



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

Mémoire présente en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de
LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCES ECONOMIQUES

OPTION : Economie

SPECIALITE : Economie et Gestion des Structures Sanitaires

THEME :

**FINANCEMENT DES HOPITAUX AU BENIN : CAS DU
CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DU ZOU
ET DES COLLINES**

Réalisé et présenté par:

Ange L. B. MITCHAI & Eznaire C.T. TOKPO

Sous la direction de :

Monsieur Gilles-Armand SOSSOU

Docteur ès-Sciences Economiques

Maître-Assistant à la FASEG/UAC

ANNEE ACADEMIQUE : 2015-2016

AVERTISSEMENT

La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	i
TABLE DES MATIERES	ii
DEDICACE 1	v
DEDICACE 2.....	vi
REMERCIEMENTS	vii
DEFINITION DES SIGLES ET ACRONYMES	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
Résumé	xii
Abstract	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE.....	3
Section 1 : Présentation générale de la structure d'accueil	3
Paragraphe 1 : Présentation, historique et missions du CHD-Z/C et du service de la pédiatrie	3
A. Présentation, historique et missions du CHD-Z /C.	3
1. Présentation du CHD-Z/C	3
2. Historique du CHD-Z/C	3
3. Missions du CHD-Z/C	4
B. Présentation, historique et missions du Service de Pédiatrie.....	4
1. Historique du Service de la Pédiatrie	4
2. Missions du Service de Pédiatrie	5
Paragraphe 2 : Organisation générale, environnement et ressources de fonctionnement du CHD-Z/D et du Service de Pédiatrie.....	5
A. Organisation générale, environnement et ressources de fonctionnement du CHD-Z/D.	5
1. Organisation générale du CHD-Z/C.....	5
1.1. Les structures administratives.	6
1.2. Les organes de gestion du CHD-Z/C	6
1.3. Les services médico-techniques et paramédicaux du CHD-Z/C.....	6
2. Environnements du CHD-Z/C.....	7
2.1. Environnement microéconomique du CHD-Z/C	7
2.2. Environnement macroéconomique du CHD-Z/C.....	7
3. Ressources de fonctionnement du CHD-Z/C.....	7
3.1. Ressources matérielles.	7
3.2. Ressources financières et humaines du CHD-Z/C.	8
B. Organisation générale, environnement et ressources de fonctionnement du Service de la Pédiatrie.....	10
1. Organisation générale du Service de la Pédiatrie.....	10
1.1. Structures administratives du Service de la Pédiatrie.	10
1.2. Les secteurs médicaux du Service de la Pédiatrie.....	11
2. Environnements du Service de la Pédiatrie.....	11
2.1. Environnement microéconomique	11
2.2. Environnement macroéconomique.....	11
3. Ressources de fonctionnement du Service de la Pédiatrie.	12
3.1. Ressources matérielles.	12

3.2. Ressource financières et humaine	12
Section 2 : Déroulement du stage.....	12
Paragraphe 1 : Présentation des attributions du SAAE, SAF, du Service de Pédiatrie et les travaux effectués au-cours de notre stage.	12
A. Présentation des attributions du SAAE, SAF et du Service de Pédiatrie.....	13
1. Présentation des attributions du SAAE.....	13
2. Présentation des attributions du SAF.....	13
3. Présentation des attributions du Service de la Pédiatrie.....	13
B. Travaux effectués au cours de notre stage.....	13
Paragraphe 2 : Observation de stage, difficultés rencontrées et approche de solutions.....	14
A. Observations de stage.....	14
1. Observation générale sur le CHD-Z/C.....	14
2. Observations au SAAE, SAF et au Service de Pédiatrie.....	15
B. Difficultés rencontrées au-cours du stage.....	15
C. Approche de solutions.....	15
1. A l’endroit du CHD-Z/C.....	15
2. A l’endroit des apprenants.....	16
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L’ETUDE.....	17
Section 1 : Cadre théorique de l’étude.....	17
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l’étude.....	17
A. Problématique.....	17
B. Objectifs et Hypothèses de l’étude.....	19
1. Objectifs de l’étude.....	20
2. Les Hypothèses de la recherche.....	20
Paragraphe 2 : Revue de littérature.....	20
A. Mécanisme de financement prospectif.....	20
B. Mécanisme de financement rétrospectif.....	21
C. Une évolution théorique et politique : comment l’hôpital est-il pensé ?.....	21
1. De l’hôpital-entreprise à la critique de la bureaucratie hospitalière.....	22
2. L’approche en termes d’hôpital-entreprise.....	22
3. L’analyse bureaucratique de l’hôpital.....	24
D. Financement des soins de santé dans les Pays en Voie de Développement.....	26
E. Equité des soins.....	27
Section 2 : Méthodologie de recherche du travail.....	29
Paragraphe 1. Données de l’étude.....	29
Paragraphe 2 : Méthodes d’analyse.....	29
B. Conditions de validation des hypothèses.....	30
1. Méthodes d’analyse de la structure du financement du CHD-Z/C.....	30
2. Méthodes d’analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.....	30
3. Méthodes d’analyse de la structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.....	30
Section 1 : Analyse des mécanismes de financement du CHD-Z/C.....	31

Paragraphe 1 : Structure du financement et part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.....	31
A. Structure de financement du CHD-Z/C.....	31
B. Part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.....	35
Paragraphe 2 : Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement au CHD-Z/C.....	36
Section 2 : Analyse des résultats et recommandations.....	37
Paragraphe 1 : Analyses de la structure du financement, de la part relative de chaque mécanisme dans le financement et de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement au CHD-Z/C.....	37
A. Analyse de la structure du financement du CHD-Z/C.	37
B. La part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.....	37
C. Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement au CHD-Z/C.....	38
Paragraphe 2 : Suggestions	38
CONCLUSION	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
Annexes.....	42

DEDICACE 1

Je dédie ce travail à :

- mon père MITCHAI Bertin et ma mère AKPOHE Jeanne ;
- mon oncle Hyppolite ASSOGBA, à ma grand-mère Elise HOUEDJISSIN épouse MITCHAI et à ma tante Cécile MITCHAI épouse KEDOTE ;
- mes frères et sœurs Enock, Corneil, Percide, Josué, Prisca, Priscille, et Miracle.

Ange L. B. MITCHAI

DEDICACE 2

Je dédie ce travail à :

- mon cher papa Xavier K. TOKPO et ma maman Madeleine GBEMABE ;
- mes parents Joséphine ETCHIHOU, Cécile TOKPO ;
- mon grand frère Marcos T. TOKPO, tous mes frères et sœurs sans oublier mes valeureux amis, surtout Delviche K. DAKO et Claudine H. AZON.

Eznaire Carlos T. TOKPO

REMERCIEMENTS

Nous ne saurions commencer la rédaction de ce mémoire sans témoigner notre profonde gratitude à ces personnes qui nous ont soutenus tout au long de notre cursus scolaire et pendant la période de la rédaction. Nous voulons manifester toutes nos reconnaissances :

➤ à notre maître de mémoire le Docteur Gilles Armand SOSSOU pour avoir accepté de suivre et de coordonner ce travail. Son appui très cordial, ses conseils et ses critiques objectifs ont été très bénéfique dans la conception, la réalisation et la présentation de ce travail ;

➤ à tous les Professeurs et Enseignants de la FASEG,

➤ à notre maître de stage Mr Darius GOUNFLE, C/SAAE

➤ à Monsieur Thomas Z. DJEKPE, Directeur du CHD-Z/C,

➤ à Monsieur Raymond F. BOSSOU, chef du service de la pédiatrie pour nous avoir permis de faire notre stage au sein du CHD-Z/C et de la pédiatrie.

➤ aux Sieurs Augustin HOUNKANRIN, Charles TOSSOU, et à Madame Vinciane FATON HOUNGBO, pour leurs disponibilités à nous orienter vers les différents services parcourus.

➤ à Madame Léontine TOSSOU, Monsieur Dieudonné DJOGBEDE, Monsieur Omer HOUNSOU, Monsieur Mathias HOUNSINOU et Madame Perpétue HOUINATO pour leurs disponibilités et les informations fournies.

➤ à Monsieur Vivien S. KODO; Monsieur Bertin SALANON ; Monsieur Emmanuel ALIGBE ; Monsieur Bienvenu ADJAGBODJOU; Madame Germaine FANOUE; Monsieur Augustin HOUNKPE; Monsieur Marius ADANDEDJAN, Madame Léontine AHOUANDEJISSI, pour les informations fournies et pour toutes leurs aides de diverses natures.

➤ à Monsieur Isidore AKPAHOUNZO pour ses conseils objectifs,

➤ à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réussite de ce travail, nous disons infiniment merci.

DEFINITION DES SIGLES ET ACRONYMES

ACE	: Agents contractuels de l'Etat
ANGC	: Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne
ANPE	: Agence Nationale Pour la Promotion de l'Emploi
APE	: Agents Permanent de l'Etat
ASP	: Abdomen Sans Préparation
BIBE	: Banque Internationale du Bénin
BM	: Banque Mondiale
BOA	: Bank Of Africa
C/DCA	: Chef Division Chargé de l'Administration
C/S	: Chef Service
C/SAAE	: Chef Service des Affaires Administratives et Economiques.
C/SAF	: Chef Service des Affaires Financières.
C/SMT	: Chef Services Médicaux et Techniques.
CA	: Conseil d'Administration.
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CFC	: Contractuel sur fond Communautaire
CHD	: Centre Hospitalier Départemental.
CHD-Z/C	: Centre Hospitalier Départemental du Zou et des Collines.
CMC	: Commission Médicale Consultative.
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga.
CNS	: Comptes Nationaux de Santé
CODIR	: Comité de Direction.
CREN	: Centre de Récupération et d'Education National.
CS	: Commissions Spécialisées.
DAS	: Division d'Assistance Sociale
DCAR	: Division Chargée de l'Administration et des Ressources
DCB	: Division de la Comptabilité et du Budget.
DDS-Z/C	: Direction Départementale de la Santé du Zou et des Collines.

DE	: Division de l'Economat.
DEM	: Division Entretien et Maintenance.
DG	: Directeur Général.
DGAP	: Division de la Gestion Administrative et du Personnel.
DGMS	: Division de la Gestion des Malades et de la Statistique.
FASEG	: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FED	: Fonds Européens de Développement.
FMI	: Fond Monétaire International
FNUAP	: Fond des Nations Unies pour la Population
FSI	: Fond Sanitaire des Indigents
GEU	: Grossesse Extra-utérine
GSS	: Gestion des Structures Sanitaires.
HAO	: Hors Activités Ordinaires
HSG	: Histérosalpingographie
IDE	: Infirmiers Diplômés de d'Etat
IDH	: Indice de Développement Humain
MS	: Ministère de la Santé.
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisations Non Gouvernementales.
ORL	: Oto-Rhyno-Laryngologie
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIP	: Programme d'Investissement Public
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PTD	: Plan Territorial de Développement
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers.
PVD	: Pays en Voie de Développement
PVVIH	: Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine.

ROB	: Recouvrement et Opérations de Banque.
RPM	: Recouvrement et poursuite des malades
SA	: Secrétariat Administratif ou Secrétaire Administratif.
SAAE	: Service des Affaires Administratives et Economiques.
SAF	: Service des Affaires Financières.
SCMD	: Section de la Caisse Menues Dépense
SF	: Section Facturation
SFDE	: Sages-Femmes Diplômées d'Etat
SG	: Surveillance Générale ou Surveillant Général.
SIDA	: Syndrome Immunodéficience Acquis
SP	: Santé Publique
TDH	: Terre Des Hommes.
TDV	: Terre De Vie.
TODG	: Transit Oeso-Gastro-duodenal
UCR	: Uretrocystographie Rétrograde
UIV	: UrographieItra-veineuse
UNICEF	: United Nations InternationalChildren's Emergency Fund (Fond des Nations Unies Pour l'Enfance).
VIH	: Virus de l'immunodéficience Humaine.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Situation des immobilisations de 2010 à 2015.....	8
Tableau 2 : Répartition du personnel par catégorie socio-professionnelle et par statuts en 2015.....	9
Tableau 3 : Différentes sources de financement du CHD-Z/C.....	33
Tableau 4 : La part des mécanismes prospectif et rétrospectif en francs CFA et en pourcentage par année.....	36

Résumé

Le présent mémoire traite du financement des hôpitaux au Bénin avec pour cas le CHD-Z/C. L'étude couvre la période de 1996 à 2015 et a pour objectif l'analyser les mécanismes de financement du CHD-Z/C. La méthode d'analyse utilisée à cet effet est la détermination de la structure du financement du CHD-Z/C, la décomposition du financement du CHD-Z/C, puis la distinction des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement. Nous avons donc calculé les paramètres tels que la fréquence absolue et la fréquence relative pour analyser la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C ; analysé la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié, puis décomposé par type, les prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié. Il ressort de ce travail que le CHD-Z/C est financé par des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement, que la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs au CHD-Z/C et que les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers.

Mots clés : Financement des hôpitaux, Mécanisme Prospectif, Mécanisme Rétrospectif, Centre Hospitalier Départemental du Zou et des Collines.

Abstract

The present report handles with the financing of hospitals in Benin with for case the CHD-Z/C. The study covers a period from 1996 till 2015 with like objective to analyze the mechanisms of financing of the CHD-Z/C. The method of analysis used for that purpose is the determination of the structure of the financing of the CHD-Z/C, the decomposition of the financing of the CHD-Z/C, then the distinction of the forward-looking and retrospective mechanisms of financing. Thus we calculated the parameters such as the absolute frequency and the relative frequency to analyze the relative part of every mechanism in the financing of the CHD-Z/C, analyze the structure of the services which are financed by every mechanism of identified financing, then to decompose by type the services which are financed by every mechanism of identified financing. It emerges from this work that the CHD-Z/C is financed by forward-looking and retrospective mechanisms of financing that, that the relative part of the retrospective mechanisms is brought up than of the forward-looking mechanisms in the CHD-Z/C, and that the retrospective mechanisms of financing finance the ambulatory care of the detriment of hospital care.

Key words: Financing of hospitals, retrospective mechanisms, forward-looking mechanisms, Departmental Hospital Center of Zou and Hills.

INTRODUCTION

La République du Bénin à l'instar des autres pays du monde en développement est confronté à une situation socio-économique et sanitaire caractérisée par des indicateurs socio-sanitaires inquiétants doublé d'un seuil de pauvreté situé dans la moyenne des pays les moins avancés et ceci depuis la conférence des forces vives de la nation de février 1990. C'est pour cette raison qu'au fil du temps, il a fallu d'avantage apprendre à gérer au mieux pour favoriser l'utilisation optimale possible des dépenses publiques. C'est ainsi que la performance est devenue une notion clé dans la gestion au sein des administrations comme au sein des établissements publics de santé. Dans ce contexte, il a fallu trouver des modes de financement performants pour les établissements publics de santé afin de maîtriser les dépenses hospitalières. Pour y arriver, le gouvernement a entrepris des actions visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé ; la participation communautaire et l'utilisation des services de santé ; et la prise en charge des populations pauvres et indigentes. Pour ce faire, différentes réformes ont été initiées et mises en œuvre depuis 2000. Il s'agit entre autres de la réforme territoriale fondée sur la décentralisation et la participation communautaire ; la réforme économique ayant pour corollaire la réforme budgétaire dont l'objectif est la pertinence et la performance dans la gestion financière ; la mise en œuvre des zones sanitaires qui participe de la concrétisation de la décentralisation dans le secteur de la santé (MS, 2003). La performance de la dépense hospitalière ne peut s'entendre qu'au sens quantitatif. En effet, elle s'inscrit dans une logique médico-économique associant la qualité de la prise en charge et la maîtrise des dépenses. La dépense globale de santé en 2003 est de 96 Milliards de francs CFA environ. Elle est principalement financée à 52,1% par les ménages, 30,8% par l'Etat, 16,5% par le reste du monde et 0,6% par les collectivités locales, les assurances et mutuelles de santé, les entreprises privées et publiques. Les résultats des comptes nationaux de la santé montrent une évolution des indices du budget de l'Etat et de la santé. L'indice budget Etat connaît une croissance plus rapide. Ceci souligne que le secteur de la santé ne bénéficie pas encore de toute l'attention requise de l'Etat (MS, 2009).

La vision du Bénin exprimée dans le document des études nationales de perspectives à long terme *Alafia 2025* met un accent particulier sur le bien-être social. Dans cette logique, le Ministère de la Santé s'est donné pour mission d'œuvrer à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'élaboration des différents documents de

politique du secteur dont la mise en œuvre a permis d'initier des réformes importantes qui se poursuivent jusqu'à ce jour. L'évaluation de la mise en œuvre du dernier document de politique a cependant mis en exergue la persistance de certains problèmes, notamment la mortalité maternelle et infantile inquiétante, la marginalisation d'une couche non négligeable de la population du système de soins et l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières adéquates. La question de la gouvernance reste par ailleurs un sujet de grande préoccupation. Il s'avère donc urgent de corriger de façon durable ces insuffisances en redéfinissant les priorités du secteur sur la base des défis et enjeux majeurs auxquels il est aujourd'hui confronté.

La situation sanitaire met également en exergue la qualité peu satisfaisante des soins de santé, le faible développement des ressources humaines et de la mauvaise planification d'acquisition, de construction et de maintenance des infrastructures et des équipements. La conséquence de tout ceci est le fort taux de morbidité et de mortalité au niveau du pays. Aussi, note-t-on une précarité du mécanisme de financement du secteur, toutes choses qui ne sont pas de nature à améliorer la performance du système de santé (MS, 2014).

A la lumière de ces problèmes, nous avons choisi de travailler sur le thème « *Financement des hôpitaux au Bénin: cas du Centre Hospitalier Départemental du Zou-Collines (CHD-Z/C)* ». Notre travail s'est articulé autour de trois chapitres. Nous avons dans un premier chapitre présenté le cadre institutionnel de l'étude. Le deuxième chapitre traite du cadre théorique et méthodologique de l'étude et le troisième chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats.

CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE.

Le premier chapitre est consacré à la présentation de la structure d'accueil et au déroulement du stage.

Section 1 : Présentation générale de la structure d'accueil.

Cette section est consacrée, d'une part, à la présentation, à l'historique et aux missions du CHD-Z/C et du service de la pédiatrie et d'autre part, à l'organisation générale, à l'environnement et aux ressources de fonctionnement du CHD-Z/C et du service de la Pédiatrie.

Paragraphe 1 : Présentation, historique et missions du CHD-Z/C et du service de la pédiatrie.

Ce paragraphe aborde dans un premier temps la présentation du CHD-Z/C et du service de la pédiatrie, leurs historiques et enfin leurs mission.

A. Présentation, historique et missions du CHD-Z /C.

Dans cette partie, nous allons présenter, faire l'historique et dire les missions du CHD-Z/C ;

1. Présentation du CHD-Z/C.

Le CHD Z/C connu surtout par son appellation Hôpital de GOHO est un hôpital de référence pour les départements du Zou et des Collines. Il est implanté sur le territoire de l'arrondissement de Djègbé dans la commune d'Abomey, Chef-lieu du département du Zou et des Collines au bord de la voie intercommunale Abomey-Bohicon. Situé à (06) kilomètres de Bohicon, et à 125 km environ du Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, le CHD-Z/C s'étend sur une superficie de 12 ha 58 ca et dessert la population des départements du Zou et des Collines. Il prend aussi en charge les malades provenant des départements du Mono/Couffo et de la République du Togo.

2. Historique du CHD-Z/C.

Avant les années 1985, c'était le Centre de Santé d'Abomey dénommé « l'ambulance d'Abomey » qui était chargé d'assurer la prise en charge sanitaire des malades, des accidentés du zou et des Collines. En raison de l'accroissement des besoins de la population en matière de soins de santé, il a été initié un projet de construction du centre hospitalier pour les malades du Zou et des Collines. Ainsi, l'Etat béninois contribua à la réalisation de ce projet en mettant à disposition le terrain nécessaire et la construction fut assurée sur financement du

Fonds Européen de Développement (FED) grâce à une subvention de 1.288.094.500 F CFA. Officiellement mis en service le 02 mai 1985, le CHD-Z/C est un établissement public à caractère social doté d'une personnalité morale et d'une semi-autonomie financière. Ce centre est devenu plus opérationnel à partir de 1988 avant d'être régi par le décret N°090-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des Centre Hospitaliers départementaux et formations sanitaires assimilées. Outre les investissements en immeubles, le FED a également financé l'assistance technique nécessaire au démarrage des activités.

Ledit centre est un hôpital de référence pour les départements du Zou et des Collines composés de quinze (15) communes et 136 arrondissements avec une superficie totale de 19.174 km². La capacité d'accueil du CHD-Z/C est de 357 dont 118 pour la pédiatrie. Il emploie divers statuts et catégories d'agent avec un effectif total de 453 agents dont 87 pour la pédiatrie en 2014 (rapport d'activité, 2014).

3. Missions du CHD-Z/C

Le CHD-Z/C, dans sa volonté d'améliorer les conditions sanitaires des populations des départements du Zou et des Collines et celles des départements environnants, a pour mission de prêter des soins préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs où sont organisées la formation du personnel de santé et la recherche en matière de santé. Entre autres, il reçoit les malades référés des formations sanitaires périphériques dont le plateau technique est insuffisant pour la prise en charge de certains cas d'affections.

B. Présentation, historique et missions du Service de la Pédiatrie.

Le Service de la Pédiatrie étant au sein du CHD-Z/C, a la même présentation que ce dernier.

1. Historique du Service de la Pédiatrie.

La pédiatrie du CHD-Z/C a été créée en 1971 par les sœurs religieuses du CREN Sédovicon. En 1974, ledit centre connut l'appui de l'ONG Terre Des Hommes (TDH) dans la prise en charge des cas. En 1989, le CREN fut rebaptisé hôpital pédiatrique et son entière gestion transférée à TDH qui bénéficie de la contribution des partenaires de la Direction du Développement de la Coopération Suisse et de Terre De Vie France. En 1992, débutèrent des négociations avec le gouvernement en vue de l'établissement d'un partenariat, la première étape dans ce processus fut la signature d'une convention avec la Direction Départementale de la Santé du Zou et des Collines.

A l'issue de cette convention, TDH recherche le financement pour la construction de l'hôpital pédiatrique au CHD-Z/C. Ce qui fut chose faite, et après sept (07) ans de gestion avec l'appui technique d'un pédiatre de l'Etat, tout le patrimoine de l'Etat, tout le patrimoine du centre fut remis à l'Etat. Le centre pédiatrique du CHD fut ouvert en 1995 avec pour nouvelle dénomination Sèdo-Goho. En 1997, une évaluation conjointe du Ministère de la Santé et de TDH donna lieu à des propositions de révision des modalités de gestion du centre et du cadre institutionnel de collaboration avec TDH. La conclusion fut le souhait d'une réorientation de la convention de 1994 pour permettre une consolidation des acquis du centre.

En 2000, le centre connut la signature d'un accord tripartite entre le Ministère de la Santé, TDH et le Bureau de Coopération Suisse. Ce fut alors l'octroi, au nouveau service de pédiatrie, d'une délégation de pouvoir de gestion opérationnelle, sous la direction du CHD.

Subdivisé en quatre secteurs médicaux à savoir, les urgences (tri et accueil), la néonatalogie, la pédiatrie générale et les malnutris, le service de pédiatrie Sèdo-Goho, est aujourd'hui le plus grand du niveau intermédiaire du système sanitaire béninois, de par ses infrastructures, l'importance de la masse du travail.

2. Missions du Service de la Pédiatrie.

La mission de la pédiatrie est d'offrir aux enfants malades des prestations de qualité dans un cadre intégrant toutes les composantes de la prise en charge de l'enfant.

Paragraphe 2 : Organisation générale, environnement et ressources de fonctionnement du CHD-Z/C et du Service de la Pédiatrie.

Ce paragraphe aborde l'organisation générale du CHD-Z/C, son environnement et ses ressources de fonctionnement.

A. Organisation générale, environnement et ressources de fonctionnement du CHD-Z/C.

Cette partie est consacrée à la présentation des organes qui constituent l'ossature du CHD Z/C ainsi que les ressources dont dispose l'hôpital pour son fonctionnement.

1. Organisation générale du CHD-Z/C.

Le CHD-Z/C dispose pour l'accomplissement de ses missions de trois principales structures. Il s'agit des structures administratives, des organes de gestion et des services médico-techniques et paramédicaux.

1.1. Les structures administratives.

L'administration du CHD-Z/C est composée d'une Direction et des services suivants : la SG, le SA, le SAAE, et le SAF.

La Direction du CHD-Z/C est assurée par un Directeur Général qui veille à l'exécution des décisions prises par le CA avec obligation de compte rendu à ce dernier. Il est l'ordonnateur du budget de l'hôpital et doit veiller à son exécution correcte tant en recettes qu'en dépenses. Son intérim est assuré par le C/SAAE.

Le SAAE est chargé de la gestion administrative, la gestion du personnel, de l'exécution des dépenses, de la gestion et suivi des malades, la gestion des stocks des consommables médicaux, produits d'entretien, de la maintenance et de l'entretien, de l'élaboration du rapport d'activité et de l'élaboration du compte administratif. Il est organisé en quatre divisions dont la DGMS, DE, DGAP et la DEM.

Le SAF a pour tâche le contrôle financier des pièces avant leur paiement, l'élaboration du budget, le recouvrement des recettes, le paiement des dépenses, la gestion des régies des recettes, les opérations de banque, la comptabilisation générale de la structure, l'élaboration du bilan et du rapport financier. Il est composé des DCB et ROB.

1.2. Les organes de gestion du CHD-Z/C.

En dehors des services, le CHD-Z/C dispose pour son fonctionnement de plusieurs organes. On distingue outre la direction, des organes délibérants et des organes consultatifs.

Organes Délibérants, il s'agit du Conseil d'Administration (CA) qui est un organe investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de l'établissement dans la limite de l'objet social.

Direction, la gestion du CHD-Z/C est assurée par un Directeur, un Chef Service des Affaires Administratives et Economiques (CS/AAE), un Chef Service des Affaires Financières (CS/AF), un C/SMT, un SG et un SA.

Organes Consultatifs, il s'agit du CODIR et de la CMC et des CS.

1.3. Les services médico-techniques et paramédicaux du CHD-Z/C.

Le CHD-Z/C fonctionne avec neuf (09) services médico-techniques. Au nombre des services médico-techniques on peut citer : les quatre (04) services de base (Médecine interne, Chirurgie, Gynéco-obstétrique et Pédiatrie) ; et les cinq (05) spécialités (Ophtalmologie, Stomatologie, ORL, Rééducation fonctionnelle, Anesthésie-Réanimation). Les services

médico-techniques sont complétés par quatre (04) services paramédicaux : laboratoire ; radiologie ; pharmacie ; hygiène hospitalière.

2. Environnements du CHD-Z/C.

A l'instar des autres entreprises, le CHD-Z/C est influencé dans son fonctionnement par son environnement. Cet environnement comprend l'ensemble des éléments qui sont en relation avec l'hôpital sans pour autant être directement impliqués dans son fonctionnement interne. L'analyse de cet environnement peut se faire sur deux points : le microenvironnement et le macroenvironnement.

2.1. Environnement microéconomique du CHD-Z/C.

Le microenvironnement du CHD-Z/C est constitué des acteurs avec lesquels il entretient des relations directes tels que les clients, le pouvoir public et les tiers payants. Parce qu'il n'est pas le seul hôpital qui offre des soins de santé dans le département du Zou, il est concurrencé par des formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles. Au nombre de ces formations sanitaires, on peut citer : l'hôpital confessionnel musulman de Zongo à Abomey ; le Centre de santé des sœurs de Houndjroto ; l'hôpital Saint Camille de Davougon ; la Clinique SEDEGBE de Bohicon ; la Clinique Sainte Perpétue de Bohicon ; la Clinique Espérance de Bohicon et la Clinique Sainte Geneviève de Bohicon.

2.2. Environnement macroéconomique du CHD-Z/C.

Le macroenvironnement du CHD-Z/C est constitué essentiellement des transformations d'ordre technique. A cet effet, le CHD-Z/C bénéficie du concours des Partenaires Techniques et Financiers pour la réalisation de ses projets, notamment les projets de formation de son personnel, l'appui nutritionnel aux PVVIH et dans le cadre du redimensionnement du CHD. Il s'agit principalement de, l'UNICEF, la BM, TDH et Souffle de vie Esther Raid.

3. Ressources de fonctionnement du CHD-Z/C.

Pour mener à bien ses activités, le CHD-Z/C dispose des ressources pour son fonctionnement. Il s'agit des ressources matérielles, financières et humaines.

3.1. Ressources matérielles.

Elles représentent une part importante de l'actif immobilisé de l'Hôpital. Ce sont : les bâtiments, installations et agencements matériels-mobiliers ainsi que les matériels de transports, des équipements biomédicaux et mobiliers de bureau. En faisant un bref aperçu

sur le stock, on constate que le centre distingue deux catégories de stock à savoir les stocks de marchandises qui servent à la vente des produits pharmaceutiques et les stocks de matières et autres approvisionnements qui concernent les produits servant à l'alimentation des malades et au fonctionnement du centre.

Tableau 1 : Situation des immobilisations de 2010 à 2015.

Période	Valeurs d'acquisition	Amortissements cumulés	Valeurs nettes	Taux de dépréciation
2010	2.848.203.149	2.243.584.269	604.618.880	79%
2011	3.187.347.380	2.428.390.550	758.956.830	76%
2012	3.267.310.427	2.616.077.143	651.233.284	80%
2013	3.368.237.704	2.766.266.099	601.971.605	82%
2014	3.652.404.966	2.960.349.578	692.055.388	81%
2015	3.769.417.183	3.185.042.650	584.374.533	84%

Source : Auteurs, 2016.

Les taux de dépréciation de l'année 2010 à 2015 sont supérieurs à 70% qui est la norme. Il ressort alors que le centre a un équipement très vieillissant. Cela ne pourra pas lui permettre de répondre aux exigences de la nouvelle technologie pour une bonne prise en charge des patients.

3.2. Ressources financières et humaines du CHD-Z/C.

Elles sont internes et externes. Comme ressource internes, nous avons les frais d'hospitalisation, de consultation, d'actes médicaux et de morgues. Elles permettent le fonctionnement du Centre et le recrutement de nouveaux agents pour assurer l'amélioration de ses prestations. Par contre, les ressources externes composées essentiellement des subventions de l'état béninois, des organismes nationaux et internationaux tels que les Fondations TDH et TDV, le FNUAP, le projet SP. Il dispose des avoirs en caisse et dans quatre banques de la place à savoir : BOA, BIBE, Diamond Bank, EcoBank et d'un budget de fonctionnement et d'investissement. Le CHD-Z/C dispose de deux (02) types d'agents : les permanents et contractuels de l'Etat et les contractuels sur financement du centre. L'effectif du personnel à la date du 31 décembre 2015 est de 431 agents consignés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition du personnel par catégorie socio-professionnelle et par statuts en 2015.

Services		Personnels								Total général
		Statuts								
		APE	ACE	AFC	AMS	ANPE	Prestataires	Religieuses	Volontaires	
Médicaux	Ophthalmologie	02	02	00	00	00	01	00	00	05
	ORL	00	03	00	00	00	01	00	00	04
	Pédiatrie	01	77	20	00	00	00	00	01	99
	Anesthésie Réanimation	10	11	01	00	00	00	01	00	23
	Chirurgie	07	36	03	00	00	00	00	01	47
	Maternité	07	31	12	00	00	06	00	00	56
	Médecine	10	19	13	00	00	03	01	00	46
	Stomatologie	01	02	00	00	00	00	00	00	03
	Total 1	38	181	49	00	00	11	02	02	283
Paramédicaux	Hygiène	00	01	00	00	00	00	00	00	01
	Laboratoire	06	06	06	00	00	00	00	00	18
	Radiologie	02	01	03	00	00	00	00	00	06
	Rééducation Fonctionnelle	01	03	02	00	00	00	00	00	06
	Service Social	02	01	00	00	00	00	00	01	04
	Total 2	11	12	11	00	00	00	00	01	35
Administratifs	SAAE	05	66	15	00	01	00	00	00	87
	SAF	00	18	03	00	01	00	00	00	22
	Direction	03	01	00	00	00	00	00	00	04
	Total 3	08	85	18	00	02	00	00	00	113
Total général		57	278	78	00	02	11	02	03	431

Source : Auteurs, 2016

B. Organisation générale, environnement et ressources de fonctionnement du Service de la Pédiatrie.

Cette partie va traiter de l'organisation générale, de l'environnement et des ressources de fonctionnement du service de la pédiatrie,

1. Organisation générale du Service de la Pédiatrie.

Le Service de la Pédiatrie dispose pour l'accomplissement de ses missions de trois principales structures. Il s'agit des structures administratives, des organes de gestion et des secteurs médicaux. Précisons que le Service de la Pédiatrie se trouvant dans l'enceinte du CHD-Z/C, a les mêmes organes de gestion que celui-ci.

1.1. Structures administratives du Service de la Pédiatrie.

En tant qu'établissement semi-autonome, la Pédiatrie dispose pour son fonctionnement d'une structure administrative comprenant notamment un poste du Chef Service, une DCAR, une SG, un SA.

Médecin pédiatre hospitalier, le Chef de Service de la Pédiatrie, est sous la supervision du Directeur du CHD-Z/C et est chargé d'assurer la prise en charge correcte des enfants, au plan curatif et préventif ; la formation continue du personnel paramédical, la supervision des activités de recherche au sein du service, la gestion du service dans les limites de ses compétences et des délégations de pouvoirs. La combinaison de son poste de Chef Service et de médecin lui attribut comme activités spécifiques la consultation des enfants admis à titre externe, la consultation des enfants malades hospitalisés, la gestion des cas urgents à l'admission et le suivi des enfants malades hospitalisés ; la supervision avec toutes les compétences requises des activités techniques médicales et paramédicales dans les services. Il s'occupe aussi de la supervision des activités des gardes ; la consultation des enfants seins ; l'élaboration des dossiers complets pour l'évacuation sanitaire des enfants souffrants de pathologies non curable sur place ; l'organisation des missions chirurgicales dans le cadre du partenariat TDH, Centre Hospitalier Universitaire de Vaud et CHD-Z/C et enfin le suivi médical des enfants souffrants d'affections chroniques, des enfants opérés en Europe ou par les missions chirurgicales.

Le Chef Division Chargé de l'Administration a en charge la gestion administrative et du personnel, la gestion des malades et des statistiques, le suivi d'exécution du budget, l'entretien et la maintenance, la comptabilité générale et analytique, l'élaboration du budget, le recouvrement et les opérations de banque ; la gestion des régies de recette et la gestion des achats et approvisionnements.

La Surveillance est gérée par un surveillant général qui est sous la supervision du Chef Service de la Pédiatrie. Il est chargé d'assurer la gestion du personnel paramédical, de superviser les activités de soins, de l'hygiène et de l'entretien général du service ; de faire appliquer de l'ordre et de la discipline dans le service ; de participer à la coordination des différentes activités du service ; de tenir le répertoire du matériel en bon état de fonctionnement à jour et de notifier le matériel amorti ou détérioré à l'autorité ; de confectionner les planning mensuels des différentes catégories de personnel.

Le SA est dirigé par un secrétaire administratif qui s'occupe de la réception, la ventilation et l'expédition des courriers ; la coordination des travaux de secrétariat, le classement et la tenue des documents ; la frappe de diverses notes de service ; assiste le Directeur ou son représentant dans les réunions ou conférences afin d'en établir le rapport.

1.2. Les secteurs médicaux du Service de la Pédiatrie.

La Pédiatrie du CHD-Z/C, fonctionne grâce à ses différents secteurs médicaux à savoir, le secteur des urgences (tri et accueil), le secteur de néonatalogie, le secteur de la pédiatrie générale, le secteur des malnutris et le secteur de la drépanocytose.

2. Environnements du Service de la Pédiatrie.

Ici, nous avons parlé de l'environnement microéconomique et l'environnement macroéconomique.

2.1. Environnement microéconomique.

Le microenvironnement du Service de la Pédiatrie est constitué des acteurs avec lesquels il entretient des relations directes tels que les clients, le pouvoir public et les tiers payants. Parce qu'il n'est pas le seul hôpital qui offre des soins de santé infantiles dans le département du Zou, il est concurrencé par des formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles. Au nombre de ces formations sanitaires, on peut citer : l'hôpital confessionnel musulman de Zongo à Abomey ; le Centre de santé des sœurs de Houndjroto ; l'hôpital Saint Camille de Davougou ; la Clinique SEDEGBE de Bohicon ; la Clinique Sainte Perpétue de Bohicon ; la Clinique Espérance de Bohicon et la Clinique Sainte Geneviève de Bohicon.

2.2. Environnement macroéconomique.

Le macroenvironnement du Service de la Pédiatrie est constitué essentiellement des transformations d'ordre technique. A cet effet, le CHD-Z/C bénéficie du concours des Partenaires Techniques et Financiers pour la réalisation de ses projets, notamment les projets de formation de

son personnel, l'appui nutritionnel aux enfants malnutris et ceux vivant avec le VIH et dans le cadre du redimensionnement du Service. Il s'agit principalement de, TDV, TDH et Souffle de vie Esther Raid.

3. Ressources de fonctionnement du Service de la Pédiatrie.

Pour accomplir sa mission et réaliser ses activités, l'hôpital a recours à plusieurs ressources tant matérielles, financières qu'humaines.

3.1. Ressources matérielles.

Elles comprennent les actifs immobilisés du service. Ce sont les bâtiments, installations et agencements matériels-mobiliers ainsi que les matériels de transports, des équipements biomédicaux et mobiliers de bureau. Dans ce service en général, on distingue deux catégories de stock à savoir les stocks de marchandises qui servent à la vente des produits pharmaceutiques et les stocks de matières et autres approvisionnements qui concernent les produits servant à l'alimentation des malades et au fonctionnement du centre.

3.2. Ressource financières et humaine.

Le service dispose des ressources internes et externes. Comme ressource internes, nous avons les frais d'hospitalisation, de consultation, d'actes médicaux. Elles permettent le fonctionnement du Service et le recrutement de nouveaux agents pour assurer l'amélioration de ses prestations. Par contre, les ressources externes sont composées essentiellement des subventions de l'état béninois, des organismes nationaux et internationaux tels que les Fondations TDH et TDV. Il dispose des avoirs en caisse et dans quatre banques de la place à savoir : BOA, BIBE, Diamond Bank, EcoBank et d'un budget de fonctionnement et d'investissement. Le service de la pédiatrie dispose de deux (02) types d'agents : les permanents et contractuels de l'Etat et les contractuels sur financement du service de la pédiatrie. L'effectif du personnel à la date du 31 décembre 2015 est de 99 agents.

Section 2 : Déroulement du stage.

Cette section présente le Service des Affaires Administratives et Economiques, le Service des Affaires Financières, le Service de Pédiatrie et les travaux effectués au cours de notre stage.

Paragraphe 1 : Présentation des attributions du SAAE, SAF, du Service de Pédiatrie et les travaux effectués au-cours de notre stage.

Dans ce paragraphe, il est question de présenter les attributions du SAAE, SAF, du Service de Pédiatrie et les travaux effectués au-cours de notre stage.

A. Présentation des attributions du SAAE, SAF et du Service de la Pédiatrie.

Il est présenté dans cette partie les attributions du SAAE, SAF et du Service de la Pédiatrie.

1. Présentation des attributions du SAAE.

Il est chargé de la gestion administrative, la gestion du personnel, de l'exécution des dépenses, de la gestion et suivi des malades, la gestion des stocks des consommables médicaux, produits d'entretien, de la maintenance et de l'entretien, de l'élaboration du rapport d'activité et de l'élaboration du compte administratif. Il est organisé en quatre divisions dont la Division Gestion des malades et Statistique, DE, DGAP et la DEM.

2. Présentation des attributions du SAF.

Il a pour tâche le contrôle financier des pièces avant leur paiement, l'élaboration du budget, le recouvrement des recettes, le paiement des dépenses, la gestion des régies des recettes, les opérations de banque, la comptabilisation générale de la structure, l'élaboration du bilan et du rapport financier. Il est composé des DCB et ROB.

3. Présentation des attributions du Service de la Pédiatrie.

La pédiatrie est le seul service de réception des enfants de moins de 14 ans, et a la responsabilité de leur apporter des soins de qualité.

B. Travaux effectués au cours de notre stage.

Au-cours de notre stage, nous avons travaillé dans trois différents services qui sont : le SAAE, le SAF et le Service de la Pédiatrie. Notre séjour a duré trois mois à raison d'un mois par service.

Au SAAE, nous avons pris par la Division Economat (DE) et avons effectué les travaux suivants ; la gestion des stocks, l'établissement des mandats de paiement et la liquidation des factures puis par les magasins où la tenue des fiches de stock, la réception et la vérification des livraisons, le traitement des commandes des différents services ont été les travaux faits.

Au SAF, nous avons fait le traitement des titres de recette, le contrôle des billets de lit à la section recouvrement et poursuite des malades puis le traitement des pièces comptables, le classement des dossiers dans les chronos, l'état de rapprochement, l'initiation à l'utilisation du logiciel perfecto à la DCB.

Au Service de la Pédiatrie, précisément à la Comptabilité et Budget, nous avons fait l'établissement des mandats, des journaux auxiliaires, caisse-crédit, prestations, pharmacie et drépanocytose, classement des fiches d'imputation et des ventes journalières dans les chronos

appropriées. L'exécution des opérations dont les dépenses n'excèdent pas 25.000 FCFA ont été faites à la section Caisse Menue Dépense (CMD).

Au niveau de la Section Facturation (SF), nous avons établi des titres de recette à partir des données de la caisse et du recouvrement, vérifié des coordonnées identificatoires des patients. On a aussi établi des billets de lit, enregistré les patients suivant un numéro d'ordre et le numéro du billet de lit, assisté au paiement par acomptes des créances à la caisse par les particuliers payants dans le secteur Recouvrement.

Dans le secteur de la Statistique, on a appris à utiliser la table de poids pour taille OMS 2005 pour enfants de 45 à 120 Cm, à vérifier au complet les dossiers des malades, faire le point des enfants hospitalisés à la fin de chaque année, enregistrer les dossiers dans le logiciel logihosp et à remplir des différentes fiches et billets de lit. Aussi, on a appris la tenue des fiches navette de sortie d'hospitalisation.

A la DAS, nous avons constitué des dossiers pour transferts sanitaires, et avons été initié à l'exécution d'enquête sur les enfants présumés issus de familles indigentes, et pour finir, nous avons produit des rapports trimestriels d'activités.

Paragraphe 2 : Observation de stage, difficultés rencontrées et approches de solutions.

Dans cette partie, il est question de présenter les observations de stage, les difficultés rencontrées et en suite d'envisager quelques approches de solutions aux difficultés rencontrées.

A. Observations de stage.

Nos observations de stage sont de quatre ordres. Il s'agit des observations sur le CHD-Z/C en général, sur le SAAE, sur le SAF et sur le Service de la Pédiatrie.

1. Observation générale sur le CHD-Z/C.

Au CHD-Z/C, nous avons remarqué que tous les services disposent d'au-moins un ordinateur pour l'accomplissement des différentes tâches pouvant nécessiter l'utilisation de cet outil très indispensable surtout dans le traitement des données. Au démarrage de notre stage, nous avons eu l'honneur d'être introduit par le C/SAAE dans les différents services, divisions et sections. Durant notre stage, l'accès aux documents pour la collecte des informations à nécessité des négociations voire des décharges qui nous sont demandées. Ceci s'explique par un respect de la hiérarchie au CHD-Z/C. Nous avons aussi remarqué qu'il y a une mauvaise organisation du personnel dans les services surtout ceux propres au CHD-Z/C. Le problème le plus récurrent est la faiblesse du système de surveillance qui entraîne la non maîtrise des fonds de prestation car, beaucoup de patients s'évadent du centre.

2. Observations au SAAE, SAF et au Service de la Pédiatrie.

On note dans tous les services parcourus que le centre fonctionne avec des équipements et infrastructures plus ou moins vieillissants. Par ailleurs, nous avons observé l'insuffisance en personnels, le manque de formation du peu de personnel existant par rapport aux nouvelles exigences en méthodes et techniques de travail au sein de l'hôpital, l'absence de réelle politique de motivation du personnel, et surtout les difficiles conditions de travail du personnel.

B. Difficultés rencontrées au-cours du stage.

Les difficultés rencontrées sont liées à l'indisponibilité de certaines autorités administratives car, beaucoup étaient en congés et d'autres régulièrement en missions. Bien d'autres difficultés ont été rencontrées surtout au-cours de la collecte des informations relatives à notre sujet de recherche et ceci pour faute de conformité et de justesse des données statistiques et comptables des documents mis à notre disposition. La non existence de certains documents a été la difficulté majeure ayant perturbé le bon déroulement des travaux surtout au niveau des rapports financiers et des rapports d'activités qui ont failli créer une discontinuité dans les années d'observation de l'étude. Pour finir, la non consistance des documents des années les plus anciennes des observations a aussi entravé la progression de notre étude.

C. Approches de solutions.

A la suite de notre stage, nous avons suggéré nos approches de solutions aux difficultés rencontrées. Ces approches de solutions vont à l'endroit du CHD-Z/C en général et des apprenants en particulier.

1. A l'endroit du CHD-Z/C.

Pour un meilleur fonctionnement du CHD-Z/C, les autorités en charge de la gestion de l'hôpital doivent recruter plus de personnel dans les services afin de les rendre plus efficaces. Il faut qu'elles mettent en place une bonne politique de motivation des personnels soignants et non soignants, qu'elles dotent les services d'assez de moyens informatiques modernes afin de permettre la sauvegarde et la sécurisation des informations relatives au fonctionnement de l'hôpital, qu'elles pensent à la réhabilitation et la construction des infrastructures administratives et sanitaires adéquates.

2. A l' endroit des apprenants.

Afin d'éviter les problèmes du genre au cours de la rédaction de leurs mémoires, les apprenants doivent avoir sur eux leurs thèmes de recherche avant la demande de stage et mieux se renseignés sur les différents services avant de commencer leurs stages.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.

Ce chapitre s'intéresse, d'une part, au cadre théorique et, d'autre part, au cadre méthodologique de l'étude.

Section 1 : Cadre théorique de l'étude.

A travers cette section, nous avons présenté la problématique de l'étude, les objectifs de l'étude, les hypothèses qui la sous-tendent et la revue de littérature.

Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude.

Ce paragraphe contient la problématique, les objectifs et les hypothèses de l'étude.

A. Problématique.

L'initiative de Bamako, adoptée en 1988, a mis en place une stratégie de participation communautaire et de recouvrement des coûts en vue de promouvoir les soins de santé primaires. L'adhésion effective des différents pays d'Afrique subsaharienne a été très progressive au cours des années 90. Le recouvrement des coûts pose toujours le problème de l'accessibilité financière par l'absence d'une politique de partage des risques couplée à l'accessibilité géographique et par manque de suivi de la couverture sanitaire. L'élasticité prix de la demande exclut les classes défavorisées pour lesquelles le statut d'indigent et les mesures de prise en charge qui l'accompagnent sont le plus souvent restés au stade de projet. La mise en place des systèmes de financement garantissant la réduction des inégalités est limitée par une économie essentiellement fondée sur des bases informelles (Richard et *al.* 2004).

Selon Audibert et *al.* (2004), 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, 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 et la troisième met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assurantiels. La politique de financement de la santé est basée sur le recouvrement des coûts qui trouve son origine dans la déclaration d'Alma Ata (1978) renforcée par l'initiative de Bamako (1987) sous-tendue par les principes d'équité, de prévention, de technologie appropriée, d'actions multisectorielles et de participation communautaire (Audibert et *al.*, 2004).

Le financement du système de santé béninois est inextricable et son analyse est ardue. La dépense globale de santé se situe dans un contexte caractérisé par la cherté 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 est inéquitable ; l'importance du paiement direct des ménages dans le financement du système. Cette situation ne s'adapte pas au financement d'un secteur dont les dépenses individuelles sont, en général, imprévisibles, aléatoires et catastrophiques. Il en résulte la persistance de certains problèmes dont la mauvaise allocation des ressources ; l'exclusion des indigents et des pauvres ; la disparité entre zones pauvres et zones riches en matière d'utilisation des services de santé (MS, 2006).

Le Bénin se situe en 2010 au 134^e rang de l'Indice du Développement Humain (IDH), avec un taux de 0,435 (MS, 2008). Il est un pays à développement humain faible où plus d'une personne sur trois vies en dessous du minimum vital. Le contexte économique est caractérisé par une faible croissance du PIB par habitant. Le Bénin s'est engagé depuis 1999 dans une série de réformes budgétaires concrétisées notamment par l'adoption du budget-programme comme outil de planification et de gestion. On déplore ces dernières années une faiblesse du taux d'exécution budgétaire, y compris dans les secteurs prioritaires, et une composition des dépenses publiques largement biaisée par le poids important de la masse salariale.

Les progrès enregistrés en matière de lutte contre les principales maladies laissent augurer que l'ODM n°6¹ pourra être atteint si les différentes politiques de prévention et de prise en charge des maladies sont efficacement mises en œuvre. Le système de santé a une structure pyramidale qui comprend trois niveaux (central ou national, intermédiaire ou départemental, et périphérique). Plusieurs problèmes liés au système de santé sont identifiés, tant du côté de l'offre que de la demande de services de santé et en particulier au niveau de la gouvernance, en lien avec une organisation sous-optimale du Ministère de la Santé (MS). La première source de financement du secteur de la santé est constituée par les fonds des ménages qui représentent 44% du financement total, contre 28% pour l'Etat et 24% pour le reste du monde (les bailleurs). Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018 donne les orientations stratégiques en matière de santé et constitue un document de référence pour tous les acteurs du secteur. Il est traduit dans le Plan Triennal de Développement (PTD) 2010-2012 et son Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Quant à la composition des dépenses publiques, le programme ciblé sur les maladies prioritaires attire l'immense majorité des financements extérieurs ainsi que près de 30% du budget de l'Etat. De nombreux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sont actifs dans le secteur de la santé. Tandis que la part de la santé dans le budget de l'Etat stagne voire diminue depuis dix ans, la part des crédits ouverts sur ressources extérieures sur le total des crédits ouverts du secteur a diminué de

¹OMS n°6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

2001 à 2005 mais augmente légèrement depuis lors, pour constituer environ un quart de ces crédits. Ceci traduit une dépendance du secteur vis-à-vis des financements extérieurs. Les PTF tentent dans la mesure du possible de partager l'information et de se diviser le travail d'appui au MS en fonction de leurs valeurs ajoutées respectives. Toutefois, les PTF sont inégalement répartis dans les zones d'intervention, ce qui fait que certaines zones se retrouvent délaissées ; et jusqu'il y a peu, on ne pouvait pas vraiment parler d'approche sectorielle dans le secteur de la santé au Bénin. On ressent d'ailleurs encore la nécessité d'améliorer la coordination et de l'aide, même si le cadre de coordination sectorielle s'organise de mieux en mieux (Elisabeth, 2011).

La complexité du système de santé implique des coûts élevés en main d'œuvre qui grèvent le coût total de production des actes et par ricochet, le prix payé par les consommateurs pour accéder aux services ; d'où la tarification différenciée et l'équité du financement privé de la santé au Bénin (Sossou, 2011)

Dès qu'il est question de sources de financement, des difficultés quasi insurmontables surgissent car, un hôpital de type public ne peut pas être financé exclusivement par les revenus provenant de la tarification des soins ou des régimes assuranciers. La part des frais courants pouvant être couverte par des revenus provenant de l'hôpital lui-même serait très faible.

Les hôpitaux publics sont très importants dans le système sanitaire du Bénin en particulier le CHD-Z/C. Ce dernier est un hôpital de référence car les malades proviennent de toutes les zones sanitaires des départements zou-collines. Aujourd'hui, on enregistre dans cet hôpital des demandes de soins des étrangers venus des pays voisins. Il n'en reste pas moins vrai que la recherche de l'équilibre financier est un défi difficile à relever.

Avec la problématique mise en exergue ci-dessus, on peut se poser la question suivante : quels sont les mécanismes de financement du CHD-Z/C ?

De façon spécifique,

- quels sont les mécanismes de financement du Centre Hospitalier Départemental des Zou/Collines ?
- quelle est l'importance relative de chaque mécanisme dans le financement global du Centre Hospitalier Départemental des Zou/Collines ?
- quelles sont les prestations qui sont financées par chaque source intervenant dans le financement global du Centre Hospitalier Départemental des Zou-Collines ?

B. Objectifs et Hypothèses de l'étude.

Dans ce sous-paragraphe nous avons fixé les objectifs de l'étude ainsi que les hypothèses pour mieux mener notre étude

1. Objectifs de l'étude.

L'objectif général poursuivi en choisissant de travailler sur ce thème est d'analyser les mécanismes de financement du CHD-Z/C.

De façon spécifique, l'étude vise trois objectifs spécifiques ci-après présentés :

- déterminer la structure du financement du CHD-Z/C ;
- estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement global du CHD-Z/C ;
- déterminer la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié.

2. Les Hypothèses de la recherche.

Pour réaliser les objectifs ci-dessus énumérés, les hypothèses suivantes ont été émises :

H₁ : la structure du financement du CHD-Z/C comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement;

H₂ : la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement du CHD-Z/C;

H₃ : les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers.

Paragraphe 2 : Revue de littérature.

Ce paragraphe présente le mécanisme de financement prospectif, le mécanisme de financement rétrospectif, l'évolution théorique et politique : comment l'hôpital est pensé ? en trois parties à savoir de l'entreprise à la critique de la bureaucratie, l'approche en terme d'hôpital entreprise et de l'analyse bureaucratique de l'hôpital ; le financement des soins de santé dans les pays en voie de développement et en fin de l'équité des soins.

A. Mécanisme de financement prospectif.

Le financement prospectif est un mode de financement selon lequel les allocations sont faites par les payeurs à l'établissement hospitalier en début d'exercice (Castonguay, 2013). Il regroupe le financement par budget historique dont l'allocation globale et l'allocation ligne par ligne, répartition des budgets fondés sur la population, le financement basé sur les groupes de diagnostics connexes et le financement par capitation. L'approche historique consiste à se baser sur le budget de l'ancienne année pour calculer le montant du budget de la nouvelle année. Le budget global est la totalité du montant alloué à l'hôpital pour qu'il assure les activités anticipées durant

l'année. Le budget ligne par ligne respect le même principe seulement que les montants sont alloués suivant les lignes de service. Les budgets fondés sur la population sont répartis selon les besoins de la population et sont utilisés pour effectuer l'allocation régionale. Les budgets prospectifs basés sur les Groupes de Diagnostics Connexes (GDC) sont des budgets élaborés suite à la combinaison de cas historiquement traités dans l'hôpital. Le mode de financement généralement utilisé pour financer les services primaires de santé est le financement par capitation. Dans ce mode de financement, le médecin ou le prestataire reçoit un prépaiement, le per capita du patient enregistré auprès d'eux. L'organisation ou le prestataire est chargé de couvrir tous les besoins médicaux des personnes enregistrées (Castonguay, 2013). Le financement par personne est un mode de financement par patient ou membre d'une population bien définie qui bénéficie d'une extension de soins en ce sens qu'il ne se limite pas à une maladie particulière. Les paiements prospectifs sont établis selon le nombre de patients et ils sont pondérés selon l'âge, l'état de santé et autres caractéristiques socioéconomiques. Dans ce cas ce sont les intrants qui sont financés (Lance, 2013).

B. Mécanisme de financement rétrospectif.

Le financement rétrospectif est un mode de financement par lequel le paiement est effectué après que les services aient prodigués (Castonguay, 2013). Il regroupe deux modes de financement dont le financement à l'activité et le financement incitatif (basé sur la performance ou le résultat). Le financement à l'activité comprend le financement à l'acte, le financement par cas et le financement basé sur les évidences. Le financement à l'acte est le financement par lequel, le patient paie pour chaque acte qu'on lui effectue dans l'hôpital. Pour le financement par cas, il s'agit d'un financement de l'ensemble des activités et fournitures requis dans le cadre d'un épisode de soins de l'entrée jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital. Le financement basé sur les évidences vise l'amélioration des qualités tout en établissant les tarifs en fonction du cout lié aux ressources utilisées lorsque les meilleures pratiques sont utilisées. Le financement incitatif est un moyen de la réalisation de qualité des soins, d'assurer la relation entre patient et l'établissement et/ou de réduire les délais d'attente. Cela dépend donc de l'indicateur auquel est lié le paiement (Castonguay, 2013).

C. Une évolution théorique et politique : comment l'hôpital est-il pensé ?

À partir des années 1980, l'analyse keynésienne est fortement contestée au sein du forum scientifique. Si l'économie de la santé s'est développée à l'origine dans le giron de l'administration avec l'objectif de produire des données, elle va progressivement s'autonomiser et se détacher de la socio-économie en intégrant la notion d'asymétries d'information (Benamouzig, 2005). Ce tournant académique se caractérise par l'essor des modèles néo-classiques tentant d'expliquer le comportement du consommateur (patient) et du producteur (médecin), tous deux

qualifiés d'agents rationnels, et placés dans un espace marchand. L'analyse spécifique de l'hôpital va également se transformer en passant, selon les termes employés par Favereau (1989) d'une théorie standard (l'hôpital est une entreprise et le modèle producteur-consommateur peut s'y appliquer) à une théorie standard étendue (modèle bureaucratique, modèle principal-agent). Ces constructions théoriques issues des travaux de Launois (1981) et Mougeot (1986) ont pour objectif de fournir au forum de la rhétorique politique des voies de réformes possibles pour les hôpitaux. La solution qui s'impose rapidement consiste à impliquer les médecins, et dans une moindre mesure les personnels, dans la gestion des établissements.

Progressivement, un référentiel sectoriel va se constituer. La transformation commence dès la fin des années 1970 et le début des années 1980 avec le développement d'une critique de la bureaucratie hospitalière par Launois (1981) et se poursuit avec les premiers travaux de Mougeot (1986) sur l'approche en termes de relations d'agence. Cette dernière approche aura une influence importante sur les réformes plus récentes et notamment sur l'introduction de la gouvernance hospitalière.

1. De l'hôpital-entreprise à la critique de la bureaucratie hospitalière.

Les années 1970-1980 sont marquées par l'émergence d'une lecture néo-classique de l'économie de la santé qui doit, selon les termes de Jean-Jacques Rosa dans son avant-propos à l'ouvrage de Phelps (1995), constituer une application de la théorie micro-économique classique, tant du côté de l'offre que de la demande de soins. L'hégémonie est telle que Darbon et Letourmy (1983) se demandent si l'économie de la santé doit être d'inspiration néo-classique. L'analyse théorique en économie de la santé va évoluer passant de l'approche traditionnelle de l'hôpital-entreprise à l'analyse bureaucratique de l'hôpital.

2. L'approche en termes d'hôpital-entreprise.

Dès le milieu des années 1970, bon nombre d'études se focalisent sur la spécificité des administrations publiques et notamment des hôpitaux. Lévy (1976) constate que, dans un grand nombre de cas, certains auteurs préfèrent transposer le modèle néo-classique de l'entreprise aux structures publiques. Or, cette logique montre ses limites et butte, nous allons le voir, sur les caractéristiques du bien santé Son objectif consiste alors à développer une approche socio-économique de l'institution hospitalière. Il s'inscrit dans la perspective de travaux réalisés sur le fonctionnement des hôpitaux.

La conception traditionnelle de l'hôpital-entreprise suppose que la production reste spécifique en raison de la particularité de la demande, de la structure de l'offre et du mode de financement de la santé. La demande de soins hospitaliers constitue la première spécificité, notamment en raison de la difficulté qu'a le patient à se réapproprier l'information. La demande est indivisible (chaque malade consomme un ensemble de soins non différencié, le coût d'un malade est pris en charge par les autres et les patients les moins atteints payent pour ceux qui le sont le plus), aléatoire (elle dépend de la probabilité d'apparition de la maladie, de la probabilité qu'elle donne lieu à une hospitalisation, etc.) et dépendante de l'organisation de l'offre de soins (c'est-à-dire du circuit emprunté par le malade, etc.) (Lévy, 1976).

La structure de l'offre publique de soins est également spécifique. D'une part, parce que Lévy (1976) constate qu'il existe un certain nombre de contraintes institutionnelles qui pèsent sur les hôpitaux (le statut d'établissement public qui est réglementairement défini, l'exercice d'un service public avec la loi dite Boulin du 31 décembre 1970 et l'existence d'une planification hospitalière). D'autre part, les coûts de personnel y sont importants (58 % des dépenses à la fin des années 1970). Malgré la sophistication de leurs équipements, les établissements mènent une activité de services où les conditions de travail déterminent en grande partie le coût et l'efficacité. D'autres éléments viennent renforcer la spécificité de l'offre hospitalière de soins : le rôle majeur du progrès technique, le caractère indivisible de la production et la difficulté à cerner le produit (Lévy, 1976).

Le financement est également spécifique dans la mesure où l'hôpital est le support d'un service collectif. Le financement ne peut donc pas être assuré par les ressources du marché. Les investissements sont difficiles puisque les capacités d'autofinancement sont limitées et le volume des subventions diminue depuis la fin des années 1960. Dans cette perspective, le recours à l'emprunt est nécessaire. Les dépenses de fonctionnement sont, quant à elles, couvertes par l'assurance maladie et les fonds publics. Pour ces raisons, le marché hospitalier est spécifique, les prix ne sont pas négociés librement, le pouvoir de monopsonne relatif détenu par les organismes de Sécurité sociale et l'État en font des prix politiques, soumis aux aléas conjoncturels et aux nécessités de la politique anti-inflationniste, ou de l'équilibre financier des régimes d'assurance-maladie (Lévy, 1976).

En raison de ces particularités, il faut s'interroger selon Lévy (1976), sur la nature de l'hôpital. Une première approche dite standard montre qu'un établissement hospitalier présente certaines analogies avec une entreprise dans la mesure où il satisfait une activité de services. Mais il ne vend pas sa production sur un marché. L'hôpital ressemble donc plus à une entreprise dont les

ventes dépendent uniquement de l'État (monopsonne public). Ce modèle théorique se focalise sur la fonction de coût et tente de transposer des règles de tarification du secteur public marchand à un secteur non marchand. Mais, l'approche n'est pas totalement satisfaisante au plan micro-économique. D'abord, parce que l'intérêt du directeur est d'atteindre l'équilibre budgétaire alors que les praticiens recherchent l'optimum thérapeutique. Ensuite, parce que le statut public, la définition difficile du bien santé et le caractère tutélaire des biens hospitaliers limitent considérablement l'utilisation des concepts traditionnels de la micro-économie (Béjean et Gadreau, 1992).

3. L'analyse bureaucratique de l'hôpital.

Un second modèle va tenter de dépasser les limites de la micro-économie standard en prenant appui sur le modèle théorique de la bureaucratie. L'approche développée par Launois (1981), s'inspire d'études anglo-saxonnes développées dans le domaine des institutions à but non lucratif (Niskanen, 1971) et reprises par quelques auteurs français (Greffé, 1981). Selon Launois, l'hôpital ne peut que générer des dysfonctionnements car il réduit ses membres à une situation de standardisation. Trois types d'arguments sont mis en avant par Launois (1981) pour justifier son propos : la rationalité limitée (Simon, 1979), le biais managérial (Cyert et March, 1970) et l'inefficacité X (Leibenstein, 1976b).

Une des particularités du système hospitalier des années 1980 réside, selon Launois (1981), dans l'incapacité de la tutelle à connaître avec précision ce qui se passe au sein des établissements. Les équipes de direction des hôpitaux disposent donc d'un monopole informationnel. Par ailleurs, le fonctionnement est conditionné par le budget. Il est attribué par l'autorité de tutelle, détentrice de droits de propriété publics, en fonction d'une estimation qui dépend du coût bureaucratique, de l'utilité sociale et de la demande sanitaire. Le directeur de l'établissement a donc tout intérêt à monopoliser l'information qu'il détient afin de maximiser son utilité individuelle en augmentant les dépenses de l'hôpital (Launois, 1981).

Dans ce cadre théorique, l'établissement cherche à accroître ses ressources financières en maximisant le budget. Cette situation le conduit à augmenter la production excédentaire, ce qui correspond à un optimum de second rang. Il apparaît également un biais discrétionnaire qui résulte de trois fonctions importantes : le monopole d'information dont dispose le directeur, le système d'incitation qui régit son activité administrative et sa marge d'autonomie. Le directeur n'a aucun intérêt à réaliser des bénéfices dans la mesure où il est dans une structure non concurrentielle et n'est pas rémunéré en fonction des résultats. Au contraire, il a tendance à multiplier des dépenses

pour utiliser de façon optimale le budget et ne recherche pas l'optimum. Les excédents sont transformés en dépenses supplémentaires.

Cette première explication n'est pas satisfaisante en matière de prise de décision au sein de l'établissement. Launois (1981) tente de lever cette hypothèse en étudiant les relations entre les différents corps professionnels et le partage du budget discrétionnaire. En effet, chaque décision prise dans un établissement est fonction des objectifs de chacune des corporations. Launois (1981) distingue trois groupes principaux aux objectifs particuliers et souvent antagonistes : la direction, le corps médical et le personnel non médical.

Les membres de l'équipe de direction sont assez bien placés pour s'approprier le budget discrétionnaire de l'hôpital. En effet, si leur fonction utilité repose sur le revenu qu'ils espèrent retirer de leur position sociale, il existe également des arguments non monétaires que l'on peut regrouper autour du prestige de la fonction. Or, la réputation de l'équipe de direction provient essentiellement de la qualité que l'on prête à l'établissement. Le plateau technique a une importance non négligeable. Ce modèle dit de production ostentatoire (Lee, 1971) suppose que, dans une situation de concurrence, la notoriété des équipements hospitaliers rejaillit nécessairement sur l'équipe de direction.

Les médecins exercent une fonction importante dans l'hôpital qui leur donne toujours les moyens d'exercer leur activité. Cette influence qui pèse dans le choix du matériel est d'autant plus importante que les praticiens entendent multiplier le capital technique. Deux logiques s'affrontent. Les médecins cherchent à diminuer la durée de séjour pour garder des lits libres en vue de répondre à une demande supplémentaire et irrégulière. L'équipe de direction souhaite, quant à elle, allonger la durée de séjour et accroître le nombre des admissions afin de rentabiliser le matériel. Cette situation conflictuelle est insoluble. Elle ne peut pas être résolue par un système de prix dans la mesure où le besoin est défini techniquement et la demande inélastique par rapport au prix (Harris, 1977). Dans les faits, un système de marchandage et de rapport de force s'institue entre le corps médical et les personnels non médicaux. Pour s'en affranchir, les médecins influencent l'allocation des ressources en demandant une augmentation des effectifs ou en multipliant certains services (notamment de soins intensifs) qui peuvent être mutualisés. Dans le même ordre d'idées, la dispersion des blocs opératoires s'est accompagnée d'un développement des gardes d'anesthésiste. Il s'agit d'un moyen utilisé par les médecins pour institutionnaliser leur autonomie par rapport à l'administration hospitalière (Huard, 1977).

Enfin, l'accroissement des moyens alloués aux établissements hospitaliers satisferait également les intérêts des personnels non médicaux dans la mesure où il contribue à atténuer la lourdeur des tâches et à diminuer les contrôles. Le biais discrétionnaire conduit l'établissement à un optimum de second rang se traduisant par une production excédentaire. Les caractéristiques organisationnelles des établissements de santé conduiraient à l'inefficacité dans la mesure où l'intérêt collectif entrerait en contradiction avec les intérêts personnels. La seule solution pour améliorer l'efficacité serait d'instituer des incitations financières. La logique bureaucratique fait disparaître, selon les tenants du libéralisme médical, l'incitation de recherche de coûts minima (Mougeot, 1986). Mais, cette analyse est contestable dans la mesure où Launois (1981) masque les divergences d'intérêts entre les différents corps professionnels par ce qu'il appelle une « boîte noire » dirigée par un bureaucrate type. Cet artifice théorique discutable permet à l'auteur d'expliquer la croissance des dépenses. En effet, bien que les différents groupes aient des divergences, ils se regroupent autour d'un objectif commun : la maximisation du budget de l'hôpital.

D. Financement des soins de santé dans les Pays en Voie de Développement.

Les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenus 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 pour le Développement, met en exergue la nécessité de développement des dispositifs assuranciers (Audibert et *al.*, 2004).

Les analyses menées ces dernières années sur les relations entre dépenses de santé montrent que ce n'est pas tant le niveau des dépenses de santé qui jouent un rôle déterminant, que leur efficience et leur efficacité. Parallèlement, se développe une volonté d'intégrer de manière synergique les différents acteurs des systèmes de santé et par là, de clarifier le rôle de chacun en faisant de plus en plus intervenir dans le financement des critères opératoires bien publics, externalités, coûts catastrophiques et équité. Dans l'ensemble, des avancées significatives existent dans de nombreux pays bien que des domaines restent encore trop négligés ; c'est notamment le cas de la prise en charge des plus pauvres (au-delà de rhétorique des discours), du suivi du financement

et de la gouvernance. Enfin, l'accroissement considérable du volume de l'aide extérieure, déjà amorcée dans certains Etats, peut avoir des conséquences non négligeables sur l'équilibre macroéconomique et induire des effets préjudiciables à la santé, justifiant la mise en place des politiques prudentes et non dogmatiques. (Audibert et *al.*, 2004).

Les pays les plus pauvres, dans leur grande majorité, sont implantés en Afrique subsaharienne et cumulent un faible revenu moyen par habitant. C'est donc le plus souvent dans un contexte de pauvreté et de vulnérabilité que se développent sur ce continent depuis plus d'une décennie les mesures en faveur des soins de santé primaires. Les dépenses consacrées aux soins de santé sont passées de 3% du PIB mondial en 1948 à 7,9% en 1997. Mais tous les pays ne connaissent pas la même progression. Il existe certaines inégalités dans la répartition des ressources consacrées aux systèmes de santé. Les soins de santé offerts par le système sanitaire et la façon dont ce dernier est financé influence sa performance, notamment en termes d'amélioration de l'état de santé des personnes vulnérables et des pauvres. Ainsi, le mode de financement de la santé peut être catastrophique, peut créer une lourde charge à ces personnes et/ou conduire simplement à leur exclusion du marché des soins en dépit de leurs besoins sanitaires (Richard, 2004).

E. Equité des soins.

Le non exclusion des consommateurs est l'une des caractéristiques d'un bien public tel que la santé. Or le recouvrement des coûts, qui souvent s'est surajouté à un paiement informel, a induit une barrière financière pour l'utilisation des services de santé par les populations les plus pauvres. En effet, une partie de la population est incapable de payer et de ce fait n'a pas accès aux soins. Les groupes sociaux vulnérables comme les personnes âgées, les enfants, les indigents sont les groupes les plus affectés par la mise en place du recouvrement des coûts. La prise en charge des indigents reste une problématique autour de laquelle peu de programmes ont avancé (Richard, 2004).

Sossou (2011) a montré qu'au Bénin, la politique de financement de la santé est basée sur le recouvrement des coûts qui trouve son origine dans la déclaration d'Alma Ata (1978) renforcée par l'initiative de Bamako (1987) sous-tendue par les principes d'équité, de prévention, de technologie appropriée, d'actions multisectorielles et de participation communautaire. Parlant d'équité du financement dans le domaine de la santé, trois dimensions ont donc été énumérées à savoir : l'équité de la contribution financière, l'équité d'accès et /ou de secours aux services et soins médicaux et les inégalités d'état de santé entre différents groupes de populations.

Après que le rôle de l'état ait été recentré dans le domaine de la santé, les questions d'efficacité de l'offre de la santé ont été évoquées surtout en ce qui concerne les Soins de Santé Primaires (SSP). Ainsi, selon l'OMS (2000), cette efficacité désigne un équilibre entre les objectifs

que la société se définit et souhaite voir réaliser. Deux outils permettent donc de mesurer l'efficacité de l'offre de la santé, il s'agit de l'efficacité interne et de l'efficacité externe. Il a aussi été question de la rationalité et de l'équité des dépenses publiques de santé d'une part, et de la question de l'autonomisation des hôpitaux publics et centres de santé communautaires par le financement communautaire d'autre part. Le souci d'intégrer plus d'équité dans les soins sanitaires a conduit au rationnement du financement public de la santé, favorisé par la mise en œuvre du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) de la part du gouvernement béninois à la fin des années 80 marquant la remise en cause des prestations de soins de santé. Cet état de chose implique donc l'utilisation optimale des ressources sanitaires disponibles (ressources financières, humaines et immobilières), des équipements et de matériels qui contribuent à l'accroissement de l'efficacité des formations sanitaires (Sossou, 2011).

En vue du renouvellement des stocks de médicaments et la prise en charge de certains frais de fonctionnement local, l'initiative de Bamako vit le jour. Cette initiative vise aussi l'assurance et la viabilité des services de santé pour la promotion et le développement de la participation financière des populations. L'objectif de l'Etat dans ce cadre est de rendre les hôpitaux et les centres de santé publics capables de financer leurs charges récurrentes en dehors des salaires des agents de santé employés par la fonction publique et qui émargent au budget de l'Etat. Une nouvelle politique de financement de la santé est mise en œuvre et situe les responsabilités entre l'Etat et les ménages. L'Etat doit alors veiller à la disponibilité effective des infrastructures et équipements, à la formation et la mise à disposition d'une partie du personnel dans certains cas.

La pratique communautaire a pour base l'implication consciente et volontaire des communautés ou de leur représentant dans les activités de santé, depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation. Les ménages sont par cette approche amenés à assumer la responsabilité de leur propre santé et bien-être ainsi que celle de la communauté et ceci par le développement de leur capacité contributive. Cette participation est axée sur quatre modalités et confère aux populations un droit de regard sur la gestion des zones sanitaires. Il s'agit de : paiement de actes, l'achat des médicaments dans les pharmacies hospitalières, le paiement anticipés sous forme de cotisations dans certain cas et les contributions communautaires sous forme de don de matériaux et/ou de terre (Sossou, 2011).

La complexité du système de santé implique des couts élevés en main d'œuvre qui grèvent le coût total de production des actes et par ricochet, le prix payé par les consommateurs pour accéder aux services ; d'où la tarification différenciée et équité du financement privé de la santé au

Bénin. Ce programme sous-tend trois grands modes de rémunération des praticiens en matière de santé : le paiement à l'acte, le salaria et la capitation. Il est à noter que le paiement d'un praticien peut résulter d'une combinaison de plusieurs méthodes de tarification des actes ; on parle de paiements mixtes. Au Bénin, la politique de paiement en vigueur dans le secteur privé comme public offre trois options aux choix déterminés par le statut professionnel du praticien ; le paiement à l'acte, le salaria ou la combinaison des deux. On distingue également le mécanisme de tarification des actes médicaux et le financement privé de la santé au Bénin; l'assurance maladie publique et iniquité dans le financement de la santé au Bénin (Sossou, 2011).

Section 2 : Méthodologie de recherche du travail.

Cette section est la section dans laquelle nous avons présenté les données de l'étude d'une part, et d'autre part, présenter les méthodes d'analyse.

Paragraphe 1. Données de l'étude

Ce paragraphe est consacré aux différentes techniques de collecte des données. L'étude est une étude rétrospective et longitudinale. Elle couvre la période de 1996 à 2015, soit 20 observations et porte sur des données secondaires recueillies au CHD-Z/C. Le cadre de l'étude est le CHD-Z/C. Au Bénin, l'hôpital apparaît comme un acteur essentiel du système sanitaire national dont l'organisation, de type pyramidal, s'inspire du découpage administratif du pays.

Dans le but de tester les hypothèses formulées, nous avons collecté les données statistiques et comptables relatives aux activités du CHD-Z/C. Ces données sont collectées dans les rapports d'activités, dans les rapports financiers, dans les annuaires statistiques de la santé et dans les états financiers de l'hôpital. Les recherches documentaires effectués dans le centre nous ont permis d'avoir de plus amples informations sur le financement des hôpitaux départementaux au Bénin en général et sur le financement du CHD-Z/C en particulier. Elles nous ont également permis d'identifier les approches à utiliser, les éléments nécessaires à la rédaction du chapitre concernant la présentation et l'analyse des résultats.

Paragraphe 2 : Méthodes d'analyse.

A. Outils de collecte des données.

La méthodologie de la recherche adoptée est la fouille documentaire. Nous avons utilisé les rapports financiers, les rapports d'activités, les états financiers et les documents de projet d'élaboration de budget. Pour bon nombres d'années, surtout les plus anciennes et les moins récentes, nous n'avons pas eu les rapports financiers pour certaines années et les états financiers

pour d'autres années. Alors, on s'est servi des annuaires statistiques de la santé pour dégager les informations relatives à l'étude. Des entrevues ont aussi été faites avec les autorités administratives les plus indiquées, le personnel tant soignant que non soignant à divers niveaux sur les questions liées au financement des hôpitaux et surtout sur les questions relatives à la participation des différents PTF et donateurs au financement du CHD-Z/C en général et du Service de la Pédiatrie en particulier.

B. Conditions de validation des hypothèses.

1. Méthodes d'analyse de la structure du financement du CHD-Z/C.

L'analyse de la structure du financement du CHD-Z/C consiste à décomposer le financement du CHD-Z/C par mécanismes de financement des CHD au Bénin. Nous avons donc procédé à la distinction des mécanismes de financement prospectifs et des mécanismes de financement rétrospectifs. Lorsqu'il existe un financement des soins par ces deux mécanismes à la fois, l'hypothèse 1 est confirmée. Lorsqu'il n'existe pas un financement des soins par ces deux mécanismes, l'hypothèse 1 est infirmée.

2. Méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.

Pour estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C, des paramètres à savoir fréquence absolue et fréquence relative sont calculés. Lorsque la part du mécanisme prospectif est supérieure à la part du mécanisme rétrospectif, l'hypothèse 2 est infirmée. Lorsque la part du mécanisme prospectif est inférieure à la part du mécanisme rétrospectif, l'hypothèse 2 est confirmée.

3. 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 avons décomposé par type, les prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié. L'hypothèse 3 est confirmée lorsque les prestations qui sont financées en ambulatoire sont beaucoup plus financées par le mécanisme rétrospectif que par le mécanisme prospectif. Elle est infirmée lorsque les prestations qui sont financées en ambulatoire sont beaucoup plus financées par le mécanisme prospectif.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.

Ce chapitre aborde l'analyse des mécanismes de financement du CHD-Z/C. Il aborde également l'analyse de résultats et les quelques recommandations faites.

Section 1 : Analyse des mécanismes de financement du CHD-Z/C.

Cette section est consacrée à la détermination de la structure du financement du CHD-Z/C et à l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.

Paragraphe 1 : Structure du financement et part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.

Ce paragraphe présente la structure du financement du CHD-Z/C et la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.

A. Structure de financement du CHD-Z/C.

Le CHD-Z/C est un hôpital à caractère public et à but non lucratif qui a pour objectif de contribuer à assurer l'accessibilité aux soins de santé et garantir la qualité des services de santé de base dans les 24 heures d'admission ; réduire le taux des infections nosocomiales chez les clients et le personnel ; améliorer le cadre et les conditions de travail des agents. La réalisation de ces objectifs précités requiert donc une bonne structure de financement dont la gestion optimale serait pour lui gage de prospérité. L'exploitation des documents comptables et les entretus avec les autorités administratives révèlent que pour l'exécution pérenne de ses activités, le CHD-Z/C a recours à trois principales sources de financement qui sont : le financement sur fond propre (ensemble des recettes issues des consultations des actes médicaux et paramédicaux) les subventions de l'état et les aides des partenaires techniques et financiers.

Le tableau 3 présente de 1996 à 2015 les montants en FCFA relatifs aux financements globaux par année et à chaque source de financement ainsi que leurs parts respectives en pourcentage.

Tableau 3 : Différentes sources de financement du CHD-Z/C.

Années	Financements globaux en F CFA	Payement direct des ménages		Le financement de l'Etat par les différents Programmes		Les aides des partenaires techniques et Financiers		Assurances maladies		Prises en charge des agents du secteur public et du secteur privé		Mutuelles de santé		Hors Activités Ordinaires
		Montants en F CFA	%	Montants en F CFA	%	Montants en F CFA	%	Montants en F CFA	%	Montants en F CFA	%	Montants en F CFA	%	Montants en F CFA
1996	498.459.033	218.542.931	44	22.173.710	4	0	0	0	0	257.742.392	52	0		64.642.298
1997	557.950.072	237.741.669	43	60.821.108	11	0	0	0	0	259.387.295	46	0		67.573.639
1998	826.579.093	162.980.593	20	342.041.131	41	28.691.020	3	39.001.900	5	908.838.56	11	0		6.667.834
1999	711.435.298	218.456.314	30,7	450.612.756	63,3	1.273.673	0,2	30.246.255	4,3	10.846.300	1,5	0		41.964.474
2000	532.028.322	277.778.285	52	440.073.789	83	2.598.034	0,5	2.747.351	0,5	8.830.863	1,7	0		3.453.005
2001	1.015.279.073	276.599.190	27,24	612.009.797	60,28	17.218.856	1,70	1.592.802	0,16	107.700.693	10,6	157.735	0,02	1.367.500
2002	1.320.876.793	125.356.569	9,49	505.223.128	38,25	287.107.849	21,74	1.866.175	0,1	401.165.337	30,37	157.735	0,01	8762.704
2003	1.071.688.842	177.635.351	16,58	537.828.541	50,19	101.840.151	9,50	2.315.096	0,22	251.788.203	23,49	281.500	0,03	33.333.375
2004	1.471.788.842	131.087.875	8,91	570.131.522	38,74	484.933.817	32,95	5.012.412	0,34	280.440.891	19	182.325	0,01	9.710.365
2005	1.015.279.093	144.108.685	14	474.720.848	46,76	121.638.686	11,98	7.328.835	0,72	267.196.914	26,32	285.105	0,03	39.867.695
2006	1.325.356.628	379.577.481	28,64	571.252.235	43,10	66.050.879	4,98	7.152.287	0,54	300.863.750	22,70	459.996	0,03	105.001.782
2007	1.359.609.663	498.472.674	36,66	479.817.919	35,29	46.791.751	3,44	7.705.685	0,57	326.045.539	23,98	776.095	0,06	11.769.564
2008	1.538.952.890	415.705.719	27,01	646.194.429	41,99	229.378.941	14,90	9.897.585	0,64	236.308.041	15,36	1.468.175	0,10	12.170.269
2009	1.583.377.048	600.145.244	37,90	676.430.230	42,72	21.528.508	1,36	69.529.162	4,39	213.887.616	13,51	1.856.288	0,12	76.60.400
2010	1.690.459.312	1.011.524.115	59,84	570.441.785	33,74	22.644.760	1,34	20.552.409	1,22	63.238.593	3,74	2.057.650	0,12	52.750.598
2011	1.560.399.633	689.970.186	44,22	399.568.185	25,61	21.269.560	1,36	24.839.290	1,59	422.638.672	27,09	2.113.750	0,14	74.781.932
2012	1.837.998.698	443.930.755	24,15	814.285.010	44,30	31.438.335	1,71	30.899.341	1,68	515.331.517	28,04	2.113.740	0,12	12.736.580
2013	2.042.599.767	630.056.267	30,85	822.613.576	40	24.039.760	1,18	37.621.134	1,84	526.155.280	25,76	2.113.750	0,10	488.849.037
2014	1.737.234.339	686.570.850	39,52	758.363.399	43,65	21.235.760	1,22	30.453.856	1,75	238.916.249	13,75	1.694.225	0,10	4.651.029
2015	1.801.921.473	650.899.112	36,12	736.680.423	40,88	20.474.760	1,14	18.375.816	1,02	374.890.667	20,81	600.695	0,03	65.865.352
Totaux	25.499.273.912	7.977.139.865	31,3	10.491.283.521	41,1	1.550.155.100	6,1	347.137.391	1,4	5.154.258.668	20	16.318.764	0,06	1.113.579.432

Source : Auteurs, 2016

Le tableau 3 nous révèle qu'au CHD-Z/C, le financement global sur le nombre total d'observations s'élève à 25.499.273.912 F CFA. De ce financement global on a le paiement direct des ménages d'un montant de 7.977.139.865 F CFA soit 31,30%, les subventions de l'Etat d'un montant de 1.049.1283.521 F CFA soit 41,10 %. Les PTF ont aussi contribué au financement du CHD-Z/C par un montant de 1.550.155.100 F CFA soit 06,10% ainsi que les structures d'assurance maladie dont le montant est de 347.137.391 F CFA soit 01,4%. Nous avons les prises en charges des agents du secteur public et privé d'un montant de 5.154.258.668 F CFA soit 20%, et les mutuelles de santé d'un montant de 16.318.764 F CFA soit 0,06 %. En fin, les fonds issus des HAO (ensemble des subventions de l'Etat et des ressources financières générées par les hors activités ordinaires du centre), ne faisant pas partie intégrante du budget de fonctionnement du CHD-Z/C servent à couvrir les dépenses relatives aux produits non décaissables (électricité, eau, téléphone, carburant). Le montant total relatif à cette couverture sur les années d'observation est estimé à 1.113.579.432 F CFA.

Le fonctionnement du CHD-Z/C est donc axé sur plusieurs modes de financement tels que le paiement direct des ménages, le financement de l'Etat par les différents programmes, les aides des PTF, les structures d'assurance maladie, les prises en charge des agents du secteur public et privé, et les mutuelles de santé.

Paiement direct des ménages : A l'issue du recouvrement des coûts liés aux prestations, l'hôpital exige le paiement total des dépenses de chaque acte à la caisse par les particuliers payants (personnes qui ne bénéficient ni d'une prise en charge, ni d'une assurance maladie). Pour les ménages qui bénéficient d'un ticket modérateur dans le cadre d'une assurance maladie, un pourcentage, généralement de 80 leur est accordé en réduction des dépenses liées aux soins de santé et donc les 20% restent à leur charge et représentent leur paiement direct.

Mutuelles de santé : Elles paient les prestations de soins offertes à leurs membres selon leur appartenance à une même branche professionnelle.

Assurances maladie : ce sont des structures ayant signé avec le CHD-Z/C un contrat, et qui garantissent le versement d'une somme d'argent dont le taux est généralement fixé à 80%, à un assuré en cas de maladie pour sa prise en charge.

La prise en charge des agents du secteur privé et public : Les agents du secteur privé (ONG, Organisations privées ou entreprises privées) sont gratuitement pris en charge soit à 100% pour le secteur public, soit à un taux de couverture sanitaire défini selon les soins de santé prestés pour le privé. L'Etat, à travers divers programmes, finance aussi les hôpitaux. En tant que garant de la santé de la population, l'Etat se substitue aux bénéficiaires pour payer à leur place les tarifs officiels des actes couverts Il s'agit du financement par le PNL programme lancé par le gouvernement béninois le 04 Octobre 2011, où les femmes enceintes et les enfants âgés de 0 à 5 ans sont pris en charge pour les cas de paludisme. Les

malades du paludisme qui arrivent au centre sont reçus à la consultation et dans le cas de suspicion de paludisme, le test de diagnostic rapide est réalisé. Dès que le test est positif, on envoie le patient à la caisse et à la pharmacie avec un bon de gratuité et sa prise en charge est gratuite selon les indications et la stratégie de la mise en œuvre de la prise en charge gratuite du paludisme (bilan et soins) pour le paludisme simple ou le paludisme grave jusqu'à exéat. A cet effet, un paquet de soins est bien défini par le programme et un quota que les dépenses ne doivent pas dépasser dans un délai de traitement de 72 heures sinon l'excédent des dépenses est mis à la charge du patient. Si le test se révèle négatif, la consultation et le carnet sont payés avant la prise en charge d'autres affections. Il en est de même pour l'ANGC ou les femmes bénéficient des kits préopératoires et postopératoires et tout ce qu'il faut pour les soins maternels. Un quota à ne pas dépasser est aussi fixé. L'Etat prend aussi en charge les agents de la fonction publique (4/5). Il intervient également dans le financement du CHD-Z/C par la prise en charge des indigents à travers le FSI. Dans un premier cas, après que les malades concernés soient déclarés indigents par la suite d'une enquête effectuée par la Division d'Assistance Sociale, ils obtiennent leur certificat d'indigence et sont donc gratuitement pris en charge. Dans un second cas, certains malades n'arrivent pas à solder la totalité de leurs dépenses de santé mais le CHD-Z/C exige de leur part un montant selon les dépenses puis le reste à payer constitue une créance sur le FSI. Le recouvrement des recettes pour la prestation est fait à l'acte.

En dehors de ces programmes, l'Etat finance le CHD-Z/C à travers les subventions par le PIP. Il prend en charge les salaires des APE, ACE, CFC, IDE, SFDE, les volontaires puis participe à la construction ou à la réhabilitation des infrastructures et au renouvellement des équipements de travail. Des aides et subventions viennent aussi de la part des PTF tels que les organismes nationaux et internationaux (les Fondations TDV et TDH), le FNUAP, le projet Santé Population (SP). La plupart de ces partenaires interviennent dans le financement du Service de la Pédiatrie sauf le FNUAP et le SP.

Le financement des soins de santé par personne consiste à soigner chaque personne membre d'une mutuelle de santé. Ce financement se trouve dans le mécanisme prospectif (Lance, 2013). Alors les mutuelles de santé font donc partie du mécanisme de financement prospectif.

Selon Castonguay et al. (2013), le financement à l'acte est une forme de financement à l'activité. Il est « une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué ». Au CHD-Z/C, le programme de financement de l'ANCG ; le programme de financement du PNLP ; le paiement direct des ménages ; les assurances maladies ; la prise en charge des agents du secteur public et du secteur privé, et les aides des PTF obéissent à ce mode de financement qui fait partir du mécanisme rétrospectif.

B. Part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.

Les données consignées dans le tableau 4 sont issues des divers documents financiers et statistiques et aussi des diverses clarifications obtenues des autorités administratives ayant en charge le CHD-Z/C. Elles sont relatives aux montants en F CFA des financements globaux par année, à ceux des mécanismes de financement prospectif et rétrospectif ainsi qu'à leurs parts respectives.

Tableau 4 : La part des mécanismes prospectif et rétrospectif en francs CFA et en pourcentage par année.

Années	Financements globaux en F CFA	Mécanisme Prospectif		Mécanisme Rétrospectif	
		Montants en F CFA	Parts en %	Montants en F CFA	Parts en %
1996	498.459.033	0	0	498.459.033	100
1997	557.950.072	0	0,0	557.950.072	100
1998	826.579.093	0	0,0	826.579.093	100
1999	711.435.298	0	0,0	711.435.298	100
2000	532.028.322	0	0,0	532.028.322	100
2001	1.015.279.073	157.735	0,02	1.015.121.338	99,98
2002	1.320.876.793	157.735	0,01	1.320.719.058	99,99
2003	1.071.688.842	281.500	0,03	1.071.407.342	99,97
2004	1.471.788.842	182.325	0,01	1.471.606.517	99,99
2005	1.015.279.093	285.105	0,03	1.014.993.968	99,97
2006	1.325.356.628	459.996	0,03	1.324.896.632	99,97
2007	1.359.609.663	776.095	0,06	1.358.833.568	99,94
2008	1.538.952.890	1.468.175	0,10	1.537.484.715	99,90
2009	1.583.377.048	1.856.288	0,12	1.581.520.760	99,88
2010	1.690.459.312	2057650	0,12	1.688.401.662	99,88
2011	1.560.399.633	2.113.750	0,14	1.558.285.893	99,86
2012	1.837.998.698	2.113.740	0,12	1.835.884.958	99,88
2013	2.042.599.767	2.113.750	0,10	2.040.486.017	99,90
2014	1737234339	1.694.225	0,10	1.735.540.114	99,90
2015	1.801.921.473	600.695	0,03	1.801.320.778	99,97
Totaux	25.499.273.912	16.318.764	0,06	25.482.955.138	99,94

Source : Auteurs, 2016

Pour la période définie de 1996 à 2015, le montant global du financement du CHD-Z/C est de 25.499.273.912 F CFA. La part du mécanisme prospectif dans ce financement global est de 16.318.764 soit 0,06% et la part du mécanisme rétrospectif est de 25.482.955.138 soit 99,94%.

Paragraphe 2 : Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement au CHD-Z/C.

A l'interne qu'à l'externe, le CHD-Z/C offre à ses patients des prestations qui sont énumérées ici selon les services. Les prestations internes regroupent tous les soins qui sont suivis d'une hospitalisation du malade pendant 24h au moins alors que les prestations externes, encore appelées soins ambulatoires, concernent tous les soins ne nécessitant pas une hospitalisation du patient. Précisons que toute prestation nécessite une consultation. Il s'agit donc de :

Chirurgie, on a le traitement de : péritonite par perforation intestinale, appendicite aiguë, hernie non étranglée, péritonite appendiculaire, occlusion intestinale, hernie étranglée, adénomectomie prostatique, enclouage centro-médiculaire, large plaie traumatique, kystes d'autres parties du corps, autres péritonites, rupture de la rate, péritonite par perforation gastrique, cautérisation, hernie de la ligne blanche, hydrocèle, appendicite complémentaire lipome, reprise de paroi ou suture secondaire.

En Gynéco-obstétrique, nous avons : consultations prénatales et postnatales, consultations d'enfants sains 0-11 mois, consultations en planning familial, total accouchement, césarienne, ventouse, forceps, laparotomie exploratrice, GEU rompue, rupture utérine, hystérectomie, nodule de sein, kyste de l'ovaire, péritonite du poste partum, myomectomie, ligature de trompe. Au service d'Ophtalmologie nous avons, le traitement : cataracte, suture cornéenne, ptérygion, injection latéro-bulbaire, nodule conjonctival, plaie cornéenne, corps étranger, abcès paupière, autres actes. A l'ORL nous avons : Amygdalectomie, kystérectomie sous AL, thyroïdectomie, chéloïdectomie de l'oreille, œsophagoscopie + corps étranger, ablation appendice prétrziens, adénectomie, adénoïdectomie, dilatation de l'œsophage, epluchage de papillomes laryngés, suture du nez, langue et autres.

En Stomatologie, on a : Traitement médical des stomatites et parodontites, dents obturées, dents extraites, réduction de luxation mandibulaire, réduction et contention de fracture mandibulaire, détartrage, exérèse de tumeurs bénignes, autres cas. Au service d'Anesthésie Réanimation nous avons : Anesthésie Générale, rachianesthésie, péridurale, anesthésie locale. Au Laboratoire nous distinguons les analyses biochimiques, hématologiques, bactériologiques. A la Radiologie Poumons + télécœur, membres supérieurs, membres inférieurs, ASP, thorax + gril costal, rachis, sinus, TODG, HSG, UIV, UCR, bassin + hanche, lavement baryté, crâne, fistulographie, échographies obstétricales, vésico-prostatiques, testiculaires, pelviennes, abdominales, mammaires, thyroïdiennes, échographies des autres tissus mous. Pédiatrie Prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants de 0-5 ans, pathologie du nouveau-né, paludisme, infections respiratoires aiguës, malnutrition, anémie, autres affections uro-génitales, affections gastro-intestinales, méningite, autres affections.

Au CHD-Z/C, les patients, toute catégorie confondue, bénéficient des mêmes prestations à l'interne qu'à l'externe selon le cas de la maladie et sa gravité. Mais la majorité de ses soins sont offerts en soins ambulatoires qu'en soins hospitaliers sauf les interventions chirurgicales et les cas graves de maladies qui nécessitent une hospitalisation. Après exéat des patients hospitalisés pour cas graves de maladie, ils bénéficient pour le temps qu'il faut, des soins ambulatoires pour le suivi de leur santé jusqu'à rétablissement total.

Section 2 : Analyse des résultats et recommandations.

Nous avons présenté dans cette section, l'analyse de la structure du financement, de la part relative de chaque mécanisme dans le financement et de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement au CHD-Z/C et nos recommandations.

Paragraphe 1 : Analyses de la structure du financement, de la part relative de chaque mécanisme dans le financement et de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement au CHD-Z/C.

Ce paragraphe prend en compte l'analyse des résultats sur la structure du financement, la part relative de chaque mécanisme et la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement au CHD-Z/C.

A. Analyse de la structure du financement du CHD-Z/C.

La structure de financement du CHD-Z/C est composée du paiement direct des ménages qui regroupe l'ensemble des recettes issues des consultations des actes médicaux et paramédicaux, le financement de l'Etat par les programmes, les aides des PTF, les assurances maladies, la prise en charge des agents du secteur public et privé, et les mutuelles de santé.

Selon le mode de fonctionnement des mutuelles de santé décrit précédemment, les mutuelles de santé sont classées dans le mécanisme de financement prospectif.

Le paiement direct des ménages, le financement de l'Etat par les programmes, les aides des PTF, les assurances maladies et la prise en charge des agents du secteur public et privé font tous partie du mécanisme de financement rétrospectif.

Nous pouvons alors dire que l'hypothèse selon laquelle la structure du financement du CHD-Z/C comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement est confirmée.

B. La part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHD-Z/C.

Durant la période allant de 1996 à 2015, les montants globaux des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement sont respectivement de 16.318.764 F CFA, soit 0.06% et de

25.482.955.138, soit 99,94%. Par comparaison, la part relative des mécanismes prospectifs est inférieure à celle relative aux mécanismes rétrospectifs.

A cet effet, l'hypothèse qui stipule que la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs est confirmée.

C. Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement au CHD-Z/C.

Au CHD-Z/C, on note la prestation des soins ambulatoires et des soins hospitaliers avec une prédominance des soins ambulatoires parce que les patients sont plus soignés à l'externe qu'à l'interne et même après exéat, selon le cas, ils continuent de se faire soigner en payant pour chaque acte dont ils bénéficient et leurs paiements s'inscrivent ainsi dans le mécanisme de financement rétrospectif.

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers est confirmée.

Paragraphe 2 : Suggestions.

Au cours de notre stage au CHD-Z/C, nous avons remarqué des irrégularités auxquelles nous avons proposé des recommandations afin de contribuer à la réalisation des objectifs que le CHD-Z/C s'est fixé. A cet effet, le centre doit mettre en place de réels plans d'organisation et de bonnes politiques de motivation de son personnel afin de rendre plus efficaces ses activités. IL doit revoir son système de recouvrement de coût avec des appareils modernes afin de maîtriser les recettes.

Enfin, une action ambitieuse du gouvernement béninois est donc plus que jamais nécessaire de financer les hôpitaux afin de leur offrir une large autonomie financière pour la pérennisation de leurs activités. Par ailleurs, le gouvernement doit renforcer le plateau technique de ces hôpitaux en équipement moderne répondant aux normes sanitaires. Il doit aussi renforcer les programmes nationaux de la santé avec des budgets intéressants et solder ses créances à temps afin de permettre une progression dans les activités des hôpitaux. Il doit aussi accorder les recherches sur les questions de financement des soins de santé et sur celle associées au coût de ces soins pour pouvoir bien orienter le financement au profit des hôpitaux.

CONCLUSION

Les questions sur le financement des hôpitaux dans le monde ne sont pas des questions nouvelles mais des questions qui se renouvellent et qui ont été l'objet de plusieurs études. Vu la portée des problématiques que le financement des hôpitaux au Bénin pose, nous avons jugé important d'en faire une étude au niveau départemental avec pour cas le CHD-Z/C afin d'analyser ses mécanismes de financement. Par ailleurs, cette étude longitudinale et rétrospective a couvert la période allant de 1996 à 2015 et nous a permis de constater que le CHD-Z/C est financé à la fois par les mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement, que la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs et que les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers. Tous ces résultats issus de nos recherches confirment ainsi chacune des trois hypothèses élaborées. En considérant le poids des dépenses de santé sur toutes les années de l'étude et des contraintes auxquelles les structures sanitaires font face de nos jours d'une part et d'autre part le que joue le service de la pédiatrie du CHD-Z/C au plan départemental, il est donc important que ce service soit détaché du CHD afin de rendre plus visibles ses activités cliniques dans la santé infantile et autonomiser sa ressource humaine puisque la plupart travail sous contrat local, ce qui fragilise la santé financière du service. On peut lui rattacher la maternité pour le rendre plus complet en qualité d'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.

Aussi, il faut que dorénavant, l'Etat central pense au renforcement de la structure de financement des hôpitaux au Bénin et surtout de celle du CHD-Z/C en accompagnant efficacement les programmes nationaux de la santé avec des budgets intéressants et en soldant ses créances à temps afin de permettre au CHD-Z/C de jouer pleinement son rôle de centre de référence dans le système sanitaire du pays et participer effectivement à l'amélioration des indices de santé au Bénin.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

- Audibert M., J. Mathonnat, E. deRoodenbeke (2004), « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis », *Médecine Tropicale* ; vol. 64, n°4, p. 552-560
- Béjean S. et Gadreau M. (1992), « Asymétrie d'information et régulation en médecine ambulatoire », *Revue d'économie politique*, vol. 102, n° 2, p. 207-227.
- Benamouzig D. (2005), *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF. DOI : 10.3917/puf.benam.2005.01
- Cyert R. M. et March J. (1970), *Processus de décision dans l'entreprise*, Paris, Dunod, p.53-61
- Darbon S. et Letourmy A. (1983), « La microéconomie des soins médicaux doit-elle être nécessairement d'inspiration néoclassique ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 1, n° 2, pp. 31-75.
- Elisabeth P.(2011), *Etude de cas du Bénin, Résumé analytique* , Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, 53p.
- Favreau O. (1989), « Marchés internes, marchés externes », *Revue économique*, vol. 40, n° 2, p. 273-328.
- Grefe X. (1981), *Analyse économique de la bureaucratie*, Economica Paris,,nombre de pages
- Harris J. E. (1977), «The internal organization of hospital: some economic applications», *Bell Journal of Economics*, vol. 8, n° 2, pp. 467-482.
- Huard P. (1977), « L'hôpital comme organisation formelle », *Techniques hospitalières*, vol ?, n° 377, pp. 47-54.
- Jensen M. C. etMeckling W. H. (1976), «Theory of the firm: managerial behavior. Agency cost and ownership structure», *Journal of financial economics*, vol. 3, n° 4, p. 305-360.
- LanceJ.M.R. (2013), Revue de littérature. *Le financement axé sur les patients*,Institut, National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS), pp. 5-6.
- Launois R. (1981), « La théorie de la bureaucratie à l'hôpital », *Conceptions, mesures et actions en santé publique*, vol ?, n° ?, p. 625-652.
- Lee M. L. (1971), « A conspicuous production theory of hospital behavior », *Southern economic journal*,vol. 38,n° 1,p. 45-58.
- Leibenstein H. (1976a), *Beyond economic man*, Cambridge, Harvard University Press.
- Leibenstein H. (1976b), *Beyond Economic Man. a New Foundation for Microeconomics*, Cambridge (Massachusetts) and London, Harvard Business Press.
- Leibenstein H. (1978), *General X-efficiency theory and economic development*, New York, Oxford University Press, p. 201-2034

- Lévy É. (1976), « L'hôpital est-il une entreprise ? », *Revue française de gestion*, vol?, n° 4, pp. 9-24.
- Mougeot M. (1986), « Régulation des dépenses de santé et décentralisation des décisions », *Revue d'économie politique*, vol. 96, n° 4, pp. 359-383.
- MS (2003), *Comptes Nationaux de la Santé*, Cotonou, 31p.
- MS (2006), *Comptes Nationaux de la Santé*, Cotonou, 63p.
- MS (2008), *Comptes Nationaux de la Santé*, Cotonou, 21p.
- MS (2009), *Comptes Nationaux de la Santé*, Cotonou, 20p.
- MS (2014), *Comptes Nationaux de la Santé*, Cotonou, 42p.
- Niskanen W. A. (1971), *Bureaucraty and representative government*, Chicago, Adline Atherton, p.109-122
- OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève, 8 p.
- Phelps C. E. (1995), *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union, p. 33-96.
- Rey E. (2009), Documentation en économie de la santé, consulté 2014-07-14, PDF p. 29
- Richard V. (2004), « Le financement de la santé en Afrique sub-saharienne : le recouvrement des coûts » *Médecine Tropicale* ; vol. 64, n°4, pp. 337-340.
- Scanlon W. J. (2006), «The future of medical hospital payment: modest proposal in light of medicare's challenge», *Health affairs*, vol. 25, n° 1, p. 70-80.
- Simon H. A. (1979), «Rational decision making in business organizations», *American economic review*, vol. 69, n° 4, pp. 493-513.
- Sossou G. A. (2011), « Equité et efficacité des mécanismes de financement de la santé au Bénin », *Revue Théorique d'Economie et Appliquée*, 1 (1), 63-78.

Annexes