



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DEET DE LA RECHERCHE

UNIVERSITE D'ABOMEY

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**

Spécialité : ECONOMIE ET GESTION DES STRUCTURES SANITAIRES

THEME

**LE FINANCEMENT DES HOPITAUX AU BENIN
CAS DU CENTRE HOSPITALIER ET
UNIVERSITAIRE DE LA MERE ET
DE L'ENFANT LAGUNE (CHU-MEL)**

Réalisé et soutenu par :

Sonia HOUNGBEDJI

&

Nonflin Christie VIDO

Sous la Direction de :

Dr. Gilles Armand SOSSOU

Enseignant à la FASEG/UAC

Année Académique: 2015-2016

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT.....	i
TABLE DES MATIERES	ii
DEDICACE 1.....	v
DEDICACE 2.....	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
DEFINITION DES SIGLES ET ACRONYMES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
RESUME	xi
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL)	3
Section 1 : Présentation du CHU-MEL.....	3
Paragraphe 1:Historique, Statut juridique, missions, objectifs et activités du CHU-MEL	4
A-Historique.....	4
B-Statut juridique	4
C-Mission.....	5
D-Objectifs du CHU-MEL.....	5
E-Les activités du CHU-MEL	5
Paragraphe 2: Structure organisationnelle, Effectifs du personnel et ressources du CHU-MEL	6
A-Structure organisationnelle du CHU-MEL.....	6
1-Les organes de gestion et de consultation.....	6
2-Les structures administratives et techniques	7
B-Effectifs du personnel du CHU-MEL	9
C- Ressources du CHU-MEL	9
1-Les ressources financières.....	9
2-Les ressources matérielles.....	9
3- Les ressources humaines	10
Section 2 : Déroulement du stage au Service des Affaires Economiques (SAE) et au Service des Affaires Financières (SAF)	10
Paragraphe 1 : Travaux effectués	10

A-Services concernés.....	10
B-Travaux effectués.....	11
1-Service des Affaires Economiques (SAE)	11
2-Service des Affaires Financières (SAF).....	13
Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et suggestions.....	14
A-Difficultés rencontrées	14
1-Service des Affaires Economique.....	14
2-Service des Affaires financières	14
B-Suggestions apportées	14
CHAPITRE II : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	15
Section 1 : Cadre théorique de l'étude	15
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèse de l'étude	15
A- Problématique de l'étude.....	15
B- Objectifs et hypothèses de l'étude	18
1-Objectifs de l'étude.....	18
2-Hypothèses de l'étude.....	18
Paragraphe 2 : Revue de la littérature	18
A- Financement de la santé, équité et efficacité.....	19
B-Mécanismes de financement.....	23
1-Mécanismes de financement prospectif	23
2-Mécanismes de financement rétrospectifs	24
Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude.....	25
Paragraphe 1 : Cadre et données de l'étude.....	26
A-Nature, période et cadre de l'étude	26
Paragraphe 2 : Méthodes d'analyse de l'étude	27
A- Structure du financement du CHU-MEL et part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL.....	27
1- Méthodes d'analyse de la structure du financement du CHU-MEL.....	27
2- Méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL	27
CHAPITRE III : Présentation, analyse des résultats et recommandations de l'étude.....	28
Section 1 : Présentation des résultats	28
Paragraphe 1 : Mécanismes de financement du CHU-MEL et estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL	29
A- Les mécanismes de financement du CHU-MEL	29

1- Les charges non décaissables	29
2- Les subventions de l'Etat	29
3- Les subventions des tiers.....	29
4- Les subventions des organismes internationaux.....	30
5- Le paiement direct des ménages	30
B-Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL	30
Paragraphe 2 : Les prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHUMEL	33
Section 2 : Analyse des résultats et recommandations de l'étude.....	34
Paragraphe 1 : Analyse des mécanismes de financement du CHU-MEL et de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL	35
A- Analyse des mécanismes de financement du CHU-MEL	35
B-Analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL	38
Paragraphe 2 : Analyse des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHU-MEL et recommandations de l'étude.....	39
A- Analyse des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHU-MEL	39
B- Recommandations de l'étude.....	40
CONCLUSION	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
ANNEXE	44

DEDICACE 1

Je dédie ce mémoire à :

- Mon Père Théodose HOUNGBEDJI
- Ma Feue Mère Victorine ADJAHLIN
- Ma Belle Maman Véronique LOKOSSI
- Mes frères et sœurs

Mahuley Sonia HOUNGBEDJI

DEDICACE 2

Je dédie ce mémoire à :

- Mon Père Christophe VIDO
- Ma Mère Philomène BEDEBOU
- Mes frères et sœurs

Nonflin Christie VIDO

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont tout d'abord à l'endroit de notre Maître de mémoire le Docteur Gilles

Armand SOSSOU qui a accepté de superviser ce mémoire avec dévouement et disponibilité malgré ses multiples occupations. Votre attachement, votre rigueur et vos utiles conseils ont largement contribué à l'aboutissement de cette œuvre.

Nous tenons aussi à remercier sincèrement :

- Monsieur Charlemagne IGUE, Doyen de la FASEG pour le sacrifice consenti et sa détermination dans la formation et la recherche en Sciences Economiques et de Gestion ;
- Tous les Professeurs et Enseignants de la FASEG qui ont contribué à notre formation ;
- Notre Maître de Stage Monsieur ZINSALO D. S. Nicolas Chef du Service des Affaires Economiques du CHU-MEL pour sa sollicitude;
- Le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune Mr Thomas d'Aquin ZANGOUNON ;
- Le Chef Service des Affaires Economiques Mr Nicolas D.S.ZINSALO ;
- Le Chef Service des Affaires Financiers Mr BASSABI Wilfrid ;
- Le Chef de la Division Gestion des Malades et Statistiques ;
- Le Chef de la Division ECONOMAT Mme KONTI Agathe Fati pour avoir accepté de nous accueillir dans son service pour notre stage ;
- Le Chef de la Division Comptabilité et Budget Mr ADJANTO pour les informations qu'il a mises à notre disposition et les suggestions qu'il nous a faites ;
- A tout le personnel des divisions (Economat, Gestion des Malades et Statistiques, Comptabilité et Budget) pour leur accueil ;
- A tous les responsables des Structures Sanitaires visitées ;
- A tous nos parents et amis pour leur soutien ;
- Tous ceux qui de près ou de loin nous ont soutenus.

DEFINITION DES SIGLES ET ACRONYMES

ACE : Agent Contractuel de l'Etat ;
ACBA : Agent Contractuel sur Budget Autonome ;
ACBM : Agent Contractuel Banque Mondiale ;
AJVEP : Agent Jeune Volontaire d'Expertise Professionnel ;
AMS : Agent sur Mesures Sociales ;
APE : Agent Permanent de l'Etat ;
BMF : Budget des Moyens Financiers ;
CA : Conseil d'Administration ;
CCG : Cellule de Contrôle de Gestion ;
CHS : Commission d'Hygiène et de Sécurité ;
CHU : Centre Hospitalier Universitaire ;
CHU-MEL : Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant- Lagune ;
CMC : Commission Médicale Consultative ;
CME : Commission Médicale d'Etablissement ;
CSMI : Centre de Santé Maternité et Infantile ;
CNS : Comptes Nationaux de la Santé ;
CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale ;
CODIR : Comité de Direction ;
CQ : Cellule Qualité ;
CS : Centre de Santé ;
C/SAE : Chef du Service des Affaires Economiques ;
C/SAF : Chef du Service des Affaires Financières ;
DCB : Division Comptabilité et Budget ;
DDS : Direction Départementale de Santé ;
DE : Division Economat ;
DEF : Division Evaluation et Formation ;
DGMS : Division Gestion des Malades et Statistiques ;
DGPSC : Division de Gestion Prévisionnelles Suivi de Carrière ;
DPA : Division Paie et Administration ;
FASEG/UAC : Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi ;

FCFA : Francs des Colonies Françaises d'Afrique ;

FNRB : Fond National des Retraités du Bénin ;

FSI : Fond Sanitaire des Indigents ;

GDC : Groupes de Diagnostics Connexes ;

HOMEL : Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune ;

MESRS : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;

MSP : Ministère de la Santé Publique ;

OI : Organisme International ;

OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;

ONG : Organisation Non Gouvernementale ;

PEV : Programme Elargie de Vaccination ;

PIB : Produit Intérieur Brut ;

PS: Prestataire de Service;

SAE : Service des Affaires Economiques ;

SAF : Services des Affaires Financières ;

SBEE : Société Béninoise d'Energie Electrique ;

SCRP : Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté ;

SRH : Service des Ressources Humaines ;

Sta. ANPE : Stagiaire Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploi ;

USA: United States of America;

UVS : Unité Villageoise de Santé.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Fiche d'identité du CHU-MEL

Tableau N°2 : Effectif du personnel du CHU-MEL par catégorie et par statut au 05 septembre 2016

Tableau N°3 : Evolution de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL

Tableau N°4: Prestations financées par chaque mécanisme de financement

Tableau N°5: Classification des mécanismes

GRAPHIQUE

Graphique N°1 : Part relative des mécanismes de financement du CHU-MEL

RESUME

Le présent mémoire a pour objectif général d'analyser les mécanismes de financement du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL). Les objectifs spécifiques associés à cette étude sont basés sur la détermination de la structure du financement du CHU-MEL, l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement de ce centre et la détermination de la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié. A cet effet, nous avons utilisés comme méthodologie la décomposition de la structure en différents éléments qui la constituent en procédant à la distinction des mécanismes prospectifs et rétrospectifs, le calcul du poids relatif ainsi que du poids global des différents mécanismes et la décomposition par type des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié. Les principaux résultats ont montrés que le financement du CHU-MEL est basé sur cinq mécanismes parmi lesquels quatre sont prospectifs et un rétrospectif. De plus, la part relative des mécanismes rétrospectifs est supérieure à celle des mécanismes prospectifs dans le financement du CHU-MEL. Enfin, ces mécanismes prospectifs et rétrospectifs financent à la fois les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

Mots clés : Financement, mécanismes prospectifs, mécanismes rétrospectifs.

ABSTRACT

The present memory has for general objective to analyze the mechanisms of financing of the Academic Hospitable Center of the Mother and the child Lagoon (CHU-MEL). The specific objectives associated to this survey are based on the determination of the structure of the financing of the CHUMEL, the evaluation of the relative part of every mechanism in the financing of this center and the determination of the structure of the benefits financed by every mechanism of financing identified. To this effect, we used like methodology the decomposition of the structure in different elements that constitutes it while conducting the distinction of the prospective and retrospective mechanisms, the calculation of the relative weight as well as the global weight of the different mechanisms and the decomposition by type of the benefits that are financed by every mechanism of financing identified. The main results showed that the financing of the CHU-MEL is based on five mechanisms among which four are prospective and a retrospective. Besides, the relative part of the retrospective mechanisms is superior to the one of the prospective mechanisms in the financing of the CHU-MEL. Finally, these mechanisms prospective and retrospective finance the hospitable cares and the ambulatory cares at a time.

Key Words: Financing, prospective mechanisms, retrospective mechanisms.

INTRODUCTION

L'un des droits fondamentaux de tout être est le droit à la santé. La santé est une valeur sûre de la société. Au moyen-âge, elle était synonyme d'absence de maladie. Depuis 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé la définit comme étant " Un état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi chaque individu cherche à atteindre et à conserver le meilleur état de santé possible en recherchant un état complet de bien-être. L'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé est demeurée modeste jusque vers la fin du XVIIIe siècle. La soudaine importance de l'individu, la révolution industrielle puis l'émergence de la médecine bouleversa le rapport de force entre l'individu et l'Etat. L'Etat va alors faire sienne, la première priorité de l'individu : sa vie et sa santé. L'atteinte du bien-être individuel et collectif est un objectif pour chaque pays afin de garantir son développement.

La constitution béninoise du 11 décembre de l'année 1990 stipule en son article 8 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. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emploi ». L'Etat doit veiller à assurer un système de santé efficace avec comme objectif principal l'amélioration de la santé de la population desservie, en leur permettant d'atteindre le meilleur niveau de santé possible. Avec l'évolution de la décentralisation en général, et particulièrement au Sénégal, 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 aux transferts financiers de l'Etat. 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 des modes de financement mais également des processus de régulation et des modalités d'organisation des différents systèmes. Un système de santé doit être apte à répondre adéquatement aux attentes des populations et réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun une qualité de soins, sans discrimination. La santé des personnes est une priorité nationale. Ainsi dans le but d'atteindre cet objectif, l'Etat béninois et les autorités internationales ont fournis beaucoup d'efforts dont la création de quelques infrastructures adéquates en l'occurrence, les hôpitaux. Les systèmes de santé universels du monde entier

font face à une problématique de financement. Dans les pays, les individus ont des attentes très fortes en matière de santé. La situation n'est pas différente au Bénin. Les hôpitaux au Bénin sont confrontés à des problèmes comme la raréfaction de ressources publiques affectées à la santé d'une part, d'autre part la compétition entre les différents secteurs d'activités par rapport aux ressources publiques disponibles et la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages. Ces derniers ne permettent pas au Bénin d'atteindre la couverture universelle de santé. Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières. Pour un système de santé efficace et efficient, il faut qu'il soit animé par des mécanismes de financement qui constituent un des moyens qui peut conduire les établissements à adopter des comportements en lien avec les objectifs du système de santé.

Notre étude va se reposer sur la question du financement des hôpitaux au Bénin qui n'est pas une problématique nouvelle en économie de la santé. Elle constitue une problématique centrale de tout système de santé. Pour cela, nous avons travaillé sur le financement des hôpitaux au Bénin avec référence au cas du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) qui se trouve au niveau national de la structure pyramidale du Bénin et n'échappe pas aux problèmes que rencontrent les structures étatiques. Ainsi, en choisissant de porter notre réflexion sur le : « Financement des hôpitaux au Bénin : Cas du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) », nous voulons analyser les mécanismes de financement du CHU-MEL. Le travail s'inscrit dans le cadre de notre mémoire pour l'obtention des crédits associés au diplôme de Licence Professionnelle en Sciences Economiques, Option Economie, Spécialité Economie et Gestion des Structures Sanitaires à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi (FASEG/UAC).

Le document est structuré autour de trois chapitres. Le premier chapitre aborde la présentation du CHU-MEL, le déroulement du stage au Service des Affaires Economiques (SAE) et au Service des Affaires Financières (SAF). Le deuxième présente le cadre théorique et les outils méthodologiques que nous avons utilisés. Enfin, le troisième et le dernier chapitre porte sur l'analyse empirique de l'étude.

CHAPITRE I : Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL)

Il sera question ici de présenter le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune plus particulièrement le Service des Affaires Economiques puis le Service des Affaires Financières et de décrire le déroulement du stage.

Section 1 : Présentation du CHU-MEL

Cette section comprend deux paragraphes : le premier présente l'historique, le statut juridique, les missions, les objectifs et les activités du CHU-MEL. Le second, la structure organisationnelle et les ressources du CHU-MEL. La fiche d'identité ci-après donne tous les renseignements nécessaires pour une bonne identification du CHU-MEL.

Tableau N°1 : Fiche d'identité du CHU-MEL

FICHE D'IDENTITE	
DENOMINATION	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
SIGLE	CHU-MEL
DATE DE CREATION	28 août 2012
FORME JURIDIQUE	Administration Publique d'Etat
ADRESSE	01BP 107 Cotonou Tél: 21313128 /21313319/ 21312116
SIEGE SOCIAL	Missèbo
BUDGET	Budget National, Budget Autonome Aides financières des partenaires au développement
REGIME FISCAL	Droit Commun
EFFECTIF	542 agents en 2016

Source : Conçu par les auteurs à partir des informations obtenues au CHU-MEL

Paragraphe 1: Historique, Statut juridique, missions, objectifs et activités du CHU-MEL

A-Historique

L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) de Cotonou, aujourd'hui Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) de Cotonou, est né, le 07 octobre 2002, de la fusion de deux formations sanitaires contigües créées en 1958 : la Maternité Lagune et le Centre de Santé Maternité et Infantile (CSMI).

Depuis Aout 2012, suivant le décret N°2012-300 du 28 Aout 2012, l'HOMEL s'appelle désormais le CHU-MEL. Son appellation a évolué dans le temps : de la maternité de Tokpa xoxo en 1958 à sa création en passant par la maternité lagune de Cotonou, l'HOMEL est transformé aujourd'hui en CHU-MEL pour mieux répondre à sa mission. A l'indépendance du Bénin, elle a connu un agrandissement avec la construction d'un immeuble à deux étages, actuelle hospitalisation (bâtiment F).

De nos jours, dans une vision de rayonnement internationale, le CHU-MEL est engagé dans le système de la démarche qualité suivant les normes ISO 9001. Quelques dates de cet engagement sont importantes. En octobre 2003, le démarrage du programme de mise en œuvre de la démarche Qualité selon les normes ISO 9001 version 2000 par MOODY FRANCE INTERNATIONAL. En septembre 2005, l'obtention de la certification concernant les normes ISO 9001 version 2000 par MOODY France INTERNATIONAL. En septembre 2008, le premier renouvellement de la certification. En août 2011, le deuxième renouvellement de la certification avec élargissement du périmètre de la certification au bloc opératoire et au laboratoire. Enfin, en août 2014, le troisième renouvellement de la certification à la norme ISO 9001 version 2000.

B-Statut juridique

Le décret N°2012-300 du 28 août 2012 portant attribution, organisation et fonctionnement des Centres de Santé Hospitaliers Universitaires du Bénin définit le statut juridique du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) de Cotonou. Il est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et administré par un Conseil d'Administration. Il est directement géré par une Direction Générale. Les Directeurs Techniques sont nommés par le Directeur Général après approbation du Ministère de la Santé. Ils sont des collaborateurs immédiats du Directeur Général à qui ils rendent régulièrement compte des activités menées.

C-Mission

Le Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) est un établissement public à caractère social, un hôpital de référence en matière de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie. Il est doté d'une semi-autonomie financière. A l'instar des autres Centres Hospitaliers et Universitaires du Bénin, le CHU-MEL a trois missions principales qui sont les soins (préventifs, curatifs et promotionnels et réadaptatifs), la formation et la recherche en santé. Il entretient des relations de prestations de soins et de services avec ses clients, des relations de formation pratique avec les élèves et étudiants des écoles et facultés de santé, d'assistance sociale et de spécialisation des médecins. Le CHUMEL reçoit en dehors des étudiants nationaux, des étudiants étrangers (de certains pays africains mais aussi de France, Belgique, Canada, USA, etc.) ; ce qui justifie sa réputation internationale et le conforte dans sa position d'hôpital de référence en matière de soins de qualité au profit de la mère et de l'enfant. Il accorde également une grande importance à la formation continue de son personnel pour lui permettre de mieux s'occuper des malades qui lui viennent des Départements du Littoral, de l'Atlantique, de l'Ouémé, du Zou, des Collines et dans une faible proportion des départements du Nord Bénin.

D-Objectifs du CHU-MEL

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) est un établissement de référence qui procure des soins préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs au profit de la mère et de l'enfant dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, de la chirurgie pédiatrique, de la néonatalogie, du suivi nutritionnel et de la protection sociale.

E-Les activités du CHU-MEL

Les activités du CH-MEL principalement en direction de la mère et de l'enfant de 0 à 5 ans sont les activités de la section mère et les activités de la section enfant. Les activités de la section mère regroupent essentiellement les activités de la section maternelle, qui se sont beaucoup développées dans le temps. Nous pouvons citer entre autre les consultations prénatales, les consultations post-natales, les consultations en planning familial, les accouchements, les actes gynécologiques, les activités de vaccination de la mère grâce au Programme Elargie de Vaccination (PEV). Les activités de la section enfant regroupent les soins afférents aux nouveaux nés et aux enfants. Les activités néonatales ont rapport aux infections néonatales, aux détresses vitales, aux ictères néonatales et aux faibles poids des

bébés. Les activités de pédiatrie concernent les soins afférés aux enfants d'un jour à quinze ans. La pédiatrie traite des infections respiratoires, le paludisme, les infections diarrhéiques et les problèmes liés à la malnutrition.

Paragraphe 2: Structure organisationnelle, Effectifs du personnel et ressources du CHU-MEL

A-Structure organisationnelle du CHU-MEL

Le bon fonctionnement de l'entreprise dépend de la rapidité d'exécution des tâches assignées aux individus qui relèvent des rapports hiérarchiques et fonctionnels existant entre ceux-ci ou les différents services ou subdivisions. Ainsi, l'organigramme du CHU-MEL repose sur les organes de gestion et de consultation, les structures administratives et techniques.

1-Les organes de gestion et de consultation

Les attributions de ces organes sont contenues dans les Statuts de l'hôpital. Nous avons : Le Conseil d'Administration (CA), le Comité de Direction (CODIR), la Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS), la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la Cellule de Contrôle et de Gestion (CCG) et la Cellule Qualité (CQ).

Le Conseil d'Administration (CA) est l'organe de décision. Il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances, dans la limite de l'objet social, au nom du CHU-MEL. Il se réunit en session ordinaire, 02 fois par an, pour étudier et approuver soit le budget de l'exercice à venir, soit les états financiers et le rapport d'activité de l'exercice écoulé. Il est présidé par le représentant du Ministère de la santé et est composé de 09 membres.

Le Comité de Direction (CODIR) est l'organe consultatif obligatoire examinant toutes les questions relatives à l'organisation générale du travail, aux effectifs du personnel, au statut du personnel, à l'élaboration du budget, à la politique générale du centre, à l'hygiène, à la sécurité et à la salubrité des services. Il exécute les décisions du Conseil Administratif(CA). Il se réunit une fois par mois et est présidé par le Directeur Général du centre.

La Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS) est l'organe chargé du contrôle et de la gestion de l'hygiène des espaces et des individus, de la salubrité, de la sécurité des personnes et de leurs biens, celle du patrimoine du centre, des risques d'incendie ou d'inondation et des risques d'accident du travail. Elle est consultative.

La Commission Médicale d'Établissement (CME) est un organe qui est consulté sur les principales affaires concernant la gestion du centre dans les domaines relatifs aux activités de santé, à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et médicotechniques et à la promotion de la qualité des prestations. Elle est également un organe technique de contrôle et de gestion en matière d'hygiène et de sécurité. Elle est composée de médecins qui élisent à sa tête un Président et un Viceprésident.

La Cellule de Contrôle et de Gestion (CCG) est un organe de conseil qui permet de fournir à la Direction du Centre et aux divers responsables les informations internes indispensables à la gestion. Elle est aussi un organe technique d'analyse des informations aux fins d'améliorer la gestion du centre.

La Cellule Qualité (CQ), elle est chargée de la mise en place et de la conduite de la démarche qualité et également du concept des 5S- KAIZEN-TQM, 5S (Séparer, Systématiser, Salubrité, Standardiser, Se discipliner), KAIZEN (Moyen de résolution des problèmes au CHU-MEL), TQM (Application de la qualité à tout le système). Le Système de Management de la Qualité répond à la volonté affichée du CHU-MEL de s'inscrire dans une logique d'amélioration continue de ses performances. Ceci dans le souci de satisfaire en permanence les attentes de ses clients. Pour cela, le centre à travers la Cellule Qualité, s'assure de l'amélioration continue de son Système de Management de la Qualité, de ses processus et de ses prestations de services.

Outre ces organes, le CHU-MEL comprend plusieurs directions et services administratifs de même que techniques qui assurent sa mission et la coordination de ses activités.

2-Les structures administratives et techniques

Les attributions de ces organes sont contenues dans les statuts de l'hôpital. Mais en attente de la mise en exécution du statut dans son entièreté, nous avons la direction générale puis le secteur médical.

La Direction Générale du Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune de Cotonou est assurée par un Directeur Général, un Chef du Service des Affaires Economiques, un Chef du Service des Affaires Financières et un Chef de Service des Ressources Humaines.

Le Directeur Général (responsable de la structure) est le responsable de la structure dont il assure la gestion à travers l'exécution des décisions du Conseil d'Administration et la

mise en œuvre de la politique générale définie par cette dernière. Il est nommé par décret pris en Conseil des Ministres.

Le Chef du Service des Affaires Economiques (responsable des Affaires Economiques). Il a sous sa responsabilité les divisions suivantes à savoir la Division Economat, la Division Gestion des Malades et statistiques, la Division de la Comptabilité Matière et la Division Entretien et Maintenance.

Le Chef du Service des Affaires Financières (responsable des Affaires Financières) s'occupe essentiellement du recouvrement des recettes, du paiement des dépenses, des opérations de banque, de la comptabilité générale et analytique, de l'établissement du bilan, de la gestion des régies des recettes et de l'élaboration du budget. Toutes les tâches sont exécutées par les deux divisions qui le composent (la Division Comptabilité et Budget puis la Division Caisse et Recouvrement).

Le Chef de Service des Ressources Humaines (responsable de la Gestion Administrative et du Personnel) gère la dimension administrative des ressources humaines. Il se charge de l'application de la politique sociale du CHU-MEL et comprend trois divisions que sont la Division de Gestion Prévisionnelle et Suivi de Carrière (DGPSC), la Division Administration et Paie (DAP) et la Division Evaluation et Formation (DEF). Ces divisions lui permettent de répondre aux attributions qui sont les siennes. Les activités de prévision et de suivi de carrière, d'administration et de paie, d'évaluation et de formation sont les principales attributions qui permettent à ce service d'atteindre les objectifs que lui a fixé la direction du CHU-MEL.

Le secteur médical est constitué de deux services techniques à savoir le Service de la Mère et le Service de l'Enfant. Chacun de ces services est composé de plusieurs secteurs qui participent à atteindre ses objectifs. Ces deux grands services médicaux sont dirigés chacun par un médecin chef, tous deux chapeautés par un professeur coordonnateur. La majorité des différents secteurs techniques du centre sont chacun, sous la responsabilité d'un médecin qui est assisté d'un infirmier surveillant de pavillon.

Des trente-cinq (35) secteurs techniques du CHU-MEL, seuls cinq sont dans le périmètre de certification à savoir la Consultation Prénatale Normale, les Urgences/Accouchements (l'Unité des Urgences, la Salle de Dilatation et la Salle d'Accouchement), le Bloc Opératoire (la Stérilisation, l'Aide chirurgie, l'Anesthésie et la Réanimation), la Néonatalogie (hospitalisation des nouveau-nés) et le laboratoire.

B-Effectifs du personnel du CHU-MEL

Tableau N°2 : Effectif du personnel du CHU-MEL par catégorie et par statut au 05 septembre 2016

Catégories	Régime d'emploi									Total
	APE	ACE	AMS	ACBA	Agents Prestataires	Agents Prestataires De garde	Sta ANPE	AJVEP	ACBM	
A	48	17	1	0	27	3	10	8	2	116
B	23	119	3	1	15	2	1	1	0	165
C	15	153	0	0	39	0	1	4	0	212
D	0	07	0	1	05	0	0	0	0	13
E	0	15	0	1	20	0	0	0	0	36
Total	86	311	4	3	106	5	12	13	2	542

Source : Conçu par les auteurs à partir des informations obtenues au CHU-MEL

Pour mieux assurer les prestations à fournir aux clients qui fréquentent ces secteurs, le CHU-MEL dispose des ressources financières, matérielles et humaines.

C- Ressources du CHU-MEL

Nous présentons ici les ressources financières, les ressources matérielles et les ressources humaines qui favorisent le fonctionnement du CHU-MEL.

1-Les ressources financières

Les ressources financières sont l'ensemble des moyens financiers dont se dote le CHU-MEL chaque année pour assurer les dépenses de fonctionnement et d'investissement. Elles sont constituées par les recettes provenant des prestations, la subvention annuelle de l'Etat, les dons et legs.

2-Les ressources matérielles

Les ressources matérielles sont les moyens matériels permettant le diagnostic et le traitement des malades. Ce sont les infrastructures avec leurs équipements et le matériel médico-technique. Le CHUMEL dispose actuellement de plusieurs bâtiments qui abritent les différents services de soins, d'hospitalisation et d'administration ; d'équipements médico-techniques qui varient selon les spécialités et les activités des services, de matériels roulants,

des groupes électrogènes de relai automatique en cas de coupure de courant de la SBEE et d'un générateur d'oxygène en cours d'installation.

3- Les ressources humaines

Etant la plus importante ressource d'une organisation, les ressources humaines du CHU-MEL sont composées du personnel médical, du personnel paramédical, du personnel administratif, du personnel d'entretien et de soutien. Pour son animation, l'hôpital emploie actuellement, au total 561 agents toutes catégories professionnelles confondues relevant de plusieurs statuts. Ces agents du CHU-MEL sont soumis aux règles générales régissant le statut des Agents Permanents de l'Etat ou à celles de la convention collective générale de travail qui régissent certaines catégories socioprofessionnelles. Les agents recrutés sur contrat sont rémunérés soit par le budget autonome de l'hôpital, soit sur le budget de l'Etat selon le cas. Par contre tous les prestataires de services (PS) sont rémunérés sur le budget autonome de l'hôpital.

Selon les données de la Division Gestion Prévisionnelle et Suivi de carrière du Service des Ressources Humaines, ce personnel se compose de plusieurs corps qui sont les APE, ACE, AMS, ACBA, ACBM, Sta. ANPE et AJVEP.

Section 2 : Déroulement du stage au Service des Affaires Economiques (SAE) et au Service des Affaires Financières (SAF)

Paragraphe 1 : Travaux effectués

Dans ce paragraphe, nous abordons dans un premier temps les services dans lesquels s'est déroulé notre stage et dans un second temps les tâches que nous avons exécutées (au cours de trois mois) du 02 août au 31 octobre 2016.

A-Services concernés

Notre stage s'est déroulé au CHU-MEL qui est le centre spécifique de notre thème plus précisément au Service des Affaires Economiques. De ce fait nous avons parcouru la Division Gestion des Malades et Statistiques (DGMS) où nous avons fait deux (02) semaines, à la Division Economat durant un (01) mois et trois(03) semaines. Toutefois trois semaines nous ont été permises au Service des Affaires Financières plus précisément à la Division Comptabilité et Budget.

B-Travaux effectués

Au cours de notre stage au CHU-MEL, nous avons intégré 02 services à savoir : le Service des Affaires Economiques (SAE) et le Service des Affaires Financières (SAF). Dans le SAE et le SAF, un tour de passage a été organisé dans les différentes divisions à notre intention à savoir la Division Gestion des Malades et Statistiques, la Division Economat, la Division Comptabilité et Budget. Plusieurs travaux ont été effectués.

1-Service des Affaires Economiques (SAE)

Au SAE, nous avons parcouru la Division Gestion des Malades et Statistiques (DGMS) et la Division Economat. A la DGMS, plusieurs travaux ont été effectués tels que la saisie des factures des patients pris en charge gratuitement pour la césarienne et la saisie des factures des patients pris en charge gratuitement pour le paludisme. La Division Economat s'occupe de l'achat, l'approvisionnement et l'ordonnancement. Plusieurs procédures sont suivies pour la réalisation de ses tâches.

La procédure d'approvisionnement

1ère étape : Mise en place des différentes commissions (Commission de Dépouillement et Commission de Réception) ;

2ème étape : Expressions écrites des besoins signés du premier responsable du secteur sur proposition des utilisateurs avec toutes les spécifications techniques ;

3ème étape : Analyse, validation et centralisation des besoins exprimés par le Service des Affaires Economiques en collaboration avec les comptables matières au regard du budget de l'année ;

4ème étape : Elaboration d'un plan d'approvisionnement ;

5ème étape : Lettre de consultation restreinte adressée par le C/SAE aux fournisseurs agréés ;

6ème étape : Dépouillement des offres reçues des fournisseurs par une commission restreinte sanctionnée par un procès-verbal ;

7ème étape : Elaboration du bon de commande par le C/SAE et programmation des réceptions avec les fournisseurs retenus ;

8ème étape : Réception des produits commandés par une commission sanctionnée par un procès-verbal ;

9ème étape : Entrée au magasin des produits réceptionnés avec élaboration des bons d'entrée et remplissage des fiches de stocks ;

10ème étape : Elaboration du mandat de paiement par le C/SAE ;

11ème étape : Paiement des factures afférentes aux différents achats par le Service des Affaires Financières en collaboration avec le Directeur.

NB : Le seuil prévu pour les fournitures et prestations de services est fixé à 20.000 000 FCFA ; le seuil prévu pour les Bâtiments et Travaux Publics est fixé à 60.000 000 FCFA et le seuil prévu pour les prestations intellectuelles est fixé à 10.000 000 FCFA. A partir de ces seuils, ils doivent faire recours à un appel d'offre qui relève de la compétence du Ministère de la Santé en fonction de la source de financement par l'intermédiaire de la personne responsable de la Passation des Marchés Publics.

La procédure d'établissement de bon de commande

1ère étape : Le magasinier exprime les besoins et les transmet au Chef Division Economat qui les transmet au C/SAE ;

2ème étape : Le C/SAE consulte avec le Chef Division Economat le « fichier fournisseur » et choisissent au moins trois fournisseurs selon les besoins ;

3ème étape : Le Chef Division Economat établit les lettres de consultation qu'il fait signer par le C/SAE pour transmission aux fournisseurs qui lui envoient chacun une facture pro forma ou un devis qui est déposé au secrétariat de la Direction. Le secrétariat envoie les pro forma ou devis au Directeur pour annotation ;

4ème étape : La réception des factures pro forma. Le Directeur du CHU-MEL contrôle les informations contenues dans les pro forma ; autorise la dépense en inscrivant sur la pro forma ou sur le devis la mention « Affecté au C/SAE pour étude et disposition » et transmet le dossier au C/SAE ;

5ème étape : Le C/SAE réunit la commission de dépouillement pour le traitement du dossier afin de retenir le moins disant sur la base d'un procès verbal de dépouillement signé par tous les membres de la commission de dépouillement ;

6ème étape : Le C/SAE transmet le dossier au Chef Division Economat pour l'élaboration du bon de commande ;

7ème étape : Le Chef Division Economat transmet à son tour le dossier à la section Ordonnancement-Mandatement pour l'établissement du bon de commande après avoir vérifié

la conformité des prix proposés par le fournisseur par rapport au répertoire des prix et les prix du marché ;

8ème étape : La section Ordonnancement établit le bon de commande qu'il transmet au secrétariat pour la signature du C/SAE d'abord puis celle du Directeur ;

9ème étape : Le secrétariat renvoie le bon de commande à la section Ordonnancement après signature ;

10ème étape: Le Chef Division Economat appelle le fournisseur pour le retrait du bon de commande à la section Ordonnancement.

La procédure de réception des produits commandes

Les étapes de la procédure de réception des produits commandés sont:

- 1- Vérifier le bon de commande (voir la signature de l'Ordonnateur).
- 2-Vérifier le bordereau de livraison ou l'attestation du service fait.
- 3-Vérifier la conformité de la livraison par rapport aux spécifications de commande (quantité et qualité).
- 4-Faire un rapprochement quantitatif de la commande et de la livraison.
- 5-Etablir en cas de conformité le procès verbal de réception.
- 6-Rejeter en cas non-conformité la commande et adresser un rapport à l'ordonnateur.
- 7-Signer le procès verbal de réception en cas de conformité.
- 8-Prendre les trois factures chez le fournisseur.

NB : A la fin de la réception, une copie du procès verbal de réception, du bordereau de livraison et de la facture seront transmises au magasinier, à la comptabilité matière, à la cellule de contrôle de gestion et l'original reste à l'Economat pour traitement. Toutes les vérifications sont effectuées par la commission de réception.

2-Service des Affaires Financières (SAF)

Dans ce service, nous avons participé également aux activités dont la réception et vérification des mandats de paiement venant de la division économat, l'enregistrement des mandats dans le registre des mandats, la transmission des mandats reçus au C/SAF, la saisie dans les journaux concernés et l'imputation des différentes prestations et ventes.

Paragraphe 2 : Les difficultés rencontrées et suggestions

A-Difficultés rencontrées

Au cours du stage, plusieurs travaux ont été réalisés. Avant chaque activité, le personnel du SAE et du SAF prenait le soin de donner des directives sur le but et la manière dont il fallait faire le travail. Dans l'exécution de ces travaux, aucune difficulté majeure ne s'est posée. Néanmoins, les difficultés rencontrées sont d'ordre organisationnel. Ces difficultés peuvent être énumérées ainsi :

1-Service des Affaires Economique

Quelques difficultés ont été rencontrées au SAE. Le non- respect des procédures d'approvisionnement en fournitures médicales (des fois c'est à l'arrivée des factures qu'on établit le bon de commande). Les retards dans la réception des factures, procès- verbal de réception, bordereau de livraison entrainant des lots de dossiers en instance. La non affectation et le non enregistrement de certaines factures qui nous créent des problèmes de signature au niveau des chefs services. Les retards observés dans l'approvisionnement des différents services. Les outils informatiques présents doivent être remplacés car ne fonctionne plus correctement (les souris, la photocopieuse, l'encre, les imprimantes et les claviers). Les factures envoyées par les fournisseurs qui sont souvent erronées, ce qui retarde leur traitement.

2-Service des Affaires financières

Quelques difficultés ont été rencontrées au SAE. Le manque d'un service internet à la division comptabilité et budget (DBC) pour effectuer des recherches. La rétention de l'information à cause des obligations du secret professionnel. Le retard dans l'élaboration des états financiers et du budget. Le retard de la correction des états financiers. La non-conformité des mandats venant de l'économat par rapport à leur registre de mandats ce qui entraine une lenteur lors du paiement des fournisseurs.

L'élaboration des états erronés venant du service des ressources humaines ; ce qui retarde le paiement des primes, des salaires, des ristournes, des honoraires de garde des infirmiers. Le logiciel perfecto est non fonctionnel.

B-Suggestions apportées

L'administration du CHU-MEL doit veiller à une collaboration étroite entre tous les services et personnes impliqués dans la gestion du CHU-MEL, à améliorer les infrastructures et équipements de tous les services, à assurer la gestion informatisée de tous les services. Elle

doit aussi veiller à améliorer les prestations de divers ordres, à éviter les ruptures fréquentes des produits, à calculer les différentes statistiques de l'hôpital. De plus, l'administration doit veiller à la mise à jour des informations, au respect des procédures d'approvisionnement en fournitures médicales, à ce que les bons de commandes soient établis à temps compte tenu de la lourdeur dans les procédures d'achat et faire fonctionner le logiciel perfecto. Nous suggérons à tout le personnel du CHU-MEL de prendre en compte toutes les difficultés émises ci-dessus, ce qui leur permettra d'améliorer le travail les jours à venir pour l'évolution des activités de ce centre.

CHAPITRE II : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

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 hypothèse 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 hypothèses formulées.

A- Problématique de l'étude

Dans le monde, 16.000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque jour. La demande de soins de santé est largement supérieure à l'offre de soins de santé. Les ressources sanitaires disponibles sont insuffisantes face à la population (www.ouest-france.fr, *Mortalité infantile*). Les services publics de santé que reçoit une population dépendent non seulement du niveau des dépenses, mais aussi de la valeur comparative de sa monnaie, du prix et quantité des ressources matérielles et humaines, des institutions et de l'organisation des services.

Les systèmes de santé universels du monde entier font face à une problématique de financement. Il est constaté que les coûts de financement augmentent plus rapidement que le PIB des pays et donc leur capacité de payer ces régimes. L'évolution des technologies de santé, la richesse et le vieillissement de la population sont des facteurs qui engendrent une pression sur les couts de santé. Le vieillissement de la population est l'un des facteurs qui

exerce de plus en plus de pression car il implique une proportion plus grande de la population qui vit avec une maladie chronique et qui consomme des soins de santé (Joanne Castongay, p.9). Ainsi la population des travailleurs qui paient des impôts diminue, ce qui augmente les pressions sur la capacité des finances publiques à financer le régime public de santé.

Dans la régulation des systèmes de santé des pays en voie de développement des années 1970 au milieu des années 1990, et en particulier en Afrique subsaharienne , on distingue deux grandes périodes .D'abord les politiques de santé fondées sur la déclaration d'Alma Ata(1979) mettant en avant des impératifs d'équité ,et de financement monopoliste des services de santé par les gouvernements ; ces politiques de santé n'ont pas été en mesure de réduire les disparités d'accès aux soins ,ni de permettre un financement pérenne des systèmes de santé. Ensuite, les politiques basées sur l'Initiative de Bamako (1987) ont tenté de remédier aux dysfonctionnements des systèmes de santé sous un angle plutôt financier ; la déréglementation et l'appel au financement des ménages eux-mêmes dans le cadre de politiques dites de « recouvrement des coûts » visaient en fait à assurer l'autofinancement d'au moins une partie du système. Le bilan de l'Initiative de Bamako est aujourd'hui critiqué tant du point de vue des objectifs financiers qui n'ont pas été tenus, qu'en termes d'équité qui a été négligée alors qu'il s'agit d'un objectif essentiel en matière de santé. La question du financement des systèmes de santé est devenue aujourd'hui un enjeu de société majeur et constitue un grave problème dans tous les pays développés. En effet, on observe un peu partout une hausse non contrôlée des dépenses en santé, lesquelles atteignent des taux de croissance dépassant celui du PIB selon GABRIEL SAVARIA (Janvier 2011). Plus précisément, le secteur hospitalier, puisqu'il accapare la plus grande part des budgets dédiés à la santé, se situe au cœur de toute solution visant une meilleure maîtrise de l'évolution des coûts de la santé. Face au contexte de rareté des ressources qui caractérisent les pays en voie de développement en général et les pays africains en particulier, les ressources mises à la disposition d'une entreprise doivent être gérées de façon optimale. Il en est de même d'un hôpital qui doit être géré comme une entreprise à caractère spécifique parce-que n'ayant pas pour objectif la recherche de bénéfice, mais la recherche de l'équilibre de ces comptes du fait de son caractère social.

Au Bénin, nous disposons des centres hospitaliers de trois niveaux à savoir les zones sanitaires, les centres hospitaliers départementaux et les centres hospitaliers universitaires. En effet, la source principale de financement des dépenses de santé au Bénin en 2003 reste les

ménages selon les statistiques du MS, qui supportent 52,1% de la dépense contre 30,8% pour l'Etat, 16,5% pour le reste du monde et

0,6% pour les collectivités, les assurances et mutuelles de santé, les entreprises privées et publiques. La participation de l'Etat (30,8%) consiste à financer la construction des formations sanitaires, à assurer leurs équipements, à former le personnel et à mettre à disposition dans certains cas une partie dudit personnel

(Sossou, 2007). De la répartition des versements directs des ménages par fonction, il ressort que 76% de ces dépenses sont consacrées aux produits pharmaceutiques, 8% pour les soins hospitaliers, 5% pour les soins ambulatoires, 5% pour les services auxiliaires (laboratoires, imagerie médicale) et 6% pour les autres dépenses de santé. Les ménages effectuent donc des paiements directs auprès des établissements publics et privés. Ainsi l'accès aux services de santé est subordonné à l'existence d'une capacité financière. Au Bénin où plus d'une personne sur trois (35,21%) vit en dessous du minimum vital et une personne sur trois (30,84%) subit encore de nombreuses privations en termes de conditions d'existence et de patrimoine (Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté SCRP 2011-2015), la capacité financière pour accéder aux soins n'est pas évidente pour toute la population. De plus, la répartition inégale des revenus au sein de la population béninoise fait que certaines catégories de personnes (les ménages plus démunis) sont plus exposées que d'autres (les ménages moins démunis) aux effets de l'application du mécanisme de la participation financière des usagers aux services de santé.

Le financement de la santé est la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé. Il est constitué de plusieurs mécanismes que cette étude se propose d'étudier sur le CHU-MEL.

Ainsi, la question fondamentale que nous pouvons nous poser est la suivante : Quels sont les mécanismes de financement du CHU-MEL ? La réponse à cette question suscite les questions spécifiques suivantes :

- Quelle est la structure du financement du CHU-MEL ?
- Quelle est l'importance relative de chaque mécanisme dans le financement du CHUMEL ?
- Quelles sont les prestations qui sont financées par chaque source intervenant dans le financement du

CHU-MEL ?

La résolution de ces préoccupations pourra si possible permettre l'instauration de nouvelles réformes, des nouvelles politiques pour favoriser l'accès aux soins, la qualité et la quantité des soins et équilibrer l'offre et la demande de soins.

B- Objectifs et hypothèses de l'étude

La démarche adoptée ici est de présenter d'abord l'objectif général, ensuite les objectifs spécifiques et enfin les hypothèses de l'étude.

1-Objectifs de l'étude

L'objectif général de notre étude est d'analyser les mécanismes de financement du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune.

De façon spécifique, l'étude poursuit trois objectifs à savoir :

- Déterminer la structure du financement du CHU-MEL.
- Estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHUMEL.
- Déterminer la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié.

2-Hypothèses de l'étude

A ces objectifs spécifiques, on associe les hypothèses suivantes :

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

Paragraphe 2 : Revue de la littérature

Ce paragraphe est consacré à la revue des approches sur la question du financement de la santé, d'équité, d'efficacité et des mécanismes de financement. Les systèmes de santé universels du monde entier font face à une problématique de financement. Les économistes sont nombreux à avoir sonné l'alarme sur cette question depuis au moins les deux dernières décennies.

A- Financement de la santé, équité et efficacité

Selon Gabriel SAVARIA(2011), 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.

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. L'Hôpital apparaît donc comme un acteur essentiel du système sanitaire et peut même être perçu comme «l'agent d'exécution» de la politique sanitaire élaborée par l'autorité compétente. Il est aussi défini par l'OMS (1963), comme étant 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 restauration, 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 et des malades ambulatoires.

Selon Teperi et al(2009) cité par Joanne Castongay (2013), tous les systèmes de santé universels ont pour objectif d'améliorer la valeur au patient, celle-ci étant définie comme les résultats de santé compte tenu des unités de coûts dépensées. Un système basé sur la valeur oriente ses interventions sur la santé plutôt que sur les services de santé.

Selon Audibert et al. (2004), les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu ont été marquées par trois orientations successivement dominantes. La première, basée sur la gratuité des soins ; la seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires introduit la participation financière des usagers puis cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de système de santé de district et la troisième met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assurantiels.

D'après V. Richard(2004), les systèmes de santé et en particulier les soins de santé primaire hérités des indépendances ont cruellement souffert du manque du moyen et d'efficacité. Le financement par les états était censé garantir la gratuité des soins mais la conjoncture économique de la décennie 80-90 a mis à mal ce principe. C'est dans ce contexte que la réflexion sur le financement de la santé dans les pays en voie de développement 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 réunis en 1987 à Bamako sous l'égide de l'Unicef et de l'OMS. L'utilisateur paie, intégralement ou partiellement, pour les biens et service de santé auxquels il a recours. La politique de financement de la santé est basée sur le recouvrement des coûts qui trouve son origine dans la déclaration d'Alma Ata (1978) renforcée par l'initiative de Bamako (1987) sous-tendue par les principes d'équité, de prévention, de technologie appropriée, d'actions multisectorielles et de participation communautaire (Audibert et *al.*, 2004).

Selon l'OMS (2000), l'efficacité désigne un équilibre entre les objectifs que la société se définit et souhaite voir réaliser. Il a aussi été question de la rationalité et de l'équité des dépenses publiques de santé d'une part, et la question de l'efficience, de l'autonomisation des hôpitaux publics et centres de santé communautaires par le financement communautaire d'autre part. Le souci d'intégrer plus d'équité dans les soins sanitaires a conduit au rationnement du financement public de la santé, favorisé par la mise en œuvre du Programme d'ajustement Structurel de la part du gouvernement béninois à la fin des années 80 marquant la remise en cause des prestations de soins de santé. L'efficience est défini comme étant la maximisation des bénéfices ou avantages de l'utilisation des ressources. Dans le secteur de la santé, l'efficience signifie que les ressources disponibles sont utilisées de manière à garantir/assurer que la population a le meilleur niveau possible de santé. Pour Gabriel SAVARIA (2011), le terme « efficience » désigne dans quelle mesure des objectifs sont atteints tout en utilisant un minimum de ressources. Plus précisément, « l'efficience technique », puisque c'est de ce concept d'efficience qu'il sera question dans ce travail, fait référence à la plus grande production possible pour une quantité d'intrants donnée. Par exemple, son augmentation permettrait à un hôpital de libérer des ressources pour contrebalancer l'impact budgétaire d'une demande de soins accrue, et peut-être même de réduire les temps d'attente. Cette notion revêt toutefois un sens particulier lorsque appliquée à la santé. Pour assurer donc la pérennité permanente des hôpitaux, il faut définir une bonne politique de financement des établissements publics de santé. A cet effet, le financement communautaire et l'autonomisation des hôpitaux publics et centres de santé communautaires a été abordé dans le sens de savoir s'il est un mythe ou une réalité.

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 coût 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 matériel payés par le patient et les forfaits pour les hospitalisations de jour, tout comme les revenus de sources internes à l'hôpital (cafeteria, parking ..).

La complexité du système de santé implique des coûts élevés en main d'œuvre qui grèvent le coût total de production des actes et par ricochet, le prix payé par les consommateurs pour accéder aux services ; d'où la tarification différenciée et équité du financement privé de la santé au Bénin. Ce programme sous-tend trois grands modes de rémunération des praticiens en matière de santé : le paiement à l'acte, le salaria et la capitation. Il est à noter que le paiement d'un praticien peut résulter d'une combinaison de plusieurs méthodes de tarification des actes ; on parle de paiements mixtes. Au Bénin, la politique de paiement en vigueur dans le secteur privé comme public offre trois options aux choix déterminés par le statut professionnel du praticien ; le paiement à l'acte, le salaria ou la combinaison des deux. On distingue également le mécanisme de tarification des actes médicaux et le financement privé de la santé au Bénin; l'assurance maladie publique et iniquité dans le financement de la santé au Bénin

(Sossou, 2007).

En 2009, Oliver Cordonier 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.

Selon les CNS (2003-2006) cité par l'OMS(2010), des mécanismes de financement existaient au Bénin en 2010. 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 Publique géré par le Ministère des Finances et de l'Economie. Les mutuelles de santé communautaires appuyées par les partenaires et le Ministère de Santé. Des mutuelles de sécurité sociale soutenues par le Ministère du Travail (dans presque chaque département). Un Fonds National des Retraités du Bénin (FNRB) géré par Ministère des Finances. Un Fonds Sanitaire des Indigents (FSI) géré par le Ministère de la Santé. Une ligne budgétaire pour les évacuations sanitaires mais difficilement accessible pour toute la population (avant, elle ne concernait que les agents de l'Etat). Une Agence autonome de la gratuité des césariennes sous la tutelle du Ministère de la Santé et les assurances maladie privées. Le système de financement de santé est donc caractérisé par une forte fragmentation due au fait que ces dispositifs ne sont pas liés d'une manière ou d'une autre. Cela implique une faible solidarité et une inexistence de redistribution des ressources entre eux et entre les couches sociales. Cette fragmentation implique aussi une forte duplication des fonctions administratives, un besoin de coordination, avec comme conséquence des coûts de transaction et des frais administratifs y afférents élevés. Ce qui génère ainsi de l'inefficacité dans l'utilisation des ressources, favorise l'iniquité de financement et dans l'accès aux soins de santé.

En 2013, Castonguay distingue deux différents mécanismes de financement des hôpitaux à savoir les mécanismes de financement prospectifs et les mécanismes de financement rétrospectifs.

B-Mécanismes de financement

1-Mécanismes de financement prospectif

Le financement prospectif s'explique par le fait que l'allocation des ressources par le payeur à l'établissement hospitalier se fait en début d'exercice ou année financière et ce dernier est chargé de le gérer de manière à ne pas le dépasser. Les mécanismes de financement prospectifs se composent du financement par budget et du financement par capitation (Castonguay, 2013)

Le financement par budget est généralement utilisé lorsqu'il y a peu d'informations sur l'activité et sur les coûts. L'emphase des systèmes financés par budget est mise sur le contrôle des coûts. Selon

Castonguay(2013), il existe deux approches de financement par budget: l'approche historique et le financement basé sur les groupes de diagnostics connexes.

L'approche historique, la forme la plus simple mais aussi la plus limitée en terme de soutien à la gestion des établissements consiste à calculer le montant du budget de la nouvelle année en se basant sur celui de l'année précédente. L'objectif implicite à cette méthode est de conserver la même activité que l'année précédente et ainsi contrôler le budget. Selon Sutherland (2009) cité par Joanne Castongay (2013), d'une année à l'autre, les budgets de l'année précédente sont tout de même ajustés pour tenir compte des facteurs tels que le taux d'inflation, les décisions d'investissement en capital et les ententes avec les différents syndicats. Il existe deux modes d'allocations budgétaires dans les systèmes de financement hospitalier par budget historique, l'allocation globale et l'allocation ligne par ligne.

L'allocation globale un montant total alloué à l'hôpital afin qu'il assure les activités anticipées durant l'année. L'allocation 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 (Castonguay, 2013).

Les budgets prospectifs basés sur les groupes de diagnostics connexes (GDC) sont des budgets déterminés à partir de la combinaison de cas historiquement traités dans l'institution en question. Le payeur évalue le budget qu'il octroie à l'établissement en considérant les cas (quantité et type) et le prix qu'il a payé pour les ressources allouées par cas l'année précédente. Cette approche est également appelée normative. Le payeur a la flexibilité d'ajuster le budget qu'il octroie pour tenir compte d'un objectif de quantité. Cette méthode a

pour avantage de mieux tenir compte de la productivité des établissements et donc d'être plus équitable que la méthode historique (Castonguay, 2013).

Le financement par budget global n'offre aucune incitation aux gestionnaires d'hôpitaux à innover afin de réduire les dépenses et d'améliorer l'accès et le temps d'attente (Labrie, 2012). En ce sens que toutes innovations d'un établissement allant dans le sens de réduction des dépenses et amélioration de la qualité se traduiraient par une baisse équivalente du budget prochain à octroyer à cet établissement.

Le financement par capitation est un mode de financement plus fréquemment utilisé pour financer les services primaires de santé. Selon ce mode de financement, le prestataire, soit un médecin ou une organisation de soins primaires, reçoit un prépaiement per capita, ajusté ou non en fonction du risque de consommation pour couvrir tous les besoins médicaux des personnes enregistrées auprès de lui (Castonguay, 2013). Le médecin ou l'établissement de soins de santé primaire devient le détenteur d'une enveloppe budgétaire et il est responsable du paiement de tous les soins qu'il administre à ses patients ou des soins des patients qu'il adresse à des niveaux plus élevés du système. Ce mode de financement doit être accompagné de surveillance pour éviter que les prestataires réduisent les dépenses au détriment des patients afin d'accroître leurs profits.

2-Mécanismes de financement rétrospectifs

Le financement rétrospectif est un mécanisme dans lequel, le payeur ou acheteur ne paie pour les services que lorsqu'ils sont rendus par le fournisseur. Le paiement est effectué après que les services aient été prodigués par les établissements hospitaliers. Il est dit de ce mode de financement que " le financement suit le patient ". Ici le patient est une source de revenu plutôt qu'une source de dépense. Le financement rétrospectif est constitué du financement à l'activité et du financement incitatif (basé sur la performance ou le résultat) (Castonguay, 2013).

Le financement basé sur l'activité permet de rémunérer les hôpitaux par un paiement fixe pour chaque intervention médicale qui équivaut le plus souvent au coût moyen d'effectuer le traitement au sein du système hospitalier. Ce paiement se fait en fonction du volume de services fournis et également des caractéristiques des établissements et des patients traités à savoir, l'emplacement géographique, la gravité des cas et la complexité des pathologies (Labrie, 2012).

Selon Castonguay (2013), 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 la plus simple de financement à l'activité, est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué.

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

Le financement basé sur les évidences a pour objet d'améliorer la qualité en influençant les pratiques pour qu'elles respectent les évidences.

Ces méthodes de financement sont différentes les unes des autres tant du point de vue de ce qui est remboursé que des objectifs poursuivis. Elles sont toutefois toutes tributaires de la sophistication des systèmes de classification et de tarification en place.

Le financement incitatif, aussi appelé à la performance, est utilisé comme moyen d'atteindre des objectifs prioritaires en mettant l'emphasis sur des résultats précis. Il permet ainsi de prioriser des cibles de qualité des soins, d'assurer la relation entre le patient et l'établissement et/ou de réduire les délais d'attente. Tout dépend de l'indicateur de résultat auquel est lié le paiement (Castonguay, 2013). Ainsi avec ce mode de financement, les primes de performance ne visent que certaines pratiques. Cet état de chose pourrait amener à l'abandon de certaines activités au profit de ceux qui sont visées par les primes de performance. La rémunération selon la performance peut être un complément à tous mécanismes de financement des hôpitaux et a pour objectif de récompenser la prestation de soins appropriés et de qualité (Labrie, 2012).

Selon Castonguay (2013), aucun mécanisme de financement pris à son état brut ne satisfait l'ensemble des objectifs du système de santé.

Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude

Cette section présente la méthodologie utilisée au cours de cette étude.

Paragraphe 1 : Cadre et données de l'étude

Ce paragraphe est scindé en deux sous paragraphes. Le premier expose la nature, la période puis le cadre de l'étude et le second aborde 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 1999 à 2013, soit 15 observations. Le cadre de l'étude est le CHU-MEL. 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 présumés atteintes de maladies ou de blessures et des parturientes, en leur assurant le logement et la nourriture, ainsi que des soins médicaux plus ou moins prolongés, observation, diagnostic, traitement et réadaptation. Il peut aussi, le cas échéant, offrir des services de consultations externes pour des malades ambulatoires » (OMS, 1963, P.10). Partant de cette 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 du séjour pendant 24 heures au moins pour le malade ; l'admission de malades, de blessés ou de parturientes ; la surveillance médicale dans une mesure variant considérablement suivant le personnel disponible. Le système national de santé au Bénin est complexe. Son financement est inextricable et son analyse ardue. La dépense globale de santé se situe dans un contexte caractérisé par la cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, la faiblesse de l'assurance maladie de la population (le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition inéquitable), l'importance du paiement direct des ménages dans le financement du système (CNS, 2003, P.12).

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) nous avons utilisé des données sur l'activité et la comptabilité de l'hôpital. Ces données ont été collectées des états financiers de l'hôpital sur la période d'étude de 1999-2013. Les données mobilisées ont permis de déterminer la structure du financement du CHU-MEL, d'estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHUMEL et de déterminer la structure de prestations financées par chaque mécanisme de financement identifiée.

Paragraphe 2 : Méthodes d'analyse de l'étude

Ce paragraphe est organisé en deux sous-paragraphe. Le premier sous-paragraphe concerne les méthodes d'analyse de la structure du financement et les méthodes d'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL). Le deuxième sous-paragraphe aborde les méthodes d'analyse de la structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.

A- Structure du financement du CHU-MEL et part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL

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

1- Méthodes d'analyse de la structure du financement du CHU-MEL

L'analyse de la structure du financement du CHU-MEL consiste à décomposer la structure en différents éléments qui la constitue. Il s'agit des sources et des mécanismes de financement du CHUMEL. Quant aux mécanismes de financement du CHU-MEL, 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 du CHU-MEL

Pour estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL, 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 du CHU-MEL ; deuxièmement le « *poids global* » de l'ensemble des mécanismes prospectifs de financement du CHU-MEL et troisièmement le « *poids global* » de l'ensemble des mécanismes rétrospectifs de financement du CHU-MEL. Ainsi le calcul du poids relatif **Pr** de chaque mécanisme de financement du CHU-MEL a pour formule :

$$\mathbf{Pr} = \frac{\mathbf{Fonds\ de\ chaque\ mécanisme\ de\ financement\ du\ CHU-MEL}}{\mathbf{Financement\ global}} \mathbf{X100}$$

Le poids global de l'ensemble des mécanismes prospectifs de financement du CHU-MEL a pour formule :

$$P_{gp} = \frac{\text{somme des mécanisme prospectif}}{\text{Financement global}} \times 100$$

Le poids global de l'ensemble des mécanismes rétrospectifs de financement du CHU-MEL a pour formule :

$$P_{gr} = \frac{\text{somme des mécanime rétrospectifs}}{f\text{Financemant global}} \times 100$$

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

Ce sous-paragraphe aborde les méthodes d'analyse de la structure des prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié. Pour analyser la structure des prestations qui sont financés par chaque mécanisme de financement identifié, nous allons décomposer par type, les prestations qui sont financées par chaque mécanisme de financement identifié.

CHAPITRE III : Présentation, analyse des résultats et recommandations de l'étude

Ce chapitre est composé de deux sections. La première présente les résultats de l'étude et la seconde expose l'analyse de ces différents résultats puis les recommandations.

Section 1 : Présentation des résultats

Cette section présente les résultats obtenus par rapport à nos objectifs. Elle est scindée en deux paragraphes. Le premier aborde les différents mécanismes de financement du CHU-MEL et l'estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL. Le deuxième paragraphe présente les prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHU-MEL.

Paragraphe 1 : Mécanismes de financement du CHU-MEL et estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL

A- Les mécanismes de financement du CHU-MEL

Après dépouillement des comptes du CHU-MEL il ressort de la période étudié qu'il existe cinq mécanismes de financement à savoir : les charges non décaissables, les subventions de l'Etat, les subventions des tiers, les subventions des organismes internationaux et le paiement direct des ménages.

1- Les charges non décaissables

Appelées aussi charges calculées, elles représentent une estimation de l'usure d'un matériel ou d'un risque d'ores et déjà identifié. Les premières sont appelées dotation aux amortissements, elles permettent de donner la valeur théorique actuelle d'un matériel en les soustrayant à la valeur d'origine et ainsi déterminer son degré d'usure. Les secondes sont appelées provisions et elles reflètent des charges probables (et pas seulement éventuelles) qu'il convient de rattacher à l'exercice comptable au cours duquel elles sont apparues afin de dégager un résultat aussi fidèle que possible.

2- Les subventions de l'Etat

On ne saurait aborder ce concept sans avoir une idée sur la notion de subvention. En effet, une subvention est une aide financière réelle, qui n'est ni un prêt ni une avance de trésorerie, accordée par l'Etat, une collectivité territoriale ou un organisme privé pour financer ou favoriser le développement d'une activité d'intérêt général ou, à titre de secours, pour subvenir à un cas pressant. Elle est versée à titre d'aide publique à une personne privée, physique, morale ou à une collectivité territoriale. Elle peut, dans certains cas, être assujettie à des contreparties indirectes. Ainsi une subvention accordée par l'Etat est appelée subvention de l'Etat.

3- Les subventions des tiers

Une subvention des tiers est, en première approche, une aide financière, directe ou indirecte, allouée par une personne publique ou une tierce personne en vue de financer une activité d'intérêt général.

Le bénéficiaire de la subvention peut être public ou privé, une entreprise, une association ou une personne, etc. La subvention peut porter sur un projet, sur un type de bien, sur une situation, etc.

4- Les subventions des organismes internationaux

Un organisme international (OI) est une personne morale de droit public fondée par un traité international par des États ou des organisations internationales afin de coordonner une action sur un sujet déterminé dans les statuts. Ces organismes prennent une importance particulière grâce à l'essor de la mondialisation, à la multiplication des échanges à l'échelle mondiale notamment depuis la fin de la

Seconde Guerre mondiale, par exemple en apportant un cadre juridique à certaines activités concernant l'ensemble du monde ou de vastes zones de celui-ci. Ainsi, une subvention des organismes internationaux est une subvention accordée soit par une organisation internationale pour compenser certaines charges ou insuffisances de recettes du CHU-MEL.

5- Le paiement direct des ménages

En règle générale, une dette est payée par la personne qui la doit dit, le débiteur, à celui auquel on la doit c'est à dire à son créancier. Ainsi, l'acheteur verse le prix de la vente au vendeur, le locataire s'acquitte des loyers entre les mains de son bailleur, l'emprunteur se libère en versant la somme empruntée à la personne qui a consenti le prêt. Au CHU-MEL, Le paiement direct des ménages regroupe tous les frais de ventes (les ventes de produits pharmaceutiques, de carte, de carnets et seringues) ; des services vendus (Néonatalogie, hospitalisations, consultations, actes de bloc, actes de laboratoire, actes de radiologie, actes d'échographie, accouchement, banques de sang, pansement...etc.) et des autres produits accessoires payés directement par le patient.

B-Estimation de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL

Le tableau N°3 : Evolution de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL

Mécanisme de financement Année	Charges non décaissables	Subventions de l'État	Subventions des organismes internationaux	Subventions des tiers	Paiement direct des ménages	Total des réalisations par année
1999	10335105	193125266	300000	285000	275071959	479117330
2000	0	285610909	0	599000	325875369	612085278
2001	225407113	370887129	3276716	0	402235363	1001806321
2002	33051682	418096909	3001750	1255350	525725577	981131268
2003	1840906	580178691	19793517	1810000	720858200	1324481314
2004	24133644	368399462	4976802	925000	821618934	1220053842
2005	67381680	424952808	0	612000	924966291	1417912779
2006	77468634	408754909	3281258	850000	979532679	1469887480
2007	87294511	464686277	0	250000	1080647100	1632877888
2008	9025875	497552410	0	500000	956226183	1463304468
2009	0	418468915	0	250000	816959886	1235678801
2010	736180979	1047435959	85500	0	488896955	2272599393
2011	738436789	657212202	200000	0	865817662	2261666653
2012	911012	867574360	3000000	0	726027506	2556886498
2013	2971752562	1047435959	0	200000	995014929	2043561900
Total des réalisations	2971752562	8050372165	37915543	7536350	10905474593	219773051213

Source : Conçu par les auteurs à partir des informations obtenues au CHU-MEL, 2016

Le tableau N°3 présente l'évolution de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL.

Déterminons les poids relatif et global des mécanismes de financement du CHU-MEL

- **Le poids relatif Pr de chaque mécanisme de financement de CHU-MEL :**

$$\mathbf{Pr} = \frac{\mathbf{Fond\ de\ chaque\ mécanisme\ de\ financement\ du\ CHU-MEL}}{\mathbf{Financement\ global}} \mathbf{X100}$$

Mécanisme de financement n°1 : Charges non décaissables

$$\mathbf{Pr} = \frac{2971752562}{21973051213} \mathbf{X100}$$

$$\mathbf{Pr} = \mathbf{13,5224500\%}$$

Mécanisme de financement n°2 : Subventions de l'Etat

$$\mathbf{Pr} = \frac{8050372165}{21973051213} \mathbf{X100}$$

$$\mathbf{Pr} = \mathbf{36,63747964\%}$$

Mécanisme de financement n°3 : Subventions des organismes internationaux

$$\mathbf{Pr} = \frac{37915543}{21973051213} \mathbf{X100}$$

$$\mathbf{Pr} = \mathbf{0,172554747\%}$$

Mécanisme de financement n°4 : Subventions des tiers

$$\mathbf{Pr} = \frac{7536350}{21973051213} \mathbf{X100}$$

$$\mathbf{Pr} = \mathbf{0,03429815\%}$$

Mécanisme de financement n°5 : Paiement direct des ménages

$$\mathbf{Pr} = \frac{10905474593}{21973051213} \mathbf{X100}$$

$$\mathbf{Pr = 49,6311345\%}$$

- Le poids global de l'ensemble des mécanismes prospectifs de financement du CHU-MEL **Pgp**

$$\mathbf{Pgp = \frac{Somme\ des\ mécanisme\ prospectifs}{Financement\ global} X 100}$$

$$\mathbf{Pgp = \frac{10905474593}{21973051213} X 100}$$

$$\mathbf{Pgp = 49,6311345\%}$$

- Le poids global de l'ensemble des mécanismes rétrospectifs de financement du CHU-MEL **Pgp**

$$\mathbf{Pgp = \frac{Somme\ des\ mécanismes\ rétrospectifs}{Financement\ global} X 100}$$

$$\mathbf{Pgp = \frac{11067576620}{21973051213} X 100}$$

$$\mathbf{Pgp = 50,36886554\%}$$

Paragraphe 2 : Les prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHUMEL

Dans ce paragraphe, nous allons distinguer les prestations financées par chaque mécanisme de financement du CHU-MEL. Après le recueil des informations nous pouvons déduire que les charges non décaissables supportent le renouvellement des matériaux en cas de dépréciation. Les subventions de l'Etat assurent les crédits délégués, les salaires des agents APE et contractuels, la prise en charge des indigents, l'électricité, l'eau, le téléphone...etc. Pour les subventions des organismes internationaux, les prestations financées dépendent de leur nature c'est-à-dire que les fonds de ces subventions financent toutes sortes de prestation. Quant aux subventions des tiers, ils prennent en charge les indigents. Enfin, le paiement direct des ménages finance les hospitalisations, les consultations et les divers actes (actes de pédiatrie, actes de chirurgie, actes de néonatalogie, actes de radiologie, actes d'échographie...etc.) du centre. Le tableau n° 4 ci-dessous fait un récapitulatif de ces prestations et des types de soins.

Tableau N°4 : Prestations financées par chaque mécanisme de financement

Mécanismes de financements identifiés au CHU-MEL	Prestations financées par mécanisme	Type de soins
Paiement direct des ménages	Hospitalisations	Soins hospitaliers
	Consultations	Soins ambulatoires
	Divers actes	Soins hospitaliers Soins ambulatoires
Charges non décaissables	Renouvellement des matériaux en cas d'usure	
Subventions de l'Etat	Gratuité de la césarienne et du paludisme, Crédits délégués, salaires des agents APE et contractuels, prise en charge des indigents, électricité, eau, téléphone...etc.	Soins hospitaliers Soins ambulatoires
Subventions des organismes internationaux	Toutes sortes de prestations	Soins hospitaliers Soins ambulatoires
Subventions des tiers	Prise en charge des indigents	Soins hospitaliers Soins ambulatoires

Source : Conçu par les auteurs à partir des informations obtenues au CHU-MEL 2016

Section 2 : Analyse des résultats et recommandations de l'étude

Cette section présente les analyses des résultats obtenus ci-dessus. Elle comprend deux paragraphes. La première aborde l'analyse des différents mécanismes de financement du CHU-MEL et l'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL. La deuxième partie présente l'analyse des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHUMEL et les recommandations de l'étude.

Paragraphe 1 : Analyse des mécanismes de financement du CHU-MEL et de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL

A- Analyse des mécanismes de financement du CHU-MEL

Les mécanismes de financement sont un des moyens qui peut conduire les établissements à adopter des comportements en lien avec les objectifs du système de santé. Ils sont également les moyens ou les voies par lesquels sont obtenues les ressources d'une entreprise. Les mécanismes de financement des hôpitaux appartiennent à l'une ou l'autre des deux catégories selon qu'ils sont prospectifs ou rétrospectifs.

Dans le premier cas, le payeur alloue ou paie pour les services au fournisseur avant que celui-ci ne les rende. Dans le deuxième, le payeur ou 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. Le tableau N°5 ci-dessous nous présente la classification des mécanismes de financement.

Tableau N°5 : Classification des mécanismes

Mécanismes de financement				Charges non décaissables	Subvention de l'État	Subventions des organismes internationaux	Subventions des tiers	Paiement direct des ménages
Mécanismes prospectifs	Budget	Approche historique	Global	Oui	Non	Non	Non	Non
			Ligne par ligne	Non	Non	Non	Non	Non
		Groupe de diagnostics connexes	Non	Non	Non	Non	Non	
	Capitation			Non	Oui	Oui	Oui	Non
Mécanismes rétrospectifs	Financement à l'activité	Financement à l'acte		Non	Non	Non	Non	Oui
		Financement par cas		Non	Non	Non	Non	Non
		Financement basé sur les évidences		Non	Non	Non	Non	Non
	Financement incitatif			Non	Non	Non	Non	Non

Source: Conçu par les auteurs à partir des informations obtenues au CHU-MEL, 2016

Le tableau N°5 définit la classification des mécanismes de financement. Le « OUI » exprime l'appartenance des mécanismes de financement du CHU-MEL dans le groupe de mécanisme auquel ils sont associés, et le « NON » exprime la non appartenance des mécanismes de financement du CHU-MEL dans le groupe auquel ils sont associés.

Les charges non décaissables représentent une estimation de l'usure d'un matériel ou d'un risque d'ores et déjà identifié. Elles sont financées par budget global. Par définition le budget global est montant total alloué à l'hôpital afin qu'il assure les activités anticipées durant l'année. Il représente l'un des modes d'allocation budgétaire dans les systèmes de financement hospitalier par budget historique. Ce dernier est l'une des approches du financement par budget qui caractérise le mécanisme prospectif. De ce point de vue les charges non décaissables constituent alors des mécanismes prospectifs.

Le financement par capitation définit un mode de financement plus fréquemment utilisé pour financer les services primaires de santé. Le prestataire, soit un médecin ou une organisation de soins primaire reçoit un prépaiement ajusté ou non en fonction du risque de consommation pour couvrir tous les besoins médicaux des personnes enregistrés auprès d'eux. Les subventions de l'Etat, les subventions des organismes internationaux et les subventions des tiers répondent à ce type de financement. Le financement par capitation étant une composante du mécanisme prospectif, nous en déduisons que les trois subventions du CHU-MEL sont aussi des mécanismes prospectifs.

Le financement à l'acte représente la forme la plus simple de financement à l'activité et est défini comme étant une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué. Il est regroupé dans la catégorie du financement à l'activité. Or le financement à l'activité constitue un mécanisme rétrospectif. Etant donné que le paiement direct des ménages répond aux critères d'un financement à l'acte nous pouvons affirmer qu'il est un mécanisme rétrospectif. Ce qui fait de lui le seul mécanisme rétrospectif qui existe au CHU-MEL.

Au terme de cette analyse, on conclut que le financement du CHU-MEL est basé sur cinq mécanismes parmi lesquels quatre sont prospectifs et un rétrospectif. Ainsi la première hypothèse formulée pour cette étude, à savoir que la structure du financement du CHU-MEL comprend à la fois des mécanismes prospectifs et rétrospectifs est vérifiée.

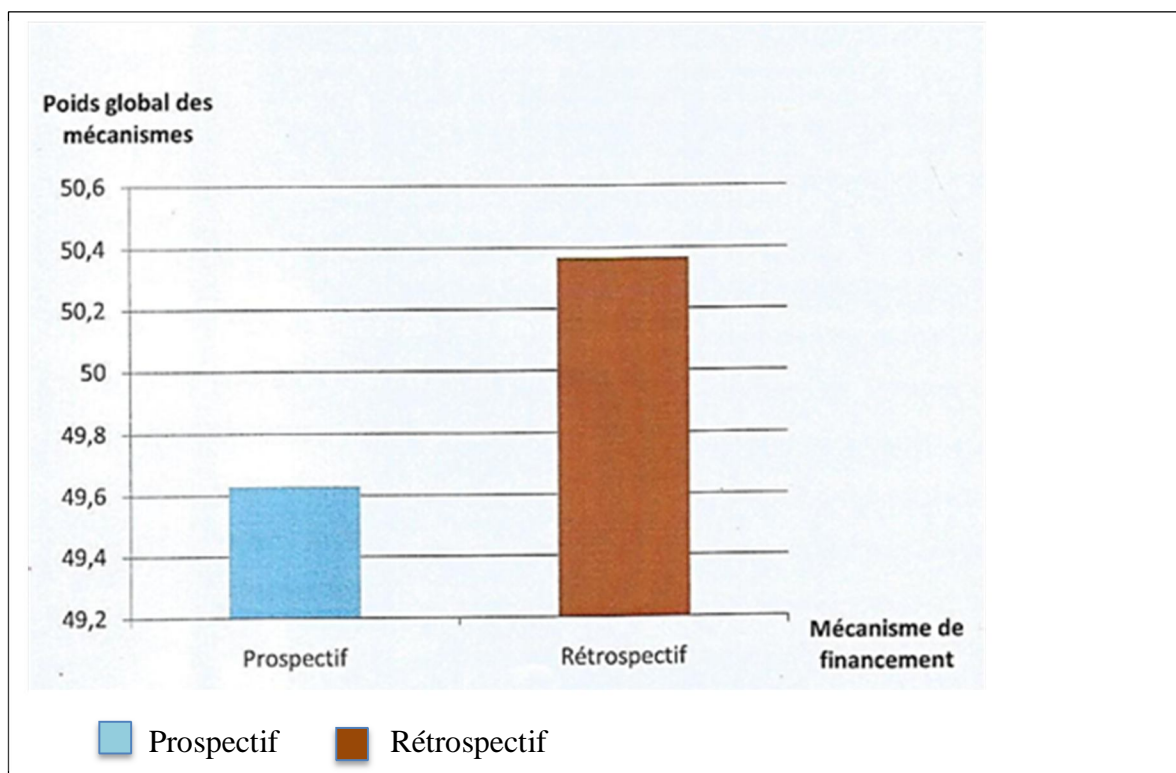
B-Analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL

Le présent sous paragraphe fait part de l'analyse de la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL. D'après les résultats des poids relatifs obtenus dans le paragraphe1, on constate que celui du paiement direct est plus élevée que tous les autres et a pris une part importante du financement global avec un poids de 49,6311345%. Ainsi, l'hôpital ne peut pas donc se passer de ce mécanisme de financement et c'est le cas pour la plupart des centres hospitaliers à divers niveaux. L'Etat a aussi une grande part de responsabilité dans le financement du centre à travers ses subventions (36,63747964%), étant donné qu'il suit directement les ménages. Quant aux charges non décaissables, nous notons un pourcentage de 13,524533 % du financement global.

En effet, les subventions des organismes internationaux et des tiers ont une part très minimale dans le financement du CHU-MEL avec respectivement 0,172554747 % ; 0,03429815% comme pourcentage et donc la négligence de leur poids aura très peu d'impact sur le financement du centre.

Néanmoins, ils sont à considérer. Ce qui fait donc de l'Etat et des ménages les principaux acteurs intervenant dans le financement du CHU-MEL.

Graphique N°1 : Part relative des mécanismes de financement du CHU-MEL



Source : réalisé par les auteurs à partir du tableau N°1 de l'annexe

Le graphique N°1 est réalisé à partir du tableau N°1 de l'annexe. Ce graphique illustre la part relative des mécanismes de financement du CHU-MEL. A travers ce graphique, on constate que les mécanismes prospectifs représentent 49,6311345% et les mécanismes rétrospectifs 50,36886554% du financement global. Il est alors clair que les mécanismes rétrospectifs ont une part plus importante que les mécanismes prospectifs dans le financement du CHU-MEL. Néanmoins aucun des deux mécanismes pris séparément ne pourra satisfaire l'ensemble des objectifs du CHU-MEL. Ces deux mécanismes sont donc indispensables pour le financement de ce centre. Après l'analyse de ce graphe, nous déduisons que l'hypothèse concernant la part relative de chaque mécanisme dans le financement du CHU-MEL est vérifiée. La part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement du CHU-MEL.

Paragraphe 2 : Analyse des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHU-MEL et recommandations de l'étude

A- Analyse des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHU-MEL

Ce sous paragraphe expose l'analyse des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié au CHU-MEL. Il ressort des résultats de cette étude que les charges non décaissables ne financent aucun type de soins. Elles ne représentent qu'une réserve de trésorerie mise en place afin de prévenir un renouvellement de matériel ou d'un risque identifié. Les subventions de l'Etat financent des soins ambulatoires et des soins hospitaliers compte tenu des différentes prestations financés par ce mécanisme. En plus de ces soins, les subventions de l'Etat prennent aussi en compte d'autres prestations comme les salaires des agents APE et contractuels, l'électricité, l'eau, le téléphone...etc. Les subventions des organismes internationaux financent également des soins ambulatoires et des soins hospitaliers. Pour les subventions des tiers, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers sont aussi les types de soins auxquels ils font face mais ne prennent en compte que la prise en charge des indigents. Etant donné que ces quatre mécanismes sont prospectifs, on peut conclure que les mécanismes prospectifs financent les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Le paiement direct des ménages finance des soins ambulatoires et des soins hospitaliers car les prestations qu'il finance regroupent les hospitalisations, les consultations et les divers actes. Représentant le seul mécanisme de financement rétrospectif du CHU-MEL, on déduit que les mécanismes rétrospectifs financent aussi les soins ambulatoires et les

soins hospitaliers. La troisième hypothèse selon laquelle les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers n'est pas donc validée. Au CHU-MEL, ces deux mécanismes financent à la fois les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

B- Recommandations de l'étude

Nos recommandations vont à l'endroit du CHU-MEL et de l'Etat.

Recommandations à l'endroit du CHU-MEL :

Le CHU-MEL doit :

- Promouvoir et développer un système d'informations médicales, permettant ainsi un bon suivi des activités de l'hôpital.
- Définir des mécanismes de paiement qui soient liés aux résultats de santé de la population.
- Faire en sorte que tous les mécanismes de financement du centre soient définis sur des bases bien précises.
- Veiller à une collaboration étroite entre tous les services et personnes impliqués dans la gestion du CHU-MEL.

Recommandations à l'endroit de l'Etat :

Le gouvernement devra reconnaître que le financement de la santé passe par l'amélioration de l'efficacité du système de santé. C'est pourquoi nous recommandons à l'Etat de:

- Développer une stratégie cohérente du financement de la santé qui spécifie les orientations et comment les différents mécanismes vont s'articuler.
- Définir les objectifs du système de santé, octroyer les budgets selon ses objectifs et contrôler les résultats.
- Faire en sorte que tous les centres hospitaliers disposent des prestataires de soins qui ont la flexibilité et la responsabilité d'organiser et de déterminer l'offre de soins qui répond le mieux aux besoins de leur population.
- Définir un système appuyé par des systèmes d'information transparents qui informent les prestataires sur les coûts par cas des activités et sur les résultats de leurs activités.
- Définir un système dynamique qui évolue pour mieux tenir compte des besoins de la population et de l'évolution des technologies.

CONCLUSION

Le Bénin est un pays à développement humain faible où plus d'une personne sur trois vit en dessous du minimum vital. Le contexte économique est caractérisé par une faible croissance du PIB par habitant. Le secteur de la santé apparaît comme un levier important de croissance pour la réduction de la pauvreté. L'amélioration de l'état de santé des populations passe par un meilleur accès aux services de santé. 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. Du 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 dans le cas échéant offrir des services de consultations externes pour des malades ambulatoires» (OMS, 1963, p10). La dépense globale de santé se situe dans un contexte caractérisé par la cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, la faiblesse de l'assurance maladie de la population, l'importance du paiement direct des ménages dans le financement du système.

Le système national de santé au Bénin est complexe. La viabilité du financement de la santé est donc menacée. Ce financement est inextricable et son analyse est ardue. Pour répondre à la problématique de son financement, le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune (CHUMEL) a opté pour deux mécanismes de financement à savoir le mécanisme de financement prospectif et le mécanisme de financement rétrospectif. Les mécanismes de financement prospectifs regroupent les charges non décaissables, les subventions de l'Etat, les subventions des organismes internationaux et les subventions des tiers. Les mécanismes rétrospectifs ne prennent en compte que le paiement direct des ménages. Les deux catégories du mode de financement du centre hospitalier comportent des formes de paiement différentes. La comparaison des poids globaux de ses deux mécanismes de 1999 à 2013, révèle qu'au

CHUMEL le mécanisme prospectif s'élève à 49,6311345 % du financement global et les mécanismes rétrospectifs représentent 50,36886554 % du financement global. Cela témoigne la supériorité des mécanismes rétrospectifs face aux mécanismes prospectifs. Ces deux mécanismes financent à la fois des soins ambulatoires et des soins hospitaliers. L'essentiel du financement de l'activité du CHU-MEL provient du paiement direct des ménages et des subventions de l'Etat.

Les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se sont engagés en 2005 à développer leurs systèmes de financement de la santé afin que tout un chacun puisse accéder aux services, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement. Cet objectif a été défini comme la couverture universelle, parfois appelée la «couverture universelle de santé» (OMS, 2010). Les pays qui adoptent de bonnes politiques peuvent largement améliorer leur couverture de services et de protection contre le risque financier à tout niveau donné de dépenses. Se battre pour la couverture universelle est un objectif admirable et réalisable dans tous les pays du monde. Promouvoir et protéger la santé est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable. Suite aux résultats obtenus, les politiques de financement du Bénin et en particulier du CHUMEL sont donc loin d'atteindre cette couverture.

Nous espérons que le CHU-MEL adopte de nouvelles réformes qui permettront d'accroître l'accessibilité aux soins de santé pour tous et l'amélioration de son financement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anja C., Katelijin D., David L. (2013), "L'organisation et le financement des hôpitaux".
- Audibert M., Mathonnat J. et De Roodenbeke E. (2004), « Financement de la santé dans les pays à faibles revenu, Nouveaux défis, Questions récurrentes » *Médecine tropicale*, vol 64,N°6, pp 552- 560.
- 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°2013 RP-06, Centre de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO), pp.20-41.
- Gilles Armand Sossou (2007). "Équité et efficacité des mécanismes de financement de la santé au Bénin".
- Labrie Yanick. (2012), "Le financement des hôpitaux à l'activité : l'attente a assez duré"
[http : // www.ouest-france. fr](http://www.ouest-france.fr)
- Ministère de la Santé Publique, (2006), *Comptes Nationaux de la Santé : Exercice 2003*, Cotonou, Ministère de la Santé Publique.
- Oliver Cordonier (2009), "l'impact du nouveau financement hospitalier sur les hôpitaux publiques: exemple de l'hôpital DU VALAIS".
- OMS (1963), Comité d'Expert des Statistiques Sanitaires, Série Rapport Technique N°261, OMS, Genève, 36 pp.
- OMS(2000) "Pauvreté et Santé : Une perspective Africaine", Document de base préparé pour la consultation régionale sur la pauvreté et la santé, OMS/AFRO, Harare, 19-21 Juillet 2000.
- OMS(2010), Analyse du financement de la santé et réflexion sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin, Rapport Technique, Genève 27(Suisse).
- OMS(2010), Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle, Rapport sur la santé dans le monde, pp22.
- Richard V. (2004), « Financement de la santé en Afrique Sub-saharienne, Le recouvrement des coûts » *Médecine tropicale*, vol 64, N°4, pp 337-340
- Savaria 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.
- Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté au Bénin (2011-2015).
- Teperi J., Porter M.E., Vuorenkoski, L., Baron, J., The Finnish Health System: a value-based perspective, Sitra reports, Edita prima limited Helsinki, 2009.

ANNEXE

Tableau N°1 : Poids relatifs et globaux des mécanismes de financement du CHU-MEL

	Poids	Montant en %
Poids relatifs Pr de chaque mécanisme de financement	<i>Pr</i> des charges non décaissables	13,524533
	<i>Pr</i> des subventions de l'Etat	36,63747964
	<i>Pr</i> des subventions des organismes internationaux	0,172554747
	<i>Pr</i> des subventions des tiers	0,03429815
	<i>Pr</i> du paiement direct des ménages	49,6311345
Poids globaux Pg des mécanismes prospectifs et rétrospectifs	<i>Pg</i> des mécanismes prospectifs	49,6311345
	<i>Pg</i> des mécanismes rétrospectifs	50,36886554

Source : Conçu par les auteurs à partir des résultats obtenus dans le premier paragraphe de la section 1 du chapitre III