



REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTRE D'ETAT CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

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

Option : Economie

Spécialité : Economie et Gestion des Structures Sanitaires & Analyse des Projets

SUJET :

**FINANCEMENT DES HÔPITAUX AU BENIN: CAS DE
L'HÔPITAL DE ZONE D'ABOMEY-CALAVI/SÔ-AVA**

Réalisé & soutenu par :

Shadira CHABI SOUBO

Serge kpèdonou HOUNSA

Sous la direction de:

Monsieur Gilles Armand SOSSOU

Docteur es Sciences Economiques

Maître assistant à la FASEG

Année Académique : 2015-2016

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	1
TABLE DES MATIERES	2
DEDICACES 1	4
DEDICACES 2	5
REMERCIEMENTS	6
LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES.....	7
LISTE DES TABLEAUX.....	8
RESUME.....	9
ABSTRACT	9
INTRODUCTION.....	10
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE.....	12
Section 1 : Présentation de la structure de stage	12
Paragraphe 1 : Historique, objectif et structure de l'HZ-AC/SA	12
A- Historique et objectif de l'HZ-AC/SA	12
B- Structure organisationnelle de l'HZ-AC /SA	13
1- Le Service des Affaires Administrative et Economiques (SAAE)	13
2- Le Service des Affaires Financières (SAF)	13
3- Le Service de contrôle Interne (SCI)	14
4- Le Service de Communication et de la Mobilisation Sociale (SCMS).....	14
5- Le Service de Suivi et de l'Evaluation (SSE)	14
Paragraphe 2 : Les ressources de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava.....	14
A- Ressource humaines	14
B- Ressource Matérielles	16
C- Les ressources financières de l'hôpital de Zone d'Abomey Calavi /Sô-Ava.....	16
Section 2 : Déroulement du stage.....	17
Paragraphe 1 : travaux effectués	17
Paragraphe 2 : Difficultés rencontré et suggestions	17
A- Les difficultés rencontrées	17
B- Les suggestions	17
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....	18
Section 1 : Cadre théorique de l'étude	18
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude	18
A- Problématique de l'étude	18
B- Objectifs et hypothèse de l'étude	21
1- Objectifs.....	21
2- Hypothèse de l'étude.....	21
Paragraphe 2 : Revue de littérature	22

Section 2 : Méthodologie de l'étude	28
Paragraphe 1 : Cadre de l'étude	28
A- Nature, période et cadre de l'étude	28
B- Données de l'étude	29
Paragraphe 2 : Méthode d'analyse	29
A-La structure de financement et la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA	29
1- Méthodes d'analyse de la structure du financement de l'HZ-AC/SA	29
2- Méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA	30
B- La structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.....	30
Section 1 : Présentation des résultats	31
Paragraphe 1 : Structure de financement et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA	31
A-Structure de financement de l'HZ-AC/SA.....	31
1- Le paiement des usagers	31
2- Les tiers payant	31
3- L'Etat	31
B-Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.....	32
Paragraphe 2 : Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'HZ-AC/SA	32
Section 2 : Analyse des résultats	33
Paragraphe 1 : Analyse de la structure et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA	33
A-Analyse de la structure de l'HZ-AC/SA	33
B-Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.....	34
Paragraphe 2 : Analyse de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'HZ-AC/SA	35
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	36
CONCLUSION	36
RECOMMANDATIONS	37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38

DEDICACES 1

Je dédie ce mémoire à :

Mon père Salifou CHABI SOUBO

Ma mère Amina OROU ZIME

Mon oncle Ibouraima CHABI SOUBO

Ma sœur Roukya ISSA SAYO

Tous mes frères et sœurs

Toute la famille CHABI SOUBO et la famille OROU ZIME.

Shadira CHABI SOUBO

DEDICACES 2

Je dédie ce travail,

A mon père Ernest G. HOUNSA

A ma mère Rosette D. HOUNSA

A mes oncles, Kponjesu Amos HOUNSA et BODJI Esaie

A mes frères et sœurs

A mes amis, Thomas, Félix

Toute la famille HOUNSA

Serge Kpèdonou HOUNSA

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé grâce aux multiples conseils et avec la collaboration de certaines personnes auxquelles nous tenons adresser nos sincères remerciements.

- A notre maître de mémoire, Docteur SOSSOU Gilles Armand
Pour avoir accepté de suivre et de coordonner ce travail. Son appui très cordial, ses conseils et ses critiques objectifs ont été très bénéfiques dans la conception, la réalisation et la présentation de ce travail.
- A tous les enseignants de la FASEG
Ils nous ont donné la chose la plus chère au monde à savoir la connaissance et la science. Puisse Dieu les protéger dans cette noble mission.
- à monsieur FICO Raphael, Chef Service des Affaires Administratives et Economiques et LOGOZO Toussaint, Chef Service des Affaires Financières pour leur soutien au cours de notre stage
- à tout le personnel de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/SO-AVA qui a collaboré à l'amélioration de la qualité de ce document

A tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette œuvre, nous leurs disons merci.

LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES

ACE	: Agents Contractuels d'Etat
AHUI	: Administrateur Hospitalier Universitaire et d'Intendance
AP	: Analyse des Projets
APE	: Agents Permanents d'Etat
BEN	: Bénin
BMF	: Budget des Moyens Financiers
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNHU-PPC	: Centre National Hospitalier et Universitaire de Pneumo-Physiologie de Cotonou
CNS	: Comptes Nationaux de Santé
EGSS	: Economie et Gestion des Structures Sanitaires
FASEG	: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
GDC	: Groupes des Diagnostics Connexes
HZ-AC/SA	: Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava
IDA	: International Développement Association
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernemental
PSP	: Projet Santé et Population
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAAE	: Service des Affaires Administratives et Economiques
SAF	: Service des Affaires Financières
SCI	: Service de Contrôle Interne
SCMS	: Service de Communication et de la Mobilisation Sociale
SSE	: Service de Suivi et de l'Evaluation
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UNICEF	: Fonds des Nations Unis et de l'Enfance
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience/Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Répartition du personnel de l'HZ-AC/SA par catégorie	15
Tableau n° 2 : Répartition des ressources financières de l'HZ-AC/SA.....	16
Tableau n° 3 : Part relative de chaque mécanisme de financement.....	32
Tableau n° 4 : Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'HZ-AC/SA.....	33
Tableau n° 5 : Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.	34

Résumé

L'objectif de notre étude est d'analyser les mécanismes de financement de l'HZ-AC/SA. L'étude est une étude rétrospective longitudinale. Au regard, par l'objectif général de l'étude d'autre part des paramètres fondamentaux qui permettent de caractériser un hôpital selon l'OMS (1963), les données utilisées sont des données secondaires sur l'activité et la comptabilité de l'hôpital. Ces données sont collectées dans les rapports d'activité. Il s'agit de la structure de financement en suite de la part relative de chaque mécanisme de financement et enfin, les prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié. Les résultats obtenus montrent que l'HZ-AC/SA dispose de deux mécanismes de financement. Le mécanisme prospectif qui est de 50,69% et le mécanisme rétrospectif qui représente 49,31% enfin, les mécanismes rétrospectifs financent à la fois les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

Mots clés : mécanisme de financement ; mécanisme prospectif ; mécanisme rétrospectif ; soins ambulatoires ; soins hospitaliers.

Abstract

The objective of our study is to analyze the financing mechanisms of the HZ-AC / SA. The study is a longitudinal retrospective study. Based on the general objective of the study, on the other hand, the basic parameters that make it possible to characterize a hospital according to the WHO (1963), the data used are data on the activity and accounting of the hospital. These data are collected in the activity reports. This is the financing structure as a result of the relative share of each funding mechanism and finally the benefits financed by each identified funding mechanism. The results show that the HZ-AC / SA has two financing mechanisms. The prospective mechanism, which is 50.69% and the retrospective mechanism which represents 49.31%, finally, the retrospective mechanisms finance both ambulatory care and hospital care.

Key words: Financing mechanism; Prospective mechanism; Retrospective mechanism; Ambulatory care; Hospital care.

INTRODUCTION

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, *la Santé est un état complet du bien-être physique mental, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* (OMS 1948). Cette définition conceptualise la nature de la santé et pose aussi des difficultés relatives à sa mesure.

En effet, cette définition renvoie au fait que les facteurs explicatifs de la santé de la population sont nombreux. Nous pouvons citer entre autre l'hygiène, les conditions de travail, le niveau de vie, les conditions climatiques, l'alimentation, le style de vie, la génétique, les soins de santé.

Les systèmes de santé des pays développés connaissent des évolutions importantes. La crise des finances publiques et l'augmentation des coûts de la santé ont progressivement conduit à des remises en question non seulement sur les modes de financement mais également sur le processus de régulation et de modalité d'organisation des différents systèmes.

Les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu ont été marquées par trois orientations successivement dominantes. La première ; basée sur la gratuité des soins, a d'abord reposé sur le développement de programmes verticaux puis sur la nécessité de rendre les soins de santé primaires accessibles à tous. La seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires, introduit la participation financière des usagers et cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de système de santé de district. La troisième, fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les Objectifs Du Millénaire, met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers.

Ainsi, à la moitié des années 90, de nombreuses études et rapports ont été établi par un diagnostic sans complaisance des maux dont souffrait le système hospitalier : un plateau technique dégradé, un hôpital géré selon une logique administrative hasardeuse sans référence à la notion de performance, des comités de santé aux pratiques controversées, des soins de santé chères et de faibles qualités.

Depuis l'Initiative de Bamako en 1988 sur la nécessité de la population à participer à la production de la santé et avec l'évolution de la décentralisation en général et particulièrement au Benin, la santé est devenue une compétence transférée aux collectivités locales. En ce sens, les collectivités locales doivent y apporter leur contribution et non se limiter au transfert financier de l'Etat.

Le système sanitaire béninois est organisé sous forme d'une pyramide sanitaire à trois niveaux calquée sur le découpage territorial à savoir le niveau national ou central, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique.

Dans le souci de contribuer à la réflexion des mécanismes de financement que s'inscrit notre mémoire qui porte sur le thème : « *FINANCEMENT DES HOPITAUX AU BENIN : CAS DE L'HOPITAL DE ZONE ABOMEY CALAVI/SO-AVA* ». Il s'inscrit dans le cadre de notre formation en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de licence professionnelle en Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS) et en Analyse des Projets à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG). A cet effet, nous avons effectué un stage académique d'une durée de trois mois qui s'est déroulé du jeudi 04 Août au 04 Novembre 2016 à l'HZ-AC/SA.

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

Enfin, nous avons proposé des solutions pour le renforcement des mécanismes de financement en vue d'assurer aux populations des prestations à moindre coûts.

CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

Le présent chapitre est subdivisé en deux sections. La première section présente l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô Ava, et la seconde le déroulement du stage.

Section 1 : Présentation de la structure de stage

L'étude que nous avons réalisé a pour cadre l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava (l'HZ-AC/SA). Cette première section aborde l'historique, l'objectif, l'organisation de l'HZ-AC/SA ainsi que leurs ressources de fonctionnement.

Paragraphe 1 : Historique, objectif et structure de l'HZ-AC/SA

Ce paragraphe est divisé en trois parties. La première aborde l'historique et l'objectif de HZ-AC/SA et la seconde partie expose la structure organisationnelle de HZ-AC /SA.

A- Historique et objectif de l'HZ-AC/SA

La structure qui nous a servis de cadre d'étude s'appelle « Hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava ». Il est implanté dans la commune d'Abomey-Calavi (département de l'Atlantique), dans le quartier ZOCA non loin du Tribunal de Première Instance(TPI) et plus précisément à environ un kilomètre et demi de la route inter-état II (Cotonou-Niamey). Erigé sur un domaine de sept (07) hectares environ, il dessert les populations des communes d'Abomey-Calavi et de Sô-Ava qui constituent selon le découpage du ministère de la santé une zone sanitaire. Il est construit en 2000 et est mis en services le 18 Août 2003 après son inauguration le 12 Mai de la même année. Sa construction a été financée par le Projet Santé et Population (PSP) à travers le financement de la Banque Mondiale (crédit IDA 2734-BEN). Cette zone sanitaire est caractérisée par la présence des localités lacustres et les inondations périodiques entraînant des épidémies cycliques de maladie comme le paludisme, le choléra et la fièvre typhoïde.

La zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava est loin d'être la zone la plus peuplée du Bénin avec 774462 habitants (RGPH 2013), et une superficie de 868 Km². Elle est limitée : au nord par la commune de Zê (zone sanitaire Allada/Zê/Toffo qui n'abrite pas d'hôpital de zone) ; au sud par le département du littoral et l'océan ; à l'est par quatre (04) communes du département de l'Ouémé (Porto-Novo ; Aguégusé; Dangbo et Adjohoun) ; à l'ouest par la commune de Ouidah et Tori-bossito (zone sanitaire Ouidah/ Kpomassè/ Tori-bossito).

En raison de l'absence d'un hôpital de référence dans la zone sanitaire Allada-Zê-Toffo. L'HZ-AC/SA sert d'hôpital de référence pour cette zone.

La mission de l'hôpital découle de la politique sanitaire de notre pays. Cette politique a pour objectif de faciliter l'accessibilité géographique des populations aux services de santé. A ce titre, il contribue à la réalisation de la mission du ministère de la santé qui est d'œuvrer d'une façon efficace à l'amélioration des conditions sanitaires des populations. Il se charge également des cas grave ou compliqué de maladie, de résoudre les problèmes de santé des formations sanitaires de premier échelon du système sanitaire et de donner les soins de qualités pour la satisfaction des malades. Pour assurer sa mission de base et maintenir sa position d'hôpital de référence, l'HZ-AC/SA mène ses activités dans plusieurs domaines à savoir : la consultation, la médecine général, l'hospitalisation, les interventions chirurgicales, la maternité, les analyses de laboratoires, les examens d'imagerie médicale, planning familiale, la pédiatrie, la kinésithérapie, l'ORL, la gynécologie obstétricale, échographie, assistance sociale, l'ophtalmologie, la stomatologie, l'urologie, la dermatologie, l'endocrinologie, les actes d'urgence, les actes de la morgue, la néonatalogie et la pharmacie.

B- Structure organisationnelle de l'HZ-AC /SA

L'organisation et le fonctionnement de l'hôpital sont régis par le décret n°2002-0113 de Mars 2002. Portant organisation des services de HZ-AC/SA, le service administratif de l'hôpital est subdivisé en cinq services à savoir : le Service des Affaires et Economique (SAAE), le Service des Affaires Financières (SAF), le Service de Contrôle Interne (SCI), le Service de la Communication et de la Mobilisation Sociale (SCMS) et le Service de Suivi et de l'Evaluation (SSE)

1- Le Service des Affaires Administrative et Economiques (SAAE)

Le service des Affaires Administratives et Economiques a pour mission d'assurer la gestion des ressources humaines, les tâches administratives et les travaux de logistiques interne et externe.

2- Le Service des Affaires Financières (SAF)

Le service des Affaires Financières est chargé des travaux courants de la comptabilité. Il reçoit les factures et les bordereaux de livraison en provenance du service des affaires administratives et économiques, et effectue les différents paiements.

3- Le Service de contrôle Interne (SCI)

Le service de Contrôle Interne œuvre à élaborer et à mettre en œuvre un plan de contrôle interne ; veiller à une bonne application des procédures de gestion de l'hôpital et élaborer les rapports de contrôle interne assortis de recommandations.

4- Le Service de Communication et de la Mobilisation Sociale (SCMS)

Le Service de Communication et de la Mobilisation Sociale a entre autres, comme attributions d'identifier les besoins en communication et mobilisation sociale, d'élaborer les plan de communications et de mobilisation sociale et de coordonner les activités des Organisations Non Gouvernementales et autres partenaires communautaires. Chaque service est organisé en divisions.

5- Le Service de Suivi et de l'Evaluation (SSE)

Le service du suivi et d'Evaluation assure la mise en œuvre du système du suivi et de l'évaluation, le respect du plan du suivi et de l'évaluation par les partenaires et coordonne la production, dans les meilleurs délais, des rapports périodiques. Ce service est le garant de la démarche qualité au sein de l'HZ-AC/SA.

Paragraphe 2 : Les ressources de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava

Il s'agit des moyens techniques humains, d'une part, et des ressources financières, d'autre part, dont se sert l'HZ-AC/SA pour assurer son fonctionnement afin d'offrir des soins de qualité à la population.

A- Ressource humaines

Le tableau donne une présentation synoptique des ressources humaines utilisées à l'HZ-AC/SA.

Tableau n° 1 : Répartition du personnel de l'HZ-AC/SA par catégorie

Corps	Statut		Contractuel/HZ-AC/SA	Autres	Total
	APE	ACE			
Médecins spécialistes	8	1	11	2	22
Médecins généralistes			9		9
Administrateur AHUI	2				2
Attachés AHUI	1			2	3
Infirmiers Diplômés d'Etat	5	14	10		29
Agent d'entretien		13	5	2	20
Assistants des services financiers	1	3			4
Assistant de recherche		1			1
Assistant d'hygiène	1				1
Attaché des services financiers				1	1
Contrôleurs des agents sanitaires		2			2
Contrôleurs des services financiers	1	1	4	2	8
Chirurgien urologue			1	2	1
Ingénieur technicien	2	3			5
Ingénieur techniciens en imagerie		2			2
Comptable			1		1
Opératrice de saisie	1				1
Pharmacologue clinique	1				1
Préposés des services administratifs		7		2	9
Secrétaires adjoint des services administratifs		6	1	1	8
Conducteurs des véhicules administratifs		2	1		3
Infirmier d'Etat spécialiste	11	1	4		16
Ingénieur en environnement et santé	1				1
Inspecteur de l'action social			1		1
Infirmier breveté	8	21	1		30
Sage-femme d'Etat	14	11	1		26
Aides-soignants	9	40	13	3	66
Sages-femmes spécialistes	8	1			9
Socio- Anthropologue				1	1
Secrétaires des services administratifs		4	1	6	11
Ingénieurs	1	1		1	3
Techniciens en électro-biomédical				1	1
Techniciens Sanitaire				1	1
Techniciens en imagerie biomédical				4	4
Techniciens en laboratoire biomédical	1			7	8
Techniciens supérieur en bio statistique épidémiologique				1	1
Technicien supérieur en imagerie médical	1	2			3
Technicien supérieur en kinésithérapie	1	2			3
Technicien supérieur en laboratoire	1		1	2	4
Total	79	139	67	39	325

Source : DGAP Septembre 2016

B- Ressource Matérielles

L'hôpital de Zone d'Abomey calavi/Sô-Ava dispose de :

Dix-huit (18) salles d'hospitalisation, de deux(02) garages, un(01) château d'eau, une (01) buanderie, un (01) restaurant, un (01) bâtiment abritant le bureau de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire, trois (03) résidences pour les médecins, un(01) locale pour le service de la maintenance, un (01)bâtiment administrative. Deux (02) ambulances, vingt (20) ordinateurs de bureau, cent soixante-seize (176)lits, un (01) groupe électrogène, deux(02) appareils de photothérapie, et un (01) incinérateur.

C- Les ressources financières de l'hôpital de Zone d'Abomey Calavi /Sô-Ava

Le tableau ci-dessous présente la répartition des ressources financières de l'HZ-AC/SA

Tableau n° 2 : Répartition des ressources financières de l'HZ-AC/SA

Année	Ressources internes		Ressources externes		Total
	Montant (Fcfa)	%	Montant (Fcfa)	%	
2008	246.959.303	53,25	216.822.179	46,75	463.781.482
2009	272.060.648	50,31	268.739.338	49,69	540.799.986
2010	31 611 135	13,08	210.000.000	86,91	241.611.135
2011	37 272 976	22,28	130.000.000	77,71	167.272.976
2012	526 000 000	53,71	453.300.000	46,28	979.300.000
2013	596 130000	50,58	582.280.000	49,41	1.178.410.000
2014	691 500 000	43,62	893.460.000	56,37	1.584.960.000
2015	671 830 000	46,73	765.684.000	53,26	1.437.514 000

Source : Projet du budget annuel/ HZ-AC/SA 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015

Ce tableau présente le niveau de ressources financières dont a bénéficié l'HZ-AC/SA sur la période de 2008 à 2015. Il ressort de ce tableau que les ressources financières sont évolutives d'un exercice à un autre. Cependant des constats critiques apparaissent entre les ressources internes et les ressources externes. En effet, les apports extérieurs sont supérieurs aux apports intérieurs qui sont celui de l'hôpital et les apports extérieurs sont ceux issu des subventions venant de l'Etat et des partenaires financiers.

Section 2 : Déroulement du stage

Cette section présente les travaux effectués à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava, les difficultés rencontrées et les suggestions.

Paragraphe 1 : Travaux effectués

Notre stage a été effectué du 04 Août au 04 Novembre 2016 à l'hôpital de zone d'Abomey Calavi/Sô-Ava où nous avons pris connaissance des activités du centre. La première tâche pour la rédaction de ce mémoire consiste à recherché des données convenables et faire la revue documentaire du sujet choisi et la deuxième consiste à aider les responsables des services administratifs où nous avons parcouru au cours de notre stage. Le travail exercé se résume à : aider les responsables dans l'accueil des bénéficiaires des chèques et des fournisseurs au remplissage des courriers dans le registre et des différentes fiches.

Paragraphe 2 : Difficultés rencontrés et suggestions

Ce paragraphe présente les difficultés rencontrées au cours de notre stage et quelques suggestions.

A- Les difficultés rencontrées

Pour ce qui concerne nos recherches, malgré l'encadrement et la volonté manifeste du personnel de nous aider, les difficultés n'ont pas manquées. La difficulté majeure rencontrée est la non disponibilité de certaines personnes ressources à l'HZ-AC/SA et le temps à nous consacrer et l'inexistence d'un centre de documentation pouvant nous permettre de faire des recherches. De plus, la plupart des agents ne connaissent pas l'intérêt d'une étude liée au financement des hôpitaux. Une autre difficulté est le fait qu'une comptabilité analytique n'est pas instaurée à l'HZ-AC/SA. En effet, la comptabilité analytique est une méthode de gestion économique permettant à un établissement hospitalier de pouvoir évaluer les dépenses de différentes unités le constituant. Ces difficultés rencontrées n'enlèvent en rien aux données recueillir et donc à leurs fiabilités.

B- Les suggestions

Pour régler les problèmes que nous avons rencontré, il est nécessaire pour l'Hôpital de zone d'Abomey Calavi/Sô-Ava de créer un centre de documentation pouvant aider tous les stagiaires en matière de recherche dans la rédaction de leurs mémoires, de plus, il faut instaurer une comptabilité analytique dans l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L’ETUDE

Ce chapitre traite dans une première section, du cadre théorique et dans une seconde section, du cadre méthodologique de l’étude.

Section 1 : Cadre théorique de l’étude

Cette section comprend deux paragraphes, le premier paragraphe présente la problématique, les objectifs et les hypothèses de l’étude. Le deuxième paragraphe aborde la revue de littérature.

Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l’étude

Ce paragraphe est subdivisé en deux parties. La première partie présente la problématique de l’étude et la deuxième partie aborde les objectifs et les hypothèses formulées.

A- Problématique de l’étude

Selon l’OMS (2000), *un système de santé inclut toutes les activités (personne et action), dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Au Bénin le système de santé a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comporte trois différents niveaux : le niveau central ou national est administré par le ministère de la santé et regroupant les structures de soins de référence que sont entre autres : le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA, le Centre National Hospitalier et Universitaire de Pneumo-phtisiologie de Cotonou (CNHU-PPC). Le niveau intermédiaire ou départemental est administré par les Directions Départementales de la Santé : les structures de soins correspondantes à ce niveau sont les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et le niveau périphérique ou opérationnel qui est Constitué des zones sanitaires au nombre de 34 réparties sur toute l’étendue du territoire nationale.*

Le Bénin comme de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire recourt pour estimer les dépenses de santé, aux comptes nationaux de la santé (CNS) et ce, depuis 2003, conscient de l’insuffisance de niveau et des mécanismes de financement du système de santé et les risques créés par la superposition des grandes initiatives internationales verticaux (Paludisme, VIH/SIDA) sur l’unité de son système national, le Bénin et ses bailleurs présents dans le secteur de la santé se sont réunis au sein d’un groupe technique présidé par le Ministère de la santé pour adhérer à l’initiative "International Health Partnersip" (Conseil Santé Consortium ,2011).

En 2003, la dépense globale de santé a atteint près de 96 milliards et représentent près de 13.742 Fcfa par habitants (26 US\$ au taux de change courant et 43\$ en parité de pouvoir d'achat \$ international). La consommation médicale quant à elle pour la même année s'élève près de 68 milliards soit 9675 Fcfa par tête par an et 3,3% du PIB. Cette consommation regroupe les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les médicaments et bien médicaux. (Ministère de la santé Publique, 2006).

La source principale de financement des dépenses de santé au Bénin en 2003 reste les ménages qui supportent 52,1% de la dépense et consomment 69,35% de la consommation médicale. L'Etat, participe à hauteur de 30,8% de ces dépenses. La troisième source de financement provient du reste du monde avec 16,5% de la dépense globale. Les trois sources confondues font l'essentiel de la dépense soit 99,4% (Ministère de la santé Publique, 2006)

Ainsi les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu ont été marquées par trois orientations successivement dominantes. La première basée sur la gratuité des soins, a d'abord reposé sur le développement de programmes verticaux puis sur la nécessité de rendre les soins de santé primaire accessible à tous. La seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires, introduit la participation financière des usagers et de cherché à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de systèmes de santé de district. La troisième, fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les Objectifs Du Millénaire, met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers (AUDIBERT et *al* 2004).

Dans les (CNS 2003) la répartition de cette dépense par agent de financement place encore les ménages par leur versement direct en tête avec 52,06% suivi du Ministère de la Santé Publique 33% et le reste du monde de 11,8% , les autres ministères, 2,6% et les autres agents de financement, 0,54%. Au total on note une inquiétude dans le financement de la santé. Les ménages dans un contexte de marasme économique caractérisé par une baisse de leur revenu, supportent plus de 52% de la dépense de santé. Cette situation risque de renforcer la situation actuelle d'exclusion des couches vulnérables du système de soins. Il urge donc de réfléchir à la mise en place d'un mécanisme d'assurances.

Les premières expériences des mutuelles dans le domaine de la santé au Bénin datent des années 90. L'inventaire régional de mutuelle de santé de 1997 dénombrait 11 mutuelles. La dynamique d'implantation des mutuelles de santé s'est accélérée à partir des années 2000 et

2001. Le nombre de mutuelles de santé sur l'ensemble du pays a multiplié par 20 en espace de 10ans, avec une taille moyenne de bénéficiaire se situant autour de 5000. Les droits d'adhésion aux mutuelles varient entre 500 et 1000Fcfa, avec une prime mensuelle de 200Fcfa par membre. On note par ailleurs l'existence d'au moins une mutuelle de santé dans chaque département, avec forte concentration dans le Borgou. Bien que soit notée une croissance des initiatives de mutuelles de santé dans le pays, estimé à 201 en 2001, leur participation à la gestion du risque de maladie chez les ménages reste très faible (CNS 2008).

Une estimation fine et une description de la dépense totale des mutuelles de santé auprès des formations sanitaires ne sont pas disponibles dans les différents tableaux de synthèse de CNS 2008.

Cependant, de manière générale, il est à noter que la majorité des mutuelles de santé couvrent les petits risques (consultation curative ; consultation pré/post-natale ; accouchement normal ; médicaments essentiels ;..) qui sont pris en charge techniquement au niveau des dispensaires, centre de santé d'arrondissement et centres de santé communaux. Certaines mutuelles incluent en plus gros risques tels que les interventions chirurgicales ; les accouchements compliqués ; l'hospitalisation. Le système traditionnel de couverture du risque maladie que sont les compagnies d'assurances proposent en général des formules ne favorisant pas toujours l'adhésion des ménages. En effet, outre des coûts pouvant constituer un frein dans la plupart des compagnies d'assurances au Bénin dont le portefeuille comprend : la police maladie ; les ménages ne peuvent y accéder que lorsqu'ils sont constitués en groupe d'au moins cinq membres. Cette formule tente à favoriser uniquement les employés du secteur privé formel et leurs ayant droits. Les pharmacies et autres détaillants de médicaments représentent le prestataire recevant la majorité des ressources des ménages, environ 56%, suivi des prestataires de soins publics 19% et 15% pour l'ensemble des établissements privés (hôpitaux privés 13% ; cabinets médicaux 2%) (CNS 2008).

La médecine traditionnelle, bien qu'étant le 1^{er} recours dans l'itinéraire thérapeutique de la plus part des ménages en Afrique, représente 7% des dépenses de santé des ménages (CNS 2008).

La question fondamentale qui se dégage des données sur le financement de la santé au Bénin, (Conseil Santé Consortium, 2011 ; Ministère de la Santé Publique, 2006), est de savoir quels sont les mécanismes de financement au Bénin ? Dans un contexte économique caractérisé

par la raréfaction des ressources publiques affectés à la santé, d'autre part, la compétition entre les différents secteurs d'activité par rapport aux ressources publiques et, enfin la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages, il est pertinent de savoir si le financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin suit la logique néolibérale de désengagement de l'Etat observé dans les mécanismes de financement de la santé dans les pays où s'il s'en écarte ?

La problématique ainsi posée suscite un certain nombre de questions dont :

- Quels sont les mécanismes de financement de l'HZ-AC/SA?
- Quelle est l'importance relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA?
- Quelles sont les prestations qui sont financées par chaque source intervenant dans le financement de l'HZ-AC/SA?

B- Objectifs et hypothèse de l'étude

Au regard des questions de recherche, nous formulons des objectifs et des hypothèses.

Ce qui fait l'objet de cette partie.

1- Objectifs

L'objectif général de notre étude est d'analyser les mécanismes de financement de l'HZ-AC/SA.

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

- Déterminer la structure de financement de l'HZ-AC/SA.
- Estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.
- Déterminer la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié.

2- Hypothèse de l'étude

H1 : La structure du financement de l'HZ-AC/SA comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs de financement.

H2 : La part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement de l'HZ-AC/SA.

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

Paragraphe 2 : Revue de littérature

Dans ce paragraphe, nous avons présenté la revue de littérature de l'étude. Cette dernière porte sur les différents travaux réalisés par d'autres chercheurs sur le financement des hôpitaux.

L'OMS (2010) définit le financement de la santé comme la façon dont les ressources financières sont générées, affectées, et utilisées dans le système de santé. Dans cette logique, on définit le financement comme une opération permettant à un agent économique (Etat, Entreprise, Particuliers) de se procurer les ressources (à court, moyens et long terme) nécessaires au financement de sa trésorerie ou des besoins d'investissement.

Dans les comptes nationaux de la santé (2006), la source principale de financement des dépenses de santé au Bénin en 2003 reste les ménages qui supportent 52,1% de la dépense et consomment 69,35% de la consommation médicale. L'Etat participe à hauteur de 30,8% de ces dépenses. La troisième source de financement provient du Reste du Monde avec 16,5% de la dépense globale. Les trois sources confondues font l'essentiel de la dépense soit 99,4%. La répartition de cette dépense par agent de financement place encore les ménages par leur versement direct en tête avec 52,06% suivi du Ministère de la Santé Publique 33% et du Reste du Monde 11,8%, les autres agents de financement 0,54%.

Les études réalisées par Anja C. et *al* (2013), montrent globalement que le financement des hôpitaux repose sur quatre sources. Il s'agit d'une part, de l'autorité fédérale (Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement) ; de l'assurance soins de santé (Assurance soins de santé et invalidité) ; du patient pour les moyens de fonctionnement et une partie des investissements dans l'infrastructure hospitalière et d'autre part des communautés et des régions pour les charges d'investissements. Les moyens de fonctionnement de l'hôpital proviennent de différentes sources telles que l'autorité fédérale, les honoraires etc.... L'autorité fédérale se charge du Budget des Moyens Financiers (BMF). Celui-ci couvre en partie les frais liés au fonctionnement général de l'hôpital : de la fonction hôtelière aux soins infirmiers, des investissements en appareillage médical au cou d'une officine hospitalière. Les honoraires constituent une deuxième source importante de revenus des hôpitaux. Ces revenus sont facturés à la sécurité sociale et au patient comme honoraires médicaux, mais ne sont au final encaissés par les médecins en guise d'honoraires qu'à concurrence de deux tiers environ. Il s'agit d'une moyenne dans la mesure où le montant du reversement d'honoraires aux médecins, également appelé rétrocession, diffère d'un hôpital à l'autre, d'une spécialité à l'autre et même d'un médecin à l'autre. Les honoraires couvrent aussi une partie du fonctionnement général de

l'hôpital. La troisième grande source de revenus se compose des médicaments, des implants et d'autres dispositifs médicaux invasifs. Ils sont vendus via l'officine hospitalière et représentent 14% des revenus des hôpitaux fournis par l'assurance soins de santé. A cela s'ajoutent encore quelques sources plus modestes de revenus comme les suppléments de chambre et de matériels payés par le patient et les forfaits pour les hospitalisations de jour, tout comme les revenus de sources internes à l'hôpital (cafeteria, parking ..).

En 2009, Oliver cordonnier, explique que le nouveau financement hospitalier implique un changement de paradigme : les hôpitaux ne seront plus financés selon les coûts mais sur la base de forfaits liés aux prestations. L'objectif de ce mode de rémunération est une meilleure efficacité des hôpitaux et donc une utilisation plus rationnelle des ressources. La sélection des cas profitables et l'orientation des soins pour l'obtention d'une meilleure rentabilité, notamment par la baisse des durées de séjour constituent les risques majeurs.

Dans les travaux réalisés par Salvaria G. (2011), nous retenons que les systèmes de financement des hôpitaux sont définis comme la manière dont l'argent est distribué du gouvernement, de la compagnie d'assurance ou d'un autre organisme de financement au fournisseur de soins de santé. Des systèmes de paiements différents généreront des incitations différentes pour l'efficacité, la qualité et l'utilisation des installations de santé. De plus, ces incitations affecteront aussi de manières différentes les comportements selon qu'il s'agisse d'un administrateur d'hôpital, d'un patient ou d'un payeur. On peut distinguer trois catégories de mécanisme de paiement encadrant l'offre. Chaque approche se différencie des autres premièrement dans la nature de la relation financière entre tiers payant et le prestataire des services de santé, et deuxièmement selon l'influence relative des patients et du tiers payant dans la distribution du financement entre les fournisseurs. Une compréhension de la manière dont les services sont payés est importante afin de mettre en contexte les interactions entre les multiples facteurs économiques. Entre autres, le moment où les modalités de paiements sont établies, soit rétrospectivement ou prospectivement, aura un impact moyen sur les résultats de la mise en œuvre d'un mécanisme de paiement. Il s'agit de l'approche du remboursement : les prestataires sont payés rétrospectivement pour les services fournis aux patients. Le choix d'un prestataire par patient, qu'il soit basé sur l'emplacement, les services requis ou le conseil d'un généraliste, revêt ici une importance particulière puisque le financement suit le patient. Les systèmes de paiement rétrospectif répondent aux problèmes d'accès, de risque financier (pour les prestataires), d'allocation de revenus insuffisants, de sélection des patients et de faibles

qualités des soins. Il est cependant difficile pour ceux qui financent les soins d'exercer un contrôle actif sur les coûts. Cette approche est souvent combinée à la tarification à l'acte. Cette dernière n'est rien d'autre que le paiement reçu par les hôpitaux pour chaque service fournis individuellement. Ce système procure le lien le plus direct entre l'activité et le paiement puisque chaque service à son propre tarif ; de l'approche des contrats : une forme d'accord prospectif est conclue entre l'entité qui paie (le tiers payant) pour les soins et celle qui les fournit (le fournisseur). Les termes et les conditions de paiement pour les services de santé sont négociés, le payeur détient ainsi plus de contrôle sur le niveau total de financement et sur sa distribution qu'avec la méthode du remboursement. Les paiements prospectifs donnent quant à eux de meilleurs résultats dans l'atteinte de niveaux de services optimaux, d'efficacité et de maîtrise des coûts. Avec ce système les hôpitaux reçoivent un budget annuel, souvent appelé enveloppe budgétaire, destiné à couvrir tous les services (hormis, généralement, les grosses dépenses d'équipements) et des systèmes de santé intégrés : la même entité, habituellement le gouvernement local ou central contrôle à la fois le financement et la provision des services de santé. Les incertitudes relatives aux coûts et les complexités contractuelles sont de ce fait internalisées grâce à l'intégration verticale. L'ensemble est coordonné par un plan ou des arrangements administratifs. Avec les modèles intégrés, la maîtrise des coûts est souvent atteinte, mais l'impact global dépend de la manière dont les administrations allouent les ressources entre les différentes fonctions du système.

Castonguay J. et al (2013), par leurs travaux ont analysé les mécanismes de financement des hôpitaux suivant deux catégories l'une ou l'autre sont prospectifs ou rétrospectifs. Dans le premier cas, le payeur alloue ou paie pour les services aux fournisseurs avant que celui-ci ne les rende. Dans le deuxième, le payeur ou l'acheteur ne paie pour les services que lorsqu'ils sont rendus par le fournisseur. Les deux catégories du mode de financement des hôpitaux comportent des formes de paiement différentes. Selon le financement prospectif, l'allocation des ressources par le payeur à l'établissement hospitalier se fait en début d'exercice ou année financière. Ce dernier est chargé de le gérer de telle sorte à ne pas le dépasser. On distingue deux formes de financement prospectif : le financement par budget et le financement par capitation. Le financement par budget est traditionnellement observé dans les systèmes de santé intégrés et universels qui ont recours au financement des organisations par subventions globales ou par budget. Cette méthode est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et sur les coûts. Cette information qui s'est plus ou améliorée selon les juridictions a permis de faire évoluer le financement par budget pour mieux refléter l'activité. On la retrouve

au Canada, en Finlande, au Danemark, en Suède et encore en partie en Angleterre. Il existe deux principales approches de détermination des budgets globaux (Banque mondiale, 2009). La première selon les budgets historiques et la seconde approche le financement basé sur les groupes de diagnostics connexes. L'approche historique consiste à calculer le montant du budget de la nouvelle année en se basant sur celui de l'année précédente. On observe deux modes d'allocation budgétaire dans les systèmes de financement hospitalier par budget historique, l'allocation globale et l'allocation ligne par ligne. Le budget global est un montant total alloué à l'hôpital afin qu'il assure les activités anticipées durant l'année. Le budget ligne par ligne suit le même principe à l'exception que les montants alloués le sont pour chaque ligne de service au lieu de laisser l'établissement décider de sa répartition. La principale différence entre ces deux mécanismes d'allocation se situe au niveau de la liberté qu'il confère à l'établissement pour allouer les ressources selon les activités. La seconde approche des budgets prospectifs basés sur les groupes de diagnostics connexes (GDC) sont des budgets déterminés à partir de la combinaison de cas historiquement traités dans l'institution en question. En d'autres mots, le payeur évalue le budget qu'il octroie à l'établissement en considérant les cas (quantité et type) et le prix qu'il a payé pour les ressources allouées par cas l'année précédente. Cette approche est également appelée normative. Cette méthode a pour avantage de mieux tenir compte de la productivité des établissements et donc d'être plus équitable que la méthode historique.

Le financement par capitation quant à lui, est un mode de financement plus fréquemment utilisé pour financer les services primaires de santé. Selon ce mode de financement, le prestataire, soit un médecin ou une organisation de soins primaires, reçoit un prépaiement per capita, ajusté ou non en fonction du risque de consommation pour couvrir tous les besoins médicaux des personnes enregistrées auprès d'eux. Ce mode de financement est inspiré des méthodes de financement et de transfert de risque développées par les compagnies d'assurance privées aux Etats-Unis et sociales, aux Etats-Unis et en France. Le financement par capitation transfère le risque lié au contrôle des coûts des services à assurer au prestataire. Ainsi, il encourage les prestataires à maintenir leur clientèle en santé, ou à prévenir la maladie, pour qu'elle consomme le moins possible de services.

De cette même étude réalisée par Castonguay J. et *al* (2013), nous retenons que le principe de base du financement rétrospectif est que le paiement est effectué après que les services aient été prodigués par les établissements hospitaliers. On dit de ce mode de

financement que « Le financement suit le patient ». Ainsi le patient est une source de revenus plutôt qu'une source de dépenses. Les mécanismes de financement rétrospectifs peuvent être regroupés sous les vocables de financement à l'activité ou de financement incitatif. Le financement à l'activité désigne le financement des hôpitaux basé sur l'activité et qui 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 est la tarification de cette activité. On observe trois types de financement à l'activité selon la nature des activités qui sont financées : le financement basé sur l'acte, le financement par cas ou item et le financement basé sur les évidences. Le financement à l'acte, la forme se définissait en termes de programmes verticaux privilégiant des stratégies de lutte contre plus simple de financement à l'activité, est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué. Un épisode de soins hospitalier génère une quantité d'actes dont les actes diagnostics (test de laboratoire, radiographies, chirurgies), les services médicaux (du médecin) et les services infirmiers (souvent rémunérés par jour d'hospitalisation). Le paiement est associé à chaque acte sans considération pour l'ensemble des actes effectués dans le cadre de l'épisode de soins ou des besoins du patient. Le financement par cas (ou selon GDC) finance l'ensemble des services et fournitures requis dans le cadre d'un épisode de soins, soit du début d'une hospitalisation jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital. Il responsabilise l'hôpital pour l'ensemble des coûts suscité par une hospitalisation donnée. Les tarifs sont soit établis par le payeur et sont liés aux coûts attendus par ce dernier pour les services offerts, soit négociés entre le payeur et le prestataire. Le financement basé sur les évidences a pour objet d'améliorer la qualité en influençant les pratiques pour qu'elles respectent les évidences. Les tarifs sont établis en fonction du coût liés aux ressources utilisées lorsque les meilleures pratiques sont appliquées. Ces méthodes de financement sont différentes les unes des autres tant du point de vue de ce qui est remboursé que des objectifs poursuivis. Elles sont toutefois toutes tributaires de la sophistication des systèmes de classification et de la tarification en place. Le financement incitatif basé sur la performance ou les résultats 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 des soins, d'assurer la relation entre le patient et l'établissement et de réduire les délais d'attente. Tout dépend de l'indicateur de résultat auquel est lié le paiement. Ce type de paiement accompagne généralement un autre mode de financement qu'il soit prospectif ou rétrospectif.

Une étude comparative des systèmes de santé a été réalisée en 1998 dans l'Union Européenne sur le financement et l'organisation du secteur de la santé. Il en résulte de cette dernière que, bien que chaque Etat membre ait développé ses propres mécanismes de financement, des objectifs similaires et la convergence des évolutions historiques ont débouché sur des systèmes qui ont aujourd'hui beaucoup en commun. Tous les systèmes sont plus ou moins hybrides, dans la mesure où ils s'appuient sur une combinaison de sources de financement, mais la majorité des fonds sont contrôlés par l'Etat, directement ou indirectement. Seule une faible proportion provient d'une rémunération directe des services. La réglementation a instituée une assurance maladie universelle (Danemark, Finlande, Grèce, Italie, Portugal, Suède, Royaume-Uni) ou quasi-universelle (99% ou 99,5% de la population en Autriche, en Belgique, en France, au Luxembourg et en Espagne ; 92,2 % de la population en Allemagne) à travers des régimes obligatoires. En Irlande, l'assurance universelle pour les soins primaires ne s'applique qu'aux catégories à faibles revenus. Aux Pays-Bas, l'assurance universelle couvre seulement 60% de la population. Le reste de la population est généralement couverte par une assurance volontaire privée ou publique (Belgique, France, Allemagne, Luxembourg et Pays-Bas). Les systèmes de santé dans l'Union Européenne sont financés par les contributions publiques ou par les cotisations à des caisses maladie. On distingue trois systèmes de financements prédominants dans l'Union Européenne. Le premier (connu sous le nom de modèle Beveridge) se caractérise par le financement public par l'impôt. Dans le second (modèle de Bismarck), le financement public repose sur l'assurance obligatoire. Le troisième système consiste dans le financement privé par l'assurance volontaire, qui ne couvre intégralement qu'une petite minorité des citoyens européens mais qui fait aussi fonction de couverture complémentaire au regard de l'assurance sociale. Les modes de financement des hôpitaux sont très variables d'un Etat membre à l'autre ; les principaux éléments en sont le prix de journée, la dotation globale et la tarification fondée sur le diagnostic clinique (groupes homogènes de malades ou diagnostics- related groups).

Les politiques de santé, les grands fléaux en négligeant les actions en faveur de la viabilité des organisations qui conçoivent et exécutent ces politiques. Cependant cette politique de financement en termes verticaux nécessitait de mobiliser des ressources au service d'une organisation spécifique dont le principal, sinon le seul objectif était de réaliser les programmes de lutte sous toutes leurs composantes. Compte tenu des faiblesses des ressources nationales les Etats se sont rapidement retrouvés confrontés à des problèmes de financement croissant auxquels s'ajoutaient les problèmes récurrents d'accessibilité aux soins, d'équité, de qualité

d'une part et d'autre part des résultats assez décevants bien sûr à l'exception notable de la Chine et Cuba ce qui a conduit en 1978 à la conférence internationale d'Alma-Ata, dont la stratégie toujours fondée sur la gratuité des soins mais focalisée sur « les soins de santé primaires » à vocation universelle, devait permettre d'atteindre l'objectif de la « santé pour tous » (AUDIBERT et *al* 2004).

Plusieurs auteurs défendent l'idée que la demande des soins de santé est indépendante du prix à payer pour les services, selon eux les individus peuvent et souhaitent payer les soins qui leur sont prodigués. Pourtant plusieurs études montrent que les coûts directs sont parmi les critères principaux que les utilisateurs des services de soins prennent en compte dans la décision dramatique et plusieurs études rapportent une chute dramatique de l'activité des services de soins suite à l'introduction d'un système de recouvrement des coûts (AUDIBERT et *al* 2004).

C'est dans ce contexte de réflexion qui a conduit à proposer le principe de recouvrement des coûts, plus connu sous le nom d'Initiative de Bamako, adoptée par les ministres de la santé africains en 1987 à Bamako sous l'égide de l'Unicef et de l'OMS. La politique de recouvrement des coûts ne s'est pas limitée au financement de la santé mais conduit également à une démarche participative des communautés, les impliquant en théorie dans la gestion du système sanitaire, s'appuyant sur des expériences menées à Khombole Pikine et Sine Saloum au Sénégal, à Pahou au Bénin et à Kasongo au Zaïre (V. Richard 2004).

Section 2 : Méthodologie de l'étude

Cette section présente la méthodologie utilisée au cours de cette étude. Elle comprend deux paragraphes : le premier paragraphe expose les données de l'étude et le second paragraphe aborde les méthodes de l'analyse.

Paragraphe 1 : Cadre de l'étude

Ce paragraphe est scindé en deux parties dont la première expose la nature, la période de l'étude et la seconde les données de l'étude

A- Nature, période et cadre de l'étude

L'étude est une étude rétrospective et longitudinale. Elle couvre la période de 2008 à 2015, soit 08 observations. Le cadre de l'étude est l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. L'Hôpital constitue le cadre de l'étude. Au Bénin, l'Hôpital apparaît comme un acteur essentiel du système sanitaire national dont l'organisation, de type pyramidale, s'inspire du

découpage administratif du pays. D'un point de vue conceptuel, « *un hôpital est un établissement capable de recevoir des personnes atteintes ou présumées de maladies ou de blessures et des parturientes, en leur assurant le logement et la nourriture, ainsi que des soins médicaux plus ou moins prolongés, observation, diagnostic, traitement et réadaptation. Il peut aussi, le cas échéant, offrir des services de consultations externes pour des malades ambulatoires* » (OMS, 1963, P.10).

Partant de cette dernière définition, l'OMS (1963) identifie cinq paramètres fondamentaux qui permettent de caractériser un hôpital : les installations qui permettent d'assurer le logement et la nourriture ; la possibilité de séjour de 24 heures au moins pour le malade ; l'admission de malades, de blessés ou 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.

B- Données de l'étude.

Au regard, d'une part, de l'objectif général de l'étude et, d'autre part, des paramètres fondamentaux qui permettent de caractériser un hôpital au sens de l'OMS(1963), les données à utiliser sont des données sur l'activité et la comptabilité de l'hôpital. Ces données seront collectées dans les rapports d'activité de l'hôpital sur la période d'étude : 2008 à 2015.

Paragraphe 2 : Méthode d'analyse.

Ce paragraphe est organisé en deux sous paragraphes. Le premier aborde les méthodes d'analyse de la structure de financement et la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA, le second concerne les méthodes d'analyses de la structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifiées.

A- La structure de financement et la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.

Ce sous paragraphe présente, d'une part la structure de financement de l'HZ-AC/SA et d'autre part la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.

1- Méthodes d'analyse de la structure du financement de l'HZ-AC/SA.

L'analyse de la structure du financement de l'HZ-AC/SA consiste à décomposer la structure en différents éléments qui la constitue. Il s'agit des sources et des mécanismes de financement de l'HZ-AC/SA. Quant aux mécanismes de financement de l'HZ-AC/SA, nous allons procéder à la distinction des mécanismes prospectifs et des mécanismes rétrospectifs.

2- Méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.

Pour estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA, des paramètres seront calculés. Il s'agit de calculer : premièrement le « *poids relatif* » **Pr** qui permettra de montrer dans quelle mesure, chaque mécanisme participe au financement de l'HZ-AC/SA; deuxièmement le « *poids global* » de l'ensemble des mécanismes prospectifs (**Pgp**) de financement de l'HZ-AC/SA et troisièmement le « *poids global* » de l'ensemble des mécanismes rétrospectifs (**Pgr**) de financement de l'HZ-AC/SA.

Ainsi le calcul du poids relatif **Pr** de chaque mécanisme de financement de l'HZ-AC/SA a pour formule :

$$Pr = \frac{\text{Montant de chaque mécanisme de financement de l'HZ - AC/SA}}{\text{Financement global}} \times 100$$

Le poids global de l'ensemble des mécanismes prospectifs de financement de l'HZ-AC/SA **Pgp** a pour formule :

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

Le poids global de l'ensemble des mécanismes rétrospectifs de financement de l'HZ-AC/SA **Pgr** a pour formule :

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

B- La structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.

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

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

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre est composé de deux paragraphes. Le premier présente les résultats de l'étude et le second expose l'analyse de ces résultats.

Section 1 : Présentation des résultats

Ce paragraphe présente les résultats obtenus par rapport à nos objectifs. Il est scindé en deux parties. La première aborde la structure de financement et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA. La deuxième partie présente la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'HZ-AC/SA.

Paragraphe 1 : Structure de financement et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.

A- Structure de financement de l'HZ-AC/SA

Après dépouillement des comptes de l'HZ-AC/SA et les résultats de la période de l'étude 2008-2015 il ressort que l'HZ-AC/SA a trois (02) mécanismes de financement :

1- Le paiement des usagers

Les paiements directs sont les ressources propres générées par les services offerts par l'HZ-AC/SA. Il s'agit des frais de consultation, de laboratoire, de radiologie, de ventes de produits pharmaceutiques et consommables médicaux, de l'hospitalisation et des actes médicaux.

2- Les tiers payant

C'est un mécanisme par lequel vous pouvez être dispensée de payer à l'avance des frais qui seront en revanche pris en charge par le régime d'assurance maladie et le complémentaire de santé.

3- L'Etat

L'Etat contribue au financement pour les investissements publics (construction, réhabilitation de certains bâtiments...) ; l'appui alimentaire aux patients ; les dépenses en personnel (salaires des agents de l'Etat) et d'entretien des services publics (eau, électricité, téléphone, fournitures de bureau, etc....)

B- Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.

Ce tableau ci-dessous présente la part relatif de chaque mécanisme de financement de l'HZ-A/SA

Tableau n° 3 : Part relative de chaque mécanisme de financement

Mécanismes de financement Années	Paiements des Usagers	Tiers payants	Subvention de l'Etat	Total
2008	185.498.025	40.377.281	256.008.097	481.883.403
2009	166.325.695	93.114.486	330.547.083	589.987.264
2010	150.491.780	134.037.683	313.776.995	598.306.458
2011	213.600.980	197.148.680	415.537.504	826.287.164
2012	245.255.392	253.533.093	319.886.993	818.675.478
2013	220.195.549	223.262.208	455.680.106	899.137.863
2014	220.749.258	256.916.319	564.003.330	1.041.668.907
2015	307.709.022	130.557.205	468.388.335	906.654.562
Total	1.709.825.701	1.328.946.955	3.123.828.443	6.162.601.099

Source : réalisé par les auteurs 2016

Paragraphe 2 : Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'HZ-AC/SA.

Ce tableau ci-dessous présente la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement

Tableau n° 4 : Structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'HZ-AC/SA

Mécanismes de financement	Prestations financées	Types de soins
Paiement des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation - Produits pharmaceutiques - Hospitalisation - Les actes - Laboratoire - Imagerie médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins ambulatoires - Soins hospitaliers
Tiers payants	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation - Produits pharmaceutiques - Hospitalisation - Les actes - Laboratoire - Imagerie médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins ambulatoires - Soins hospitaliers

Source : Réalisé par les auteurs 2016

Section 2 : Analyse des résultats

Dans ce paragraphe nous avons présenté les analyses faites par rapport aux résultats relatifs à la structure de financement, à l'estimation de la part de chaque mécanisme de financement de l'HZ-AC/SA et à la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié.

Paragraphe 1 : Analyse de la structure et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.

A- Analyse de la structure de l'HZ-AC/SA.

Après les différentes analyses que nous avons menées, les mécanismes de financement de l'HZ-AC/SA sont répartis selon le mécanisme prospectif qui consiste à ce que le payeur alloue ou paie pour les services aux fournisseurs avant que celui-ci ne les rendent et le mécanisme rétrospectif quant à lui le payeur ou l'acheteur ne paie pour les services que lorsqu'ils sont rendus par le fournisseur Joanne Castonguay (2013).

A partir de ce résultat, l'hypothèse selon laquelle la structure de financement de l'HZ-AC/SA comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs est validée.

B- Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.

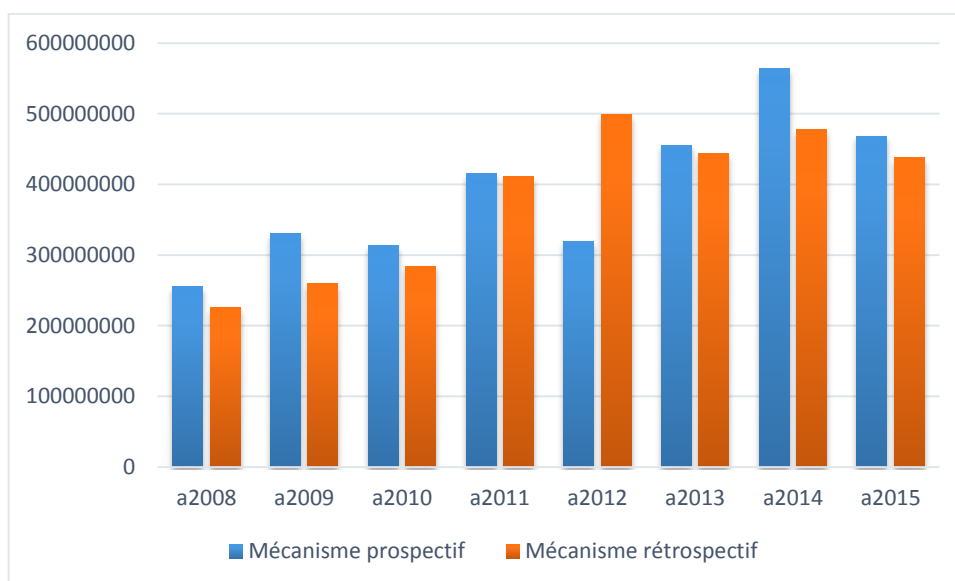
Le tableau ci-dessous présente l'estimation de la part relative de chaque mécanisme de financement de l'HZ-A/SA. Il est présenté sur la base du tableau n°3 qui nous a permis de faire la classification selon laquelle le paiement des usagers et celui des tiers payant représentent le mécanisme rétrospectif d'où la somme des montants de ces deux mécanismes de financement. Quant au mécanisme prospectif se sont les subventions de l'Etat.

Tableau n° 5 : Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'HZ-AC/SA.

Année	Mécanisme prospectif	Mécanisme rétrospectif	Total
2008	256.008.097	225.875.306	481.883.403
2009	330.547.083	259.440.181	589.987.264
2010	313.776.995	284.529.463	598.306.458
2011	415.537.504	410.749.660	826.287.164
2012	319.886.993	498.788.485	818.675.478
2013	455.680.106	443.457.757	899.137.863
2014	564.003.330	477.665.577	1.041.668.907
2015	468.388.335	438.266.227	906.654.562
Total	3.123.828.443	3.038.772.656	6.162.601.099
Pourcentages(%)	50,69	49,31	100

Source : Réalisé par les auteurs 2016.

Après analyse du tableau n°5, les mécanismes prospectifs représentent 50,69% du financement et les mécanismes rétrospectifs 49,31% du financement total de l'HZ-AC/SA. L'analyse ci-dessus faite des résultats du tableau n°5 montre que la part relative des mécanismes prospectifs est plus élevée que celle des mécanismes rétrospectifs dans le financement de l'HZ-AC/SA.



L'hypothèse selon laquelle la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement de l'HZ-AC/SA n'est pas validée.

Paragraphe 2 : Analyse de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'HZ-AC/SA

Après analyse des résultats du tableau n°4, les soins ambulatoires permettent au patient de rentrer chez eux après prestation, et de vaquer à leurs occupations. Pour ce qui concerne, les soins hospitaliers impose un séjour au patient à l'hôpital jusqu'à la récupération de sa santé. A partir de ces comparative l'hypothèse selon laquelle les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers n'est pas validée.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Parler des dépenses de santé et traiter du sujet de financement conduit inéluctablement à parler des dépenses d'assurances maladie. La santé est un bien commun, il est normal, naturel et légitime que tous les gouvernements, quelle que 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 Etat. Il n'y aurait, en toute logique, aucune raison de chercher à les réduire, les diminuer, ou simplement à les maîtriser. L'exercice se complique lorsque l'on doit financer ces dépenses (Chadelat J-F. 2005).

En définitive, il ressort de ce qui précède que le système sanitaire béninois est complexe, son financement est assez souvent inexplicable.

La dépense globale de santé est faible dans un contexte d'une part, de cherté des coûts des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, de la faiblesse de l'assurance maladie dont l'effet est très marginal au niveau de la population. Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition est inéquitable. Le paiement direct des ménages constitue la source de financement principale du système, cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles et parfois catastrophiques. En outre, des milliers de familles s'endettent lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladies chroniques. Bien évidemment, cette situation s'aggrave particulièrement chez la population la plus pauvre. Les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées, pour une bonne part, aux médicaments (41%). Le poids, assez faible des soins ambulatoires (16%) est exacerbé par l'indulgence de celui de la prévention sanitaire collective (9%) alors que les attentes à ce niveau sont élevées. Les inquiétudes ne sont pas liées uniquement au financement mais à l'accès aux services de soins publics. Ces inquiétudes sont le résultat normal d'un maigre financement du secteur public joint à des modalités de financement et de fonctionnement inadaptés dans un contexte d'absence de reddition des comptes et de références de qualités et de performances.

L'ensemble de ces conclusions militent en faveur de la mise en place d'un système de prépaiement des coûts ; il s'agit concrètement de l'instauration d'un régime d'assurances maladie obligatoire précédé d'une étude fiable.

Ce mémoire a pour thème *financement des hôpitaux au Bénin : cas de l'HZ-AC/SA*. Notre étude est une étude rétrospective et longitudinale, les données utilisées sont des données sur l'activité et la comptabilité de l'HZ-AC/SA. Ces données sont collectées dans les rapports d'activité de l'hôpital sur la période d'étude : 2008-2015. Nous avons analysé les mécanismes de financement de l'HZ-AC/SA. Pour finir nous avons abouti aux résultats ci-dessus présenté

SUGGESTIONS

Pour améliorer le financement des hôpitaux au Bénin, il est important de formuler des recommandations dans le but d'améliorer le financement de l'HZ-AC/SA.

Nous demandons d'encourager l'Etat et les partenaires techniques et financiers afin de rendre régulier et continuels leurs subventions ; assurer une gestion efficiente et efficace des subventions financières bénéficiées ; créer des conditions favorables pour permettre l'intervention à d'autres partenaires financiers ; introduire les aspects financiers et économiques dans le système d'information sanitaire du ministère de la santé publique ; utiliser l'expérience sur les CNS dans la conception du futur système d'information des hôpitaux publics ; accélérer l'introduction progressive de comptabilité générale puis analytique dans ces établissements publics de santé ; améliorer les flux informationnels entre le niveau central et le niveau périphérique en donnant plus d'autonomie au niveau des centres communautaires ; mieux adopter l'enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages en particulier à la logique de l'assurance maladie , des guérisseurs traditionnels et autres aspects ; introduire autant que possible une partie sur les dépenses de santé dans les enquêtes réalisées au niveau du ministère de la santé publique et sur la population.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anja C. Katelijjn D. David L. (2013), L'organisation et le financement des hôpitaux, Fiche info, supplément à MC-Informations N°253, Partie 2 pp 17, 18, 19.
- Audibert M. Mathonnat J. et de Roodenbeke E. (2004), « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis » *Médecine Tropicale*, vol. 64, pp.552-560
- Banque Mondiale (2009), financement de la santé, *rapport annuel 2009*.
- Castonguay J., Thomsom W et Thibaudin H . (2013), Revue documentaire. In Castonguay J. (sd), *Analyse comparatives des mécanismes de financement des hôpitaux*, rapport de projet N°2013RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO), pp. 20-41
- Chadelet J-F. (2005), « Les enjeux du financement de la santé », *Revue Française d'Administration Publique*, 2005/1, n°113, pp. 65-73
- Conseil Santé Consortium (2011), *Etudes dur les Comptes Nationaux de la Santé 2008-Bénin*, rapport final.
- Ministère de la Santé Publique, (2006), *Comptes Nationaux de la Santé : Exercice 2003*, Cotonou, Ministère de la Santé publique.
- OMS (1963), Comité d'Expert des Statistiques Sanitaires, Série Rapport Technique N°261, OMS, Genève, 36 pp.
- OMS (1948), Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000*
- OMS (2010) « Le financement de la santé : le chemin vers la couverture universelle »
- Richard V. (2004) « Le financement de la Santé en Afrique Sub-Saharienne : Recouvrement de coûts », *Médecine Tropicale* ; 64 : 337 – 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.