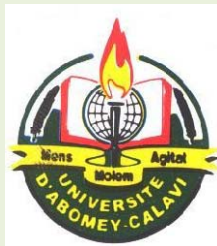


REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE D'ABOMEY - CALAVI

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR DES HOPITAUX

OPTION :

ADMINISTRATION DES FINANCES

FILIERE :

ADMINISTRATION HOSPITALIERE
UNIVERSITAIRE ET D'INTENDANCE

ANNEE ACADEMIQUE : 2008 - 2009



OPTIMISATION DE LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DE L'HOPITAL DE ZONE DE SURU - LERE

Présenté et Soutenu par :

Luther T. HODE

Sous la Direction de

Maître de Stage :

M. Célestin HODEHOU
Administrateur des Services de
Santé

Directeur de Mémoire :

M. Marcel K. MOUSSOU
Administrateur des Services de
Santé
Enseignant à l'ENAM

Décembre 2009

IDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT

VICE – PRESIDENT

MEMBRE

L'ECOLE NATIONALE
D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER
AUCUNE APPROBATION NI
IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS CE MEMOIRE.
ELLES DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME ETANT PROPRES A LEUR
AUTEUR.

DEDICACES

- ✦ A Toi, **DIEU Tout Puissant, l'ETERNEL** des armées qui m'a donné la vie, l'intelligence, la santé, le courage de mener à bien mes études. Que la gloire et l'honneur te reviennent ;
- ✦ A mes parents, Lucien **HODE** et Thérèse **TOHOUEGNON**, pour votre amour et pour tous les sacrifices consentis dans le cadre de mon éducation. Puisse le Créateur vous accorder de longs jours heureux et vous permettre de jouir abondamment des fruits de ce travail.
- ✦ A mes frères et sœurs **Rockia, Luphin, Joselle, Jocien, Coth, Alzavine et Zathol**, ce travail est aussi votre fierté.
- ✦ A **Marlène KPENOU**, pour ton amour et ton précieux soutien à la réalisation de ce travail.
- ✦ A toute ma grande famille, en particulier **Serge AKAKPO**, pour toute votre attention et votre soutien.
- ✦ Aux familles **KPENOU** et **HOUNNOU**, en témoignage de ma reconnaissance infinie.
- ✦ A tous mes **Professeurs, Encadreurs, Formateurs et Enseignants du BENIN**, en témoignage de ma reconnaissance infinie.
- ✦ A tous mes camarades de promotion et amis de **l'ENAM**, brillante carrière à vous.
- ✦ A toute la **Jeunesse Béninoise**, « l'avenir n'est pas chose faite qu'il faille attendre : il faut le bâtir soi-même »

REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre profonde gratitude à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Qu'il nous soit permis d'adresser une fois encore nos remerciements aux personnes ci-dessous :

- *Monsieur **Marcel K. MOUSSOU**, notre directeur de mémoire, dont l'attention et la disponibilité ne nous ont jamais fait défaut.*
- *Monsieur **Célestin HODEHOU**, notre maître de stage, pour tous ses conseils.*
- *Monsieur **Jean GANDJI**, pour sa contribution et sa disponibilité.*
- *A tous les **professeurs de l'ENAM**, pour la qualité de la formation.*
- *A tout le **personnel de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré**, pour l'accueil chaleureux qu'il nous a réservé.*
- *A Madame **MOUSSOU**, profonde gratitude.*
- *A tout le **personnel administratif de l'ENAM**, pour leur contribution à l'aboutissement heureux de notre formation..*
- *A mes frères **Coth et Zathol**, pour leur attachement.*
- *A **Marlène, Gislaine, Evelyne, Gloria, Nicole Calixte, Freed, Patrick, Prosper, Boris, Michel**, pour toute leur attention.*

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

BOA	: Bank Of Africa
CG	: Conseil de Gestion
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHS	: Commission d'Hygiène et de Sécurité
CODIR	: Comité de Direction
CMC	: Commission Médicale Consultative
C/SAAE	: Chef Service des Affaires Administratives et Economiques
C/SAF	: Chef Service des Affaires Financières
DE	: Division Economat
DGAP	: Division Gestion Administrative et du Personnel
DGMS	: Division Gestion des Malades et Statistiques
DH	: Direction de l'Hôpital
DME	: Division Maintenance et d'Entretien des Equipements
FED	: Fonds Européen pour le Développement
FSA	: Formations Sanitaires Assimilées
HZ-SL	: Hôpital de Zone de Suru-Léré
IG	: Infirmier Général
MILD	: Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée
MS	: Ministère de la Santé
PAF	: Particulier à leur frais
PCG	: Plan Comptable Général
Ps	: Problèmes spécifiques
Tr	: Taux de recouvrement
UVS	: Unité Villageoise de Santé

LISTE DES TABLEAUX

- TABLEAU N°1** : Répartition du personnel par Statut en 2009
- TABLEAU N°2** : Répartition des lits par service
- TABLEAU N°3** : Evolution des recettes, dépenses et le niveau de recouvrement.
- TABLEAU N°4** : Récapitulatif des problématiques possibles
- TABLEAU N°5** : Synthèse des approches par problème spécifique
- TABLEAU N°6** : Tableau de bord de l'étude
- TABLEAU N°7** : Effectif de chaque catégorie de la population-mère
- TABLEAU N°8** : Répartition des données relatives à la quasi-inexistence de la comptabilité analytique
- TABLEAU N°9** : Répartition des données relatives au caractère non performant du recouvrement des créances.
- TABLEAU N°10** : Répartition des données relatives à l'absence de manuel de procédures.
- TABLEAU N°11** : Intrants dans l'analyse des coûts
- TABLEAU N°12** : Calcul du coût initial global par centre de coûts directs
- TABLEAU N°13** : Répartition des coûts indirects
- TABLEAU N°14** : calcul du coût unitaire par acte et par service médical

LISTE DES FIGURES

- FIGURE 1:** : Répartition des données relatives à la quasi-inexistence de la comptabilité analytique.
- FIGURE 2 :** : Répartition des données relatives au caractère non performant du recouvrement des créances.
- FIGURE °3:** : Répartition des données relatives à l'absence de manuel de procédures.

GLOSSAIRE

Gestion budgétaire : Selon le plan comptable, c'est le mode de gestion consistant à traduire en programme d'actions chiffrées appelé « budget » les décisions prises par la direction avec la participation des responsables.

Contrôle de gestion : Ensemble des dispositions prises pour fournir périodiquement aux dirigeants et aux divers responsables des données chiffrées caractérisant la marche de l'entreprise.

Budget : C'est un état récapitulatif des prévisions des ressources et des emplois autorisées pour une période déterminée.

Contrôle budgétaire : C'est le suivi des budgets afin de comparer les réalisations avec les prévisions pour dégager les écarts et en rechercher les causes.

Ecart : Différence résultant de la comparaison entre un élément préétabli et un élément constaté se rapportant au même objet.

Indicateurs : Ce sont des informations précises, utiles et pertinentes pour le gestionnaire, exprimées sous des formes et unités diverses.

Plateau technique : Ensemble des moyens techniques (Infrastructures, instruments, matériels divers) et humains (compétences) nécessaires pour faire fonctionner efficacement une entreprise productrice de biens ou de services.

Coût : Le coût d'un bien ou d'un service est la valeur des ressources dépensées pour la production ou l'acquisition de ce bien ou service (coût de la seringue). Il peut être exprimé en valeur monétaire ou non. Dans le cadre de cette étude, il s'agit des coûts relatifs aux dépenses de soins de santé de base effectuées dans une formation sanitaire par un parent.

Coût direct : C'est la redevance directe qui concerne les frais de soins (consultation, carnet, médicaments et consommables médicaux, analyses biomédicales, transport pour soins, etc.) que l'usager, mère ou gardien d'enfants de moins de cinq ans paie.

Coût indirect : C'est l'ensemble des dépenses effectuées par la mère/gardien d'enfants, parents et alliés, en espèce ou en nature, qui ne sont pas directement liés aux soins : transport, restauration, coût d'opportunités, coût intangible, etc.

Performance : c'est le résultat obtenu de l'accomplissement d'une tâche. Le mot performant signifie, capable de bonnes ou de très bonnes performances ; compétitif

L'autonomie financière : selon le lexique des termes juridiques, elle se définit comme « la situation d'une collectivité ou d'un organisme disposant d'un pouvoir propre de gestion de ses recettes et de ses dépenses

Zone sanitaire : c'est un mode d'organisation territoriale de la santé, à la fois administratif et opérationnel. Il dessert une population généralement comprise entre 50 000 et 200 000 de personnes. Il représente le niveau le plus périphérique de l'organisation de la santé. Il est dirigé par une équipe administrative et médicale qui exerce l'autorité étatique d'organisation, de planification et de contrôle de l'ensemble des activités sanitaires correspondantes.

Engagement : c'est l'acte de l'autorité qui crée une dette à la charge de l'hôpital.

Liquidation : Une vérification de la dette, du montant exact de la dépense correspondante aux titres et aux pièces faisant la preuve des acquis des créanciers (fournisseurs)

Mandatement : c'est l'acte administratif qui donne l'ordre au comptable en dernier de payer un créancier (fournisseur).

Ordonnancement : L'acte administratif par lequel après la liquidation, l'ordre est donné au comptable public de payer une dette de l'Etat

Paiement : L'acte par lequel une institution se libère de sa dette : soit par espèce, soit par chèque, virement ou bon de caisse.

Col vert : Agent chargé de recouvrement. Il renseigne les utilisateurs sur les différentes prestations et leur prix, présente les situations financières et les frais de malades, sensibilise les malades à payer les frais d'actes avant leur sortie, et fait le point des malades (entrée, sortie et même les évadés).

RESUME

Le présent document est le fruit d'une recherche diagnostique que nous avons effectuée au cours de notre stage à l'hôpital de zone de Suru-Léré.

Les constats faits au cours de notre stage nous ont permis de relever les atouts et de déceler quelques problèmes regroupés par centres d'intérêt et par problématiques.

Parmi ces problématiques se trouve énumérée celle de l'optimisation de la gestion administrative et financière. Cette problématique est caractérisée par les problèmes suivants :

- ✓ *la quasi-inexistence de la comptabilité analytique ;*
- ✓ *le caractère non performant du recouvrement des créances ;*
- ✓ *l'absence de manuel de procédures*

Face à chacun de ces problèmes spécifiques, nous avons pu identifier des causes réelles dont notamment :

- ✓ *les difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts ;*
- ✓ *une absence de politique de suivi des créances ;*
- ✓ *la complexité d'élaboration d'un manuel de procédures*

Afin d'éradiquer les causes desdits problèmes, les solutions suivantes ont été proposées:

- ✓ *une méthode (canevas) de base de calcul des coûts afin de faciliter la détermination des coûts par actes ou par service ;*
- ✓ *une réorganisation de tout le système de gestion, notamment, au niveau des secteurs administratif, comptable et financier;*
- ✓ *une planification des actions permettant un recouvrement efficace des créances ;*
- ✓ *l'utilisation d'un document décrivant toutes les procédures possibles*

L'efficacité de ces solutions apportées exige la mise en place de certaines conditions telles que :

- ✓ *une comptabilité générale au respect des normes et principes comptables ;*
- ✓ *une comptabilité analytique basée sur le calcul des coûts et leur analyse ;*
- ✓ *une gestion budgétaire qualitative ;*
- ✓ *un manuel de procédures comptables, administratives, financières bien élaboré et correctement appliqué.*

SOMMAIRE

DEDICACES	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
GLOSSAIRE.....	viii
RESUME.....	x
SOMMAIRE	xi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ETUDE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE.....	3
Section 1 : Cadre de l'étude et observations de stage.	4
Paragraphe 1 : Cadre de l'étude.	4
Paragraphe 2: Restitution des observations de stage.	13
Section 2 : Ciblage de la problématique.....	25
Paragraphe 1 : Inventaire et choix de la problématique.	25
Paragraphe 2 : Spécification de la problématique choisie et détermination de la vision globale de résolution.	29
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIE ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....	33
Section 1: Cadre théorique et Méthodologie de l'Etude	34
Paragraphe 1 : Cadre théorique de l'étude	34
Paragraphe 2: Méthodologie de l'étude	45
Section 2 : Enquêtes, Vérifications des hypothèses et Conditions de mise en œuvre des solutions	50
Paragraphe 1 : Enquêtes et Vérifications des hypothèses	50
Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre	58
CONCLUSION GENERALE	66
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES.....	69
TABLE DES MATIERES	m

INTRODUCTION GENERALE

Le développement d'une nation exige de ses dirigeants de définir et de mettre en place diverses stratégies de développement pour des secteurs au nombre desquels on peut citer l'éducation et la santé.

En ce qui concerne la politique sanitaire, l'Etat béninois a mis en œuvre une carte sanitaire calquée sur le découpage administratif et qui comporte diverses institutions sanitaires. Ce découpage résulte des Décrets n°98-300 du 20 Juillet 1998 et n°2005-611 du 28 Septembre 2005 portant tous deux réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en Zones Sanitaires *et* apporte une modification tant aux structures organisationnelles qu'aux fonctions de gestion.

Ensuite, il s'est attelé à l'application des politiques conséquentes visant à faire des formations sanitaires de véritables entreprises hospitalières qui ont pour mission d'assurer une gestion rationnelle de leurs ressources financières à travers certaines dispositions réglementaires. Il s'agit des dispositions du Décret n° 90-347 du 14 Novembre 1990 portant approbation des statuts des CHD et FSA dans ses articles 29, 52, 54, et 55 qui font obligation, entre autres, à ces établissements d'optimiser la gestion des ressources mises à leur disposition.

Ces dispositions passent par une gestion administrative nécessitant une meilleure organisation des services au sein des formations sanitaires d'une part, et une gestion financière calquée sur l'utilisation rationnelle des ressources financières à travers les outils de gestion d'autre part.

C'est dans le but d'aider l'Hôpital de Zone de Suru-Léré (**HZ-SL**) à cerner la nécessité d'optimiser ses résultats, que nous avons voulu apporter notre contribution à l'amélioration de sa gestion administrative et financière à travers le thème : « **OPTIMISATION DE LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DE L'HÔPITAL DE ZONE DE SURU-LERE** ».

Une telle étude qui répond à un objectif d'optimisation de la gestion de toute Formation Sanitaire est souvent considérée comme un préalable, voire une conditionnalité pour toute décision importante tant pour les gestionnaires d'hôpital que pour les partenaires au développement

Ainsi, pour atteindre cet objectif, le présent travail s'articulera autour de deux (02) chapitres :

- ✓ le premier chapitre permettra de présenter le contexte de l'étude et le ciblage de la problématique ;
- ✓ le second, le cadre théorique, la méthodologie adoptée et les conditions de mise en œuvre des solutions proposées.

CHAPITRE I
Contexte de l'étude et ciblage de la problématique

Dans ce chapitre préliminaire, nous présenterons d'abord le cadre de l'étude et des observations de stage d'une part et ensuite le ciblage de la problématique de notre étude d'autre part.

Section 1 : Cadre de l'étude et observations de stage.

Nous aborderons dans cette section les généralités sur l'Hôpital de Zone de Suru-Léré puis nous procéderons à la restitution des mécanismes de fonctionnement liés à la réalisation de ses principales activités.

Paragraphe 1 : Cadre de l'étude.

Dans ce paragraphe, nous donnerons un bref aperçu sur la Zone Sanitaire de Cotonou II & III dont fait partie l'Hôpital de Zone de Suru-Léré notre structure d'accueil.

I-) Présentation de la zone sanitaire Cotonou II & III

A-) Situation géographique

Le Bénin comporte actuellement trente quatre (34) zones sanitaires réparties dans les douze (12) départements. C'est celle de Cotonou II&III qui est concernée par notre étude et plus particulièrement son Hôpital de Zone.

Située sur l'aire géographique d'Akpakpa, cette zone sanitaire est constituée par les quatre premiers arrondissements de Cotonou avec une population estimée à **Deux cent trente quatre mille deux cent un (234201)** habitants selon les statistiques de 2008.

Créée par l'Arrêté n° **2224/MSP/DC/SGM/CADZS** du **10 avril 2000** portant création de la Zone Sanitaire Cotonou II&III dans le système sanitaire de la République du Bénin, cette zone Sanitaire du Département du Littoral, est limitée au nord par le **Lac Nokoué**, au sud par **l'Océan Atlantique**, à l'est par le **Lac Nokoué** et à l'ouest par **l'Arrondissement d'Agblangandan dans la Commune de Sèmè-Kpodji**.

B-) Attributions et organisation

D'une manière générale, la zone sanitaire qui représente le niveau périphérique a comme principales fonctions :

- L'organisation et la direction des services de santé ;
- L'exécution de tous les programmes de communautés de santé ;
- La gestion et le contrôle des budgets locaux de santé ;
- La coordination et la supervision de tous les services de santé assurés localement par les secteurs publics, privés ainsi que les organismes non gouvernementaux ;
- La promotion de bonne relation de travail avec les services de l'administration territoriale locale ;
- La préparation du plan d'action annuel et de développement ;
- La mobilisation de fonds locaux supplémentaires pour les projets d'investissement ;
- La formation en cours d'emploi du personnel de santé et des agents de santé communautaire ;
- La collecte, la compilation, l'analyse des données sanitaires et l'envoi de ces données aux autorités départementales et au Ministre de la Santé.

S'agissant de l'organisation du système sanitaire, la Zone Sanitaire Cotonou II & III dispose à cet effet de :

- un Hôpital de Zone (HZ) qui est l'hôpital de référence basé sur l'ancien site du centre de santé de l'ex-Cotonou III à Suru-Léré (Kowegbo) ;
- les centres de santé d'arrondissements d'Avotrou, d'Ayélawadjè (où se trouve également le bureau du Médecin-Coordonnateur de la Zone Sanitaire), d'Agbato, de Yénawa/gankpodo ainsi que d'une importante maternité à Missessin ;
- cent vingt-un (121) cabinets et cliniques privés recensés en 2007 par le Bureau de Coordination de la Zone Sanitaire Cotonou II & III.

II- Présentation de la structure d'accueil de stage

Les grandes subdivisions de cette partie concernent d'une part l'historique, les missions et la structure organisationnelle et d'autre part les ressources disponibles de l'HZ Suru-Léré.

A-) Historique, missions et structure organisationnelle

Avant d'aborder les ressources de l'HZ-SL, nous évoquerons successivement son historique, ses missions et sa structure organisationnelle.

1°) Historique et Missions

a- Historique

Conformément au **décret n°2002-0113 du 12 Mars 2002** portant approbation des statuts des hôpitaux de zone, l'hôpital de zone de Suru-Léré est un établissement hospitalier public à caractère social.

Situé à Akpakpa, à la limite des quartiers Suru-Léré et Kowegbo, au bord de la voie pavée allant à l'Eglise Saint Martin au quartier Yénawa, l'hôpital de zone de Suru-Léré, couvre une superficie de deux (2) hectares et a une capacité d'accueil actuelle de 83 lits dont 79 lits d'hospitalisation en octobre 2009. L'Arrêté **n°224/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 avril 2000** portant sa création dispose notamment en son article 3, « *l'hôpital de référence a pour siège le futur hôpital de Suru-Léré à construire sous financement FED* ».

Ainsi, construit sur le site de l'ancien Centre de Santé de la Commune de Cotonou III avec l'appui financier du Fonds Européen de Développement (FED), l'Hôpital de Zone de Suru-Léré a effectivement démarré ses activités en **Mai 2004**, bien que sa première pierre ait été posée depuis **2001**. Il est doté, à l'instar de tous les autres hôpitaux de zone, d'une personnalité morale.

Administrativement, cette zone sanitaire concerne toute la population d'Akpakpa. Mais son aire sanitaire s'étend bien au-delà et couvre une partie de la commune de Sèmè-Kpodji.

En effet, de par son plateau technique, l'HZ-SL est un important centre de référence non seulement pour toutes les formations sanitaires d'AKPAKPA (1^{er},

2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} arrondissements) mais également pour d'autres formations sanitaires environnantes notamment celles du Département du Littoral et de, la Commune de Sèmé-Kpodji dans le Département de l'Ouémè.

b- Missions

La principale mission de l'HZ de Suru-Léré découle de la politique sanitaire de notre pays qui a pour préoccupation de faciliter l'accessibilité géographique des populations aux services de santé, en particulier celle de la zone sanitaire de Cotonou II&III estimée, en 2007, à **231.868 Habitants. (Rapport d'activités 2008 de l'HZ-SL).**

C'est la formation sanitaire publique la plus importante de la zone sanitaire de Cotonou II&III. L'HZ-SL prend donc en compte et traite en principe les cas référés des centres de santé d'arrondissement, des dispensaires et maternités publics et privés ainsi que des Unités Villageoises de Santé (UVS) de la zone. Ces cas sont supposés dépasser les compétences de ces formations sanitaires.

L'HZ-SL de par sa mission, a des objectifs qui peuvent se résumer à :

- offrir les soins de qualité à moindres coûts aux malades ;
- améliorer l'hygiène et la salubrité au sein de l'hôpital ;
- améliorer la gestion des ressources de l'hôpital ;
- assurer et développer l'information et l'éducation pour la santé ;
- intégrer l'HZ dans le processus de décentralisation du système de santé.

Pour mener à bien sa mission et atteindre ses objectifs, l'HZ-SL dispose d'un cadre organisationnel dans lequel il agit.

2*) Structure organisationnelle de l'HZ-SL

Cette partie sera consacrée à la présentation des organes de gestion et de décision d'une part, et des différents services de l'HZ-SL d'autre part.

a- Organes de gestion et de décisions

Comme tout hôpital de zone, l'HZ-SL dispose des organes de gestion et de décision, à savoir :

- le Conseil de Gestion (CG);
- la Direction de l'Hôpital (DH) ;
- le Comité de Direction (CODIR) ;
- la Commission Médicale Consultative (CMC).

Il est à noter que jusqu'à ce jour, l'Hôpital de Zone de Suru-Léré ne dispose pas d'une Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS).

Le Conseil de Gestion (CG)

C'est l'organe délibérant. Il fait office de Conseil d'Administration. Ainsi, conformément aux articles **8 à 16 du décret N°2002-0113 du 12 mars 2002**, le conseil de gestion est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de l'établissement dans les limites de ses compétences. Il se réunit en session ordinaire, deux fois par an. Ses décisions sont soumises à l'approbation de l'autorité de tutelle : **le Ministère de la Santé**.

Le conseil de gestion est composé des membres ci-après :

- un (1) représentant du Directeur Départemental de la Santé ;
- un (1) président de comité de gestion de la circonscription sanitaire de commune ;
- un (1) représentant de la commune ;
- un (1) représentant des organisations non gouvernementales actives dans le domaine de la santé ;
- un (1) représentant du secteur privé libéral élu en son sein ;
- deux (2) représentants du personnel de la zone sanitaire élu en assemblée générale ;
- le médecin-coordonnateur de la zone sanitaire ;
- le directeur de l'hôpital de zone.

La Direction de l'HZ-SL

La direction de HZ-SL est assurée par un directeur nommé par Arrêté du Ministre chargé de la santé. Ce dernier coordonne les activités de l'HZ-SL en :

- assurant l'exécution des décisions prises par le Conseil de Gestion à qui il rend compte et qui le contrôle ;
- veillant à l'exécution du budget de l'HZ-SL en recettes et en dépenses, en qualité d'ordonnateur dudit budget;
- exerçant son autorité sur tous les personnels employés par l'HZ ;
- représentant valablement l'HZ-SL vis-à-vis des tiers dans les limites des pouvoirs qui lui ont été délégués par le Conseil de Gestion.

Par ailleurs, le Directeur de l'HZ est assisté de collaborateurs dont notamment :

- le Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques ;
- le Chef du Service des Affaires Financières ;
- les Chefs des Services Médicaux et Techniques ;
- l'Infirmier général.

Le Comité de Direction (CODIR)

Il est l'organe consultatif examinant les questions relatives à l'organisation générale du travail, aux effectifs, aux statuts du personnel, à l'hygiène, à la salubrité des services et à la sécurité. Il est aussi consulté pour les questions importantes telles que l'élaboration du budget et la politique générale de l'hôpital. Ce comité se réunit une fois par mois en session ordinaire. Il est convoqué par le directeur de l'hôpital soixante douze (72) heures au moins avant la date de la réunion. Le CODIR est prévu par les articles **36 et 37 du décret n° 2002-0113 du 12 Mars 2002**.

Commission Médicale Consultative (CMC) :

Elle est également prévue par le décret **n°2002-0113 du 21 mars 2002** à ses articles **30 et 31**. C'est un organe qui est consulté sur les principaux dossiers concernant la gestion de l'hôpital dans les domaines relatifs aux activités de santé, à l'organisation et au fonctionnement des services techniques.

Le CMC élit en son sein un président pour une durée de deux (2) ans renouvelables une seule fois en principe.

Les avis et observations présentés par la CMC sont consignés dans un compte rendu signé du Président et remis au directeur pour exploitation.

Cet organe est composé des Médecins-Chefs des services médicaux et des responsables des services techniques. Il se réunit une (01) fois par trimestre.

b- Les services de l'HZ

Nous distinguons les services administratifs et financiers ainsi que les services médico-techniques.

✚ Les services administratifs et financiers

Ils sont au nombre de deux (2), à savoir :

- le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE);
- le Service des Affaires Financières (SAF).

✚ Les services médico-techniques

Les services médico-techniques fournissent les soins et les actes afin d'assurer la santé de la population. Ces services sont constitués notamment de :

- la médecine générale ;
- la maternité (gynécologie et obstétrique) ;
- la chirurgie générale ;
- la pédiatrie ;
- l'ophtalmologie ;
- le service d'hygiène ;
- le service social ;
- le service de kinésithérapie ;
- l'Oto-Rhino Laryngologie (ORL)
- le laboratoire ;
- la radiologie.

La plupart des services médico-techniques sont dirigés par un médecin-chef.

B-) Les ressources de l'hôpital

Elles sont humaines, matérielles et financières.

1°) Les ressources humaines et matérielles**a- Les ressources humaines**

Elles sont constituées du personnel médical, du personnel paramédical, du personnel administratif et du personnel d'entretien et de soutien. Le tableau n°1 donne l'état récapitulatif du personnel de l'hôpital par statut.

Tableau n°1 : Répartition du personnel par Statut en 2009

N°	STATUT	EFFECTIF	FREQUENCE
1	Agent Permanent de l'Etat	56	36,60
2	Agent Contractuel de l'Etat	10	06,53
3	Agent Mesures Sociales	45	29,41
4	Contractuel Fonds Propres	37	24,18
5	Collectivité Locale	2	1,31
6	Autres	3	1,96
TOTAL		153	100

Source : Division Gestion Administrative et du Personnel (DGAP).

Commentaire :

Les Agents Permanents de l'Etat seuls représentent **36,6%** de l'ensemble du personnel suivis respectivement par les Agents des Mesures Sociales (**29,41%**), les Agents sur Fonds Propres (**24,18%**) et les Agents Contractuels de l'Etat qui ne représentent que **6,53%** de l'effectif total.

b- Les ressources matérielles

C'est l'ensemble des infrastructures et des équipements dont dispose l'hôpital pour son fonctionnement.

L'hôpital dispose aujourd'hui de quatre vingt trois (83) lits, des infrastructures et matériels médico-techniques en bon état, de deux (2) incinérateurs dont un non fonctionnel depuis sa construction, d'un groupe électrogène et d'une couverture téléphonique partielle, etc. Le tableau ci-dessous nous donne la répartition des lits d'hospitalisation par service.

Tableau n°2 : Répartition des lits par service

Services médico-techniques	Nombre de lits	Fréquence (%)
<i>Maternité/ Gynécologie</i>	27	32,53
<i>Pédiatrie</i>	16	19,28
<i>Médecine</i>	15	18,07
<i>Chirurgie</i>	21	25,30
<i>Laboratoire</i>	01	01,20
<i>Radiologie</i>	01	01,20
<i>Oto Rhino Laryngologie (ORL)</i>	00	00,00
<i>Ophthalmologie</i>	00	00,00
<i>Kinésithérapie</i>	02	02,41
TOTAL	83	100

Source : Résultats de nos investigations

Commentaire :

La Maternité dispose à elle seule de **32,53%** des lits d'hospitalisation contre **25,30%** pour la Chirurgie. Quant à la Pédiatrie et la Médecine, elles disposent respectivement de **19,28%** et de **18,07%** du total des lits.

2°) Les ressources financières

Les ressources financières regroupent l'ensemble des moyens financiers utilisés par l'hôpital pour effectuer ses différentes dépenses aussi bien de fonctionnement que d'investissement. Ces ressources sont de deux types :

- ✓ les ressources internes ;
- ✓ les ressources externes.

a- les ressources internes

Les ressources internes regroupent les fonds propres générés par les recettes de l'HZ-SL. Ces recettes sont constituées de frais de consultation, d'hospitalisation, d'actes (d'imagerie médicale, d'analyses biomédicales de diagnostic, d'échographie, de kinésithérapie, etc.), de vente de médicaments et de carnets de soins.

b- les ressources externes

Elles proviennent du budget national constitué essentiellement des crédits délégués pour le fonctionnement de l'hôpital. Ces subventions apportées par l'Etat parviennent tardivement aux Hôpitaux de Zone et sont souvent gérées par le Médecin-Coordonnateur de la Zone alors que le **Décret n° 2002-013 du 12 mars 2002** stipule que : « **l'HZ jouit d'une autonomie de gestion** ».

Par ailleurs, les subventions prévues au titre des investissements sont directement gérées par le Ministère de la Santé. Notons que les subventions de l'Etat représentent une source de financement stable. Les autres apports externes sont l'ensemble des aides, dons et legs des bailleurs de fonds autres que l'Etat.

Paragraphe 2: Restitution des observations de stage

Dans ce paragraphe, nous restituerons d'une part, les activités liées à l'organisation des services administratifs et d'autre part, nous procéderons à l'analyse de la gestion des ressources de l'HZ-SL.

I-) Restitution des mécanismes liés à l'organisation des activités des services administratifs.

Cette restitution concernera les activités des services administratifs, à savoir : le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) et le Service des Affaires Financières (SAF).

A- Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE)

Le SAAE est chargé de la facturation des droits de l'hôpital, de la gestion des malades et des statistiques, de la tenue de la comptabilité-matières, de la gestion administrative et du personnel, de la maintenance et de l'entretien.

Pour ce faire, il regroupe en son sein les divisions suivantes :

- la Division Gestion des Malades et des Statistiques (DGMS);
- la Division Gestion Administrative et du Personnel (DGAP);
- la Division de la Maintenance des Equipements (DME);
- la Division de l'Economat (DE).

1°) La DGMS et la DME

Il s'agit de la Division Gestion des Malades et des Statistiques et de la Division de la Maintenance des Equipements.

a- Division Gestion des Malades et des Statistiques

Composée de trois agents, cette division s'occupe des activités relatives à la prise en charge du patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie de l'hôpital, ainsi que des données statistiques concernant l'HZ-SL. L'agent responsable de cette dernière tâche en a reçu la formation adéquate mais n'exerce pas dans ce domaine. Il s'occupe plutôt actuellement de la vente des MILD aux femmes enceintes. A ce niveau, aucune explication convaincante ne nous a été fournie sur cet état de chose malgré nos insistances à en connaître les raisons. ***On note donc un dysfonctionnement de la section statistique.***

Il est à signaler que le responsable de la gestion des malades et des statistiques s'occupe de la facturation des droits des PAF qui se fait au niveau des services techniques. En effet, le personnel médical délivre le billet d'hôpital que le patient présente à la caisse pour paiement. S'agissant de la prise en charge de certains patients au niveau des entreprises et ministères, la facturation des droits de l'hôpital se fait sur la base des informations portées sur des fiches administratives, à travers la vérification des imputations enregistrées et le classement de la prise en charge. Tout ce labeur est accompli par le responsable

secondé par un seul agent ; ils se plaignent tous deux de **déficit du personnel à la facturation** entraînant la lenteur dans l'établissement mensuel des factures aux diverses structures (sécurité sociale, mutuelles de santé, ministères et entreprises). Ce qui ne permet pas de recouvrer à temps toutes les créances de l'Hôpital vis-à-vis de ses clients.

b- Division Maintenance des Equipements

Cette division a pour mission l'entretien préventif et la maintenance des équipements biomédicaux afin d'éviter les conséquences d'une erreur de diagnostic, des retards ou reprises d'opérations entraînant l'aggravation des cas et même le décès des malades. Autant, toutes ces irrégularités sont coûteuses pour l'hôpital, autant elles constituent un danger permanent pour les patients. Une erreur de diagnostic par suite d'un dysfonctionnement des paramètres d'un appareil est tout aussi dangereuse que l'absence d'équipements. Cela peut donc conduire à un mauvais traitement qui peut être fatal aux malades. Tout cela explique l'attention particulière qui devra être portée sur la maintenance des équipements, car plus dangereux que les médicaments, les appareils médicaux ont besoin d'être suivis et soumis à un contrôle régulier et rigoureux. Pour y parvenir, il est important de créer des conditions favorables au maintien constant des paramètres de fonction et de sécurité de ces appareils.

Signalons que **la Division Maintenance des Equipements est non fonctionnelle** au sein de l'HZ-SL.

2*) La DGAP et la DE

Elles sont respectivement dénommées Division Gestion Administrative et du Personnel (DGAP) et Division de l'Economat (DE).

a- Division Gestion Administrative et du Personnel

Elle est assurée par un Chef de Division. Les informations qui parviennent à la DGAP sont surtout produites par les responsables des différents services. Ces informations concernent entre autres, les dossiers individuels des agents

comprenant : les pièces d'état civil, les titres et diplômes, les décisions de nomination et les avancements, les fiches de notation, les pièces relatives aux positions et aux mouvements, etc. A ce niveau, il est noté une **absence d'informations concernant le personnel**, du fait d'une insuffisance de collaboration entre les responsables des services et ceux de la DGAP.

Quant aux procédés de motivation, ils devraient concerner surtout les primes et indemnités à octroyer aux agents, les lettres de félicitation, les promotions et la formation, bref, toutes choses indispensables dans une organisation pour stimuler et favoriser l'émulation. Mais, à l'HZ-SL, ils ne sont appliqués qu'à une portion très réduite de l'effectif. Il s'agit d'un **système de motivation discriminatoire** dépourvu de tout effort d'équité et souvent source de frustrations au sein du personnel.

Cependant, notons que pendant la durée de notre séjour à la DGAP, nous avons remarqué que **le travail se déroule dans une ambiance conviviale**.

b- Division de l'Economat

A l'économat, la procédure d'exécution du budget ne suit pas toujours la procédure normale : il faut souvent procéder à une régularisation ; ce qui explique qu'il y a, à ce niveau **un suivi non rigoureux de l'exécution du budget**. Il importe de rappeler que les activités liées à l'exécution du budget prennent en compte l'exécution tant des charges que des produits inscrits au budget de l'hôpital y compris les investissements. Ainsi, on distingue alors l'exécution des recettes (**recouvrement**) d'une part et l'exécution des dépenses (**approvisionnement**) d'autre part.

➤ L'exécution des recettes :

Dans la phase impliquant l'Etat, l'exécution des recettes se fait grâce à la procédure de délégation-engagement qui permet la mise en place des crédits délégués en début d'année. Elle se poursuit tout de même par la notification des crédits à l'hôpital. Notons que ces crédits sont souvent directement gérés par le

Médecin-Coordonnateur de la Zone alors que le **Décret n° 2002-013 du 12 mars 2002** dispose : « **l'HZ jouit d'une autonomie de gestion** ». Cet état de chose dénote donc *une faible capacité d'autonomie de gestion des crédits délégués* par les Hôpitaux de Zone.

En ce qui concerne l'Hôpital, l'exécution des recettes se fait avec l'encaissement des coûts provenant des cessions des médicaments et des carnets et surtout des diverses prestations (les actes d'imagerie médicale, d'analyses biomédicale, consultations, bloc opératoire...) : **c'est le recouvrement**.

En effet, l'Hôpital de Zone reçoit plusieurs catégories d'usagers que nous pouvons sérier en quatre (4) groupes principaux :

- les fonctionnaires des ministères, des sociétés d'Etat et d'autres structures étatiques ;
- les agents des sociétés privées de la place ;
- les bénéficiaires d'une assurance ou d'une mutuelle de santé ;
- les particuliers à leurs frais.

Ces quatre (4) catégories d'usagers peuvent être classées en deux(2) grands groupes selon qu'elles bénéficient ou non de prises en charge. Par conséquent, le mode de recouvrement sera interne ou externe.

Le recouvrement interne

Le recouvrement interne est celui qui conduit à la facturation des particuliers et à l'encaissement immédiat des frais dus. A ce niveau, certains usagers, considérant que le service public est gratuit, manifestent leur mauvaise foi en n'honorant pas leurs obligations financières.

Le recouvrement externe

Le recouvrement externe concerne les créances sur les clients tels que l'Etat, les sociétés et autres institutions. Une bonne partie de ces créances n'est souvent pas encaissée avant la fin de l'exercice budgétaire. L'Etat est le plus gros débiteur avec 90% de ses dettes non soldées.

Quant au **Fonds des Indigents**, il est largement insuffisant. De plus, la lourdeur administrative ne facilite pas le recouvrement des recettes facturées par l'hôpital dans ce cadre.

➤ **L'exécution des dépenses:**

Elle consiste en l'acquisition de différents biens ou services « inputs » nécessaires pour le fonctionnement régulier des services de l'Hôpital. Les dépenses sont effectuées suivant deux procédures selon qu'elles sont faites sur les fonds propres de l'Hôpital ou sur les subventions de l'Etat. Dans l'un ou l'autre cas, l'exécution des dépenses respecte la procédure en vigueur. Cette procédure d'exécution des dépenses se déroule suivant les étapes ci-après :

ETAPE N°1 : l'engagement

A cette étape, le C/SAAE notifie au chef de la division Engagement Mandatement, le fournisseur retenu et lui transmet toutes les factures Pro forma. Ce dernier procède à la vérification de la disponibilité de crédit sur la ligne du compte concerné par les dépenses à effectuer. Il établit ensuite le bon de commande qui est signé par le directeur et le C/SAAE, puis adressé au fournisseur retenu. Nous notons donc ***un respect de la procédure d'engagement des dépenses.***

ETAPE N°2 : la liquidation

Le comité de réception de l'hôpital de zone (comptable, magasinier, délégué du personnel et une personne ressource) reçoit les produits commandés en vérifiant leur conformité aux spécifications de la facture Pro forma et du bon de commande (quantité et qualité). Les produits conformes aux commandes sont rangés aux magasins. A ce niveau, nous avons remarqué que le Centre dispose de deux (2) magasins : celui des produits pharmaceutiques et celui des autres ingrédients et fournitures de bureau. A l'intérieur du magasin de la pharmacie, les produits sont rangés correctement dans les placards. Nous avons ainsi noté une ***bonne disposition des stocks de produits pharmaceutiques.*** Toutefois il importe

de signaler que l'Hôpital ne dispose pas d'un magasin spécialement réservé aux matériels médico-techniques et autres équipements pour des raisons de *manque de locaux appropriés*.

ETAPE N°3 : le mandatement

Le mandat de paiement de la dépense est établi par le chef de la Division Economat avec la mention des références de toutes les pièces justificatives de la dépense (les factures Pro forma, le bon de commande, le procès verbal de réception, le bordereau de livraison, la facture définitive). Le dossier une fois constitué passe ensuite chez le C/SAAE qui paraphe le mandat et certifie le « service fait » avant de le transmettre, au directeur pour signature du mandat et liquidation de la facture, puis au C/SAF pour le paiement.

ETAPE N°4 : le paiement

L'ensemble du dossier de la dépense étant transmis au C/SAF, celui-ci procède d'abord à la vérification de l'exactitude du montant sur toutes les pièces justificatives et de l'existence effective de ces pièces avant d'effectuer le paiement proprement dit par la remise d'un chèque au fournisseur. Ce chèque porte le montant du marché exécuté par le fournisseur et est co-signé par le directeur et le C/SAF qui sont les deux (2) signataires des comptes de l'Hôpital.

Par ailleurs, il importe de signaler l'*insuffisance de matériel informatique* au sein de la Division Budget et Comptabilité.

B-) Le Service des Affaires financières (SAF)

Le service financier s'occupe des activités comme le recouvrement des créances, les opérations de banque, la comptabilité et l'élaboration du budget. Ce service comprend deux (2) divisions à savoir :

- Recouvrement des créances et opérations bancaires ;
- Budget et comptabilité.

1°) Division Budget et comptabilité

Cette division assure l'élaboration du budget, le paiement des dépenses, la comptabilité générale et analytique de l'Hôpital.

On entend par « *Budget de l'hôpital* », l'ensemble des ressources, des charges et des investissements autorisés par le Conseil d'Administration ou le Conseil de Gestion. Son élaboration se fait suivant une démarche participative associant les acteurs concernés. Quant à sa confection, il suit le nouveau cadre comptable et budgétaire en vigueur, celui du plan OHADA. L'HZ-SL, en tant qu'établissement public, se réfère pour l'élaboration de son budget aux principes universels. Ces principes peuvent être subdivisés en deux groupes à savoir :

+ les principes relatifs à l'élaboration du budget renfermant :

- *le principe d'annualité budgétaire* qui consiste à fixer la durée de l'exercice budgétaire pour une année. L'année budgétaire commence le 1^{er} janvier et prend fin le 31 décembre. Cependant, la pratique des reports de crédits aboutit à la prolongation fictive de l'année budgétaire jusqu'au dernier jour du mois de février de l'année suivante (journée complémentaire) afin de permettre à l'ordonnateur d'émettre les mandats et les titres de recettes restants pour le compte de l'année écoulée ;

- *le principe d'universalité budgétaire* oblige à inscrire dans le budget les dépenses et les recettes pour leur montant brut, la compensation étant interdite ;
- *le principe d'équilibre budgétaire* stipule que le budget hospitalier doit être voté en équilibre réel ;
- *le principe d'unicité budgétaire* : il implique l'existence d'un seul document budgétaire au sein duquel l'ensemble du budget est détaillé ;

+ les principes relatifs à l'exécution du budget qui regroupent :

- *le principe de séparation du pouvoir* de l'ordonnateur de celui du comptable ;

- *le principe de spécialité budgétaire* : les montants des crédits inscrits au budget sont soit évaluatifs ou limitatifs, conformément aux normes fixées ;
- *le principe d'unicité de trésorerie*.

a- L'élaboration du budget

Elle est assurée par le C/SAF et le C/SAAE en collaboration avec les responsables des différents services médico-techniques sous la supervision et l'entière responsabilité du Directeur. On distingue les budgets d'exploitation et d'investissement.

➤ le budget d'exploitation :

Il s'agit des charges et des produits.

✚ Les charges

Elles regroupent les dépenses de nécessité et d'existence de l'Hôpital. Ce budget s'élabore en faisant une estimation des nombres de prestations fournies par chaque service à partir des réalisations des trois dernières années. Les coûts de tous les intrants nécessaires sont ensuite évalués. Aux coûts ainsi évalués, sont ajoutés les dépenses globales de fonctionnement ; ce qui permet d'obtenir le montant des charges de fonctionnement.

Les dépenses globales de fonctionnement sont estimées par extrapolation ; cette pratique cache souvent de potentielles sources de gaspillages de ressources.

Par ailleurs, il faut relever au niveau de cet Hôpital *la quasi-inexistence de la comptabilité analytique de gestion*. Ce qui ne permet pas d'évaluer le coût unitaire réel des prestations.

✚ Les produits

Les prévisions de recettes interviennent par service. Le nombre de chaque type de prestation ou acte est multiplié par le tarif correspondant.

En définitive, l'élaboration du budget se fonde sur des prévisions qui apparaissent comme une simple estimation, c'est-à-dire une simple volonté de

connaître l'avenir en se référant au passé et aux données théoriques et statistiques disponibles.

➤ **le budget d'investissement :**

Ce budget expose les différents investissements en termes d'acquisition de machines, d'équipement ou de réalisation d'infrastructures. A l'HZ-SL, ce budget tient un peu compte des besoins réels de l'Etablissement, besoins dont la satisfaction est indispensable en vue de l'amélioration de la qualité des soins.

b- Comptabilité Générale

Sous l'autorité du C/SAF, la section comptabilité générale est chargée de traiter les pièces comptables et d'élaborer la balance avant inventaire, d'élaborer les états financiers et le rapport financier, de payer les fournisseurs, le personnel et autres créanciers, de suivre la situation des comptes bancaires. Les activités au niveau de la section comptabilité sont effectuées en *l'absence de manuels de procédures comptables, administratives et financières*.

Par ailleurs, il est à noter l'existence du **logiciel Perfecto** à la comptabilité qui permet l'enregistrement des données dans les différents journaux.

2°) Division du Recouvrement et des Opérations bancaires

a- Division du Recouvrement des créances

Le recouvrement consiste à percevoir les frais de consultations, d'actes et d'hospitalisations facturés aux usagers de l'Hôpital. Il s'agit souvent des salariés de l'Etat, des salariés des sociétés privées et étatiques, des organismes nationaux ou internationaux pris en charge par leurs employeurs et les particuliers à leurs frais.

Notons qu'il existe *une unité de recouvrement interne des créances*. Ce sont les « **Cols verts** » qui mènent les activités relevant de cette unité. Ces derniers aident, orientent et renseignent les clients pour le paiement, par acomptes de leurs créances vis-à-vis de l'Hôpital.

Il faut signaler que l'Hôpital dispose de trois catégories de caisses pour l'encaissement des recettes. Mais une seule est fonctionnelle. Ce qui crée *une longue file d'attente devant la caisse*. Notons que la caisse est ouverte 24 heures sur 24 suivant un système de garde. Ainsi, pour assurer un bon recouvrement des recettes, la caissière dispose de quatre (4) quittances que sont :

- la quittance d'achat de médicaments, de cartes et de carnets, uniquement pour la pharmacie ;
- la quittance des consultations ;
- la quittance de tous les actes (actes chirurgicaux, médicaux, d'imagerie médicale, d'analyses biomédicales, de diagnostic, de kinésithérapie ; etc.)
- la quittance d'hospitalisation et autres.

b- Opérations bancaires

Elles concernent les opérations de paiement des dépenses ayant fait l'objet d'un mandatement au service économique. La pièce maîtresse de travail constitue les mandats. Il est procédé à la vérification de la justesse des bordereaux de livraison et des factures par rapport aux bons de commande et, à celle des mandats par rapport aux factures. Comme dépenses payées par ce service, nous pouvons citer les dépenses d'approvisionnement et les dépenses en rémunération du personnel. Les petites dépenses d'un montant inférieur ou égal à 10.000FCFA sont directement payées par les fonds mis à la disposition du régisseur de la caisse de menues dépenses du service économique. Notons que l'Hôpital ne fait ses opérations qu'avec une seule banque. Il s'agit de la **BOA**.

II-) Restitution sur la gestion des ressources

Nous aborderons successivement la gestion des ressources humaines et matérielles puis celle des ressources financières.

A-) La gestion des ressources humaines et matérielles

Elle concerne le personnel médical, paramédical, administratif, d'entretien et de soutien. En ce qui concerne ces ressources, il existe une fiche régulièrement

actualisée de tout le personnel. Néanmoins, les indicateurs permettant de mesurer la productivité, le rendement et le temps de travail du personnel soignant ne sont pas calculés. Ces indicateurs permettent de vérifier si le personnel est sous-employé ou sur employé afin de prendre les décisions qui s'imposent en matière d'efficacité.

En ce qui concerne les ressources matérielles, les équipements et bâtiments, elles sont plus ou moins entretenues. Par ailleurs, on observe que l'expression des besoins en consommables médicaux, produits pharmaceutiques et fournitures ne repose sur aucune base scientifique. Les demandes se font systématiquement tous les jours sans aucune obligation pour les secteurs de justifier les quantités restantes et ce, en *l'absence des fiches de stocks*. Cette non utilisation de fiches de stocks par les secteurs, empêche un contrôle fiable des éléments consommés. Ce qui crée à ce niveau de *fréquentes ruptures de stocks de consommables médicaux et produits pharmaceutiques*.

Notons que *l'absence d'un rangement prédéfini des produits et l'exiguïté du magasin* ne facilitent pas l'entrée lors du stockage des produits médicaux.

B-) La gestion des ressources financières

Nous allons analyser l'évolution des recettes, des dépenses et le niveau de recouvrement de 2007-2008 à travers le tableau n°3 qui suit :

Tableau n°3 : Evolution des recettes, dépenses et le niveau de recouvrement

Année	Recettes prévues CFA	Recettes réalisées FCFA	Taux de Réalisation (%) a	Dépenses prévues FCFA	Dépenses réalisées FCFA	Taux de Réalisation (%) b	Niveau de recouvrement Tr (a/b)
2007	385 068 259	372 120 218	96,63	385 065 259	366 597 371	95,2	1,01
2008	357 514 061	339 471 198	94,95	357 514 061	352 518 536	98	0,97

Source : Conçu sur la base des rapports d'exécution du budget de l'HZ-SL.

Commentaire :

De l'analyse de ce tableau, il ressort que le taux de recouvrement (Tr) est de **1,01 en 2007** et **0,97 en 2008**.

Par ailleurs, il faut noter qu'en règle générale lorsque :

- $Tr < 1$: l'hôpital est dans un état précaire;
- $1 < Tr < 1,2$: l'hôpital est fragile ;
- $1,2 < Tr$: l'hôpital est viable.

Ainsi, de ces normes, le Tr n'a jamais atteint 1,2 à l'HZ-SL pour les deux années concernées par notre étude. De **1,01 en 2007**, il est passé à **0,97 en 2008** : il y a donc baisse. La moyenne entre ces deux taux est de **0,99**. L'Hôpital de Zone de Suru-Léré est donc dans un **état précaire**. Ce qui explique *le caractère non performant du recouvrement des créances* au sein de l'HZ-SL.

Section 2 : Ciblage de la problématique

Il sera abordé dans cette partie, l'inventaire des éléments issus des observations de stage puis la spécification et la vision globale de la problématique.

Paragraphe 1 : Inventaire et choix de la problématique.

L'objectif dans ce paragraphe est de choisir la problématique à partir de l'inventaire de l'état des lieux.

I-) Inventaire des éléments de l'état des lieux de base

Il s'agit d'énumérer, à partir de la restitution des mécanismes de fonctionnement, les atouts et problèmes identifiés à l'HZ-SL.

A-) Inventaire des atouts (Forces et opportunités)

- Déroulement du travail dans une ambiance conviviale ;
- Présence d'unité de recouvrement ;
- Bonne disposition des stocks de produits pharmaceutiques ;
- Respect de la procédure d'engagement ;
- Existence de logiciel Perfecto à la comptabilité.

B-) Inventaire des problèmes (faiblesses et menaces)

- Déficit de personnel ;
- Non fonctionnalité de la Division Maintenance des Equipements ;
- Suivi non rigoureux du budget ;
- Absence de fiches de stocks ;
- Manque de locaux appropriés ;
- Système de motivation discriminatoire ;
- Absence d'informations concernant le personnel ;
- Faible autonomie de gestion des crédits délégués ;
- Insuffisance de matériel informatique ;
- Existence de longues files d'attente devant la caisse ;
- Quasi-inexistence d'une comptabilité analytique ;
- Absence de manuels de procédures.
- Caractère non performant du recouvrement des créances ;
- Dysfonctionnement de la section statistique ;
- Exigüité du magasin ;
- Absence de rangement prédéfini pour le stockage des consommables et fournitures médicaux

II-) Choix de la problématique

Une fois les problèmes inventoriés, il s'agira de les regrouper par centre d'intérêt afin de dégager les différentes problématiques. Ensuite, nous procéderons au choix de l'une des problématiques que nous justifierons.

A-) Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

Nous avons pu regrouper les différents problèmes inventoriés en quatre centres d'intérêt comme le montre le tableau n°4 ci-après :

Tableau n°4 : Récapitulatif des problématiques possibles

Centre d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
Gestion des Ressources Humaines	<i>Déficit de personnel Système de motivation discriminatoire Absence d'informations concernant le personnel.</i>	Gestion non qualitative des ressources Humaines	<i>Problématique de la gestion qualitative des Ressources Humaines</i>
Organisation interne de l'Hôpital	<i>Non fonctionnalité de la DME Manque de locaux Insuffisance de matériels informatiques Dysfonctionnement de la section statistique Existence de longues files d'attente devant la caisse.</i>	Mauvaise organisation interne de l'Hôpital	<i>Problématique d'une amélioration de l'organisation interne de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré</i>
Gestion administrative et financière de l'hôpital	<i>Suivi non rigoureux du budget Quasi-inexistence d'une comptabilité analytique Absence de manuels de procédures Faible autonomie de gestion des crédits délégués Caractère non performant du recouvrement des créances</i>	Gestion administrative et financière non optimale	<i>Problématique de l'optimisation de la gestion administrative et financière de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré</i>
Gestion des stocks	<i>Absence de rangement prédéfini pour le stockage des consommables médicaux et fournitures Exiguïté du magasin Ruptures fréquentes de certains consommables médicaux.</i>	Gestion non efficace des stocks de consommables médicaux	<i>Problématique d'une gestion efficace des stocks de consommables médicaux à l'hôpital de Zone de Suru-Léré</i>

Source : Résultats de nos investigations

B-) Formulation et Justification du sujet :

Après une analyse des différents problèmes identifiés au cours de notre restitution et regroupés en quatre (04) centres d'intérêt, il s'avère nécessaire que l'Hôpital de Zone de Suru-Léré les résolve tous en vue d'une pérennisation de ses activités et pour une amélioration des conditions de sa gestion.

Cependant, les problèmes spécifiques afférents à la gestion administrative et financière de l'Hôpital nous paraissent plus intéressants et plus importants en ce sens que *la gestion administrative et financière* contribue inéluctablement à une gestion rationnelle des services administratifs, médico-techniques et des ressources disponibles d'une organisation. Ce choix tient compte, d'une part, du choix des stagiaires qui nous ont précédés et, d'autre part, du souci de mettre en application les connaissances acquises au cours de notre formation.

Ainsi, nous nous proposons de réfléchir sur les conditions qui favorisent la gestion administrative et financière de l'Hôpital, et nous choisissons la problématique en conséquence. Rappelons que cette problématique se fonde sur le problème général intitulé : *la gestion administrative et financière non optimale de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré*. Les problèmes spécifiques (Ps) relevant de ce problème général sont nombreux mais nous n'en retiendrons que trois (3), à savoir :

- *Quasi-inexistence d'une comptabilité analytique (Ps n°1)*
- *Caractère non performant du recouvrement des créances (Ps n°2) ;*
- *Absence de manuels de procédures (Ps n°3).*

C'est dans le souci de participer à la résolution des problèmes général et spécifiques liés à cette problématique que nous avons décidé de réfléchir sur le thème : « **OPTIMISATION DE LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DE L'HOPITAL DE ZONE DE SURU-LERE** ».

Paragraphe 2 : Spécification de la problématique choisie et détermination de la vision globale de résolution

Une fois la problématique choisie, il nous paraît opportun de la spécifier, de penser à la manière de résoudre les problèmes et de déterminer les différentes séquences de résolution.

I-) Spécification de la problématique choisie et détermination de la vision globale de résolution

Nous aborderons d'abord la spécification de la problématique choisie, puis la vision globale de résolution de cette dernière.

A-) Spécification de la problématique choisie.

Il s'agira ici de faire une synthèse de la problématique de l'étude en élaguant les problèmes spécifiques qui ne présentent pas d'intérêt particulier pour l'étude.

1°) Problème général

Le problème général de notre étude peut être formulé de la façon suivante : « *Gestion administrative et financière non optimale de l'HZ-SL* ».

2°) Problèmes Spécifiques

Les problèmes spécifiques (**Ps**) ne sont rien d'autre que les manifestations du problème général. Ils sont nombreux et compte tenu de la dimension de notre étude, nous n'en retiendrons donc trois (03) qui feront l'objet de résolution de notre problématique. Il s'agit de ;

- **Ps1 : *Quasi-inexistence d'une comptabilité analytique ;***
- **Ps2 : *Caractère non performant du recouvrement des créances ;***
- **Ps3 : *Absence de manuels de procédures.***

Les propositions de solutions à ces problèmes spécifiques retenus dans le cadre de notre étude auront pour but de permettre à l'HZ-SL d'améliorer sa gestion administrative et financière.

B-) Vision globale de résolution de la problématique choisie.

Cette vision globale est l'approche devant nous permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques retenus et, à terme, le problème général.

Le problème général identifié fait ressortir la gestion administrative et financière non optimale de l'HZ-SL.

En ce qui concerne le problème spécifique n°1 relatif à ***la quasi-inexistence d'une comptabilité analytique de gestion***, il faut préciser que l'HZ-SL ne dispose d'aucun moyen pour la détermination et la maîtrise des coûts réels de ses prestations et consommations. Ainsi, l'inexistence d'une comptabilité analytique peut être à la base de la faiblesse du système de pilotage de l'Hôpital et de sa gestion et de ce fait, porter atteinte à la réalisation des objectifs fixés. Il s'en suit que la résolution de ce problème spécifique nécessitera le choix d'une ***approche théorique basée sur l'application de la comptabilité analytique***

A propos du problème spécifique n°2 relatif au ***recouvrement non optimal des créances***, nous pouvons dire que le ***recouvrement des créances*** est le processus par lequel les responsables s'assurent que les recettes provenant des cessions des médicaments et des carnets et surtout des diverses prestations sont bien encaissés. La faiblesse d'un tel système favorise une baisse des recettes au sein de l'hôpital. Pour ce faire, il faudra nous référer à un modèle générique basé sur ***le suivi des créances***.

Quant au problème spécifique de l'absence de manuel de procédures, nous pouvons dire que la procédure est « la méthode utilisée pour obtenir un résultat » et un manuel est « un petit livre renfermant les notions essentielles d'une technique, d'une science ». (Petit dictionnaire français, **LAROUSSE, 1994**).

Un manuel de procédures, de manière générale, a pour but d'améliorer la réalisation des activités au sein d'une unité économique et sociale.

L'absence d'un tel document dans une entreprise ne permet pas une transparence et une efficacité des opérations, d'où la nécessité de son élaboration.

Pour cela, la résolution de ce problème spécifique fera référence à ***une approche basée sur la méthode d'élaboration d'un manuel de procédures.***

II-) Séquence de résolution de la problématique choisie

Avant d'énoncer la séquence de résolution de la problématique, nous ferons une synthèse des approches retenues par problème spécifique.

A-) Synthèse des approches retenues

Les différentes parties de la théorie générale de l'optimisation de la gestion administrative et financière peuvent être résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°5 : Synthèse des approches par problème spécifique

Niveaux spécifiques	Problèmes spécifiques	Approches retenues
1	<i>Quasi-inexistence d'une comptabilité analytique</i>	Approche théorique basée sur l'application de la comptabilité analytique
2	<i>Caractère non performant du recouvrement des créances</i>	Modèle générique basé sur le suivi des créances
3	<i>Absence de manuel de procédures</i>	Approche générique basée sur l'élaboration du manuel de procédures

Source : Conçu sur la base de nos investigations.

B-) Séquence de résolution de la problématique

Douze (12) étapes, telles qu'énumérées ci-dessous, nous permettront de résoudre la problématique de notre étude :

- 1- Fixation des objectifs de recherche ;
- 2- Identification des causes des problèmes spécifiques ;
- 3- Formulation des hypothèses de recherche ;
- 4- Construction du tableau de bord de l'étude ;
- 5- Revue de littérature ;
- 6- Choix de l'outil de mobilisation des données ;
- 7- Choix de l'outil d'analyse des données ;
- 8- Mobilisation des données ;
- 9- Etablissement du diagnostic ;
- 10- Approches de solutions ;
- 11- Conditions de mise en œuvre ;
- 12- Construction du tableau de synthèse de l'étude.

Conclusion partielle :

Les services administratifs de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré ont été l'objet de notre étude, lesquels nous ont permis d'abord de relever certaines forces et faiblesses que nous avons inventoriées. Ensuite, de l'inventaire des problèmes, nous sommes parvenus à leur regroupement en différents centres d'intérêt, puis au choix de la problématique de l'étude.

Enfin, une fois le sujet retenu, nous avons énoncé notre vision globale de résolution ; ce qui va nous conduire au chapitre suivant.

CHAPITRE II
*Cadre théorique, méthodologie et conditions de
mise en œuvre des solutions.*

Après avoir défini le cadre théorique de l'étude et la méthodologie à adopter pour résoudre les problèmes identifiés, nous procéderons ensuite à la collecte et à l'analyse des données avant de présenter nos approches de solutions assorties des conditions de leur mise en œuvre.

Section 1: Cadre théorique et Méthodologie de l'Etude

Cette section sera consacrée à la détermination du cadre théorique et à la méthodologie à adopter pour la résolution du problème général de la gestion administrative et financière non optimale de l'HZ-SL.

Paragraphe 1 : Cadre théorique de l'étude

Le cadre théorique de notre étude concerne essentiellement la fixation des objectifs, la formulation des hypothèses et la revue de la littérature.

I-) Fixation des objectifs et formulation des hypothèses de l'étude.

Les objectifs à atteindre et les hypothèses de travail à formuler se feront en tenant compte des problèmes général et spécifiques identifiés.

A-) Fixation des objectifs de l'étude

Elle se fera en termes d'objectifs général et spécifiques.

1°) Objectif général

Suggérer des moyens pour une gestion administrative et financière optimale de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré

2°) Objectifs Spécifiques

- N°1 : Contribuer à la mise en application de la comptabilité analytique ;
- N°2 : Proposer un contexte performant du recouvrement des créances ;
- N°3: Envisager une méthode d'élaboration d'un manuel de procédures.

B-) Formulation des hypothèses de l'étude.

Etant donné que nous n'avons pas pu formuler une hypothèse générale, les hypothèses de l'étude seront formulées en fonction des problèmes spécifiques.

1°) Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°1

Pour expliquer *la quasi-inexistence de la comptabilité analytique*, nous avons identifié deux causes probables à savoir :

- les difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts
- la non perception de son importance ;

En ce qui concerne la non perception de l'importance de la comptabilité analytique, elle nous semble expliquer ce problème, car malgré le Décret **n° 2002-0113 du 12 mars 2002** portant approbation des Statuts des Hôpitaux de Zone qui dispose en son **article 23** que le Chef de Service des Affaires Financières (C/SAF) est chargé, entre autres de la comptabilité analytique, cette dernière n'a pu être mise en place jusque-là.

Par ailleurs, les deux semaines passées au Service des Affaires Financières plus précisément à la Division Budget-comptabilité, nous ont permis de constater l'absence de cette comptabilité. Lorsque nous avons poussé plus loin notre curiosité, il nous a été rapporté que l'Hôpital a de véritables difficultés pour la répartition des charges directes et indirectes liées à chaque service. C'est pourquoi, nous estimons que la cause de ce problème est la difficulté liée à la mise en place d'une base de calcul des coûts. Tout ceci nous conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle : *«les difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts justifient la quasi-inexistence de comptabilité analytique»*.

2°) Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°2

Les causes liées à ce problème spécifique que nous avons pu identifier grâce à nos investigations peuvent être inventoriées comme suit :

- l'insuffisance d'agents au recouvrement ;
- l'absence d'une politique de suivi des créances.

Si l'insuffisance d'agents au recouvrement entraîne le caractère non performant du recouvrement des créances, cela ne nous semble pas être la cause de ce problème, compte tenu du fait que l'Hôpital de Zone de Suru-Léré dispose d'un effectif convenable de personnel, mais affecté pour la plupart à des tâches

autres que le suivi des créances. Il suffit donc d'une meilleure répartition des tâches pour résoudre le problème d'insuffisance du personnel chargé du recouvrement.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'absence d'une politique de suivi des créances, nous pensons qu'elle peut être retenue comme cause supposée être à la base de ce problème, parce qu'une telle politique aurait permis de suivre l'évolution des créances et leur recouvrement. L'hypothèse sera donc formulée comme suit : « *le caractère non performant du recouvrement des créances est dû à l'absence d'une politique de suivi desdites créances* ».

3*) Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°3

Deux causes plausibles ont pu être identifiées comme pouvant être à la base de ce problème. Il s'agit de :

- la complexité de l'élaboration du manuel de procédures ;
- la non perception de l'utilité d'un tel manuel.

Ces deux causes expliquent, toutes, l'absence de manuel de procédures au sein de l'HZ-SL. En effet, il nous a été donné de constater que certains agents, pour l'exécution de leurs tâches quotidiennes, recourent parfois à leur manuel d'exécution. Cela prouve donc que le personnel de l'Hôpital est conscient qu'il faut un tel document afin de permettre aux nouveaux venus ou aux différents agents de savoir ce qu'il faut faire précisément pour l'exécution des différentes tâches.

Par ailleurs, si l'Hôpital ne s'est arrêté qu'à l'élaboration des documents suscités, cela semble témoigner d'une incapacité à pouvoir élaborer un manuel regroupant toutes les procédures possibles de l'Institution.

Alors la complexité de l'élaboration d'un manuel de procédures semble beaucoup plus être à la base de son inexistence au sein de l'Hôpital de Zone ; ce qui nous amène à formuler l'hypothèse suivante : « *l'absence de manuel de procédures est due à la complexité de son élaboration* »

Pour ce qui concerne le problème général, il serait difficile de l'expliquer par une cause générale qui englobe les autres causes de chaque problème spécifique. Par conséquent, *la formulation de l'hypothèse générale ne serait pas possible.*

Ainsi, les hypothèses formulées ci-dessus feront l'objet de vérification par la suite. Pour ce faire, il faut réaliser un Tableau de Bord de l'Etude (TBE) qui nous servira de boussole.

Le TBE constitue donc le premier niveau de synthèse des indicateurs spécifiques qui permet de cerner plus rapidement les informations sur les principaux points de réflexion et sur les actions de recherches menées jusqu'à la formulation de nos hypothèses. Ce tableau comporte donc la problématique choisie, les objectifs de recherche, les causes supposées être à l'origine des problèmes et les hypothèses de l'étude. Il se présente comme suit :

Tableau n°6 : TABLEAU DE BORD DE L'ETUDE SUR : « Optimisation de la gestion administrative et financière de l'HZ-SL »

NIVEAU D'ANALYSE		PROBLEMATIQUE	OBJECTIFS	CAUSES SUPPOSEES	HYPOTHESES
Niveau Général		<u>Problème général</u> Gestion administrative et financière non optimale de l'HZ-SL	<u>Objectif général</u> Suggérer des moyens pour une gestion administrative et financière optimale de l'HZ-SL	<u>Cause générale</u> -	<u>Hypothèse générale</u> -
Niveaux Spécifiques	1	<u>Problème spécifique n°1</u> Quasi-inexistence de comptabilité analytique	<u>Objectif spécifique n°1</u> Contribuer à la mise en application de la comptabilité analytique	<u>Cause spécifique n°1</u> Difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul de coût	<u>Hypothèse spécifique n°1</u> La quasi-inexistence de comptabilité analytique est due aux difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts
	2	<u>Problème spécifique n°2</u> Caractère non performant du recouvrement des créances	<u>Objectif spécifique n°2</u> Proposer le contexte pour un recouvrement performant des créances	<u>Cause spécifique n°2</u> Absence de politique de suivi des créances	<u>Hypothèse spécifique n°2</u> L'absence de politique de suivi des créances justifie le caractère non performant du recouvrement des créances
	3	<u>Problème spécifique n°3</u> Absence de manuel de procédures	<u>Objectif spécifique n°3</u> Envisager une méthode d'élaboration du manuel de procédures	<u>Cause spécifique n°3</u> Complexité d'élaboration d'un manuel de procédures	<u>Hypothèse spécifique n°3</u> L'absence de manuel de procédures est due à la complexité de son élaboration

Source : Résultats de nos investigations

II-) Revue de la littérature

La revue de littérature nous permettra de faire le point des connaissances sur les problèmes en résolution. Il s'agira d'exposer les contributions antérieures en termes de résolution des problèmes rencontrés dans la gestion administrative et financière de l'hôpital.

A-) Clarification des concepts

La gestion, selon **Ali Zourkaléini MAÏGA**¹, cité par le professeur M. **MOUSSOU** dans son cours de « Gestion et planification des services de santé » est perçue comme la réalisation des activités que sont : la planification et la fixation des objectifs, l'organisation des ressources disponibles, la motivation et la formation du personnel à tous les niveaux, le contrôle de l'accomplissement du plan. En d'autres termes, gérer consiste à utiliser efficacement les ressources disponibles et à amener les gens à travailler en bonne harmonie pour atteindre un objectif.

« **La comptabilité** est un système d'organisation de l'information financière permettant de saisir, classer, enregistrer des données de base chiffrées et présenter des états reflétant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat de l'entité à la date de clôture [Plan Comptable Général (**PCG**) de **1999** (article **120-1**)]. Elle permet d'effectuer des comparaisons périodiques et d'apprécier l'évolution de l'entité vers une perspective de continuité d'activités.

Recouvrement : Le recouvrement est la perception des sommes dues.

Créance : La créance est le droit d'exiger le paiement d'une dette. Ici, les créances constituent les sommes dues à l'hôpital par ses débiteurs.

Manuel : c'est «un petit livre renfermant les notions essentielles d'une technique, d'une science »

Procédure : c'est « la méthode utilisée pour obtenir un résultat »

B-) Théories liées aux problèmes spécifiques

Notre recherche mentionne ici les contributions antérieures de certains acteurs par rapport aux problèmes spécifiques en résolution.

1*) Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°1

Il s'agit d'énoncer des approches génériques basées sur l'utilité de la comptabilité analytique

Selon **Jean-Claude MOISDON, Frédéric KLETZ et Pierre-Etienne HAAS**, la comptabilité analytique hospitalière, conjuguée à l'usage du PMSI, permet en théorie aux hôpitaux de repérer dans leur gestion interne l'origine des surcoûts qui affectent leur chiffre d'affaires, tel qu'il résulte à présent de la tarification à l'activité. La Comptabilité analytique permet en particulier, par différentes approches, de cerner les activités, les services qui coûtent plus qu'ils ne sont rémunérés.

Pour eux, la comptabilité analytique permet également le repérage de situations internes de déséquilibre financier. De même, elle peut, dans une visée prospective, être à la base de démarches de prévision, reliant le développement de telle ou telle activité aux moyens nécessaires à mettre en place. Elle enrichit l'approche contractuelle adoptée pour réguler les relations entre le management de l'hôpital et les différents pôles.

Quant à OBE, il s'intéresse à l'importance de la comptabilité analytique dans la gestion efficace des entreprises en déclarant que " la comptabilité analytique est une procédure de détermination des coûts et prix de revient des services d'une organisation".

Pour aller dans le même sens que OBE, **Emile Lévy** s'intéresse aux hôpitaux en affirmant que " la comptabilité analytique d'exploitation des hôpitaux a pour but de :

- déterminer le prix de journée normal à appliquer ;

- apprécier les conditions de fonctionnement et de gestion des hôpitaux.

Concernant le premier objectif, il propose un découpage de l'hôpital en sections de charges et de responsabilité au sein desquelles on distingue :

- Les sections définitives qui correspondent aux unités de production des Journées d'hospitalisation, les sections des malades externes, d'enseignement et de recherche ;
- les sections auxiliaires qui regroupent les services de l'administration, les services généraux de caractère hôtelier technique et les services techniques médicaux. Sur la base de ce découpage, les dépenses du compte d'exploitation sont réparties, soit à partir des bons d'achat, soit selon les normes des sections dont l'activité a provoqué ces dépenses. Ensuite les totaux de chaque section auxiliaire sont repartis dans les autres sections des nombres d'unité d'œuvre. La somme obtenue dans chaque section définitive est divisée par le nombre de journées d'hospitalisation pour nous donner le prix normal de journée.

Selon le **Plan comptable général du Système Comptable Ouest Africain (SYSCOA)**, la **comptabilité analytique** est : « un mode de traitement des données dont les objectifs essentiels peuvent être classés en deux principales catégories :

- la recherche des coûts : c'est connaître les coûts de différentes fonctions ou activités exercées par l'entreprise et déterminer les bases d'évaluation de certains éléments du bilan de l'entreprise (Stock, immobilisation, travaux en cours...) ;
- l'approche prévisionnelle de l'exploitation et la mesure des performances de l'entreprise, en particulier l'établissement des prévisions des charges et des produits en vue de constater la réalisation et d'expliquer les écarts qui en résultent (gestion budgétaire).

Quant au plan général comptable français de 1982, la comptabilité analytique de gestion est conçue pour mettre en évidence les éléments constitutifs des coûts et des résultats qui présentent le plus d'intérêt pour la direction des entreprises.

Au regard de ces définitions issues du **plan comptable général du SYSCOA** et du **plan comptable français de 1982**, nous pouvons dire que l'utilité de la comptabilité analytique de gestion dans une institution publique ou privée est d'aider les dirigeants à prendre les décisions appropriées en tenant compte des aspects tels que :

- la stratégie ;
- les opportunités (financières et sociales) de l'environnement ;
- le tableau de bord qui renferme des données que possède le Centre et de le suivre de manière permanente.

En d'autres termes, la comptabilité analytique de gestion permet à toute institution de surveiller constamment l'évolution de sa production, d'évaluer les coûts et les écarts de façon à rectifier le tir en cas de besoin. L'utilité finale de la comptabilité analytique de gestion est donc la maîtrise des coûts de production pour le développement harmonieux des activités de l'entreprise.

2*) Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°2

Rappelons que le problème spécifique n°2 est celui du recouvrement non optimal des créances de l'hôpital.

On entend par *recouvrement des créances*, le processus par lequel les responsables s'assurent que les recettes provenant des cessions des médicaments et des carnets et surtout des diverses prestations sont bien encaissées.

Ainsi, dans le cadre de l'"Admission des malades", il faut rendre un peu plus rigoureuse la méthode de renseignements. Ces renseignements doivent être aussi exacts et complets que possible. (HOUNSOU 2006) Dès l'admission du malade, tous les renseignements sur son identité et sur sa qualité doivent être relevés par l'ordonnateur qui se charge d'émettre les titres de recettes sur la base de ces données et sur celles relatives aux soins subis. Ces titres de recettes sont pris en charge par le comptable qui en assure le recouvrement.

Emile LEVY (1974, P 119) estime qu'un recouvrement optimal des créances dépend du bon fonctionnement du service des admissions. Pour lui, «le service des admissions bien géré permet en effet un recouvrement plus rapide des frais d'hospitalisation et devient garant d'une saine trésorerie».

Il s'avère nécessaire d'implanter des antennes du service des admissions dans des pavillons ou des services particuliers (d'urgence notamment). Il suffit de prévoir un poste pour les admissions et les sorties.

Un autre facteur, tout aussi important, est mis en exergue par **V. DJUKANOVIC et E.P. MACH**. Selon eux, l'indigence de la majorité des usagers est la source même du problème de recouvrement des coûts et celui de financement des hôpitaux.

Cette observation a été aussi faite par **HONVOU (1996)** cité par **HAROUNA et ILLIASOU** dans une étude sur la CLCAM de Porto-Novo. Ils estiment en effet que : « Les impayés sont préjudiciables à la caisse ».

Ainsi, pour garantir le paiement souvent à la base des problèmes, **GRAY (1976)** affirme que « toute organisation doit accélérer par tous les voies et moyens, ses encaissements en vue de pallier aux difficultés financières qui surviendront ». Il propose alors :

- la nécessité de réduire les délais de crédits accordés ; ceux - ci doivent être plus courts que ceux des fournisseurs,
- la réduction des délais d'encaissement.

Et pour avoir un degré de recouvrement satisfaisant, **HOUNWANOU Sabine** à travers son mémoire intitulé : « Politique de recouvrement au Port Autonome de COTONOU : analyse et suggestions », met l'accent sur deux conditions nécessaires dans le système de recouvrement des créances :

- la fiabilité des créances ;
- l'efficacité des modes de recouvrement.

D'autres auteurs, quant à eux s'accordent sur l'importance de la politique de suivi des créances pour la pérennisation des activités de toute unité de

production ou de prestation de services. Ne pas suivre attentivement ce poste expose l'entreprise à long terme à d'énormes difficultés de trésorerie. La question du suivi des créances a été le plus souvent abordée par des auteurs dans le cadre des institutions bancaires et de micro crédits ; c'est le cas par exemple de **Craig CHURCHILL et al** dans l'ouvrage intitulé « Manuel de micro finance de **CARE** » ou de **SAMBO Safiath** dans son mémoire « Impact de la procédure de recouvrement des créances sur la performance des IMF : cas de PAPME ».

La politique de suivi des créances doit être donc une préoccupation des entreprises afin de mieux connaître leurs clients dans le but de satisfaire leur demande, mais aussi et surtout de connaître l'évolution de leur poste « créances » afin de rester dans la droite ligne de leur politique financière.

Selon **P. BRES**, il oriente sa réflexion sur le non professionnalisme des agents de recouvrement et préconise de renforcer les capacités techniques de facturation des hôpitaux tout en favorisant la mise en place des structures privées de financement des soins de santé.

3*) Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°3

La résolution de ce problème se fera en se fondant sur des approches génériques qui mettent en exergue des méthodes d'élaboration du manuel de procédures.

Un manuel de procédures est un règlement de fonctionnement qui décrit les flux des traitements administratifs attachés à chaque type d'activités ou à chaque cycle d'opérations. Il décrit et formalise certains procédures et mécanismes de gestion, comme par exemple : les procédures d'achats, de gestion des stocks, de gestion des immobilisations, des missions, de suivi des véhicules, de paiement, de trésorerie, de la politique de suivi des créances, d'élaboration des états financiers, d'élaboration du budget annuel. Un tel document permet, entre autres de :

- définir le flux de travail attaché à chaque poste ;
- décrire les supports appropriés à la circulation de l'information, leur contenu, leur périodicité, leurs destinataires, la méthodologie de leur exploitation ;
- définir les différents traitements à faire subir et les résultats attendus ;
- élaborer les différentes procédures indispensables pour assurer, à tous les niveaux de la structure les sécurités nécessaires à la protection et à la sauvegarde du patrimoine, pour garantir la qualité de l'information et permettre les contrôles essentiels à une bonne gestion.

Malgré toute notre insistance dans nos recherches, nous n'avons pas pu trouver des documents pouvant nous éclaircir sur la manière d'élaborer un manuel de procédures. Néanmoins nous pouvons affirmer eu égard aux résultats de nos investigations, que l'élaboration d'un tel manuel se fait en général grâce au concours de centres spécialisés, à l'instar des cabinets d'expertise comptable et de conseils.

Paragraphe 2: Méthodologie de l'étude

Pour réaliser l'étude nous avons utilisé deux méthodes: les approches théoriques et les approches empiriques.

I – Approches théoriques retenues

Il s'agit de retenir les normes ou repères d'amélioration de la problématique et de présenter les outils d'analyse des données recueillies.

A -) Normes ou repères d'amélioration de la problématique

Les normes ou repères retenues se rapportent aux différents problèmes en résolution dans notre étude

I°) Normes ou repères d'amélioration du problème n°1

Il s'agit de faire ressortir les aspects qui montreront que la comptabilité analytique est effective. Cela ne sera possible que s'il existe une base de calcul

des coûts afin de maîtriser les coûts de production pour un développement harmonieux des activités hospitalières.

2°) Normes ou repères d'amélioration du problème n°2

Le suivi effectif des débiteurs de l'Hôpital de Zone est absolument indispensable pour rendre performant le recouvrement à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré. A ce titre, une bonne politique de suivi des créances sera retenue comme approche théorique pour une amélioration du recouvrement des créances.

3°) Normes ou repères d'amélioration du problème n°3

La condition ici sera l'élaboration d'un manuel de procédures adapté à l'exécution des différentes tâches au sein de l'Hôpital. Un tel document constitue un guide évolutif et important pour toutes les opérations.

B-) Outils d'analyse des données : seuils de décisions

A l'issue de l'analyse des données recueillies lors de nos investigations, il sera identifié et retenu la cause réelle de chaque problème spécifique en résolution.

1°) Seuil de décision lié au problème spécifique n°1

Est concernée par ce problème, la question n°2 du questionnaire. Compte tenu du nombre de causes possibles énumérées, nous retiendrons toute cause ayant réuni un poids supérieur ou égal à 50%.

2°) Seuil de décision lié au problème spécifique n°2

La fixation du seuil de décision se fera par rapport à la question n°3 du questionnaire. Ce problème, tel qu'il se présente, nous amène à retenir toute cause qui se révélera être à la base du caractère non performant du recouvrement des créances. Pour cela, il sera retenu tout item ayant un poids supérieur à 30%.

3°) Seuil de décision lié au problème spécifique n°3

Pour ce problème spécifique, nous allons recourir à la question n°4 du questionnaire afin de trouver les raisons qui l'expliquent. Etant donné que nous n'avons formulé que deux (02) causes, celle qui aura le poids le plus élevé sera retenue.

II – Approches empiriques

Elle vise à mettre en exergue la méthode d'investigation envisagée à travers les outils de mobilisation de données, relatifs à leur dépouillement et à leur présentation. A ce niveau, plusieurs étapes sont nécessaires :

- objectifs de la collecte des données ;
- cadre de l'enquête et la population-mère ;
- nature de la collecte des données ;
- échantillonnage ;
- spécification des données à mobiliser ;
- conception des questionnaires ;
- technique de dépouillement des données ;
- exposé des outils de présentation des données.

A-) Des Objectifs de la collecte des données à l'échantillonnage

Il s'agit ici des quatre (4) premières étapes de notre démarche empirique.

1°) Objectifs de la collecte de données

L'objectif principal de l'enquête est de mobiliser les informations nécessaires à la vérification des hypothèses formulées dans notre étude. Ainsi, de façon spécifique, cette enquête nous permettra de constater que :

- la difficulté liée à la mise en place d'une base de calcul des coûts est à l'origine de la quasi-inexistence de comptabilité analytique;
- le caractère non performant du recouvrement des créances relève de l'absence d'une politique de suivi des créances ;

- l'absence de manuel de procédures est due à la complexité de son élaboration.

2°) Cadre de l'enquête et population mère

Le cadre choisi pour la réalisation de notre enquête est l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, en raison de la référence dont il fait office dans la Zone Sanitaire de Cotonou II&III et environs ; du temps et des moyens limités dont nous disposons.

Quant à la population-mère, elle est composée des services administratifs. Ce qui nous fait un total de quarante sept (47) personnes.

3°) Nature de la collecte des données

Pour la vérification des hypothèses de notre étude, nous avons effectué une enquête interne, à caractère quantitatif, à partir d'un questionnaire adressé à l'échantillon que nous avons choisi. Il est à noter que l'enquête est par sondage.

4°) Echantillonnage

Pour l'enquête quantitative, la population-mère est représentée par un échantillon de trois (03) agents de l'Administration, vingt deux (22) du SAAE et neuf (09) du SAF, soit un total de trente quatre (34) personnes. Ces personnes représentent la population-mère pour notre enquête ; ce qui se présente comme suit dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°7: Effectif de chaque catégorie de la population mère

Population enquêtée	Effectif Prévu	Effectif enquêté
Administration	3	2
SAAE	22	20
SAF	9	8
TOTAL	34	30

Source : Résultats de nos enquêtes

B-) De la spécification des données à mobiliser à l'exposé des Outils de présentation des données

Nous aborderons successivement les quatre (04) dernières étapes de l'approche empirique de notre étude.

1°) Centre d'intérêt du questionnaire

Les questions posées nous permettront de recenser les informations pour mieux :

- comprendre les facteurs qui expliquent la quasi-inexistence d'une comptabilité analytique ;
- connaître les raisons qui justifient le caractère non performant du recouvrement des créances ;
- déterminer les éléments qui sont à l'origine de l'absence d'un manuel de procédures au sein de l'Hôpital.

2°) Conception du questionnaire

L'instrument que nous avons choisi, en vue de nous permettre dans notre recherche de collecter des informations fiables, est le questionnaire. Ce questionnaire a été conçu par rapport aux problèmes spécifiques pour une bonne compréhension des questions.

Pour rester dans le cadre de l'étude, les questions qui nous serviront directement à vérifier nos hypothèses sont des questions fermées. Ce questionnaire est joint en **annexe1**.

3°) Technique de dépouillement des données

Le dépouillement des informations recueillies auprès de l'échantillon par le biais du questionnaire sera réalisé de façon manuelle. Quant au traitement desdites données, il se fera au moyen du tableur Excel.

4°) Outils de présentation des données

La présentation des résultats de l'enquête se fera par problème spécifique, grâce à des tableaux et des représentations graphiques sous forme circulaire et d'une courbe, afin de vérifier les hypothèses formulées dans notre étude.

Quant aux données qualitatives, elles seront restituées par catégorisation.

Section 2 : Enquêtes, Vérifications des hypothèses et Conditions de mise en œuvre des solutions

Dans cette section, il sera question de la réalisation de l'enquête qui nous permettra de collecter et de présenter les informations nécessaires à la vérification des hypothèses d'une part et les conditions de mise en œuvre des solutions d'autre part.

Paragraphe 1 : Enquêtes et Vérifications des hypothèses

Il s'agira ici d'aborder l'enquête et la présentation des données puis de procéder à la vérification des hypothèses.

I-) Réalisation de l'enquête et présentation des données

Avant de procéder à la présentation des données de l'enquête, il importe de voir d'abord la réalisation de cette enquête.

A-) Réalisation de l'enquête

La réalisation de l'enquête a nécessité une préparation. Elle s'est déroulée avec quelques difficultés.

1°) Préparation de l'enquête

Rappelons que notre enquête est interne et la mobilisation des données pour cette enquête se basera sur un échantillon composé de trente quatre (34) personnes qui sont au niveau des services administratifs de l'Hôpital.

L'obtention de données complètes, nécessite l'utilisation d'outils pour la collecte des informations ; ce qui nous a amené à concevoir un questionnaire à l'endroit de l'échantillon. Ce questionnaire a été élaboré avec des questions

fermées, c'est-à-dire limitées aux informations recherchées pour la vérification de nos hypothèses.

Une fois le questionnaire établi, l'enquête proprement dite s'est déroulée avec quelques difficultés.

2°) Difficultés rencontrées

Lors du déroulement de l'enquête les difficultés n'étaient pas majeures mise à part l'indisponibilité de certaines personnes ressources à qui était destiné le questionnaire ; ce qui fait que sur les trente quatre (34) administrés nous n'avons récupéré définitivement que trente (30).

D'autres limites qui ont affectées les données recueillies concernent essentiellement l'insuffisance des informations et leur qualité.

B-) Présentation et analyse des données de l'enquête

Les résultats de l'enquête réalisée seront présentés ici et analysés en tenant compte de chacun des problèmes spécifiques en résolution, Ces résultats ne concernent que les données à caractère quantitatif.

1°) Par rapport au problème spécifique n°1

L'objectif de la question n°2 du questionnaire est de conduire l'enquête à la vérification de l'hypothèse liée au problème de la quasi-inexistence de la comptabilité analytique.

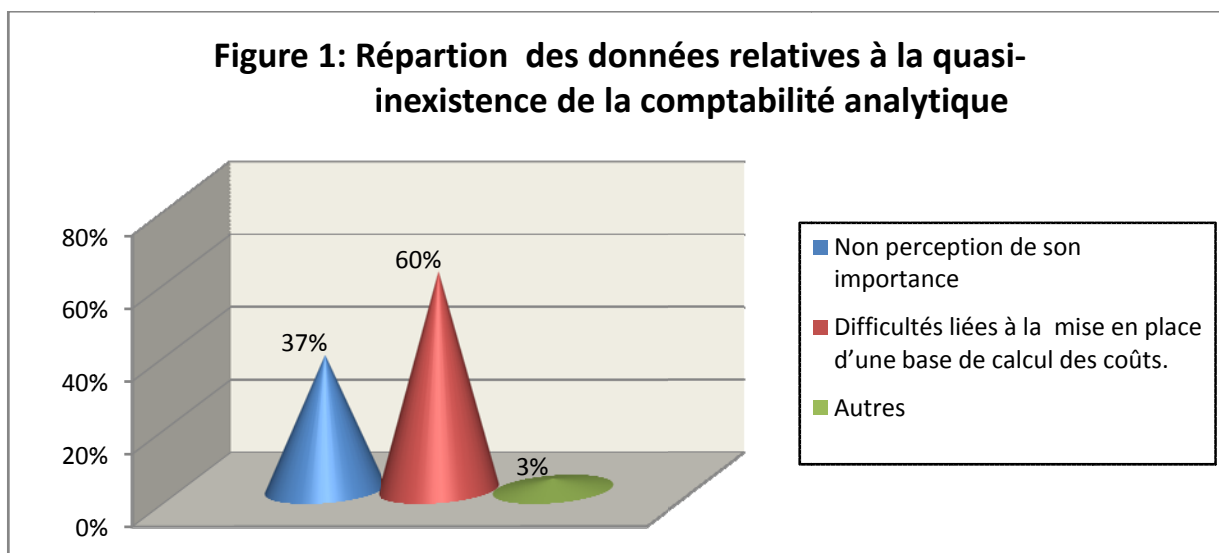
Question n°2 : Qu'est-ce qui selon vous justifie la quasi-inexistence de la comptabilité analytique au sein de votre organisation ?

Sont consignés dans le tableau suivant, les résultats obtenus pour cette question.

Tableau n°8 : Répartition des données relatives à la quasi- inexistence de la comptabilité analytique.

MODALITES	EFFECTIFS	FREQUENCES RELATIVES
Non perception de son importance	11	37%
Difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts.	18	60%
Autres	1	3%
TOTAL	30	100%

Source : Résultats de nos enquêtes



La lecture des résultats de cette question consignés dans le tableau n°8 nous révèle que :

- **60%** de cet échantillon considèrent que ce problème est dû aux difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul de Coût ;
- **37%** des enquêtés nous font comprendre que le facteur qui justifie la quasi-inexistence est la non perception de l'importance d'une telle comptabilité.
- **3%** des enquêtés estiment que la quasi-inexistence de la comptabilité analytique a pour cause la non adhésion de tous les acteurs de l'Hôpital.

2*) Par rapport au problème spécifique n°2

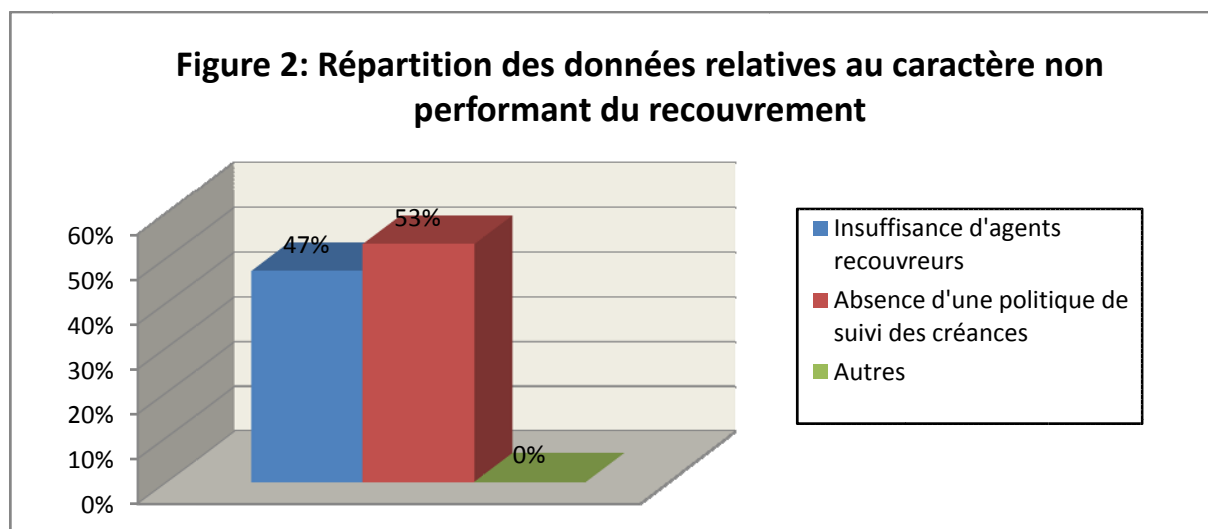
Ces données sont concernées par la question n°3 du questionnaire adressé à l'échantillon et qui concourt à identifier les causes du caractère non performant du recouvrement des créances.

Question n°3 : Parmi les causes énumérées ci-dessous, laquelle selon vous explique le mieux le caractère non performant du recouvrement des créances ? Les données recueillies pour cette question peuvent se présenter comme suit :

Tableau n°9 : Répartition des données relatives au caractère non performant du recouvrement des créances.

MODALITES	EFFECTIFS	FREQUENCES RELATIVES
Insuffisance d'agents au recouvrement	14	47%
Absence d'une politique de suivi des créances	16	53%
Autres	0	0%
TOTAL	30	100%

Source : Résultats de nos enquêtes



Une analyse des données de ce tableau n°9 montre que **47%** des personnes interrogées estiment que le caractère non performant du recouvrement des créances a pour cause l'insuffisance d'agents au recouvrement contre **53%** qui incriminent l'absence de politique de suivi des créances.

3°) Par rapport au problème spécifique n°3

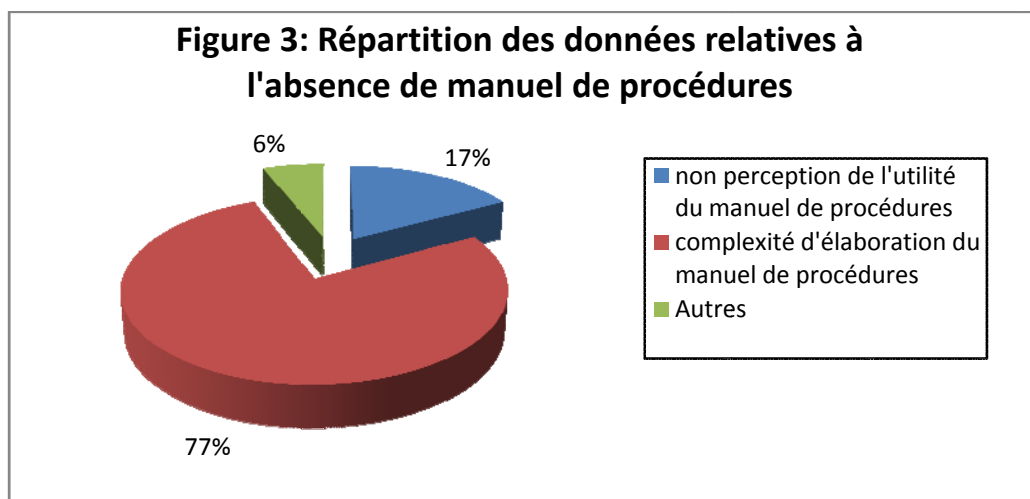
Est concernée par ce problème la question n°4 du questionnaire adressé au personnel ciblé et qui concourt à recueillir les avis pour vérifier l'hypothèse relative à l'absence de manuel de procédures.

Question n°4: A votre avis, qu'est-ce qui peut être à la base de l'absence de manuel de procédures ? Les résultats obtenus pour cette question sont consignés dans le tableau ci-après.

Tableau n°10 : Répartition des données relatives à l'absence de manuel de Procédures.

MODALITES	EFFECTIFS	FREQUENCES RELATIVES
Non perception de l'utilité du manuel de procédures	5	17%
Complexité d'élaboration du manuel de procédures	23	77%
Autres	2	6%
TOTAL	30	100%

Source : Résultats de nos enquêtes



De l'analyse des résultats consignés dans le tableau n°10, il ressort que **17%** des enquêtés avancent la non perception de l'utilité du manuel de procédures comme étant explicatif de l'absence de manuel de procédures contre **77%** qui évoquent la complexité de l'élaboration du manuel de procédures comme raison justifiant ce problème. Seuls deux (02) personnes, soit **6%** nous

font comprendre que cela est dû aux risques qu'encourt l'Hôpital à avoir un manuel de procédures.

II-) Vérification des hypothèses et éléments de diagnostic

Après la présentation de ces données, nous essayerons dans cette partie d'apprécier le degré de validité des hypothèses à partir de l'analyse des données de l'enquête pour enfin formuler la synthèse du diagnostic.

A-) Vérification des Hypothèses

Il sera question à ce niveau d'apprécier le degré de validité des hypothèses de l'étude liées aux problèmes en résolution.

1°) Degré de vérification de l'hypothèse n°1

Pour l'identification des causes réelles à la base de la quasi-inexistence de la comptabilité analytique, il a été retenu comme seuil de décision toute cause qui réunira un poids supérieur ou égal à 50%. Or, de l'analyse des données recueillies nous avons constaté que ce problème est dû respectivement :

- ✓ aux difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts avec un pourcentage de **60%** ;
- ✓ à la non perception de son importance avec **37%** ;
- ✓ et à la non adhésion de tous les acteurs de l'Hôpital avec seulement **3%**.

A partir donc de ces renseignements, et en nous basant d'une part, sur l'approche retenue qui énumère les conditions nécessaires pour la mise en place effective de la comptabilité analytique et, d'autre part, sur le seuil de décision, nous pouvons affirmer que les difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts est à la base de la quasi-inexistence de la comptabilité analytique.

Alors l'hypothèse n°1, selon laquelle la quasi-inexistence de la comptabilité analytique provient des difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts est totalement vérifiée.

2°) Degré de vérification de l'hypothèse n°2

En ce qui concerne cette hypothèse, il a été fixé comme seuil de décision tout item qui aura un poids supérieur à 30%. De l'analyse des données recueillies, nous remarquons que le caractère non performant du recouvrement des créances s'explique respectivement par :

- ✓ l'insuffisance d'agents au recouvrement avec un taux de **47%** ;
- ✓ l'absence d'une politique de suivi des créances avec un taux de **53%**.

Par rapport à l'approche théorique basée sur une bonne politique de suivi des créances, et en tenant compte du seuil de décision fixé, nous déduisons de ces résultats que les causes réelles se trouvant à la base du caractère non performant du recouvrement des créances sont celles énumérées ci-dessus.

En conséquence l'hypothèse n°2 de l'étude est vérifiée et nous notons en dehors de l'absence d'une politique de suivi des créances, une autre raison explique ce problème.

3°) Degré de vérification de l'hypothèse n°3

Pour la résolution du problème lié à l'hypothèse spécifique n°3 qui est l'absence de manuel de procédures, il a été fixé comme seuil de décision que tout item qui aura le poids le plus élevé sera retenu. L'analyse des données recueillies, nous révèle que ce problème a respectivement pour raisons justificatives :

- ✓ la complexité d'élaboration du manuel de procédures avec une fréquence de **77%** ;
- ✓ la non perception de l'utilité du manuel de procédures avec **17%** ;
- ✓ le risque qu'encourt la société à en avoir, avec **6%**.

Il ressort donc de cette analyse, tout en nous référant à l'approche selon laquelle l'élaboration d'un manuel de procédures nécessite que l'on commette des centres spécialisés, que la cause fondamentale de l'absence d'un manuel de procédures est la complexité de son élaboration ; ce qui nous amène à dire que l'hypothèse n°3 de notre étude est totalement vérifiée.

Au total, l'analyse des résultats de l'enquête nous montre que les causes que nous avons supposées génératrices des problèmes en résolution ne sont qu'en partie des causes réelles ; ce qui fait que nos hypothèses sont toutes vérifiées, d'une manière ou d'une autre.

Ainsi, compte tenu des causes réelles suscitées, nous établirons le diagnostic.

B-) Synthèse du diagnostic

Le test des hypothèses a permis de dégager les éléments du diagnostic qui seront formulés par rapport à chaque hypothèse spécifique de l'étude.

1°) Eléments de diagnostic de l'hypothèse n°1

La vérification de l'hypothèse n°1 nous amène à retenir définitivement que la quasi-inexistence de la comptabilité analytique se justifie par les difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts.

2°) Eléments de diagnostic de l'hypothèse n°2

Il résulte de la vérification de l'hypothèse n°2 que le caractère non performant du recouvrement des créances provient de l'insuffisance d'agents au recouvrement et de l'absence d'une politique de suivi des créances.

3°) Eléments de diagnostic de l'hypothèse n°3

Nous retenons, suite à la vérification de l'hypothèse n°3 que l'absence de manuel de procédures au sein de l'Hôpital est due à la complexité de l'élaboration d'un tel document.

Une fois le diagnostic établi, il sera question de proposer des approches de solutions en vue de l'éradication des différentes causes se trouvant à la base des problèmes identifiés, ainsi que les conditions nécessaires pour la mise en œuvre de ces solutions, en vue de l'optimisation de la gestion administrative et financière de l'HZ-SL.

Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre

Pour contribuer à l'amélioration de la gestion administrative et financière de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, nous avons suivi une démarche méthodologique, grâce à laquelle nous avons pu recueillir des données relatives à ce sujet. L'analyse de ces données mobilisées nous a conduit à la vérification partielle ou totale des hypothèses de l'étude, ce qui nous amène alors à proposer les approches de solutions ci-après.

I-) Approches de solutions

Apporter une solution à un problème, c'est déterminer et éradiquer les causes. Nous avons donc à déterminer les conditions d'éradication des causes se trouvant à la base des problèmes étudiés.

A-) Suggestions par rapport à la quasi-inexistence de la comptabilité analytique

Après un bref rappel des éléments à l'origine de ce problème, nous exposerons nos suggestions.

1*) Rappel des éléments du diagnostic

La comptabilité analytique est un système d'information qui permet au gestionnaire d'analyser l'évolution des réalisations et de mettre en place une gestion prévisionnelle. C'est donc, avant tout, un outil de gestion très important de prévision et de contrôle.

A l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, si la comptabilité analytique n'est pas tenue, signe de sa quasi-inexistence, cela a pour cause principale la difficulté liée à la base de calcul de coûts.

2*) Suggestions

La mise en application de la comptabilité analytique de gestion dans les centres hospitaliers s'avère primordiale pour une utilisation rationnelle des

ressources disponibles et pour un développement harmonieux de leurs activités. Ce faisant, trouver une solution au problème de la quasi-inexistence de la comptabilité analytique assurera certainement un équilibre financier au sein de ces formations sanitaires.

Ainsi, il urge d'éradiquer la cause probable à ce problème en ressortant l'importance de la comptabilité analytique dans la gestion de toute institution et de montrer la nécessité de sa mise en place tout en proposant une base de calcul des coûts.

La comptabilité analytique se définit comme un instrument d'analyse des coûts des différentes fonctions de l'organisation, instrument qui permet d'expliquer les résultats de la comptabilité générale et d'établir des prévisions des charges et des produits d'exploitation. Ainsi, elle apparaît donc comme une méthode de gestion relativement moderne et se distingue de la comptabilité générale par sa capacité à décrire le fonctionnement économique et technique de l'organisation. De cette définition, on peut dire que l'Hôpital n'est plus comme un bloc mais un ensemble structuré de services qui ont chacun des missions à réaliser pour les usagers ou pour d'autres entités..

Les avantages de la comptabilité analytique de gestion sont multiples et sont notamment :

- l'éclatement de l'établissement en centres de coûts ;
- la détermination des tarifs réels des prestations et consommations ;
- la détection et la réduction maximale des gaspillages de ressources ;
- l'amélioration de la gestion des stocks ;
- la détermination du prix de revient de toutes les prestations offertes par centre de coût ;
- l'analyse de la performance de chaque type de prestation offerte et de chaque centre de coûts

Par ailleurs, la connaissance du résultat analytique permet aux responsables de l'Hôpital ou toute institution de :

- Surveiller l'évolution de la rentabilité des différents produits ou des différentes activités dans les conditions de calcul retenues ;
- Prendre les décisions de gestion qui s'imposent

Ces différents avantages révèlent toute la dimension et l'importance de la tenue d'une comptabilité analytique.

Notons qu'à l'étape actuelle, la quasi-totalité des structures hospitalières béninoises ne disposent pas d'une comptabilité analytique de gestion. Cela est dû aux difficultés liées à la mise en place d'une base de calcul des coûts. Pour éradiquer cette cause et apporter une solution à ce problème, nous proposons une base de calcul des coûts s'inspirant du modèle d'analyse des coûts à l'Hôpital dans les pays en voie de développement de Donald S.SHEPARD et de Dominic HODGKIN (**voir annexe 2**).

Selon l'ouvrage « Coût, utilisation des ressources et financement des services de santé de base » publié par l'Unicef en Octobre 1995, pour calculer les coûts des services de santé cinq étapes principales sont à respecter :

- Identifier les ressources utilisées par les services pour produire les prestations ou activités dont les coûts sont à calculer ;
- estimer la quantité de chaque intrant consommé par le service dans la production de la prestation ;
- sur la base de la valeur monétaire de chaque intrant consommé, calculer le coût total par intrant ;
- répartir le coût total de chaque intrant entre les activités pour lesquelles il est utilisé ;
- enfin utiliser les mesures de la production par activité pour calculer le coût moyen de chaque activité.

B-) Suggestions par rapport aux problèmes spécifiques n°2&3

Cette partie aborde nos contributions face aux problèmes spécifiques du caractère non performant du recouvrement des créances et de l'absence de manuel de procédures au sein de l'HZ-SL.

1°) Rappel des éléments du diagnostic n°2 &3

En ce qui concerne le recouvrement des créances, c'est un processus qui permet aux Hôpitaux de se faire rembourser les prestations qu'ils ont fournies à leurs clients. Il s'effectue par catégorie de clients. Il est précédé par la prestation de services (consultation, les actes, l'hospitalisation, actes médicaux) et la facturation du service fait qui permet de connaître avec précision le montant dû par l'utilisateur.

Le caractère non efficace de cette fonction à l'HZ-SL a pour principales causes l'insuffisance d'agents recouvreurs et l'absence d'une politique de suivi des créances.

Quant au manuel de procédures, son élaboration nécessite la prise en compte d'un nombre important de facteurs. C'est pour cela que la complexité de l'élaboration du manuel de procédures est la raison fondamentale qui justifie son absence au sein de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré.

2°) Suggestions

Elles concerneront d'une part le problème lié au caractère non performant du recouvrement des créances et, d'autre part l'absence de manuel de procédures.

✚ Suggestions par rapport au problème n°2

En considération des causes évoquées pour ce problème lié au caractère non performant du recouvrement des créances, nos approches de solutions se feront par rapport à chacune d'elles.

- **Par rapport à l'absence d'une politique de suivi des créances**

Pour remédier à cette cause, il s'agira de mettre en place une politique efficace et efficiente pour le suivi des créances.

En ce qui concerne le PAF, elle consistera à :

- élaborer une fiche d'engagement individuelle devant contenir l'identité complète du débiteur, le montant facturé, le montant recouvré, le restant dû et l'échéance de l'engagement ;

- informatiser le suivi (ou faire un suivi informatique) ;
- un suivi quotidien de ces créances ;
- établir mensuellement la liste des débiteurs contenant les restants dus par chacun d'eux en vue de leur adresser des lettres de relance ;
- définir les modalités du crédit ;
- faire des relances et des visites régulières à domicile ;
- pour ceux qui ne veulent pas payer, engager la procédure de recouvrement forcé (poursuite) en associant si possible la brigade économique et financière pour dissuader les mauvais payeurs ;

S'agissant de l'Etat et des sociétés, cette politique consistera à :

- l'envoi des factures à bonne date (au plus tard le 10 du mois suivant la prestation) ;
- l'envoi des lettres de relance aux sociétés, une semaine après l'échéance ;
- l'envoi de lettres de sommation aux récidivistes, une semaine après la relance et, la suspension du contrat en cas d'entêtement.

Par ailleurs, l'HZ-SL peut adopter une politique de motivation des meilleurs débiteurs solvables, en accordant des escomptes de règlement sous délai et des prestations supplémentaires gratuites. Parallèlement, il doit adopter des sanctions en appliquant des pénalités aux retardataires. Pour ce faire, les pénalités et leurs conditions d'application doivent être incluses dans les clauses du contrat et mentionnées chaque fois sur la facture. Toutefois, l'HZ-SL doit vérifier l'incapacité de ses clients à honorer leurs engagements.

- **Par rapport à l'insuffisance d'agents au recouvrement**

Pour éradiquer cette cause, il s'agira de :

- recruter du personnel qualifié et le doter d'outil informatique ;
- renforcer et motiver les équipes de recouvrement par les primes de rendement;
- instaurer un tableau de bord de suivi du recouvrement des créances ;

- recycler de façon régulière les agents recouvreurs.

✚ Suggestions par rapport au problème n°3

Compte tenu du rôle important que joue un manuel de procédures au sein d'une structure, nous suggérons à l'Hôpital de Zone de Suru-Léré de mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'élaboration de son manuel de procédures. A cet effet, nous lui proposons de recourir à un cabinet d'expertise comptable de la place pour l'élaboration d'un manuel de procédures, lequel cabinet est plus indiqué pour l'accomplissement de cette tâche, en tenant compte de tous les paramètres possibles pour que le manuel soit plus adapté sans ignorer les différentes procédures actuelles des hôpitaux publics, comme l'HZ-SL.

L'efficacité de ces solutions réside dans leurs conditions de mise en œuvre.

II-) Conditions de mise en œuvre des solutions

La mise en application des solutions que nous avons proposées nécessite des dispositions administratives qu'il faut prendre tant au niveau de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré, qu'au niveau du Ministère de la Santé (MS).

A-) Au niveau de l'HZ-SL

Ces recommandations sont relatives à la mise en place d'une comptabilité analytique, à la politique de suivi des créances et à l'élaboration d'un manuel de procédures.

Etant donné que l'HZ-SL est un hôpital de référence de la Zone Sanitaire de II & III, il doit veiller à ce que sa gestion ne souffre d'aucune insuffisance. Il doit être géré d'une manière efficace et dans le respect des principes de gestion. Pour ce faire, l'Hôpital doit :

- sensibiliser son personnel sur l'importance de la comptabilité analytique à travers les séminaires et formations;
- prendre des mesures idoines pour la mise en place effective de la comptabilité analytique afin de renforcer ses outils de gestion ;

- procéder à l'évaluation, avec la participation de chaque service, de la liste quantitative de ressources entrant dans la prestation de chaque acte pour la détermination des coûts ;
- renforcer l'effectif des agents à la section recouvrement ;
- renforcer leur formation et les sensibiliser à une prise de conscience ;
- doter la section recouvrement en moyens roulants pour aller vers les débiteurs,
- former le personnel à l'utilisation de l'outil informatique ;
- motiver le personnel ;
- confier le dossier des débiteurs qui menacent les agents à la BEF;
- collaborer avec la mairie de Cotonou et de Sèmé et les chefs d'arrondissements afin d'identifier les débiteurs dans les localités très éloignés.
- procéder par appel d'offre pour l'élaboration du manuel de procédures ;

B-) Au niveau du MS et des autres ministères

Le Ministère de la Santé est chargé de la mise en œuvre des politiques gouvernementales en matière de Santé. Il planifie, coordonne et contrôle les actions entrant dans ce cadre.

A cet effet, le Ministère de la Santé doit veiller à une meilleure orientation des crédits inscrits à son budget et de faire privilégier les soins (bénéfice direct des populations) au fonctionnement de ses administrations centrales. Il doit :

- procéder au renforcement des mesures de gestion des formations sanitaires, surtout en matière de la mise en place de la comptabilité analytique de gestion dans les hôpitaux, et plus particulièrement dans les Hôpitaux de Zone notamment l'HZ-SL ;
- renforcer la Direction des Hôpitaux en le dotant des moyens nécessaires pour lui permettre d'assister et de contrôler régulièrement l'ensemble des formations hospitalières et plus particulièrement les Hôpitaux de Zone ;

- instruire les auditeurs de la D.I.V.I du MS à procéder régulièrement à l'inspection de toutes les formations sanitaires en général et les Hôpitaux publics en particulier afin de prévenir et d'éviter les mauvaises gestions.
- faciliter les recouvrements dès lors que ce sont des entités étatiques qui sont débitrices ;
- Accompagner les Hôpitaux dans l'élaboration d'un manuel de procédures comptables, administratives et financières.

Il faudra également que le Ministère de l'Economie et des Finances prenne des mesures nécessaires pour une diligence dans le remboursement des dettes liées aux prises en charge du personnel de l'Etat et, procéder à la mise en place, en début d'année, d'une avance sur prestations de soins pour ce qui concerne les Agents Permanents de l'Etat ainsi que les contractuels de l'Etat.

Chaque année, après le vote du budget, le Ministère de l'Economie et des Finances devra également aider, dans la mesure du possible le Ministère de la Santé et celui de la Fonction Publique pour le recrutement du personnel administratif qualifié au profit des services de santé surtout les Administrateurs hospitaliers.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif poursuivi à travers la présente étude, est d'apporter une contribution à l'amélioration de la gestion administrative et financière de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré. Les observations faites sur le terrain ont permis de déceler les problèmes spécifiques à la base du caractère non optimal de la gestion administrative et financière de la structure étudiée. Il s'agit, entre autres, de :

- la quasi-inexistence de la comptabilité analytique ;
- le caractère non performant du recouvrement des créances ;
- l'absence de manuel de procédures comptables, administratives et financières.

Des approches de solutions ont été ensuite proposées en vue de leur éradication. Celles-ci imposent :

- une réorganisation de tout le système de gestion, notamment, au niveau des secteurs administratif, comptable et financier;
- une planification des actions permettant un recouvrement efficace des créances ;
- l'utilisation d'un document décrivant toutes les procédures possibles.

En effet, les établissements publics de santé, pour relever les nombreux défis auxquels ils sont confrontés, doivent rompre avec les vieilles habitudes en se dotant d'instruments modernes de gestion adaptés à leurs objectifs et à leur environnement. Au nombre de ces instruments, nous retenons :

- ✓ une comptabilité générale au respect des normes et principes comptables ;
- ✓ une comptabilité analytique basée sur le calcul des coûts et leur analyse ;
- ✓ une gestion budgétaire qualitative ;
- ✓ un manuel de procédures administratives, comptables et financières bien élaboré et correctement appliqué

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ✚ **André SONRIER**, (1974) : « Gestion et finances hospitalières », édition Berger-Levrault, P.312.
- ✚ **Emile LEVY**, (1977) : « Introduction à la gestion hospitalière », Bordas, Paris, P.241.
- ✚ **FAYEL, A. et PERNOT, D. (2004)** : « Comptabilité générale de l'entreprise », Manuel et Applications, 14^è édition, Editions DUNOD, Paris.
- ✚ **Georges DEPALLENS**, (1977) : « Gestion financière de l'entreprise », 6^è édition, édition Sirey, Paris, P.642.
- ✚ **HANSOU K., Luc G. (1995)** « Coûts, utilisation des ressources et financement des services de santé de base : guide méthodologique ». UNICEF-Initiative de Bamako.
- ✚ **Irène CARNEIRO**, (1989) : « Organisations et gestion des entreprises », éd. AENGAE-CLET, P299-305.
- ✚ **J. GRAY**, (1976) : « Introduction au contrôle de gestion et à la direction financière », éd. MASSON, P.271.
- ✚ **MIKOL, A. et STOLOMY, H. (1995)** : « Comptabilité analytique et Contrôle de Gestion », 6^è édition, Editions DUNOD, Paris.
- ✚ **RAULET, C. (1994)** : « *Comptabilité analytique et Contrôle de gestion, tome I* », Paris, Dunod.

Mémoires

- ✚ **AIHOUNHIN H. Aristide (2006)** : « Problématique du recouvrement optimal des créances hospitalières : cas du CNHU – HKM Cotonou », mémoire de fin de formation cycle I, ENAM/UAC.
- ✚ **ASSOGBA S. Sartunin** : « Problématique du développement et de la pérennité des Hôpitaux publics : Cas de l'HZ-AC », mémoire de fin de formation cycle I, ENAM/UAC.
- ✚ **DOMAH Marcel Antoine (2005)** : « Comptabilité analytique de gestion : impact de sa mise en application sur la gestion budgétaire au Centre Nationale Hospitalier et Universitaire Hubert K.MAGA (CNHU-HKM) », mémoire de fin de formation cycle II, ENAM/UAC.
- ✚ **GOUNOU N'GOBI Silifatou (2007)** : « Le recouvrement des créances au CHD-BORGOU : Limites et perspectives », mémoire de fin de formation cycle I, ENAM/UAC.

- ✚ **HODE Zathol** (2006) : « Optimisation de l'Administration de la société COMON SA » mémoire de fin de formation cycle I, ENEAM/UAC.
- ✚ **KOUSSEMOU Eric** (2006) : « Etude contributive à l'organisation de la fonction contrôle de gestion au CNHU-HKM », mémoire de fin de formation cycle I, ENAM/UAC
- ✚ **MICHOZOUNON, F. D., GBODJEYDO, A. Z.**, (2005) : « Contribution à l'amélioration de la gestion administrative et financière des Zones Sanitaires en République du Bénin », mémoire de fin de formation cycle II, ENAM/UAC.
- ✚ **SAYO Céline** (2007) : « Problématique de l'exécution et du suivi du budget dans les formations sanitaires publiques : Cas de l'HOMEL » mémoire de fin de formation cycle I, ENAM/UAC.

Revue et Périodiques

- ✚ OMS (1990) : « Appui aux pays pour rationalisation du financement de la Santé, document EB85/35.
- ✚ OMS (1992) « Conception et mise en œuvre de la réforme du financement de la Santé ».
- ✚ Documents comptables de l'hôpital de zone de Suru-Léré, 2007-2008.
- ✚ SYSCOA (1996) : Plan général des entreprises, FOUCHER-31 rue de Fleurus-75006, Paris.

Textes réglementaires et législatifs

- ✚ Décrets n°98-300 du 20 Juillet 1998 et n°2005-601 du 18 Septembre 2005 portant toutes deux réorganisations de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en Zones Sanitaires.
- ✚ Arrêté n°2224/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 avril 2000 portant création de la Zone Sanitaire Cotonou II&III.

Cours non édités

- ✚ **GNASOUNOU Simon** (2008) : Cours de « Méthodologie de la Rédaction du Mémoire Professionnel ».
- ✚ **LANTONKPODE Césaire** (2009) : Cours de « Comptabilité analytique de gestion ».
- ✚ **MOUSSOU M.** (2007) : Cours de « **Planification et Gestion des services de santé** ».
- ✚ **TCHIBOZO B. M. H.** (2009) : Cours de « Management stratégique des services de santé et de l'éducation ».



ANNEXES

ANNEXE1

FICHE D'ENQUETE

Bonjour Monsieur, Madame, Mademoiselle.

Dans le cadre de notre mémoire de fin de formation au Diplôme d'Administrateur des Finances (AF) en Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance (AHUI) à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), nous avons choisi à l'occasion de notre stage pratique de réfléchir sur les moyens d'améliorer la gestion administrative et financière de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré.

Afin de répondre aux exigences scientifiques de notre étude et faire des recommandations fiables à l'institution, nous avons initié la présente enquête. Nous vous garantissons le respect de l'anonymat et comptons sur votre franche collaboration.

Recevez nos remerciements anticipés.

1. Pratiquez-vous la comptabilité analytique au sein de votre organisation ?

- Oui Non

2. Sinon, qu'est-ce qui selon vous justifie sa quasi-inexistence ?

- Non perception de son importance
- Absence de professionnel en la matière
- Autres A préciser.....

3. Parmi les causes énumérées ci-dessous, laquelle vous semble plus expliquer le caractère non performant du recouvrement des créances ?

- Insuffisance d'agents au recouvrement
- Absence d'une politique de suivi des créances
- Autres A préciser.....

4. A votre avis, qu'est-ce qui peut être à la base de l'absence de manuel de procédures comptables, administratives et financières ?

- Complexité de l'élaboration du manuel de procédures
- Non perception de l'utilité d'un tel manuel
- Autres A préciser.....

5. Identification

Ancienneté :

Sexe : M F

Une fois encore merci pour votre sincère collaboration.

ANNEXE 2

PROPOSITION D'UNE BASE DE CALCUL DE COÛTS

1^{ère} étape : Identification des centres de coûts

Il faut distinguer deux centres de coûts, à savoir :

- **Les centres de coûts directs ;**
- **Les centres de coûts indirects.**

Les centres de coûts directs sont subdivisés en centres de coûts à responsabilité principale et centres de coûts à responsabilité auxiliaire.

Les centres de coûts à responsabilité principale sont les services de l'hôpital qui rendent des prestations de soins curatifs directement aux patients. Il s'agit, à l'HZ-SL, des unités de chirurgie générale, de la gynéco-obstétrique, de la médecine, de la pédiatrie. Ces services produisent directement des soins en induisant des charges directes.

Les centres de coûts à responsabilité auxiliaire rendent des services aux centres de coûts à responsabilité principale, mais quelquefois aussi directement aux patients. On peut citer le bloc opératoire, la salle d'accouchement, le laboratoire, l'imagerie médicale, la pharmacie et la kinésithérapie.

L'intérêt de la distinction entre les centres de coûts à responsabilité principale et auxiliaire est qu'elle permet de calculer deux types de coûts au niveau des centres de coûts à responsabilité principale : le coût avec ou sans répartition des coûts induits par les entités à responsabilité auxiliaire.

Les centres de coûts indirects ou à responsabilité secondaire sont des services de l'hôpital qui fournissent des prestations aussi bien aux centres de coûts directs à responsabilité principale qu'aux centres de coûts directs à responsabilité auxiliaire et parfois aux patients, mais de façon indirecte. Ces centres induisent des charges indirectes ou communes appelées « **Frais généraux** ».

2^{ème} étape : Identification des intrants dans l'analyse des coûts

Pour chaque élément pris en compte, il faut distinguer les coûts d'investissement et coûts récurrents. Seuls les amortissements pratiqués sur les coûts d'investissements sont pris en compte. Par contre, les coûts récurrents sont comptabilisés en totalité.

Tableau n°11 : Intrants dans l'analyse des coûts

Intrants	Coûts d'investissement	Coûts récurrents
Bâtiments	Construction, achat de terrain	Entretien, réparation et location
Equipements Mobilier	Achat de valeur > 100 000 avec durée de vie supérieure à 1 an	Entretien, réparation et location
Communication	Téléphone (installation)	Entretien, frais d'exploitation
Energie	Groupe électrogène Branchement sur secteur	Entretien, réparation, carburant, lubrifiant, électricité
Eau, ordure	Installation, construction	Entretien, taxe , frais,
Transport, voyage	Véhicules	Entretien, réparation, carburant, lubrifiant, assurance
Nourriture		Vivres, carburant
Nettoyage, Maintenance	Equipements, construction	Fourniture, petit matériel
Fournitures médicales et laboratoire	Bloc, bâtiment et équipements	Médicaments, réactifs, , diagnostic consommables médicaux, traitement
Administration	Ordinateurs, bureau	Fourniture de bureau, entretien réparation
Personnel	Formation initiale	Salaire, perdiems, primes, recyclage, formation continue, supervision
autres (recherche, etc.)	Préparation de nouveaux projets (innovation, etc.)	Prestations des spécialistes, expert nationaux et étrangers

Source : Conçu sur la base des propositions de Donald SHEPARD et de Dominic HODGKIN

Signalons que les dons en nature ou en espèce (du Ministère de la Santé, des bailleurs de fonds ou autres organisations) sont également à prendre en compte.

3^{ème} étape : Catégorisation des coûts par nature

Les différents intrants peuvent être regroupés en plusieurs catégories de coûts. Ainsi, on peut distinguer :

- **Les coûts en capital regroupant quatre catégories :**
 - Bâtiments (amortissement) ;
 - Equipements (amortissement) ;
 - Véhicules (amortissement)
 - Formation initiale ou de base (amortissement).
- **Les coûts de fonctionnement ou récurrents regroupant six catégories :**
 - Bâtiments (utilisation, entretien);
 - Fournitures (médicaments, petits équipements, fournitures de bureau consommables médicaux) ;
 - Véhicules (utilisation, entretien)
 - Formation continue ;
 - Personnel ;
 - Autres dépenses de fonctionnement.

Le contenu de chaque catégorie doit être clairement défini par l'hôpital qui calcule ces coûts.

Le calcul des coûts d'investissements passe par l'inventaire des équipements et des bâtiments de l'hôpital pour estimer le coût d'amortissement des investissements, on tient compte de :

- La valeur actuelle (valeur de remplacement et non le prix d'achat) ;
- La durée de vie ;
- Le taux d'utilisation.

4^{ème} étape : Répartition des « inputs » et des coûts sur les centres de coûts.

Les intrants pour lesquels, on ne connaît pas les coûts par unité ou pour lesquels on ne peut déterminer les unités de mesure sont enregistrés pour leur montant annuel dans un menu créé à cet effet et qu'on pourrait appeler « **autres coûts** ». Ce montant annuel est ensuite réparti entre les centres de coûts indirects » selon le critère le plus judicieux retenu par l'hôpital.

A cet effet, plusieurs répartitions vont intervenir par la suite en vue d'aboutir au coût par acte ou prestation.

+ Répartition des coûts directs sur les centres de coûts

Il s'agit de répartir les différentes catégories de coûts entre les centres de coûts directs aussi bien à responsabilité principale qu'auxiliaire.

Ainsi, nous avons pu identifier une clé de répartition qui se présente comme suit :

CLE DE REPARTITION n°1

- ✓ Amortissement : Surface de sol en m² ou amortissement par matériel ou équipement par service ;
- ✓ Charges de personnel : personne par service ;
- ✓ Impôt sur salaire : % de charge de personnel par service ;
- ✓ Frais d'entretien : entretien par service ;
- ✓ Fournitures : intrants par service
- ✓ Frais de formation : charge de personnel par service.

(Voir tableau n°12 à la page suivante)

Tableau n° 12 : Calcul du coût initial global par centre de coûts directs

Eléments	Montant	Clé de répartition n°1	Centres de coûts directs à responsabilité principale						Centres de coûts directs à responsabilité auxiliaire				
			Chirur	Mater	Médec	Pédi	Stomat	Appui ZS	Bloc	Salle d'accou	Pharma	Labo	imagerie
Amortissement													
Charge de personnel													
Impôt sur salaire													
Frais d'entretien													
Fournitures													
Frais d'entretien													
Frais de formation													
TOTAL													

Source : conçu sur la base de nos investigations

LEGENDE

Chirur	Chirurgie
Mater	Maternité
Pédi	Pédiatrie
Stomat	Stomatologie
Salle d'accou	Salle d'accouchement
Pharma	Pharmacie
Médec	médecine

Répartition des coûts indirects

Il s'agit de répartir les coûts indirects sur les centres de coûts à responsabilité principale et auxiliaire. La base de répartition de ces coûts dépend de la responsabilité des données sur l'utilisation respective des ressources par centres de coûts directs. Néanmoins, si l'utilisation réelle des ressources n'est pas connue, la clé de répartition n°2 suivante peut être utilisée.

CLE DE REPARTITION n°2

- ✓ Administration : % des coûts directs totaux par centre ;
- ✓ Eau+Energie : surface du sol utilisée en m² ;
- ✓ Transport+garage : % des coûts directs totaux par centre ;
- ✓ Maintenance : % des coûts directs totaux par centre ;
- ✓ Cuisine+blanchisserie : journée d'hospitalisation ;
- ✓ Supervision+formation : charge de personnel par service ;
- ✓ Recherche : % des coûts directs totaux par centre.

(Voir tableau n°13 à la page suivante)

Après ces différentes répartitions, on procède à la détermination du coût global par service. La formule est la suivante :

$$\text{Coût global / service} = \text{Coût initial/service} + \text{coût réparti}$$

Tableau n°13 : Répartition des coûts indirects

Eléments	Montant	Clé de répartition n°2	Centres de coûts directs à responsabilité principale						Centres de coûts directs à responsabilité auxiliaire				
			Chirur	Mater	Médec	Pédi	Stomat	Appui ZS	Bloc	Salle d'accou	Pharma	Labo	imagerie
Administration													
Energie + Eau													
Maintenance													
Transport + garage													
Cuisine + blanchisserie													
Formation + contrôle													
Recherche													
TOTAL													

Source : conçu sur la base de nos investigations

LEGENDE

Chirur	Chirurgie
Mater	Maternité
Pédi	Pédiatrie
Stomat	Stomatologie
Salle d'accou	Salle d'accouchement
Pharma	Pharmacie
Médec	médecine

5^{ème} étape : Le calcul du coût unitaire par acte et par service médical

+ Le calcul du coût par acte ou par prestation

Il se calcule par service et la clé de répartition se présente comme suit :

CLE DE REPARTITION n°3

- ✓ Amortissement : % d'utilisation des matériels et équipement par acte ou prestation ;
- ✓ Charge de personnel : durée approximative d'intervention du personnel par acte ;
- ✓ Impôt sur salaire : % de frais de personnel par acte ;
- ✓ Frais d'entretien : % d'utilisation des matériels et équipements par acte ou prestation ;
- ✓ Fournitures : intrants par acte ou prestation ;
- ✓ Frais de formation : % de frais de personnel par acte ou prestation.

(Voir tableau n°14 à la page suivante)

Après le calcul de coût unitaire par service médical, les coûts des centres de coûts à responsabilité auxiliaire (bloc opératoire, salle d'accouchement, pharmacie, laboratoire, imagerie médicale, kinésithérapie...Etc.) peuvent être répartis sur les coûts des centres de coûts à responsabilité principale. Ainsi, les coûts du « bloc opératoire » doivent être répartis entre les centres de coûts « maternité » et « chirurgie » sur la base du nombre d'interventions respectives. Les coûts du centre de coûts « salle d'accouchement » doivent être complètement imputés au centre de coûts « maternité » etc.

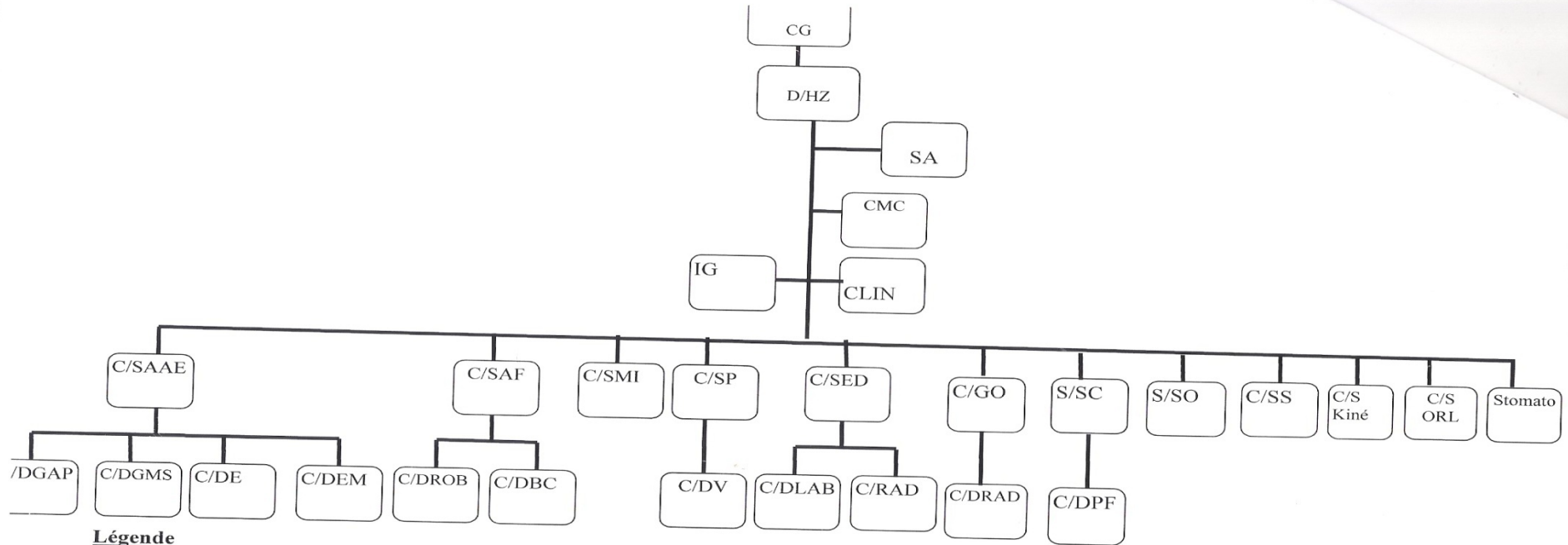
Cette base de calcul de coûts proposée n'est qu'un canevas indicatif ; chaque hôpital saura l'adapter selon ses propres réalités, ce qui compte est la démarche et le concept.

Tableau n° 14: calcul du coût unitaire par acte et par service médical**Service :** (à préciser)

Eléments	Montant	Clé de répartition	Types d'actes			
			1	2	3	
Amortissement						
Charge de personnel						
Impôt sur salaire						
Frais d'entretien						
Fournitures						
Frais de consommables						
Frais de formation						
Coûts directs par type d'acte						
Coûts indirects						
Total						
Unités d'œuvre (nombre de cas)						
Coût moyen par un (1) cas ou prestation						

Source : conçu sur la base de nos investigations

ANNEXE 3 : Organigramme de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré



Légende

CG : Comité de gestion

D/HZ : directeur de l'hôpital de zone

IG : Infirmier général

CLIN :

C/SAAE : Chef service des affaires administratives et économiques

C/SAF : Chef service des affaires financières

C/SMI : Chef service médecine interne

C/SP : Chef service pédiatrie

C/S Kiné : Chef service kinésithérapie

C/S ORL : Chef service

C/S Stomato : Chef service stomatologie

C/DROB : Chef division recouvrement et opérations bancaires

C/DBC : chef division budget et comptabilité

C/DRAD : Chef division radiologie

C/SO : Chef service gynécologique et obstétrique

C/SC : Chef service chirurgie

C/SO : Chef service ophtalmologie

C/SS : Chef service social

C/SED : Chef service explorations diagnostiques

C/DGAP : Chef division gestion administrative et du personnel

C/DGMS : Chef division gestion des malades et statistiques

C/DE : Chef division économat

SA : Secrétariat administratif

C/DEM : Chef division entretien et maintenance

C/DBO : Chef division bloc opératoire

C/DV : Chef division vaccination

C/DLAB : Chef division laboratoire

C/DPF : Chef division planning familial

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
GLOSSAIRE.....	viii
RESUME.....	x
SOMMAIRE	xi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ETUDE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE.....	3
Section 1 : Cadre de l'étude et observations de stage.	4
Paragraphe 1 : Cadre de l'étude.	4
I-) Présentation de la zone sanitaire Cotonou II & III.....	4
A-) Situation géographique	4
B-) Attributions et organisation	5
II- Présentation de la structure d'accueil de stage	6
1°) Les ressources humaines et matérielles	11
a- Les ressources humaines	11
b- Les ressources matérielles	11
2°) Les ressources financières	12
a- les ressources internes	13
b- les ressources externes	13
Paragraphe 2: Restitution des observations de stage	13
I-) Restitution des mécanismes liés à l'organisation des activités des services administratifs.....	13
A-Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE)	14
1°) La DGMS et la DME	14
a- Division Gestion des Malades et des Statistiques	14
b- Division Maintenance des Equipements	15
2°) La DGAP et la DE	15
a- Division Gestion Administrative et du Personnel	15
b- Division de l'Economat	16
B-) Le Service des Affaires financières (SAF)	19
1°) Division Budget et comptabilité	20

a- <i>L'élaboration du budget</i>	21
b- <i>Comptabilité Générale</i>	22
2°) Division du Recouvrement et des Opérations bancaires	22
a- Division du Recouvrement des créances.....	22
b- Opérations bancaires	23
II-) Restitution sur la gestion des ressources.....	23
A-) La gestion des ressources humaines et matérielles	23
B-) La gestion des ressources financières	24
Section 2 : Ciblage de la problématique.....	25
Paragraphe 1 : Inventaire et choix de la problématique.	25
I-) Inventaire des éléments de l'état des lieux de base	25
A-) Inventaire des atouts (Forces et opportunités)	25
B-) Inventaire des problèmes(faiblesses et menaces)	26
II-) Choix de la problématique	26
A-) Regroupement des problèmes par centre d'intérêt	26
B-) Formulation et Justification du sujet :	28
Paragraphe 2 : Spécification de la problématique choisie et détermination de la vision globale de résolution	29
A-) Spécification de la problématique choisie	29
1°) Problème général	29
2°) Problèmes Spécifiques	29
B-) Vision globale de résolution de la problématique choisie.	30
II-) Séquence de résolution de la problématique choisie	31
A-) Synthèse des approches retenues	31
B-) Séquence de résolution de la problématique	32
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIE ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	33
Section 1: Cadre théorique et Méthodologie de l'Etude	34
Paragraphe 1 : Cadre théorique de l'étude	34
I-) Fixation des objectifs et la formulation des hypothèses de l'étude.....	34
A-) Fixation des objectifs de l'étude	34
1°) Objectif général	34
2°) Objectifs Spécifiques	34
B-) Formulation des hypothèses de l'étude.	34
1°) Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°1	35
2°) Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°2	35
3°) Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°3	36

II-) Revue de la littérature	39
A-) Clarification des concepts	39
B-) <i>Théories liées aux problèmes spécifiques</i>	40
1°) Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°1	40
2°) Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°2	42
3°) Exposé des contributions antérieures sur le problème spécifique n°3	44
Paragraphe 2: Méthodologie de l'étude	45
I – Approches théoriques retenues	45
A-) Normes ou repères d'amélioration de la problématique	45
1°) Normes ou repères d'amélioration du problème n°1	45
2°) Normes ou repères d'amélioration du problème n°2	46
3°) Normes ou repères d'amélioration du problème n°3	46
B-) <i>Outils d'analyse des données : seuils de décisions</i>	46
II – Approches empiriques	47
A-) <i>Des Objectifs de la collecte des données à l'échantillonnage</i>	47
1°) Objectifs de la collecte de données	47
2°) <i>Cadre de l'enquête et population mère</i>	48
3°) Nature de la collecte des données	48
4°) Echantillonnage	48
B-) <i>De la spécification des données à mobiliser à l'exposé des outils de présentation des données</i>	49
1°) Centre d'intérêt du questionnaire	49
2°) Conception du questionnaire	49
3°) Technique de dépouillement des données	49
4°) Outils de présentation des données	50
Section 2 : Enquêtes, Vérifications des hypothèses et Conditions	50
Paragraphe 1 : Enquêtes et Vérifications des hypothèses	50
A-) <i>Réalisation de l'enquête</i>	50
B-) <i>Présentation et analyse des données de l'enquête</i>	51
2°) Par rapport au problème spécifique n°2	53
3°) Par rapport au problème spécifique n°3	54
A-) <i>Vérification des Hypothèses</i>	55
1°) Degré de vérification de l'hypothèse n°1	55
2°) Degré de vérification de l'hypothèse n°2	56
3°) Degré de vérification de l'hypothèse n°3	56
B-) <i>Synthèse du diagnostic</i>	57
1°) Éléments de diagnostic de l'hypothèse n°1	57

2°) Eléments de diagnostic de l'hypothèse n°2	57
3°) Eléments de diagnostic de l'hypothèse n°3	57
Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de leur mise en oeuvre	58
I-) Approches de solutions	58
<i>A-) Suggestions par rapport à la quasi-inexistence</i>	<i>58</i>
1°) Rappel des éléments du diagnostic.....	58
2°) Suggestions	58
B-) Suggestions par rapport aux problèmes spécifiques n°2&3	
1°) Rappel des éléments du diagnostic n°2 &3	61
2°) Suggestions	61
II-) Conditions de mise en œuvre des solutions	63
<i>A-) Au niveau de l'HZ-SL.....</i>	<i>63</i>
<i>B-) Au niveau du MS et des autres ministères</i>	<i>64</i>
CONCLUSION GENERALE	66
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES.....	69
TABLE DES MATIERES	m