



**REPUBLIQUE DU BENIN**

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

**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI**

**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION**

**Mémoire présenté en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de**

**LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCES ECONOMIQUES.**

**OPTION : Economie.**

**SPECIALITE : Economie et Gestion des Structures Sanitaires**

**THEME**

**FINANCEMENT DES HOPITAUX AU BENIN : CAS DE L'HOPITAL DE  
MENONTIN.**

**Réalisé et soutenu par :**

**Yémalin Florence ADJEVI & Vitondin Carol Donald Lucide ZANKLAN**

**Sous la direction de :**

Dr Gilles-Armand SOSSOU

Docteur ès-Sciences Economiques

Maitre-assistant à la FASEG/UAC

**Janvier 2017**

### **AVERTISSEMENT**

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

<b>Table des matières</b>	
<b>Table des matières</b> .....	iii
<b>DEDICACE 1</b> .....	v
<b>DEDICACE 2</b> .....	vi
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	vii
<b>DEFINITION DES SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	viii
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	x
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	x
<b>Résumé</b> .....	xi
<b>CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE</b> .....	3
<b>Section1 : Présentation de la structure d'accueil.</b> .....	3
<b>Paragraphe 1 : Présentation, historique et missions de l'hôpital de Mènontin.</b> .....	3
<b>A. Présentation de l'hôpital de Mènontin.</b> .....	3
<b>B. Historique de l'hôpital de Mènontin</b> .....	3
<b>C. Missions de l'Hôpital de Mènontin</b> .....	4
<b>Paragraphe 2 : Organisation générale et les ressources de fonctionnement de l'hôpital de Mènontin</b> .....	4
<b>A- Organisation générale de l'hôpital de Mènontin.</b> .....	4
<b>B. Ressources de fonctionnement de l'hôpital de Mènontin.</b> .....	6
<b>1. Ressources matérielles et financières</b> .....	6
<b>1.1. Ressources matérielles</b> .....	6
<b>1.2. Ressources financières.</b> .....	7
<b>2- Ressources humaines.</b> .....	8
<b>Section 2 : Déroulement du stage.</b> .....	9
<b>Paragraphe 1 : Présentation des attributions du Service des Ressources Humaines et les travaux effectués au cours du stage.</b> .....	10
<b>A. Attributions du service Ressources Humaines.</b> .....	10
<b>B. Travaux effectués au cours du stage.</b> .....	10
<b>Paragraphe 2 : Taches exécutées, difficultés rencontrées et approches de solutions.</b> ...10	
<b>A. Observations de stage.</b> .....	11
<b>1. Les observations générales sur l'hôpital de Mènontin.</b> .....	11
<b>2. Les observations sur le Service des Ressources Humaines.</b> .....	11
<b>B. Difficultés rencontrées au cours du stage.</b> .....	11
<b>C. Approche de solutions aux difficultés rencontrées.</b> .....	12
<b>CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.</b> ....	13

<b>Section 1 : Cadre théorique de l'étude.....</b>	<b>13</b>
<b>Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude.....</b>	<b>13</b>
<b>A. Problématique.....</b>	<b>13</b>
<b>B. Objectifs et hypothèses de la recherche.....</b>	<b>14</b>
<b>1- Objectifs de la recherche.....</b>	<b>14</b>
<b>2- Hypothèses de la recherche.....</b>	<b>15</b>
<b>Paragraphe 2 : Revue de la littérature.....</b>	<b>15</b>
<b>A. Les mécanismes prospectifs de financement des hôpitaux.....</b>	<b>16</b>
<b>B- Les mécanismes de financements rétrospectifs des hôpitaux .....</b>	<b>20</b>
<b>Section2 : Cadre méthodologique de l'étude.....</b>	<b>23</b>
<b>Paragraphe 1 : Données de l'étude.....</b>	<b>23</b>
<b>A. Nature, période et cadre de l'étude.....</b>	<b>24</b>
<b>B. Données de l'étude.....</b>	<b>24</b>
<b>Paragraphe 2 : Méthode d'analyse et les conditions de vérification des hypothèses.....</b>	<b>25</b>
<b>A. La structure du financement et la part relative de chaque mécanisme de financement de l'Hôpital de Mènantin.....</b>	<b>25</b>
<b>1/Méthode d'analyse de la structure du financement .....</b>	<b>25</b>
<b>2/Méthode d'analyse de la part relative de chaque mécanisme de financement .....</b>	<b>25</b>
<b>B/La structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'Hôpital de Mènantin.....</b>	<b>26</b>
<b>CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>27</b>
<b>Section 1 : Les mécanismes de financement des hôpitaux au Bénin. ....</b>	<b>27</b>
<b>Paragraphe 1 : La structure du financement de l'hôpital de Mènantin et la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'hôpital de Mènantin. ....</b>	<b>27</b>
<b>A. La structure du financement de l'hôpital de Mènantin .....</b>	<b>27</b>
<b>B.Part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'hôpital de Mènantin .</b>	<b>28</b>
<b>Paragraphe 2 : La structure des prestations financées par chaque source de financement identifiée.....</b>	<b>30</b>
<b>Section 2 : Analyse des résultats.....</b>	<b>31</b>
<b>Paragraphe 1 : Analyse des résultats relatifs aux hypothèses 1 et 2. ....</b>	<b>31</b>
<b>Paragraphe 2 : Analyse des résultats relatifs à l'hypothèse 3 et recommandations. ....</b>	<b>31</b>
<b>A. Analyse des résultats relatifs à l'hypothèse 3.....</b>	<b>31</b>
<b>B .Recommandations. ....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>34</b>

## DEDICACE 1

*Je dédie ce mémoire à ;*

- mon feu père Bessan Basile ADJEVI ;
- ma mère Tchada Marie-Thérèse HOUNKPE ;
- mes frères jumeaux.

**Yémalin Florence ADJEVI.**

**DEDICACE 2**

*Je dédie ce travail à ma famille.*

**Vitondin Carol Donald Lucide ZANKLAN.**

## REMERCIEMENTS

Comme toute œuvre humaine, un mémoire ne s'écrit pas seul ; son auteur est aidé par diverses personnes. Ainsi nous avons bénéficié du concours de nombreuses personnes bienveillantes qui nous ont permis de pallier certaines difficultés dans la réalisation de ce mémoire. Ainsi, nous adressons nos profondes gratitude :

- ✓ au Docteur Gilles-Armand SOSSOU, maître de ce mémoire, pour avoir accepté de suivre et de coordonner ce travail. Sa disponibilité, son appui, ses conseils, ses critiques objectives, ont été très bénéfiques dans la conception, la réalisation et la présentation de ce travail ;
- ✓ au Professeur Charlemagne B. IGUE, Doyen de la FASEG et au Professeur Magloire LANHA, Ex-Doyen de la FASEG pour leur sacrifice consenti et leur détermination dans la formation et de la recherche en Sciences Economiques et de Gestion ;
- ✓ au Président du jury et aux membres du jury pour leurs suggestions qu'ils apporteront à ce travail ;
- ✓ à tous nos Professeurs et Enseignants de la FASEG,
- ✓ au Docteur Georges OFFRIN, Directeur de l'Hôpital de Mènontin,
- ✓ à Monsieur Gilles OUSSOU, le CSAE ;
- ✓ à Madame Eunice AGBO-TOGBLOSSOU, la DRH de l'Hôpital de Mènontin ;
- ✓ à Madame Mélanie HOUETO, secrétaire de l'Hôpital de Mènontin, pour son soutien moral et financier ;
- ✓ au personnel du service de la Comptabilité,
- ✓ à Monsieur Isidore AKPAHOUNZO, pour son soutien, dans la réalisation de ce mémoire ;
- ✓ à nos frères et sœurs, pour leur soutien moral et spirituel.

Nous ne saurons finir sans réitérer nos remerciements à tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette œuvre.

## ***DEFINITION DES SIGLES ET ACCRONYMES***

<b>AM</b>	: Approvisionnement et Magasin
<b>AMSM</b>	: Association Médico- Sanitaire de Mènontin
<b>App Magasin</b>	: Approvisionnement Magasin
<b>CA</b>	: Conseil d'Administration
<b>DA</b>	: Directeur-Adjoint
<b>DAF</b>	: Directeur Administratif et Financier
<b>DREES</b>	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>DRH</b>	: Directrice des Ressources Humaines
<b>EGSS</b>	: Economie et Gestion des Structures Sanitaires
<b>FASEG</b>	: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
<b>FCFA</b>	: Franc de la Communauté Financière Africaine
<b>HAS</b>	: Haute Autorité de Santé
<b>HM</b>	: Hôpital de Mènontin
<b>HZ</b>	: Hôpital de Zone
<b>INSEE</b>	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>OCDE</b>	: Organisation de Coopération et de Développement Economique
<b>OMD</b>	: Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>ORL</b>	: Oto-Rhino-Laryngologie
<b>RH</b>	: Ressource Humaine
<b>SA</b>	: Secrétaire Administratif
<b>SA</b>	: Service Administratif
<b>SAd</b>	: Secrétariat Administratif
<b>SAE</b>	: Service Administratif et Economique
<b>SCF</b>	: Service de la Comptabilité et de la Finance
<b>SCh</b>	: Service de Chirurgie
<b>SCons</b>	: Service de Consultation
<b>Serv</b>	: Service
<b>SIM</b>	: Service d'Imagerie Médicale
<b>SK</b>	: Service de Kinésithérapie
<b>SL</b>	: Service de Laboratoire

<b>SM</b>	: Service de Maternité
<b>SPe</b>	: Service de Pédiatrie
<b>SPF</b>	: Service de Planning Familial
<b>SPh</b>	: Service de Pharmacie
<b>SR</b>	: Service de Radiologie
<b>SRC</b>	: Service de Réanimation Chirurgicale
<b>SS</b>	: Service de Stomatologie
<b>SSPMI</b>	: Service Social Planification Maternelle et Infantile
<b>SU</b>	: Service d'Urgence
<b>UAC</b>	: Université d'Abomey-Calavi.

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau 1** : Etat statistique du personnel du centre par catégories socio professionnelles 2016.

**Tableau 2** : Etat statistique du personnel du centre par catégories socio professionnelles au 30 septembre 2015.

**Tableau 3** : Mécanisme de financement de L'HM.

**Tableau 4** : Part relative de chaque Mécanisme.

**Tableau 5**: Prestations fournies par les paiements directs et type de soins liés aux prestations.

**Tableau 6** : Prestations fournies par le ticket Modérateur et type de soins liés aux prestations.

**Tableau 7** : Prestations fournies par l'ANGC et type de soins liés aux prestations.

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

**Graphique** : Evolution des mécanismes de financement de Mènontin.

## Résumé

Le présent mémoire analyse le financement des hôpitaux au Bénin précisément dans le cadre de l'hôpital de Mènontin. L'étude couvre une période de 2011 à 2015 soit une durée de cinq ans. La problématique qui se dégage des données est de savoir quels sont les mécanismes de financement des hôpitaux de la pyramide sanitaire du Bénin ? Les données utilisées proviennent des états de compte, du budget et de la balance de l'hôpital de Mènontin. Le traitement des données collectées s'est fait par la statistique descriptive. La méthodologie utilisée a consisté à déterminer la structure du financement de l'hôpital de Mènontin, à estimer les parts relatives de chaque mécanisme de financement et enfin de déterminer la structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié. La statistique descriptive nous a permis de calculer le poids relatif de chaque mécanisme dans le financement global et le poids relatif de l'ensemble des mécanismes prospectifs et rétrospectifs. Il ressort des travaux et analyses que le financement de l'hôpital de Mènontin est beaucoup plus basé sur les paiements directs.

**Mot clés :** Financement-Hôpital

## Abstract

The present report precisely analyzes the financing of the hospitals to Benign within the framework of the hospital of Mènontin. The study covers one period of 2011 to 2015 is one five years duration . The problems which emerge from the data are knowledge which are the mechanisms of financing of the hospitals of the medical pyramid of the benign one? The data used come from the states of account, the budget and the balance of the hospital of Mènontin. The collected data processing was done by the descriptive statistics. Methodology used consisted in determining the structure of the financing of the hospital of Mènontin, considering the shares relative of each mechanism of financing and finally to determine the structure of the services financed by each mechanism of identified financing. The descriptive statistics enabled us to calculate the relative weight of each mechanism in the total financing and the relative weight of the whole of the prospective and retrospective mechanisms. It arises from work and analyses that the financing of the hospital of Mènontin is based much more on the direct payments.

**Key Word:** Financing-hospital

## INTRODUCTION

La santé de tous les êtres humains constitue une préoccupation internationale, ce n'est pas encore un acquis. Dans une situation de pauvreté, financer sa santé ne constitue pas forcément une priorité. Pour certains, la première préoccupation est d'avoir de quoi manger et les dépenses ne sont pas prioritaires. Pour d'autres, le coût du soin peut s'avérer trop élevé et ils devront s'endetter afin de se soigner s'ils tombent malades (Larmarange, 2003). Le système de santé du Bénin s'appuie essentiellement sur le niveau opérationnel où l'Hôpital de Zone (HZ) joue un rôle important. Il est le centre de référence des complications médico-chirurgicales habituellement rencontrées (René et *al.*, 2012). L'hôpital est et demeurera le socle de la médecine, de la dispensation des soins et donc de la santé. Il demeurera le lieu principal de formation des médecins, de recours pour les problèmes de santé les plus graves, de développement des techniques interventionnelles, de la recherche clinique, parce qu'il est le lieu essentiel du compagnonnage, de la concentration des expériences les plus pointues et du travail en équipe (Aubart et *al.*, 2011). Selon Bété (2013), le financement de la santé au Bénin a connu 4 importants changements au cours des années 80 et 90. Jusqu'à la fin des années 1980, la principale source de financement public était les recettes générales de l'État, entre 1985 et 1988, l'État béninois affectait plus de 6 % du budget national à la santé, durant cette période, le budget de la santé par habitant a fluctué entre 600 FCFA et 700 FCFA. A partir de 1989, cependant, la crise fiscale que connaît le pays, dont une baisse des recettes fiscales en francs courants de l'État de 26,4 % en 1989, s'est traduite par une baisse en termes absolues du budget de la santé et une baisse de la part de la santé dans le budget de l'État qui s'est maintenue jusqu'en 1993. La part de la santé dans le budget de l'État est passée de 6% en 1988 à 5% en 1989, moins de 4% en 1990 et a atteint son niveau le plus faible en 1992 soit un pourcentage de 3,2 %. L'État s'est engagé, cependant, à augmenter la part de la santé dans le budget national pour atteindre 8% aux termes du troisième Programme d'Ajustement Structurel (PAS). De nombreux pays réforment leur système de paiement des professionnels et des établissements de santé, dans le but de réduire les coûts de production et d'améliorer la qualité du service rendu aux patients. Les modes de financement, les interactions concurrentielles entre fournisseurs de soins peuvent contribuer à façonner les incitations des acteurs et affecter la quantité, la qualité ou le prix des soins (Choné et *al.*, 2014). Selon Gaynor et Town (2012), la concurrence est susceptible d'influencer les comportements en particulier lorsque le secteur privé à but lucratif représente une part importante de l'activité comme aux États-Unis par exemple. C'est également le cas en France dans certains domaines,

plus de la moitié des séjours hospitaliers en chirurgie ont lieu dans une clinique privée à but lucratif, soit environ 3,2 millions sur un total de 5,9 millions par an. C'est encore le cas dans la plupart des pays de l'OCDE dont l'Allemagne, l'Australie, l'Italie et le Royaume-Uni. L'amélioration de l'accès des populations aux services de santé a toujours été une préoccupation des Etats africains au Sud du Sahara. Cette volonté a été manifeste depuis l'historique conférence d'Alma-Ata en 1978 qui a consacré les soins de santé primaire, en passant par l'adoption de l'initiative de Bamako en 1987 qui a instauré le financement communautaire de la santé. Malheureusement, la crise économique et financière qui est intervenue au début des années 90 n'a pas permis de soutenir financièrement leurs systèmes de santé respectifs. Il est donc apparu nécessaire pour ces États de faire la promotion des mutuelles de santé en vue de mobiliser des ressources additionnelles pour le financement communautaire de la santé (Bété, 2013). C'est dans cette optique que nous avons choisi de travailler sur le thème : « *Financement des Hôpitaux au Bénin : cas de l'Hôpital de Mènontin* » dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en Licence Professionnelle d'Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS) à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey-Calavi(UAC). Par ailleurs, nous avons effectué un stage de 3 mois à l'Hôpital de Mènontin. Notre travail est organisé en trois chapitres. Le premier chapitre présente le cadre institutionnel de l'étude. Le deuxième chapitre donne un aperçu du cadre théorique et méthodologique de l'étude. Le troisième chapitre est consacré à la présentation et l'analyse des résultats.

## CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

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

### Section1 : Présentation de la structure d'accueil.

Cette partie est consacrée d'une part, à la présentation, à l'historique et aux missions de l'hôpital de Mènontin et, d'autre part, à l'organisation générale, à l'environnement et aux ressources de fonctionnement de l'hôpital de Mènontin.

#### Paragraphe 1 : Présentation, historique et missions de l'hôpital de Mènontin.

Dans ce paragraphe, nous allons premièrement faire la présentation de l'hôpital de Mènontin, dans un second temps son historique et enfin énumérer ses missions.

##### A. Présentation de l'hôpital de Mènontin.

L'hôpital de Mènontin est l'hôpital référence de la zone sanitaire de Cotonou V. Il est situé dans le 9<sup>ème</sup> arrondissement, précisément au lot 2130-A à Mènontin. A cet effet, il joue un rôle important dans le fonctionnement de la zone sanitaire de Cotonou V (environ 40 % des activités sanitaires de la zone qui comprend 21 formations sanitaires). Sa situation géographique lui confère la position de charnière entre la ville de Cotonou et les agglomérations, en particulier les urgences de Calavi, Godomey et Ouidah. Son historique, ses missions, et son organisation générale complèteront sa présentation.

##### B. Historique de l'hôpital de Mènontin.

L'hôpital de Mènontin est le premier hôpital public contractualisé par l'Etat béninois qui a, à cet effet, mandaté l'Association-Médico Sociale de Mènontin (AMSM) à en assurer le fonctionnement en tant qu'établissement hospitalier à vocation privée et sociale.

La construction du centre médical Saint Luc en 1990 par l'Archevêque de Cotonou, Feu Monseigneur Isidore de SOUZA, alors Curé de la Paroisse Sainte Rita, aidé par Cebemo, Organisation Catholique pour la Coopération et le Développement des Pays-Bas a inspiré l'Etat béninois à construire et à inaugurer le 23 Juillet 1996 le centre de santé de Mènontin, actuel Hôpital de Mènontin dans le cadre du Projet de Réhabilitation et de Gestion Urbaine

(PRGU). La constitution de l'Association Médico-Sociale de Mènontin (AMSM) par arrêté n°91/0140/MISAT/DAI-SI Assoc du 9 Septembre 1991 a été retenue pour assurer la gestion du centre par un mécanisme de gestion en concession, c'est-à-dire de contractualisation.

L'AMSM est composée de quinze membres fondateurs dont six résidents dans le quartier de Mènontin. Elle fut présidée successivement par Monseigneur Isidore de SOUZA (1991-1999); Monsieur Patrick ZANTANGNI (1999-2006) ; Monsieur Servais CAPO-CHICHI (2006 -2011); Monsieur Joseph DOVENON (2011-2013); Monsieur Pascal HOUTONAGNON (2013 à nos jours). Ils ont procédé à la signature d'un mandat de gestion d'une durée de 10 ans renouvelable par tacite reconduction entre l'AMSM et le Ministère de la Santé en date du 12 Février 1992. L'hôpital de Mènontin, bénéficie d'une autonomie administrative et financière dans le respect des clauses dudit mandat et obéit aux règles d'une gestion privée à vocation sociale. Ce centre constitue le premier véritable partenariat public-privé dans le secteur de la santé (Hôpital de Mènontin, 2012).

### **C. Missions de l'Hôpital de Mènontin.**

La mission principale assignée au centre de santé de Mènontin, actuel hôpital de Mènontin, est de promouvoir le bien être socio-sanitaire de la population défavorisée du quartier de Mènontin et des quartiers avoisinants, leur permettre d'accéder à des soins de qualité à moindre coût par la pratique d'une tarification communautaire. L'hôpital vise de façon spécifique à améliorer les conditions d'hygiène et de santé des populations concernées par l'information, l'éducation et la communication pour la santé. Sa mission est d'également faciliter à ces populations l'accessibilité géographique, culturelle et financière des soins de santé primaires, de réaliser une meilleure surveillance des enfants, des mères et femmes gestantes et de permettre à ces dernières un accouchement dans de bonnes conditions sanitaires.

### **Paragraphe 2 : Organisation générale et les ressources de fonctionnement de l'hôpital de Mènontin.**

Ce paragraphe aborde l'organisation générale de l'hôpital de Mènontin et ses ressources de fonctionnement.

#### **A- Organisation générale de l'hôpital de Mènontin.**

Les organes de gestion au niveau de l'hôpital sont le conseil d'administration, la direction de l'hôpital, le comité de direction, la commission médicale consultative et la commission d'hygiène et de sécurité.

**Le Conseil d'Administration** est investi des pouvoirs pour agir au nom de l'AMSM et autoriser tous les actes et opérations relatifs aux visions. Il est chargé de la définition de la politique générale de l'hôpital, de l'approbation des comptes et états financiers et du vote du budget de l'hôpital.

**Le commissariat aux comptes** est constitué d'un expert-comptable agréé nommé par le Conseil d'Administration. Il a l'obligation d'examiner les états financiers de l'hôpital à la fin de chaque exercice et de rendre compte au Conseil d'Administration.

**Le Comité de Direction** est l'organe consultatif sur les décisions importantes telles que l'élaboration du budget et l'exécution des activités quotidiennes. Il est composé de quatre (04) membres dont le Directeur de l'HM et son adjoint qui cumule aussi les fonctions de médecin chef, le Directeur Administratif et Financier ainsi qu'un délégué du personnel.

**Le cercle d'assurance qualité** a pour mission de promouvoir des prestations de qualité irréprochable au sein du personnel de l'hôpital. Ce cercle de qualité est constitué de six (06) membres nommés par la direction de l'HM. Il comprend en son sein un responsable avec une formation en analyse biomédicale, un médecin, une sage-femme, un technicien de radiographie, une infirmière et un comptable exerçant les fonctions de secrétaire du groupe.

La Direction gère au quotidien l'hôpital. Le Directeur est assisté dans ses fonctions d'une part, du Directeur Administratif et Financier (DAF) chargé de planifier, de commander, de coordonner et de contrôler toutes les tâches administratives et financières de l'hôpital afin de garantir une gestion transparente et optimale des ressources humaines, matérielles et financières et d'assurer une sécurité suffisante du patrimoine de l'hôpital, et d'autre part, du Directeur Adjoint (DA) chargé de la coordination des activités médico-techniques.

### **Les services de l'hôpital de Mènontin.**

L'hôpital est composé de plusieurs services, notamment les services médico-techniques et les services administratifs.

**Les services médico-techniques** sont sous la responsabilité directe du DA. Les services médico-techniques comprennent les services de prestations médicales et paramédicales pures. Ils offrent des prestations aux clients et rapportent directement des recettes pour l'hôpital. Il s'agit du service de diagnostic et d'urgence ; du service de gynécologie-obstétrique et de planification familiale ; du service de chirurgie générale, du service de médecine générale, du service d'explorations radiologiques, endoscopiques et échographiques, du service de prévention et de protection maternelle et infantile, du service de laboratoire, du service de réanimation, du service de stomatologie, du service de kinésithérapie, de la consultation spécialisée en cardiologie, psychiatrie, diabétique, ORL, ophtalmologie et médecine du travail.

**Les services administratifs** sont placés sous la responsabilité directe du DAF. Ils regroupent les services qui offrent des prestations à l'interne, donc qui ne rapportent pas directement de recettes ou qui sont de nature à appuyer les services médico-techniques dans la réalisation des prestations au profit des clients. Il s'agit du secrétariat administratif et d'un Service Administratif et Economique qui regroupent les sections ci-après: l'approvisionnement ; la gestion du magasin ; la gestion des ressources humaines ; la statistique ; la gestion du parc automobile et les services généraux tels que la maintenance et la buanderie.

**Le service comptable et financier** regroupe les sections suivantes la comptabilité, la facturation et la trésorerie.

## **B. Ressources de fonctionnement de l'hôpital de Mènontin.**

Pour accomplir sa mission avec efficacité, l'hôpital de Mènontin dispose des ressources pour son fonctionnement. Il s'agit des ressources matérielles, financières et humaines.

### **1. Ressources matérielles et financières**

Ce paragraphe aborde les ressources matérielles et financières de l'hôpital de Mènontin.

#### **1.1. Ressources matérielles**

L'hôpital dispose actuellement pour accomplir sa mission, de deux blocs opératoires dont certains équipements ont été renouvelés tels que la table d'opération, la table d'anesthésie et le poupinel pour la stérilisation du matériel. Il dispose également d'un bloc d'analyse bio médical équipé en 2014 d'un appareil d'électrophorèse, d'un service

d'imagerie médicale équipé d'appareils tels que la radio, d'une développeuse automatique, d'un appareil d'échographie, d'une unité de gastro entérologie équipé d'un appareil d'endoscopie digestive, d'une maternité équipée en tables d'accouchement, tables de réanimation bébé, d'un moniteur cardioscope etc. L'hôpital a à son actif un service de stomatologie équipé de deux fauteuils dentaires, une unité de santé au travail équipée d'un audiomètre et d'un spiromètre. Pour le transport des malades, l'hôpital dispose d'une ambulance, d'un véhicule utilitaire TOYOTAHILUX 4X4, d'une TOYOTA Aventis à usage administratif.

D'une capacité totale de 125 lits environ, l'hôpital de Mènontin comporte un bâtiment principal A qui regroupent les services de consultations tels que la médecine générale, la cardiologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la dermatologie, la stomatologie, la psychiatrie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, le service des entrées, et le service d'imagerie médicale tels que la radiologie et l'échographie. L'hôpital dispose également d'un bâtiment principal B à deux niveaux qui regroupe le service de chirurgie (bloc opératoire), le service de réanimation médicale, la pharmacie au rez-de-chaussée et les services d'hospitalisation de médecine, de pédiatrie et le laboratoire à l'étage. Le bâtiment principal C regroupe le service de maternité et le service d'hospitalisation de chirurgie. Le bâtiment D avec la réanimation chirurgicale au rez-de-chaussée et les salles d'hospitalisation catégorielle à l'étage. Le bâtiment E pour le service de Santé Maternelle et Infantile. L'hôpital dispose d'un bloc administratif.

## **1.2. Ressources financières.**

Les ressources financières quant à elles sont constituées par les revenus des prestations et ceux provenant de la vente des produits pharmaceutiques aux patients. Les sources de financement de l'hôpital sont les dons, les subventions éventuelles des pouvoirs publics nationaux et internationaux et autres organisations nationales ou internationales, et surtout les ressources propres générées par les activités de la structure dans un but de réinvestissement. Il faut noter que les ressources publiques prévues dans le cadre du mandat de gestion n'ont jamais été honorées.

**2-Ressources humaines.****Tableau 1 : Etat statistique du personnel du centre par catégories socio professionnelles 2016.**

Catégories socio professionnelles	Statuts				Total
	Permanent		Collaborateur extérieur		
	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	
MEDECIN	2	7	1	3	13
MEDECIN - GYNECOLOGUE		2	2	5	9
MEDECIN - SANTEAU TRAVAIL		1			1
MEDECIN - CHIRUGIEN		1		1	2
MEDECIN - RADIOLOGIE			1	1	2
MEDECIN - OPHTAMOLOGISTE			1	3	4
MEDECIN - ORL				3	3
MEDECIN - CARDIOLOGIE			1	2	3
MEDECIN - PEDIATRE			2	1	3
MEDECIN - DERMATOLOGUE			1		1
MEDECIN - NEURO CHIRURGIEN				1	1
MEDECIN NEUROLOGUE			1		1
MEDECIN - DIABETOLOGUE					0
MEDECIN - ANESTHESISTE REANIMATEUR			1		1
CHIRURGIEN - DENTISTE	1			1	2
PROTHESISTE				1	1
TECHNICIEN DE LA LABO NIV A					0
TECHNICIEN DE LA LABO NIV B	3	2			5
INGENIEUR DES TRAVAUX LABORATOIRE		1			1
INSPECTEUR D'ACTION SANITAIRE LABO		2			2
TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIO	2	2			4
INFIRMIER ANESTHESISTE REANIMATEUR	1	2			3
SAGE FEMME ANESTHESISTE REANIMATEUR	1				1
TECHNICIEN ANESTHESISTE REANIMATEUR	1	1			2
KINESITHERAPEUTE	1				1
INFIRMIER DIPLOME D'ETAT	15	10			25

SAGE FEMME	13				13
ASSISTANTE SOCIALE	1				1
INFIRMIER DE SANTE	14	1			15
AIDE SOIGNANTE	54	9			63
AGENT D'ENTRETIEN	1	12			13
COMPTABLE	2	2			4
MAINTENANCIER		1			1
ADMINISTRATEUR ENAM II		1			1
CESTIONNAIRE DE STOCKS ET DE LOGISTISTIQUE		1			1
MAGASINIER	1	1			1
CONDUCTEUR VEHICULE HOSPITALIER		4			4
CHARGES DES RESSOURCES HUMAINES	1				1
ASSISTANTE DE SERVICE ADMINISTRATIF	1				1
ANALYSTE PROGRAMMEUR		1			1
AGENT DE STATISTIQUE	1	1			2
STANDARDISTE	1				1
SECRETAIRE	4				4
TOTAL	121	65	11	22	
TOTAL/SATUT	186		33		219

Source : Service de la statistique 2015

De 52 agents, toutes catégories confondues en juillet 1996 l'hôpital de Mènontin dispose d'un effectif actuel de 219 personnes de toutes catégories réparti comme suit :

**Tableau2 : Etat statistique du personnel du centre par catégories socio professionnelles au 30 septembre 2015**

CATEGORIES	STATUTS		TOTAL
	Permanent	Non permanent	
Personnel Soignant	150	33	183
Personnel non Soignant	36	0	36
Total	186	33	219

Source : Service de la statistique 2015

**Section 2 : Déroulement du stage.**

Cette section présente le service ressource humaine (SRH), les attributions et les travaux effectués au cours du stage. De même, cette section présente les observations, les difficultés rencontrées et les approches de solution aux difficultés rencontrées.

### **Paragraphe 1 : Présentation des attributions du Service des Ressources Humaines et les travaux effectués au cours du stage.**

Dans ce paragraphe, il est question de présenter les attributions du service des Ressources Humaines et les travaux effectués au cours du stage.

#### **A. Attributions du service Ressources Humaines.**

Le service Ressource Humaine est sous le Service des Affaires Economiques (SAE). Elle est dirigée par une gestionnaire des ressources humaines. A ce titre, elle est chargée d'assurer la gestion des ressources humaines ; de proposer une meilleure allocation des ressources humaines (adéquation, compétences, emploi), de détecter le potentiel de chaque salarié et de fédérer les aspirations ou engagements individuels et collectifs autour du fonctionnement et du développement de l'hôpital.

#### **B. Travaux effectués au cours du stage.**

Au cours de notre stage, nous avons travaillé avec les agents des ressources humaines. Notre séjour a duré 3 mois dans le Service des Affaires Economiques précisément au Service des Ressources Humaines selon le programme que le chef Service des Affaires Economiques a établi compte tenu de la tâche confiée à ce service.

Dans le service des ressources humaines, nous avons appris à établir des notes de service, des attestations de stage, des certificats de travail, des certificats de décès, les autorisations d'absence, à faire des photocopies, à assurer le standard, ceci se fait suivant les informations provenant du personnel. Une fois en possession de ces informations, nous possédons à des modifications selon ce qui a été demandé. Ces modifications sont à nouveau enregistrées dans les bases de données pour des utilisations ultérieures. De même, nous avons appris à transférer les appels d'un service à un autre, de l'extérieur pour un service de l'hôpital et pour les informations sur les prestations de l'hôpital.

### **Paragraphe 2 : Taches exécutées, difficultés rencontrées et approches de solutions.**

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

### **A. Observations de stage.**

Nos observations de stage sont de deux ordres. Il s'agit des observations sur l'hôpital de Mènontin et sur le Service des Ressources Humaines.

#### **1. Les observations générales sur l'hôpital de Mènontin.**

A l'hôpital de Mènontin, notre passage dans les services nous a permis de remarquer que la majorité des services administratifs sont dotés d'ordinateur pour le traitement des données. Pour le démarrage du stage, notre prise de service a été introduite par le chef des ressources humaines auprès du Médecin-Directeur de l'hôpital, ensuite auprès du Directeur Administratif et Financier (DAF) et enfin auprès du responsable chargé de stage. Durant notre stage, l'accès aux autres services pour collecter des informations a suscité des négociations voir l'établissement d'une demande de recherche. Ceci s'explique par le respect de la hiérarchie à l'hôpital de Mènontin. Pour une bonne motivation et un bon rendement, des primes sont octroyées aux agents, il y a recrutement de nouveaux agents et l'organisation de formations de performance pour certains agents lorsque le besoin se fait sentir.

#### **2. Les observations sur le Service des Ressources Humaines.**

En effectuant notre stage à l'hôpital de Mènontin, nous avons été affectés au Service des Affaires Economiques mais compte tenu du manque de place, nous nous sommes rendus volontairement au Service des Ressources Humaines où nous avons effectué les trois mois de stage. En raison de l'importance et de la pertinence des tâches qui leur sont confiées, le travail est bien organisé et bien fait par le personnel. Pour collecter les informations concernant notre thème de recherche, nous allons de temps en temps au Service de la Comptabilité (SC).

### **B. Difficultés rencontrées au cours du stage.**

Au début de notre stage, nous avons été affecté au service des Affaires Economiques, mais compte tenu de l'exiguïté du bureau ; nous nous sommes rendus dans la salle de

conférence sans suivie. Durant notre séjour dans la salle de conférence, il nous arrivait parfois d'être expulsés de la salle à cause des réunions du personnel, nous étions obligés de chercher un abri.

Volontairement, nous nous sommes rendus au niveau des ressources humaines dans le but d'être utile. Nous avons passé cependant le reste de notre stage dans ce service. Le manque de volonté du personnel a fait que les informations que nous devrions avoir sur nous pour continuer notre étude sont remises à demain. Il nous est été difficile de nous adapter à l'environnement du travail. L'hôpital n'a pas en son sein une bibliothèque pour la documentation.

Au cours de notre stage, nous avons fait des descentes au service de la comptabilité pour avoir des informations relatives à notre thème. Nous avons eu à demander des données sur une durée de 20 ans, mais le personnel nous a suggéré qu'on ne peut pas avoir accès à ces données pour une telle durée mais finalement nous avons eu à notre portée des données pour 5 ans.

### **C. Approche de solutions aux difficultés rencontrées.**

Au cours de notre stage, nous avons suggéré des approches de solutions aux difficultés rencontrées.

Compte tenu du manque d'espace dans les bureaux du fait que 2 ou 3 sous services sont dans le même bureau, l'administration doit séparer les services afin qu'il y ait de la place pour le dit personnel et pour les stagiaires. L'hôpital doit avoir en son sein une salle de documentation pour permettre aux stagiaires de se documenter et faire des recherches. Le personnel doit être patient et disponible pour aider les stagiaires dans la rédaction de leur rapport ou mémoire à travers la fourniture des documents dont ils ont besoin.

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

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

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

Dans cette section, nous allons dans un premier temps aborder la problématique de l'étude et dans un second temps les objectifs de l'étude et les hypothèses qui la sous-tendent.

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

##### **A. Problématique.**

Depuis quelques décennies, les bailleurs de fonds des systèmes de santé du monde entier remettent en question les modes de paiement des services de santé. La plupart cherchent à ralentir l'augmentation des dépenses de santé. Certains tentent de réduire les taxes, les impôts et les primes qui financent la prestation des services de santé, tandis que d'autres visent à augmenter la rentabilité des services. Les hôpitaux et les dispensateurs tentent quant à eux d'augmenter les fonds alloués, pour pouvoir traiter davantage de patients et introduire de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies afin d'améliorer les résultats pour la santé (ICIS, 2013).

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 trois étapes : la cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant et la faiblesse de l'assurance maladie de la population. Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition est inéquitable. Cette situation ne s'adapte pas au financement d'un secteur dont les dépenses individuelles sont, en général, imprévisibles, aléatoires et catastrophiques. Il en résulte la persistance de certains problèmes dont la mauvaise allocation des ressources, l'exclusion des indigents et des pauvres, la disparité entre pauvres et riches en matière d'utilisation des services de santé (MS, 2003).

On décrit souvent l'hôpital comme une institution en crise ou malade. Cette pathologie présente des symptômes divers et variés, à commencer par un coût trop important pour la société ou une offre de soins manquant d'efficacité et de qualité. « Cependant, l'hôpital doit faire face à de nouveaux défis » (Laffitte, 2005).

Le diagnostic du secteur de la santé au Bénin a montré que la plupart des problèmes sanitaires face à la réalisation des OMD peuvent s'expliquer par la faible responsabilisation des agents de santé et des formations sanitaires ; le manque de mécanismes adéquats pour assurer l'accessibilité financière aux soins; une faible efficacité d'allocation du budget santé, entraînant un sous-financement des formations sanitaires et des interventions à fort impact (SCEN AFRIK, 2013). Il est à noter que le secteur de la santé souffre de la non prise en compte des besoins réels de la population dans toutes les régions, de l'absence de mécanisme fiable d'identification des revenus des ménages et des indigents, d'un manque d'implication des communautés dans le suivi de ses activités et d'un système de tarification désuet et inadapté, de la non disponibilité d'un système de couverture sanitaire actif (SCEN AFRIK, 2013) .

La gestion des services hospitaliers reste un problème dans les états africains et plus particulièrement au Bénin. Elle doit être un instrument d'aide à la définition des orientations stratégiques et des dispositions à mettre en œuvre pour les réaliser. Les systèmes de santé universels du monde entier font face à une problématique de financement (Castonguay, 2013).

Le problème fondamental que pose le sujet est : « Quels sont les mécanismes de financement de l'hôpital de Mènontin ? ».

De ce problème dérivent trois questions fondamentales à savoir :

- quelles sont les mécanismes de financement de l'hôpital de Mènontin ?
- quelle est l'importance relative de chaque mécanisme dans le financement de l'hôpital de Mènontin ?
- quelles sont les prestations qui sont financées par chaque source intervenant dans le financement de l'hôpital de Mènontin ?

## **B. Objectifs et hypothèses de la recherche.**

### **1- Objectifs de la recherche.**

L'objectif général de notre étude est d'analyser les mécanismes de financement de l'Hôpital de Mènontin.

De façon spécifique, il s'agira :

- de déterminer la structure du financement de l'hôpital de Mènontin,
- d'estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'hôpital de Mènontin,

- de déterminer la structure des prestations financées par chaque source de financement identifiée.

## 2- Hypothèses de la recherche.

Pour mener à bien notre recherche, les hypothèses suivantes nous servent d'appui :

H<sub>1</sub> : la structure du financement de l'hôpital de Mènontin comprend à la fois les mécanismes rétrospectifs et les mécanismes prospectifs de financement.

H<sub>2</sub> : la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement de l'hôpital de Mènontin.

-H<sub>3</sub> : les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers.

## Paragraphe 2 : Revue de la littérature.

Ce paragraphe présente les mécanismes de financement des hôpitaux. Selon Hirtzlin(2009), l'hôpital se définit comme un établissement agréé dont l'activité principale consiste à dispenser des services médicaux diagnostiques et thérapeutiques à savoir les services de médecines, d'infirmieries et autres services de santé aux patients hospitalisés au moins 24 heures, et à offrir à ces patients les services d'hébergement spécialisés que nécessite leur séjour. Pour accomplir sa mission, l'hôpital a besoin de financement.

Les modèles de financement des hôpitaux sont définis par divers attributs, notamment l'adoption d'une approche descendante comparativement à une fondée sur le marché, la possibilité d'ajuster ou non l'allocation des fonds en cours d'année, ainsi que le degré de responsabilisation au sein du modèle. Traditionnellement, les systèmes publics présentent une approche descendante, où l'allocation des fonds aux hôpitaux se fait habituellement sur la base de budgets globaux. Au contraire, dans les systèmes fondés sur le marché, le budget est établi à l'interne en fonction du revenu issu du traitement des patients. Les budgets globaux demeurent un mode de paiement courant pour les services hospitaliers, les décisions budgétaires étant influencées par des consultations, les budgets antérieurs (assortis d'une augmentation ou d'une diminution annuelle déterminée), des intrants précis et, dans certains cas, les activités hospitalières. À la suite des consultations, le budget est défini pour au moins un an, parfois plus. Par le passé, les fonds étaient également alloués en fonction des intrants (p. ex. les salaires et le coût des fournitures), dans un budget détaillé établi poste par poste. Cette approche est relativement peu efficace pour l'atteinte d'objectifs stratégiques communs comme l'accès aux soins, la qualité des services, l'efficacité et la viabilité. Une autre

approche consiste à procéder par soumissions pour la prestation de services. Dans ce type de modèle, le coût de la prestation de services est soumis au marché et les contrats résultants peuvent inclure des ententes de responsabilisation relative à l'accès ou au volume de services, ainsi que des mesures de la qualité (ICIS, 2013).

Il existe différentes façons de financer ou de payer la prestation de services de santé, qui peuvent varier selon le degré d'agrégation ou d'intégration des services ou selon que l'on finance les extrants ou les intrants. Certains modes de financement agrégés concernent le patient et regroupent plusieurs types de soins ou de services particuliers alors que d'autres concernent des entités organisationnelles (agences, établissements ou groupes) responsables de la prestation d'un ensemble diversifié de services. Enfin, le paiement associé à la relation entre le fournisseur de soins et le patient peut se concrétiser selon des modèles différents (Deber *et al.*, 2008), à savoir le bénéficiaire des soins paie directement le fournisseur; le bénéficiaire des soins verse une contribution (impôt, cotisation spécifique ou prime d'assurance) à un tiers payeur (État ou mutuelle d'assurance publique ou privée) qui alloue des ressources aux fournisseurs ou les rembourse; le modèle précédent peut être complexifié par le fait que le tiers payeur alloue des ressources à des entités organisationnelles de soins, qui rémunéreront les fournisseurs de soins individuels; le modèle mixte peut combiner les précédents modèles, y compris une contribution du bénéficiaire des soins aux entités organisationnelles et la possibilité que celles-ci sous-traitent la prestation de services avec d'autres organisations. La majorité des études portant sur le financement des hôpitaux ont été réalisées dans les pays tels que le Canada, l'Allemagne, l'Angleterre.

Le mode de financement peut être prospectif, si les prix des services ou les budgets sont établis à l'avance, ou rétrospectif, si les services sont remboursés en totalité ou partiellement dans certains cas selon les coûts engagés (Lance, 2013).

#### **A. Les mécanismes prospectifs de financement des hôpitaux.**

Selon Castonguay (2013), le financement prospectif s'explique par l'allocation des ressources par le payeur à l'établissement hospitalier qui se fait en début d'exercice ou année financière. Ce dernier est chargé de le gérer de telle sorte à ne pas le dépasser. Il distingue deux grands mécanismes de financement prospectif à savoir le financement par budget et le financement par capitation. Lance (2013) poursuit la même réflexion, selon lui le mode de financement est prospectif si les prix des services ou des budgets sont établis à l'avance. Il va plus loin en donnant les avantages et inconvénients des différents modes de financement.

**Le financement par budget** est une méthode qui est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et sur les coûts. Cette information qui s'est plus ou moins améliorée selon les juridictions a permis de faire évoluer le financement par budget pour mieux refléter l'activité. Traditionnellement, les systèmes de santé intégrés et universels ont eu recours au financement des organisations par subventions globales ou par budget (Castonguay, 2013). Ce mode de financement couvre aussi les intrants, mais de façon globale, puisque la direction de l'entité organisationnelle a beaucoup de latitude quant à la façon de répartir les fonds reçus en fonction du mandat général qui lui est confié, de ses choix stratégiques, de son organisation interne ainsi que de la variété et du type de services qu'elle rend. La dotation globale a tendance à être reconduite annuellement, accompagnée de certains ajustements ou ajouts visant l'intégration de nouveaux services, et n'a pas de lien direct avec le nombre de patients qui seront traités. Plusieurs avantages et inconvénients sont liés à ce mode de financement. Comme avantages, on peut citer la simplicité d'élaboration et d'administration, la prévisibilité des allocations budgétaires et de la répartition des dépenses. Nous avons comme inconvénients le manque de transparence dans l'utilisation des ressources, la responsabilité limitée, la faible incitation à l'efficacité (Lance, 2013).

Selon Castonguay (2013), on observe deux modes de financement d'allocation budgétaire dans les systèmes de financement hospitalier par budget historique. Ce sont l'allocation globale et l'allocation ligne par ligne.

Le budget global est un montant alloué à l'hôpital afin qu'il assure les activités anticipées durant l'année. Le budget ligne par ligne suit le même principe à l'exception que les montants alloués le sont pour chaque ligne de service au lieu de laisser l'établissement décider de sa répartition. La principale différence entre ces deux mécanismes d'allocation se situe au niveau de la liberté qu'il confère à l'établissement pour allouer les ressources selon les activités.

D'après Castonguay (2013), **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, ajustée ou non en fonction du risque de consommation pour couvrir tous les besoins médicaux des personnes enregistrées auprès d'eux.

Lance (2013) aborde d'autres modes de financement prospectif à savoir le financement au rendement, le financement par cas traité, le financement par épisode de soins et le financement par personne.

Le mode de **financement au rendement** est complémentaire à d'autres modes, puisqu'il ajoute, en tant que critère de paiement additionnel, l'atteinte de cibles précises de performance associées à des niveaux de service tant quantitatifs que qualitatifs. Des indicateurs de volume et de qualité auront donc été établis au préalable. Le financement au rendement est un outil incitatif visant à améliorer la qualité des services et les résultats de santé, à encourager une prestation efficace et interdisciplinaire de services à l'intention des personnes ayant de multiples besoins ou à faciliter la coordination de différents types de soins. Certes, il présente des défis très grands sur le plan des systèmes d'information nécessaires (activité, coûts et résultats), de l'élaboration et de l'application d'indicateurs de résultats, de l'organisation intersectorielle des services et de leur coordination (Lance, 2013).

Selon Van de Voorde et *al.*, (2013), le **financement prospectif par cas traité** est une méthode de financement dans laquelle les hôpitaux perçoivent un montant fixe par cas quels que soient les coûts réels pour l'hôpital pris individuellement. Lance (2013) ajoute qu'un tarif est établi par groupe de patients présentant des diagnostics similaires et utilisant des ressources diagnostiques et thérapeutiques semblables, en distinguant particulièrement les interventions chirurgicales des autres traitements. Dans certains cas, des caractéristiques du patient sont prises en compte. Ce mode de financement, qui s'applique principalement aux hôpitaux, s'appuie sur une classification des patients (DRG ou GHM), sur les coûts relatifs de ces DRG ou GHM et sur le volume des cas traités. Habituellement, les cas sont constitués de patients hospitalisés ou admis dans des unités de soins d'un jour. Certains systèmes de santé appliquent aussi cette méthode à des consultations externes ou à des séances de dialyse ou de chimiothérapie hospitalière. C'est un mode transparent et mesurable, il responsabilise la gestion encouragée; incite à la productivité. Mais dans ce système, il ya augmentation du nombre de patients, lorsqu'il s'agit de réadmissions dues à des congés trop hâtifs ou d'admissions pour des services qui ne sont pas pertinents.

**Le financement par épisode ou parcours de soins** est un tarif forfaitaire qui est calculé en vue de couvrir toutes les activités nécessaires pour traiter une personne chez qui on a reconnu un problème (par exemple une maladie) ou un besoin particulier, soit les examens diagnostiques, les traitements médicaux ou chirurgicaux immédiats, la réadaptation, si elle est requise, et le suivi postcongé, y compris les réadmissions éventuelles, surtout pour traiter des

complications. Si le problème comporte des aspects psychosociaux, d'autres types de services seront nécessaires. Ce mode de financement axé sur le patient exige habituellement la participation de plusieurs fournisseurs de soins, organisationnels ou individuels, la pluridisciplinarité des interventions et l'intégration et la coordination des soins. Toutefois, si l'épisode de soins concerne seulement une admission hospitalière nécessaire, il inclura les examens et la préparation de la préadmission et le suivi post congé pendant une période définie à l'avance (par exemple 30 jours); une seule entité organisationnelle est alors impliquée, mais elle est en collaboration étroite avec les médecins spécialistes, lorsqu'ils sont payés à l'acte (au Québec) plutôt que salariés (dans les pays européens). Ce mode optimise le parcours du patient, coordonne des soins favorisée; structure plus efficacement le processus de soins. Mais il a un besoin de données de bonne qualité sur l'activité, les coûts et les résultats (Lance, 2013).

**Le financement par période de soins** est un montant forfaitaire par bénéficiaire de soins calculé pour l'ensemble des services requis, selon les guides de bonne pratique, par un groupe ou une liste de patients souffrant d'une maladie particulière, généralement une maladie chronique (par exemple le diabète) ou une maladie de longue durée, durant une période donnée. L'application de ce modèle est en général limitée, en n'incluant que les services de première ligne ou en n'ajoutant que les traitements spécialisés directement liés à la maladie. Ce mode de financement prospectif présuppose un degré élevé d'intégration et de coordination des soins ainsi que l'intervention de plusieurs types de professionnels. Quant au risque financier, il repose aussi sur l'organisation qui reçoit et gère les montants alloués. Ce mode de financement présente les mêmes avantages et inconvénients que le financement par épisode ou parcours de soins (Lance, 2013).

**Financement par personne** est un mode de financement par patient ou membre d'une population bien définie qui est une extension du financement par période de soins en ce sens qu'il ne se limite pas à une maladie particulière, mais couvre les soins requis pour tout problème de santé ou psychosocial. Il concerne, pour les personnes desservies, un ensemble complet de services ou un sous-ensemble particulier de ces services définis de façon générale, quels que soient les niveaux de soins requis ou les modalités de prestation des services dans les différents milieux. Les paiements prospectifs sont établis selon le nombre de patients et ils sont pondérés selon l'âge, l'état de santé et d'autres caractéristiques socioéconomiques. Dans ce cas, ce sont les intrants qui sont financés et non les extrants, puisque le détenteur des fonds

alloués prend les décisions sur les façons de répondre aux besoins de la population dont il est responsable. Ce mode peut s'appliquer à une subdivision territoriale, dans laquelle se trouve par exemple une agence de services de santé et de services sociaux, à une organisation importante de soins intégrés ou à une mutuelle d'assurance. Toutefois, s'il s'agit d'une catégorie particulière de services, par exemple les soins médicaux de première ligne, le montant des paiements sera établi en conséquence, y compris ou non le besoin de pouvoir « acheter » les services spécialisés requis. Ce mode permet une répartition interterritoriale plus équitable des ressources selon les besoins de la population et une diminution des volumes et de l'intensité des services. Mais présente des difficultés d'établissement des critères de répartition des ressources budgétaire et aussi dans certains cas des difficultés d'accès aux services en raison des configurations géographiques des ressources et des considérations d'efficacité (Lance, 2013).

## **B- Les mécanismes de financements rétrospectifs des hôpitaux**

Le principe de base du financement rétrospectif est que le paiement est effectué après que les services aient été prodigués par les établissements hospitaliers. On dit de ce mode de financement que le financement suit le patient. Ainsi, le patient est une source de revenus plutôt qu'une source de dépenses. Les mécanismes de financement rétrospectifs peuvent prendre plusieurs formes selon la nature des services attendus en contrepartie du paiement. Cette diversité engendre une certaine confusion parce que les termes peuvent désigner différents mécanismes selon les interlocuteurs. Ils peuvent être regroupés sous les vocables de financement à l'activité ou le financement incitatif (Castonguay, 2013).

**Le financement à l'activité** repose sur deux composantes essentielles. La première est le système de classification de l'activité permettant de suivre le nombre, la nature des activités et l'utilisation des ressources d'un ou des établissements. La deuxième composante est la tarification de cette activité. Comme mentionnée précédemment, l'évolution des mécanismes de financement est tributaire de la sophistication des systèmes d'informations de classification des activités, et de collecte d'information. Dans la majorité des cas, ces systèmes de classification ont été développés initialement afin de mieux comprendre la nature des activités, la comparer et améliorer la gestion des établissements. Selon Castonguay (2013), le financement à l'activité présente d'autres formes de financement à savoir le financement à l'acte, le financement par cas et le financement basé sur les évidences. Le

terme « financement par activité » décrit bien l'essence du modèle, qui consiste à allouer les fonds aux hôpitaux en fonction de leurs activités. On peut toutefois interpréter le modèle de multiples manières. Dans une province ou un pays donné, ces choix sont influencés par les objectifs stratégiques visés (transparence, équité du financement, efficience) et par le contexte où le FPA est mis en œuvre (ICIS, 2013). Aux États-Unis, le FPA est souvent nommé « paiement prospectif » parce que le montant des paiements est déterminé prospectivement, au début de l'exercice financier, plutôt que rétrospectivement, sur la base de factures soumises en fonction des coûts. Le FPA y a surtout été mis en œuvre dans le cadre du système de paiement prospectif du régime Medicare, le mécanisme de financement des services dispensés aux personnes âgées et à certains autres groupes de la population (ICIS, 2013). De tous les pays qui ont mis en place un mode de financement à l'activité des hôpitaux, c'est sans doute en Scandinavie et en Angleterre qu'on retrouve les systèmes de santé ressemblant le plus au système canadien. Aux prises avec des problèmes chroniques de listes d'attente et d'engorgement dans les urgences, ces pays ont tous introduit au cours des deux dernières décennies des éléments incitatifs à leur mode de financement des hôpitaux dans le but d'accroître leur productivité. En Norvège, la réforme du financement des hôpitaux a été mise en œuvre en 1997. La décision d'avoir recours ou non au nouveau mode était laissée aux comtés. Dès le début, quinze des dix-neuf comtés ont choisi d'adopter le financement à l'activité et les quatre autres ont emboîté le pas au cours des trois années suivantes. Les activités et l'efficacité des hôpitaux se sont accrues de façon notable dès les premières années de mise en œuvre, alors que la part du financement à l'activité dans le budget des hôpitaux augmentait graduellement de 30 % en 1997 à 60 % en 2003. La réforme a entraîné une hausse du taux de croissance annuel de l'activité hospitalière alors que les dépenses publiques de santé sont restées relativement stables ou ont même diminué (en tenant compte de l'inflation). Le nouveau mode de financement a non seulement amélioré l'efficacité des hôpitaux norvégiens, mais sa mise en place a aussi coïncidé avec une réduction importante du temps d'attente. De 2002 à 2006, les admissions au sein des hôpitaux ont bondi de 24 % et le temps d'attente moyen pour une chirurgie ou un autre traitement non urgent a chuté de 30 %. La Suède a mis en œuvre une réforme du financement des hôpitaux à partir de 1992. Dans le seul comté de Stockholm, le nombre d'hospitalisations a crû de 8 %, les consultations externes ont augmenté de 15 % et les chirurgies d'un jour ont bondi de 50 % au cours de la première année. Depuis les années 2000, la Suède a en outre connu une réduction importante de la durée du séjour hospitalier, en partie en raison du financement à l'activité. Les comtés qui utilisent ce mode de financement ont tendance à avoir des séjours plus courts que les

autres. En Angleterre, les hôpitaux étaient avant 2003 financés principalement par budgets globaux et, à l'image de la situation en vigueur au Canada, la population semblait résignée au long temps d'attente avant de recevoir un traitement. Depuis, la quasi-totalité des soins hospitaliers sont remboursés en vertu d'un système de financement fondé sur les activités, y compris les soins ambulatoires et les services d'urgence. Les résultats n'ont pas tardé à se manifester. La durée de séjour a diminué rapidement après que la réforme ait été mise en œuvre. La meilleure utilisation des ressources par les hôpitaux a permis de traiter davantage de patients, et ce, sans nuire à la qualité des soins. Dans les pays où le mode de financement à l'activité est utilisé dans une large mesure, l'accès aux soins est généralement plus rapide au sein du réseau hospitalier que dans les pays qui fonctionnent sur la base d'un budget global (Yanick, 2012).

**Le financement à l'acte ou à la pièce** est la forme la plus simple de financement à l'activité, c'est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué. Un épisode de soins hospitalier génère une quantité d'actes dont les actes diagnostics (tests de laboratoire, radiographie, chirurgie, .....), les services médicaux (du médecin) et les services infirmiers (souvent rémunérés par jour d'hospitalisation). Le paiement est associé à chaque acte sans considération pour l'ensemble des actes effectués dans le cadre de l'épisode de soins ou des besoins du patient (Castonguay, 2013). Tous les actes effectués et tous les contacts avec des patients sont payés ou remboursés selon un tarif individuel préétabli, le plus souvent à la suite de négociations avec le groupe de professionnels concernés par exemple les associations de médecins, qui pratiquent de façon autonome. De façon générale, les tarifs s'appliquent quelles que soient les caractéristiques du patient, mais ils peuvent être modulés selon l'âge du patient; les tarifs sont différenciés selon la complexité ou le temps requis pour les effectuer. Par ailleurs, des dispositifs, des aides techniques ou des médicaments sont aussi souvent remboursés individuellement, en totalité ou en partie, dans le cadre de programmes publics, de régimes d'assurance publics ou privés ou lorsque leurs prix sont très élevés. Ce dernier cas de remboursement peut s'appliquer à des hôpitaux, autrement financés de façon générale (Castonguay, 2013).

Lance (2013) trouve que c'est un mode transparent et aisément mesurable, il finance également les coûts. Par contre, il ne présente aucune incitation à l'efficacité et ne favorise pas les soins préventifs.

**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 suscités 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 (Castonguay, 2013).

**Le financement basé sur les évidences** a pour objet d'améliorer la qualité en influençant les pratiques pour qu'elles respectent les évidences. Les tarifs sont établis en fonction du coût lié aux ressources utilisées lorsque les meilleurs pratiques sont appliquées (Castonguay, 2013).

**Le financement incitatif** généralement appelé « financement basé sur les incitatifs », est un modèle de financement qui porte aussi d'autres noms tels que le financement basé sur l'activité, financement basé sur les services, financement basé sur les patients ou axé sur les patients, rémunération au rendement et rémunération aux résultats. Le principe sous-jacent de ce modèle de financement est la création d'incitatifs financiers qui récompensent l'économie de coûts, les améliorations à la qualité et parfois une amélioration des résultats pour les patients. En outre, ce modèle de financement peut favoriser l'efficacité, surtout s'il y a une certaine concurrence entre les établissements. Enfin, le financement basé sur les incitatifs peut aussi engendrer des économies de coûts s'il met l'accent sur la prévention de la maladie (Collier, 2008). Basé sur la performance ou les résultats, aussi appelé à la performance, est utilisé comme moyen d'atteindre des objectifs prioritaires en mettant l'emphase sur des résultats précis. Il permet ainsi de prioriser des cibles de qualité de soins, d'assurer la relation entre le patient et l'établissement et ou de réduire les délais d'attente. Tout dépend de l'indicateur de résultat auquel est lié le paiement. Ce type de paiement accompagne généralement un autre mode de financement qu'il soit prospectif ou rétrospectif (Castonguay, 2013).

## **Section2 : Cadre méthodologique de l'étude.**

Dans cette section, nous allons présenter les données de l'étude d'une part, et d'autre part présenter les méthodes d'analyse et les conditions de vérification des hypothèses.

### **Paragraphe 1 : Données de l'étude.**

Ce paragraphe est consacré aux techniques de collecte des données. Afin de tester les hypothèses formulées, nous avons collecté les données relatives aux sources de financement. Cette collecte de données a été faite à travers le budget de l'Hôpital de 2011 à 2015.

Les recherches documentaires nous ont permis de comprendre plus amplement les modes de financement au Bénin et précisément à l'Hôpital de Mènontin. Elles nous ont permis également d'identifier les approches à utiliser, les éléments nécessaires à la rédaction du chapitre concernant le cadre théorique de notre étude. Ces recherches documentaires sont effectuées à travers les budgets pris dans le service de la comptabilité(SC) et les services des Ressources Humaines (RH).

Cette section présente la méthodologie utilisée au cours de cette étude. Elle comprend deux principaux paragraphes. Le premier expose les données de l'étude et le second aborde les méthodes d'analyses.

### **A. Nature, période et cadre de l'étude.**

L'étude est rétrospective et longitudinale. Elle couvre la période de 2010 à 2015 soit cinq observations en raison des informations fournies par l'hôpital. Le cadre de l'étude est l'hôpital de Mènontin. Au Bénin, l'hôpital apparaît comme un acteur essentiel du système sanitaire national dont l'organisation, de type pyramidal, s'inspire du découpage administratif du pays. D'un point de vue conceptuel, « *un hôpital est un établissement capable de recevoir des personnes atteintes ou présumées atteintes de maladies ou de ; les soins et 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 et consultations externes pour des malades ambulatoires* » (OMS, 1963, p.10).

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

### **B. Données de l'étude.**

Pour réaliser ce travail, nous avons dans notre approche méthodologique, fait recours, pour la collecte des données essentiellement à la méthode historique et nous nous sommes servi également des techniques documentaires complétées par l'interview sur le terrain avec

les responsables de l'hôpital. Pour le traitement et l'interprétation des données, nous avons utilisé l'outil informatique.

La méthode historique nous a permis, à partir des différentes données recueillies, d'effectuer des regroupements, des classements des tableaux des évolutions des recettes dans le temps, mais aussi de les confronter afin de tirer une tendance général de la santé financière de l'hôpital de Mènontin .Ensuite motivés par l'objectif de chercher à mieux comprendre, appréhender la réalité du financement de l'hôpital, nous avons consultés différents documents tel que les budgets, les états de compte, des fiches sur les prises en charge. Notons également que c'est grâce à la technique documentaire que nous avons obtenue des données pour notre appréciation. Enfin nous avons fait des interviews.il s'agit d'un entretien, d'une concertation et de la demande de renseignement pour éclaircir certain aspects de l'étude. Effectuée avec les responsables financiers de l'hôpital de Mènontin, cette interview nous a été fort utile dans la collecte des données sur le financement de l'hôpital.

## **Paragraphe 2 : Méthode d'analyse et les conditions de vérification des hypothèses.**

### **A. La structure du financement et la part relative de chaque mécanisme de financement de l'Hôpital de Mènontin.**

#### **1/Méthode d'analyse de la structure du financement.**

L'analyse de la structure du financement de l'hôpital de Mènontin consiste à décomposer le financement de l'Hôpital de Mènontin par mécanisme de financement de l'hôpital. Nous avons donc procédé à la distinction des mécanismes prospectifs et des mécanismes rétrospectifs.

#### **2/Méthode d'analyse de la part relative de chaque mécanisme de financement**

Pour estimer la part relative de chaque mécanisme dans le financement du centre, des paramètres sont calculés. Premièrement le poids relatif qui permettra de montrer dans quelle mesure, chaque mécanisme participe au financement de l'Hôpital de Mènontin. Deuxièmement le poids de l'ensemble des mécanismes prospectifs( $PrP$ ) de financement et troisièmement le poids de l'ensemble des mécanismes rétrospectifs de financement( $PrR$ ). Ainsi le poids relatif ( $pr$ ) de chaque mécanisme de financement de l'hôpital de Mènontin a pour formule :

$$Pr = \frac{\text{montant de chaque mécanisme de financement}}{\text{financement global}}$$

$$PrP = \frac{\text{montant de l'ensemble des mécanismes prospectifs}}{\text{financement global}}$$

$$PrR = \frac{\text{montant de l'ensemble des mécanismes Retrospectifs}}{\text{financement global}}$$

**B/La structure des prestations financées par chaque mécanisme de financement identifié à l'Hôpital de Mènantin.**

Pour pouvoir déterminer la structure des prestations nous avons d'abord listé les prestations existantes dans le centre et voir à quelle chaque prestation peut appartenir.

### CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre aborde les mécanismes de financement des hôpitaux au Bénin plus précisément dans le cas de l'Hôpital de Mènontin. Ce chapitre aborde également l'interprétation et l'analyse économique des résultats de l'estimation.

#### Section 1 : Les mécanismes de financement des hôpitaux au Bénin.

Cette section est consacrée premièrement à la détermination des mécanismes de financement de l'Hôpital de Mènontin, ensuite de l'importance relative de chaque source de financement de l'Hôpital de Mènontin et enfin les prestations qui sont financées par chaque source intervenant dans le financement de l'Hôpital de Mènontin.

#### Paragraphe 1 : La structure du financement de l'hôpital de Mènontin et la part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'hôpital de Mènontin.

Dans ce paragraphe il est question de déterminer la structure de financement de l'HM et la part relative de chaque mécanisme de financement dans l'hôpital.

##### A. La structure du financement de l'hôpital de Mènontin

L'hôpital de Mènontin pour son fonctionnement a besoin de financement. Au cours de notre stage nous avons eu a relevé cinq mécanismes de financement à savoir : les paiements directs, les assurances, le ticket modérateur, l'Agence National de la Gratuité de la Césarienne(ANGC) et les subventions d'exploitations.

**Les paiements directs des ménages** (out-of-Pocket) sont des paiements versés directement par le patient au prestataire de santé ; les fonds ne sont donc pas centralisés par un intermédiaire financier. La participation financière des usagers dans les structures de santé publiques sont une forme de paiement direct des ménages. Enfin, des paiements directs sont aussi versés aux prestataires de santé privés par les individus qui ne sont couverts par aucune forme d'assurance maladie. Ce type de mécanisme de financement est classé parmi les mécanismes de financement rétrospectifs précisément dans le financement à l'acte.

**Le ticket Modérateur** vise théoriquement à freiner la demande des soins par le patient. Le total de l'intervention de l'assurance maladie et du ticket modérateur constitue le tarif

officiel. Le ticket modérateur est un pourcentage variable de ce tarif officiel, en fonction de la nature de la prestation et du statut du patient. En règle générale, le patient ne paie pas de ticket modérateur à l'hôpital sur les honoraires des médecins. C'est le montant que l'assuré paie au prestataire. C'est un mécanisme rétrospectif.

**L'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la césarienne(ANGC)** est chargée de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne conformément aux dispositions du décret n° 2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin. A ce titre , elle est chargée de concevoir d'une part la stratégie de mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin, d'autre part de planifier, suivre et évaluer les activités afférentes à son domaine de compétences et enfin de mobiliser les ressources financières nécessaires à la prise en charge de la césarienne par les hôpitaux publics, privés, confessionnels ou associatifs agréés. Elle rembourse les frais liés aux actes d'accouchements. C'est un mécanisme rétrospectif précisément dans le mécanisme de financement à l'acte.

**L'assurance** c'est un montant que l'hôpital facture directement à la mutualité du patient via le système du « tiers payant ». Ces tarifs sont fixés par prestation ou sous la forme de forfaits sous la surveillance de la Commission nationale médico-mutualiste, communément appelée la médico-mut. C'est la part que l'agence paie aux prestataires de santé pour les patients assurés suivant le contrat établi entre l'assureur et l'assuré. C'est un mécanisme rétrospectif.

**Les subventions d'exploitations** sont des montants allouées à l'hôpital pour son fonctionnement. Dans notre cadre d'étude elle provient des crédits délégués, des crédits budgétaires et autres. C'est un mécanisme prospectif précisément dans le mécanisme de financement par budget.

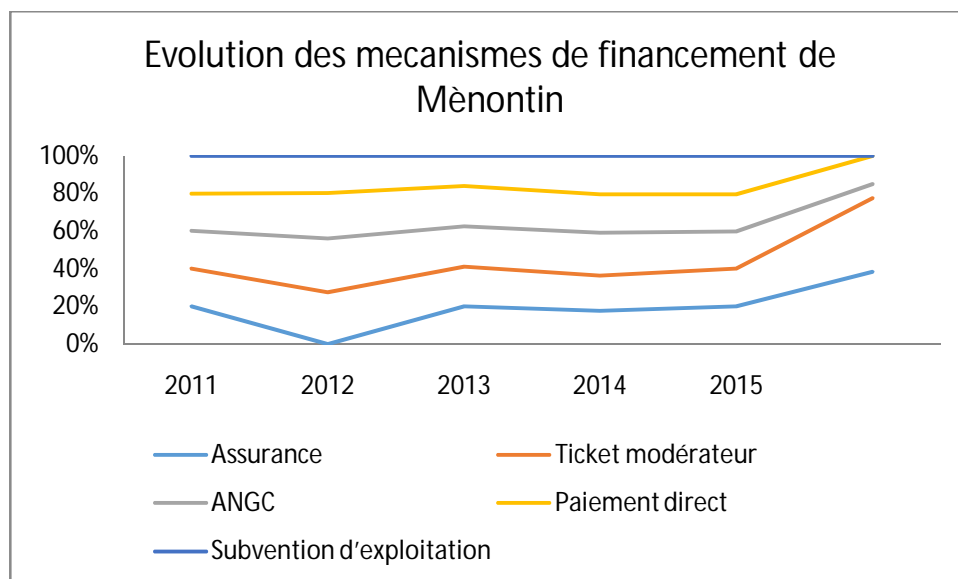
## **B. Part relative de chaque mécanisme dans le financement de l'hôpital de Mènontin.**

Pour estimer la part de chaque mécanisme dans le financement de l'hôpital, un tableau accompagné d'un graphe ont été réalisés. Ils comportent des paramètres tels que le poids relatif de chaque mécanisme participant au financement et le poids de l'ensemble des mécanismes prospectifs et rétrospectifs en suivant les formules pré établie ci-dessus.

**Tableau 3 : Mécanisme de financement de l'hôpital de Mènontin.**

Année	Financement global	Mécanisme rétrospectif			Mécanisme prospectif
		ANGC	Paiement direct	Assurance	Subvention d'exploitation
		montant en FCFA	Montant en FCFA	Montant en FCFA	Montant en FCFA
2011	981.370.879	90.600.000	849.481.229	25.959.298	10.613.080
2012	1.000.097.745	97.900.000	860.431.827	25.820.772	10.877.145
2013	945.385.306	112.400.000	800.718.815	25.409.947	2.032.666
2014	1.048.062.773	115.000.000	899.123.095	20.443.662	4.399.237
2015	920.749.251	97.300.000	802.949.841	17.026.116	6.152.568
Total	4.895.665.954	513.200.000	4.212.704.807	118.259.795	34.074.696
			4.749.484.031		34.074.696

Source : Auteur 2016



Source : Auteurs 2016

D'après analyse du graphe il ressort clairement que les paiements directs occupent une très grande place dans le financement de l'hôpital de Mènontin sur la période d'étude. Car il constitue à lui seul sur une année d'étude considérée 80% du financement soit pour l'année de 2011, 860.094.309 FCFA sur 981.370.879FCFA.

De même l'ANGC occupe aussi une place non négligeable dans le financement de l'hôpital, pour l'ensemble d'année d'étude au moins 9% du financement chaque année. En dernière position viennent les assurances, les tickets modérateurs et les subventions

d'exploitation qui dans le financement existent mais avec un très faible pourcentage soit pour toutes les années d'études au plus 2.687% pour les assurances, au plus 0.524% pour le ticket modérateur et 1,09% pour les subventions d'exploitation.

Suite à l'analyse du tableau 4, on constate que le pourcentage des mécanismes rétrospectifs est de 99,43% contre 0,06% pour les mécanismes prospectifs soit sur le financement global de 4.895.665.954FCFA, les mécanismes rétrospectifs sont de 4.749.484.031 FCFA et les mécanismes prospectifs sont de 34.074.696FCFA (tableau 3).

## **Paragraphe 2 : La structure des prestations financées par chaque source de financement identifiée.**

**Tableau 5: Prestations fournies par les paiements directs et les assurances et type de soins liés aux prestations.**

Mécanisme de financement	Prestations fournies	Type de soins
Paiement direct et Assurance	Services d'hospitalisations Consultations Générales Consultations spécialisées Actes de bloc Autres actes	Soins hospitaliers Soins ambulatoires

**Source : Auteurs 2016.**

**Tableau 6 : Prestations fournies par le ticket Modérateur et type de soins liés aux prestations.**

Mécanisme de financement	Prestations fournies	Type de soins
Ticket Modérateur	Services d'hospitalisations Consultations Générales Consultations spécialisées Actes de bloc Autres actes	Soins hospitaliers Soins ambulatoires

**Source : Auteurs 2016**

**Tableau7: Prestations fournies par l'ANGC et type de soins liés aux prestations**

Mécanisme de financement	Prestations fournies	Type de soins
ANGC	Acte d'accouchement	Soins hospitaliers

**Source : Auteurs 2016**

Après l'exploitation des tableaux 5, 6 et 7 nous constatons que tous les mécanismes financent les soins ambulatoires et aussi hospitaliers à l'exception de l'ANGC qui ne finance que les soins hospitaliers.

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

Dans cette section, il est question de présenter les résultats relatifs aux sources de financement de l'Hôpital de Mènontin, la part de chaque mécanisme dans le financement de l'Hôpital de Mènontin, la structure des prestations financées par chaque source de financement identifiée d'une part, et d'autre part, d'analyser les résultats de l'estimation et faire de l'estimation et des recommandations.

### **Paragraphe 1 : Analyse des résultats relatifs aux hypothèses 1 et 2.**

Ce paragraphe est consacré à l'analyse des résultats des hypothèses 1 et 2. Après analyse du financement de l'hôpital de Mènontin nous constatons que l'hôpital comprend à la fois les mécanismes prospectifs (subvention d'exploitation) et rétrospectifs (assurance, ticket modérateur, ANGC et paiement direct). Ce qui nous amène à valider notre première hypothèse : la structure de financement de l'HM comprend à la fois les mécanismes prospectifs et les mécanismes rétrospectifs.

Dans notre analyse du financement de l'HM, il ressort que la part relative de mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs. D'où notre hypothèse selon laquelle : la part relative des mécanismes rétrospectifs est plus élevée que celle des mécanismes prospectifs dans le financement de l'Hôpital de Mènontin est validée.

### **Paragraphe 2 : Analyse des résultats relatifs à l'hypothèse 3 et recommandations.**

#### **A. Analyse des résultats relatifs à l'hypothèse 3.**

Ce paragraphe est consacré à l'analyse des résultats de l'objectif 3. L'analyse sur le financement de l'HM montre également que les mécanismes rétrospectifs financent à la fois les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. D'où notre hypothèse selon laquelle : les mécanismes rétrospectifs de financement financent les soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers n'est pas validée.

### **B .Recommandations.**

Au cours de notre stage à l'hôpital de Mènontin et notre passage dans le service des affaires économiques et des Ressources Humaines, nous avons remarqué des difficultés auxquelles nous avons proposé des recommandations. Ces dernières vont à l'endroit du gouvernement et des dirigeants des hôpitaux du Bénin.

Le gouvernement devra reconnaître que l'amélioration de l'efficacité du système de santé passe par une redistribution des rôles et responsabilités et par une décentralisation de la responsabilité.

Le gouvernement devra faire la promotion et instaurer les mutuelles de santé pour permettre aux hôpitaux qui sont en majeure partie financés par le paiement direct de se maintenir à long terme sur le marché.

Les hôpitaux devront penser à prioriser les mécanismes de financement prospectifs.

### **CONCLUSION GENERALE**

Notre préoccupation à travers cette étude était d'interpeller la conscience des dirigeants sur le financement, surtout en caractère sanitaire sur la nécessité d'adopter une bonne politique. Bien entendu, celle-ci se réalise à travers certaines opérations économiques, dont les plus importantes sont les poids relatifs de chaque mécanisme de financement.

Au vu de notre analyse du financement, nous avons constaté que le financement de l'Hôpital de Mènontin est composé à la fois des mécanismes prospectifs et des mécanismes rétrospectifs. De même l'analyse descriptive nous a révélé que les mécanismes rétrospectifs occupent une grande place dans le financement de l'Hôpital au détriment des mécanismes prospectifs. L'analyse du financement nous montre également que les mécanismes rétrospectifs financent à la fois les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Ainsi les

hypothèses 1 et 2 de notre étude à travers les résultats se trouvent validés. De même, à travers les résultats obtenus l'hypothèse 3 de notre étude n'est pas validée.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Aubart F. , D. Dermotte, Jacob., J.B.Pruvo, O.Veran, (2011), *Exercice médicale à l'hôpital*, 118p.
- Bété F.(2013),*Contribution des mutuelles de santé dans l'accès des populations aux services de santé dans les districts sanitaires du Bénin, du Cameroun ,de la Guinée et du Togo de 2005 à 2011*,mémoire soutenu en vue de l'obtention du master 2 professionnel 241 en économie et Management de la santé publique dans les Pays en développement ,Université de Paris Dauphine,85p.
- Castonguay (2013), *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, rapport de projet, 176p.
- Choné P.,F. Evain,L. Wilner et E. Yilmaz (2014), « réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », n°862,4p.
- Collier R.(2008), « Activity-based funding, boon or boondoggle», CMAJ 178 ,140p.
- Hirtzlin I., (2009), *Le recours à l'hôpital en Europe, rapport d'évaluation*, Paris, 117p.
- ICIS (2013), *le financement par activité au Canada*, guide de l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux, Ottawa, 154p.
- Labrié Y.(2012), *Le financement des hôpitaux à l'activité : l'attente a assez duré*, 4p.
- Laffite F., (2005), *Un nouveau mode de financement du service public hospitalier en France : le passage à la tarification à l'activité dans le cadre du plan «hôpital 2007»*, Université Lumière Lyon 2,103p.
- Lance J. (2013), *Le financement axé sur les patients*, note informative, Québec, 103p.
- Larmarange J., (2003), *Financement des problèmes de santé : Exemple de la sous-préfecture de Kanfarandi en Guinée Maritime*, Université René Descartes, Paris 5, Démographie sociale, 96p.
- Ministère de la santé (2003), *Compte Nationaux de la santé*, rapport provisoire, Cotonou, 96p.
- René P., J.P. Kasbala, J.Kanakin, P. Goudjo, V.Dodoo, J. Kuassi, S.Balo, (2012), *Evaluation de l'organisation des services de l'hôpital de zone de Comè*, 44p.
- SCENAFRIK, (2013), *Analyse et actualisation de la tarification des soins : rapport provisoire*, 220p.
- Van de voorde C., S. Gerkens, K. Heede et N. Swantenbroekx N., (2013), *Etude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays*, Bruxelles, 48p.

## **ANNEXE**

### **Annexe 1**

**QUESTIONNAIRE**

Questions 1 : Quels sont les mécanismes de financement de l'Hôpital de Mènontin ?

Réponse :.....  
 .....  
 .....

Questions 2 : Quelles sont les structures d'assurances qui interviennent dans le financement de l'Hôpital ?

Réponse :.....  
 .....  
 .....

Questions 3 : l'Etat intervient-il dans le financement de l'Hôpital ?

Réponse :.....  
 .....

**Annexe 2**

**Tableau 4 : Part relative de chaque mécanisme**

Année	ANGC	Paiement direct	Assurance	Subvention d'exploitation
2011	9,231	86,56	2,645	1,08
2012	9,789	86,03	2,581	1,09
2013	11,889	84,70	2,687	0,21
2014	10,972	85,79	2,294	0,42
2015	10,567	87,21	1,849	0,01
Total		99.43		0,06

**Source : Auteurs 2016.**

**Annexe 3**

**Organigramme de l'Hôpital de Mènontin**

