



REPUBLIQUE DU BENIN



**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE-**

UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

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

SPECIALITE : Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS)

THEME :

**FINANCEMENT DES HOPITAUX AU BENIN : CAS DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DEPARTEMENTAL DE L'OUEME-PLATEAU (CHUD-OP)**

Réalisé et présenté par :

Romain S. HOUNKPATIN & Maxime M. A. KPADONOU

Sous la Direction de:

Dr Gilles Armand SOSSOU

Docteur ès-science économiques

(Enseignant chercheur à la FASEG)

ANNEE ACADEMIQUE 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.

Table des matières

AVERTISSEMENT	1
DEDICACE 1	5
DEDICACE 2.....	6
REMERCIEMENTS	7
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	8
LISTE DES ANNEXES	9
RESUME.....	10
ABSTRACT	10
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE	13
Section1 : Présentation du CHUD O-P	13
Paragraphe1 : Situation géographique, aperçu historique, missions et objectifs du CHUD O-P	13
A. Situation géographique du CHUD O-P	13
B. Aperçu historique du CHUD-OP	14
C. Mission du CHUD-OP.....	15
D. Objectifs du CHUD-OP.....	15
Paragraphe2 : fonctionnement et ressources du CHUD-OP	16
A. Fonctionnement du CHUD-OP	16
1- Statut juridique.....	16
2- Organes de gestion.....	16
2-1 Organe délibérant du CHUD-OP	16
2-2 Organes exécutifs.....	17
2-3 Organes consultatifs.....	17
2-4 Autre organes consultatifs non statutaires	17
3- Présentation des services.....	18
3-1 Service médicaux et de spécialités.....	18
3-2 Services médico-techniques.....	18
3-3 Services de direction	18
B. Les Ressources du CHUD-OP.....	19
1- Les Ressources Humaines.....	19
2- Les ressources matérielles et techniques du CHUD-OP	20

2-1- Le plateau technique	20
2-2- Capacité en lits d'hospitalisation	20
3- Les ressources financières du CHUD-OP	21
Section 2 : Déroulement du stage au CHUD-OP	22
Paragraphe 1 : Présentation des différents services	22
A. L'Economat	22
B. La Division Gestion Administrative du Personnel (DGAP)	23
C. Le magasin.....	24
D. La Comptabilité Matière	24
E. Division maintenance des équipements	25
F. La Division Gestion des Malades et Statistiques (DGMS).....	25
G. Le Service des Affaires Financiers (Comptabilité Budget).....	25
Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et les approches de solution.	25
A- Les difficultés rencontrées	26
B- Les approches de solution	26
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE	27
Section 1 : Cadre théorique de l'étude	27
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude.	27
A- Problématique	27
B. Objectifs.....	29
1. Objectifs de l'étude	29
2. Objectifs Spécifiques.....	29
C. Hypothèses.....	29
Paragraphe 2 : Revue de la littérature	30
Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude	34
Paragraphe1: Les caractéristiques de l'étude	34
A- Cadre de l'étude :	34
B- Type, période de l'étude.....	35
C- Données de l'étude	35
Paragraphe 2: Méthodes ou outils de collecte et d'analyse des données	35
A- Méthode de collecte des données	35
B- Méthodes et d'analyse.....	35
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	37

Section 1 : Présentation des résultats	37
Paragraphe 1 : La structure du financement du CHUD-OP et leurs parts relatives dans le financement du CHUD-OP	37
A- La structure du financement du CHUD-OP	37
B- Part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHUD-OP.....	38
Paragraphe 2 : Structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement au CHUD-OP.....	40
Section 2: Analyse des résultats	42
Paragraphe 1: Analyse de la structure de financement du CHUD-OP et de la part relative de chaque mécanisme de financement	42
A- Analyse de la structure du financement du CHUD-OP	42
B- Analyse de la part relative de chaque mécanisme de financement	43
Paragraphe 2 : Analyse de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement	43
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
ANNEXES	47

DEDICACE 1

Je dédie ce travail à :

- ✓ Mon feu Père François HOUNKPATIN,
- ✓ Ma Mère Germaine VIGNON,
- ✓ Mes frères et sœurs, et à toute ma famille.

Romain Sègla HOUNKPATIN

DEDICACE 2

Je dédie ce travail à :

- ✓ Mon feu Père François KPADONOU,
- ✓ Ma Mère Rosalie HOUNGBEDJI,
- ✓ Ma famille, mes ami(e)s et à tout mes proches.

Maxime Modeste Akouègnon KPADONOU

REMERCIEMENTS

L'accomplissement du présent mémoire a été possible grâce à la participation active de plusieurs personnes à qui nous exprimons notre profonde gratitude. 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. Qu'il trouve ici le symbole de notre profonde reconnaissance,
- Monsieur Pierre OBALE le C/SAF du CHUD-OP, qui malgré la responsabilité qui lui a été confié, a accepté nous orienté à travers des conseils et surtout nous a permis d'accéder aux informations dont nous avons besoin pour la réalisation de notre travail,
- Monsieur Georges HOUNKPONOU le chef de la division Comptabilité Budget du CHUD-OP qui à travers ces précieux conseils nous a guidé pour connaître et mieux comprendre comment est financé l'hôpital qui a été l'objet de notre étude,
- Monsieur Paulin MONTCHO, chef de la division DGMS pour ses conseils et ses appréciations,
- Le Professeur Charlemagne B. IGUE, Doyen de la FASEG et le Docteur Adrien Magloire WOTO, vice doyen de la FASEG pour leurs sacrifices consentis et leur détermination dans la formation et la recherche en Sciences Economiques et de Gestion,
- Tous les Professeurs et Enseignants de la FASEG,
- Les membres du Jury qui ont bien voulu apprécier ce travail à sa juste valeur,
- Monsieur Joachim HOUNKPATIN pour ses différentes remarques,
- Tous ceux qui de diverses manières ont contribué à la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACE	: Agent Contractuel de l'Etat
ACL	: Agent des Collectivités Locales
ANGC	: Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne
ANPE	: Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploie
AOF	: Afrique Occidentale Française
APE	: Agent Permanent de l'Etat
C/SAAE	: Chef Service des Affaires Administratifs et Economiques
C/SAF	: Chef Service des Affaires Financiers
CEDEAO	: Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHD	: Centre Hospitalier Départementale
CHUD-OP	: Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau
DDS	: Direction Départemental de la Santé
DGAP	: Division Gestion Administrative du Personnel
DGMS	: Division Gestion des Malades et Statistiques
EGSS	: Economie et Gestion des Structures Sanitaires
FASEG	: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
F CFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FED	: Fonds Européen de Développement
FNRB	: Fonds National des Retraites du Bénin
FSA	: Formations Sanitaires Assimilées
FSI	: Fonds Sanitaire des Indigents
MS	: Ministère de la Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ORL	: Oto Rhino Laryngologie
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
SSP	: Soins de Santé Primaire
SMQ	: Système Management de la Qualité
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UEMOA	: Union Monétaire Ouest Africain

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition du personnel du CHUD-OP suivant chaque spécialité au 1^{er} septembre 2016

Tableau 2 : Evolution de la situation financière du CHUD-OP de 2005 à 2014

Tableau 3:Part de chaque mécanisme de financement

Tableau 4 :Part relative de chaque mécanisme de financement

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme du CHUD-OP

Annexe 2 : Subventions réalisées par le CHUD-OP de 2010 à 2014

RESUME

Le présent mémoire analyse les mécanismes de financement du CHUD-OP. L'étude rétrospective longitudinale s'est déroulée sur la période de l'année 2014 à 2016 soit 3 observations. Les données utilisées proviennent de la comptabilité et de la facturation de l'hôpital. Pour tester les hypothèses et atteindre les objectifs nous avons utilisé la statistique descriptive associée à des entretiens semi dirigés. Il ressort des travaux et analyses effectués que le CHUD-OP tire sa principale source de revenu des prestations qu'il fournit aux patients et on y ajoute les subventions venant de l'Etat et des partenaires. Le financement du CHUD-OP est lié au financement à l'acte appartenant aux mécanismes rétrospectifs de financement. Ces derniers financent à 100%, si on n'associe pas les subventions venant de l'Etat et parfois des partenaires, les types de soins qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers dispensés dans le centre.

Mots clés : mécanisme prospectif, mécanisme rétrospectif, financement des hôpitaux, centre hospitalier universitaire départemental de l'ouémé et du plateau

ABSTRACT

This paper examines the funding mechanisms of CHUD-OP. The longitudinal retrospective study was carried out over the period 2014 to 2016, i.e. 3 observations. The data used comes from hospital accounting and billing. To test the hypotheses and to reach the objectives we used the descriptive statistics associated with semi-directed interviews. It emerges from the work and analysis carried out that CHUD-OP draws its main source of income from the benefits it provides to patients and adds subsidies from the State and partners. Funding for CHUD-OP is linked to the fee-for-service financing of retrospective funding mechanisms. The latter fund 100%, if one does not associate the subsidies coming from the State and sometimes partners, the types of care that they are ambulatory or hospitals dispensed in the center.

Key Words: prospective mechanism, retrospective mechanism, financing of hospitals, university departmental hospital center of the oueme plateau.

INTRODUCTION

La santé selon l'OMS (1946) est « un état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle est le premier élément que tout individu doit préserver, que toute nation doit garantir à sa population avant de penser amorcer n'importe quel processus de développement.

La santé est un bien commun, il est normal, naturel et légitime que tous les gouvernements, quelle que soit leur couleur politique et quel que soit le pays, s'attachent à voir leurs citoyens dans le meilleur état de santé possible. Une politique de santé publique forte est le devoir et l'intérêt d'un État. Il n'y aurait, en toute logique, aucune raison de chercher à les réduire, les diminuer, ou simplement à les maîtriser (J. Chadelat 2005).

A cet effet, l'article 16 alinéa1 de la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples stipule que « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle est capable d'atteindre ». La constitution béninoise du 11 Décembre 1990 vient confirmer en son article 8 la volonté délibérée de l'Etat béninois à assurer et à préserver la santé de ses citoyens en stipulant que « la personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. Aussi assure-t-il à ses citoyens l'égal, accès à la santé ».

Pour atteindre son objectif en matière de santé qui est de garantir pour tous « un accès équitable aux soins de santé » le Bénin a opté pour la création dans les années 90 des Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et des Formations Sanitaires Assimilées (FSA) par le décret n°90-347 du 14 Novembre 1990 portant approbation et statuts des CHD et FSA.

Le Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé et du plateau (CHUD/OP) est une formation sanitaire de référence pour la prise en charge des malades en provenance des hôpitaux de zone et des autres centres de santé publics ou privés des départements de l'Ouémé et du Plateau. Dans sa fonction principale, il doit offrir des soins de qualité à tous les malades admis en son sein. Ces soins de qualité sont fondamentalement déterminés par la mise en place d'un plateau technique performant et la mise à disposition à temps des intrants à savoir : consommables médicaux, médicaments, produits d'entretien et autres biens. Cependant la disponibilité permanente de ces ressources dépendra essentiellement d'un financement régulier et considérable mais aussi d'une gestion efficace et rationnelle de ses ressources. Ainsi nous avons choisi d'analyser les mécanismes de financement présent au CHUD-OP à travers le thème qui s'intitule **Financement des hôpitaux au Bénin : cas du CHUD-OP**. 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 lors d'un stage académique de trois mois au Centre Hospitalier Universitaire de l'Ouémé et du Plateau.

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

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

Les hôpitaux, ou prestataires de soins du second recours, sont les institutions fournissant des soins de santé et qui dépendent d'une main d'œuvre hautement formée et d'équipements spécialisés. La première composante englobe aussi bien le corps médical (médecins ou infirmiers) que les administrateurs, alors que la deuxième consiste en tous les moyens matériels servant d'une manière ou d'une autre à soigner et guérir les malades (Salvaria G. 2011). Ce chapitre est divisé en deux sections. La première est consacrée à la présentation du CHUD O-P. La seconde aborde le déroulement du stage.

Section1 : Présentation du CHUD O-P

Cette section comprend deux paragraphes. Le premier aborde la situation géographique, l'aperçu historique et les objectifs du CHUD O-P et le second expose les ressources et le fonctionnement de l'hôpital.

Paragraphe1 : Situation géographique, aperçu historique, missions et objectifs du CHUD O-P

Ce paragraphe aborde dans un premier sous paragraphe la situation géographique du CHUD O-P, le deuxième l'aperçu historique et le troisième sous paragraphe sa description.

A. Situation géographique du CHUD O-P

Le CHUD-OP est situé au quartier Ouenlinda, dans la ville de Porto-Novo, capitale du Bénin. Il est implanté sur une superficie de terrain de 5,6 hectares, non loin de l'Assemblée Nationale. En tant qu'hôpital départemental de référence suivant la pyramide sanitaire nationale, le CHUD-OP dessert les populations des départements de l'Ouémé et du Plateau. D'une superficie de 4.725 km², ces deux départements sont situés dans la partie sud-est du Bénin et repérés entre le 6° et le 7,5° de la latitude nord sur le globe terrestre. Ils sont limités au nord par le département des Collines, au sud par l'océan Atlantique, à l'est par la République Fédérale du Nigeria et à l'ouest par les départements de l'Atlantique, du Littoral et du Zou. Conformément à la charpente de la carte sanitaire de l'Ouémé et du Plateau, le CHUD-OP dessert les centres de santé périphériques et les hôpitaux de zone formant la sphère d'activités des cinq (5) zones sanitaires suivantes : zone sanitaire Porto-Novo, Aguégoués, SèmèPodji (PAS) située dans un rayon d'au moins 10 km ; zone sanitaire Adjarra, Avrankou, Akpro-Missérété (AAA) située dans un rayon d'au moins 20 km ; zone sanitaire Sakété, Ifangni (SAKIF) située dans un rayon d'au moins 30 km ; zone sanitaire Adjohoun, Bonou, Dangbo (ABD) située dans un rayon d'au moins 25 km, zone sanitaire. Pobè, Adja Ouèrè, Kétou (PAK) située dans un rayon d'au moins 50 km.

Les activités quotidiennes menées sont entre autres : les consultations médicales externes, les consultations chirurgicales, l'hospitalisation, les actes médicaux spécialisés, les interventions chirurgicales, les explorations diagnostiques, les soins préventifs et promotionnels de santé maternelle et infantile, la réadaptation fonctionnelle, l'assistance médicale et psychosociale, la cession de produits pharmaceutiques et la thanatopraxie.

B. Aperçu historique du CHUD-OP

Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau dénommé autrefois Hôpital de Porto-Novo, a été créé en 1906 et installé sur la caserne militaire au quartier Ouenlinda, où résidait le Colonel Alfred Dodds, ancien gouverneur de l'Administration coloniale française de l'ex-AOF.

Dirigé à l'époque par des officiers supérieurs de l'administration coloniale française, il aura servi de répondant pour l'hôpital Aristide LE DANTEC de DAKAR au Sénégal. En tant que tel, il desservait le sud-ouest du Nigeria, le sud – est du Togo et le Dahomey. Cette période correspondait à de bonnes conditions de séjour des malades de la métropole. La qualité des soins était soutenue à l'époque coloniale par la disponibilité des médicaments et consommables médicaux, le renforcement du plateau technique, et l'efficacité des soins assurés par des médecins militaires et des infirmiers spécialisés administrés par la métropole. Au lendemain des indépendances nominales en Afrique en 1960, cette notoriété a demeuré quelque peu grâce à la mise en place de la PHARMAPRO qui distribuait des produits pharmaceutiques et des consommables médicaux aux hôpitaux sous le régime de nationalisation des établissements et des offices d'Etat. Avec la liquidation de la PHARMAPRO et les pratiques peu orthodoxes des agents de santé telles que la vente illicite des médicaments, le mauvais accueil et le rançonnement des malades, des dysfonctionnements d'ordre matériel, technique et financier, ont entaché la régularité de fonctionnement Services du Centre et par conséquent, terni l'image de marque de l'hôpital. Compte tenu de ces difficultés, la refonte du système sanitaire a été consacrée par les résolutions issues de l'Initiative de Bamako en 1987 qui stipulaient au préambule, la participation communautaire pour le bon fonctionnement des centres de santé au sein des pays membres de la CEDEAO. Cette réforme a permis de réorienter l'approche de fonctionnement des centres de santé basée sur la cession des médicaments essentiels sous nom générique à moindre coût dans les centres de santé. La mobilisation des fonds propres par le financement communautaire permettra aux centres de santé de faire face à l'achat des consommables, des médicaments essentiels et des matériels médicaux de première nécessité. Cette décision a été

entérinée au Bénin par les dispositions du Décret 88 - 444 du 18 novembre 1988 pour répondre à l'efficacité et à l'efficience des soins de santé.

Par ailleurs, les actions de lutte contre la vente parallèle des médicaments, le rançonnement des malades et le mauvais accueil, ont permis d'améliorer le climat de confiance entre l'hôpital et sa clientèle.

Etant le plus ancien hôpital du pays, ses bâtiments qui datent de la colonisation sont délabrés totalement sous le poids de l'âge et de l'usure. Des efforts de bienveillance ont été faits en 1989 par deux natifs de Porto-Novo (EL HADJA Ibatou SANI GLELE et feu EL HADJ Waïdi Badirou) qui ont construit gracieusement deux (2) bâtiments splendides dans l'hôpital qui abritent respectivement les Services de la Médecine Interne (52 lits) et de la Pédiatrie (65 lits et berceaux). Cette action de bienveillance au profit des populations, a encouragé les partenaires du 8^eFED à financer le projet de réhabilitation complète des infrastructures de l'hôpital en 1991. La réception définitive de ces travaux et le rééquipement du Centre a été célébrée en janvier 2000 avec une capacité d'accueil de 400 lits.

Le décret 90 - 347 du 14 novembre 1990 portant statut des CHD et formations sanitaires assimilées, a permis d'installer les conseils d'administration et d'envisager une autre orientation à la gestion des hôpitaux publics du pays (passage d'une gestion centralisée à une gestion autonome plus souple).

A la faveur des réformes intervenues au niveau du système sanitaire national jusqu'à la récente apparition des hôpitaux de zone, le Centre a subi des mutations d'ordre structurel : il deviendra Centre Hospitalier Provincial de l'Ouémé (CHP-Ouémé) en 1980, puis Centre Hospitalier Département de l'Ouémé (CHD-Ouémé) en 1990 et Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau (CHD-OP) à partir de 1996 avec l'avènement de la décentralisation au Bénin puis CHUD-OP dans l'espace CHU en 2014.

C. Mission du CHUD-OP

La mission du CHUD-OP comprend trois volets essentiels. Premièrement d'assurer les soins curatifs de qualité aux populations cibles de l'Ouémé et du Plateau, deuxièmement servir de cadre d'accueil aux stages pratiques pour les étudiants en formations de médecine et de spécialités et troisièmement servir de tremplin aux missions de recherche en santé pour les chercheurs, les consultants et les praticiens dans l'espace hospitalier universitaire.

D. Objectifs du CHUD-OP

L'objectif général du CHUD-OP est d'assurer la prise en charge médicale, chirurgicale et psychosociale des patients admis dans le centre. De façons spécifiques améliorer l'efficacité

de la prise en charge des référés dans le centre ; satisfaire à 100% les plaintes et les réclamations des clients ; prendre en charge à 100% les malades prioritaires PNDS et les parturientes césariées ; gérer rationnellement les ressources disponibles pour le bon fonctionnement des services ; promouvoir l'hygiène de l'environnement hospitalier et enfin promouvoir les indices de bonne gouvernance hospitalière au sein des pôles d'activités.

Paragraphe2 : Fonctionnement et ressources du CHUD-OP

Ce paragraphe aborde d'une part, les ressources du CHUD-OP et d'autre part le fonctionnement du CHUD-OP

A. Fonctionnement du CHUD-OP

1- Statut juridique

Le Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé et du Plateau est un établissement sanitaire public hospitalier ayant les attributs d'un office d'Etat à caractère social, culturel et scientifique. Il est régi par les dispositions du décret 90-347 du 14 Novembre 1990 portant statut des CHD et Formations Sanitaires Assimilées en République du Bénin. A ce titre, il est doté d'une personnalité morale et d'une autonomie financière sous la tutelle du ministère de la santé. L'organisation et le fonctionnement du centre sont réglementés par l'Arrêté d'application du statut sous le n°903/MS/DC/DSAF/SAG du 19 Avril 1995.

Dans l'espace hospitalo universitaire, la mutation du CHD-OP en CHUD-OP est régi depuis septembre 2014 par les dispositions des textes règlementaires tels le décret n°2012-300 du 28 Août 2012 portant attributions organisation et fonctionnement des centres hospitaliers universitaires du Bénin ; la loi organique n°2013-14 relative aux lois de finances ; la loi n°94-009 du 28 Juillet 1994 portant création organisation et fonctionnement des offices à caractère sociale, culturel et scientifique ; le décret n°2010-640 du 31 Décembre 2010 portant restructuration de l'espace hospitalier universitaire ; le décret n°90-344 du 14 Novembre 1990 portant approbation des instructions nationales de gestion des formations sanitaires publiques de la République du Bénin ; le règlement relatif au droit comptable dans les Etat de l'UEMOA et le Système Comptable Ouest Africain.

2- Organes de gestion

2-1 Organe délibérant du CHUD-OP

Le Conseil d'Administration, (C.A) est l'organe délibérant. Il oriente et approuve la politique générale du Centre conformément aux objectifs et stratégies définis dans la politique sanitaire nationale. Il se réunit deux (2) fois par an, en session ordinaire à l'occasion de

l'adoption et le vote du Budget du Centre. Il est investi des pouvoirs de décisions pour la bonne marche des activités du Centre.

2-2 Organes exécutifs

L'organe de Direction de l'hôpital est dirigé par le Directeur de l'Etablissement hospitalier. Il exécute les décisions prises par le Conseil d'Administration à qui il rend compte et qui le contrôle.

Il assure le management hospitalier du Centre avec la contribution des différents organes de gestion. Il représente l'Etablissement sanitaire vis-à-vis des tiers dans les limites des pouvoirs qui lui ont été délégués par le Conseil d'Administration. Il soumet à l'appréciation du Conseil d'Administration, les propositions concrètes de projets et programmes de développement du Centre à l'occasion du vote et de l'approbation du budget. Il assiste avec voix consultative aux délibérations dudit Conseil.

2-3 Organes consultatifs

Le Comité de Direction (CODIR) qui est l'organe consultatif obligatoire présidé par le Directeur du CHUD-OP, organise des réunions mensuelles ordinaires et extraordinaires, élargies aux Chefs de Service, aux Surveillants de Pavillons et aux Partenaires sociaux. Il est consulté pour prendre des décisions importantes sur les problèmes de fonctionnement du Centre ; **la Commission Médicale Consultative (CMC)**, l'organe consultatif présidé par le chef des services médicaux et techniques, est consulté pour contribuer à la bonne marche des activités des services médicaux et techniques du Centre ; **le Comité d'Hygiène, d'Assainissement et de Sécurité (CHAS)**, veille à la salubrité, l'assainissement et la sécurité des personnes et des biens ; **la Cellule de contrôle et de gestion**, organe consultatif de conseil, donne des informations utiles à la gestion transparente du Centre. Cet organe technique d'analyse, contribue efficacement aux activités de contrôle et de gestion pour le développement économique et financière du Centre ; **Le Bureau des Délégués du Personnel** participe à la bonne marche des activités du Centre dans les actions de sensibilisation et de mobilisation du personnel autour des principes cardinaux du respect du code de l'éthique et de la déontologie professionnelle.

2-4 Autre organes consultatifs non statutaires

Comme organes consultatifs non statutaires nous pouvons dénombrer le Comité de Réception des Commandes, des Dons et Libéralités ; le Comité de Cuisine ; le Comité de Jumelage avec les partenaires ; le Comité de pilotage du SMQ ; le Comité de suivi des

activités de la morgue ; le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ; la Cellule de Contrôle et de Recouvrement (CCR)

3- Présentation des services

En vertu des dispositions du décret 90 - 347 du 14 novembre 1990 portant statut des CHD et formations sanitaires assimilées, le CHUD-OP est un hôpital de type pavillonnaire composé des services médicaux et techniques ; du service des affaires administratives et économiques ; du service des affaires financières et de la surveillance générale en position de staff de direction.

3-1 Service médicaux et de spécialités

On distingue la Médecine Interne, la Chirurgie Générale ; la Pédiatrie-Néonatalogie, Gynéco-Obstétrique, le service des Urgences et Tris, l'Ophtalmologie, l'ORL, l'Odontostomatologie, Anesthésie Réanimation, l'Unité de Psychiatrie, l'Unité de Cardiologie, l'Unité de Dermatologie-Vénérologie et l'Unité de Diabétologie

3-2 Services médico-techniques

Les services médico-techniques disponibles au CHUD-OP sont entre autre la Radiologie, la Pharmacie, un Laboratoire, la rééducation fonctionnelle et un service social

3-3 Services de direction

L'hôpital, dans l'accomplissement des tâches qui lui sont confiées, dispose d'une administration qui est dirigée par un Directeur assisté de ses collaborateurs (C/SAAE et C/SAF) et des organes de gestion et de consultation pour assurer l'exécution des activités du CHUD-OP.

- **La Direction du CHUD-OP**

Elle assure le fonctionnement du CHUD-OP et contribue à la réalisation de la politique sanitaire. Le Directeur a donc pour tâches d'exécuter les décisions prises par le Conseil d'Administration; de mettre en œuvre les décisions prises par le Conseil d'Administration dans le cadre des opérations relatives à son objet dans les limites de ses compétences et des pouvoirs qui lui sont délégués; d'ordonner et de veiller à l'exécution du budget du CHUD; d'assister aux délibérations du Conseil d'Administration.

- **Le service des Affaires Administratives et économiques (SAAE)**

Le SAAE est dirigé par un C/SAAE. Il est chargé de la facturation des droits du CHUD; la tenue de la comptabilité matière; la gestion des malades et statistiques; la maintenance et l'entretien; la gestion des régies d'avances.

Ce service comporte six (06) divisions à savoir la division gestion administrative et du personnel; la division gestion des malades et statistiques; la division comptabilité matière; la division assurance qualité; la division économat; la division infrastructure, équipement et maintenance.

- **Le Service des Affaires Financières (SAF)**

Le SAF est dirigé par un C/SAF. Il est chargé d'élaborer le budget annuel de l'hôpital; d'assurer le recouvrement des recettes; d'assurer le paiement des dépenses; d'exécuter les opérations de banque; d'assurer la gestion des régies de recettes; d'assurer la comptabilité générale et analytique du centre; d'élaborer le bilan et le rapport financier.

Le SAF a donc deux (02) divisions pour assurer sa mission : Division comptabilité et budget; Division Recouvrement et Opérations bancaires.

La surveillance Générale et la Cellule Qualité sont des instances administratives rattachées à la Direction de l'hôpital.

B. Les Ressources du CHUD-OP

Le CHUD-OP dispose des ressources pour son fonctionnement. On distingue les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources financières.

1- Les Ressources Humaines

L'homme est et demeure le facteur le plus important dans toute institution. Ainsi le CHUD-OP dispose-t-il à la date d'aujourd'hui d'un effectif assez important.

Le personnel du CHUD-OP est un ensemble pluridisciplinaire de 504 agents au 1^{er} Septembre 2016, répartis par catégorie socioprofessionnelles comme l'indique le tableau suivant

Tableau 1 : Répartition du personnel du CHUD-OP suivant chaque spécialité au 1^{er} septembre 2016

Catégories socio professionnelles	STATUT								TOTAL
	APE	ACE	ACE/R	ACL	Prestataires	ANPE	Volontaire	Autres	
Médecine	7	0	19	0	5	0	0	1	32
Chirurgie	9	3	32	1	1	0	0	0	46
Maternité	18	12	41	0	7	0	0	0	78
Pédiatrie	6	0	49	1	11	0	0	1	68
Dermatologie	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Radiologie	5	0	4	0	2	3	3	0	17
Service social	2	0	1	0	1	1	0	0	5
Ophthalmologie	9	0	4	0	2	0	0	0	15
Stomatologie	7	0	3	0	0	0	0	0	10
Cardiologie	0	0	2	0	2	0	0	0	4
Rééducation	2	0	3	2	1	0	0	0	8
Urgence	4	1	12	1	5	0	0	0	23
ORL	1	1	5	0	0	0	0	0	7
Laboratoire	5	6	7	0	4	1	3	0	26
Pharmacie	1	0	9	0	1	0	0	0	11
Anesthésie	6	4	25	0	9	1	1	0	46
Direction	1	0	1	0	0	0	0	0	2
SAAE	8	1	66	3	5	3	0	1	87
SAF	2	0	13	0	0	1	0	0	16
TOTAL	95	28	297	8	56	10	7	3	504

Source : les auteurs eux-mêmes à base des informations fournies par la DGAP

2- Les ressources matérielles et techniques du CHUD-OP

2-1- Le plateau technique

Le plateau technique du CHUD-OP est composé d'un bloc opératoire central muni de quatre salles d'interventions et d'un bloc de stérilisation centrale, d'un bloc obstétrical avec deux salles d'interventions, d'une unité de soins intensifs avec une salle des brûlés, d'une unité d'Electrocardiogramme et d'Echo Doppler cardiaque, de deux cabinets dentaires, d'une cabine d'audiométrie ORL, de cinq sections d'analyses biomédicales du Laboratoire (Biochimie – Hématologie – Bactériologie – Sérologie et parasitologie), d'un service d'imagerie médicale, d'un centre de réadaptation fonctionnelle, d'une banque de sang, d'un service de pharmacie, d'une unité de néonatalogie pour les néonataux d'urgence.

2-2- Capacité en lits d'hospitalisation

Le CHUD-OP dispose d'une capacité théorique de 400 lits. En raison des travaux de réfection et d'aménagement des infrastructures sanitaires en cours dans le centre, le nombre

de lits réellement occupés est réduit à 375 places, réparties par service dont 60 lits pour la médecine interne, 87 lits et berceaux pour la Pédiatrie-Néonatalogie, 79 lits pour la Gynéco-Obstétrique, 14 lits pour la salle de réanimation, 12 lits pour la salle de réveil, 10 lits pour la salle d'observation aux urgences, 18 lits pour l'Ophtalmologie – ORL – Stomatologie et enfin de 95 lits pour les actes de chirurgie.

A cela s'ajoute stocks de produits pharmaceutiques, infrastructures sanitaires existantes et les différentes immobilisations de chaque spécialité.

3- Les ressources financières du CHUD-OP

La gestion financière au CHUD-OP est assurée par le Service des Affaires Financières de l'hôpital. Il s'occupe de la Comptabilité, de l'élaboration et le suivi de l'exécution du Budget, et des opérations bancaires (recouvrement des recettes et décaissement pour dépenses) en vue d'assurer le bon fonctionnement des Services.

Sur le plan financier, l'élaboration, l'exécution, le suivi, le contrôle du budget, la dynamisation du système de recouvrement des créances, la réduction des charges en vue de les ajuster au niveau des ressources disponibles, sont les grands axes sur lesquels repose la gestion rationnelle des ressources du Centre.

Tableau 2 : Evolution de la situation financière en Franc CFA du CHUD-OP de 2005 à 2014

Rubrique	Recettes Propres	Subventions Etat	Dépenses de Fonctionnements	Dépenses d'Investissement	Dettes	Créances
Année 2005	462.530.120	768.703.333	1.449.991.975	32.010.635	148.021.257	329.264.324
Année 2006	623.695.016	788.543.906	1.333.092.322	28.199.324	286.293.110	190.717.371
Année 2007	793.122.079	479.393.283	1.293.213.084	87.376.875	315.210.674	315.392.391
Année 2008	934.162.277	463.666.667	936.145.681	79.535.847	191.644.087	270.434.688
Année 2009	862.965.000	676.935.000	1.442.236.393	4.038.000	213.439.475	278.774.992
Année 2010	603.968.771	570.246.053	997.540.053	25.661.980	398.064.942	392.196.097
Année 2011	685.884.004	581.831.511	1.582.341.523	479.000.000	448.859.168	641.808.570
Année 2012	1.122.994.699	827.257.331	1.786.170.351	154.834.096	195.774.925	337.261.768
Année 2013	1.094.288.540	736.116.395	1.815.669.342	118.078.231	297.129.916	358.949.813
Année 2014	913.757.136	797.022.800	1.811.795.896	74.097.981	403.037.175	336.000.000

Source : Les auteurs eux même à partir des statistiques du CHUD-OP

Section 2 : Déroulement du stage au CHUD-OP

Cette section présente le déroulement du stage au sein du CHD-OP. De même elle présente les difficultés rencontrées et les approches de solution aux difficultés rencontrées.

Paragraphe 1 : Présentation des différents services

Le CHUD-OP est un centre hospitalier de référence pour toutes les autres formations sanitaires des départements de l'Ouémé et du Plateau. C'est un centre doté d'une autonomie financière et organisationnelle.

Nous avons effectué notre stage entre le mercredi 10 Août et le jeudi 10 Novembre 2016 au CHUD-OP. Au cours de notre stage, nous avons élaboré un planning de stage qui nous a permis de définir un chronogramme afin de passer dans certains services du CHUD-OP pour découvrir les différentes tâches exécutées au niveau de ses services à savoir: l'Economat, la DGMS, la DGAP, la Comptabilité Matière, le Magasin, la Division de la Maintenance des Equipements et le SAF (Comptabilité Budget).

A. L'Economat

L'Economat est une division du SAAE subdivisé en deux sections que sont la Section mandatement et la Section suivi et contrôle budgétaire le tout dirigé par un chef de division.

Cette division a pour tâche l'achat et l'approvisionnement, l'apprêtage des Etats des prestataires ou des commissions pour le paiement. Les dépenses dans l'optique d'achat et d'approvisionnement se font sur les fonds propres, les crédits délégués et des fonds de la régie. Ceux qui se font sur la régie sont ceux engendrés par les besoins dont les coûts n'excèdent pas 20000f. En effet chacune des dépenses sur les fonds nécessite une procédure. En ce qui concerne les fonds de la régie la procédure des dépenses commence par une expression de besoin par les différents services du CHUD-OP, une analyse et visa du C/SAAE, aller effectuer la dépense, joindre la facture au bon d'expression de besoin, faire une certification (poser les cachets selon un ordre donné au sens de chaque facture), faire le bilan, établir le mandat pour le renouvellement ou remboursement des dépenses, imputer, dépouiller et envoyer à la comptabilité budget.

Par ailleurs, pour faciliter l'achat ou l'approvisionnement, l'Economat lance au début de chaque année un dépôt des dossiers des fournisseurs volontaires pour constituer le répertoire des fournisseurs. Ainsi lorsqu'un service exprime un besoin ou après l'expression de besoin des services au début d'année, l'Economat se réfère au répertoire des fournisseurs pour sélectionner trois parmi eux pouvant livrer ou faire les prestations. L'Economat adresse à ses fournisseurs une demande de cotation dans laquelle est mentionné l'article, la qualité et la quantité ou le type de prestation. Une fois reçu, chaque fournisseur envoie des factures pro format. Au cas où le coût des besoins exprimés par les différents services excède la somme de 20.000f, la procédure est la même mais se fera sur les fonds propres ou crédits délégués.

B. La Division Gestion Administrative du Personnel (DGAP)

La DGAP est une division sous la tutelle du SAAE et est subdivisée en deux sections à savoir la section du soldes et accessoires qui assure la prise en charge, l'établissement des états de paiement et, de la section division et gestion administrative du personnel qui se charge de la fiche de paiement, le contrat de prestation et la fiche individuelle du personnel. Cette division est dirigée par un chef qui est le responsable gestionnaire des ressources humaines. Il a pour mission de coordonner et de superviser les activités de gestion administrative des emplois et des compétences en ressources humaines dans le centre et est chargé du management des ressources humaines sur le plan administratif organisationnel et stratégique. Dans l'exécution de sa mission il est appelé à assurer la gestion du secrétariat administratif, mettre à jour le fichier du personnel par catégorie professionnel (dossier individuel, statut des agents, l'état nominatif, logiciel de gestion du personnel), élaborer et attribuer les fiches de poste aux différentes catégorie d'agents, présenter le tableau synoptique

de répartition du personnel selon les besoins des services, élaborer l'organigramme hiérarchique et fonctionnel des services de l'établissement, élaborer le plan de recrutement du personnel, mettre en œuvre le plan de formation continue et de recyclage du personnel, élaborer le plan de gestion des carrières des ressources humaines disponibles, gérer efficacement les mouvements du personnel (absence, départ, arrivées, retraites, stages de perfectionnement, etc.), états de paiement relatif au éléments de rémunération du personnel (paiement des salaires, des primes, des indemnités, des accessoires et des cotisations sociales), superviser et évaluer les tâches assignées à chaque catégorie de personnel, vulgariser le règlement intérieur au personnel, développer la communication sociale et les relations interpersonnelles au sein de l'établissement (gestion concertée, règlement des contentieux, diffusion des informations de communication), motiver les agents modèles plus méritants, sensibiliser le personnel sur les droits et les devoirs en milieu professionnel (règles de l'éthique et de déontologie, avantages, sens des valeurs, dévouement, responsabilité), participer aux réunions statutaires avec les instances représentatives du personnel, présenter le bilan social de l'établissement en fin d'année.

Le responsable Gestionnaire des Ressources Humaines entretient des relations de travail avec le Chef Service hiérarchique des Affaires Administratives et Economiques, avec le Directeur et les autres Chefs Services du Centre.

C. Le magasin

Au magasin sont stockés les produits alimentaires, d'entretiens, équipements de bureau, les vivres, les outils hospitaliers (lits, tables de consultations, gants...) sauf les médicaments. Trois type de livraison peuvent être effectué tels que les dons des ministères des partenaires ou ONG, les achats sur crédits délégués et achats sur fonds propres. La réception des matériels se fait en présence d'une commission mise sur pied dont chaque membre doit viser le bulletin de la liste de fourniture à réceptionner. La sortie interne des fournitures se fait sur bon d'expression de besoin exprimer par chaque membre par chaque service qui est envoyé au C/SAAE qui vise. Cette opération de sortie interne des fournitures comprend le bon d'expression de besoin, le bordereau de livraison . Il existe trois types de bon que sont le bon de sortie journalier, le bon de dotation mensuel et le bon d'expression de besoin.

D. La Comptabilité Matière

Division sous la tutelle du SAAE, elle s'occupe de la réception des équipements, des matériels et autres produits du CHUD-OP. C'est une division subdivisée en deux sections dont la section Gestion des Stocks et la section Approvisionnement en pharmacie. La section

gestion des stocks est chargée de l'enregistrement, grâce au logiciel PERFECTO des entrées et des sorties de tout ce qui est matériels pour usage et d'en ressortir l'ordre d'entrée plus bon de livraison et l'ordre de sortie plus bon de sortie qui sera transmises au magasinier pour faire entrée et faire sortie les différents articles et matériels dont les besoins se font exprimer. La section de l'approvisionnement en pharmacie s'occupe de la réception des médicaments.

E. Division maintenance des équipements

C'est la division qui s'occupe des matériels et équipements médicaux du CHUD-OP en vue de leur maintenance. Il est chargé d'organiser la maintenance des appareils et équipements de l'hôpital c'est-à-dire installer ou former les utilisateurs en maintenance de 1^{er} niveau, d'assurer l'entretien qui doit être fait, de planifier des opérations de maintenances préventives et collectives et de les exécutées, de faire l'inventaire comptable interne grâce au logiciel GEMAO, participer aux reformes des reformes des équipements et assurer la sécurité des personnes et des biens (au cas ou un équipement en panne pourrais représenter un danger pour l'utilisateur).

F. La Division Gestion des Malades et Statistiques (DGMS)

Elle est chargée de la collecte et du traitement mensuel des informations sanitaires en vue de l'évaluation de la performance. De ce fait, elle est aussi en charge de la gestion des flux des entrées et sorties des malades et des relations avec les clients en vue de satisfaire leurs attentes.

Pour mener à bien ses missions, la DGMS s'est structurée en trois sections à savoir : la Section Admission Sortie qui s'occupe de l'admission et de la gestion et sortie des malades; la Section Facturation qui s'occupe de la facturation des droits et de la ventilation Facture clients; la Section Statistique qui s'occupe de la collecte, du dépouillement et du traitement des donnés sur les informations sanitaires puis du suivi de l'évaluation.

G. Le Service des Affaires Financiers (Comptabilité Budget)

Division du SAF, Il est chargé d'élaborer le budget annuel de l'hôpital; d'assurer le paiement des dépenses; d'exécuter les opérations de banque; d'assurer la gestion des régies de recettes; d'assurer la comptabilité générale et analytique du centre; d'élaborer le bilan et le rapport financier.

Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et les approches de solution.

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

A- Les difficultés rencontrées

Au cours de notre stage au CHUD-OP, nous avons connu quelques difficultés. En effet, compte tenu de notre thème et des informations dont on a besoin, il a nous a été demandé d'élaboré un planning de stage afin de passer dans divers services pour toucher du doigt les différentes tâches effectuées à chaque niveau. Etant à notre première expérience dans un travail de recherche et novice au sein de la structure, nous avons été confronté à une mal compréhension de la fonction de certains divisions ce qui nous a amené à élaborer un mauvais planning dans un premier temps puisqu'on a mal repartit le temps que nous aurons à passer dans ses différentes services espérant trouver des informations par rapports à notre thème là où il n'y a pas possibilité. Dans un second temps, les données de l'étude préétablies (1990 à 2015) dans notre projet de recherche n'ont pas pu être accessibles. En effet jugées trop sensibles et compromettantes, ces données ont fait l'objet d'une longue et convaincante discussion avec les agents de la division Facturation et Recouvrement avant qu'on nous les fournisse et ce pour ce qui est disponible à leur niveau (2014 à 2016), ce qui a fait retarder un peu le travail.

B- Les approches de solution

Face à ces difficultés rencontrées, nous avons suggéré quelques approches de solution. A l'arrivé de chaque stagiaire dans l'hôpital, on pourrait lui demander sa filière d'étude, ce sur quoi il veut travailler, s'il l'a déjà déterminé bien sûr, et faire en sorte qu'il entre en possession des données dont il aurait besoin et un accompagnement dans son travail. Aussi et surtout une assistance dans la réalisation de son planning de stage en tenant compte bien sur de sa filière de formation afin qu'il ne se base pas sur des préjugés pour le faire.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Le chapitre II est composé de deux sections. La première section présente le cadre théorique. La seconde section 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

Au lendemain de leur indépendance les pays africains déclaraient la santé comme un droit et instaurent un système favorisant l'accès aux soins pour tous. Dans les années 70, cette tendance a commencé à être inversée. Les crises alimentaires et pétrolières qui ont secouées le monde notamment l'Afrique au sud du Sahara, ont donc poussé les politiques à réorienter les priorités vers d'autres secteurs jugés d'urgence. C'est ainsi que le développement des technologies médicales, l'accentuation de la spécialisation et la demande de plus en plus performants ont fait croître les dépenses consacrées à la santé, qui sont passés de 3% du PIB mondiale en 1948 à 79% en 1997 (OMS 2000) et ont entraîné une crise dans le secteur de la santé. Les populations africaines, à majorité pauvre ont commencé à sentir une détérioration de leur état de santé par la baisse de la qualité des soins. Cette situation de crise a amené les décideurs à être plus regardant sur les dépenses de la santé et la qualité des soins. Pour trouver d'autres sources de financement la politique de l'Etat providence va être bannie et on va instaurer lors de la conférence d'Alma Ata, en 1978, les Soins de Santé Primaires (SSP) en changeant le slogan qui devient finalement «santé pour tous et par tous» appelant ainsi la population et les organisations à s'impliquer aux côtés des gouvernements dans le financement de la santé. Les années 80 vinrent donc une réorganisation profonde des systèmes de santé en Afrique avec une forte décentralisation et une stratégie axée sur la prévention et les soins de santé primaires. Cette nouvelle politique a permis de mettre en place des outils qui permettent une utilisation rationnelle des ressources tout en améliorant la qualité du service. Mais elle se heurta pourtant rapidement à la question de son financement.

Le financement dans les pays à faible revenus était assuré par les aides extérieurs, le budget de l'Etat. Le financement par les Etats était censé garantir la gratuité des soins mais la conjoncture économique de la décennie 80-90 a mis en mal ce principe ; les systèmes de santé et en particulier les soins de santé ont cruellement souffert de manque de moyens et

d'efficacité, c'est-à-dire que l'Etat n'a plus la capacité de supporter cette charge de financement des soins de santé de la population (V. Richard 2004).

Les pays africains ne pouvant plus financer leurs services de santé d'où l'idée du financement des services de soins par le recouvrement des coûts. Les prestations auprès des malades firent leurs apparitions au début des années 80 et furent officiellement lancées par l'OMS à Bamako en 1987 sous "l'initiative de Bamako". Son postulat de base était que le patient serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité adapté à sa demande. Toutes les fonctions sont désormais dévolues aux responsables des structures sanitaires notamment les directeurs des établissements publics de santé.

Pour atteindre son objectif qui est de garantir la santé à la population, le Bénin a opté pour la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires dont les hôpitaux et les centres de santé. Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage administratif. Il comprend trois niveaux. Le niveau central ou national comprenant les structures centrales du ministère de la santé et cinq établissements hospitaliers de troisième référence et/ou spécialisés ; le niveau intermédiaire ou départemental comprenant les directions départementales de la santé(DDS) et une série d'établissement hospitalier de deuxième référence et/ou spécialisés ainsi que les centres d'information, de prospective, d'écoute et de conseil ; le niveau périphérique comprenant trente-quatre districts appelé zone sanitaire au Bénin, les hôpitaux de zones, les centres de santé, les centres d'action de la solidarité et d'évolution de la santé, les centres de direction de la tuberculose et les unités villageoises de santé. A noter qu'en plus de structures publics, le Bénin compte un nombre important de structures privées et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

La question fondamentale qui se dégage des données sur le financement de la santé au Bénin, (conseil consortium, 2011 ; Ministère de la Santé Publique, 2006), est de connaître les différents acteurs qui interviennent dans le financement de la pyramide sanitaire du Bénin. Le CHUD-OP est une formation sanitaire de référence pour la prise en charge des malades en provenance des hôpitaux de zone et des autres centres de santé publics ou privés des départements de l'Ouémé et du Plateau. Dans sa fonction principale, il doit offrir des soins de qualité à tous les malades admis en son sein. Ces soins de qualité sont fondamentalement déterminés par la mise en place d'un plateau technique performant et la mise à disposition à temps des intrants à savoir : consommables médicaux, médicaments, produits d'entretien et autres biens. La disponibilité permanente de ces ressources dépendra essentiellement d'un

financement rigoureux et régulier. En effet, étant à caractère social, l'Etat accompagne le CHUD-OP pour son fonctionnement à travers des subventions (crédits délégués, salaires APE/ACE, eau, électricité, téléphone etc...). Certains partenaires financiers apportent également les aides à travers des dons au CHUD-OP. Mais Malgré toutes ses différentes subventions provenant de l'Etat et des partenaires, force est de constater que le CHUD-OP fait toujours face à des difficultés sur le plan de son financement.

Ainsi il serait adéquat de connaître la structure du financement du CHUD-OP et le cadre de notre étude nous amène à se poser la question de savoir quels sont les mécanismes de financement du CHUD-OP. Cet état de chose suscite des questions spécifiques que sont : quelle est la structure de financement du CHUD-OP ? Quelle est l'importance relative de chaque mécanisme dans le financement du CHUD-OP ? Quelles sont les prestations qui sont financées par chaque source intervenant dans le financement du CHUD-OP ?

Les résultats de cette étude devraient nous permettre de savoir si le financement du CHUD-OP suit la logique néolibérale du désengagement de l'Etat; de faire découvrir d'autres formes de financement des hôpitaux et de la santé en générale qui n'existe pas peut être dans le système sanitaire béninois. D'où l'intérêt que nous y avons porté.

B. Objectifs

1. Objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude est d'analyser les mécanismes de financement du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau.

2. Objectifs Spécifiques

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

- ❖ Déterminer la structure du financement du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau
- ❖ Estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau
- ❖ Déterminer la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié

C. Hypothèses

- ❖ La structure de financement du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement

- ❖ La part des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau
- ❖ Les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers.

Paragraphe 2 : Revue de la littérature

Les hôpitaux, ou prestataires de soins du second recours, sont les institutions fournissant des soins de santé et qui dépendent d'une main d'œuvre hautement formée et d'équipements spécialisés. La première composante englobe aussi bien le corps médical (médecins ou infirmiers) que les administrateurs, alors que la deuxième consiste en tous les moyens matériels servant d'une manière ou d'une autre à soigner et guérir les malades (Salvaria G. 2011).

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)

Le financement est l'opération par laquelle un agent économique se procure les ressources nécessaires à son activité (petit Larousse 2014).

Dans le domaine de la santé, le financement a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces. Il faut à cet effet réduire ou éliminer le risque pour un individu, d'être incapable de payer de tels soins ou de s'appauvrir en essayant de le faire (OMS 2000).

Généralement les pays de sub-Sahara constituent dans la majorité, des pays à faible revenus. En effet, Les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenus ont été marquées par trois orientations successivement dominantes à savoir : La gratuité des soins, la participation financière des usagers, la nécessité de développer les dispositifs assuranciers (Audibert et al. 2004). Ainsi ses trois orientations ont changé la politique de financement dans les pays à faible revenu.

Le financement dans les pays à faible revenus est assuré par les aides extérieurs, le budget de l'Etat mais aussi les ménages depuis la mise en place du recouvrement des coûts.

Le principe de recouvrement des coûts est basé sur trois modalités à savoir : le paiement des différentes prestations qui indique que le patient paie pour la consultation mais aussi les différents actes qui lui sont prescrits ainsi que les médicaments, le paiement forfaitaire qui repose sur un prix unique pour chaque consultation, la cotisation périodique qui est une approche qui peut s'apparenter de loin aux principes des mutuelles (V. Richard 2004).

Le Bénin dans sa structure de financement se rapproche un peu de la politique de financement énoncé plus tôt par V. Richard. Au Bénin, le financement de la santé provient de trois principales sources : le financement public par l'Etat qui peut soit mobiliser les ressources qui lui sont propres (recettes fiscales diverses, revenus des activités ou d'entreprises publiques...) soit obtenir des ressources de l'étranger sous forme de dons, de prêts ou d'aides budgétaires diverses ; le financement privé par le ménage et les entreprises ; le financement extérieur (Laboratoire AMEN 2014).

En d'autre terme, on distingue trois modes de financement au Bénin : les subventions, les prêts et l'autofinancement. Les subventions sont essentiellement constituées des subventions des Etats à travers le budget du ministère de la santé publique, des autres ministères intervenant dans le secteur de la santé. Ce budget reçoit une aide globale des partenaires sous forme d'appui budgétaire pour renforcer l'action de l'Etat sur le terrain. Ces subventions servent à financer le personnel du secteur de santé, sa formation et la gestion de sa carrière. Elles financent également les infrastructures (construction, réhabilitation, équipement et maintenance), l'acquisition des médicaments, vaccins soluté et autres, les prestations de service divers et le carburant. En plus des subventions, l'Etat ou d'autres formations sanitaires privées ont recours aux prêts des organismes de financement bilatéral ou multilatéral pour le financement de certains programmes de développement sanitaire. L'autofinancement est l'ensemble des ressources générées par les structures sanitaires. Ces ressources dans le cadre des formations sanitaires publiques viennent en complément des ressources mises à leurs dispositions par l'Etat et parfois les partenaires. (Rapport provisoire des comptes nationaux de la santé exercice 2003)

Une source de financement étant l'origine des ressources, elle finance à travers des mécanismes qui sont les voies et moyens par lesquels les fonds sont mis à la disposition du secteur de la santé. Jusqu'en 2010, les mécanismes de financement et dispositifs existants au Bénin sont entre autres les paiements directs par les ménages à travers les tickets modérateurs dans le secteur public et privé ; le financement des formations sanitaires et des activités des soins préventifs par les impôts ; la prise en charge des Agents de la Fonction Public ("4/5"),

gérée par le Ministère des Finances et de l'Economie ; les mutuelles de santé communautaires appuyées par les partenaires et le MS ; les mutuelles de sécurité sociale soutenues par le Ministère du Travail (dans presque chaque département) ; un Fond National des Retraites (FNRB), géré par le Ministère des Finances ; un Fond Sanitaire des Indigents (FSI) géré par le MS ; une ligne budgétaire pour toute la population (avant, elle ne concernait pas les agents de l'Etat) ; une agence autonome de la gratuité des césariennes sous la tutelle du MS ; les assurances maladies privées (Barthélemy SEMEGAN et al. 2010).

Par contre dans d'autres contrées la politique de financement est différente. Les régimes de santé et de protection sociale à travers l'Europe se sont organisés autour de deux grands modèles. Le premier est dit Bismarckien, car il a été inventé par Bismarck, le chancelier d'Allemagne pour protéger les ouvriers de l'industrie alors naissante. Il s'agit d'un modèle essentiellement paritaire qui fait appel aux partenaires sociaux lesquels sont contrôlés par l'état. Ce modèle est financé par la cotisation à la fois patronale et syndicale. La protection sociale est offerte en échange de travail et les prestations sont proportionnelles aux revenus. Le deuxième est dit Beveridgien (Britannique) apparu en 1942, il s'agit d'un modèle étatique, financé par l'impôt, gouverné par **3U**: Uniformité, Universalité, Unicité.

Ces politiques et modes de financement de la santé renvoient donc à la question du financement des systèmes de santé. La principale fonction d'un système de santé est d'assurer l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble des habitants et nécessite la mise en commun pour une meilleure répartition des risques, c'est-à-dire veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux soins préventifs et curatifs. (V. Richard 2004)

Pour la plupart, les systèmes de santé disposent d'une autonomie financière et également des modalités de financement. Les structures autonomes disposent des modalités de financement qui sont de trois ordres. **La subvention** correspond à la somme globale mensualisée louée par le ministère de la santé ou une collectivité locale à la structure, en générale annuellement. Il s'agit d'un mode de financement qui concerne principalement les établissements publics. Mais le ministère peut être conduit à subventionner des structures privées. **La tarification** consiste à faire payer une prestation particulière. Différentes modalités de tarification correspondent aux différentes manières d'identifier la prestation fournie (cadre médical, hospitalisation, épisode de pathologie, etc....). Ce mode de financement peut s'appliquer à toutes les catégories de financeurs (ménages par paiement directs, organisme de couverture maladie) et de prestataires. **La capitation** consiste à payer un forfait (annuel par exemple pour bénéficiaire, en cas de besoin, des prestations de la

structure. Elle peut être versée par le ménage (paiement direct), par un organisme de couverture maladie ou par l'Etat au profit d'un bénéficiaire (A. Samare 2009).

Ces modalités pourraient permettre au système de santé d'assoir son mode d'organisation de l'offre de soins, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers. On peut distinguer trois modes d'organisation de l'offre de services médicaux en particulier s'agissant des soins ambulatoires et hospitaliers. On parlera du système du remboursement, du système du contrat et du système intégré. Dans le système du **remboursement**, les prestataires sont payés après coup pour les services fournis aux patients. Le paiement peut être effectué directement par le patient (qui est alors généralement remboursé, en totalité ou en partie, par une assurance), ou par une assurance à qui le prestataire demande de prendre en charge les services fournis. Le choix du patient (choix d'un lieu, service requis, avis du généraliste, etc.) a donc une influence déterminante sur la façon dont le financement de la santé se répartit entre les prestataires, et par conséquent sur les modalités de l'offre de soins. Le système du **contrat** implique, d'une manière ou d'une autre, un accord prospectif entre les tiers payants et les prestataires de soins, qui fixe les clauses et conditions du paiement des services. Par rapport au système du remboursement, le système du contrat confère au payeur une plus large possibilité de contrôle de la dépense et de sa répartition. Dans les systèmes **intégrés**, le même organisme qui est généralement un organisme administratif local ou central exerce son contrôle à la fois sur le financement et sur l'offre de services de santé (H. Oxley et Maitland MacFarlan revue économique de l'OCDE 1995/I).

En général, pour les systèmes de santé c'est-à-dire les hôpitaux on distingue le mode de financement des hôpitaux prospectifs et le mode de financement des hôpitaux rétrospectifs. Selon le financement prospectif l'allocation des ressources par le payeur à l'établissement hospitalier se fait en début d'exercice ou année financière. Ce dernier est chargé de le gérer de telles sortes à ne pas le dépasser. Ce mode de financement comporte d'une part le financement par budget selon lequel les systèmes de santé intégrés et universels ont recours au financement des organisations par subvention globale ou par budget et d'autre part le financement par capitation selon lequel le prestataire soit un médecin ou une organisation de soin primaire 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. La capitation responsabilise le prestataire pour les dispensions d'une gamme de service, des soins primaires seulement jusqu'à la couverture totale des besoins de santé. Le principe de base du financement rétrospectif est le paiement effectué après que les services

aient été prodigués par les établissements hospitaliers. On dit de ce mode financement que le «financement suit le patient». Ainsi, le patient est une source de revenu plutôt qu'une source de dépense. On distingue également dans ce cas de financement le financement à l'activité et le financement incitatif. Le financement des hôpitaux basé sur l'activité repose sur deux composantes essentielles. La première est le système de classification de l'activité permettant de suivre le nombre, la nature des activités et l'utilisation des ressources d'un ou des établissements. La deuxième composante est la tarification de cette activité. Il est composé du financement à l'acte, la forme la plus simple du financement à l'activité, qui est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque actes effectué ; le financement par cas, finance l'ensemble des services et fournitures requis dans le cadre d'un épisode de soin soit du début d'une hospitalisation jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital ; le financement basé sur les évidence, a pour objet d'améliorer la qualité en influençant les pratique pou qu'elles respectent les évidences, les tarifs sont établis en fonction du coût lié aux ressources utilisées lorsque les meilleurs pratiques sont appliquées. Le financement incitatif aussi appelé à la performance est utilisé comme moyen d'atteindre des objectifs prioritaires en mettant l'emphase sur des résultats précis. Il permet ainsi de prioriser des cibles de qualité de soin, d'assurer la relation entre le patient et l'établissement et ou de réduire les délais d'attente (J. Castonguay 2013).

Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude

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

Paragraphe1: Les caractéristiques de l'étude

A- Cadre de l'étude :

Le cadre de notre étude est le CHUD-OP. 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. Partant de la définition de l'hôpital selon l'OMS, elle identifie cinq paramètres fondamentaux qui permettent de caractériser un hôpital. Nous avons les installations qui permettent d'assurer le logement et la nourriture, la possibilité de séjour de 24h au moins pour le malade, l'admission de malades blessés ou de parturientes, les soins et services avec l'observation le diagnostic le traitement ou la réadaptation, la surveillance médicale dans une mesure variant considérablement suivant le personnel disponible. Le CHUD-OP est une formation sanitaire de référence pour la prise en charge des malades en

provenance des hôpitaux de zone et des autres centres de santé publics ou privés des départements de l'Ouémé et du plateau. Dans sa fonction principale, il doit offrir des soins de qualité à tous les malades admis en son sein. Ainsi, le renouvellement du stock de médicament, l'entretien du plateau technique et des matériels médicaux, le cadre (hygiène), le coût des soins sont autant d'éléments qui nécessitent une mobilisation de ressource.

B- Type, période de l'étude

L'étude est une étude rétrospective et longitudinale. Elle couvre la période de 2014 à 2016 soit trois observations.

C- Données de l'étude

Au regard, d'une part, de l'objectif général de l'étude et d'autre part, des paramètres fondamentaux qui permettent de caractériser un hôpital au sens de l'OMS (1963), sans oublier l'orientation reçue de la part de certains chefs de division, les données à utiliser sont des données sur la Comptabilité et la Facturation au sein de l'hôpital. Ces données sont collectées sur les différents budgets élaborés et les factures et prises en charges de l'hôpital sur la période d'étude de 2014 à 2016.

Paragraphe 2: Méthodes ou outils de collecte et d'analyse des données

A- Méthode de collecte des données

Cette étude étant une étude rétrospective, elle fait principalement recours aux techniques d'observation notamment des différents budgets élaborés et des différentes factures et prises en charges sur la période d'étude. La technique d'observation des différents budgets élaborés nous a permis de connaître les différentes sources de financement de l'hôpital et la technique d'observation des différentes factures et prise en charges avec l'appui de l'article de

" Joanne Castongay " est utilisée pour faire ressortir les différents mécanismes de financement issus de ses sources.

B- Méthodes et d'analyse

Pour tester les hypothèses formulées et atteindre les objectifs fixés, différentes méthodes d'analyses ont été utilisées. De façon spécifique, les méthodes d'analyses utilisées dans cette étude sont présentées par hypothèse.

Hypothèse 1: « La structure du financement du CHUD-OP comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement ». Ici, il a été question de savoir d'abord ce que signifie les termes "mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement" en se référant spécifiquement au document de Joanne Castongay (**analyse comparative des**

mécanismes de financement des hôpitaux 2013), ensuite passer à l'identification des différents mécanismes de la structure de financement du CHUD-OP et leurs répartitions selon les différentes modalités des mécanismes (prospectifs ou rétrospectifs) auxquels ils appartiennent. Si la répartition des différents mécanismes de la structure de financement du CHUD-OP n'inclut pas les deux mécanismes (Prospectifs ou Rétrospectifs) ou prend en compte un seul des deux mécanismes alors l'hypothèse est rejetée.

Hypothèse 2 : « La part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement du CHUD-OP ».

Pour tester cette hypothèse, le calcul de la part engendrée par chaque mécanisme (Prospectifs et Rétrospectifs) de financement pour chaque année de la période d'étude et le calcul de leurs fréquences relatives ont été faits pour voir le mécanisme ayant la plus forte fréquence. Le mécanisme qui a la plus forte fréquence est celui dominant.

Hypothèse 3 : « Les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers ». Les soins ambulatoires sont les soins que les usagers viennent prendre et retourner chez eux. Les soins hospitaliers sont les soins qui nécessitent de garder au sein de l'hôpital les patients avec tout le nécessaire que requiert une hospitalisation. Il s'agit d'abord, de déterminer les prestations qui sont financées par chaque élément de la structure de financement du CHUD-OP réparti en mécanismes prospectifs et rétrospectifs, d'identifier parmi ces prestations celles qui sont des soins ambulatoires et soins hospitaliers afin de savoir quels types de soins prend en compte chacun de ces mécanismes. Si les deux types de soins (ambulatoires et hospitaliers) sont financés par les mêmes mécanismes (rétrospectifs ou prospectifs) alors l'hypothèse n'est pas validée.

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 est constituée de deux paragraphes. La première présente la structure de financement du CHUD-OP ainsi que leurs parts relatives. Le deuxième aborde les différentes prestations qui sont financées par chaque mécanisme intervenant dans le financement du CHUD-OP.

Paragraphe 1 : La structure du financement du CHUD-OP et leurs parts relatives dans le financement du CHUD-OP

Ce paragraphe est composé de deux parties. La première aborde la structure de financement du CHUD-OP. La seconde partie aborde la part relative de chaque mécanisme dans le financement.

A- La structure du financement du CHUD-OP

Le fonctionnement du CHUD-OP est axé sur plusieurs modes de financement tels que :

- Paiement direct des ménages :

A l'issue du recouvrement des coûts liés aux prestations, l'hôpital exige le paiement total des soins reçus à la caisse par les usagers bénéficiaires. A ceux qui bénéficient d'une prise en charge aux sens des sociétés d'assurances, les institutions privées et publics, un pourcentage autour de 80% leur est généralement accordé en réduction des dépenses liées aux soins de santé et donc les 20% restent à leur charge. On appelle ça ticket modérateur

- Assurances maladies privées :

Par définition, l'assurance est un contrat par lequel une personne (appelée souscripteur) se fait promettre, pour son compte ou celui d'un tiers, par une autre partie (l'assureur) une prestation généralement pécuniaire en cas de réalisation d'un risque. Au CHUD-OP le receveur de soin paie une partie des soins dont il a bénéficié et le reste est recouvré plus tard chez son assureur.

- Prise en charge des agents du secteur public et privé (Régime des "4/5") :

Les agents du secteur public (ministères, structure d'Etat, collectivités locales etc.) et privée (ONG, Banques, structures de micro finance, particuliers à terme etc.) sont pris en charge soit à 100% ou à un taux de couverture sanitaire défini selon les soins de santé prestés.

Par ailleurs l'Etat à travers divers programmes, intervient aussi dans le financement du

CHUD-OP. Il s'agit de :

- Agence Nationale pour la Gratuité de la Césarienne (ANGC)

Dans ce cas des femmes bénéficient des kits pré opératoires et post opératoires pour les soins maternels liés à la césarienne. Elles sont prises en charge à 100%.

- Programme National de Lutte contre le Paludisme (PLNP)

Il s'agit d'un financement où les enfants de 0 à 5 ans sont prises en charge gratuitement pour le paludisme selon un paquet de soins bien défini par le programme.

- Fonds National des Indigents (FSI)

Le fond sanitaire pour les indigents est destiné à couvrir la prise en charge à 100% des malades indigents.

- Fonds National des Retraites du Bénin (FNRB)

Les retraités du Bénin sont les bénéficiaires de ses fonds pour leurs prises en charge dont une partie est remboursée par ses derniers à l'hôpital pour les soins dont ils ont bénéficié.

- Mutuelles de prévalence

C'est un système de gestion fondé sur le regroupement dans un pool de risque d'un grand nombre d'individus vulnérables à un même risque et sur la notion de solidarité.

En dehors de ces différents programmes, l'Etat intervient particulièrement lui-même dans le financement du CHUD-OP à travers des subventions sous diverses formes. Il prend en charge, les salaires des agents (APE, ACE), les factures (Electricité, Eau, Téléphone) et surtout octroie chaque année des fonds sous forme de crédits délégués pour satisfaire les besoins éprouvés pour un bon fonctionnement de l'hôpital. Compte tenu de la pertinence de l'expression d'un besoin et de la disponibilité de ressource, des partenaires techniques et financiers appuient aussi, sous forme de prêts ou de dons, le CHUD-OP pour son fonctionnement.

B- Part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHUD-OP

Le tableau 3 nous récapitule la part, en d'autre terme le montant en Francs CFA, de chaque mécanisme de financement au CHUD-OP sur notre période d'étude.

Tableau 3: Part de chaque mécanisme de financement

Mécanisme de financement	ANNEES		
	2014	2015	2016
Paiement direct des ménages	434900734	401513296	514094622
Prise en charge des agents des secteurs public et privée (Régime des "4 /5")	233.411.483	229.356.820	303.175.516
ANGC	125.700.000	139.300.000	101.900.000
FNRB	69.600.370	77.387.214	102.165.885
FSI	42.818.295	19.620.305	33.662.960
PNLP	9.061.125	7.142.581	5.017.755
Assurances maladies privées	5.161.360	5.256.520	7.537.033
PNLS	1.630	-	-
Mutuelles de prevalence	-	-	580.380
Total	920.654.997	879.576.736	1.068.134.151

Source : Les auteurs eux même à partir des factures et prises en charge

Au vue de ce tableau, il est à remarqué que la part du paiement direct des ménage est généralement plus élevée pour chaque année de notre période d'étude.

Le tableau 4 présente la part relative de chaque mécanisme de financement par rapport à l'autre sur l'ensemble de la période d'étude.

Tableau 4 : Part relative de chaque mécanisme de financement

Mécanismes de financement	Année 2014 à 2016	Fréquence relative en %
Paiement direct des ménages	1.350.508.652	47,17%
Prise en charge des agents des secteurs public et privée (Régime des "4 /5")	765.943.819	26,75%
ANGC	366.900.000	12,81%
FNRB	249.153.469	8,70%
FSI	96.101.560	3,35%
PNLP	21.221.461	0,74%
Assurances maladies privées	17.954.913	0,62%
Mutuelles de prevalence	580.380	0,02%
PNLS	1.630	0,00
Total	2.868.365.884	100%

Source : les auteurs eux même, 2016

De l'analyse de ce tableau, on remarque que la part du mécanisme "Paiement direct des ménages" est plus élevée c'est-à-dire le paiement à travers ce mécanisme génère plus de ressource pour le CHUD-OP. Il ressort alors de ce tableau que le paiement direct des ménages est le mécanisme dominant dans le financement du CHUD-OP avec une fréquence de 47,17% par rapport aux autres mécanismes.

Paragraphe 2 : Structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement au CHUD-OP

Ce paragraphe présente les mécanismes de financement et les types de prestations que ses derniers financent

- Paiement direct des ménages :

Ce mécanisme finance tous les types de soins (actes, consultations, hospitalisations, produits pharmaceutiques etc.) fournis par les différents services (chirurgie, médecine, stomatologie, pédiatrie, maternité, laboratoire, ophtalmologie, néonatalogie, ORL, urgence, anesthésie, gynéco-obstétrique, cardiologie, diabétologie, dermatologie, psychiatrie, pharmacie etc.) existants au CHUD-OP pourvu que les ménages soient disponible pour payer ces différentes prestations.

- Prise en charge des agents du secteur public et privé (Régime des "4/5"),
Assurances maladies privées:

Ces différents mécanismes financent au CHUD-OP des prestations tels que: les hospitalisations ; les prothèses dentaires; l'Orthodontie ;les séances de rééducation ;la kinésithérapie ;le scanner holter ,IRM, examens spéciaux ;la gymnastique corrective ; les aérosols ;les traitements au long période (supérieur à 1 mois) ;les maladies chroniques.

En dehors de ces différentes prestations, certains produits, traitements et médicaments sont exclus. Pour les produits nous avons : Les produits cosmétiques et d'hygiène corporelles (lotion, lait crème, poudre, talc, savon pain, savon liquide shampoing etc.) ; diététique, de régime et nutrition alimentaires et eaux minérales ; de confiserie médicamenteuse ; de désinfection décontamination et stérilisation ; d'Hygiène buccodentaires (bain de bouche sauf cas d'extraction, pâte dentifrice) ; de contactologie ; les réactifs de test ; les consommables médicaux (seringue ,aiguille ,perfuseur seringue) ; les objets et accessoires à usage médicale et familiale (thermomètre, cathéter, inhalateur, sonde ,gant, coton , compresse , sparadrap, alcool , éther, eau oxygéné, bandes). En ce qui concerne les traitements il y a les topiques à activités trophiques ou protectrices ; des troubles de la pigmentation ; de la lactation ; suppléance lacrymale ; apport fluorés ; déparasitage collectif et systématique ; naturothérapie ; homéopathie ; Phytothérapie ; Herboriste ; antipalustre préventif (sauf en pré natal) ; antigénothérapie non spécifique ; constitution de boite à pharmacie ; ordonnance de plus d'un mois ; bilan de santé. Pour les médicaments on a Les vitamines et fortifiants ; les contraceptifs et tests de grossesses ; antiseptiques locaux (mercurochrome, éosine, Bétadine, hexamodine etc.) ; antiacnéiques et antiséborrhéiques ; antisodurax ; antiparasitaires externes ; antialépique ; anoréxigènes et oréxigènes ; antirétroviraux ; allergènes et coffret de désensibilisation ; kératolytiques ; Pastilles, tablettes et édulcorants ; laxatifs ; les élixirs ; les préparations. Par ailleurs les prestataires ont l'obligation de contacter l'institution ou se référer au contrat pour tous soins spéciaux.

- PNLP

C'est un mécanisme qui finance la prise en charge du paludisme pour les enfants de 0 à 5ans ainsi que les femmes enceintes.

- FSI

Ce programme prend en charge les malades indigents et les enfants démunis. La prise en charge sociale des indigents est portée sur les frais des actes médicaux, chirurgicaux, les examens de laboratoire et de radiologie, les frais de séjour d'hospitalisation puis l'achat des médicaments essentiels.

- ANCG

Ce programme finance la prise en charge des traitements, les médicaments et les produits pouvant servir à faire la césarienne.

- FNRB

C'est un programme qui s'occupe des retraités du Bénin pour leur prise en charges pour tout type de soin et en ce qui concerne les traitements, les produits et les médicaments.

Section 2: Analyse des résultats

Cette section présente deux paragraphes. Le premier paragraphe présente l'analyse de la structure de financement du CHUD-OP et de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHUD-OP. Le deuxième paragraphe présente l'analyse de la structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement.

Paragraphe 1: Analyse de la structure de financement du CHUD-OP 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 de financement du CHUD-OP. Le deuxième sous paragraphe présente l'analyse de la part relative de chaque mécanisme de financement.

A- Analyse de la structure du financement du CHUD-OP

Au CHUD-OP la structure du financement est composée d'un certain nombre de mécanismes qui fonctionnent en général selon un même mode. En effet, le paiement direct des ménages est un mécanisme par lequel chaque usager paie directement et entièrement le prix de chaque prestation de soin dont il a bénéficié. A ceux qui bénéficient d'un ticket modérateur (prise en charge, assurance et mutuelle) une partie du montant dû est payée directement par ces derniers pour les soins reçus et l'autre partie est recouvrée plus tard chez leurs institutions de provenance. Les mécanismes du régime des "4/5", de mutuelle de prévalence, de FNRB et d'assurance maladie privée assurent le paiement des soins, préétablis dans les contrats d'assurance de mutuelle et de prise en charge, offerts aux patients après que ses derniers aient bénéficiés de ces soins. En ce qui concerne les programmes de l'Etat que sont le FSI, le PNLP, le PNLS et l'ANGC constituent des mécanismes qui prennent en charge entièrement les patients bénéficiaires suivant les prestations prédéfinies par chacun de ces programmes. La facture des prestations fournies par le CHUD-OP est recouvrée plus tard auprès de ses différents programmes.

Il ressort de l'analyse du mode de fonctionnement de ses différents mécanismes au CHUD-OP que ce dernier est financé pour chaque prestation qu'il fournit c'est à dire qu'il est

financé à l'acte. En se référant au document de Joanne Castonguay (Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux 2013), le financement à l'acte est la forme la plus simple du financement à l'activité et est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué. Le financement à l'acte est issu du financement à l'activité qui est une forme des mécanismes rétrospectifs de financement.

Partant de cette définition de Castonguay J. (2013), on en déduit que le CHUD-OP suit la même logique en ce sens où il est remboursé pour chaque acte qu'il effectue aux patients. Par conséquent le CHUD-OP est financé seulement par les mécanismes rétrospectifs de financement, d'où l'hypothèse n°1 est rejetée.

B- Analyse de la part relative de chaque mécanisme de financement

PMP : Part des mécanismes prospectifs de financement

PMR : Part des mécanismes rétrospectifs de financement

$$\text{PMP} = \frac{\text{Montant des mécanismes prospectifs}}{\text{Montant total des mécanismes}} \times 100$$

$$\text{PMP} = 0\%$$

$$\text{PMR} = \frac{\text{Montant des mécanismes rétrospectifs}}{\text{Montant total des mécanismes}} \times 100$$

$$\text{PMR} = 100\%$$

Le CHUD-OP est financé uniquement par les mécanismes rétrospectifs de financement. En effet des résultats du calcul effectué plus haut, il ressort que les mécanismes rétrospectifs financent à 100% le CHUD-OP. D'où l'hypothèse n°2 n'est pas validée.

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

Au CHUD-OP, les différents usagers et patients viennent recevoir divers type de soins que ça soient ambulatoires ou hospitaliers. On appelle soins ambulatoires des soins que les patients prennent et retournent chez eux. Les soins hospitaliers quant à eux sont des soins qui nécessitent de garder le patient avec tout le nécessaire que requiert une hospitalisation au sein de l'hôpital. En effet le CHUD-OP ayant une structure de financement basée sur le financement à l'acte, les différents mécanismes allant du paiement direct des ménages au mutuelle de prévalence en passant par les divers

programmes de l'Etat définissent pour la plupart selon leur contrat et le besoin en soin de santé les deux types de soins (ambulatoires et hospitaliers). Ainsi au regard du financement à l'acte, il ressort alors que les mécanismes rétrospectifs de financement prennent en charge les soins ambulatoires et hospitaliers au sein du CHUD-OP. D'où l'hypothèse n°3 n'est pas validée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré l'engagement de l'Etat aux cotés des hôpitaux au Bénin, notamment départementaux, a travers ses différentes subventions qu'il leur octroie chaque année le, CHUD-OP fait toujours face à des difficultés sur le plan financier. Face à cet état de chose il nous a paru pertinent d'analyser les mécanismes de financement du CHUD-OP. Cette présente étude a consisté à une analyse rétrospective. Cette analyse nous a permis de constater que sur trois hypothèses émises, aucune n'a été validée. Au vue notre analyse rétrospective longitudinale, nous avons constaté que la structure du financement du CHUD-OP est composée du paiement directe des ménages, du paiement direct des ménages à travers le ticket modérateur, du régime des "4/5", FNRB, FSI, PNLB, PNLN, l'ANGC, des assurances maladies privées, du mutuelles de prévalence et les subventions de l'Etat. De plus cette analyse nous révèle que d'après le fonctionnement de cette structure de financement, on peut l'associer au cas du financement à l'acte qui appartient aux mécanismes rétrospectifs de financement. En d'autre terme le CHUD-OP est financé à 100% par les mécanismes rétrospectifs de financement. Ces derniers financent à la fois les deux types de soins (ambulatoires et hospitaliers) fournis au CHUD-OP.

Au cours de notre stage dans ce centre, et suite aux résultats obtenus pendant notre étude, nous avons proposé des solutions aux difficultés rencontrées. Ces solutions vont à l'endroit de l'hôpital et de l'Etat.

Sachant que sa principale source de revenus est tirée des prestations effectuées, l'hôpital doit prendre en compte certains points. En effet, il doit faire de sorte que les prestations soient bien facturées pour les différents actes posés. Ensuite le recouvrement interne et externe des coûts doit être d'une efficacité absolue pour qu'il n'y ait pas fuite de ressource et surtout veiller à une gestion rationnelle et efficace de celle-ci.

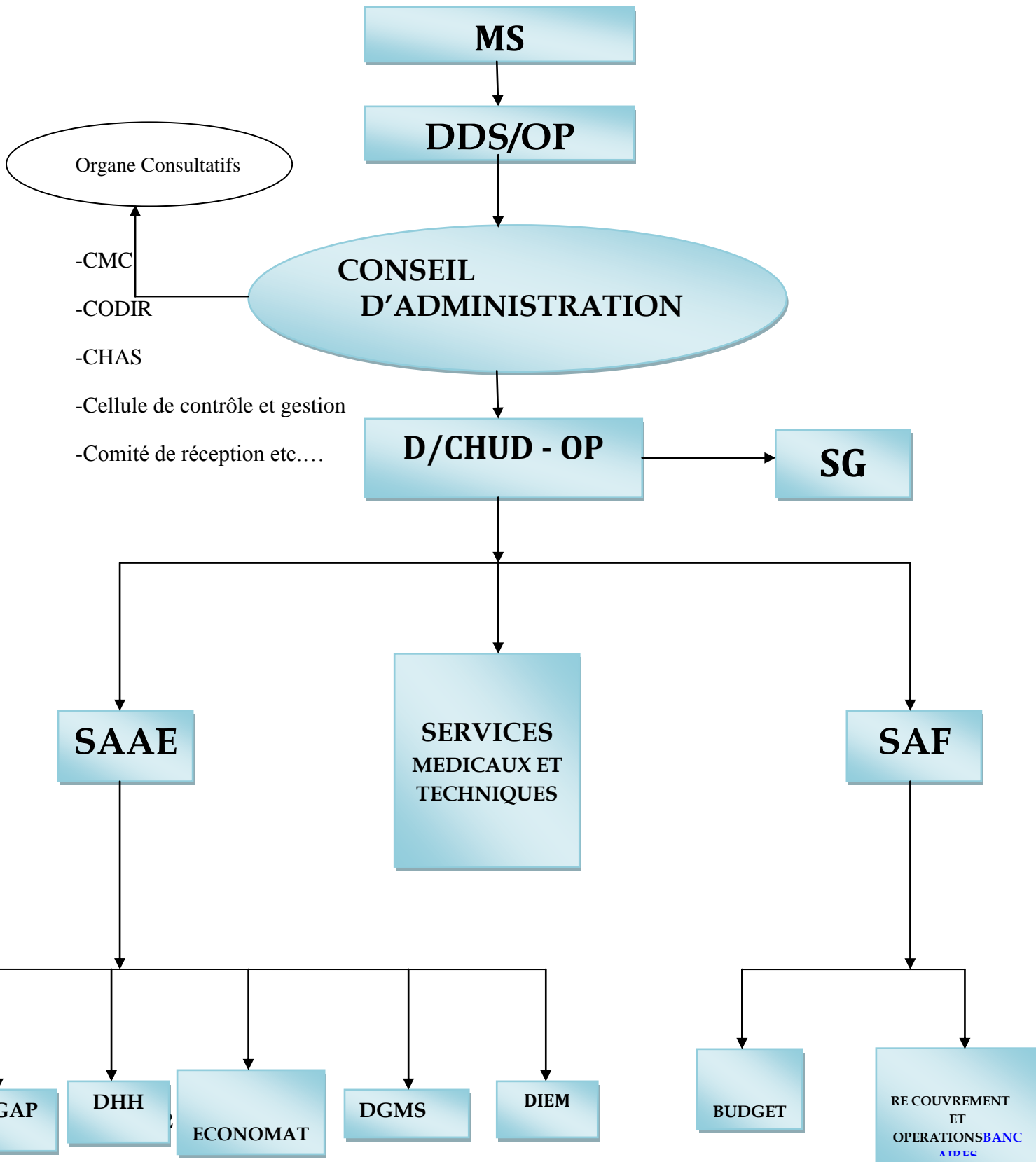
Pour ce qui concerne l'Etat, il serait judicieux de penser dans la mesure du possible à respecter l'engagement prise lors de la conférence d'Abuja en 2001 renouvelé à Gaborone au Botswana en 2005 et a Ouagadougou au Burkina Faso en 2006, qui demandait à chaque pays de mobiliser au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé. Cela pourrait accroître les subventions de l'Etat au profit des hôpitaux et du CHUD-OP en particulier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amadou S. (2009), Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé, Mémoire présenté pour l'obtention du doctorat en Médecine, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako au Mali, pp 43
- Audibert M., Mathonat J. et De Roodenbeke E. (2004), « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis », Médecine tropicale vol 64, page 552-556
- Castonguay J., Thomson W. et Thibaudin H. (2013), Revue documentaire. In Castonguay J. (sd), « Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux », rapport de projet N°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO), pp. 20-41.
- Chadelat J.F. (2005), « Les enjeux du financement de la santé », Revue Française d'Administration Publique, 2005/1, n°113
- Laboratoire d'Appui au Management et des Etudes Novatrices (2014), Evaluation de la politique de gestion du système de santé au Bénin : version finale
- Ministère de la Santé Publique, (2006), Compte Nationaux de la Santé : Exercice 2003, Cotonou, Ministère de la Santé Publique
- Mushagalusa P. (2005), Etudes des déterminants de l'utilisation des services de santé kadutu, province du sud kivu-RD Congo, mémoire présenté comme exigence partielle Licence en Economie
- OMS (2004), Rapport sur la santé dans le monde, pp 109
- Oxley H. et Macfarlan M. (1995), « Reforme des systèmes de santé : Maîtriser les dépenses et accroître l'efficience »
- Richard V. (2004), « Le financement de la santé en Afrique sub-saharienne le recouvrement des coûts », Médecine tropicale vol 64, pp337-340
- Salvaria G. (2011), Impact des modes budgétaires sur l'évolution des coûts hospitaliers, mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en Economie, Département des Sciences Economiques, Université du Québec à Montréal, 164 pp.
- Sèmègan B., Ntamwishimirosumare A. et Mathauer I. (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, pp 8

ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme du CHUD-OP



Annexe 2 : Tableau récapitulatif des subventions réalisées par le CHUD-OP estimées au 31 décembre de 2010 à 2014 en Franc CFA

SUBVENTIONS		ANNEES				
		2010	2011	2012	2013	2014
	Crédits délégués	127.600.000	155.592.681	137.600.000	137.600.000	89.605.120
	Eau, Electricité et Téléphone	129.078.053	190.240.000	265.277.678	258.600.000	258.600.000
	Salaire APE/ACE	270.072.000	424.666.667	423.249.732	444.980.000	448.115.000
Total subvention Etat		526.750.053	770.499.348	826.127.410	841.180.000	796.320.120
Autres subventions	Collectivités Locale	-	1.276.000	1.130.100	1.300.000	744.044
	Sociétés offices et organismes nationaux et internationaux		400.000			
	Total autres subventions		5.276.000	1.130.100	1.300.000	744.044

Source : les auteurs eux même à partir des budgets de 2010 à 2014