



REPUBLIQUE DU BENIN

oooooooooooo

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

oooooooooooo

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

oooooooooooo

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES  
ET DE GESTION

oooooooooooo

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

LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCES ECONOMIQUES

SPECIALITE :

ECONOMIE ET GESTION DES STRUCTURES SANITAIRES

SUJET :

FINANCEMENT DES HOPITAUX AU BENIN : CAS  
DU CENTRE DE SANTÉ D'ARRONDISSEMENT DE  
ZOGBO

Présenté et soutenu par :

Boniface Mahouzon ADANDOTOSSI & Narcisse Mahuton DANNON

Sous la direction de :

Monsieur Gilles Armand SOSSOU

Docteur ès-Sciences Economiques

Maître-assistant à la FASEG/UAC

*Année Académique : 2015 - 2016*

**AVERTISSEMENT**

**La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi (FASEG/UAC) n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.**

« Version corrigée après soutenance : Bon à déposer »

Abomey-Calavi, le .....

Signature du Directeur de mémoire :

Nom du Directeur de mémoire :

Réalisé et soutenu par

Boniface M. ADANDOTOSSI

Narcisse M. DANNON

Page i

**Table des matières**

Avertissement ..... i

Table des matières ..... ii

Dedicace 1 ..... vi

Dedicace 2 ..... vii

Remerciements ..... viii

Définition des sigles et acronymes ..... ix

Liste des tableaux ..... x

Résumé ..... xi

Abstract ..... xi

INTRODUCTION..... 1

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L’ETUDE ..... 3

Section1 : Présentation du centre de santé d’arrondissement de Zogbo ..... 3

Paragraphe1 : Situation géographique et description du CSA de Zogbo ..... 3

    A- Situation géographique du centre de santé d’arrondissement de Zogbo ..... 3

    B- Description du centre de santé d’arrondissement de Zogbo ..... 3

Paragraphe 2 : Ressources et fonctionnement du CSA de Zogbo.....4

    A- Ressources du CSA de Zogbo.....4

        1- Ressources matérielles du CSA de Zogbo.....4

        2- Ressources humaines du centre de santé d’arrondissement de Zogbo..... 5

        3- Ressources financières du CSA de Zogbo.....5

B- Fonctionnement du CSA de Zogbo.....	5
1- Approvisionnement du CSA de Zogbo.....	6
2- Offre de soins au CSA de Zogbo.....	6
Section 2: Déroulement du stage au CSA de Zogbo.....	6
Paragraphe 1: Tâches exécutées.....	6
A. Tâches exécutées à la caisse.....	6
B- Tâches exécutées à la pharmacie .....	7
C- Observation au service de la vaccination .....	7
D- Tâches exécutées à la comptabilité.....	7
Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et les approches de solution. ....	8
A. Les difficultés rencontrées .....	8
B. Les approches de solution .....	8
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE .....	9
Section 1 : Cadre théorique de l'étude.....	9
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude. ....	9
A- Problématique .....	9
B- Objectifs et hypothèses de l'étude .....	11
1. Objectifs de l'étude .....	11
2. Hypothèse de l'étude.....	11
Paragraphe 2 : Revue de la littérature.....	11
A- Les mécanismes prospectifs de financement des hôpitaux.....	12

1- Financement par budget.....	12
a- Détermination du budget prospectif.....	12
b- Les avantages des méthodes de financement par budget.....	13
c- Les inconvénients des financements prospectifs.....	13
2- Financement par capitation.....	14
a- Les avantages du financement par capitation.....	15
b- Les inconvénients du financement par capitation .....	15
B- Les mécanismes rétrospectifs de financement des hôpitaux.....	16
1- Financement à l'activité.....	16
a- Les avantages du financement basé sur l'activité.....	17
b- Avantages additionnels liés au financement par cas et selon les évidences.....	18
c- Les inconvénients du financement basé sur l'activité.....	18
d- Inconvénients additionnels liés au financement à l'acte.....	20
e- Des protagonistes actifs.....	20
2- Le financement incitatif.....	21
a- Objectifs.....	21
b- Les avantages du paiement incitatif.....	22
c- Les inconvénients du paiement à la performance.....	22
Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude.....	27
Paragraphe 1 : Caractéristique de l'étude .....	27
A- Cadre de l'étude.....	27

B- Type, période et données de l'étude.....	27
Paragraphe 2: Méthode d'analyse .....	27
A- Outils de collecte des données .....	28
B- Méthodes et outils d'analyse.....	289
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	30
Section 1 : Présentation des résultats .....	30
Paragraphe 1 : Structure du financement et part relative de chaque mécanisme dans le financement du CSA de Zogbo.....	30
A- Structure du financement du CSA de Zogbo.....	30
B- Part relative de chaque mécanisme dans le financement du CSA de Zogbo.....	30
Paragraphe 2 : Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement...30	
A- Présentation des prestations financées par chaque mécanisme.....	30
B- Part relative des soins financés par les mécanismes identifiés.....	31
Section 2 : Analyse des résultats.....	33
Paragraphe 1 : Analyse de la structure de financement du CSA-Zogbo et de la part relative de chaque mécanisme de financement .....	33
A- Analyse de la structure de financement du CSA-Zogbo.....	33
B- Analyse de la part relative de chaque mécanisme de financement du CSA de Zogbo..33	
Paragraphe 2 : Analyse de structure des prestations financées par chaque mécanisme.....	34
Conclusion et recommandations.....	35
Bibliographie.....	36
Annexe.....	38

**DEDICACE 1 :**

Je dédie ce mémoire à :

- mes géniteurs Madeleine AFFANDJO et Isaïe ADANDOTOSSI,
- mes frères et sœurs,
- mon ami Marius GANHOU

**Boniface M. ADANDOTOSSI**

---

Réalisé et soutenu par

Boniface M. ADANDOTOSSI

Narcisse M. DANNON

Page vi

**DEDICACE 2 :**

Je dédie ce mémoire :

- à mes géniteurs Victorine KEMAVO et Anatole DANNON,
- à mes frères Chancel, Hénoc et ma sœur Elvire
- à toute la sixième promotion de l'EGSS

**Narcisse M. DANNON**

---

Réalisé et soutenu par

Boniface M. ADANDOTOSSI

Narcisse M. DANNON

Page vii

## REMERCIEMENTS

Nos profondes reconnaissances et sincères remerciements s'adressent à tous ceux qui de près ou de loin, à divers titres et pour diverses raisons, par devoir ou par amitié, ont contribué, à notre formation et surtout à la réalisation du présent mémoire. Qu'il nous soit permis de remercier particulièrement :

- le Docteur Gilles Armand SOSSOU, qui en dépit de ses multiples occupations professionnelles, a accepté de superviser nos travaux. Avec patience et humilité, il a guidé nos pas dans notre aventure de jeunes chercheurs. Qu'il trouve ici le symbole de notre profonde reconnaissance,
- la Doctoresse Simone KOUNNOUHO HOUNNANKAN, Médecin Coordonnateur de la zone Sanitaire de Cotonou V pour sa sollicitude et surtout pour nous avoir permis d'effectuer notre stage dans le centre de santé d'arrondissement de Zogbo,
- madame Marie Elisabeth KIKI, ancienne responsable du centre de santé d'arrondissement de Zogbo pour son accueil, son soutien moral et ses conseils. Bonne retraite maman !
- monsieur Ahmed BELLO, Chargé de l'Administration et des Ressources de la zone Sanitaire de Cotonou V pour son écoute, et pour ses recommandations,
- madame Jocelyne GOUBALAN, comptable du centre de santé d'arrondissement de Zogbo pour nous avoir accueilli dans ses services et pour les informations qu'elle nous a fournies,
- à tout le personnel du centre de santé de Zogbo et spécialement à madame Lydie SOGBOSSI pour son aide dans la collecte des données,
- le Professeur Charlemagne B. IGUE, Doyen de la FASEG et le Professeur Magloire LANHA, Ex-Doyen de la FASEG pour leur sacrifice consenti et leur détermination dans la formation et la recherche en Sciences Economiques et de Gestion,
- tout le corps enseignant de la FASEG,
- monsieur Isidore AKPAHOUNZO pour ses observations,
- aux membres du jury pour avoir accepté sacrifier de leur temps pour l'appréciation de ce travail. Vous nous faites honneur pour votre disponibilité. Nous restons convaincus que vos conseils, critiques et recommandations serviront à parfaire cette étude. Merci !

**Boniface ADANDOTOSSI & Narcisse DANNON**

---

Réalisé et soutenu par

**DEFINITION DES SIGLES ET ACRONYMES**

ANGC	: Agence Nationale de gestion de la Gratuité de la Césarienne
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Consommables Médicaux
CPN	: Consultation Périnatale
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
CSA	: Centre de Santé d'Arrondissement
EGSS	: Economie et Gestion des Structures Sanitaires
FASEG	: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
F CFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FSI	: Fonds Sanitaire des Indigents
GDC	: Groupes de Diagnostics Connexes
IEC	: Information-Education-Consultation
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MIILD	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action
MS	: Ministère de la Santé
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Economique
OCS	: Observatoire du Changement Social
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Plan National de Développement du Secteur de la Santé
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
ZS	: Zone Sanitaire

### LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : effets des mécanismes de financement sur les caractéristiques de l'offre.....	23
Tableau 2 : montant annuel de chaque mécanisme de financement du CSA de Zogbo.....	31
Tableau 3 : part relative de chaque mécanisme dans le financement annuel du CSA de Zogbo.....	31
Tableau 4 : les soins financés par les mécanismes rétrospectifs.....	32
Tableau 5 : part de chaque soin financé par les mécanismes rétrospectifs.....	32

## RESUME

Le présent mémoire analyse les mécanismes de financement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo. L'étude, rétrospective et longitudinale couvre la période de 2011 à 2015 soit 5 observations. Les données utilisées sont des données sur l'activité et la comptabilité dudit centre de santé. Pour tester les hypothèses et atteindre les objectifs, nous avons utilisé la statistique descriptive. Il ressort des travaux et analyses effectués que la structure du financement du CSA de Zogbo comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement. Ensuite, la part relative des mécanismes rétrospectifs de financement est respectivement : 92,18% ; 93,50% ; 92,81% ; 93,34% et 91,51% du financement annuel du centre de santé de 2011 à 2015. Cette part est donc plus élevée que la part relative des mécanismes prospectifs de financement. Enfin, les soins ambulatoires représentent respectivement 94,62% ; 95,52% ; 95,20% ; 96,32% et 96,18% de la part annuelle des mécanismes rétrospectifs de financement de 2011 à 2015. Les mécanismes rétrospectifs financent donc les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers.

**Mots clés :** financement ; mécanismes prospectifs ; mécanismes rétrospectifs ; soins ambulatoires ; soins hospitaliers ; centre de santé d'arrondissement de Zogbo.

## ABSTRACT

This paper examines the funding mechanisms of the Zogbo borough health center. The study, retrospective and longitudinal covers the period 2011 to 2015, 5 observations. The data used are data on the activity and accounting of the said health center. To test hypotheses and achieve objectives, we used descriptive statistics. It emerges from the work and analysis carried out that the financing structure of the Zogbo borough health center includes both prospective and retrospective financing mechanisms. Then, the relative share of the retrospective financing mechanisms is respectively: 92.18%; 93.50%; 92.81%; 93.34% and 91.51% of the health center's annual funding from 2011 to 2015. This share is therefore higher than the relative share of the prospective funding mechanisms. Finally, ambulatory care represents 94.62%; 95.52%; 95.20%; 96.32% and 96.18% of the annual share of retrospective financing mechanisms from 2011 to 2015. Retrospective mechanisms therefore finance ambulatory care to the detriment of hospital care.

**Keywords:** financing; prospective mechanisms; retrospective mechanisms; ambulatory care; hospital care; Zogbo borough health center.

## INTRODUCTION

Le secteur hospitalier est en perpétuel mouvement. Les techniques évoluent, les soins s'améliorent, la structure de l'hôpital s'adapte aux nouvelles exigences des soins de santé et aux attentes du patient. Les évolutions marquantes de ces dernières années sont les fusions qui ont conduit à un accroissement d'échelle, la réorientation du financement des hôpitaux, la structuration de l'activité hospitalière par le biais de programmes de soins, la réduction de la durée de séjour à l'hôpital des patients (Lefèbvre *et al.*, 2013).

Ainsi, la forte croissance des dépenses de santé ces dernières années obligent la majorité des pays à réformer leur système sanitaire (Cordonier, 2009). En effet, selon Domenighetti (2005), les ressources disponibles pour financer les systèmes de santé ne seront plus suffisantes pour satisfaire, à un coût socialisé, la demande de plus en plus forte ; celle-ci étant favorisée par l'augmentation de la morbidité suite aux inégalités sociales plus importantes et aux nouveaux risques liés au travail ainsi que par la médicalisation de la vie, transformant les bien-portants en malades.

Dès lors, 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 primaire. Celle-ci a été proposée comme moyen de financement palliatif des services de soins de santé aux Etats dont les budgets étaient insuffisants pour assurer le fonctionnement régulier de ces services, en particulier leur approvisionnement en médicaments (Laporte, 2004). Cependant, 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 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 (Richard, 2004). Or la politique de santé du gouvernement a pour objectif global, l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles en mettant un accent particulier sur la protection des couches sociales les plus vulnérables, les indigents et en accordant la priorité aux régions enclavées et déshéritées (CNS, 2003).

Pour Teperi *et al.* (2009) : « tous les systèmes de santé universel ont pour objectifs d'améliorer la valeur au patient, celle-ci étant définie comme les résultats de santé compte tenu des unités de coûts dépensées. Un système basé sur la valeur, oriente ses interventions sur la santé plutôt que sur les services de santé ». Et selon Castonguay et Thibaudin (2013),

les mécanismes de financement sont un des moyens qui peut conduire les établissements à adopter des comportements en lien avec les objectifs de santé. Cependant, chaque mécanisme de paiement pris individuellement ne permet pas d'atteindre tous les objectifs d'un système de santé. En plus, l'environnement dans lequel il est implanté va influencer son efficacité à atteindre les objectifs.

De tout ce qui précède, nous avons choisi de travailler sur le sujet : « *Financement des Hôpitaux au Bénin : cas du centre de santé d'arrondissement de Zogbo* ». Ce travail s'inscrit dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de Licence Professionnelle en Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS) à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Ce travail est effectué après un stage académique de trois mois au centre de santé d'arrondissement de Zogbo.

Ce mémoire est organisé en trois chapitres. Le premier est consacré au cadre institutionnel de l'étude. Le deuxième aborde le cadre théorique et méthodologique de l'étude. Le troisième est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats.

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

Ce chapitre relatif au cadre institutionnel de l'étude, trouve son fondement dans la nécessité de procéder à la présentation du CSA de Zogbo ainsi qu'à la restitution de nos observations de stage. Il est divisé en deux sections. La première section est consacrée à la présentation du centre de santé et la seconde section aborde le déroulement du stage.

### **Section 1 : Présentation du centre de santé d'arrondissement de Zogbo**

Cette section comprend deux paragraphes. Le premier aborde la situation géographique et la description du CSA de Zogbo. Le second paragraphe expose les ressources et le fonctionnement dudit centre de santé.

#### **Paragraphe 1 : Situation géographique et description du CSA de Zogbo**

Ce paragraphe aborde dans un premier sous-paragraphe la situation géographique du CSA de Zogbo et dans un second sous-paragraphe sa description.

##### **A- Situation géographique du centre de santé d'arrondissement de Zogbo**

Le centre de santé d'arrondissement de Zogbo est situé dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement de Cotonou. Il est dans la deuxième ruelle entre le collège "Pythagore" et le centre de formation professionnelle "Jean Don Bosco". Il est environ à 150 mètres du carrefour Zogbo et à moins de 5 mètres de l'école primaire public de Zogbo. Il est logé sur un vaste domaine public. Il sert de clôture Nord au cimetière de Zogbo et est à moins de 10 mètres de l'église catholique "Saint Antoine de Padou" de Zogbo. C'est une structure sanitaire publique dans laquelle sont dispensés des soins de santé. Il s'agit notamment de la prise en charge des femmes enceintes ; des femmes allaitantes ; des nouveau-nés ; des blessés ; des accidentés ; des cas de brûlures de premier degré ; des séances de vaccination. Il effectue aussi des séances de sensibilisation sur les IST ; MST et maladies épidémiques telles que : le choléra, la fièvre "Lassa", la fièvre hémorragique à virus "Ebola".

##### **B- Description du centre de santé d'arrondissement de Zogbo**

La façade du CSA de Zogbo est peinte en vert et comporte deux (02) portails. Le portail principal est peint en bleu et le secondaire, en rouge. Le côté Nord de la clôture comporte aussi un grand portail peint en marron, débouchant sur la section dentaire du bateau sanitaire américain "Mercy Ships". L'enceinte du centre de santé est partiellement pavée. Face à l'entrée principale, on remarque un rez-de-chaussée peint en vert et blanc sur lequel est

mentionné en bleu ‘‘Maternité’’. Sur le côté droit de ce dernier, on retrouve le dispensaire logé également dans un rez-de-chaussée peint en vert et blanc abritant aussi la caisse ; la pharmacie et la comptabilité. En face du dispensaire, se trouve la paillote de vaccination, peinte en jaune. Un peu en arrière de la paillote, on rencontre un rez-de-chaussée totalement peint en rose et blanc avec plusieurs bureaux : c’est le siège de la zone Sanitaire de Cotonou V. Cette dernière a sous sa tutelle le centre de santé d’arrondissement de Zogbo ; ceux de Saint Michel et de Siké-Kodji sans oublier l’hôpital Bethesda et l’hôpital de Ménontin qui est l’hôpital de zone de ladite zone Sanitaire. Un peu plus loin, on a un bâtiment vitré, peint en jaune et marron : c’est le local du cabinet dentaire du bateau ‘‘Mercy Ships’’ qui abrite aussi le bureau de la responsable du centre de santé. Derrière la maternité, on retrouve : le laboratoire ; un complexe de six (06) douches et toilettes ; un incinérateur de déchets médicaux ; un logement dédié aux accompagnateurs et la cuisine.

Le personnel est constitué d’un (01) infirmier breveté ; un (01) technicien supérieur de laboratoire ; six (06) infirmiers diplômés d’état ; six (06) sages-femmes ; treize (13) aides-soignants ; une (01) comptable ; un (01) agent d’hygiène ; un (01) agent de sécurité et les stagiaires.

## **Paragraphe 2 : Ressources et fonctionnement du CSA de Zogbo :**

Ce paragraphe aborde, d’une part, les ressources du CSA de Zogbo et, d’autre part, le fonctionnement dudit centre de santé.

### **A- Ressources du CSA de Zogbo**

Le CSA de Zogbo dispose de plusieurs ressources pour son fonctionnement. On distingue les ressources matérielles, les ressources humaines et les ressources financières.

#### **1- Ressources matérielles du CSA de Zogbo :**

Les ressources matérielles du CSA de Zogbo, sont essentiellement composées des bâtiments. Ces bâtiments sont conçus de manière à garantir un accès aisé pour les personnes qui y travaillent ainsi que les bénéficiaires des prestations qui y sont offertes. Ce centre de santé dispose des équipements nécessaires à sa mission. Ces équipements permettent d’améliorer les conditions de travail du personnel et les conditions de stockage des produits.

Ainsi dans le centre de santé, on discerne plusieurs salles destinées aux divers services. La maternité est pour l’accouchement, la délivrance des soins prénataux, l’IEC ; les soins de planning familial et le dépistage (VIH/SIDA). La caisse sert de comptoir et là se

déroulent les échanges entre les caissières et les demandeurs de soins. La pharmacie est destinée à la délivrance des médicaments et comprend : une fenêtre qui est réservée à la réception des clients ; des rayons qui sont tout un ensemble de meuble compartimenté dans lesquels sont rangés les produits pharmaceutiques. Dans le laboratoire se font les analyses biomédicales. A défaut de la paillote de vaccination devenue exigüe, une salle a été aménagée pour les séances de vaccinations. Le dispensaire est destiné aux soins préventifs et curatifs.

## **2- Ressources humaines du centre de santé d'arrondissement de Zogbo**

Le CSA de Zogbo dispose dans son organigramme de : la responsable du centre de santé qui assure la supervision de tout ce qui se passe dans le centre de santé, son bon fonctionnement et la résolution des différends dans chaque secteur. Les infirmiers diplômés d'Etat et breveté assurent la délivrance des soins préventifs et curatifs ; la consultation et la vaccination. Le technicien supérieur de laboratoire s'occupe de la réalisation des analyses biomédicales. Les sages-femmes s'intéressent à la sensibilisation, aux IEC, aux accouchements, aux soins de planning familial et soins prénataux. Les aides-soignants sont répartis dans les différents services et assistent le personnel qualifié dans l'exécution de sa tâche. La comptable s'occupe du service de la comptabilité et a sous sa tutelle la caisse et la pharmacie. L'agent de sécurité est chargé de la surveillance du centre de santé et l'agent d'hygiène est chargé de la propreté dudit centre.

## **3- Ressources financières du CSA de Zogbo**

Le centre de santé d'arrondissement de Zogbo est un établissement public accessible à toute personne. Les principales ressources financières de ce centre de santé, proviennent du paiement direct des ménages. Il jouit également des subventions et aides de l'Etat et des PTF.

Ses ressources financières sont sous la supervision de la responsable. La comptable, à travers la gestion des ressources financières s'assure que le cahier de charge des recettes journalières et versement soient à jour avec un rapprochement journalier entre la recette et le stock vendu.

## **B- Fonctionnement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo**

Le CSA de Zogbo, est un établissement sanitaire public qui répond mieux à la politique sanitaire du gouvernement dont l'objectif global est : l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles en mettant un accent particulier sur la protection des couches sociales les plus vulnérables, les indigents et en accordant la priorité aux régions enclavées et déshéritées (CNS, 2003).

## **1- Approvisionnement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo**

L'approvisionnement en médicament, et consommables médicaux, se font aussi bien auprès de la CAME qu'au niveau de la ZS. La commande se fait en se basant sur la vente des produits qui est enregistrée au fur et à mesure dans le registre mensuel appelé 'remecom'.

## **2- Offre de soins au centre de santé d'arrondissement de Zogbo**

Elle est régie par un certain nombre de modalités au nombre desquelles figure : l'accueil du demandeur de soin, la vente de carnet, la consultation, la délivrance de l'ordonnance, l'analyse de l'ordonnance, la facturation (pour les soins payants), la délivrance du produit et/ou l'accessibilité aux soins curatifs. Pour la vaccination, la nourrisse paie la carte de vaccination à 150f et a accès à ce soin préventif.

## **Section 2 : Déroulement du stage au CSA de Zogbo**

Cette section présente le déroulement du stage au sein du CSA de Zogbo ; de même que les difficultés rencontrées et les approches de solution aux difficultés rencontrées.

### **Paragraphe 1 : Tâches exécutées**

Nous avons commencé notre stage le lundi 29 Août 2016 au centre de santé d'arrondissement de Zogbo. Au cours de notre stage, nous avons été affectés à la caisse et à la pharmacie afin d'identifier les mécanismes de financement du centre de santé et également, pour nous familiariser aux réalités quotidiennes de ses services. Aussi, nous nous sommes rapprochés du service de vaccination pour observer et interroger sur son fonctionnement et sur son financement. Les tâches peuvent donc se présenter comme suit :

#### **A. Tâches exécutées à la caisse**

Nous avons assisté les différentes équipes de la caisse dans l'accomplissement de leur tâche quotidienne. Ainsi, nos premières heures ont été consacrées à l'observation de la délivrance des factures. Ensuite, avec l'aide des différentes caissières, nous avons procédé à la délivrance de facture sur ordonnance prescrite ou sur recommandation du personnel soignant. Cette tâche s'est effectuée du lundi au vendredi de 09 heures à 16 heures sur une période de 10 semaines. Elle nous a permis en effet d'identifier les mécanismes de financement du centre de santé et d'étudier les modes de paiement à la caisse. Le travail au niveau de la caisse consiste à suivre systématiquement les étapes suivantes : accueil ; présentation de l'ordonnance par le client ou renseignement sur sa désignation ; communication du montant total au client ; établissement de la facture ; prendre l'argent chez le client ; vérifier l'argent

au niveau du détecteur de faux billet, délivrance de la facture au client avec sa monnaie. Ce dernier se rendra par la suite dans le service afférent et remettra la souche de sa quittance afin de se faire servir. Nous nous sommes également exercés au remplissage de la fiche de recette journalière (voir Annexe 1).

### **B. Tâches exécutées au service de la pharmacie**

Au niveau de la pharmacie, le demandeur de soin est accueilli avec son ordonnance. Nous nous assurons de la disponibilité des produits indiqués sur l'ordonnance avant de l'envoyer à la caisse. Ce-dernier reviendra un peu plus tard avec la souche de la quittance délivrée par la caisse et se fait livrer la désignation. Avec l'aide des auxiliaires, nous nous sommes exercés à lire les souches, et à servir les clients. En dehors de ses tâches, nous avons aidé les auxiliaires dans l'analyse journalière des flux (entrant et sortant) de médicaments et consommables médicaux. Nous les avons aussi aidées dans la mise à jour du registre mensuel de stock encore appelé "remecom" qui est un bilan des ventes de médicaments mise à jour par chaque équipe de garde.

### **C. Observation au service de la vaccination**

Au service de la vaccination, nous avons observé les agents vaccinateurs dans l'exécution de leur tâche et nous nous sommes renseignés sur les stratégies mises en œuvre de même que sur le financement de ce service. Selon nos observations, le premier contact avec l'agent vaccinateur est sanctionné par le remplissage de la carte payée et délivrée à la caisse en fonction du sexe de l'enfant ; la prise du poids et de la taille de l'enfant puis enfin l'acte de vaccination. Ce service déploie deux stratégies. Il s'agit de la stratégie fixe où les nouveaux-nés sont présentés à temps au rendez-vous par leurs parents pour la vaccination et la stratégie avancée financée sur base communautaire où l'agent vaccinateur se déplace pour vacciner à domicile les nourrissons retardataires.

### **D- Tâches exécutées au service de la comptabilité**

Ici, nous recueillons les recettes journalières à la caisse ; procédons à leurs vérifications avec la fiche de recette journalière remplie et signée par la caissière puis à leurs transmissions à la comptable. Sous œil vigilant de la comptable, nous avons procédé au règlement de quelques factures de prestataires du centre de santé. Il s'agit notamment des prestations relatives à l'hygiène (ONG de collecte de déchets ménagers) et à la photocopie de documents. Aussi, nous avons procédé au paiement des primes de logement et de nourriture

du mois de septembre à certains agents. Nous avons aidé la comptable dans le classement de certains documents ; dans la vérification des recettes et du stock de produits pharmaceutiques.

## **Paragraphe 2 : Difficultés rencontrées et les approches de solution.**

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

### **A. Difficultés rencontrées**

Au cours de notre stage dans le CSA de Zogbo, nous avons rencontré des difficultés dans la plupart des services parcourus. A la pharmacie, notre principale difficulté est liée à la maîtrise des rayons avec les différentes familles de médicaments qu'ils comportent, et surtout l'emplacement des médicaments malgré que la présentation des rayons nous ait été faite. A la caisse, les difficultés sont légions. La toute première est la lecture des ordonnances et la connaissance des prix des prestations et/ou des médicaments afin de délivrer à temps la facture aux patients. Nous sommes obligés de laisser l'ordonnance aux caissières qui nous indiquent comment procéder. La seconde difficulté est relative à la gestion du reliquat que nous sommes contraints de laisser les caissières gérer car le centre de santé ne leur laisse point de fonds de caisse. Des fois, nous rencontrons des difficultés dans la coupure des factures qui malheureusement se déchirent de temps à autre si elles ne sont pas bien confectionnées pour laisser aisément le carnet.

### **B. Approches de solution**

Face à ses difficultés rencontrées, nous avons suggéré quelques approches de solution. A l'arrivée de chaque stagiaire au sein de la pharmacie, il faut organiser des séances de formation dans le but de permettre au stagiaire d'être sensiblement au même niveau d'information que les auxiliaires. Le centre de santé peut mettre un fonds à la disposition de la caisse pour permettre aux caissières de résoudre le problème de reliquat. La lecture des ordonnances dépend des efforts faits par le stagiaire.

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

Le chapitre 2 est composé de deux sections. La première section présente le cadre théorique et la seconde présente la méthodologie de l'étude.

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

Cette section comprend deux paragraphes. Le premier paragraphe fait ressortir la problématique, les objectifs et les hypothèses de l'étude. Le second aborde la revue de la littérature.

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

##### A- Problématique

Selon les CNS (2003), le système national de santé au Bénin est complexe. Son financement est inextricable et son analyse ardue. En effet, 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 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. Malgré l'implication de l'Etat et des services publics dans le financement des services de santé, la part de revenu consacrée par les citoyens aux soins de santé demeure élevée (CNS, 2003).

Ainsi, le Bénin consacre 2,44% de son PIB à la santé et environ 7,5 % de ses dépenses publiques à la santé ; avec un accroissement du budget sectoriel plus lent que celui du budget global, d'où une réduction progressive du ratio budget santé / budget national ; ce qui ne confirme pas la priorité accordée au secteur (MS, 2010). La faiblesse du financement du secteur de la santé pourrait expliquer la situation sanitaire nationale. En effet, la part du budget du secteur santé dans le budget général de l'Etat est de 6,12% en 2010 avec une moyenne de 7,49% sur la période 2007-2010 ; part encore en deçà des 10% préconisés par l'OMS. Malgré cette situation, des défis sont à relever en matière de consommation des crédits alloués au regard de la baisse de la capacité d'absorption de crédits observée depuis 2007. Les ressources financières du secteur sanitaire proviennent de l'Etat, des Partenaires

Techniques et Financiers (PTF) et des communautés.

Alors, si la maladie provoque un premier choc important dans les familles, le paiement direct qu'elle engendre n'en est pas moins un second choc sur le plan économique, faisant parfois tomber les ménages dans la pauvreté. Car la source principale de financement des dépenses de santé au Bénin reste les ménages selon les statistiques du MS, qui supportent 52,1% de la dépense contre 30,8% pour l'Etat, 16,5% pour le reste du monde (PTF) et 0,6% pour les collectivités, les assurances et mutuelles de santé, les entreprises privées et publiques. La participation de l'Etat (30,8%) consiste à financer la construction des formations sanitaires, à assurer leurs équipements, à former le personnel et à mettre à disposition dans certains cas une partie dudit personnel (Sossou, 2011). Ainsi l'accès aux services de santé est subordonné à l'existence d'une capacité financière. A cet effet, l'une des solutions envisagées pour améliorer l'accès aux soins, compris par certains comme une transition vers un accès universel, est de lever une partie de la barrière financière de l'accès aux soins en supprimant le paiement direct (OCS, 2012).

Aussi, l'organisation actuelle du système de santé béninois est basée sur une double logique de rationalité : la rationalité des dépenses publiques inspirée par l'orthodoxie budgétaire et la rationalité des comportements de santé des ménages. L'imbrication des réseaux publics, privés à but lucratif et confessionnel rend le système complexe et son contrôle exogène sous la forme de mécanismes d'assurance maladie obligatoire, créerait des coûts de transaction qui viendraient en augmentation du financement public de la santé (Sossou, 2011).

En somme, la question fondamentale qui se dégage des données sur le financement de la santé au Bénin, (Conseil Santé Consortium, 2011 ; Ministère la Santé Publique, 2006), est de savoir quels sont les mécanismes de financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin ? Dans un contexte économique caractérisé par, d'une part, la raréfaction des ressources publiques affectées à la santé, d'autre part, la compétition entre les différents secteurs d'activité par rapport aux ressources publiques et, enfin, la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages, il est pertinent de savoir si le financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin suit la logique néolibérale de désengagement de l'Etat observée dans les mécanismes de financement de la santé dans le pays où ils s'en écartent ? Pour conduire cette étude, nous nous sommes référés au cas du CSA de Zogbo. Ainsi, quels sont les mécanismes

de financement du CSA de Zogbo ? Quelle est l'importance relative de chaque mécanisme dans le financement du CSA de Zogbo ? Quelles sont les prestations financées par chaque source intervenant dans le financement du CSA de Zogbo ?

## **B. Objectifs et hypothèses de l'étude**

### **1. Objectifs de l'étude**

L'objectif général de l'étude est d'analyser les mécanismes de financement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo.

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

- déterminer la structure du financement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo ;
- estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo
- déterminer la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié.

### **2. Hypothèses de l'étude**

Les hypothèses suivantes ont servi de pistes pour conduire la recherche :

- La structure du financement du CSA de Zogbo comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement.
- La part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement du CSA de Zogbo.
- Les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers.

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

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

En effet, Castonguay et Thibaudin (2013) ont identifié deux mécanismes de financement des hôpitaux. Ainsi, les sources de financement des formations sanitaires appartiennent à l'un ou l'autre des deux mécanismes de financement qui sont prospectifs ou rétrospectifs. Dans le premier cas, le payeur alloue ou paie pour les services au fournisseur avant que celui-ci ne les rende. Dans le deuxième, le payeur/acheteur ne paie pour les services

que lorsqu'ils sont rendus par le fournisseur. Les deux mécanismes de financement des hôpitaux comportent des formes de paiement différentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

aux patients eus égard aux facteurs démographiques, épidémiologiques et socio-économiques.

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

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

Le second inconvénient est relatif aux durées de séjour longues. Cet inconvénient est directement lié au manque d'incitation expliqué dans le paragraphe précédent. A ceci s'ajoute une innovation limitée (Sutherland, 2010) où les budgets globaux limitent l'innovation du fait que le risque financier est trop grand pour les hôpitaux de modifier leur procédure. Ensuite, on assiste à un risque non partagé où selon Street (2007), les hôpitaux sont tenus d'avoir une activité minimale correspondante à l'accord entre l'établissement et le payeur. Alors, dans le cas où le budget est épuisé avant la fin de l'année et qu'il existe encore une demande de soins, l'hôpital fonctionnera à perte. Evoquons la perpétuation des inégalités où, si à l'état initial des budgets globaux ont été calculés de manière inégalitaire, les renouvellements des montants sur une base historique vont entraîner une perpétuation de ces inégalités. Egalement, l'opacité du processus d'allocation des fonds où les budgets globaux laissent un degré de liberté potentiellement important aux gestionnaires des établissements. La possibilité pour le payeur d'exiger un niveau d'efficacité en retour du financement octroyé dépend de la qualité des systèmes d'information sur l'activité et donc de sa capacité à comparer la performance des différentes régions et établissements. Enfin, les services et/ou fournitures non couverts avec l'incitation implicite à prioriser le contrôle des budgets et l'opacité du processus engendrent une confusion sur la composition du panier de services assurés par le régime public. Il en résulte un accès limité à des services, fournitures et médicaments potentiellement plus

performants que ceux offerts dans les établissements (Castonguay et Thibaudin, 2013).

## 2- Financement par capitation

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

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

### a- Les avantages du financement par capitation :

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

### b- Les inconvénients du financement par capitation

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

En somme, même s'il existe deux formes de mécanisme de financement prospectifs des services de santé, on observe surtout le financement par budget dans les pays où le

système de santé est intégré et universel. Les inconvénients liés à l'absence d'incitation à l'efficacité de ce mode de financement génèrent en plus un sentiment d'iniquité entre les établissements. Ce sont ces inconvénients qui ont généré le besoin de lier financement et niveau de services. C'est aussi ce qui a incité les établissements et les payeurs à développer des systèmes d'évaluation, de clarification et de coût des activités. Ainsi, pour les premiers, c'est un moyen de comparer la qualité et les coûts de leurs activités en plus d'améliorer leur capacité de négocier avec le payeur. Pour le bailleur de fonds, l'amélioration de l'information sur les coûts de revient des activités hospitalières leur permet de comparer la performance des établissements, la comprendre et l'influencer.

## **B- les mécanismes rétrospectifs de financement des hôpitaux**

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

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

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

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

la création d'un marché des services hospitaliers où il y a concurrence entre les établissements publics, et possiblement aussi entre eux et le secteur privé, sur la base d'un prix fixé à l'avance.

Selon Castonguay et Thibaudin (2013), le financement des hôpitaux basé sur l'activité repose sur deux composantes essentielles. La première est le système de clarification de cette activité. Comme mentionnée précédemment, l'évolution des mécanismes de financement est titulaire de la sophistication des systèmes d'information de classification des activités et de collecte d'information. Dans la majorité des cas, ces systèmes de classification ont été développés initialement afin de mieux comprendre la nature des activités, la comparer et améliorer la gestion des établissements. Eventuellement, ces systèmes ont rendu possible l'implication de financement dit à l'activité.

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

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

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

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

Les avantages des systèmes de financement à l'activité dépendent du contrat lié au

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

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

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

Dans le cas des systèmes de financement par cas et de financement basé sur les évidences, on note premièrement l'amélioration de la qualité de gestion des hôpitaux. Cet avantage est clairement à l'origine de l'instauration de ces systèmes de financement. En mettant en place les systèmes de classification, les hôpitaux documentent leurs procédures et peuvent identifier les sources de consommation de ressources. En plus, ils sont en mesure de comparer leurs résultats, niveaux d'activité et coûts dans le temps et entre hôpitaux. Cette connaissance est un incitatif puissant à s'améliorer.

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

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

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

Ce financement incite les fournisseurs de soins à réaliser les activités les plus lucratives.

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

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

Aussi, on assiste à une sélection des patients. Il y a une préférence à traiter les groupes de patients dont les coûts pour l'établissement sont inférieurs aux paiements établis. *Pour éviter la sélection des patients, les payeurs vont établir soit un tarif pour les patients complexes ou ajouter une capitation pour la prise en charge de ces patients.*

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

Enfin, il y a possibilité pour les hôpitaux de manipuler le codage. L'Audit Commission de la Grande-Bretagne liste cinq sources potentielles de la manipulation de la classification des activités de la part des hôpitaux. Ces manipulations ont pour objectif d'obtenir un remboursement plus important que nécessaire. Il s'agit de l'enregistrement des diagnostics et procédures additionnelles et non nécessaires, sélectionner les diagnostics les plus chers pour les patients (*upcoding*) ; la sortie et la réadmission des patients afin d'obtenir des paiements additionnels pour un même accès ; les admissions inappropriées ; la garde des

patients plus d'un certain temps afin d'avoir accès au remboursement basé sur une longue durée de séjour ; et le déplacement d'activité vers celle qui est remboursée au détriment de celles exclues.

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

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

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

Plusieurs protagonistes ont fait du financement par activité (FPA) un véritable cheval de bataille ces dernières années. L'un d'eux est le Dr Brian Day, un médecin ouvertement partisan des soins de santé privés et propriétaire à Vancouver d'une clinique privée de chirurgie. Il y a aussi le Dr Philippe Couillard, ex-ministre canadien de la santé, maintenant partenaire de Persistence Capital Partners, « qui se concentre sur les occasions d'affaires offrant un fort potentiel de croissance dans le domaine des services de santé ». Monsieur Couillard est aussi conseiller stratégique de Secor ainsi que membre du Conseil privé du premier ministre Harper. L'Association des Etablissements de Santé et de Services Sociaux (AQESSS) et certains chercheurs en administration de la santé recommandent aussi l'adoption de ce modèle. Il n'y a aucune donnée démontrant un lien entre le FPA et l'amélioration du rendement. Il y a toutefois une forte indication à l'effet que le FPA entraîne une hausse des coûts hospitaliers. L'insistance des protagonistes du privé, déguisés ou non, semble découler du fait que le FPA est un processus qui sépare la notion d'acheteurs de celle de fournisseurs de soins, et semble préparer le terrain en vue de la sous-traitance au privé de certains services, comme cela est arrivé en Angleterre et en Australie où le régime de santé avait beaucoup de

ressemblance avec celui du Québec. Au moment où le gouvernement libéral semblait faire du FPA une priorité, plusieurs chercheurs seniors et conseillers politiques, dans des pays comme les États-Unis et la Grande-Bretagne où ce système est mis en place, proposent des alternatives plus compatibles avec les besoins de qualité et d'intégration des soins. Même aux États-Unis, le Massachusetts, seul État où il y a un financement public universel, mais une prestation privée, remettait récemment le FPA en question dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*. La British Medical Association a pris une position formelle contre ce mode de financement à cause des effets pervers expérimentés dans la pratique. Par ailleurs, le FPA est une réforme majeure qui s'ajoute aux nombreuses réformes antérieures et risque de perturber la pratique médicale et le fonctionnement hospitalier une fois de plus. Finalement, cette réforme accaparera les capacités limitées du système dans la mise en place de méthodes démontrées efficaces et tant attendues pour améliorer les soins.

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

En tant qu'instrument d'appui à des services de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles, le financement basé sur la performance peut s'avérer déterminant pour l'atteinte d'une couverture universelle des soins de santé (OMS, 2010). L'interaction entre le financement basé sur la performance et la couverture universelle est particulièrement importante dans les trois domaines suivants : définition de paquets minimums et complémentaires d'activités en santé et leur prestation ; expansion de la couverture des services de santé à la population en général, mais particulièrement aux personnes les plus pauvres ; amélioration de l'accès à des services de santé de haute qualité

### **a- Objectifs poursuivis :**

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

Les indicateurs de résultats (également nommé « de performance ») suivis ainsi que le paiement associé à l'atteinte de résultat sont définis par les comportements que le payeur désire susciter chez les fournisseurs de services. Ceci implique que les systèmes d'information

doivent permettre le suivi des indicateurs de résultats pour justifier le paiement associé (ou la sanction le cas échéant). Le plus souvent, la mesure de résultats des hôpitaux est associée à la réalisation de procédures recommandées (vaccin, mammographies...) et parfois à un indicateur de qualité de celles-ci (taux de réhospitalisation). D'autres indicateurs de résultats sur l'expérience du patient (délais d'attente) ou la pertinence des soins dispensés font partir des objectifs récompensés observés (taux de cholestérol, pression...) (Sutherland, 2009).

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

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

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

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

Le principal inconvénient du paiement à la performance est celui des coûts administratifs élevés. La récolte d'information peut entraîner une hausse des coûts administratifs. L'importance de ces coûts dépend cependant de l'existence de technologies d'information appropriées dans les établissements, par exemple les dossiers médicaux informatisés (Sutherland, 2009). L'OCDE note ici que les coûts peuvent être élevés au moment de l'implantation du système, mais qu'ils peuvent produire un retour sur l'investissement surtout lorsque les patients sont en meilleure santé (OCDE, 2010). On assiste également à un déplacement de l'offre de services. En effet, si les incitatifs financiers ne

concernent qu'une partie de l'activité ou encore se basent sur un nombre limité d'indicateurs de qualité, les établissements vont être conduits à mettre plus d'efforts sur ce qui est évalué que sur ce qui ne l'est pas. En outre, l'OCDE note que le problème d'asymétrie de l'information est difficilement contournable. Le médecin est plus instruit que le patient, c'est pourquoi ce dernier se fie sur lui en tant que « mandataire ». Toutefois même si le médecin est sensé agir dans l'intérêt du patient ce n'est pas toujours le cas, car les médecins ont aussi leurs intérêts, des objectifs et des informations différentes (OCDE, 2010). Le financement incitatif peut influencer le comportement du médecin.

Les deux précédentes sections ont présenté les différents mécanismes de financement des hôpitaux. On a observé que chacune d'entre elles possédait ses propres caractéristiques, tant au niveau des mécanismes utilisés que de leurs effets positifs et négatifs. Le tableau n°1 suivant résume les caractéristiques de chacun des mécanismes de paiement décrit dans les sections précédentes en fonctions des objectifs des politiques de santé.

**Tableau n°1** : Effets des mécanismes de financement sur les caractéristiques de l'offre

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

**Source** : Castonguay et Thibaudin (2013)

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

2 : l'impact du financement incitatif sur le contrôle des coûts dépend des mesures adoptées et des coûts d'administration.

A la lecture de ce tableau, la principale observation est qu'aucun mécanisme de financement pris à son état brut ne satisfait l'ensemble des objectifs du système de santé.

C'est ce qui explique que les juridictions adoptent des modes de paiement mixtes selon les besoins.

Par ailleurs, Mathauer, Sémégan et Soumaré (2010), analysent le système de financement de la santé actuel au Bénin et en déduisent qu'il se caractérise par des dépenses privées de santé qui ont atteint 47,2% des dépenses totales de santé en 2008. Les paiements directs des ménages représentent environ 95% de ces dépenses privées depuis 2005 avec près de 75% consacrées aux produits pharmaceutiques selon les comptes nationaux de santé 2005. Ceci amène à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" d'autant qu'une des problématiques majeures du système de santé de notre pays est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé. A côté du financement des soins publics par les impôts combinés aux tickets modérateurs, on distingue les dispositifs suivants de protection sociale en santé. Il s'agit d'une part : d'un Fonds Sanitaire des Indigents (FSI) ; de la gratuité de la césarienne, organisée par l'Agence Nationale pour la Gratuité de la Césarienne ; d'un régime spécial des fonctionnaires en activité, aussi appelé « Régime des 4/5ème » ; d'un Fonds National des Retraités du Bénin (FNRB). D'autre part, d'une Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé qui offre des prestations de santé dans le cadre des branches telles que : prestations familiales (allocations prénatales : 4.500 FCFA pour 3 examens prénataux) et risques professionnels (pour les accidents et maladies liées au travail). Enfin, de 180 mutuelles de santé communautaires au sein des populations urbaines et rurales et notamment du secteur informel ; de 4 mutuelles de sécurité sociale, organisées au niveau de chaque département du Bénin et assistées par l'Etat à travers une ligne budgétaire de 151 millions de FCFA ; de 6 sociétés privées d'assurance maladie commerciale couvrant environ 45.000 travailleurs, soit 270.000 bénéficiaires en total avec les ayant-droits. Toutefois, il est connu que le paiement par acte, mécanisme de rémunération en vigueur au Bénin, crée une incitation à la multiplication des actes. Un prestataire gagne plus, en fournissant plus de services et plus de médicaments, qu'il y ait nécessité ou pas car ceci génère plus de revenus. En conséquence, le paiement par acte est en pratique souvent moins efficient que d'autres modes de paiements (Mathauer, Sémégan et Soumaré, 2010)

L'analyse financière de Mathauer, Sémégan et Soumaré (2010), confirme la présence des mécanismes rétrospectifs dans le financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin. En effet, le paiement direct, décrit par ses auteurs et les dispositifs de protection

sociale en santé qu'ils ont évoqué, relèvent du financement à l'acte. Or selon Castonguay et Thibaudin (2013), le financement à l'acte est un mécanisme rétrospectif de financement. Donc, l'analyse de Mathauer, Sémégan et Soumaré (2010) est complémentaire à l'analyse de Castonguay et Thibaudin (2013). Ces deux analyses révèlent la présence des mécanismes rétrospectifs de financement qui seraient prépondérants dans le financement des hôpitaux au Bénin.

Au Bénin selon les CNS (2003), la source principale de financement des dépenses de santé reste les ménages qui supportent 52,1% de la dépense et consomment 69,35% de la consommation médicale. L'Etat, participe à hauteur de 30,8% de ces dépenses. La troisième source de financement provient du Reste du Monde avec 16,5% de la dépense globale. Les trois sources confondues font l'essentiel de la dépense soit 99,4%. La répartition de cette dépense par agent de financement place encore les ménages par leur versement direct en tête avec 52,06% suivi du Ministère de la Santé Publique 33% et du reste du monde 11,8%, les autres ministères, 2,6% et les autres agents de financement, 0,54 %. Au total on note une iniquité dans le financement de la santé. Les ménages dans un contexte de marasme économique caractérisé par une baisse de leur revenu, supportent plus de 52% de la dépense de santé. Cette situation risque à terme de renforcer la situation actuelle d'exclusion des couches vulnérables du système de soins. Aussi, l'analyse de la répartition de la dépense globale de santé par fonction met en exergue ce qui suit : le poste pharmacie et autres fournisseurs de biens médicaux est important. Ce qui signifie que plus de 41% des dépenses sont consacrées à l'achat de médicaments et biens médicaux comme bien de consommation finale par le patient. Ensuite, les soins ambulatoires représentent 16% des dépenses de santé alors que les soins hospitaliers n'en constituent que 9% et l'administration les 5%. Enfin, la prévention sanitaire collective, quant à elle, ne représente que 9% environ de cette dépense.

Les CNS (2003) présentent les sources du financement des hôpitaux au Bénin. Ils en distinguent trois sources. La première source est le paiement direct des ménages. Elle est dominante comme Mathauer, Sémégan et Soumaré (2010) l'ont évoqué. La seconde source est la subvention de l'Etat. L'Etat peut mettre cette subvention à la disposition des hôpitaux en début d'année budgétaire. Donc une partie de ces subventions serait un mécanisme prospectif de financement au regard de l'analyse de Castonguay et de Thibaudin (2013). La troisième source de financement est l'aide des PTFs qui peut appartenir à l'un ou à l'autre des deux mécanismes de financement.

Selon Sossou (2011), le financement public de la santé est faible et insignifiant au Bénin. En l'absence d'un régime d'assurance maladie publique, le financement de la santé est essentiellement privé. L'absence de données sur le financement privé de la santé ne permet pas de comparer directement les parts des ménages et de l'Etat dans le financement de la santé au Bénin. Cependant, on peut avancer au regard des mécanismes de la politique de financement de la santé en vigueur que la part des ménages dans le financement de la santé est largement supérieure à celle de l'Etat. Ainsi, la participation 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. Par cette approche, les ménages sont amenés à assumer la responsabilité de leur propre santé et bien-être ainsi que celle de la communauté par le développement de leur capacité contributive. Alors, la participation communautaire constitue un des piliers du fonctionnement du système de santé béninois en ce sens que le financement communautaire qui en découle est la principale ressource des formations sanitaires publiques à la périphérie de la pyramide sanitaire. En dehors des salaires des agents qui émargent au budget de l'Etat, les charges de fonctionnement des zones sanitaires sont financées par la participation financière des populations. Cette participation passe par quatre canaux : le paiement des actes, l'achat des médicaments dans les pharmacies hospitalières, le paiement anticipé sous forme de cotisation dans certains cas et les contributions communautaires sous forme de dons de matériaux et/ou de terre. En effet, la vente des médicaments apparaît dans les données sur le financement communautaire comme la principale source de financement des hôpitaux publics et centres de santé communautaires. Aussi, les assurances privées interviennent de façon marginale dans le financement de la santé au Bénin. Cinq sociétés d'assurance de type Sociétés Anonymes offrent des contrats d'assurance-maladie aux ménages. L'assurance maladie n'est pas une obligation et relève d'une décision privée des individus. Ainsi, seuls les béninois d'un certain niveau de revenu prend la décision de signer des contrats d'assurance maladie. Toutefois, la surconsommation des services et soins de santé et son corollaire des médicaments non utilisés observés dans les systèmes de santé à mécanismes de financement indirects ne sont pas connus au Bénin.

Cette analyse de Sossou (2011) vient renforcer le travail de Mathauer, Sémégan et Soumaré (2010) et la présentation faite par les CNS (2003). En effet, le travail de Sossou (2011) donne une vue du mécanisme de financement dominant au Bénin. Au regard de cette

analyse, on en déduit que les mécanismes de financement rétrospectifs domineraient les mécanismes prospectifs de financement dans le financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin. Car, le paiement direct des ménages est largement supérieur à la subvention de l'Etat (comme l'a fait remarquer les CNS (2003)) ; l'assurance maladie n'est pas obligatoire et aucun ménage ou association ne laisserait de budget au près des hôpitaux pour d'éventuel besoin sanitaire. En outre, selon Sossou (2011) ; Mathauer, Sémégan et Soumaré. (2010) et les CNS (2003), le paiement direct des ménages finance principalement l'achat des médicaments dans les pharmacies hospitalières. On en déduit donc que les soins ambulatoires domineraient les soins hospitaliers dans les mécanismes rétrospectifs de financement.

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

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

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

#### **A- Cadre de l'étude**

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

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

## **B- Type, période et données de l'étude**

L'étude est une étude rétrospective et longitudinale. Elle couvre la période de 2011 à 2015, soit 05 observations.

Au regard, d'une part, de l'objectif général de l'étude et, d'autre part, des paramètres fondamentaux qui permettent de caractériser un hôpital au sens de l'OMS (1963), les données utilisées sont des données sur l'activité et la comptabilité du centre de santé. Ces données sont collectées dans les rapports d'activité du centre de santé sur la période d'étude : 2011-2015.

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

### **A- Outils de collecte des données**

Le questionnaire et le guide d'entretien ont été nos principaux outils de collecte des données. Ils nous ont permis de nous entretenir avec la responsable et les chefs services du CSA de Zogbo. Ensuite, les techniques d'observations nous ont été utiles dans l'analyse des informations reçues sur le terrain.

### **B- Méthodes et outils d'analyse**

Pour tester les hypothèses formulées et atteindre les objectifs fixés, différents outils et méthodes d'analyses ont été utilisés. La statistique descriptive telle que les fréquences a été utilisée pour trouver la part des mécanismes de financement. De façon spécifique, les méthodes d'analyse utilisées dans cette étude sont présentées par hypothèse.

**Hypothèse 1 :** Elle stipule que « la structure du financement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement ». Pour tester cette hypothèse, nous nous sommes référés aux sources de financement dudit centre de santé et identifier par la suite les mécanismes auxquels appartiennent chacune d'elle. C'est après cette identification que nous avons vérifié la présence des deux mécanismes afin d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse.

**Hypothèse 2 :** « La part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo ». Ici, la méthode utilisée est la méthode de comparaison. Il s'est agi de calculer le « poids relatif » (*Pr*) de chacun des deux mécanismes dans le financement annuel global du CSA de Zogbo à partir de la formule ci-dessous. Ensuite, si le « poids relatif » des mécanismes rétrospectifs est supérieur à celui des mécanismes prospectifs, alors l'hypothèse est validée. Mais si le « poids relatif » des mécanismes rétrospectifs de financement est inférieur à celui des mécanismes

prospectifs, alors l'hypothèse n'est pas validée.

$$Pr = \frac{\text{montant annuel de chaque mécanisme dans le financement du CSA de Zogbo}}{\text{Financement global annuel}} \times 100$$

**Hypothèse 3 :** « Les mécanismes rétrospectifs de financement rétrospectifs financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers ». Il s'est agi de présenter la structure des prestations financées par chaque mécanisme et de calculer la part de chaque soin (ambulatoire et hospitalier) financé par les mécanismes rétrospectifs de financement et faire une comparaison. Le soin ayant la part la plus élevée est donc le soin qui est plus financé par les mécanismes rétrospectifs dans le financement du CSA de Zogbo. Nous nous sommes servis de la formule :

$$P = \frac{\text{Financement annuel de chaque soin}}{\text{Financement annuel global des mécanismes rétrospectifs}} \times 100$$

### **CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS**

Ce chapitre présente deux sections. La première section aborde la présentation des résultats. La seconde section expose l'analyse des résultats.

#### **Section 1 : Présentation des résultats**

Cette section comporte deux paragraphes. Le premier paragraphe présente la structure du financement et la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CSA de Zogbo. Le deuxième paragraphe expose la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié.

#### **Paragraphe 1 : Structure du financement du CSA de Zogbo et part relative de chaque mécanisme dans le financement du CSA de Zogbo.**

##### **A- Structure du financement du CSA de Zogbo.**

La structure du financement du CSA de Zogbo peut être regroupée en deux mécanismes de financement. Chaque mécanisme est constitué de sources de financement dudit centre de santé. La première source de financement est le paiement direct des ménages. Les ménages paient à l'acte en fonction de leur besoin sanitaire à la caisse. Une fois le paiement effectué, ils reçoivent la quittance de leur paiement en plus d'une souche de ladite quittance. Cette souche est remise dans le service compétent pour bénéficier du soin correspondant. Ce financement est à l'acte et d'après l'analyse de Castonguay et Thibaudin (2013) présentée plus haut, le financement à l'acte est un mécanisme rétrospectif de financement. La seconde source de financement du CSA de Zogbo est la subvention de l'Etat. Cette subvention est de 750f sur chaque première CPN et prend en compte un lot du kit CPN octroyé à la femme enceinte. L'Etat alloue un budget historique pour cette subvention au CSA de Zogbo. D'après Castonguay et Thibaudin (2013), ce financement basé sur le budget historique est un mécanisme prospectif de financement du CSA de Zogbo.

##### **B- La part relative de chaque mécanisme dans le financement du centre de santé d'arrondissement de Zogbo**

Avant de calculer la part relative de chaque mécanisme de financement, nous présentons d'abord le montant annuel de chaque mécanisme. Ainsi, le tableau ci-dessous renferme le montant de chaque mécanisme de financement sur la période de 2011 à 2015.

**Tableau n°2** : montant annuel de chaque mécanisme de financement du CSA de Zogbo

<b>Année</b> <b>Mécanismes</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Prospectif</b>	3.040.625	2.609.000	2.876.500	2.451.875	3.322.875
<b>Rétrospectif</b>	35.835.655	37.491.280	37.123.325	34.340.820	35.806.355
<b>Total</b>	38.876.280	40.100.280	39.999.825	36.792.695	39.129.230

**Source** : réalisé par les auteurs, 2016

Pour retrouver la part relative de chaque mécanisme de financement dans le financement du CSA de Zogbo, nous nous sommes servis de la formule suivante :

$$Pr = \frac{\text{montant annuel de chaque mécanisme dans le financement du CSA de Zogbo}}{\text{Financement global annuel}} \times 100$$

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 3** : part relative de chaque mécanisme dans le financement annuel du CSA de Zogbo

<b>Année</b> <b>Pr en %</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Prospectif</b>	7,82	6,50	7,19	6,66	8,49
<b>Rétrospectif</b>	92,18	93,50	92,81	93,34	91,51
<b>Total</b>	100	100	100	100	100

**Source** : réalisé par les auteurs, 2016

On constate que la part relative des mécanismes rétrospectifs de financement domine la part relative des mécanismes prospectifs de financement.

## **Paragraphe 2 : Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié.**

### **A- Présentation des prestations financées par chaque mécanisme de financement**

Les mécanismes rétrospectifs de financement du CSA de Zogbo proviennent principalement du paiement direct des ménages et financent les services auxquels font recours ses demandeurs de soins. Ces services sont : le dispensaire ; la pharmacie ; la maternité ; le laboratoire et les CPN. Outre le paiement direct, nous avons les mesures et programmes de gratuité. Il s'agit premièrement de la prise en charge gratuit du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes qui bénéficient de plaquettes de CTA qui sont remboursées plus tard par le PNLP. Ensuite, la prise en charge des indigents dont les factures sont payées plus tard par le FSI après enquête. Enfin, la prise en charge des maladies épidermiques. Il

s'agit principalement du choléra où la facture est réglée par l'Etat et les PTF après l'offre de soins. En effet, pour limiter les risques de propagation lors des évacuations sanitaires, le CSA de Zogbo est contraint de prendre en charge le choléra avec l'aide de la zone sanitaire.

Les mécanismes prospectifs de financement du CSA de Zogbo prend en compte les subventions mises à disposition dudit centre de santé. Aussi, l'Etat et les PTF met à la disposition du service de vaccination des ressources matérielles (vaccin) dans le cadre du PEV mais, ses ressources matérielles ne font partir d'aucun mécanisme de financement du centre de santé.

### B- Part relative des soins financés par les mécanismes identifiés

Au CSA de Zogbo, l'hospitalisation relève uniquement du financement à l'acte. Elle ne se trouve pas dans les mécanismes prospectifs de financement. Ainsi, les mécanismes rétrospectifs de financement, financent à la fois les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Le montant et la part de chacun sont présentés dans les tableaux suivants :

**Tableau n°4** : Les soins financés par les mécanismes rétrospectifs

Soins \ Année	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ambulatoire</b>	33.909.655	35.815.280	35.344.325	33.079.470	34.439.855
<b>Hospitalier</b>	1.926.000	1.676.000	1.779.000	1.261.350	1.366.500
<b>Total</b>	35.835.655	37.491.280	37.123.325	34.340.820	35.806.355

Source : Réalisé par les auteurs, 2016

La part (**P**) des soins financés par les mécanismes rétrospectifs est alors calculée à partir de la formule :

$$P = \frac{\text{Financement annuel de chaque soin}}{\text{Financement annuel global des mécanismes rétrospectifs}} \times 100$$

**Tableau n°5** : part de chaque soin financé par les mécanismes rétrospectifs

P en % \ Année	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Soins ambulatoires</b>	94,62	95,52	95,20	96,32	96,18
<b>Soins hospitaliers</b>	5,38	4,48	4,80	3,67	3,82
<b>Total</b>	100	100	100	100	100

Source : réalisé par les auteurs, 2016

Sur la période d'observation, il en ressort que les soins ambulatoires dominent les soins hospitaliers.

## **Section 2 : Analyse des résultats**

Cette section comporte deux paragraphes. Le premier paragraphe analyse de la structure du financement du CSA-Zogbo et la part relative de chaque mécanisme de financement. Le deuxième paragraphe présente l'analyse de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement.

### **Paragraphe 1 : Analyse de la structure du financement du CSA-Zogbo et de la part relative de chaque mécanisme de financement**

Ce paragraphe présente deux sous paragraphes. Le premier sous paragraphe présente l'analyse de la structure du financement du CSA de Zogbo. Le deuxième sous paragraphe analyse de la part relative de chaque mécanisme de financement.

#### **A- Analyse de la structure du financement du CSA de Zogbo**

Deux types de financement ont été identifiés dans le CSA de Zogbo en fonction de l'analyse de Castonguay et Thibaudin (2013). D'une part, on retrouve le financement à l'acte qui provient du paiement direct des ménages et, est un mécanisme rétrospectif de financement du CSA de Zogbo. D'autre part, on a le budget historique qui regroupe la subvention de l'Etat sur les kits CPN et, est un mécanisme prospectif de financement. On en déduit que le CSA de Zogbo est financé à la fois par des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement. D'où la première hypothèse relative à la présente simultanée des mécanismes prospectifs et rétrospectifs dans le financement du CSA de Zogbo est validée.

#### **B- Analyse de la part relative des deux mécanismes de financement**

Sur la période d'étude, toutes les cinq (05) observations ont été prises en compte. Ainsi, la part relative des mécanismes prospectifs de financement représente respectivement : 7,82% ; 6,50% ; 7,19% ; 6,66% et 8,49% du financement global annuel de 2011 à 2015 tandis que la part relative des mécanismes rétrospectifs est respectivement : 92,18% ; 93,50% ; 92,81% ; 93,34% et 91,51% dudit financement global annuel sur la même période d'étude. Il en ressort que la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs de financement. Aussi, les mécanismes rétrospectifs étant constitués uniquement de financement à l'acte qui provient du paiement direct, on en déduit que le

financement à l'acte est le principal mécanisme de financement du CSA de Zogbo. Ce résultat est conforme à celui de Mathauer, Sémégan et Soumaré (2010) qui affirment que le financement à l'acte est le financement en vigueur au Bénin. En somme, l'hypothèse selon laquelle la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement du CSA de Zogbo est donc validée.

### **Paragraphe 2 : Analyse de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement**

Dans le CSA de Zogbo, le paiement direct des ménages finance les services relatifs : à la pharmacie, au laboratoire, au dispensaire, aux CPN ; et la maternité. La vente des médicaments représente respectivement 68,56% ; 64,45% ; 62,09% ; 62,37% et 54% du financement annuel global dudit centre de santé. Ces parts confirment les observations de Sossou (2011) selon lesquelles la vente des médicaments apparaît dans les données sur le financement communautaire comme la principale source de financement des hôpitaux publics et centres de santé communautaires. Ce paiement direct est un financement à l'acte donc un mécanisme rétrospectif de financement et financent à la fois, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Sur la période considérée, les soins ambulatoires représentent respectivement 94,62% ; 95,52% ; 95,20% ; 96,32% et 96,18% de la part annuelle des mécanismes rétrospectifs de financement de 2011 à 2015. Les soins hospitaliers, font respectivement : 5,38% ; 4,48% ; 4,80 ; 3,67% et 3,82% de la même part des mécanismes rétrospectifs de financement sur ladite période. On en déduit donc que les mécanismes rétrospectifs de financement, financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers. D'où la troisième et dernière hypothèse est aussi validée.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La politique de financement de la santé en vigueur au Bénin n'impose pas une homogénéité des goûts individuels. Les utilités tout comme les désutilités spécifiques à chaque type d'offre de services et soins médicaux (publique, privée à but lucratif, privée confessionnelle) varient d'un individu à l'autre. En conséquence, imposer une homogénéité des préférences par l'adoption d'un mécanisme de financement qui prive l'individu de la possibilité d'arbitrage, ne constitue pas une option soutenable à moyen ou long terme. Le choix éthique effectué respecte la rationalité des individus (Sossou, 2011). Ainsi, les mécanismes de financement sont un des moyens qui peut conduire les établissements à adopter des comportements en lien avec les objectifs de santé. Cependant, chaque mécanisme de paiement pris individuellement ne permet pas d'atteindre tous les objectifs d'un système de santé. En plus, l'environnement dans lequel il est implanté va influencer son efficacité à atteindre ses objectifs (Castonguay et Thibaudin, 2013).

La présente étude a été une étude rétrospective et longitudinale qui a couvert la période de 2011 à 2015, soit 5 observations. Au terme de notre étude, nous avons remarqué la présence simultanée des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement dans le CSA de Zogbo. Autrement dit, le CSA de Zogbo a un mixte mécanisme de financement. Ensuite, la part des mécanismes rétrospectifs de financement est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs de financement. Donc le financement à l'acte est le principal mécanisme de financement du CSA de Zogbo. Enfin, le financement à l'acte finance les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers. En somme, toutes nos trois hypothèses ont été validées.

Au regard des résultats de notre étude, nous recommandons à l'Etat béninois de rendre fonctionnel et plus opérationnel le Régime d'Assurance Maladie Universel (RAMU). Et aux populations d'y adhérer afin de réduire la contrainte financière qu'engendre la maladie. L'Etat doit redéfinir les critères de désignation des indigents afin de permettre uniquement aux indigents de jouir du FSI. L'Etat peut aussi revoir sa politique de la gratuité de la césarienne afin de permettre aux ménages plus aisés, de financer cette opération. Ainsi, ce paiement des ménages plus aisés réduirait les dépenses sanitaires étatiques. L'Etat doit également mettre à temps sa subvention à la disposition des hôpitaux et vite régler ses dettes envers ces derniers.

**BIBLIOGRAPHIE**

- Baron J., Teperi J., Porter M.E. et Vuorenkoski L. (2009), *The Finnish Health System: a value-based perspective*, Sltra reports, Edita prima limited Helsinki.
- Castonguay J., et Thibaudin H. (2013), Revue documentaire. In Castonguay J. (sd), *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, rapport de projet n°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO), p. 20-41.
- CNS (2003), *Comptes Nationaux de la santé*, rapport provisoire, Ministère de la Santé Publique (2006), 63 p.
- Conseil Santé Consortium (2011), *Etude sur les Comptes Nationaux de la Santé 2008-Bénin*, rapport final.
- Cordonier O. (2009), *L'impact du nouveau financement hospitalier sur les hôpitaux publics : exemple de l'Hôpital du Valais*, Mémoire n°135, 76 p.
- Dagenais L. et Khadir S. (2012), *Le financement des hôpitaux par activité (FPA)*, Québec, 5p.
- Domenighetti G. (2005), *Grandeur et misère des systèmes universels de santé*. Bulletin des médecins suisses, 2005/86, n°4, 221 p.
- Laporte J-D. (2004), *Le financement communautaire des services de santé la situation au Mali et dans d'autres Etats francophones d'Afrique*, Institut Universitaire d'Études du Développement, 76 p.
- Lefèbre D., Crommelynck A. et Degraeve K. (2013), *L'organisation et le financement des hôpitaux*, fiche d'information, MC-Information n° 253, 44 p.
- MS (2010), *Cadre de dépenses à moyen terme 2010-2012*, 42 p.
- OCDE (2010), *Health system institutional characteristic, a survey of 29 OCDE countries*, OCDE Health working papers n° 50, 2010.
- OCDE (2010), *Optimiser les dépenses de santé, Etudes de l'OCDE sur les politiques de santé*, 2010.
- OCS (2012), *Impacts de la gratuité des soins de santé des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes sur la pauvreté, le social et les OMD*, rapport final, 121 p.
- OMS (1963), Comité d'Expert des Statistiques Sanitaires, Série Rapport Technique N°261, OMS, Genève, 36 p.
- OMS (2010), *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle*, ISBN 9789242564020.

- Richard V. (2004), *Le financement de la santé en Afrique sub-saharienne le recouvrement des coûts*, *Med Trop* 2004 ; 64 : 337-340, 4 p.
- Sossou G. A. (2011), *Equité et efficacité des mécanismes de financement de la santé au Bénin*, Faculté de Droit, d'Economie et de Gestion, Laboratoire d'Economie d'Orléans, 14 p.
- Sémégan B., Mathauer I. et Ntamwishimiro Soumare A. (2010), *Analyse du financement de la santé et réflexions sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin*, rapport technique d'une mission d'appui de l'OMS, 34 p.
- Street A. et Maynard A. (2007), *Activity-based financing in England: The need for continual refinement of payment by results*, Health Economics, Policy and Law, Cambridge University Press, 2007.
- Street A., Bjorvatn A., Hvenegaard A. et Vitikainen K., (2007), *Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*, Centre for Health Economics, University of York.
- Sutherland J.M. (2011), *Hospital Payment Mechanisms: An Overview and Options for Canada*, CHSRF.

## ANNEXES

## Annexe 1 : Fiche de recette journalière

REPUBLICQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE

ZONE SANITAIRE COTONOU V

Centre de Santé de Zogbo

## FICHE DE RECETTE JOURNALIERE

Date :

N°	N° de compte	DESIGNATION	VENTES		MONTANT
			COMPTANT	CREDIT	
1	701111	Médicaments			
2	701112	Carnet			
3	7061218	Soins curatif			
4	7061248	CPN			
5	706114	Accouchement			
6	706114	Hospitalisation			
7	706133	Chirurgie			
8	7061381	Laboratoire			
9	706138	Autres prestations			
10	706138	Autres recettes			
		TOTAL			

Arrêté la présente fiche de recette à la somme de : .....

La caissière

La comptable

Réalisé et soutenu par

Boniface M. ADANDOTOSSI

Narcisse M. DANNON

Page 38

**Annexe 2 : Recettes annuelles de 2011 à 2016 suivant la présentation de la fiche de recette journalière****Recette de janvier à décembre 2011**

Colonne1	janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Pharmacie	1.595.580	2.080.365	2.118.405	2.228.290	2.331.210	2.525.715	2.368.205	2.431.650	1.999.100	2.371.085	2.265.300	2.341.850	26.656.755
Carnet de soins	24.700	26.800	29.400	26.000	29.200	33.800	33.500	33.900	28.300	35.600	42.700	38.700	382.600
Carnet de santé	22.400	20.400	24.400	17.600	22.900	19.100	18.300	18.100	22.200	24.000	19.200	20.800	249.400
CPN	158.800	198.400	233.600	209.200	239200	194400	194400	198000	207200	234000	192800	172500	2432500
Laboratoire	19.500	26.800	33.300	25.400	33000	32700	27000	25500	31200	31500	30000	30900	346800
Soins curatifs	96.700	103.200	122.800	113.200	132800	148800	154800	148400	136000	145600	182000	157200	1641500
Accouchement	80.000	156.000	158.000	222.000	172000	208000	178000	152000	146000	176000	134000	146000	1928000
Hospitalisation	80.000	154.000	158.000	226.000	168000	208000	176000	156000	142000	176000	136000	146000	1926000
Autre acte	0	3.000	0	0	0	400	0	0	0	0	1500	200	5100
Pansement	3.300	4.200	4.200	4.400	6400	5000	6200	7600	4800	7600	6400	5400	65500
Pose de perfusions	7.000	19.500	14.000	13500	11500	15000	18500	26500	18000	15000	23500	19500	201500
Total	2.087.980	2792665	2.896.105	3085590	3146210	3390915	3174905	3197650	2734800	3216385	3033400	3079050	35835655

Réalisé et soutenu par

Boniface M. ADANDOTOSSI

Narcisse M. DANNON

Page 39

## Recette de janvier à décembre 2012

Colonne1	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Médicament	2093900	2251050	1403325	1761380	1976650	2189425	2393050	2404000	1848425	2251725	2640275	2634975	25848180
Carnet de soins	25000	29000	18800	27500	36900	40600	47300	39900	32200	34400	48600	42300	422500
Carnet de santé	19000	21800	12500	19700	17600	18700	22900	19000	20900	22000	21800	20400	236300
Laboratoire	30900	223500	286600	322600	286100	281200	371100	351600	377800	359700	421300	276700	3589100
Soins curatifs	111600	118400	81200	103200	152000	170400	166800	160000	153200	154000	136800	144400	1652000
CPN	203600	230000	159600	193600	198400	170400	183200	160000	153200	154000	136800	144400	2087200
Accouchement	116000	156000	144000	142000	194000	180000	152000	142000	103000	128000	120000	124000	1701000
Hospitalisation	116000	152000	142000	136000	192000	176000	152000	140000	104000	126000	118000	122000	1676000
Autres actes	1000	0	0	0	0	0	0	0	1000	0	2000	0	4000
Pansement	4200	5400	4000	3400	3400	4200	6000	5800	11300	6200	16500	4600	75000
Pose	28000	16500	16000	13000	14500	16500	21500	18000	10500	13500	17000	15000	200000
Total	2749200	3203650	2268025	2722380	3071550	3247425	3515850	3440300	2815525	3249525	3679075	3528775	37491280

Réalisé et soutenu par

## Recette de janvier à décembre 2013

Colonne1	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Médicament	2078650	1901975	2198425	2024800	2056675	2110675	2343075	1602725	1774470	2356375	2345055	2046965	24839865
Carnet de soins	30700	31700	34100	24200	42300	47400	42300	25200	23900	41200	42600	29400	415000
Carnet de santé	21400	17800	22900	19000	19200	18200	22800	23500	26200	19800	21300	21400	253500
Laboratoire	333000	312000	361200	308900	219400	200700	276500	189200	185900	315900	319600	331600	3353900
Soins curatifs	130000	132400	137200	154400	212000	243600	220400	144060	126200	195200	215800	157600	2068860
CPN	182400	162400	210000	215200	230800	195600	191600	169600	204400	188400	178400	172400	2301200
Accouchement	124000	134000	180000	162000	192000	173000	150000	104000	162000	148000	122000	116000	1767000
Hospitalisation	128000	134000	180000	164000	192000	175000	150000	104000	162000	148000	122000	116000	1775000
Autres actes	1200	0	0	6000	1000	0	0	0	0	0	0	0	8200
Pansement	6000	3400	4000	7200	4200	3400	2400	2200	1600	2000	2200	3600	42200
Pose	10500	17000	16500	12000	16500	29500	35500	2100	20500	55000	29500	50000	294600
Autre hospitalisation	0	0	0	2000	2000	0	0	0	0	0	0	0	4000
Total	3045850	2846675	3344325	3099700	3188075	3197075	3434575	2366585	2687170	3469875	3398455	3044965	37123325

Réalisé et soutenu par

## Recettes de janvier à décembre 2014

Colonne1	janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Pharmacie	2178570	1996475	2341025	2242425	2000975	2044755	2187280	1717645	1381650	1440175	1594600	1822775	22948350
Carnet de soins	24800	22100	36500	36800	27400	17200	23200	38300	30600	31300	31000	35300	354500
Carnet de santé	22800	29400	25100	20500	18000	43500	38200	18200	16300	18900	20400	16400	287700
CPN	159200	178100	192800	170400	168600	183000	166400	148400	156000	149600	163000	126000	1961500
Laboratoire	289200	344900	314300	379000	386100	360200	355500	237400	358800	176100	302300	353500	3857300
Soins curatifs	120800	128800	167200	192800	184000	203600	194400	149600	142800	124800	146000	173600	1928400
Accouchement	160000	98000	132000	150000	102000	87000	124000	80000	97000	96000	62000	70000	1258000
Hospitalisation	156000	98000	132000	150000	102000	87000	124000	80000	97000	96000	60000	70000	1252000
Autre acte	12220	6000	0	0	3000	3000	3000	2000	3000	400	0	3000	35620
Pansement	1800	1000	5800	5400	5200	7800	5400	4800	5400	5600	2100	3800	54100
Pose de perfusions	34500	33500	47500	29500	37500	44000	38000	28000	18500	17000	30000	36000	394000
Autre hospitalisation	0	0	0	3000	1000	4000	1350	0	0	0	0	0	9350
Total	3159890	2936275	3394225	3379825	3035775	3085055	3260730	2504345	2307050	2155875	2411400	2710375	34340820

Réalisé et soutenu par

Recettes de janvier à décembre 2015

Colonne1	janv-15	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	déc-15	Total
Médicament	978675	863050	1200650	1617125	2021375	2210275	2310660	2049465	1767825	1919250	1958475	2234380	21131205
Carnet de soins	16100	13900	20800	23200	17200	28100	40800	34000	30600	20900	20800	39200	305600
Carnet de Santé	13900	12300	17200	20400	47600	43800	20200	20100	20400	33400	41800	17400	308500
Laboratoire	292700	260500	442000	869500	344750	370500	443500	347600	448400	410300	591100	349200	5170050
Soins curatifs	128400	115800	156600	218400	266400	264400	258600	219600	193000	216600	270000	221400	2529200
CPN	216200	208800	244200	213600	238800	230400	202800	202900	217200	219000	231000	233400	2658300
Accouchement	66000	72000	84000	102000	159000	171000	150000	145500	99000	174000	129000	15000	1366500
Hospitalisation	66000	72000	84000	102000	159000	171000	150000	145500	99000	174000	129000	15000	1366500
Autre soins	200	1600	7300	8700	4600	3600	12800	13800	11400	10200	9000	13200	96400
Pansement	2500	4600	6600	6900	10400	6000	6900	12300	4000	5900	6800	15200	88100
Pose	22000	14000	16500	47500	54500	47000	50000	46500	375000	28500	41000	43500	786000
Total	1802675	1638550	2279850	3229325	3323625	3546075	3646260	3237265	3265825	3212050	3427975	3196880	35806355

Source : réalisé par les auteurs, 2016

