmacie Camp Guézo ; au Sud, par la Direction Générale du Genie militaire ; à L'Est, par le Camp Guézo ; à L'Ouest, par l'ancien site de l'Ambassade des Etats – Unis sise à Cotonou.

### **Paragraphe 1 : Historique et Mission de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou**

Comme l'intitulé de cette rubrique nous l'annonce, nous présenterons tout au long de ce paragraphe l'historique, la localisation, les activités, les objectifs et les ressources dont dispose L'HIA-CHU de Cotonou.

#### **A- Historique de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

L'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou est une structure sanitaire de référence installée pour la prise en charge des Forces Armées Béninoises (militaires et civils). Il est constitué des services Administratifs et Techniques.

Le corps du service de santé des armées fut créé en Janvier 1971, mais le décret N°71-44-CP-DN qui porte sa création date du 10 Mars 1971. Connu sous le nom d'Infirmierie de la Garnison de Cotonou, il avait pour mission d'assurer les premiers soins aux militaires. Il devient plus tard le Centre Médico-social (CMS) de la Garnison de Cotonou, le CMS devient l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou sous le décret 2014-531 du 25 Aout 2014 portant érection de l'HIA/Cotonou en HIA- CHU de Cotonou. Il est doté d'un statut juridique et d'une autonomie financière. Cet hôpital est maintenant sous la tutelle de la Direction des Services de la Santé des Armées qui est directement rattaché au Ministère de la Défense

Nationale (MDN). Le personnel est constitué des militaires (officiers, sous-officiers, homme de rang) et civils répartis dans tous les services.

### **B- Missions de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

L'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou est un centre de formation sanitaire de première référence doté de Plateau technique et d'un ensemble de services spécialisés lui permettant d'assurer sa mission de base. Il fonctionne comme un centre de diagnostic, d'expertise, de traitement, d'instruction et de recherche. Sa mission principale est d'assurer le soutien sanitaire du personnel relevant du ministère de la défense nationale. Mais avec l'avènement de la démocratie, cette mission spécifique a évolué et est devenue plus générale en s'étendant à la prise en charge des besoins sanitaires de la population environnante. Cette restructuration est intervenue non seulement pour désengorger les autres formations sanitaires situées sur la même aire géographique que l'HIA- CHU de Cotonou, mais aussi et surtout pour apporter des réponses à la demande en soins de qualité du public. L'HIA- CHU de Cotonou fournit des prestations à titre onéreux. C'est un Établissement Public à caractère social dont les missions se présentent comme suit : être un hôpital de référence pour les centres médico-sociaux. Pour accomplir cette mission, l'HIA- CHU de Cotonou dispose d'une organisation administrative, des services médicaux- techniques et les services de soins.

### **Paragraphe 2: Ressources et fonctionnement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

#### **A- Ressources de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

Pour réaliser ses activités, l'HIA-CHU dispose d'un certain nombre de ressources. Au nombre de ces dernières, nous avons : les ressources humaines, financières et matérielles.

#### **1- Les ressources humaines**

L'HIA-CHU de Cotonou est doté d'un personnel assez important qui contribue à son fonctionnement harmonieux. À travers sa taille, l'Hôpital utilise un nombre important de personnes contribuant ainsi à la réduction du taux de chômage qui caractérise les pays en voie de développement. L'effectif total du personnel de l'HIA-CHU de Cotonou au 31 juillet 2016

est de 361 dont 51 Officiers, 84 Sous-Officiers, 137 Militaires de Rang et 89 personnels Civils.

**Tableau n°1** : Répartition du personnel de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou par catégories socioprofessionnelles au 31 juillet 2016

Personnels de l'HIA	Civil				Militaire			Effectifs Total
	APE	ACE	ANPE	HIA	Officier	Sous-Officier	Militaire de Rang	
Effectifs	10	22	04	53	51	84	137	361
Effectifs en pourcentage	02,77%	06,09	01,10 %	14,68%	14,12%	23,26%	37,95%	100%

**Source : Réalisé par les auteurs à partir des informations recueillies à la Section de la Législation et des Ressources Humaines, Novembre 2016**

**Commentaire :** Après analyse de ce tableau, il ressort que les militaires de rang sont nombreux que les autres catégories de personnel.

## 2-Les Ressources Financières

Les Ressources Financières dont dispose l'HIA-CHU pour assurer son fonctionnement sont constituées des fonds propres et des subventions. Les fonds propres proviennent des différentes prestations de l'hôpital. Entrent dans cette rubrique les frais de consultation, d'hospitalisation et d'actes. Ainsi, l'hôpital finance sur fonds propres l'acquisition de consommables médicaux, de fournitures consommées et l'entretien courant des matériels et locaux.

En outre, l'HIA-CHU bénéficie, sous forme de subvention, des dotations d'équipements et d'infrastructures de la part de l'Etat à travers la Direction de Service de Santé des Armées et du ministre de la défense Nationale.

## 3-Les Ressources Matérielles.

Elles sont constituées d'un ensemble de locaux, de matériels et d'équipements pour l'accomplissement des missions de l'hôpital. En effet, la capacité en lits de l'hôpital est de 75 lits répartis dans les Services médicaux et techniques comme suit : 25 lits au niveau de la médecine, 16 lits en VIP, 13 à la maternité et 21 lits au service de la réanimation. Ces services, pour leur fonctionnement, disposent de divers matériels et équipement médicaux et techniques selon leur spécialité.

## **B- Fonctionnement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

L'Hôpital fonctionne 24H/24 grâce à un système de roulement du personnel Médecins et infirmiers. L'HIA - CHU dispose de différents Services à savoir : le Service d'Anesthésie-réanimation, le Service de Cardiologie, le Service de la Chirurgie -Viscérale, le Service de la Dermatologie, le Service de la Gynécologie-Obstétrique, le Service d'Hépatogastro-entérologie, le Service d'Imagerie médicale, de Radiodiagnostic, de l'échographie et de Scannographie, le Service de la Biologie médicale, le Service de la Médecine, le Service de la Neurochirurgie, le Service d'Ophtalmologie, le Service d'Orthopédie-traumatologie, le Service d'ORL/CCF, le Service d'Odontostomatologie, le Service de la Pédiatrie, le Service de la Pharmacie, le Service d'Urologie, ainsi que le Service Social, le Service d'Hygiène et assainissement et les Services Administratifs.

La gestion de l'HIA-CHU est assurée par le Médecin-chef qui dispose à cet effet, des pouvoirs définis dans le règlement intérieur. Il est assisté dans ses tâches par les chefs de services techniques, l'OAG et le major Général.

### **1- Les Organes de Gestion (OG) de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

#### **a- Le Conseil d'Administration (CA)**

L'HIA- CHU est administré par un conseil d'administration investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de l'Etablissement dans la limite de l'objet social. Le conseil d'administration est composé d'un président qui est le Directeur du Service de Santé des Armées(DSSA), d'un vice-président qui est le représentant du Ministre chargé de la santé, des membres composés d'un représentant du ministre chargé du plan, d'un représentant du ministre chargé des finances, d'un représentant du ministre chargé de la justice et de la législation, du Directeur de l'Administration Générale et du Budget du Ministère de la Défense Nationale ou son Représentant, d'un Représentant du Chef d'Etat-major de l'Armée de Terre, d'un Représentant du chef d'Etat-major des Forces Aérienne, d'un Représentant du chef d'Etat-major des Forces Navales, d'un Représentant du Directeur Général de la gendarmerie nationale, d'un représentant de la Commission Médicale. Les membres du CA sont nommés par Décret sur proposition des ministres qu'ils représentent. La durée du mandat des administrateurs est de quatre (4) ans renouvelable une fois.

**b- Le Comité de Direction (CODIR)**

Le comité de Direction est un organe consultatif obligatoire. Il est composé d'un président qui est le médecin chef, d'un vice-président qui est le gestionnaire de l'hôpital, des membres composés de tous les chefs services administratifs et financiers, et du major général. Le Comité de Direction est consulté pour les décisions importantes telles que l'élaboration de la politique générale et du budget de l'hôpital.

**c- La Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS)**

La commission d'hygiène et de sécurité est un organe technique de contrôle qui veille à l'application des dispositions légales et réglementaires ainsi que des consignes relatives à l'hygiène et à la sécurité. Ses activités recouvrent l'hygiène des espaces et des individus, la salubrité. Elles recouvrent également la sécurité des personnes et de leurs biens, celles du patrimoine de l'établissement, les risques d'accident de travail ou de maladies professionnelles.

**d- La Commission Médicale Consultative (CMC)**

La commission médicale consultative est un organe qui est consulté sur les principales affaires concernant la gestion de l'hôpital notamment les activités de santé, l'organisation, le fonctionnement et la répartition des services médicaux et médico-techniques. Elle est composée par le président qui est le médecin chef des services médicaux ou techniques le plus ancien dans le grade le plus élevé, hormis le Médecin –Chef de l'hôpital et des membres composés de tous les médecins, chirurgiens, dentistes et pharmaciens exerçant à l'hôpital.

**1- Les Services Administratifs et Financiers de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

Ils sont créés par l'instruction n°08-877/EMG/CAB/SA du 1<sup>er</sup> septembre 2008 relative à la création, aux attributions et au fonctionnement de l'HIA de Cotonou. Il s'agit :

**a- Service des Hospitalisations et des Soins Externes (SHSE)**

Ce service a pour mission dans un premier temps d'assurer la bonne exécution des règles et formalités relatives à l'accès aux soins ou à d'autres prestations médicales. Il établit et entretient toutes relations administratives nécessaires avec les tiers payeurs et les organismes d'administration des patients. Il fait assurer la conservation des effets et valeurs confiées par les malades hospitalisés ou laissés par les décédés. Le service des

Hospitalisations et soins externes comprend : une section accueil, une section clientèle et une section de surveillance.

**b- Service d'Administration Générale (SAG)**

Ce service est chargé de l'exécution des fonctions administratives communes aux différents services d'Administration et de Gestion. Il participe à l'élaboration du budget prévisionnel d'exploitation. Le service d'Administration Général comprend : une section approvisionnement, une section législation et ressources humaine, une section Archive, une section information et communication.

**c- Service du Matériel et des Ateliers (SMA)**

Il prend les mesures nécessaires pour la satisfaction des besoins de l'hôpital en matériels et en matières de consommation courante, à l'exception des médicaments et consommables médicaux. Le SMA veille également à l'entretien des locaux et des linges ainsi qu'à la maintenance des équipements. Il comprend deux sections : la section magasin et la section maintenance et travaux.

**d- Service de la Comptabilité et des Finances (SCF)**

Le service de la comptabilité et des finances est chargé des opérations financières et comptables de l'hôpital. Il élabore les budgets prévisionnels et traduit en fin d'année dans les comptes appropriés la situation financière de l'hôpital, l'utilisation des ressources attribuées et la valeur des prestations réalisées. Il comprend également deux (02) sections à savoir la section comptabilité et la section finance.

**e- Service de la Restauration (SR)**

Actuellement non fonctionnel, il est chargé de la préparation et de la distribution des repas et comprend deux (02) sections. La section administrative et la section cuisine.

**f- Service de la Planification et du Contrôle (SPC)**

Actuellement non mise en place, il est chargé de la mise en œuvre de la politique de développement de l'hôpital et de la recherche de l'efficacité maximale des services administratifs. Il assure l'évaluation des activités des services administratifs et comprend deux (02) sections : la section planification et la section contrôle.

## **2- Les services médico- techniques, auxiliaires et les équipements de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

Outre ces services, il faut noter le service social s'occupe de la prise en charge des malades indigents. Pour mieux assurer ses missions notamment la prise en charge médicale des patients, l'HIA-CHU de Cotonou dispose de plusieurs services. On note le service de la médecine générale, le service d'ophtalmologie, le service de cardiologie, le service de neurochirurgie, le service de chirurgie viscérale, le service de la Biologie médicale, le service d'Oto-rhino-laryngologie (O.R.L), le service d'odontostomatologie, le service de dermatologie, le service de psychiatrie; le service de pédiatrie, le service de gynécologie obstétrique, le service de réanimation, le Service d'Accueil des Urgences (SAU), le service d'urologie, le service de kinésithérapie, le service vétérinaire et d'hygiène alimentaire, le service d'hygiène et assainissement et le service social.

Tous ces services sont coordonnés par des chefs de service en collaboration avec les majors de service. L'hôpital dispose en outre d'une stérilisation centrale, d'une pharmacie de cession de médicaments servant de cadre pour le stockage des médicaments et consommables médicaux, d'une buanderie et une cantine.

## **Section 2 : Déroulement du stage à l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

Cette section présente, dans un premier temps les travaux effectués au cours du stage, ensuite les observations de stage et enfin les difficultés rencontrées et quelques approches de solution.

### **Paragraphe1 : Tâches exécutées au cours du stage**

Dans ce paragraphe, il est question de présenter les travaux effectués au cours du stage. Au cours de notre stage, nous avons travaillé conjointement dans différents services dans lesquels certaines tâches ont été exécutées. Il s'agit du Service des Hospitalisations et des Soins Externes (SHSE), du Service de la Comptabilité et des Finances (SCF), et du Service de l'Administration Générale (SAG).

#### **A- Tâches exécutées dans le service des hospitalisations et des soins externes.**

Notre passage dans ce service nous a permis d'apprendre comment délivrer les fiches de naissances, enregistrer les courriers « arrivés » et de « départs », vérifier et enregistrer les quittances de consultation dans le logiciel Excel, appliquer des exonérations pour les

personnels de l'hôpital, enregistrer les statistiques mensuelles des différents services de prestations.

### **B- Tâches exécutées dans le service de la comptabilité et des finances**

Dans ce service, nous avons fait plus d'observation compte tenu des secrets professionnels liés à ce service. Nous avons observé l'enregistrement des recettes mensuelles de chaque service dans le tableau d'engagement.

### **C- Tâches exécutées dans le service de l'administration générale**

Dans ce service, Les tâches effectuées concernent surtout la distribution des courriers ; enregistrer les courriers « arrivés » et de « départs » dans les registres ; la transmission des procès-verbaux pour les faire signés par les chefs services.

## **Paragraphe 2 : Observations de stage, difficultés rencontrées et quelques approches de solutions.**

Dans cette partie, il est question de présenter les difficultés rencontrées et ensuite proposer quelques approches de solutions aux difficultés rencontrées.

A l'HIA- CHU de Cotonou, notre passage dans les services nous a permis de remarquer que la majorité des services administratifs sont dotés d'ordinateurs pour le traitement des données. Pour le démarrage du stage, notre prise de service a été introduite par le chef service de la section législation des ressources humaine auprès du chef service d'administration générale. Durant notre stage, l'accès aux autres services pour collecter des informations a suscité des négociations voir l'établissement d'une fiche de demande. Ceci s'explique par le secret professionnel lié à la hiérarchie de l'HIA- CHU de Cotonou.

### **C- Les difficultés rencontrées au cours du stage**

Malgré l'accueil chaleureux, l'encadrement et la volonté manifesté par le personnel à notre égard, dans le cadre de l'exécution des diverses activités, nous avons rencontrés quelques difficultés. Au nombre de celles-ci, nous pouvons noter. La difficulté pour nous de participer aux travaux du service de la législation des ressources humaines à cause de l'exiguïté du bureau. La difficulté pour nous de lire les examens inscrits sur les bons afin de pouvoir passer à l'enregistrement dans le registre d'exonération compte tenu de la qualité de l'écriture, l'inexistence d'un service des archives ; l'accès limité aux informations dû au strict respect du secret professionnel par le personnel de L'Hôpital, difficultés d'adaptation à

l'environnement de travail (qui est essentiellement militaire). Une des difficultés majeure pour nous est la séparation de notre planning dans les différents services. Ceci a vraiment ralenti l'évolution de notre rédaction. Par ailleurs, nous avons apprécié favorablement notre séjour à l'HIA – CHU de Cotonou qui a été très enrichissant.

#### **D- Les approches de solution**

Face à ces difficultés rencontrées, nous avons suggéré quelques approches de solutions que voici. Pour le service de la SLRH il serait préférable de penser à l'élargissement du bureau. Il faudra penser également à la construction d'une salle de documentation. Ceci permettra aux stagiaires de pouvoir mieux se documenter.

## CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

### Section 1: Cadre théorique de l'étude

La présente section sera consacrée à la problématique, aux objectifs ainsi qu'aux hypothèses de notre étude.

#### Paragraphe 1 : problématique, objectifs et hypothèses de l'étude

##### A- Problématique de l'étude

Les systèmes de santé universels du monde entier font face à une problématique de financement. Les coûts de santé augmentent plus rapidement que le Produit Intérieur Brut (PIB) des pays et donc de leur capacité de payer pour ces régimes. La pression sur les coûts de santé est expliquée par l'évolution des technologies de santé, la richesse et le vieillissement de la population. Ce dernier facteur exerce de plus en plus de pressions puisque le vieillissement de la population implique une proportion plus grande de la population qui vit avec une maladie chronique et qui consomme des soins de santé. Par ailleurs, la proportion de personnes qui travaillent et donc qui paient des impôts diminue, ce qui accroît les pressions sur la capacité des finances publiques à financer le régime public de santé. La viabilité du financement de la santé est menacée (Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux (Joanne Castonguay) (CIRANO)).

Tout comme dans les pays frontaliers (Togo, Nigeria, Burkina, Niger) le profil épidémiologique du Bénin est dominé par les pathologies infectieuses et parasitaires. L'hôpital était d'abord une institution sociale avant d'être une institution sanitaire. Elle venait en aide plus qu'elle ne soignait, même si elle s'efforçait d'appliquer à toutes les meilleures connaissances qui restaient limitées. La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme profondément la conception de l'hôpital public. La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades. Ces textes créent la fonction de directeur, consacrent l'organisation de l'hôpital en services. Grâce à la création, par l'ordonnance du 4 octobre 1945 de la sécurité sociale, les hôpitaux développent désormais leur activité et font face à une demande de soins, grandissante et solvabilité, des travailleurs et de leurs ayants-droits, ainsi que des personnes en situation de précarité sociale (LE SYSTEME HOSPITALIER FRANÇAIS), Dr Laurent MOLINIER).

Malgré des améliorations notables obtenues ces deux dernières décennies, l'état de santé de la population au sud du Sahara reste très en deçà de la moyenne des pays en

développement ou encore des pays d'Asie à faible revenu. Outre une insuffisance de financement, une des raisons du retard en matière de santé en Afrique subsaharienne réside dans le dysfonctionnement et la faible performance des systèmes de santé. Une revue de la littérature montre que depuis la fin des années 1980, les ménages n'utilisent guère les services publics de santé. Le nombre de consultations par personne par an oscillait jusque vers la fin des années 2000 entre 0,3 et 0,6 selon les régions (Audibert, de Roodenbeke, Pavy-Letourmy, 2005 ; Audibert, Dukhan, Grimaldi, Korachais, Mathonnat 2011). Les causes de cette faible utilisation ont été étudiées et si elles sont relatives à la barrière financière (Ridde, Meessen, Kouanda, 2011), elles sont aussi, pour une grande part, relatives à la faible qualité des soins, notamment la qualité perçue par les usagers (Jaffré et de Sardan, 2003), ainsi qu'à la barrière géographique. Il apparaît par ailleurs clairement qu'en matière de dépenses publiques de santé, les pays africains à faible revenu font des efforts très inégaux et que les patients les plus pauvres en bénéficient comparativement assez peu (Mathonnat, 2010). Plusieurs travaux montrent que de meilleurs résultats de santé seraient possibles en de nombreux pays en exploitant des marges, souvent importantes, qui existent en matière de gains d'efficience (Dukhan, 2010 ; OMS, 2010)

Les mécanismes de financement constituent de nos jours une alternative à l'accès aux soins de santé de qualité des populations à faible revenu. En effet depuis les années 90, suite à la mise en œuvre des réformes des systèmes de santé dans les Etats Africains, l'offre de service de soins a connu d'importante mutation en défaveur des populations pauvre au point de vue financier.

Cette problématique de financement n'est pas nouvelle. Les économistes sont nombreux à avoir sonné l'alarme sur cette question. Les pays de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme tous les pays du monde, se trouvent aux prises avec des problèmes et des choix difficiles relatifs au financement de leur système de santé. Selon L'OMS il n'existe pas de réponse unique à la question de savoir comment financer les systèmes de santé. Non seulement les problèmes propres aux différents pays ne sont pas les mêmes, mais chaque pays a déjà mis en place un mode de financement de la santé qui a évolué pendant un certain temps. L'Analyse de la situation de la santé au Bénin avant 2002 montre que le profil épidémiologique est la conséquence, entre autres, de l'évolution démographique et est caractérisé par une variété de pathologies tropicales avec une prédominance des affections endémo épidémiques. Sur le plan démographique, le rythme de croissance de la population est élevé confirmé par les statistiques indiquant le doublement de

la population tous les 25 ans. Cette croissance démographique rapide constitue une contrainte majeure pour le développement des services de santé. La répartition de la population sur le territoire national est déséquilibrée et les départements du Sud concentrent à eux seuls près de 71% sur 25% de la superficie du pays avec une forte évolution de la population urbaine (Rapport final du ministère de l'économie et des finances mai 2012), plusieurs contraintes entravent le développement du secteur de la santé au Bénin.

Le centre hospitalier universitaire de l'hôpital d'instruction des armées est considéré comme un hôpital de niveau central, son objectif premier est la couverture des besoins sanitaires de la population. À cet effet, l'état béninois reste et demeure le partenaire privilégié même si son financement dépend en majorité de son activité. Cet hôpital est confronté à de nombreuses difficultés dues notamment à la gestion peu optimale de ses ressources. Les difficultés financières de l'hôpital résultent d'une conjugaison de plusieurs problèmes. D'abord une mauvaise gestion des ressources mobilisées au sein de l'hôpital, faible pouvoir d'achat des ménages, l'augmentation des charges non proportionnelles aux recettes générées par l'hôpital. Le financement de l'hôpital d'instruction des armées se fait sur fonds propre et par subvention. Au regard de toutes ces difficultés financières, il apparaît évident que nous fassions une analyse des mécanismes de financement de l'hôpital d'instruction des armées afin de pouvoir dégager la part de financement qui revient à chaque mécanisme qui assure le financement de cet hôpital. Nous nous sommes donnés pour mission d'effectuer une analyse de la structure sur le plan financier en vue de répondre à la question fondamentale suivante : Quels sont les mécanismes de financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin ?

De façon spécifique :

- Quels sont les mécanismes de financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou ?
- Quelle est l'importance relative de chaque mécanisme dans le financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou ?
- Quelles sont les prestations qui sont financées par chaque source intervenant dans le financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou ?

Notre étude s'inscrit pleinement dans une démarche de recherche d'analyse des mécanismes de financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin. C'est dans cette optique que nous avons porté notre choix sur l'hôpital d'Instruction des Armées qui est une

structure sanitaire du niveau centrale. Ainsi donc, l'objet de cette étude est non seulement de savoir les mécanismes de financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin, mais aussi d'identifier les mécanismes de financement de l'hôpital d'instruction des armées, d'où l'intérêt de notre étude.

## **B- Objectifs et hypothèse de l'étude**

### **1. Objectifs de l'étude**

L'objectif général de cette étude est d'analyser les mécanismes de financement du centre hospitalier universitaire de l'hôpital d'instruction des armées. De façon spécifique il s'agit :

- Déterminer la structure du financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.
- Estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.
- Déterminer la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifiée.

### **2. Hypothèse de l'étude**

Les hypothèses associées respectivement à ces objectifs spécifiques sont :

- la structure du financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement.
- la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.
- les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers.

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

La question du financement des hôpitaux n'est pas une problématique nouvelle en économie de la santé. Cependant, s'inscrivant dans le postulat fondamental de rareté de ressources par rapport aux besoins sanitaires illimités de l'économie, elle constitue une problématique centrale de tout système de santé. Elle a fait l'objet d'une abondante littérature.

Sans faire une recension critique de la littérature sur la question, nous allons faire une synthèse des travaux les plus récents. À ce titre indicatif, les travaux ci - après sont exploités au titre de cette revue de littérature.

Pour Hirtzlin (2009), l'hôpital se définit comme un établissement agréé dont l'activité principale consiste à dispenser des services médicaux diagnostiques et thérapeutiques à savoir les services de médecines, d'infirmières et autres services de santé aux patients hospitalisés au moins 24 heures, et à offrir à ces patients les services d'hébergement spécialisés que nécessite leur séjour. Pour accomplir sa mission, l'hôpital a besoin de financement.

Castonguay J, Thomson W. et Thibaudin H. (2013) ont identifié deux principales catégories du mode de financement des hôpitaux. Ainsi les mécanismes de financement des hôpitaux appartiennent à l'une ou l'autre des deux catégories selon qu'ils sont prospectifs ou rétrospectifs. Dans le premier cas, le payeur alloue ou paie pour les services au fournisseur avant que celui-ci ne les rende. Dans le deuxième, le payeur/acheteur ne paie pour les services que lorsqu'ils sont rendus par le fournisseur. Les deux catégories du mode de financement des hôpitaux comportent des formes de paiement différentes.

#### **A- Les mécanismes prospectifs de financement des hôpitaux**

Selon le financement prospectif, l'allocation des ressources par le payeur à l'établissement hospitalier se fait en début d'exercice ou année financière. Ce dernier est chargé de le gérer de telle sorte à ne pas le dépasser.

##### **1- Le financement par budget :**

Traditionnellement, les systèmes de santé intégrés et universel ont recours au financement des organisations par subventions globales ou par budget. Cette méthode est également utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et sur les coûts. On la retrouve au Canada, en Finlande, au Danemark, en Norvège, Suède et encore en partie en Angleterre. L'emphase des systèmes financés par budget est mise sur le contrôle des coûts.

##### **a- La détermination des budgets prospectifs**

Il existe deux principales approches de détermination des budgets globaux (Banque Mondiale 2009). La première selon les budgets historiques est la forme la plus simple, mais aussi la plus limitée en termes de soutien à la gestion des établissements. C'est précisément cette quête qui a donné lieu au développement de la seconde approche, le financement basé sur les groupes de diagnostics connexes.

L'approche historique consiste à calculer le montant du budget de la nouvelle année en se basant sur celui de l'année précédente. L'objectif implicite à cette méthode est de conserver la même activité que l'année précédente et ainsi contrôler le budget. Ainsi, d'une année à l'autre, les budgets de l'année précédente sont tout de même ajustés pour tenir compte des facteurs tels le taux d'inflation, les décisions d'investissement en capital et les ententes avec les différents syndicats (Sutherland, 2009).

On observe deux modes d'allocation budgétaire dans les systèmes de financement hospitalier par budget historique, l'allocation globale et l'allocation ligne par ligne. Le budget global est le montant total alloué à l'hôpital afin qu'il assure les activités anticipées durant l'année. Le budget ligne par ligne suit le même principe à l'exception que les montants alloués le sont pour chaque ligne de service au lieu de laisser l'établissement décidé de sa répartition. La principale différence entre ces deux mécanismes d'allocation se situe au niveau de la liberté qu'il confère à l'établissement pour allouer les ressources selon les activités.

Pour tenir compte des différences observées dans les coûts et niveaux d'activités dans les hôpitaux, les provinces canadiennes ont développé des modèles de répartition des budgets fondés sur la population. Ces budgets tiennent compte des besoins de la population et sont généralement utilisés pour effectuer l'allocation régionale (Sutherland 2011). La répartition des budgets selon cette méthode utilise des données historiques d'utilisation des soins médicaux et hospitaliers en phase aiguë et les ajuste pour tenir compte de l'évolution démographique.

Aussi, les budgets prospectifs basés sur les Groupes de Diagnostics Connexes (GDC) sont des budgets déterminés à partir de la combinaison de cas historiquement traités dans l'institution en question. En d'autres mots, le payeur évalue le budget qu'il octroie à l'établissement en considérant les cas (quantité et type) et le prix qu'il a payé pour les ressources allouées par cas l'année précédente. Cette approche est également appelée normative. Le payeur a la flexibilité d'ajuster le budget qu'il octroie pour tenir compte d'un objectif de quantité. Cette méthode a pour objectif de mieux tenir compte de la productivité des établissements et donc d'être équitable que la méthode historique. Les systèmes de paiements prospectifs selon les GDC, sont développés dans le but d'encourager une plus grande efficacité. En Suède, une comparaison entre les cantons où les soins sont payés par ce système et ceux qui n'utilisent pas a révélé une différence de coûts de l'ordre de 10%. Il en est de même en Australie (European Observatory on Health Systems and Policies 2005 et 2006).

Certains pays, comme la France, implantent ce système provisoirement comme une première étape vers un système de facturation basé sur les cas réels. Le Québec détermine en partie les budgets des hôpitaux selon cette méthode.

#### **b- Les avantages des méthodes de financement par budget**

Le contrôle des coûts est certainement l'avantage le plus important et généralement reconnu dans la littérature sur financement des services de santé. Street (2007) ajoute que cette qualité est l'un des facteurs expliquant qu'elle a été la forme prédominante de financement durant de nombreuses années. La simplicité de calcul : si le budget à calculer n'est pas le premier depuis l'apparition de l'établissement hospitalier, le calcul du nouveau montant est relativement simple. Abordant la flexibilité, Sutherland (2009) note que les budgets globaux peuvent parfaitement être complétés par d'autres formes de paiement. S'agissant de plus d'équité pour la population, la Banque Mondiale (2009) considère le financement par budget comme la forme la plus équitable du point de vue de la population. En effet, la distribution des montants disponibles facilite une meilleure réparation des services aux patients eus égard aux facteurs démographiques, épidémiologiques et socio-économiques.

#### **c- Les inconvénients des financements prospectifs :**

Le premier inconvénient est un manque d'incitatifs. En effet dans la littérature, le principal inconvénient de ce mode de financement est le manque d'incitation à l'efficacité, notamment sur les points suivants : la qualité des soins, la performance en termes d'efficacité des établissements et l'accès aux services. L'hôpital est responsable de ne pas dépasser son budget mais chaque nouveau patient a un impact sur les coûts. Cette priorité a pour effet de restreindre l'accès aux services. En plus, ce mécanisme n'incite pas les hôpitaux à raccourcir la durée de séjour des patients et à les aiguiller vers des ressources moins coûteuses parce que le coût journalier de l'hospitalisation diminue avec la durée du séjour. En libérant une place plus tôt, on remplace un patient moins coûteux par un patient plus coûteux. C'est pourquoi on observe dans les systèmes où les hôpitaux sont financés par budget, une rotation assez faible de patients traités et une tendance à vouloir minimiser les ressources consommées par chacun. Ce qui peut entraîner des soins moindres.

Le second inconvénient est relatif aux durées de séjour longues. Cet inconvénient est directement lié au manque d'incitation expliqué dans le paragraphe précédent. Aussi, on note une innovation limitée où CHSRF (Sutherland 2010) note que les budgets globaux limitent

l'innovation du fait que le risque financier est trop grand pour les hôpitaux de modifier leur procédure. Ensuite, on assiste à un risque non partagé où selon Street (2007), les hôpitaux sont tenus d'avoir une activité minimale correspondante à l'accord entre l'établissement et le payeur. Ainsi, dans le cas où le budget est épuisé avant la fin de l'année et qu'il existe encore une demande de soins, alors l'hôpital fonctionnera à perte. Evoquons la perpétuation des inégalités où, si à l'état initial des budgets globaux ont été calculés de manière inégalitaire, les renouvellements des montants sur une base historique vont entraîner une perpétuation de ces inégalités. Egalement, l'opacité du processus d'allocation des fonds où les budgets globaux laissent un degré de liberté potentiellement important aux gestionnaires des établissements. La possibilité pour le payeur d'exiger un niveau d'efficacité en retour du financement octroyé dépend de la qualité des systèmes d'information sur l'activité et donc de sa capacité à comparer la performance des différentes régions et établissements. Et enfin les services et/ou fournitures non couverts avec l'incitation implicite à prioriser le contrôle des budgets et l'opacité du processus engendrent une confusion sur la composition du panier de services assurés par le régime public. Il en résulte un accès limité à des services, fournitures et médicaments potentiellement plus performants que ceux offerts dans les établissements (Castonguay, 2013).

## **2- Financement par capitation**

Le financement par capitation est un mode de financement plus fréquemment utilisé pour financer les services primaires de santé. Selon ce mode de financement, le prestataire, soit un médecin ou une organisation de soins primaires, reçoit un prépaiement per capita, ajusté ou non en fonction du risque de consommation pour couvrir tous les besoins médicaux des personnes enregistrées auprès d'eux. Ce mode de financement est inspiré des méthodes de financement et de transfert de risque développées par les compagnies d'assurance privées aux Etats-Unis et sociales, aux Etats-Unis et en France. La capitation responsabilise le prestataire pour la dispensation d'une gamme de services, des soins primaires seulement jusqu'à la couverture totale des besoins de santé (Angleterre).

Le financement par capitation transfère le risque lié au contrôle des coûts des services à assurer au prestataire. Ainsi, il encourage les prestataires à maintenir leur clientèle en santé, ou à prévenir la maladie, pour qu'elle consomme le moins possible de services. Ce mode de financement nécessite une surveillance pour éviter que les prestataires réduisent leurs dépenses aux dépens des patients dans le but d'accroître leur rentabilité. Selon les

caractéristiques du contrat de capitation, les avantages et inconvénients suivants ont été observés dans la littérature.

**a- Les avantages du financement par capitation sont de :**

Assurer un meilleur contrôle du budget du point de vue du payeur ; encourager la prévention ; réduire les prestations excessives de services ; encourager l'adoption de paquet de soins uniformes (selon les évidences) pour tous les patients.

**b- Les inconvénients du financement par capitation**

Il présente des inconvénients comme risquer d'une sous-consommation potentielle, à moins que les services compris dans le forfaitaire soient prescrits dans le contrat avec le payeur ; l'encouragement du prestataire à se limiter à des actes qui sont compris dans le forfait et de reporter des actes non prévus mais qui pourraient être nécessaires ; le risque d'une certaine sélection des patients.

Même s'il existe deux formes de financement des services de santé prospectifs, on observe surtout le financement par budget dans les pays où le système de santé est intégré et universel, dont les pays et juridiction étudiés dans le cadre de cette analyse comparative. Les inconvénients liés à l'absence d'incitation à l'efficacité de ce mode de financement génèrent en plus un sentiment d'iniquité entre les établissements. Ce sont ces inconvénients qui ont généré le besoin de lier financement et niveau de services. C'est aussi ce qui a incité les établissements et les payeurs à développer des systèmes d'évaluation, de clarification et de coût des activités dans les établissements. Pour les premiers, c'est un moyen la qualité et les coûts de leurs activités en plus d'améliorer leur capacité de négocier avec le payeur. Pour le bailleur de fonds, l'amélioration de l'information sur les coûts de revient des activités hospitalières leur permet de comparer la performance des établissements, la comprendre et l'influencer.

**B- Les mécanismes rétrospectifs de financement des hôpitaux**

Le principe de base du financement rétrospectif est que le paiement est effectué après que les services aient été prodigués par les établissements hospitaliers. On dit de ce mode de financement que le « financement suit le patient ». Ainsi, le patient est une source de revenus plutôt qu'une source de dépenses.

Les mécanismes de financement rétrospectifs peuvent prendre plusieurs formes selon la nature des services attendus en contrepartie du paiement. Cette diversité engendre une

certaine confusion parce que les termes peuvent désigner différents mécanismes selon les interlocuteurs. Les mécanismes de financement rétrospectifs peuvent être regroupés sous les vocales de financement à l'activité ou de financement incitatif. On observe trois types de financement à l'activité selon la nature des activités qui sont financées : le financement basé sur l'acte, le financement par cas ou item, le financement basé sur les évidences. Les mécanismes de financement incitatifs récompensent la performance d'une activité spécifique.

### **1- Le financement à l'activité**

Pour Khadir S. et Dagenais L. (2012), historiquement, ce système a été conçu dans les années 1980 à Yale aux États-Unis pour calculer le remboursement des services par le Medicare et le Medicaid qui sont des programmes de financement public passant en bonne partie par les assureurs privés. Avec l'application du financement par activité, nos hôpitaux recevraient une somme équivalente soit au prix moyen (le plus souvent), soit au prix des meilleures pratiques (c'est-à-dire le plus bas) pour exécuter une procédure déterminée auprès d'une clientèle donnée. Par exemple, les hôpitaux recevraient un montant spécifique pour un épisode de soins comme un remplacement de hanche. Cela réunit les conditions nécessaires à la création d'un marché des services hospitaliers où il y a concurrence entre les établissements publics, et possiblement aussi entre eux et le secteur privé, sur la base d'un prix fixé à l'avance.

Le financement des hôpitaux basé sur l'activité repose sur deux composantes essentielles. La première est le système de clarification de cette activité. Comme mentionnée précédemment, l'évolution des mécanismes de financement est titulaire de la sophistication des systèmes d'information de classification des activités et de collecte d'information. Dans la majorité des cas, ces systèmes de classification ont été développés initialement afin de mieux comprendre la nature des activités, la comparer et améliorer la gestion des établissements. Eventuellement, ces systèmes ont rendu possible l'implication de financement dit à l'activité.

**Le financement à l'acte :** la forme la plus simple de financement à l'activité, est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué. Un épisode de soins hospitaliers génère une quantité d'actes dont les actes diagnostics (tests de laboratoires, radiographies, chirurgies...), les services médicaux (du médecin) et les services infirmiers (souvent rémunérés par jour d'hospitalisation). Le paiement est associé à chaque acte sans considération pour l'ensemble des actes effectués dans le cadre de l'épisode de soins ou de besoins du patient.

**Le financement par cas (ou GDS) :** le financement par cas finance l'ensemble des services et fournitures requis dans le cadre d'un épisode de soins, soit du début d'une hospitalisation jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital. Il responsabilise l'hôpital pour l'ensemble des coûts suscité par une hospitalisation donnée. Les tarifs sont soit établis par le payeur et sont liés aux coûts attendus par ce dernier pour les services offerts, soit négociés entre le payeur et le prestataire.

**Le financement basé sur les évidences :** Ce type de financement a pour objet d'améliorer la qualité en influençant les pratiques pour qu'elles respectent les évidences. Les tarifs sont en fonction du coût lié aux ressources utilisées lorsque les meilleures pratiques sont appliquées. Ces méthodes de financement sont différentes les unes des autres tant du point de vue de ce qui est remboursé que des objectifs poursuivis. Elles sont toutefois toutes tributaires de la sophistication des systèmes de classification et de tarification en place.

#### **a- Les avantages du financement basé sur l'activité**

Les avantages des systèmes de financement à l'activité dépendent du contrat lié au paiement de l'activité et des systèmes d'information, de classification et de clarification, qui les appuient. L'instauration du financement à l'activité dans un système financé par budget aura pour effet indirect d'encourager les organisations à développer leurs systèmes d'information. C'est en grande partie ce développement qui génère les avantages que l'on confère au financement à l'activité. Le contrat où les conditions attachées au paiement de l'activité ont pour effet de pallier certains désagréments liés à cette forme de paiement.

De plus on assiste à une augmentation de la quantité de soins offerts contrairement aux hôpitaux financés par budget global où chaque nouveau patient diminue la quantité de ressources financières disponibles, les hôpitaux financés à l'activité augmentent leur budget en fonction des patients accueillis. Ceci peut conduire à l'augmentation de l'activité et donc à la réduction des files d'attente et donc à amélioration de l'accès aux services hospitaliers.

#### **b- Avantages additionnels liés au financement par cas et selon les évidences**

Dans le cas des systèmes de financement par cas et de financement basé sur les évidences, on note premièrement l'amélioration de la qualité de gestion des hôpitaux. Cet avantage est clairement à l'origine de l'instauration de ces systèmes de financement. En mettant en place les systèmes de classification, les hôpitaux documentent leurs procédures et peuvent identifier les sources de consommation de ressources. En plus, ils sont en mesure de

comparer leurs résultats, niveaux d'activité et coûts dans le temps et entre hôpitaux. Cette connaissance est un incitatif puissant à s'améliorer.

Aussi, on assiste à l'augmentation de l'efficacité et à la réduction des coûts par patients. Cet incitatif provient de la tarification de l'activité par cas ou selon les évidences. En effet, le montant remboursé selon le groupe dans lequel le patient classifié est connu des établissements. Avec l'information dont ils disposent, ils vont être incités à améliorer leurs procédures afin que les ressources utilisées soient en deçà de ce qui est remboursé. Ceci peut aussi conduire à l'adoption par les établissements des meilleures pratiques cliniques.

### **c- Les inconvénients du financement basé sur l'activité**

Le financement basé sur l'activité comme tout autre mécanisme de financement comporte des inconvénients. Afin de palier pour ces inconvénients, les juridictions ayant adopté ces modes de financement ont adopté des mécanismes pour les mitiger. Ces derniers sont décrits en italique.

Ce financement incite les fournisseurs de soins à réaliser les activités les plus lucratives. En effet, les paiements par traitement individuel (à l'acte ou par cas) créent un incitatif à produire plus de services sans égard à la création de valeur tout au long de l'épisode de maladie. Ces méthodes créent un incitatif à réaliser des procédures les mieux rémunérées, aux dépens des activités à valeur ajoutée, mais mal rémunérées telles que la prévention, l'éducation ou le conseil. *On observe de plus en plus un recours au financement par épisodes de soins regroupés ou selon les évidences (selon la condition médicale du patient), ce qui exige du fournisseur de soins qu'il assure les soins nécessaires au rétablissement complet et à l'autonomie du patient, par exemple les services de réadaptation et les soins à domicile après une chirurgie de la hanche* (Tepen 2009).

Ensuite, on note un contrôle des coûts affaibli puisque chaque patient est lié à un accroissement de revenu, les hôpitaux sont incités à multiplier le nombre de cas pris en charge et ainsi à accroître leur budget. *Les payeurs qui souhaitent contrôler leur budget annuel ont recours soit à la fixation du budget de l'acheteur (au Danemark et en Finlande), à la diminution des tarifs au-delà du niveau d'activités attendu (en Angleterre) ou à la tarification liée aux coûts marginaux des activités.*

Aussi, on assiste à une sélection des patients. Il y a une préférence à traiter les groupes de patients dont les coûts pour l'établissement sont inférieurs aux paiements établis. *Pour éviter*

*la sélection des patients, les payeurs vont établir soit un tarif pour les patients complexes ou ajouter une capitation pour la prise en charge de ces patients.*

Egalement, des durées de séjour plus courtes ; le fait que les hôpitaux sont incités à traiter plus de patient va induire une diminution de leur durée de séjour afin d'augmenter leur capacité d'accueil annuelle. Ceci peut devenir un problème dans le cas où la rapidité des congés met en péril la qualité des soins prodigués. *Pour prévenir les sorties d'hôpitaux trop rapides, les payeurs peuvent refuser de payer pour les réhospitalisations à l'intérieur d'un délai donné.*

Enfin, il y a possibilité pour les hôpitaux de manipuler le codage. L'Audit Commission (2005) de la Grande-Bretagne liste cinq sources potentielles de la manipulation de la classification des activités de la part des hôpitaux. Ces manipulations ont pour objectif d'obtenir un remboursement plus important que nécessaire. Il s'agit de l'enregistrement des diagnostics et procédures additionnelles et non nécessaires, sélectionner les diagnostics les plus chers pour les patients (*upcoding*) ; la sortie et la réadmission des patients afin d'obtenir des paiements additionnels pour un même accès ; les admissions inappropriées ; la garde des patients plus d'un certain temps afin d'avoir accès au remboursement basé sur une longue durée de séjour ; et le déplacement d'activité vers celle qui est remboursée au détriment de celles exclues.

#### **d- Inconvénients additionnels liés au financement à l'acte**

Dans le cas du financement à l'acte de base, en plus de restreindre la capacité à contrôler les coûts de système, on observe les inconvénients additionnels dont la multiplication d'actes non nécessaires. L'augmentation de la qualité d'actes n'est pas forcément accompagnée d'une augmentation du volume de patients traités. En effet, les hôpitaux sont incités à augmenter le nombre d'actes posés par patient. *Le développement des systèmes d'information sur les coûts par cas et leur utilisation pour comparer la performance des établissements et pour établir les tarifs ont pour effet de lier l'activité des établissements avec les besoins des patients.* Et l'inefficacité où il n'y a aucun incitatif pour les hôpitaux à revoir leurs procédures. Ainsi, dans le cas où ces dernières seraient dispensées de manière inefficace, ce type de paiement aura tendance à perpétuer le mauvais usage des ressources.

### **e- Des protagonistes actifs**

Plusieurs protagonistes ont fait du financement par activité (FPA) un véritable cheval de bataille ces dernières années. L'un d'eux est le Dr Brian Day, un médecin ouvertement partisan des soins de santé privés et propriétaire à Vancouver d'une clinique privée de chirurgie. Il y a aussi le Dr Philippe Couillard, ex-ministre canadien de la santé, maintenant partenaire de Persistence Capital Partners, « qui se concentre sur les occasions d'affaires offrant un fort potentiel de croissance dans le domaine des services de santé ». Monsieur Couillard est aussi conseiller stratégique de Secor ainsi que membre du Conseil privé du premier ministre Harper. L'Association des Etablissements de Santé et de Services Sociaux (AQESSS) et certains chercheurs en administration de la santé recommandent aussi l'adoption de ce modèle. Il n'y a aucune donnée démontrant un lien entre le FPA et l'amélioration du rendement. Il y a toutefois une forte indication à l'effet que le FPA entraîne une hausse des coûts hospitaliers. L'insistance des protagonistes du privé, déguisés ou non, semble découler du fait que le FPA est un processus qui sépare la notion d'acheteurs de celle de fournisseurs de soins, et semble préparer le terrain en vue de la sous-traitance au privé de certains services, comme cela est arrivé en Angleterre et en Australie où le régime de santé avait beaucoup de ressemblance avec celui du Québec. Au moment où le gouvernement libéral semblait faire du FPA une priorité, plusieurs chercheurs seniors et conseillers politiques, dans des pays comme les États-Unis et la Grande-Bretagne où ce système est en place, proposent des alternatives plus compatibles avec les besoins de qualité et d'intégration des soins. Même aux États-Unis, le Massachusetts, seul État où il y a un financement public universel, mais une prestation privée, remettait récemment le FPA en question dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*. La British Medical Association a pris une position formelle contre ce mode de financement à cause des effets pervers expérimentés dans la pratique. Par ailleurs, le FPA est une réforme majeure qui s'ajoute aux nombreuses réformes antérieures et risque de perturber la pratique médicale et le fonctionnement hospitalier une fois de plus. Finalement, cette réforme accaparera les capacités limitées du système dans la mise en place de méthodes démontrées efficaces et tant attendues pour améliorer les soins.

### **2- Le financement incitatif (basé sur la performance ou les résultats)**

En tant qu'instrument d'appui à des services de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles, le financement basé sur la performance peut s'avérer déterminant pour l'atteinte d'une couverture universelle des soins de santé (OMS 2010). L'interaction

entre le financement basé sur la performance et la couverture universelle est particulièrement importante dans les trois domaines suivants : définition de paquets minimums et complémentaires d'activités en santé et leur prestation ; expansion de la couverture des services de santé à la population en général, mais particulièrement aux personnes les plus pauvres ; amélioration de l'accès à des services de santé de haute qualité.

**a- Objectifs poursuivis :**

Le financement incitatif, aussi appelé à la performance, est utilisé comme moyen d'atteindre des objectifs prioritaires en mettant l'accent sur des résultats précis. Il permet ainsi de prioriser des cibles de qualité des soins, d'assurer la relation entre le patient et l'établissement et/ou de réduire les délais d'attente. Tout dépend de l'indicateur de résultat auquel est lié le paiement. Ce type de paiement accompagne généralement un autre mode de financement qu'il soit prospectif ou rétrospectif.

Les indicateurs de résultats (également nommé « de performance ») : Les indicateurs suivis ainsi que le paiement associé à l'atteinte de résultat sont définis par les comportements que le payeur désire susciter chez les fournisseurs de services. Ceci implique que les systèmes d'information doivent permettre le suivi des indicateurs de résultats pour justifier le paiement associé (ou la sanction le cas échéant). Le plus souvent, la mesure de résultats des hôpitaux est associée à la réalisation de procédures recommandées (vaccin, mammographies...) et parfois à un indicateur de qualité de celles-ci (taux de ré hospitalisation). D'autres indicateurs de résultats sur l'expérience du patient (délais d'attente) ou la pertinence des soins dispensés font partir des objectifs récompensés observés (taux de cholestérol, pression...) (Sutherland, 2009).

Par exemple, en Colombie-Britannique, « the Emergency Décongestion Pilot » a été mis en place afin de récompenser les établissements qui ont réduit les temps d'attente dans les urgences. Dans ce programme, il est considéré qu'un certain pourcentage de patients doit être pris en charge et sorti en moins de 2 ou 4 heures selon la gravité de leur cas et que les patients nécessitant un lit en obtiennent un dans les 10 heures suivant leur arrivée. Les établissements respectant des critères se voient récompensés d'un montant financier qui se doit d'être investi dans un programme d'accès de leur choix.

### **b- Les avantages du paiement incitatif (à la performance)**

Le premier avantage est celui d'un puissant incitatif. Selon les objectifs poursuivis, les paiements à la performance sont de puissants incitatifs. Ils permettent de conduire les établissements à adopter un comportement désiré. A cet ajoute une meilleure information sur la qualité. En effet, lorsque ces paiements sont mis en place, les établissements sont incités à fournir les informations sur la qualité de leur procédure afin de pouvoir prétendre à leur compensation financière. Ces données vont non seulement permettre aux administrateurs d'évaluer leurs forces et faiblesses, mais aussi au décideur du système de mettre en place des stratégies à but précis.

### **c- Les inconvénients du paiement à la performance**

Le principal inconvénient du paiement à la performance est celui des coûts administratifs élevés. La récolte d'information peut entraîner une hausse des coûts administratifs. L'importance de ces coûts dépend cependant de l'existence de technologies d'information appropriées dans les établissements, par exemple les dossiers médicaux informatisés (Sutherland, 2009). L'OCDE note ici que les coûts peuvent être élevés au moment de l'implantation du système, mais qu'ils peuvent produire un retour sur l'investissement surtout lorsque les patients sont en meilleure santé (OCDE 2010). On assiste également à un déplacement de l'offre de services. En effet, si les incitatifs financiers ne concernent qu'une partie de l'activité ou encore se basent sur un nombre limité d'indicateurs de qualité, les établissements vont être conduits à mettre plus d'efforts sur ce qui est évalué que sur ce qui ne l'est pas. En outre, l'OCDE note que le problème d'asymétrie de l'information est difficilement contournable. Le médecin est plus instruit que le patient, c'est pourquoi ce dernier se fie sur lui en tant que « mandataire ». Toutefois même si le médecin est sensé agir dans l'intérêt du patient ce n'est pas toujours le cas, car les médecins ont aussi leurs intérêts, des objectifs et des informations différentes (ODCE 2010). Le financement incitatif peut influencer le comportement du médecin.

Les deux précédentes sections ont présenté les différentes méthodes de financement des hôpitaux. On a observé que chacune d'entre elles possédait ses propres caractéristiques, tant au niveau des mécanismes utilisés que de leurs effets positifs et négatifs. Le tableau suivant résume les caractéristiques de chacun des mécanismes de paiement décrit dans les sections précédentes en fonctions des objectifs des politiques de santé.

Tableau n°2 : Effets des mécanismes de financement sur les caractéristiques de l'offre.

	Contrôle des coûts	Accès	Volume	Qualité
Budget	+	-	-	-
Capitation		+		+
Financement par acte	-	-	+	-
Financement par cas	-	+	+	(-) <sup>1</sup>
Financement basé sur les évidences	-	+	+	+
Financement incitatif (performance)	(-) <sup>2</sup>	+	+	+

**Source** : rapport de projet N°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) pp 32.

A la lecture de ce tableau, la principale observation est qu'aucun mécanisme de financement pris à son état brut ne satisfait l'ensemble des objectifs du système de santé. C'est ce qui explique que les juridictions adoptent des modes de paiement mixtes selon les besoins.

Selon *Ulrich Frick & Willy Rössler*, Dans des systèmes *prospectifs* de financement, les montants à rembourser sont fixés *ex ante* avant la fourniture de prestations, ce qui peut se faire de manière variable ou fixe. Dans la perspective inverse, soit d'un remboursement *rétrospectif*, une définition *fixe* du montant à payer - au sens d'un découplage entre prestation supplémentaire et revenu supplémentaire - n'aurait aucun sens. Elle signifierait en effet que celui qui offre une prestation n'aurait – au moment de fournir cette prestation - aucune information sur sa rentabilité. Si le remboursement prospectif de la prestation s'accompagne d'un monitoring efficace de la qualité, alors ce système de rémunération stimule l'efficience de la fourniture de prestations. Avec un remboursement des coûts variable et rétrospectif, le risque financier est assumé par le payeur. Dans le cas d'un système de financement variable et prospectif, le prestataire et le payeur se partagent le risque financier. Enfin, un système de remboursement défraiement fixe et prospectif reporte complètement le risque sur le

<sup>1</sup> Le financement par cas aura pour effet d'améliorer la qualité à condition que des mesures visant à restreindre l'impact sur la durée des hospitalisations soient également adoptées.

<sup>2</sup> L'impact du financement incitatif sur le contrôle des coûts dépend des mesures adoptées et des coûts d'administration.

fournisseur de prestation. (Modèles de financement et systèmes incitatifs dans le traitement de la dépendance en Allemagne et en Suisse), pp 5.

En Afrique les pays du sub Sahara sont des pays pauvres et à faible valeur du PIB dont le système sanitaire est assuré par l'aide extérieure, l'Etat et surtout les ménages. Pour le recouvrement des couts, la crise économique de 80 -90 a fait que l'état n'est plus le financeur principal des soins de santé. De plus les soins de santé primaire ont rencontré des difficultés telle que : le manque de motivation et la mauvaise gestion du personnel de santé a conduit au délabrement des structures de soins publics avec la délivrance des soins médiocre qualité. En ce qui concerne les modalités financière du recouvrement des couts, on distingue trois axes de mode de paiement. Le paiement des différentes prestations, le paiement forfaitaire, la cotisation périodique (V. Richard ;(2004) revue de MEDECINE TROPICALE 2004 ; 64pp337-340).

De ces deux auteurs nous pouvons dire qu'ils traitent du financement de la santé. Mais chacun l'aborde selon sa conception. Joanne Castonguay fait reposer son analyse sur les mécanismes de financement de la santé dans lequel il fait comprendre que chaque mécanisme de paiement a un objectif spécifique à atteindre dans le système sanitaire car un seul mécanisme de paiement ne permettra pas l'hôpital d'atteindre tous ces objectifs. V. Richard de son côté à travers son article montre que les dépenses de santé dans les pays africains du sub Sahara suite au principe du recouvrement des couts se fait en majorité par le patient. En effet, il n'existe pas de base réglementaire du prix de cession des actes de soins tant dans le secteur public que privé, ce qui vaut également pour la vente de médicaments dans les formations sanitaires publiques (Rapport sur l'état des lieux, Union européenne, avril 2004.)

Rappelons que les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu ont été marquées par trois orientations successivement dominantes. La première basée sur la gratuité des soins, a d'abord reposé sur le développement de programme vertical puis la nécessité de rendre les soins de santé primaire accessible à tous. La seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaire, introduit la participation financière des usagers et cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en terme de système de santé de district. La troisième fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les objectifs du millénaire, met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers. Le financement de la santé provient du développement des approches

de programmes intégrés de type SWAP (sector Wide Approach), le développement de la budgétisation par programme avec fixation de priorité dans le cadre de dépenses publiques à moyen terme, amorce de clarification de rôle de l'État, poursuite pragmatique de la décentralisation Audibert & al (2004).

## **Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude**

Cette section présente deux paragraphes. Le premier paragraphe aborde les données de l'étude et le deuxième présente la méthode d'analyse.

### **Paragraphe 1 : les données de l'étude**

#### **A- Cadre de l'étude**

Le cadre de l'étude est l'Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire (HIA- CHU) de Cotonou. L'HIA – CHU constitue le cadre de l'étude. Au Bénin, l'Hôpital apparaît comme un acteur essentiel du système sanitaire national dont l'organisation, de type pyramidale, s'inspire du découpage administratif du pays. D'un point de vue conceptuel, « *un hôpital est un établissement capable de recevoir des personnes atteintes ou présumées atteintes de maladies ou de blessures et des parturientes, en leur assurant le logement et la nourriture, ainsi que des soins médicaux plus ou moins prolongés, observation, diagnostic, traitement et réadaptation. Il peut aussi, le cas échéant, offrir des services de consultations externes pour des malades ambulatoires* » (OMS, 1963, p. 10).

Partant de cette définition, l'OMS (1963) identifie cinq paramètres fondamentaux qui permettent de caractériser un hôpital : les installations qui permettent d'assurer le logement et la nourriture ; la possibilité de séjour de 24 heures au moins pour le malade ; l'admission de malades, de blessés ou de parturientes ; les soins et services avec observation, le diagnostic, le traitement ou la réadaptation : la surveillance médicale dans une mesure variant considérablement suivant le personnel disponible.

#### **B- Type et période d'étude**

L'étude réalisée est une étude rétrospective et longitudinale. Elle couvre la période de 2013 à 2016, soit 04 observations.

### **C- Choix des données de l'étude**

Au regard, d'une part, de l'objectif général de l'étude et, d'autre part, des paramètres fondamentaux qui permettent de caractériser un hôpital au sens de l'OMS (1963), les données à utiliser sont des données sur l'activité et la comptabilité de l'hôpital. Ces données seront collectées dans les rapports d'activité de l'hôpital d'étude : 2013 -2016.

### **Paragraphe 2 : Méthode d'analyse**

Ce paragraphe est organisé en deux sous-paragraphe. Le premier sous-paragraphe concerne les méthodes d'analyse de la structure du financement et les méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA - CHU de Cotonou. Le deuxième sous-paragraphe aborde les méthodes d'analyse de la structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.

#### **A- Structure du financement de l'HIA – CHU de Cotonou et la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA – CHU de Cotonou.**

Ce sous-paragraphe expose, d'une part, les méthodes d'analyse de la structure du financement de l'HIA-CHU de Cotonou et d'autre part les méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA – CHU de Cotonou

##### **1- Méthodes d'analyse de la structure du financement du l'HIA – CHU de Cotonou.**

L'analyse de la structure du financement de l'HIA – CHU de Cotonou consiste à décomposer la structure en différents éléments qui la constitue. Il s'agit des sources et des mécanismes de financement de l'HIA – CHU de Cotonou. Quant aux mécanismes de financement de l'HIA – CHU de Cotonou, nous allons procéder à la distinction des mécanismes prospectifs et des mécanismes rétrospectifs.

##### **2- Méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA – CHU de Cotonou**

Pour estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA – CHU de Cotonou, des paramètres seront calculés. Il s'agit de calculer premièrement le « *poids relatif* » *Pr* qui permettra de montrer dans quelle mesure, chaque mécanisme participe au financement de l'HIA – CHU de Cotonou; deuxièmement le « *poids global* » de

l'ensemble des mécanismes prospectifs (*Pgp*) de financement de l'HIA – CHU de Cotonou et troisièmement le « poids global » de l'ensemble des mécanismes rétrospectifs (*Pgr*) de financement de l'HIA – CHU de Cotonou.

Ainsi le calcul du poids relatif *Pr* de chaque mécanisme de financement de l'HIA – CHU de Cotonou a pour formule :

$$Pr = \frac{\text{Montant de chaque mécanisme de financement de l'HIA – CHU de Cotonou}}{\text{Financement global}} \times 100$$

Le poids global de l'ensemble des mécanismes prospectifs de financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou *Pgp* a pour formule :

$$Pgp = \frac{\text{Somme des poids relatifs des mécanismes prospectifs}}{\text{Financement global}} \times 100$$

Le poids global de l'ensemble des mécanismes rétrospectifs de financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou *Pgr* a pour formule :

$$Pgr = \frac{\text{Somme des poids relatifs des mécanismes rétrospectifs}}{\text{Financement global}} \times 100$$

## **B- Structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié**

Ce sous-paragraphe aborde les méthodes d'analyse de la structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.

Pour analyser la structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié, nous allons décomposer par type, les prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.

## CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Ce chapitre aborde d'une part, la présentation et l'interprétation des résultats et, d'autre part, l'analyse des résultats suivis des recommandations.

### Section 1 : Présentation des résultats

Cette section est consacrée dans un premier temps à la présentation des résultats des objectifs de notre étude et dans un second temps, à l'interprétation des résultats de l'étude.

#### **Paragraphe 1 : La structure du financement et la part relative de chaque mécanisme de financement dans le financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

Dans ce paragraphe il est question de déterminer la structure de financement de l'HIA-CHU de Cotonou et la part relative de chaque mécanisme de financement dans l'Hôpital.

##### **A- La Structure du financement de l'HIA-CHU de Cotonou**

L'HIA- CHU de Cotonou pour son fonctionnement a besoin de financement. Au cours de notre stage nous avons eu à relever, quatre (04) mécanismes de financement dans l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou. Il s'agit de :

**Les paiements direct (ou en espèce)** sont des paiements versés directement par le patient au prestataire de santé ; les fonds ne sont donc pas centralisés par un intermédiaire financier. Ce type de mécanisme de financement est classé parmi les mécanismes de financement rétrospectifs précisément dans le financement à l'acte.

**La prise en charge des 4 / 5 des militaire de l'HIA-CHU de Cotonou assignées à l'Etat.** Ce régime des 4/5 est appliqué pour tous les militaires, leurs familles et les parents du personnel de l' HIA –CHU. Cette mesure de créance de l'Etat est réglée annuellement par le ministère de la Défense par l'Intermédiaire de la Direction des Services de l'Intendance des Armées.

**L'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la césarienne(ANGC)** est chargée de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne conformément aux dispositions du décret n° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin. A ce titre , elle est chargée de concevoir d'une part la stratégie de mise en œuvre de la gratuité

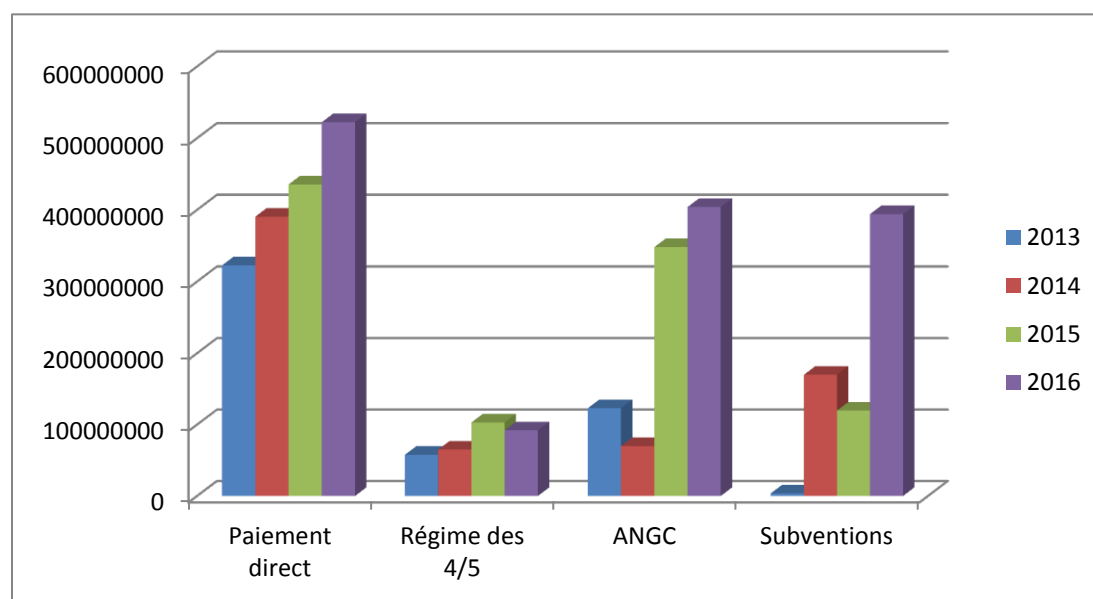
de la césarienne au Bénin, d'autre part de planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à son domaine de compétences et enfin de mobiliser les ressources financières nécessaires à la prise en charge de la césarienne par les hôpitaux publics, privés, confessionnels ou associatifs agréés. Elle rembourse les frais liés aux actes d'accouchements. A l'HIA - CHU de Cotonou le cout normal de la césarienne s'élève à 150210F. Le patient paie 50210F, le reste est à la charge de l'état soit une somme de 100000 F par patient. C'est un mécanisme rétrospectif précisément dans le mécanisme de financement à l'acte.

**Les subventions** sont des montants allouées à l'hôpital pour son fonctionnement. Dans notre cadre d'étude elles proviennent des crédits budgétaires et autres. C'est un mécanisme prospectif précisément dans le mécanisme de financement par budget.

### **B- Part relative de chaque mécanisme dans le financement de l' HIA-CHU de Cotonou**

Au cours de notre stage, l'examen des documents budgétaires mis à notre disposition nous ont permis de déterminer la part relative de chaque mécanisme de financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire (HIA- CHU) de Cotonou. Le graphique ci – dessous présente l'évolution des modes de financement de l'HIA – CHU de Cotonou sur la période de Janvier 2013 à Novembre 2016.

**Graphique n°1 : Evolution des mécanismes de financement durant les 4 périodes d'études**



**Source :** réalisé à partir du tableau n° 3 de l'annexe du document.

**Commentaire** : D'après l'analyse du graphe il ressort clairement que du point de vue économique les paiements directs génèrent plus de ressource dans le financement de l'HIA-CHU de Cotonou durant les quatre dernières périodes. Soit une proportion de 46,14% que les autres mécanismes.

**Paragraphe 2 : les prestations financées par chaque mécanisme de financement rétrospectif de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou**

Les mécanismes de financement sont destinés à fournir certaine prestation. Dans le cas de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou, chaque mécanismes de financement financent les prestations tels que :

Tableau n°4 : Les prestations financées par les mécanismes rétrospectifs

Mécanisme de financement	Prestations fournies	Type de soins
Paiement direct	Services d'hospitalisations Consultations Générales Consultations spécialisées Actes de bloc Autres actes	Soins hospitaliers Soins ambulatoires
Régime des 4/5	Services d'hospitalisations Consultations Générales Consultations spécialisées Actes de bloc Autres actes	Soins hospitaliers Soins ambulatoires
L'ANGC	Services d'hospitalisations Actes de bloc	Soins hospitaliers

**Source** : réalisé par les auteurs en fonction des informations collectées, Octobre 2016.

## Section 2 : Analyse des résultats de l'étude :

### Paragraphe 1 : Analyse de la structure et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme de financement dans l'HIA – CHU de Cotonou

#### A- Analyse de la structure de financement

Après analyse de la structure du financement de l'HIA-CHU de Cotonou, nous constatons que les modes de financement suivent deux (02) mécanismes. Il s'agit, d'une part, du mécanisme de financement prospectif qui rassemble les modes de financement tels que les paiements direct, et d'autre part le financement rétrospectif qui regroupent l'ANGC, la prise en charge du régime des 4 / 5 et des subventions et dons. On conclut qu'au terme de cette analyse, notre première hypothèse affirmant que la structure du financement de l'HIA –CHU de Cotonou comprend à la fois les mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement est validée.

#### B- Analyse de l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA – CHU de Cotonou

Tableau n° 5 : La part relative de chaque mécanisme de financement

Les Mécanismes Montants	Mécanisme de Financement prospectif	Mécanisme de financement rétrospectif	TOTAL
Montant total de chaque mécanisme de financement (en f CFA)	687 166 911	2 933 262 322	3 620 429 233
Pourcentage de chaque mécanisme de financement (en %)	18,99	81,01	100

Source : Réalisé par les auteurs à partir des données collectées, Décembre 2016

L'analyse de ce tableau nous montre que le montant total des mécanismes de financement prospectifs et les mécanismes de financement rétrospectifs font respectivement 687 166 911f CFA et 2 933 262 322f CFA. Soit une proportion respective de 18,99% et de

81,01%. Il en résulte de cette analyse que la part relative des mécanismes de financement prospectifs est inférieure aux mécanismes de financement rétrospectifs. Notre deuxième hypothèse affirmant que la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement de l'hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou - Centre Hospitalier Universitaire (HIA- CHU) de Cotonou est validée.

**Paragraphe 2 : Analyse de la structure de prestations financées par les mécanismes rétrospectifs au sein de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.**

Ce paragraphe est consacré à l'analyse des résultats de l'hypothèse 3.L'analyse sur le financement de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou montre également que les mécanismes rétrospectifs financent à la fois les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. D'où notre hypothèse selon laquelle : les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers n'est pas validée.

## CONCLUSION

Le système national de santé au Bénin est complexe. Son financement est inextricable et son analyse ardue. La dépense globale de santé se situe dans un contexte caractérisé par le prix des soins et des biens médicaux, par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, la faiblesse de l'assurance maladie de la population. Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition inéquitable, l'importance du paiement direct des ménages dans le financement d'un secteur dont les dépenses individuelles sont, en général, imprévisibles aléatoires et catastrophiques. Face à cette situation, nous avons jugé fondamental d'analyser les mécanismes de financement de l'HIA-CHU de Cotonou. Cette étude étant une étude rétrospective et longitudinale, elle est menée uniquement à l'HIA – CHU de Cotonou. Par ailleurs, cette étude a consisté à une analyse descriptive des mécanismes de financement de la santé au Bénin. Elle nous a permis de connaître la structure du financement de l'HIA – CHU de Cotonou, la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HIA-CHU de Cotonou. Outre l'étude nous a permis de savoir la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement. L'analyse statistique nous a amené enfin à conclure que la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs. Suite à toutes ces analyses faites, les deux premières hypothèses de notre étude se trouvent validées. Par contre, à travers l'analyse des résultats de l'étude l'hypothèse n°3 est invalidée.

Au cours de notre stage à l'HIA –CHU de Cotonou, nous avons rencontrés des difficultés auxquelles nous avons proposé des recommandations qui vont à l'endroit des personnels de l'HIA – CHU de Cotonou et à l'endroit de l'Etat ou des autorités gouvernementales. Le gouvernement devra reconnaître que l'amélioration de l'efficience du système de santé passe par une redistribution des rôles et responsabilités et par une décentralisation de la responsabilité. Les prestataires de soins doivent avoir une flexibilité et la responsabilité d'organiser et de déterminer l'offre de soins qui répond le mieux aux besoins de leur population. En ce qui concerne les dirigeants des hôpitaux du Bénin qui ont pour rôle de définir les objectifs du système de santé, ils doivent octroyer les budgets selon ses objectifs et contrôler les résultats. L'Etat doit augmenter les allocations en faveur de la santé, œuvré pour une bonne couverture en infrastructure sanitaires publiques.

## QUELQUES RECOMMANDATIONS

- L'HIA – CHU de Cotonou doit renforcer l'équité aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteindre des objectifs du millénaire pour le développement.
- L'HIA – CHU de Cotonou doit mettre des politiques en place pour le renforcement du partenariat dans le secteur afin de pouvoir améliorer les mécanismes de financement.
- L'HIA – CHU de Cotonou doit penser également à réaliser ces ressources humaines.
- Renforcement de la gestion des statistiques de l'HIA – CHU de Cotonou.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Audibert, de Roodenbeke, Pavy – Letourmy(2005), Dukhan, Grimaldi, Korachais , Mathonat (2011); Revue

facts report. In « *Accès aux soins, Financement de la santé et performance* », rapport 2012 N° 8, Institut Veolia Environnement 15 rue des salons , 75016 Paris- France pp3.

Banque Mondiale (2009), In « *Analyse comparative des mécanismes des hôpitaux* ».

Castonguay J., Thomson W et Thibaudin H. (2013), Revue documentaire. In Castonguay J. (sd),

« *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux* », rapport de projet N°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) pp. 20 – 41.

Dukhan, 2010, OMS, 2010. In « *Accès aux soins, Financement de la santé et performance* », rapport 2012

N° 8, Institut Veolia Environnement 15 rue des salons, 75016 Paris- France pp 4.

Grosman (1972), Charasse (1999),. In « *Bureau d'Application des Méthodes Statistiques et Informatiques* »

DT 10/2004, pp3.

Hirtzlin I., (2009), « *Le recours à l'hôpital en Europe, rapport d'évaluation* » Paris, pp 117.

Jaffré et de Sardan (2003) In « *Accès aux soins, Financement de la santé et performance* », rapport 2012 N°

8, Institut Veolia Environnement 15 rue des salons , 75016 Paris- France pp3.

Khadir S., Dagenais L (2012) In Castonguay J.(sd) , « *Analyse comparative des mécanismes de financement*

*des hôpitaux* », rapport de projet N°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations ( CIRANO) pp. 20 – 41.

Ministère de la Santé Publique, (2008), *Compte Nationaux de la Santé*.

Molinier Laurent « *Système Hospitalier Français* » pp 9.

OMS(1963), Comité d'Expert des Statistiques Sanitaires, Série Rapport Technique N°261, OMS , Genève, 36pp.

*Rapport sur l'état des lieux, Union européenne, avril 2004*.pp 13

*Rapport final du ministère de l'économie et des finances* mai 2012 pp 47

Street(2007) In Castonguay J. (sd), « *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux* »,

rapport de projet N°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) pp. 20 – 41.

Sutherland(2009), (2010), (2011). In Castonguay J. (sd), « *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux* », rapport de projet N°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) pp. 20 – 41.

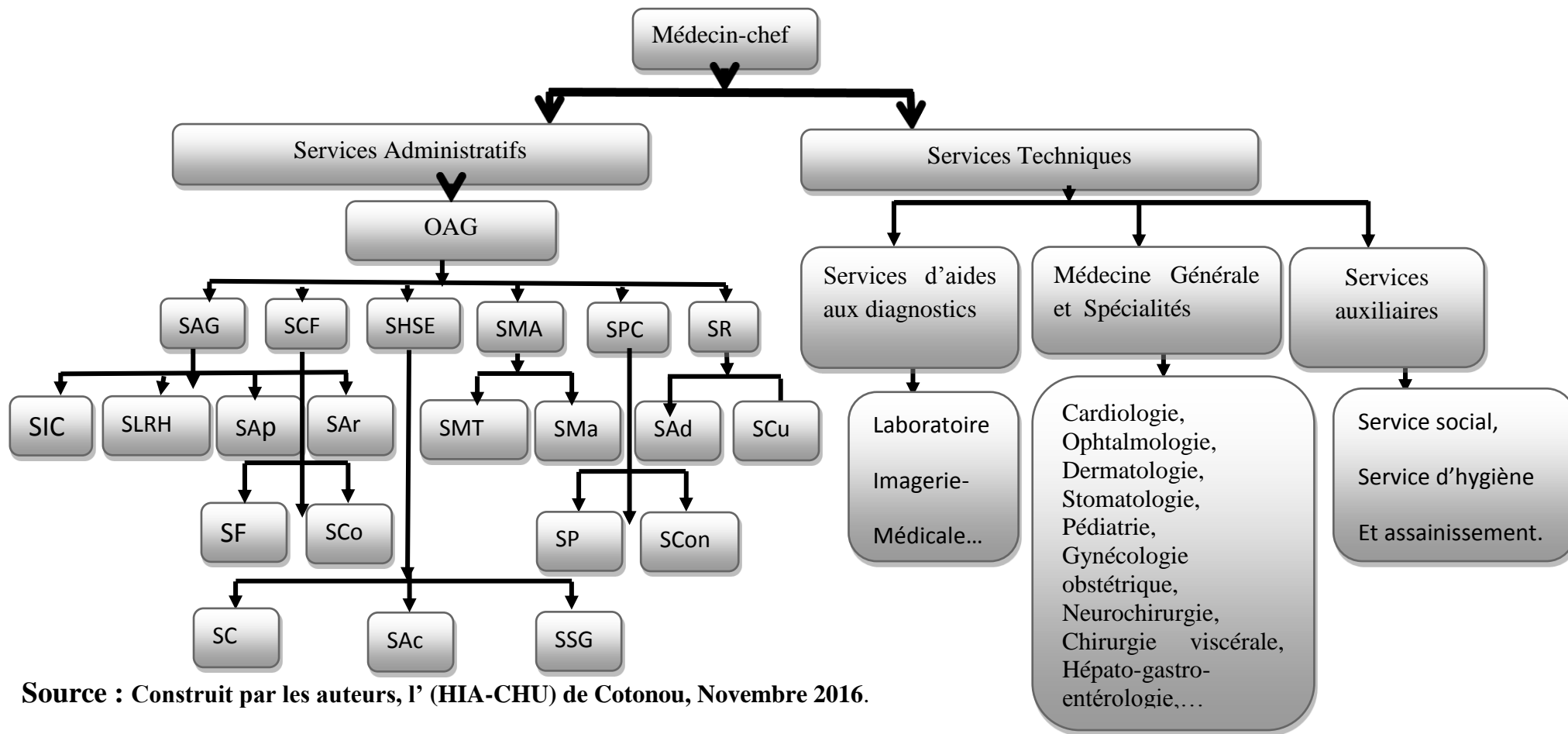
Tepen (2009). In Castonguay J. (sd), « *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux* », rapport de projet N°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) pp. 20 – 41.

Ulrich Frick et Willy Rossler « *Modèle de Financement et Système Incitatif dans le traitement de la dépendance en Allemagne et Suisse* » pp 5.

Richard V. (2004) revue de *médecine tropicale* 2004 ; 64pp337-340).

# ANNEXES

**Annexe n°1 : Organigramme de l'HIA-CHU de Cotonou**



**Source : Construit par les auteurs, l' (HIA-CHU) de Cotonou, Novembre 2016.**

**Annexe n°2**

**Tableau 3** : Les modes de financement de l'hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou - Centre Hospitalier Universitaire (HIA- CHU) de Cotonou.

<b>Mode de financement</b> <b>Années</b>	<b>Le paiement direct</b>	<b>Régime des 4 / 5</b>	<b>L'ANGC</b>	<b>Les subventions et les dons</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2013</b>	322 477 081	57 660 282	123 000 000	3 607 084	<b>506 744 447</b>
<b>2014</b>	390 506 000	64 983 213	70 000 000	169 840 619	<b>695 329 832</b>
<b>2015</b>	435 384 557	103 000 000	348 000 000	119 673 320	<b>1 006 057 877</b>
<b>2016</b>	522 251 189	92 000 000	404 000 000	394 045 888	<b>1 412 297 077</b>
<b>Montant total en (f CFA)</b>	<b>1 670 618 827</b>	<b>317 643 495</b>	<b>945 000 000</b>	<b>687 166 911</b>	<b>3 620 429 233</b>
<b>Montant total en (%)</b>	<b>46,14</b>	<b>8,77</b>	<b>26,10</b>	<b>18,99</b>	<b>100</b>

**Source** : réalisé par les auteurs en fonction des données collectées 2016.

**Tableau n°4** : Les prestations financées par le mécanisme de paiement direct

<b>Les mécanismes de Financement</b>	<b>Les prestations fournies</b>	<b>Les Types de soins</b>
Régime des 4/5	- La consultation - Les services hospitaliers	- soins ambulatoire - soins hospitalier
L'ANGC	Les services hospitaliers	soins hospitalier
Les subventions et dons	- La consultation - Les services hospitaliers - Les services auxiliaires	- soins ambulatoire - soins hospitalier

**Source** : réalisé par les auteurs en fonction des informations collectées 2016