



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

MÉMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ADMINISTRATEUR DES FINANCES ET DU TRÉSOR

OPTION

Administration des Finances

FILIÈRE

Administration des Finances et du Trésor

ANNÉE ACADÉMIQUE: 2014-2015

THÈME

**ANALYSE DE LA GESTION FINANCIÈRE DU CENTRE
HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL DE L'ATACORA**

Réalisé et Présenté par

Monra Bareck SOUROKOU

Sous la direction de

Maitre de stage

Frédéric YEFOUNRI
C/SAAE CHD-Atacora

Directeur de mémoire

Dr Abdoulaye GOUNOU
Enseignant à l'ENAM,
Maître-Assistant du CAMES

Décembre 2015



PRÉSIDENT DU JURY: Prof HOUNKOU C.
Emmanuel

VICE-PRÉSIDENT: Dr Aimée SOGLO

MEMBRE: Olivier ADOUNVO

L'ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET
DE MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER
AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION AUX
OPINIONS ÉMISES DANS CE MÉMOIRE.

CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES
COMME PROPRES À LEUR AUTEUR.

DEDICACE

Je dédie ce mémoire à :

- * Mon cher père, Bio SOUROKOU,
- * Ma chère mère Fali Riszicka GARBA SOUROKOU
- * Ma fille Gniré Naila SOUROKOU et Yasmine ZANKARO

REMERCIEMENTS

Nous remercions très sincèrement :

- * Monsieur Abdoulaye GOUNOU, notre directeur de mémoire, pour son dévouement et sa disponibilité pour le suivi de l'élaboration de ce document malgré ses multiples occupations. Nous lui exprimons notre profonde gratitude.
- * Monsieur Frédéric YEFOUNRI, notre maître de stage, pour sa disponibilité, sa collaboration permanente. Nous lui exprimons notre vive reconnaissance pour ses précieux conseils et recommandations.
- * Monsieur Tamou YAROU SEKE YERIMA, notre tuteur de stage pour sa disponibilité et pour les orientations et informations qu'il nous a prodigué.
- * Messieurs Charles VIGAN, Désiré ATCHOE et Hubert BOCOVO pour leur soutien indéfectible, leurs conseils et leur assistance.
- * Tous les enseignants de l'ENAM qui ont contribué à notre formation.
- * Tout le personnel du Centre Hospitalier Départemental de l'ATACORA pour sa patience et son aide dans notre apprentissage de la pratique des procédures d'exécution des dépenses publiques.
- * Tous les camarades de la promotion 2013-2015 de l'Administration des Finances et du Trésor de l'ENAM
- * Tous ceux qui ont œuvré de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.

LISTE DES SIGLES

CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHD-A	Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora
CHS	Commission d'Hygiène et de Sécurité
CMC	Commission Médicale Consultative
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CODIR	Comité de Direction
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DCB	Division Comptabilité et Budget
DCF	Délégué du Contrôleur Financier
DDS	Direction Départementale de la Santé
DE	Division Économat
DGAP	Division Gestion Administrative et du Personnel
DGB	Direction Générale du Budget
DGMS	Division Gestion des Malades et Statistiques
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DNEH	Direction Nationale des Établissements Hospitaliers
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DROB	Division Recouvrement et Opérations Bancaires
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
PTA	Plan de Travail Annuel
SAAE	Service des Affaires Administratives et Economiques
SAF	Service des Affaires Financières
SIGFIP	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SMT	Services Médicaux et Techniques
ZS	Zone Sanitaire

LISTE DES FIGURES

<u>Titre</u>	Pages
Figure 1 : Point des recouvrements des créances sur les trois exercices clos.....	19
Figure 2 : Point des dettes du CHD-A.....	21
Figure 3 : Consommation des crédits délégués en 2014	26
Figure 4 : Répartition des causes du faible niveau de recouvrement des ressources propres du CHD-A	63
Figure 5 : Répartition des causes liées au faible taux de consommation des crédits délégués	63
Figure 6 : Répartition des causes liées à l'accumulation des arriérés de paiement	64

LISTE DES TABLEAUX

<u>Titre</u>	Pages
Tableau 1 : Point des créances non recouvrées par créanciers en 2013.....	29
Tableau 2 : Inventaire des atouts et des problèmes des activités financières.....	32
Tableau 3 : Inventaire des atouts et des problèmes des activités administratives et économiques.....	33
Tableau 4 : Inventaire des atouts et des problèmes des activités de contrôle de gestion.....	33
Tableau 5 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt.....	34
Tableau 6 : Tableau des objectifs de l'étude et des résultats attendus.....	42
Tableau 7 : Tableau de bord de l'étude.....	46
Tableau 8 : Tableau lié aux décisions possibles de vérification de l'hypothèse.....	60
Tableau 9 : Tableau de synthèse de l'étude.....	72
Tableau 10 : Extrait du budget du CHD-Atacora exercice 2015.....	xiii
Tableau 11 : Tableau récapitulatif des prévisions et des réalisations de recettes au comptant (C) et à terme (T).....	xiii
Tableau 12 : Tableau comparatif des prévisions et réalisations de dépenses sur les trois derniers exercices.....	xix
Tableau 13 : Effectif du personnel par service croisé avec les besoins en personnel prévu par l'organigramme du CHD-A.....	xx
Tableau 14 : Présentation des données relatives au problème spécifique N° 1.....	xxvi
Tableau 15 : Présentation des données relatives au problème spécifique N° 2.....	xxvi
Tableau 16 : Présentation des données relatives au problème spécifique N° 3.....	xxvii

GLOSSAIRE DE L'ETUDE

Besoin en fonds de roulement : c'est la situation d'insuffisance ou de manque de ressources financières. Il correspond à un besoin de financement créé par l'activité courante de l'entreprise, en particulier par son activité d'exploitation

Budget : c'est l'état récapitulatif des prévisions des ressources et des emplois autorisés pour une période déterminée.

Comptabilité : elle traduit le système de traitement de l'information financière permettant de rassembler, de suivre et d'enregistrer en unités monétaires les opérations de l'entreprise en vue d'obtenir les documents de synthèse utilisables et interprétables pour les dirigeants et pour les tiers.

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

Crédits délégués : ils sont des autorisations de dépenser, limitée dans son montant et spécialisée quant à son objet, qui est inscrite dans le Budget général de l'État au profit des services déconcentrés pour leur attribuer leur part de subvention.

Encaisse : elle est la somme des valeurs qui sont dans la caisse, mais non placée.

Gestion axée sur les Résultats : elle traduit l'approche basée sur la mise en œuvre d'un programme ou d'un projet qui intègre les stratégies, les personnes, les ressources, les outils de mesure pour améliorer la prise de décision. Elle met l'accent sur l'atteinte de résultats, l'évaluation du rendement.

Gestionnaires de crédits : il s'agit des responsables des unités administratives, ils ont l'initiative des dépenses sur les crédits budgétaires de leurs unités respectives. À cet effet, ils adressent à l'ordonnateur (délégué ou secondaire) des demandes d'engagement de dépenses.

Hôpital: c'est un lieu où l'on soigne les malades, c'est-à-dire un établissement/organisation/structure à caractère social doté de ressources matérielles, financières et humaines ayant pour activité principale la fourniture de prestations sanitaires

Hôpital de zone : c'est l'hôpital de référence des zones sanitaires

Ordonnateur secondaire : c'est une autorité déconcentrée qui réalise les opérations budgétaires relevant de son ressort territorial. Les préfets des départements sont les ordonnateurs secondaires. Ils exécutent la phase administrative de l'exécution des dépenses sur les crédits délégués.

Paiement : c'est l'acte par lequel une institution se libère de sa dette : soit en espèces, soit par chèque ou virement.

Plan de trésorerie : c'est un tableau à douze colonnes détaillant les encaissements et les décaissements mensuels. Ce document permet entre autres d'anticiper les besoins et les excédents de trésorerie. C'est un outil de gestion très important.

Recouvrement : il traduit l'ensemble des actions permettant à l'hôpital de rentrer en possession de ses créances au titre des prestations et services fournis.

Trésorerie : c'est la somme de tous les avoirs et dettes à court terme. C'est la capacité d'une entité à faire face au moment voulu au paiement des dettes exigibles. C'est, en d'autres termes, la capacité de payer et de ne pas se trouver en état de cessations de paiements. C'est une donnée qui n'est pas statique et qui varie à chaque mouvement de fonds et son évolution est fonction du rythme des recettes et des dépenses, d'une part, de l'excédent ou du déficit, progressivement de mois en mois, et qui, d'autre part, finira par apparaître à la clôture de l'exercice.

Zone sanitaire : elle traduit le 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 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 territoriale d'organisation, de planification et de contrôle de l'ensemble des activités sanitaires correspondantes.



RESUME

Le système sanitaire béninois connaît de nombreuses difficultés notamment dans la gestion des hôpitaux publics. Le Centre Hospitalier Départemental de l'ATACORA qui nous à accueilli dans le cadre de notre stage n'y échappe pas, nous avons identifié un ensemble de problèmes que nous avons regroupé par centre d'intérêt. Ces problèmes ainsi regroupés nous ont permis de retenir la problématique de **la gestion financière efficace du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora**. Afin d'aborder le sujet le mieux possible, nous avons adopté une démarche s'inscrivant dans une logique de recherche-diagnostic sur la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora. Nos recherche nous ont conduit à l'établissement du diagnostic selon lequel le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A est dû au paiement tardif des dettes à la charge l'État, le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A est dû aux dysfonctionnements et à la fermeture anticipée du SIGFIP d'une part, et à la mise en place tardive des crédits délégués d'autre part. Nous avons proposé des approches de solutions dont la mise en œuvre devrait permettre de renforcer l'efficacité de la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora.



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA GESTION FINANCIERE EFFICACE DU CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL DE L'ATACORA	4
SECTION 1 : Cadre contextuel de l'étude	5
SECTION 2 : Observations de stage et choix de la problématique de l'étude.....	14
CHAPITRE PREMIER : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE, REVUE DE LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE RETENUE POUR UNE GESTION FINANCIERE EFFICACE DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE L'ATACORA	40
SECTION 1 : Cadre théorique de l'étude.....	41
SECTION 2 : Revue de littérature et choix de la méthodologie	47
CHAPITRE SECOND : MISE EN APPLICATION DE LA METHODOLOGIE CHOISIE : ENQUETE, DIAGNOSTIC, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS POUR UNE GESTION EFFICACE DU CHD-A	61
SECTION 1 : Organisation de l'enquête, dépouillement et présentation des données	62
SECTION 2 : Analyse des données, approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre	65
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXES	xii
TABLE DES MATIERES	xxviii



INTRODUCTION

Depuis l'indépendance du Bénin(1960) à nos jours, le système de santé de notre pays connaît des problèmes de financement. Cette situation est essentiellement due au pouvoir économique faible de notre État qui ne peut pas prendre en charge les besoins financiers énormes des structures hospitalières. Les autorités politiques et sanitaires béninoises, soucieuses du bien-être de la population, ont néanmoins installé plusieurs centres de santé répartis en zones sanitaires sur toute l'étendue du territoire national. Ces centres de santé participent d'une manière ou d'une autre au développement économique du pays. Pour cette raison, le CHD-ATACORA a vu le jour pour améliorer la situation sanitaire de la population de Natitingou et ces environs afin de pouvoir apporter son édifice à l'économie nationale particulièrement à celui de l'ATACORA.

« Les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de recouvrement des hôpitaux dévoilent cruellement l'ampleur et l'impact des problèmes de gestion sur l'état des finances globales de l'hôpital. Si par le passé, rien n'invitait les hôpitaux publics à considérer l'optimisation de leur processus de recouvrement comme priorité, les problèmes de gestion financière rencontrés les placent au cœur des enjeux majeurs pour ne pas dire vitaux ». Cette citation d'Anne-Emmanuel Thomas montre à quel point il est crucial de placer le problème de l'efficacité de la gestion financière en général et celui du recouvrement en particulier au cœur de la gestion des hôpitaux publics. Outre ces problèmes, se pose le problème des arriérés de paiement qui donne de sérieux coups à la crédibilité de l'hôpital. Nous ne devons pas non plus occulter le problème de la gestion des crédits délégués ainsi que celui de l'efficacité des acteurs chargés de l'exécution des dépenses publiques dans ce secteur.

La gestion de la trésorerie au sein du Centre Hospitalier Départemental de l'ATACORA ne se fait pas sans difficultés. En effet, à l'ère de la mondialisation où l'activité économique prend de l'ampleur de jour en jour, toute entreprise, qui se veut pérenne, doit chercher à être performante en vue de ne pas succomber sous le poids de la concurrence. Ainsi pour être performante, l'entreprise doit avoir une maîtrise parfaite de son cycle d'exploitation et de sa situation financière sans oublier les contraintes de son environnement.

Comme toute organisation, elle mérite d'être gérée de façon efficace et efficiente, bien qu'elle soit à but non lucratif pour l'atteinte de ses objectifs louables et la pérennisation de ses activités. Pour sa bonne marche l'accent doit être mis sur sa gestion financière car elle est le pilier de sa vie.

Le monde étant en perpétuel mouvement, les organisations (particulièrement celles publiques), doivent au jour le jour tenir compte des variations surtout sur le plan financier et technologique pour ses prises de décisions susceptibles d'accompagner son perfectionnement sur tous les plans.

Il est donc capital de bien gérer la trésorerie du Centre Hospitalier Départemental de l'ATACORA afin de lutter contre les risques qui pourraient la dégrader. La trésorerie est une composante de l'organisation qui mérite d'être bien gérée. Elle permet à l'organisation de faire face à ses engagements d'ordre financier. C'est pour cette raison que, sa gestion n'est plus une simple activité d'optimisation de la structure financière, mais devient la gestion d'une ressource stratégique de l'organisation qui peut conditionner son existence.

L'équilibre entre les différentes caractéristiques financières (la solvabilité, la rentabilité, etc.) est du ressort de la gestion financière.

Pour mieux appréhender les handicaps liés à la gestion financière des hôpitaux et en vue d'apporter notre modeste contribution que nous avons choisi de réfléchir sur le thème :

« Analyse de la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'ATACORA »

Il est donc question d'identifier les entraves à la bonne gestion des finances du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora et de proposer les mesures à mettre en œuvre pour renforcer l'efficacité de sa gestion financière. Dans la conduite de cette réflexion notre travail s'articulera autour des chapitres portant sur :

- cadre contextuel de l'étude, observations de stage et ciblage de la problématique de la gestion financière efficace du Centre Hospitalier Départemental de l'ATACORA ;
- cadre théorique de l'étude, revue de littérature et méthodologie de recherche retenue pour une gestion financière efficace du Centre Hospitalier Départemental de l'ATACORA ;
- mise en application de la méthodologie choisie : enquête, diagnostic, approches de solutions et conditions de mise en œuvre des solutions pour une gestion efficace du CHD-A.

CHAPITRE PRELIMINAIRE :

**CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE,
OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA
PROBLEMATIQUE DE LA GESTION FINANCIERE
EFFICACE DU CENTRE HOSPITALIER
DÉPARTEMENTAL DE L'ATACORA**

Le présent chapitre aborde dans un premier temps la présentation du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora, puis dans un second temps, fait l'état des lieux et cible la problématique de l'étude.

SECTION 1: CADRE CONTEXTUEL DE L'ÉTUDE

Cette section EST consacrée à la présentation du cadre institutionnel, physique et environnemental de la réalisation de l'étude qui porte sur les activités réalisées au CHD-Atacora.

PARAGRAPHE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

Il s'agit de présenter le ministère de la Santé qui est le cadre institutionnel dans le cadre de la présente étude. Cette présentation se fera à travers un bref aperçu de l'organisation du système sanitaire béninois.

I- Organisation du système sanitaire

Le ministère en charge de la Santé au Bénin est organisé suivant le décret n° 2012-272 du 13 août 2012 portant attribution, organisation et fonctionnement du ministère de la Santé. L'organisation sanitaire est de structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend quatre niveaux de gestion que sont :

- ⇒ le niveau central,
- ⇒ niveau départemental,
- ⇒ le niveau intermédiaire,
- ⇒ le niveau périphérique.

Ce décret décrit les missions, attributions et fonctionnement de chaque niveau hiérarchique dans la pyramide sanitaire.

II- Missions

Au terme du décret n° 2012-272 du 13 août 2012 portant attribution, organisation et fonctionnement du ministère de la Santé, il a pour mission, la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la politique de l'État en matière de santé, conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin, aux visions et politique de développement du gouvernement. Par ailleurs, le ministre de la Santé est responsable de la promotion de la santé au Bénin. Il

doit assurer la couverture sanitaire à tout résident sur le territoire béninois. Il est donc chargé de :

- ✓ concevoir, d'appliquer et de contrôler la politique sanitaire de l'État ;
- ✓ définir et de suggérer au gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes conformes à la politique sanitaire ;
- ✓ développer et d'exécuter, en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé.

Il est le premier responsable de l'exécution des décisions du gouvernement dans le domaine de la santé et de l'assainissement de base. Pour accomplir ses différentes missions, le ministère de la Santé dispose de plusieurs structures.

III- Les structures du ministère de la Santé

A- Le niveau central

Outre le cabinet, le secrétariat général et les directions centrales communes à tous les ministères, le ministère de la Santé compte 8 directions techniques que sont :

- la Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance (DIEM) ;
- la Direction Nationale des Établissements Hospitaliers (DNEH) ;
- la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) ;
- la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) ;
- la Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostics (DPMED) ;
- la Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS) ;
- la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB) ;
- la Direction de la Promotion des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DPSIO).

B- Le niveau intermédiaire

Au niveau intermédiaire se trouvent les Directions départementales de la Santé (DDS) qui ont rang de direction technique. La direction départementale est l'organe de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Le système sanitaire béninois dispose actuellement de six (06) DDS. Hormis les départements de

l'Atlantique/Littoral qui abritent le Centre National Hospitalier et universitaire (CNHU – HKM) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), les cinq (05) autres DDS sont appuyées chacun par au moins un Centre Hospitalier Départemental (CHD) disposant d'une autonomie semi-financière.

C- Le niveau périphérique

La Zone sanitaire (ZS) représente le niveau périphérique. Elle constitue l'unité opérationnelle la plus décentralisée du système sanitaire regroupant une population d'environ 100 000 à 200 000 personnes. Elle dispose d'une personnalité juridique et d'une autonomie de gestion. La Zone sanitaire est organisée sous forme de réseau de services de santé de premier échelon comprenant les centres de santé communaux appuyés par un hôpital de zone qui est le premier niveau de référence. On dénombre trente-quatre (34) zones sanitaires réparties dans les six DDS. Il faut souligner que les directeurs départementaux de la santé, les directeurs des CHD et les médecins – coordonnateurs de zones sanitaires sont les gestionnaires des crédits qui leur sont affectés.

PARAGRAPHE 2: CADRE PHYSIQUE ET ENVIRONNEMENTAL DE L'ETUDE

I- Cadre physique de l'étude : le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora

À ce niveau, il s'agira de faire une description de la structure d'accueil de stage c'est-à-dire du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora.

Le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora est un centre de référence en matière de santé sis au quartier OURBOUGA (ville de NATITINGOU). Le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora (CHD-A) est un office sanitaire d'État à caractère social. Il a été créé en 1986, grâce à la coopération belge. Construit en matériaux démontables, d'où son appellation populaire « **Module** », il a été classé au rang de Centre Hospitalier Départemental en 1990 et son fonctionnement est régi par décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers départementaux et des Formations sanitaires assimilées.

Placé sous l'autorité du Ministère de la Santé, le CHD-Atacora jouit d'une semi-autonomie financière. Le CHD-A a une mission de service public en matière de santé. Il est le Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

centre de référence des prestations de soins des centres de santé du département de l'Atacora. Il appartient à l'espace hospitalier universitaire conformément au décret n° 2012-272 du 13 août 2012 portant attribution, organisation et fonctionnement du ministère de la Santé. Il a donc pour mission principale de dispenser des soins de qualité de niveau intermédiaire aux malades internes et externes, d'assurer la formation initiale, post universitaire des cadres supérieurs de la santé et de développer la recherche scientifique en matière de santé. Nous avons présenté les détails liés aux rôles et au fonctionnement de ses différents services.

I- Structure du Centre hospitalier départemental de l'Atacora

A- Structure organisationnelle

Le cadre organisationnel du CHD-A est fixé par les dispositions du **décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et des Formations sanitaires assimilées** et son **arrêté d'application n° 903/MS/DC/DSAF/SAG**.

1- Le conseil d'administration

L'organe délibérant du CHD-Atacora est son Conseil d'Administration. Il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'Établissement et dans la limite de l'objet social.

Le conseil d'administration défini dans le règlement intérieur, les pouvoirs qu'il délègue au directeur dans les limites fixées à l'article 11 du décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant statut des centres hospitaliers départementaux et formations sanitaires assimilées. Le conseil d'administration se réunit en section ordinaire deux fois par an.

Le conseil d'administration est composé des membres ci-après :

- un représentant du ministre de la Santé qui a la qualité de Président ;
- un représentant du ministre en charge des Entreprises en qualité de vice-président ;
- le Directeur Départemental de la Santé ;
- le Directeur du Centre Hospitalier Départemental ;
- le Receveur des Finances ;
- le Directeur départemental du Travail et des Affaires sociales ;
- le Directeur départemental du Plan et de la Statistique ;
- un représentant des populations
- un représentant du ministre de la Justice ;

- un représentant de la Commission médicale consultative ;
- deux représentants du personnel du Centre Hospitalier Départemental, dont un, administratif ;
- un représentant des partenaires au développement sanitaire intervenants dans le financement du centre ;
- un représentant des guérisseurs traditionnels

2- Les commissions spécialisées et consultatives

Les organes consultatifs du CHD-A et les commissions spécialisées et consultatives sont le Comité de Direction (CODIR), la Commission médicale consultative (CMC), la Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS) et enfin la Cellule du Contrôle de Gestion (CCG).

Le CODIR est un organe consultatif obligatoire présidé par le directeur du CHD-A et consulté pour des décisions importantes telles que l'élaboration du budget et de la politique générale du Centre Hospitalier Départemental

La CMC quant à elle est consultée sur les principales affaires concernant notamment les activités de santé, l'organisation, le fonctionnement, la répartition des services médico-techniques. La CMC examine les questions relatives à l'hygiène, à la salubrité et au fonctionnement médical et technique du CHD-A.

La Commission d'Hygiène et de Sécurité est un organe technique de contrôle et de gestion en matière d'hygiène. Elle donne obligatoirement son avis sur l'aménagement et la répartition des services techniques, les grosses réparations, l'achat et la distribution du matériel et des médicaments.

La Cellule de Contrôle de Gestion est un organe technique d'analyse en position staff par rapport au Directeur et lui facilite les prises de décisions. Elle donne des informations économiques financières et statistiques permettant de situer l'évolution des services et d'en apprécier les résultats en vue d'un ajustement de la politique et des programmes d'activités du centre.

B- Structures de fonctionnement

En dehors de ces organes dirigeants, le CHD-A dispose aussi de services opérationnels et techniques lui permettant d'accomplir ses différentes missions. Ces services sont subdivisés en divisions et les divisions en sections conformément aux dispositions de l'arrêté n° 903/MS/DC/DSAF/SAG du 19 avril 1995 portant application du décret n° 90-347 cité ci-dessus. Les services qui assurent la gestion du CHD-A sont les suivants :

1- La direction

La gestion du CHD-A est assurée par le Directeur qui dispose à cet effet des pouvoirs définis par le règlement intérieur. Il met en œuvre les décisions du Conseil d'Administration à qui il rend compte et qui le contrôle. En cas d'absence du Directeur, son intérim est assuré par le Chef du Service des Affaires administratives et économiques.

Le directeur a pour mission d'assurer la gestion du centre, à travers la coordination des activités de tous ses services, en vue d'assurer aux populations des soins de qualité. Il est assisté dans sa mission par le (ou la) Secrétaire de Direction et le Surveillant général. Il a également pour mission :

- assurer l'exécution des décisions prises par le conseil d'administration à qui il rend compte et qui le contrôle ;
- ordonnancer le budget de la formation sanitaire et veiller à son exécution tant en recettes qu'en dépenses ;
- noter le personnel et procéder aux affectations et mutations au sein du service.

2- Le Service des Affaires administratives et économiques

(SAAE)

Il a pour mission de :

- concevoir et mettre en œuvre la politique de gestion des ressources humaines et matérielles du centre ;
- gérer la facturation des droits du CHD et tenir la comptabilité matière ;
- faire le suivi des malades et des statistiques ;
- organiser l'entretien et la maintenance du CHD;
- gérer les régies ;

- assurer la logistique du centre, à travers la coordination des activités des divisions placées sous son autorité à savoir :
 - la Division Gestion administrative et du Personnel (**DGAP**) ;
 - la Division Économat (**DE**) ;
 - la Division Gestion des Malades et Statistiques (**DGMS**).

3- Le Service des Affaires financières (SAF)

Il a pour mission la mise en œuvre d'actions nécessaires à la bonne tenue de la comptabilité en vue de la production d'états financiers fiables. Il assure la gestion sécuritaire et efficiente des ressources financières du centre, la rentabilité des excédents de trésoreries et assume le contrôle financier du centre.

Il assure également la coordination des activités des divisions placées sous son autorité :

- Division Comptabilité et Budget (**DCB**);
- Division Recouvrement et Opérations bancaires (**DROB**).

4- Les Services médicaux et techniques (SMT)

Le Chef des Services médicaux et techniques a pour mission de coordonner les activités de tous les services médicaux et techniques du centre. Il assure aussi la coordination des activités des divisions ci-après :

- Division Médico-Technique ;
- Division Hospitalisation et Spécialités médicales ;
- Division des Affaires sociales.

II- Cadre environnemental de l'étude

A- Le micro environnement

Il s'agit des acteurs externes immédiatement en contact avec le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora et qui influencent directement ses activités. Il est composé d'usagers, des fournisseurs, des structures concurrentes et des partenaires.

1- Les usagers

Malgré le dénuement du CHD Atacora en ressources humaines qualifiées et en matériels médico-techniques adéquats, le personnel qui l'anime donne le meilleur de lui-même pour

prodiguer des soins de qualité aux populations. Ainsi, la population cible, répartie dans les treize communes des départements de l'Atacora et de la Donga, était de 1244222 en 2012 ; elle est passée à 1285008 en 2013 puis à **1 508 822 habitants** en 2014 dont 984 905 pour l'Atacora et 500 103 pour la Donga. Les chiffres issus des rapports d'activités de CHD-A font état de ce que le centre a reçu 4435 patients en consultation en 2014 contre 4034 en 2013 et 3692 en 2012.

2- Les concurrents

Les départements de l'Alibori et de la Donga disposent de plusieurs centres de santé publique qui ont le même plateau technique que le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora et qui sont susceptibles de lui faire de la concurrence. Il s'agit de :

- ✓ Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Tanguieta érigé en hôpital de zone pour les communes de Tanguieta, Cobly et Materi
- ✓ Hôpital de zone de Natitingou pour les communes de Natitingou, Boukombé et Toucountouna
- ✓ Hôpital religieux Sainte Bakhita de Natitingou
- ✓ Le Centre Hospitalier Départemental Donga
- ✓ Ordre de Malte de Djougou pour les communes de Djougou, Ouaké et Bassila
- ✓ Hôpital de zone de Kouandé pour les communes de Kouandé, Kérou et Ouassa-Péhounco
- ✓ Hôpital de zone de Bassila

3- Les fournisseurs

À la date du 27 février 2015, la liste des fournisseurs agréés pour la gestion 2015 du CHD-Atacora comptait 29 entreprises et établissements, dont deux entreprises agréées sous réserve de pièces à fournir pour compléter leur dossier. Cette liste est essentiellement composée d'entreprises de fourniture de médicaments, de maintenance, d'entretien, et de fournitures de matériels et mobiliers de bureau.

B- Le macro-environnement

Il s'agit des facteurs externes à caractère général qui influencent directement le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora. Nous les avons regroupés deux à deux : les facteurs économiques et financiers, les facteurs administratifs et socioculturels.

1- Facteur économique et financier

Sur le plan économique, le Bénin figure parmi les pays pauvres et très endettés de la planète avec un indice de développement humain (IDH), en 2012, de 0,431 le situant au rang de 162e sur 177 pays. L'IDH du Bénin est inférieur à la moyenne des pays en développement. S'agissant de la population active, le secteur primaire est en tête de l'occupation de la main d'œuvre avec 65 % suivi des secteurs tertiaire (30 %) et secondaire (5 %) (INSAE, 2012). Ce secteur primaire prépondérant étant resté à l'étape traditionnelle de non-modernisation, le Bénin connaît en conséquence une situation de pauvreté chronique malgré les efforts consentis par les gouvernements successifs pour la consolidation des agrégats macroéconomiques par des réformes structurelles.

Depuis 2006, l'économie béninoise est entrée dans une nouvelle phase de croissance. En effet, de 3,8 % en 2006, le taux de croissance est passé en 2008 à 5,0 % en lien avec le rétablissement de la confiance au niveau des opérateurs économiques, la dynamisation de la production agricole, le renforcement des relations de coopération économique avec le Nigeria, l'assainissement des finances publiques, les grands chantiers ouverts par l'État sur l'ensemble du territoire national, etc. Cette expansion de l'économie ne s'est pas poursuivie en 2009 du fait des effets du second tour de la crise financière internationale et des mesures prises par le Nigeria pour faire face à la crise alimentaire ainsi que la corruption et l'impunité généralisées qui se sont installés au Bénin (revue Business Africa). Une analyse des performances par secteur d'activité montre que les secteurs primaire, secondaire et tertiaire sont en stagnation.

2- Facteurs administratif et socioculturel

Sur le plan administratif, le Bénin est théoriquement, depuis 1999, découpé en douze départements qui sont : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Mais de façon pratique l'administration continue de fonctionner à l'image de l'ancien découpage de six départements que l'on regroupe comme suit : Borgou-Alibori, Atacora-Donga, Atlantique-Littoral, Zou-Collines, Mono-Couffo, et Ouémé-Plateau. Chaque département est subdivisé en communes, chaque commune en arrondissements et chaque arrondissement en villages et quartiers de villes. Ainsi donc, le Bénin compte 77 communes dont trois à statut particulier (Porto-Novo, Cotonou, Parakou), 546 arrondissements et 3.747 villages et quartiers de ville. Chaque village ou quartier de ville constitue l'unité administrative de base autour de laquelle s'organise la vie sociale et économique.

Sur le plan socioculturel, le Bénin reste encore un pays à taux élevé d'analphabétisme. D'une manière générale, 7 personnes sur 10 âgées de 15 ans et plus sont analphabètes et 6 personnes âgées de 15 ans et plus sur 10 n'ont jamais été à l'école. Cependant, les actions entreprises par le gouvernement et les partenaires au développement ont permis une amélioration sensible du taux brut de scolarisation dans le primaire qui, en 2004, était de 96 %. La population béninoise est composée d'une soixantaine d'ethnies regroupées en une dizaine de grands groupes. Elle accorde une très grande importance à la spiritualité avec près de 80 % utilisant les services de la religion traditionnelle. Cette multiplicité ethnique engendre une diversité tout aussi grande de culture que de comportements en liaison avec la santé.

SECTION 2: OBSERVATIONS DE STAGE ET CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Cette section ressort en premier lieu nos observations sur le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora et en second lieu le choix de la problématique.

PARAGRAPHE 1: OBSERVATIONS DE STAGE AU CHD-A

Dans cette partie, nous avons fait part de nos observations de stage aussi bien à l'interne qu'à l'externe ainsi que le bilan de ces observations.

I- État des lieux à l'interne

Nous aborderons dans cette partie les constats faits au cours de notre stage par rapport aux activités financières, à celles administratives et économiques et enfin à celles liées au contrôle de gestion sans la prise en compte de l'environnement.

Il est à souligner que nous avons parcouru tous les services administratifs du Centre Hospitalier Départemental et que l'apprentissage s'est fait avec une franche et saine collaboration. Les autorités administratives du centre n'ont ménagé aucun effort pour nous aider à la réalisation du présent document. Nous avons noté une bonne ambiance de travail au CHD-Atacora. Tous les services parcourus travaillent de façon concomitante et synchronisée suivant des repères et normes préétablis.

A- Observations sur les activités financières

Au terme de l'article 29 du décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées, le service des affaires financières est chargé de l'élaboration du budget, du recouvrement des

recettes, du paiement des dépenses, des opérations de banque, de la tenue de la comptabilité générale et analytique de l'établissement.

Nous avons eu l'occasion de constater que le ministère de la Santé a mis à la disposition de l'hôpital un manuel de procédures administratives et financières élaboré et validé en décembre 2010 décrivant clairement les tâches à exécuter par chaque acteur. Toutefois, c'est le Chef du Service Administratif et Financier qui établit les chèques alors que c'est une attribution du chef de la Division Recouvrement et Opération bancaire. C'est également le cas du règlement des prestataires qui doit impérativement être fait par virement ou chèque bancaire au nom de l'établissement et non de son représentant. Pour certaines prestations fournies par des ouvriers, le règlement se fait au nom de l'exécutant, car ils ne disposent ni de pièces administratives, ni de comptes bancaires dans la plupart des cas au mépris des dispositions du manuel de procédures. On peut retenir que le CHD utilise des prestataires non règlementaires, chose qu'un service étatique ne devrait pas encourager. Cela traduit un non-respect du manuel de procédures.

CS n° 1 : non-respect des dispositions du manuel de procédure administrative et financière (faiblesse).

1- État des lieux sur l'élaboration du budget

Cet exercice doit tenir compte des grands principes du droit budgétaire que sont le principe de l'annualité, l'unité, l'universalité, l'équilibre budgétaire et la spécialité des crédits.

a) L'annualité budgétaire

L'article 55 du décret cité supra a prévu que l'exercice budgétaire commence le premier janvier et finisse le trente et un décembre de la même année. Néanmoins, la date de clôture de l'exercice est fixée au dernier jour du mois de février de l'année suivante en ce qui concerne les opérations d'ordonnancement, de paiement, d'émission de titre de recette et de recouvrement. Les autorités administratives du centre hospitalier départemental prennent toutes les mesures nécessaires pour que le budget de l'exercice soit toujours voté avant le 31 décembre de l'année précédente. Le budget est voté par le conseil d'administration. En effet, le conseil d'administration se réunit deux fois par an et procède au vote du budget de l'année suivante à la deuxième session qui a lieu en fin d'année. Il faut souligner ici la présence d'un conseil d'administration fonctionnel qui vote le budget à bonne date dans le strict respect du principe de l'annualité.

CS n° 2 : respect du principe de l'annualité (force).

Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

En ce qui concerne la période complémentaire qui est un aménagement du principe de l'annualité, aucun acte d'engagement n'est pris au cours de cette période. Cette période permet néanmoins de traiter les instances. Toutefois, la totalité des paiements n'arrive pas être effectuée avant l'expiration de ce délai. Cela crée donc des dettes qui s'accumulent, parfois sur plusieurs années. Il y a en effet des arrières de paiement qui datent de 2013 et même d'autres, plus anciens. On déplore un important taux d'arriérés de paiement de dettes.

b) L'unité budgétaire et l'unicité de trésorerie

Au Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora, l'unité budgétaire est la règle. Le CHD-A dispose d'un budget unique voté avant le début de chaque année par le conseil d'administration. Il est heureux de constater que le principe de l'unité budgétaire est respecté.

CS n° 3 : respect du principe de l'unité budgétaire (force).

En ce qui concerne l'unicité de trésorerie, le décret n° 2014-571 du 7 octobre 2014 portant règlement général sur la comptabilité publique dispose que « les fonds détenus par les comptables publics sont gérés selon le principe de l'unité de caisse. Ce principe s'applique à toutes les disponibilités des comptables qu'elle qu'en soit leur nature. Il entraîne l'obligation de comptabiliser en un seul compte financier toutes les disponibilités correspondant à sa nature.

Un poste comptable dispose, sauf dérogation expresse du ministre chargé des Finances, d'une seule caisse, d'un seul compte courant bancaire et d'un seul compte courant postal ».

De nos observations au cCentre Hospitalier Départemental de l'ATACORA, il ressort que toutes les recettes (vente de médicaments, consultations, accouchements, examens de laboratoire, etc.) transitent par une seule caisse ouverte à cet effet. À la fin de chaque journée de travail, le Chef de division comptabilité fait le point des recettes avec le caissier et ensuite le caissier va verser les fonds dans le compte du CHD-A ouvert dans les livres d'ORA BANK¹ (compte médicaments et compte fonctionnement). Lors du versement d'espèce à la banque, les recettes issues de la vente des médicaments sont versées dans le compte intitulé « CHD/PHARMACIE » tandis que celles qui proviennent des autres prestations sont versées dans le compte intitulé « CHD/ATACORA ». On remarque donc que le CHD-A dispose de

¹ Première banque à s'installer à Natitingou au lendemain de la crise qui suivit la fermeture des banques d'État de l'ère révolutionnaire.

deux comptes bancaires et de surcroît dans le même établissement financier. Le principe de l'unicité de trésorerie n'est pas respecté dans le cadre de la gestion budgétaire.

CS n° 4 : non-respect du principe de l'unicité de trésorerie (faiblesse).

De plus, sauf dérogation instituée par décret pris sur le rapport du ministre chargé des Finances et du ministère intéressé, les collectivités locales, les établissements publics et les personnes morales bénéficiant de taxes parafiscales sont tenus de déposer au Trésor toutes leurs disponibilités. Néanmoins, le CHD-A dépose ses fonds dans une banque commerciale. Le CHD-Atacora ne respecte pas l'obligation faite aux correspondants du trésor de déposer leur disponibilité au trésor.

c) Le principe de l'universalité budgétaire

Le principe de l'universalité budgétaire veut qu'il soit fait recette de l'ensemble des ressources et que celles-ci servent à financer l'ensemble des charges. Il ne doit avoir aucune contraction entre recette et dépense ni affectation d'une ressource à une charge.

De nos constats, les recettes issues de la vente de médicaments sont déposées sur un compte intitulé CHD/PHARMACIE et servent à financer uniquement les dépenses d'achat de médicaments. Nous pouvons retenir que le principe de l'universalité n'est pas respecté.

CS n° 5 : non-respect du principe de l'universalité budgétaire (faiblesse).

d) Le principe de l'équilibre budgétaire

Selon l'article 52 du décret cité supra, le budget du centre hospitalier départemental est voté en équilibre en recettes et en dépenses. Nous avons effectivement pu le constater à travers un extrait du budget de CHD-A que nous avons présenté (**Annexe 1**).

On remarque que le total des charges est égal à celui des produits comme le prévoit le principe de l'équilibre budgétaire.

CS n° 6 : respect du principe de l'équilibre budgétaire (force).

e) Le principe de la spécialité des crédits

L'article 54 du même décret prévoit que les recettes et les dépenses du centre hospitalier départemental sont réparties par comptes budgétaires. Tout virement d'un compte à un autre

doit être autorisé par le conseil d'administration. Au cours de notre stage, nous avons constaté qu'aucune création d'emploi ne peut être faite si la prévision ne figure pas au budget. En effet, le principe de la spécialité des crédits est respecté au sein du CHD-A.

CS n° 7 : respect du principe de la spécialité des crédits (force).

2- État des lieux sur le recouvrement des recettes

L'article 50 du décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées a prévu que sont considérés comme recettes, les prix des hospitalisations, soins médicaux, chirurgicaux, des consultations et divers examens de laboratoire, de radiologie et autres.

Ces recettes sont perçues dans les conditions ci-après :

- a) Sur le budget employeur lorsqu'il s'agit des agents permanents de l'État, des agents des forces armées ou des agents des sociétés et offices d'État ou privés.
- b) Sur les agents émargeant au budget national et des collectivités locales pour 1/5 et représentant leur participation au financement de la santé
- c) Sur les particuliers traités à leur frais
- d) Sur les budgets des collectivités locales pour leurs ressortissants indigents.

De toutes les recettes perçues par le Centre Hospitalier Départemental, seuls les particuliers traités à leur frais payent au comptant, les autres payent à terme. Il s'agit des compagnies d'assurance pour le compte de leurs assurés dont les délais de remboursement n'excédant pas six mois, des sociétés et offices d'État qui peuvent mettre jusqu'à un an avant de rembourser, de l'État pour le compte des agents permanents qui peut mettre parfois trois ans avant de rembourser, et enfin la collectivité locale pour le compte de fonds de solidarité aux indigents et de son personnel.

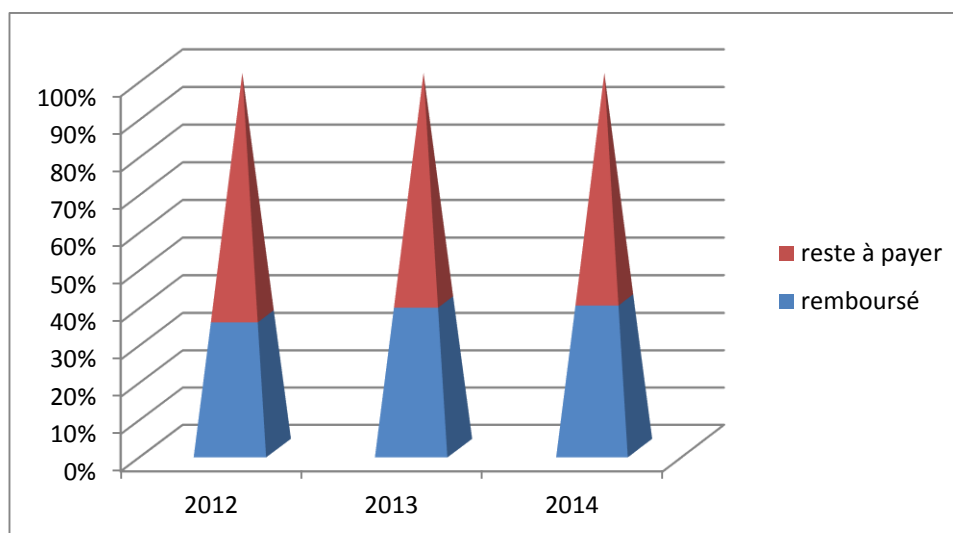
Une analyse des délais de crédit qu'accorde le CHD-Atacora à ses clients, révèle que l'hôpital accorde beaucoup de temps à ses clients, soit en moyenne 216 jours. Quant aux dettes à la charge de l'État, elles ne sont pas vite remboursées en raison du long circuit et de la lourdeur des procédures d'exécution des dépenses publiques, créant ainsi des tensions de trésorerie au CHD-A du fait de leurs gros volumes et du long délai de remboursement.

En effet, de la facturation jusqu'à l'encaissement réel de la créance se succèdent plusieurs étapes effectuées chacune dans un délai relativement long en raison de la lenteur administrative et de la négligence qui caractérisent la plupart des services publics de notre pays. Les agents envoyés en mission par le CHD-Atacora dans les ministères pour accélérer le processus de recouvrement ne parviennent pas à faire grand-chose. Les nombreuses étapes que traversent les factures et l'absence de suivi rapproché rallongent considérablement le délai de recouvrement des créances.

CS n° 8 : absence de suivi rapproché des factures (faiblesse)

Généralement, bien que les échéances de recouvrement soient bien définies à l'avance, les débiteurs ne sont pas suspendus en cas de non-respect des échéances et beaucoup sont ceux qui ne soldent pas leur compte avant la fin de l'année. À cela, on ajoute les débiteurs de mauvaise foi qui ne paient pas leurs créances tout simplement. Malheureusement, à la lecture du point des recouvrements des créances sur les trois dernières années présenté à la figure n° 1, on constate qu'il existe un faible taux de recouvrement des créances.

Figure 1: Point des recouvrements des créances sur les trois exercices clos



Source : Nos investigations

Le montant total des factures envoyées aux différentes institutions s'élève à trente-quatre millions cinq cent quatre-vingt-trois mille six cent soixante-trois (34.583.663) francs CFA. Ces différentes institutions doivent au centre hospitalier à la fin de l'exercice 2014 une somme de vingt-six millions cinq cent onze mille six cent un (26 511 601) FCFA, dont vingt, et un

million trois cent quatre mille huit cent quatre-vingts **(21.304.880) francs CFA soit 80,36 %** à la charge de l'État répartie entre les initiatives de gratuité et les soins au profit du personnel de l'État. Cela témoigne du faible niveau de recouvrement des ressources propres du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora.

CS n° 9 : faible niveau de recouvrement des ressources propres (faiblesse)

Quand on tient compte de la gestion des ressources financières au CHD-Atacora, en se basant sur les budgets et les rapports financiers, on constate un faible taux de réalisation des recettes par rapport aux prévisions comme l'illustre le tableau récapitulatif des prévisions et des réalisations de recettes au comptant (C) et à terme (T) (**Annexe 1**).

Ces écarts importants illustrent un défaut de planification des recettes.

3- État des lieux sur le paiement des dépenses

Les dépenses du centre hospitalier départemental comme prévu à l'article 51 du décret cité supra sont constituées par :

- ✓ les frais de fonctionnement ;
- ✓ les frais de maintenance et d'entretien ;
- ✓ les frais du personnel pris en charge par le budget de la formation sanitaire ;
- ✓ les indemnités et primes.

Suivant les chiffres fournis par les autorités administratives du CHD-Atacora, les prévisions et les réalisations de dépenses sont présentées dans un tableau comparatif des prévisions et réalisations de dépenses sur les trois derniers exercices (**Annexe 1**).

Pour faire une analyse comparative des prévisions et des réalisations de dépenses sur les trois derniers exercices, nous avons choisi l'indicateur « taux de réalisation » pour mesurer le niveau de maîtrise de la planification au CHD Atacora.

Ce tableau indique que les taux de réalisations sont globalement négatifs. Ces taux ont été de (-17)% en 2012 (-25)% en 2013 et (-8)% en 2014. À l'exception du compte 60 en 2014 (+2,7)% et du compte 65 en 2013 qui affichent des taux positifs. En d'autres termes, il apparaît que les prévisions sont gonflées chaque année comme si cela était une stratégie pour obtenir davantage de crédits délégués. Les grands écarts observés sur les charges fiscales me semblent exagérés pour en faire des analyses fiables. En effet, les taux de réalisation ont été de 648 % en 2012 et de 4530 % en 2013.

Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

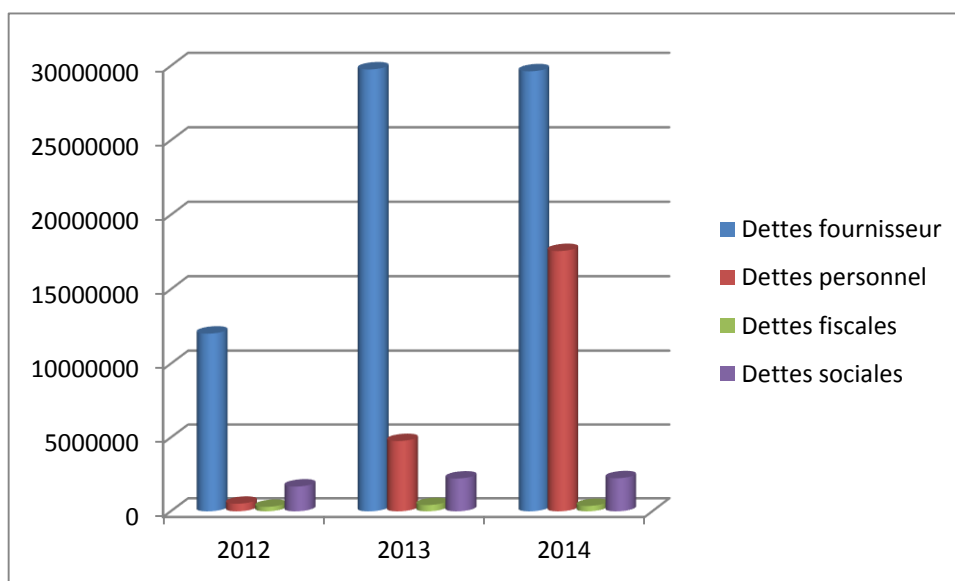
Par ailleurs, les grandes variations observées sur les taux de réalisation d'une année à l'autre révèlent que les responsables du CHD occultent les faiblesses de gestion de l'année antérieure pour projeter les activités de l'année à venir. De façon simpliste, un faible taux de réalisation des dépenses budgétaires laisse penser à un faible niveau de travail du personnel si l'on admet que les prévisions sont réalistes.

Au total, il est à noter un manque de maîtrise de la politique de prévision des dépenses et des recettes au CHD de l'Atacora au cours de ces trois années.

CS n° 10 : manque de maîtrise de la politique de prévision des dépenses et des recettes (faiblesse).

En ce qui concerne les états financiers du CHD-A, nous les avons examinés au cours de notre stage, le point saillant qui ressort de cette analyse est la situation de la dette par année. Les chiffres sont présentés dans le diagramme ci-après.

Figure 2 : Point des dettes du CHD-A



Source : états financiers des années 2012, 2013 et 2014

La figure 2 illustre ce qui suit :

Les dettes fournisseuses constituent l'essentiel des dettes de la structure, elle représente 82,78 % en 2012, 80,05 % en 2013 et a connu une réduction sensible en 2014. Cet état de choses agit sur la crédibilité du CHD-A vis-à-vis des potentiels soumissionnaires et des prestataires.

Les dettes de personnel ont progressivement représenté une part importante des dettes du CHD-A. En effet, elles ont évolué de 4 % en 2012 à 13 % en 2013 pour atteindre 35 % en 2014. Avec cette tendance évolutive, on pourrait faire craindre une démotivation du personnel, voire des mouvements sociaux au sein du centre.

Les dettes fiscales et les dettes sociales sont à des taux relativement faibles (inférieur à 5 %) dans la structure des dettes du CHD-A.

Certaines de ces dettes peuvent rester impayées pendant des années, cela témoigne d'une accumulation des arriérés de paiement au CHD-A.

CS n° 11 : accumulation des arriérés de paiement (faiblesse)

4- État des lieux par rapport aux opérations de Banque

L'article 56 du décret cité supra prévoit que la Direction générale du Trésor et de la Comptabilité publique verse aux comptes bancaires ou postaux du CHD tous les produits des recettes qui transitent par ses caisses. Tous les autres produits de recettes sont directement versés aux comptes bancaires ou postaux de l'établissement.

De nos observations, à la fin de la journée, le caissier principal fait le point de l'encaisse journalière et tient les différents livres journaux, ensuite après vérification du Chef service affaires financières, le caissier se rend à la banque pour déposer les recettes de la journée en prenant soin de séparer les recettes des médicaments des autres recettes, car elles sont destinées uniquement au compte intitulé CHD/PHARMACIE. En ce qui concerne les jours non ouvrables, le caissier attend le jour ouvrable suivant pour faire le dépôt. On note donc un souci de sécuriser les fonds du CHD-A.

En ce qui concerne le recouvrement des créances, elles font également l'objet de transactions bancaires que le créancier soit du secteur privé ou du secteur public. Quand il s'agit du secteur privé, les organismes privés émettent un chèque au profit du CHD-A. Quant au secteur public, la facture suit la procédure normale d'exécution des dépenses publiques et est ensuite virée sur le compte du CHD-A par les services de la recette générale des finances (RGF).

Le Chef service des affaires financières doit établir chaque mois un état de rapprochement bancaire, mais nous avons observé que cette périodicité n'est pas respectée. Les états de rapprochement bancaire ne sont pas établis à temps.

Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

CS n° 12 : retard dans l'établissement des états de rapprochement bancaire (faiblesse)

5- État des lieux sur la comptabilité du CHD-A

Au Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora, la tenue de la comptabilité se fait sous deux volets, une comptabilité informatisée tenue grâce au logiciel PERFECTO qui permet de générer automatiquement tous les documents comptables après la saisie des informations sur la plate-forme et une comptabilité manuelle. L'utilisation de ce logiciel de gestion comptable est une réalité dans tout le service financier et le service administratif de sorte que toute la phase administrative de l'exécution des dépenses se fait sur la base de cet outil. Il est également utilisé pour la facturation et l'encaissement des recettes. Cet outil technologique moderne facilite la gestion et la tenue comptabilité analytique et générale. Il est heureux de constater une bonne tenue de la comptabilité générale et analytique du CHD-A.

CS n° 13 : une bonne tenue de la comptabilité analytique (force)

Parallèlement à cette comptabilité informatisée se tient la comptabilité manuelle. L'enregistrement des écritures comptables se fait sur la base d'un plan comptable des CHD élaboré et mis à disposition par le ministère de la Santé. Chaque écriture s'enregistre suivant le système classique avec inscription dans un journal unique et report au Grand Livre. Globalement, les grandes étapes du cycle comptable au CHD-Atacora peuvent se résumer comme suit :

- réouverture des livres au vu des documents audités puis écriture de contre-passation des comptes au 2 janvier de chaque exercice ;
- naissance de l'opération matérialisée par une pièce comptable ou un support adéquat (mentions obligatoires ainsi que les visas et cachets internes) ;
- vérification de l'authenticité de la pièce,
- rapprochement avec les supports de l'exploitation ;
- imputation comptable sur la pièce, puis enregistrement au journal ;
- report du journal au grand-livre ;
- établissement de la balance générale mensuelle au vu du grand livre, jusqu'à la balance avant inventaire de décembre de chaque année ;
- réalisation des travaux d'inventaire (inventaire physique : espèces, stocks de fournitures et matériels, immobilisations, créances et inventaires extracomptables :
Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

états de rapprochement bancaires ainsi que l'évaluation des charges et produits se rapportant à l'exercice ;

- passation des écritures d'inventaire au journal au vu des supports des travaux d'inventaire,
- report au grand-livre puis élaboration de la balance d'inventaire ;
- élaboration des états financiers (situation patrimoniale et état de formation de résultat) au vu de la précédente balance ;
- établissement des états annexés ;
- audit interne et externe ;
- clôture des livres ;

L'application des procédures comptables ci-dessus, permet de produire des états financiers qui reflètent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat du CHD-A, en respectant de façon sincère les principes et méthodes comptables du système comptable OHADA. Toutefois, les états financiers ne sont pas produits à temps par le CHD-A et ne font pas l'objet de certification.

CS n° 14 : retard dans la production des états financiers et défaut de leur certification (faiblesse).

6- État des lieux sur la gestion des crédits délégués

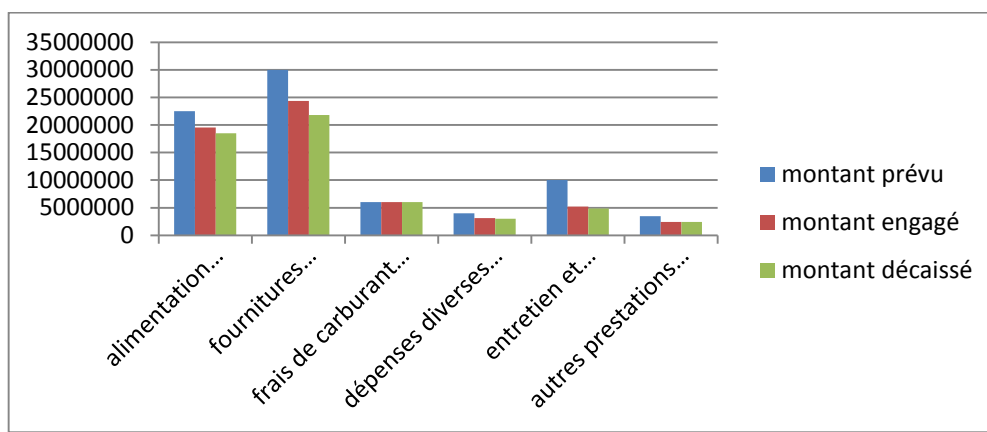
Les crédits délégués constituent les ressources du budget général de l'État affectées à la réalisation des activités du centre hospitalier départemental. Il s'agit des crédits mis à leur disposition par le ministère de la Santé pour l'exécution des dépenses au niveau départemental. La mise en place de ces crédits délégués se fait à la suite de l'élaboration du budget, de la répartition et de la notification des crédits. La mise en place des crédits délégués par la Direction des Ressources financières et du Matériel du ministère de tutelle doit être achevée au plus tard le 31 janvier de l'année budgétaire, autrement l'applicatif SIGFIP est programmé pour procéder à la mise en place des crédits au profit des départements. Cette disposition contenue dans la lettre de notification des crédits du ministre en charge des Finances vise à garantir une célérité dans la mise à disposition des crédits délégués. Mais dans la pratique, la notification des crédits délégués au CHD-A est faite au cours du mois de février. Cela met en exergue un retard dans la mise en place des crédits.

Dès la réception des fiches de délégation des crédits, le directeur du centre hospitalier départemental initie l'engagement des dépenses sur les crédits dont il est le gestionnaire. Il notifie aux différents chefs de service de sa direction les crédits qui leur sont alloués. Ces derniers, sur la base des crédits affectés à leur service, programment des activités à inscrire au Plan de travail annuel (PTA). Il est à déplorer qu'il n'existe pas toujours une adéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs fixés dans le PTA.

Après la validation du PTA, le directeur du CHD-A, en tant que gestionnaire de crédit, initie la dépense en adressant des demandes d'engagement appuyées des pièces nécessaires à l'ordonnateur secondaire (le Préfet). Celui-ci par sa signature autorise l'exécution des dépenses. Nous avons pu remarquer toutes les fois où nous nous sommes rendus à la préfecture, une pile de parapheurs des différents gestionnaires de crédit. Compte tenu de l'importance des tâches à accomplir par le préfet, celui relègue cette activité au second plan. De plus, il est régulièrement absent soit pour assurer l'intérim de son collègue des départements du Borgou-Alibori soit pour des réunions dans les ministères sectoriels. Cet état des choses entraîne un retard considérable dans la consommation des crédits délégués.

Ensuite, c'est le prestataire le moins-disant qui doit être retenu. Le Délégué départemental du Contrôleur financier veille à la régularité de la procédure budgétaire, au respect des indications du répertoire des prix de référence et de la réalité du service fait. Le paiement de la dépense est assuré par le Receveur des Finances. Les crédits délégués sont exécutés par la procédure normale d'exécution des dépenses publiques.

Malgré le fait que les crédits délégués sont jugés insuffisants par les autorités administratives du CHD-A pour faire face à leurs besoins sans cesse croissants, ils n'arrivent pas à les consommer à 100 %. La figure n° 3 illustre parfaitement le faible niveau de consommation des crédits délégués.

Figure 3: Consommation des crédits délégués en 2014

Source : rapport d'activité 2014 du CHD-A

CS n° 15 : faible taux de consommation des crédits délégués (faiblesse).

B- Observations sur les activités administratives et économiques

Elles sont effectuées par le Service de l'Administration et des Affaires économiques (SAAE). Au terme de l'article 28 du décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées, le service de l'administration et des affaires économiques est chargé de la gestion administrative et du personnel, de la facturation des droits du centre hospitalier départemental, de la tenue de la comptabilité matière, de la gestion des malades et des statistiques, de la maintenance et de l'entretien du centre hospitalier.

1- État des lieux sur la gestion administrative et du personnel

La gestion administrative et du personnel est assurée par la division gestion administrative et du personnel. Cette division utilise pour son fonctionnement deux (02) agents, dont un chef division, et un chef section et effectue les activités de secrétariat, de mouvement du personnel (il s'agit des mutations et des autorisations d'absence et de congé), les formations suivies et la gestion du matériel. Nous allons restituer dans un premier temps les constats relatifs à la gestion du personnel, ensuite dans un second temps ceux relatifs à la gestion du matériel.

Au cours de notre stage, nous avons constaté que le nombre d'autorisations dont a bénéficié le personnel est resté stationnaire avant de décroître légèrement au cours des trois dernières années (2012, 2013 et 2014). Toutefois, les autorisations de congés administratifs ont connu une augmentation. Ceci se traduit par l'élaboration d'un planning de départ en congé par service retraçant la date probable de départ en congé de chaque agent au cours de

Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

l'année. La disponibilité de ce planning a induit la réduction des autorisations d'absence au profit des congés.

CS n° 16 : disponibilité d'un planning de gestion des absences du personnel (force).

Il est inquiétant de constater que certains services souffrent d'un déficit de personnel comme l'illustre le tableau de l'effectif du personnel par service croisé avec les besoins en personnel prévu par l'organigramme (**Annexe 2**). Quand on consulte également les qualifications du personnel surtout administratif et qu'on le compare au profil défini dans le décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées, on note que plusieurs agents n'ont pas le niveau de qualification requise à leur poste.

CS n° 17 : insuffisance du personnel (faiblesse).

CS n° 18 : inadéquation du profil par rapport à certains postes (faiblesse).

En consultant l'organigramme et la liste du personnel, nous avons croisé les données et remarqué un déficit de personnel à certains postes comme on peut le remarquer dans le tableau de l'effectif du personnel en termes d'idéal à avoir et d'existant. Voir les détails en (**Annexe 2**).

Tout d'abord, il convient de souligner que l'hôpital dispose d'un organigramme détaillé et actualisé retraçant les diverses relations hiérarchiques et fonctionnelles entre les différents services. Ainsi, le Conseil d'Administration, organe délibératif du centre et le Comité de Direction, organe exécutif entretiennent avec la Direction des relations fonctionnelles alors que les différents services internes sont reliés au directeur par des liens hiérarchiques.

CS n° 19 : existence d'un organigramme détaillé (force)

Enfin, la gestion du personnel rencontre des obstacles du fait de l'appartenance des agents de santé à différents types de statuts à savoir :

- les Agents permanents de l'État ;
- les Agents contractuels de l'État ;
- les Agents contractuels recrutés sur financement communautaire ;
- les Agents contractuels recrutés grâce aux mesures sociales.

La lenteur dans la procédure d'achat des pièces détachées figure également parmi les principales faiblesses. Il en résulte une dégradation précoce des équipements. Le même

problème se pose aussi en ce qui concerne les moyens de transport qui sont nécessaires pour le transfert des malades. Cette situation est favorisée par l'absence de politique appropriée pour l'acquisition et la gestion des équipements médico-techniques et l'inexistence d'un plan national de développement des infrastructures.

La pérennisation des infrastructures et des équipements souvent acquis à des coûts très onéreux n'est pas assurée, puisqu'ils se retrouvent très vite hors d'usage alors que les moyens manquent pour les renouveler. L'acuité des problèmes d'entretien et de maintenance (préventive et curative) dans les formations sanitaires laisse supposer une capacité de maintenance très limitée.

CS n° 20 : capacité de maintenance très limitée (faiblesse).

La plupart des services de l'hôpital ont été construits en matériaux cartonnés en 1986 pour dix ans, ceux-ci sont complètement amortis et ont amorcé une irréversible dégradation. Toutefois, certaines unités telles que la pharmacie, l'imagerie médicale, la direction, le bloc des urgences, le bloc opératoire et le bloc administratif ont bénéficié de bâtiments en matériaux définitifs. On note un niveau de dégradation avancé des infrastructures.

CS n° 21 : niveau de dégradation avancé des infrastructures (faiblesse).

2- État des lieux sur la tenue de la comptabilité matière

La tenue de la comptabilité matière est assurée par la division économat. Cette division s'occupe des approvisionnements et de la gestion des stocks du Centre. À ce titre, on devrait y retrouver trois (03) sections : la section régie d'avance et de suivi de l'exécution des dépenses, la section engagement des dépenses et la section gestion des stocks. Mais compte tenu de l'insuffisance du personnel, toutes ces fonctions sont exercées par le Chef division Économat et le Chef du service de l'Administration et des Affaires économiques (C/SAAE).

Les stocks du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora, constitués par les produits pharmaceutiques, les consommables médicaux, les fournitures de bureau et produits d'entretien, les pièces de rechange pour les matériels roulants, les produits alimentaires et les valeurs inactives sont gérés suivant la procédure normale de gestion des stocks. Ces différents stocks sont constitués à partir des fonds propres, des subventions de l'État (Crédits délégués) et des dons. Ceux-ci font l'objet d'inventaire tous les six mois à l'exception de la pharmacie dont l'inventaire est trimestriel afin d'apprécier le niveau de gestion des produits

pharmaceutiques. Il est heureux de remarquer que la pratique de l'inventaire se fait de façon régulière et que les matériels et mobiliers de bureau sont tous estampillés.

CS n° 22 : pratique régulière de l'inventaire (force).

Tous les mouvements d'entrées et de sorties des stocks sont saisis et enregistrés de manière exhaustive, en outre toutes les immobilisations ne sont pas enregistrées immédiatement lors de leur entrée dans le patrimoine du CHD-A. Les destructions de stocks ou d'immobilisations quant à elles font l'objet d'autorisation de sorties conformément aux règles et principes retenus en la matière.

Le CHD-A dispose d'outils de gestion du matériel à savoir les fiches de stock, le livre-journal des matières bien que non mis à jour régulièrement, les ordres de sorties et d'entrées de matériels. Du fait de l'absence de certains outils comme le compte de gestion des mouvements des matières, la fiche individuelle des immobilisations, la tenue de la comptabilité matière est inefficace.

CS n° 23 : gestion inefficace des stocks (faiblesse).

3- État des lieux sur la gestion des malades et des statistiques

Elle est assurée par la division gestion des malades et des statistiques. Cette division s'occupe de l'accueil et du suivi du malade pendant son séjour à l'hôpital, de la facturation des droits du centre et de la production des statistiques.

Cette division a pour mission d'établir les factures de prestations à terme et de les envoyer aux différentes Institutions (État, Société d'Assurance, Mutuelle de Santé et autres). Il est à remarquer que l'État reste le principal débiteur du centre avec 80,36 % des créances au 31 décembre 2014 comme l'illustre le tableau ci-après.

Tableau I : Point des créances non recouvrées par créanciers en 2013

Créanciers	Montant (FCFA)	Pourcentage
Assurances	3 504 377	13,22 %
Sociétés et offices d'État	1 702 344	6,42 %
État	21 304 880	80,36 %
TOTAL	26 511 601	100 %

Source : rapport d'activité 2014 du CHD-A

C- Observations sur les activités de contrôle de gestion

Les activités de contrôle de gestion sont effectuées par la cellule de contrôle. Elle a été créée pour les nécessités de service au vu des dispositions des articles 43 et 44 du décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des CHD et formations sanitaires assimilées. La Cellule de Contrôle de Gestion (CCG) est chargée de :

- ❖ Fournir à la direction et aux divers responsables les informations internes indispensables pour une gestion participative, prévisionnelle et une gestion budgétaire saine ;
- ❖ Élaborer les tableaux de bord de pilotage qui permettent d'alerter, d'anticiper les évolutions des indicateurs de l'hôpital ;
- ❖ Collaborer avec toutes les entités médicales et administratives du CHD qui sont tenues de lui fournir toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission ;
- ❖ Contrôler et exploiter les informations statistiques et assurer leur circulation sous forme de tableaux de bord d'activité.

La cellule de contrôle de gestion est en position staff à la direction. Toutefois, dans les faits, nous avons malheureusement constaté que le chef cellule de contrôle de gestion entretient des relations hiérarchiques avec la direction, ce qui ne lui permet pas d'avoir une autonomie suffisante pour exercer ses activités de contrôle.

CS n° 24 : manque d'autonomie de fait de la cellule de contrôle de gestion (faiblesse)

Aussi, pour l'achat des biens et service, après l'édition de la fiche d'engagement par le Service de l'Administration et des Affaires économiques, la liasse est transmise à la Cellule de Contrôle de gestion pour étude et visa. Lors de la transmission, on remarque souvent que la fiche d'expression des besoins et celle du suivi budgétaire manquent à l'appel. On ne saurait expliquer cette défaillance récurrente du SAAE qui pourrait être imputable à un manque de prise au sérieux de la Cellule de Contrôle de gestion. Il est déplorable de constater que la Cellule de Contrôle ne reçoit pas à temps des informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

CS n° 25 : difficultés d'accès aux informations pouvant permettre à la CCG de remplir sa mission (faiblesse)

Malgré toutes ces difficultés, la Cellule de Contrôle de gestion s'efforce de remplir pleinement sa mission et a réussi à imposer son visa sur tous les dossiers à caractère financier.

CS n° 26 : effectivité du contrôle de gestion (force).

II- État des lieux à l'externe et inventaire des observations de stage

A- État des lieux à l'externe

Il s'agit de faire ici l'état des lieux relatif aux effets de l'environnement sur les activités du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora. Les détails de l'état des lieux à l'externe sont consignés au bilan des observations de stage (**Annexe 3**).

B- Inventaire des observations de stage

Nous avons choisi la méthode d'analyse SWOT pour présenter les observations faites sur les activités du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora. L'analyse **SWOT** (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats) qui veut dire en français **FFOM** (Forces² - Faiblesses³ - Opportunités⁴ - Menaces⁵) est un outil d'analyse qui permet d'auditer une organisation et son environnement externe. Elle permet d'identifier les facteurs clés de succès afin de définir un plan d'action stratégique. Une erreur classique consiste à réaliser une analyse SWOT au niveau d'une organisation entière. Le modèle d'analyse SWOT n'est pertinent qu'au niveau d'un domaine d'activité stratégique. En effet, par définition, un Domaine d'Activité stratégique (DAS) correspond au(x) sous ensemble(s) d'une organisation auquel (s) il est possible d'affecter ou d'obtenir des ressources (matérielles, financières, humaines...) de façon autonome, ce qui implique que le diagnostic externe et le diagnostic interne varient d'un domaine d'activité stratégique à un autre.

Dans le cadre de notre étude, nous distinguons trois DAS que sont (i) les services des affaires financières (ii) le service de l'administration et des affaires économiques et (iii) le service du contrôle de gestion.

² Les Forces (facteurs positifs d'origine interne)

³ Les Faiblesses (facteurs négatifs d'origine interne)

⁴ Les Opportunités (facteurs positifs d'origine externe)

⁵ Les Menaces (facteurs négatifs d'origine externe)

Tableau II : Inventaire des atouts et des problèmes des activités financières

<u>Domaine d'activité stratégique : activités financières</u>		
Facteurs	Positif (atouts)	Négatif (problèmes)
Origine interne (organisationnelle)	<p align="center"><u>(Forces)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) respect du principe de l'unité budgétaire ; 2) respect du principe de l'équilibre budgétaire ; 3) respect du principe de la spécialité des crédits ; 4) une bonne tenue de la comptabilité analytique ; 	<p align="center"><u>(Faiblesses)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Faible niveau de recouvrement des ressources propres ; 2) accumulation des arriérés de paiement 3) faible taux de consommation des crédits délégués ; 4) manque de maîtrise de la politique de prévision des dépenses et des recettes ; 5) retard dans l'établissement des états de rapprochement bancaire ; 6) non-respect des dispositions du manuel de procédure administrative et financière ; 7) retard dans la production des états financiers et défaut de leur certification; 8) non-respect du principe de l'unicité de trésorerie ; 9) non-respect du principe de l'universalité budgétaire ; 10) absence de suivi rapproché des factures ;
Origine externe (Environnement)	<p align="center"><u>(Opportunités)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Exploitation du logiciel PERFECTO pour la tenue de la comptabilité et l'exécution des opérations à caractère financier ; 2) Mise en œuvre des initiatives de Bamako sur la gestion financière des centres de santé et formations sanitaires assimilées ; 	<p align="center"><u>(Menaces)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mauvaise réputation impactant négativement le niveau des recettes de l'hôpital ; 2) insuffisance des subventions devant permettre de couvrir les besoins ;

Source : résultats de nos travaux.

Tableau III : Inventaire des atouts et des problèmes des activités administratives et économiques

Domaine d'activité stratégique : Activités administratives et économiques		
Facteurs	Positif (atouts)	Négatif (problèmes)
Origine interne (organisationnelle)	<p align="center">(Forces)</p> 1) Disponibilité d'un planning de gestion des absences du personnel ; 2) existence d'un organigramme détaillé ; 3) pratique régulière de l'inventaire ;	<p align="center">(Faiblesses)</p> 1) insuffisance du personnel ; 2) inadéquation du profil par rapport à certains postes ; 3) capacité de maintenance très limitée ; 4) niveau de dégradation avancé des infrastructures ; 5) gestion inefficace des stocks ;
Origine externe (environnement)	<p align="center">(Opportunités)</p> 1) exploitation du logiciel LOGI-GRH pour la gestion du personnel ; 2) renforcement des capacités du personnel grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers ;	<p align="center">(Menaces)</p> 1) existence d'agents dans une situation administrative précaire ; 2) Contexte de sous-équipement des hôpitaux publics ;

Source : résultats de nos travaux.

Tableau IV : Inventaire des atouts et des problèmes des activités de contrôle de gestion.

Domaine d'activité stratégique : Activités de contrôle de gestion		
Facteurs	Positif (atouts)	Négatif (problèmes)
Origine interne (organisationnelle)	<p align="center">(forces)</p> 1) effectivité du contrôle de gestion ;	<p align="center">(Faiblesses)</p> 1) manque d'autonomie de fait de la cellule de contrôle de gestion ; 2) difficultés d'accès aux informations pouvant permettre à la CCG de remplir sa mission ;
Origine externe (environnement)	<p align="center">(Opportunités)</p> 1) existence d'un décret garantissant l'autonomie de l'organe de contrôle de gestion ;	<p align="center">(Menaces)</p> Au cours de notre stage, nous n'avons relevé aucune menace sur les activités de contrôle de gestion.

Source : résultats de nos travaux.

PARAGRAPHE 2 : CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE

I- Identification des problématiques possibles

Une fois les problèmes identifiés, nous les avons regroupés par centre d'intérêt.

Tableau V : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	problématiques
Gestion financière	<ul style="list-style-type: none"> ➤ faible niveau de recouvrement des ressources propres ; ➤ accumulation des arriérés de paiement ; ➤ faible degré de consommation des crédits délégués ; ➤ manque de maîtrise de la politique de prévision des dépenses et des recettes ; ➤ retard dans l'établissement des états de rapprochement bancaire ; ➤ non-respect des dispositions du manuel de procédure administrative et financière ; ➤ retard dans la production des états financiers et défaut de leur certification; ➤ non-respect des principes de l'universalité budgétaire et de l'unicité de trésorerie ; ➤ absence de suivi rapproché des factures ; ➤ mauvaise réputation impactant négativement le niveau des recettes de l'hôpital ; ➤ insuffisance des subventions devant permettre de couvrir les besoins. 	Gestion financière inefficace	Problématique d'une gestion financière efficace du CHD-A
Gestion administrative et économique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ insuffisance du personnel ; ➤ inadéquation du profil par rapport à certains postes ; ➤ capacité de maintenance très limitée ; ➤ niveau de dégradation avancé des infrastructures ; ➤ gestion inefficace des stocks ; ➤ situation administrative précaire de certains agents ; ➤ sous-équipement du CHD-A ; 	Gestion administrative et économique non performante	Problématique d'une gestion administrative et économique performante
Contrôle de gestion	<ul style="list-style-type: none"> ➤ manque d'autonomie de fait de la cellule de contrôle de gestion ; ➤ difficultés d'accès aux informations pouvant permettre à la CCG de remplir sa mission ; 	Contrôle de la gestion non optimal	Problématique d'un contrôle de gestion optimal au CHD-A

Source : résultats de nos travaux.

Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

II- Choix et spécification de la problématique de l'étude

A- Choix de la problématique

Une analyse des différents problèmes identifiés au cours de notre restitution nous laisse découvrir que tous les centres d'intérêt identifiés représentent des problèmes auxquelles le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora devra faire face en vue d'accomplir au mieux ses missions. À l'issue du regroupement des problématiques par centre d'intérêt, il ressort trois problématiques majeures à savoir :

- i. Problématique de la gestion financière efficace du CHD-A ;
- ii. Problématique d'une gestion administrative et économique performante du CHD-A;
- iii. Problématique d'un contrôle de gestion optimal au CHD-A.

Les différentes problématiques abordent des thématiques relevant de différents domaines. Dans l'impossibilité de les résoudre toutes dans le cadre de notre étude, nous avons décidé de retenir la plus spécifique concernant notre domaine de formation.

En ce qui concerne la problématique d'une gestion administrative et économique performante du CHD-A, elle est pertinente. La résolution de cette problématique améliorera la vie des travailleurs du CHD-A et augmentera par conséquent le niveau de satisfaction des usagers. Néanmoins, le choix de résoudre cette problématique serait mieux indiqué pour un étudiant en management des services publics.

Quant à la problématique d'un contrôle de gestion optimal au CHD-A, elle a déjà fait l'objet d'études⁶ récentes de la part de N'TOUA Théophile étudiant en MASTER II de contrôle et audit de gestion à l'université privée HECM. Ses conclusions ont débouché sur le fait que ce problème est dû au manque d'autonomie de la cellule de contrôle de gestion.

Ainsi, notre étude se concentrera sur une analyse de la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora. Au regard des constats significatifs, notre intérêt est guidé par le souci d'améliorer la gestion financière du CHD-A afin d'offrir de meilleurs services et prodiguer de meilleurs soins aux patients. L'importance considérable des deniers manipulés au CHD-A témoigne de la place prépondérante et de l'utilité d'une gestion financière efficace et efficiente. La prolifération drastique des épidémies et des accidents sur la voie publique, la concurrence atroce que lui livrent les cliniques privées et surtout l'hôpital

⁶ Théophile N'TOUA, contribution à l'amélioration du contrôle de gestion d'une formation sanitaire : cas de CHD-Atacora

de Zone de Natitingou, les difficultés énormes que rencontre le ministère de la Santé dans la mise en place des crédits délégués sont autant de facteurs qui affectent l'efficacité de la gestion financière du Centre Hospitalier départemental de l'Atacora. La prise en compte de ces facteurs, le réaménagement du système de gestion, la réorganisation des acteurs, une meilleure réglementation et une redéfinition des objectifs structurels à atteindre permettraient une gestion financière efficace du centre. Voilà autant de raisons qui nous a motivés à choisir de réfléchir sur le thème : **Analyse de la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'ATACORA.**

B- Spécification de la problématique, vision globale de résolution et choix de la démarche méthodologique

1- Spécification de la problématique

Il s'agira de hiérarchiser les problèmes spécifiques identifiés et de retenir les trois principaux. La problématique choisie est celle relative à l'efficacité de la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora. Les problèmes spécifiques sont identifiés comme suit :

1. faible niveau de recouvrement des ressources propres du CHD-A;
2. faible degré de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A;
3. accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ;
4. manque de maîtrise de la politique de prévision des dépenses et des recettes ;
5. retard dans l'établissement des états de rapprochement bancaire ;
6. non-respect des dispositions du manuel de procédure administrative et financière ;
7. retard dans la production et défaut de certification des états financiers ;
8. non-respect des principes de l'universalité budgétaire et de l'unicité de trésorerie ;
9. absence de suivi rapproché des factures ;
10. mauvaise réputation impactant négativement le niveau des recettes de l'hôpital ;
11. insuffisance des subventions devant permettre de couvrir les besoins.

Sur ces onze (11) problèmes spécifiques, il y aura huit (08) problèmes spécifiques qui ne feront pas l'objet de notre étude.

Le manque de maîtrise de la politique de prévision des dépenses et des recettes peut être réglé par une simple politique de planification des dépenses et des recettes intégrant les

agrégats macroéconomiques et les facteurs sociaux et en se basant sur des statistiques fiables. Son faible degré de complexité nous conduit à l'éliminer de l'étude.

Les problèmes du *retard dans l'établissement des états de rapprochements bancaires et des états financiers* sont intimement liés au déficit de personnel au sein du service des affaires financières. La résolution de ce problème passe par le recrutement d'agent administratif au profit du SAF et une meilleure politique de gestion du personnel au sein du ministère de la Santé. La résolution de ces problèmes ne présente aucune complexité, il n'est donc pas nécessaire qu'il fasse l'objet de notre étude.

En ce qui concerne *le non-respect des dispositions du manuel de procédure administrative et financière*, sa résolution passe par une sensibilisation et une formation du personnel aux différentes procédures administratives et financières. Au regard de la simplicité apparente de ce problème, nous avons décidé de ne pas le retenir.

À l'analyse du problème du *non-respect des principes de l'unicité de trésorerie et de l'universalité budgétaire* dans le cadre de la gestion budgétaire, il est indéniable que ce problème est pertinent, très complexe et mérite d'être retenu dans le cadre de l'étude. Toutefois au vu des difficultés de trésorerie que vit le CHD-A, cette infraction aux grands principes du droit budgétaire pourrait apparaître comme un ingénieux aménagement pour éviter de se retrouver dans une situation d'impossibilité de s'approvisionner en médicaments. En effet, la création d'un « compte médicament » et d'un « compte fonctionnement » permet d'éviter que les fonds devant permettre le renouvellement des stocks de médicaments financent les dépenses de fonctionnement créant de ce fait une pénurie de médicaments. Pour cette raison, nous n'allons pas retenir ce problème, car il ne constitue pas un handicap sérieux à une gestion financière efficace.

En ce qui concerne le problème d'*absence de suivi rapproché des factures*, il a fait l'objet d'étude de la part de ADJANOU S. Voldémarthe et N'TOUA M'PO Landry ⁷ précédemment étudiants à la faculté des sciences économiques et de gestion de l'université de Parakou. Leurs travaux ont abouti à la conclusion que le suivi non régulier des factures est dû à la lourdeur administrative et au déficit en personnel.

Enfin, *la mauvaise réputation impactant négativement le niveau des recettes de l'hôpital et l'insuffisance des subventions devant permettre de couvrir les besoins* sont des problèmes très sérieux, mais d'origine externe. En matière de gestion, il est important de résoudre d'abord les problèmes internes avant de s'attaquer aux problèmes externes.

⁷ Contribution à l'amélioration de la trésorerie du centre hospitalier départemental de l'Atacora
Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

Après l'élimination de ces huit (08) problèmes spécifiques, nous avons retenu les trois (03) suivants :

- Faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A ;
- Faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A ;
- Accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ;

2- Vision globale de résolution de la problématique

Rappelons que le problème général est la gestion financière inefficace du Centre Hospitalier Départemental. Une gestion efficace est celle qui permet d'atteindre un objectif précis à travers la mise en œuvre des actions programmées. La résolution du problème général se fera suivant la méthode de gestion axée sur les résultats (GAR).

Vision globale de résolution du problème spécifique n° 1

Pour ce qui est de ce problème spécifique relatif au faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A, la mauvaise élaboration des prévisions en recettes par rapport aux réalités économiques du Centre Hospitalier Départemental ne permet pas une réalisation effective et concrète des objectifs de celui-ci. La mauvaise estimation des recettes par les structures chargées de l'élaboration du budget ne permet pas au service des affaires financières d'adopter une politique adéquate de recouvrement des recettes propres.

Le meilleur recouvrement de ces recettes passe alors par une maîtrise des techniques d'élaboration des prévisions de recettes et des techniques de recouvrement. Par suite, l'analyse et la résolution de ce problème spécifique feront recours à une théorie générique fondée sur les outils d'élaboration des prévisions et de maîtrise des techniques de recouvrement de recettes propres de l'hôpital.

Vision globale de résolution du problème spécifique n° 2

Ce problème spécifique est relatif à la faiblesse du taux de consommation des crédits délégués au profit du Centre Hospitalier Départemental. Le CHD-A offrant un service public, l'État doit donc mettre à sa disposition les moyens financiers adéquats pour lui permettre d'assurer ce service public et de garantir un accès équitable à tous à ce dernier tel que le préconise l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Mais comme il a été constaté précédemment, l'État ne met pas à la disposition du CHD-A des moyens suffisants pour faire face aux charges à supporter. Les allocations budgétaires de l'État au profit du CHD-A sont non seulement pas en adéquation avec le volume de ses activités, mais également sont

faiblement consommés. Il faudra alors trouver les formules par lesquelles ces allocations budgétaires au profit du CHD-A seront davantage consommées pour la réalisation des activités. La résolution de ce problème passera par l'identification des entraves à la consommation des crédits délégués.

Vision globale de résolution du problème spécifique n° 3

Par rapport au problème de l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A, il faut souligner que l'objectif essentiel de tout organisme public est de faire en sorte que tous ses prestataires soient payés à temps pour éviter une crise de confiance. Le paiement des dépenses est une étape primordiale dans tout processus de gestion financière, et en particulier de gestion de trésorerie. La solution du problème de l'accumulation des arriérés de paiement passe par l'analyse de la situation de la trésorerie de l'hôpital, la recherche des causes possibles à la base, et les propositions susceptibles de permettre non seulement une nette amélioration dans le processus de règlement des fournisseurs et des prestataires de service, mais aussi, et surtout une meilleure gestion financière. Ainsi, la résolution de ce problème sera concentrée sur une approche basée sur le renforcement de la trésorerie et des capacités du personnel financier à travers des formations susceptibles de les amener à s'approprier les procédures d'exécution des dépenses publiques.

3- Séquence de résolution de la problématique

Cette vision globale de résolution que nous venons de retenir peut être restituée à travers une démarche méthodologique en neuf (09) étapes présentées comme suit :

1. définition des objectifs de recherche ;
2. identification des causes supposées être à la base des problèmes spécifiques ;
3. formulation des hypothèses ;
4. élaboration du tableau de bord de l'étude ;
5. revue de littérature ;
6. analyse des données (vérification des hypothèses) ;
7. établissement du diagnostic ;
8. approches de solutions ;
9. conditions de mise en œuvre des solutions.

CHAPITRE PREMIER :

**CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE, REVUE DE
LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE
RECHERCHE RETENUE POUR UNE GESTION
FINANCIERE EFFICACE DU CENTRE
HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE
L'ATACORA**

Après la vision globale de résolution de la problématique de l'étude et la démarche méthodologique, nos préoccupations consisteront dans un premier temps à fixer les objectifs à atteindre, identifier les causes supposées être à la base des problèmes afin de formuler les hypothèses de l'étude, ensuite dans un second temps procéder à l'élaboration du tableau de bord de l'étude, présenter la revue de littérature et mettre en place la méthodologie de recherche à travers ses dimensions théoriques et empiriques. Nous allons donc commencer par présenter le cadre théorique de l'étude.

SECTION 1 : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Sur la base des problèmes spécifiques à résoudre, nous allons fixer les objectifs à atteindre puis poser les hypothèses de l'étude à partir des causes supposées être à la base des problèmes spécifiques et finir par l'élaboration du tableau de bord de l'étude.

PARAGRAPHE 1 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE

I - Objectifs de l'étude et résultats attendus

Nous avons choisi de présenter les objectifs et les résultats attendus dans le cadre de cette étude dans le **tableau n° 6** présenté ci-après.

Tableau VI : Tableau des objectifs de l'étude et des résultats attendus

Niveau d'analyse		Problématique	Objectifs de développement	Objectifs de recherche	Résultats attendus
Niveau général		<u>Problème général</u> La gestion financière inefficace du CHD-A ;	<u>Objectif général</u> Contribuer à une gestion financière efficace du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora ;	<u>Objectif général</u> Définir les conditions d'une gestion financière efficace du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora ;	Au terme de notre étude, les conditions d'une gestion financière efficace seront définies.
Niveau spécifique	1	<u>Problème spécifique n° 1</u> Le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 1</u> Améliorer le processus de recouvrement des recettes propres du CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 1</u> Définir le contexte d'un bon niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A ;	Au terme de l'étude, le contexte d'un bon niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A sera défini.
	2	<u>Problème spécifique n° 2</u> Faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 2</u> Augmenter le niveau de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 2</u> Identifier les mesures d'amélioration du niveau de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A ;	Au terme de l'étude, les raisons du faible niveau de consommation des crédits délégués seront identifiées, les mesures à prendre pour y remédier seront proposées.
	3	<u>Problème spécifique n° 3</u> Accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 3</u> Réduire l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 3</u> Proposer les mesures à mettre en œuvre pour réduire l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ;	Au terme de notre étude, les conditions pour l'éradication des arriérés de paiement des créanciers institutionnels du CHD-A seront proposées.

Source : résultats de nos travaux.

II - Hypothèses et tableau de bord de l'étude

A- Hypothèses de l'étude

L'hypothèse liée à un problème est une réponse provisoire que le chercheur donne à l'interrogation formulée par rapport à cet élément de la problématique en termes de son origine. En d'autres termes, l'hypothèse consiste à établir un lien entre un problème et la ou les causes supposées être à la base de ce problème (**Simon C. GNANSOUNOU**).

Nous avons identifié les causes susceptibles d'être à la base des différents problèmes spécifiques et formé les hypothèses de l'étude. Elles concernent essentiellement le niveau spécifique et sont formulées à partir des problèmes spécifiques identifiés.

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

Après l'analyse du problème du faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A, nous avons pu identifier quatre (04) causes pertinentes pouvant se trouver à la base de ce problème :

- le paiement tardif des dettes à la charge de l'État ;
- le déficit de personnel au service des affaires financières qui est chargé du recouvrement ;
- insolvabilité de certains débiteurs ;
- retard dans la transmission des factures.

Ainsi, lorsque nous retenons le déficit de personnel au service des affaires financières qui est chargé du recouvrement ou le retard dans la transmission des factures comme cause du faible niveau de recouvrement des ressources propres du CHD-A, il n'est pas certain qu'un recrutement en personnel ou une transmission rapide des factures ait de l'effet s'il n'y a pas une volonté manifeste de la part des débiteurs de solder leurs créances.

De même, l'insolvabilité des débiteurs pourrait expliquer le problème du faible niveau de recouvrement des créances du CHD-A. Mais, cette hypothèse ne nous semble pas la meilleure, car le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora est un organisme public, et en tant que tel, il dispose des prérogatives exorbitantes de droit commun pour se faire rembourser ses créances, surtout face à un cas de mauvaise foi avéré d'un débiteur.

Par contre, en prenant le paiement tardif des dettes à la charge de l'État comme cause de ce problème, nous pensons nous rapprocher davantage de la source du problème.

L'hypothèse spécifique n° 1 ainsi formulée est : **le paiement tardif des dettes à la charge de l'État explique le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A.**

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

Dans le but de résoudre le problème du faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A, nous essaierons de sélectionner la cause la plus plausible parmi les quatre (04) causes supposées être à la base de ce problème que nous avons identifié. Parmi les causes pouvant se trouver à la base du problème, on a :

- la mise en place tardive des crédits délégués ;
- les dysfonctionnements et fermeture anticipée du SIGFIP ;
- l'inexistence d'un mécanisme de délégation au niveau de l'ordonnateur secondaire ;
- lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marchés publics.

D'abord la mise en place tardive des crédits délégués comme cause du problème spécifique n° 2 explique faiblement le problème spécifique en question. De même que l'inexistence d'un mécanisme de délégation au niveau de l'ordonnateur secondaire. D'ailleurs, malgré le retard dans la mise en place des crédits délégués qui ne peut excéder le dernier jour du mois de février, certains organismes publics arrive à consommer entièrement leurs crédits délégués.

Ensuite, les dysfonctionnements et fermeture anticipée du SIGFIP en guise de cause supposée être à la base du faible taux de consommation des crédits délégués au CHD-A me semblent trop légers. Cette situation est généralisée et cela ne semble pas influencer fortement le taux de consommation des crédits délégués.

Enfin, la lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marchés publics semble être la cause qui explique le mieux ce phénomène au regard de la longueur de la procédure et de la multitude des étapes à franchir.

Nous pouvons alors formuler l'hypothèse spécifique n° 2 de la manière suivante : **le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A est dû à la lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marché public.**

3- Causes et hypothèse liées au problème spécifique n° 3

Comme causes supposées être à la base de l'accumulation des arriérés de paiement, les informations glanées nous permettent d'identifier quatre (04) causes pertinentes. Ce sont :

- les difficultés de trésorerie au sein du CHD-A ;
- l'absence de contrôle des engagements ;
- des retards dans le traitement des dossiers de paiement ;
- le report délibéré des paiements.

Le retard dans le traitement des dossiers de paiement est la cause supposée être à la base de l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A. Cette assertion pourrait être parfaitement juste, toutefois, cette cause semble n'être qu'une cause apparente, elle n'est pas la cause première.

L'absence de contrôle des engagements et le report délibéré des paiements pourraient être des causes qui justifieraient le problème, néanmoins le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora est géré de façon professionnelle par un personnel compétent. Il ne saurait laisser des situations mineures engendrer un si sérieux problème. Ces causes ne peuvent donc pas expliquer pleinement le problème spécifique n° 3.

En outre, les difficultés de trésorerie au sein du CHD-A peuvent faire l'unanimité quant à l'explication du problème de l'accumulation des arriérés de paiement.

L'hypothèse spécifique n° 3 formulée est la suivante : **les difficultés de trésorerie expliquent l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A.**

B- Tableau de bord de l'étude

Le tableau de bord est un outil récapitulatif des principaux repères de la recherche effectuée. Il est constitué de la problématique choisie, des objectifs retenus, des causes supposées être à la base des problèmes et des hypothèses de l'étude.

Tableau VII : Tableau de bord de l'étude

Niveau d'analyse		Problématique	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
Niveau général		<u>Problème général</u> La gestion financière inefficace du CHD-A ;	<u>Objectif général</u> Définir les conditions d'une gestion financière efficace du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora.	-	-
Niveau spécifique	1	<u>Problème spécifique n° 1</u> Le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 1</u> Définir le contexte d'un bon niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A ;	<u>Cause spécifique n° 1</u> Le paiement tardif des dettes à la charge de l'État ;	<u>Hypothèse spécifique n° 1</u> Le paiement tardif des dettes à la charge de l'État explique le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A.
	2	<u>Problème spécifique n° 2</u> Faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 2</u> Identifier les mesures d'amélioration du niveau de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A ;	<u>Cause spécifique n° 2</u> La lourdeur des procédures de traitement des dossiers de passation des marchés publics ;	<u>Hypothèse spécifique n° 2</u> Le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A est dû à la lourdeur des procédures de traitement des dossiers de passation des marchés publics.
	3	<u>Problème spécifique n° 3</u> Accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ;	<u>Objectif spécifique n° 3</u> Proposer les mesures à mettre en œuvre pour réduire l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ;	<u>Cause spécifique n° 3</u> Les difficultés de trésorerie ;	<u>Hypothèse spécifique n° 3</u> Les difficultés de trésorerie expliquent l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A.

Source : résultats de nos travaux.

SECTION 2 : REVUE DE LITTERATURE ET CHOIX DE LA METHODOLOGIE

Il s'agit de faire premièrement le point des connaissances sur les problèmes en résolution en termes d'outils de travail, ensuite procéder à l'adoption d'une méthode de collecte d'informations et enfin procéder à la vérification des hypothèses précédemment formulées.

PARAGRAPHE 1 : REVUE DE LITTERATURE

La revue de littérature permet de donner un aperçu sur les apports des auteurs, des études antérieures en ce qui concerne notre problème général et particulièrement ses problèmes spécifiques. Elle est un exercice de lecture de la documentation mobilisée afin de faire le point des connaissances antérieures sur les problèmes en résolution en termes d'outil de mobilisation et d'analyse des données. La revue de littérature suit les cinq étapes fondamentales suivantes :

- ✓ le rappel du problème ;
- ✓ le rappel de l'objectif lié au problème ;
- ✓ le rappel de l'hypothèse liée au problème ;
- ✓ l'identification de la thématique générale liée au problème ;
- ✓ la détermination des théories spécifiques qui répondent aux exigences de l'objectif de recherche et de la thématique générale.

I- Revue de littérature sur le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A

Il faut d'abord souligner que, même si l'objet de l'étude reste la gestion financière des hôpitaux, ce dernier ne peut être compris qu'en rapport avec les procédures de recouvrement en vigueur dans les établissements. Rappelons que l'objectif spécifique de recherche consiste à *définir le contexte d'un bon niveau de recouvrement des recettes propres* et que l'hypothèse est formulée comme suit : « *le paiement tardif des dettes à la charge de l'État explique le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A* ». Nous avons ainsi pour base de recherche la thématique du recouvrement des recettes publiques. Ces recherches nous ont conduit vers ce qui suit :

Pour **MUZELLEC (2006)**, le recouvrement consiste en la prise en charge par les comptables des ordres de recettes émis par les ordonnateurs. Ils vont contrôler l'autorisation

de percevoir ces recettes, la régularité des annulations, réductions par suite d'erreurs et faire toutes les diligences nécessaires pour leur acquittement par les débiteurs.

BOUVIER (2008) abonde dans ce sens et ajoute qu'une fois les opérations de contrôle faites, le comptable doit ensuite poursuivre le recouvrement proprement dit de la créance pour la bonne fin duquel il est tenu de faire toutes les diligences nécessaires, notamment employer toutes les voies de sureté et de recouvrement à sa disposition. En recettes c'est là que se situe la responsabilité principale des comptables, qui sont tenus de justifier à la clôture de l'exercice, ou à l'expiration des délais réglementaires, de la réalisation des droits pris en charge.

Tidiane (2007) dans son mémoire, mentionne que les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de recouvrement des établissements sont camouflés par les mécanismes de financement de l'état notamment les subventions. Aujourd'hui, tous les établissements publics de santé sont sérieusement endettés. Ainsi, si par le passé rien n'invitait les établissements à considérer comme une priorité l'optimisation du recouvrement des créances, aujourd'hui cette problématique demeure parmi les enjeux majeurs pour ne pas dire vitaux du secteur hospitalier. Il ajoute que « Le problème est aggravé par le fait que les factures sont transmises avec beaucoup de retard. Le recouvrement en amont qui constitue la seule alternative n'est que très peu appliqué. Concernant les assurances, l'existence d'une multitude de compagnies d'assurance non solvables rend le recouvrement difficile ».

Dans son œuvre, **THOMAS (2011)** affirme que les conséquences de ce retard sont non négligeables. En effet, même si les créances sont in fine recouvrées, il s'écoule un laps de temps important entre la production de l'acte de soins qui correspond à la date à laquelle l'hôpital supporte les coûts de cet acte, et la date à laquelle l'établissement va encaisser les recettes correspondantes. C'est un phénomène qui génère un besoin en fonds de roulement pèse considérablement sur la trésorerie de l'hôpital puisqu'il engendre un décalage majeur entre les flux de décaissement et les flux d'encaissement.

Autrement dit, non seulement le retard dans le recouvrement est pénalisant à court terme pour l'établissement du fait de son impact sur le besoin en fonds de roulement, mais d'autre part, il majore le risque d'admission de créance en non-valeur, qui rappelons-le, est une véritable perte sèche pour l'hôpital.

II- Revue de littérature sur le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A

Rappelons que l'objectif spécifique de recherche est *d'identifier les mesures d'amélioration du niveau de consommation des crédits délégués* et que notre hypothèse est formulée comme suit : « *Le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A est dû à la lourdeur des procédures de traitement des dossiers de passation des marchés publics* ». La thématique qui fait office de base de recherche liée à ce problème spécifique est la consommation des crédits délégués.

Dans le **guide d'exécution des dépenses publiques** élaborées par le ministère en charge des finances (2014), les crédits sont délégués au niveau départemental par *la procédure de délégation – engagement*. Cette procédure est utilisée pour envoyer les crédits délégués vers les structures déconcentrées des Ministères. Les opérations se déroulent à la fois au niveau central et au niveau départemental. Dès la notification des crédits, l'Ordonnateur délégué du Ministère à charge des crédits à déléguer doit procéder à la délégation de la totalité des crédits vers les structures déconcentrées. Dans le cas contraire, après le délai d'un mois à partir de la notification des crédits, le Directeur général du Budget procèdera automatiquement, en lieu et place des ordonnateurs délégués, à la délégation des crédits concernés.

La consommation des crédits délégués de fonctionnement, comme au niveau central, fait l'objet de régulation (quart de dotation par trimestre). Les dépenses exécutées au niveau déconcentré suivent les mêmes procédures et appellent l'intervention des mêmes catégories d'acteurs comme au niveau central. Il importe d'observer que certains crédits sont transférés (crédits de transferts) au nom des Receveurs des Finances au profit de certaines structures déconcentrées de l'État. La gestion de ces crédits s'effectue suivant la procédure normale en vigueur

Le faible taux d'exécution des crédits délégués s'explique par plusieurs facteurs selon le rapport d'une étude réalisée par le **Cabinet GECA-Prospective (2010)**. Tout d'abord, les charges de travail sont en inadéquation avec les ressources humaines affectées aux délégués du contrôleur financier (DCF) et aux chefs du service des affaires financières (C/SAF) des préfectures et circonscriptions administratives. En effet, les DCF sont sollicités pour les travaux de réception et de ce point de vue sont assez dispersés pour leur nombre dans le cadre de l'accomplissement des tâches de validation et d'émission de visa nécessaire dans la chaîne de dépense. Certains C/SAF ne se sont pas appropriés le SIGFIP, et pour cause, le changement

du personnel ou l'affectation se fait sans transfert réel de compétence. De plus, certains C/SAF ne sont pas habilités dans SIGFIP du fait de leurs affectations récentes aux postes.

Ensuite, la notification des crédits aux services déconcentrés est tardive. Les crédits d'infrastructure de plusieurs directions départementales de la Santé sont notifiés tardivement. Il en est de même pour les services de l'Eau dans le département de l'Atacora-Donga. Il faut ajouter la fermeture anticipée du SIGFIP qui a un impact négatif sur les taux d'exécution budgétaire. En plus de la notification tardive des crédits, les fermetures anticipées du SIGFIP viennent compliquer la tâche aux gestionnaires des crédits. Il est à déplorer des pannes fréquentes du SIGFIP. Il y a souvent des cas d'interruption qui obligent de nombreux gestionnaires de l'Atacora/Donga à se rendre à Parakou ou à Cotonou. Il a également été noté de nombreuses perturbations liées aux problèmes énergétiques, de foudre, ou de manque de connexion qui limite l'efficacité de l'outil indispensable. Malheureusement, la dépendance des départements aux compétences extérieures en matière de maintenance du SIGFIP constitue un véritable handicap. Le mécanisme n'a pas prévu de mettre à disposition des préfectures un technicien en maintenance permanent comme les DCF.

Aussi, l'inexistence d'un mécanisme de délégation au niveau de l'ordonnateur secondaire souvent très sollicité par des tâches politiques et de représentation est très handicapante. Les indisponibilités fréquentes du Préfet sont parfois source de retard dans le traitement des dossiers. Les procédures n'ont pas prévu de délégation en cas d'empêchement de l'ordonnateur secondaire. On note des retards incompréhensibles dans les délais de traitement et de validation de certains dossiers tels que les demandes d'engagement qui durent près de trois semaines pour obtenir des signatures du Préfet. Certaines procédures se sont greffées aux procédures réglementaires au point d'alourdir davantage le processus.

Les cas de rejet de dossier lié à la négligence ou l'absence de diligence de certains C/SAF portant par exemple sur des erreurs d'imputation, des erreurs de calcul sur la facture pro forma, l'absence de relevés d'identité bancaire, ou le défaut d'attestation fiscale constituent également des causes du faible taux de consommation des crédits délégués. On constate l'exécution tardive des dépenses publiques et la méconnaissance des procédures par certains gestionnaires. Un volume très important du budget n'est exécuté que dans le dernier trimestre de l'année. Certains gestionnaires ne disposent pas de la nomenclature des pièces justificatives ni du référentiel des prix. Certains produits tels que les équipements médicaux

ne figurent pas dans le référentiel des prix et font l'objet d'interprétations diverses qui sont des sources de conflits entre les gestionnaires des DDS et le DCF.

Enfin, il existe une lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marché public. Les délais pour l'obtention des visas du DCF sont facteurs de perte de temps et n'impactent pas positivement l'accélération des procédures. Sous prétexte de l'insuffisance de personnel, des dossiers sont délibérément négligés par certains DCF au profit des activités de réception sur le terrain qui sont souvent plus rémunérant.

III- Revue de littérature sur l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A

L'objectif spécifique de recherche est de *proposer les mesures à mettre en œuvre pour réduire l'accumulation des arriérés de paiement* et l'hypothèse est formulée comme suit : « *Les difficultés de trésorerie expliquent l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A* ». Nous avons ainsi pour base de recherche la thématique des arriérés de paiement. L'accent sera mis sur les arriérés portant sur les dépenses publiques de biens et services et les charges de personnel. Il convient de préciser que l'expression « date échue » renvoie à un délai jugé raisonnable, au-delà duquel toute obligation de l'État à l'endroit de ses fournisseurs est considérée comme un arriéré. En réalité, l'identification et la mesure du flux des arriérés reposant sur l'idée d'un délai « anormalement long » ne sont pas aisées. Bien qu'il existe des exigences légales quant aux délais de règlement des factures, l'expérience démontre qu'il peut y avoir des retards administratifs considérables dans le processus de détermination des montants à honorer par l'hôpital.

Dans leur ouvrage sur la prévention et la gestion des arriérés de dépenses publiques, **FLYNN et PESSOA (2014)** soutiennent que les arriérés de dépenses apparaissent lorsque l'organisme public n'est pas en mesure de se libérer de ses obligations de paiement dans les délais prescrits. L'accumulation temporaire d'arriérés de dépenses publiques est parfois le résultat de fortes pénuries de liquidité qui accompagnent les graves crises économiques ou financières. Une fois que le choc immédiat de la crise est passé, que les recettes se redressent, les arriérés sont en général rapidement régularisés et, souvent, ils ne réapparaissent pas. Des arriérés de dépenses persistants sont généralement le symptôme de faiblesses latentes dans le système de gestion des finances publiques. Les arriérés de dépenses peuvent être le résultat de défaillances à une ou à l'ensemble des étapes du cycle de gestion des finances publiques, dont

des cadres juridiques inadéquats, une budgétisation irréaliste, une maîtrise des dépenses insuffisante ou peu commode, une gestion inefficace de la trésorerie, un système intégré d'information relative à la gestion financière absent ou présentant des problèmes, ou l'existence de lacunes dans la présentation des informations budgétaires. Un traitement efficace dépend donc des causes profondes des arriérés de dépenses et exige généralement une action concertée dans plusieurs domaines. Le processus de dépenses comporte quatre étapes après l'établissement du budget : l'engagement des dépenses, liquidation des dépenses, l'ordonnancement des dépenses et le paiement. Les déficiences, erreurs ou retards qui surviennent à l'une ou l'autre de ces étapes peuvent donner lieu à l'accumulation d'arriérés de dépenses.

Premièrement, certains systèmes comptables ne sont pas en mesure de déterminer les passifs ou le sous-ensemble de passifs dont l'échéance est dépassée : par exemple, la date de la facture ou la date d'exigibilité de la facture n'est pas inscrite systématiquement dans le système intégré d'information relatif à la gestion financière ou le grand livre général. Deuxièmement, dans de nombreux pays, surtout ceux dotés d'un système d'établissement du budget et de comptabilité sur la base caisse, il n'est pas obligatoire de déclarer les arriérés, ou si une obligation existe, la déclaration se fait à la fin de l'exercice seulement. Enfin, la déclaration des administrations publiques se limite souvent au budget de l'administration centrale, alors que les arriérés peuvent s'accumuler dans les fonds extrabudgétaires, les organismes autonomes, les administrations infranationales et les entreprises publiques.

Si l'insuffisance du suivi et de la déclaration peut compliquer la prévention et la gestion des arriérés, leur cause profonde est généralement la présence d'une ou de plusieurs lacunes dans la gestion des finances publiques. Parmi les causes les plus courantes figurent :

L'établissement de budgets irréalistes. Des budgets irréalistes peuvent être le résultat de projections macroéconomiques ou de recettes excessivement optimistes ou du provisionnement insuffisant des postes de dépenses obligatoires. Concernant les ressources, l'incertitude quant à l'ampleur et au moment du soutien budgétaire extérieur peut poser un problème particulier.

En matière de dépenses, une sous-budgétisation délibérée pour les infrastructures, les droits, les subventions aux entreprises publiques ou d'autres postes est une tactique parfois

utilisée par les ministères et les organismes pour obtenir l'autorisation initiale pour une gamme de dépenses plus étendue que celle qu'ils ont les moyens d'engager.

L'absence de contrôle des engagements. Il est essentiel de contrôler les engagements pour maîtriser les dépenses et éviter les arriérés (**Radev et Khemani, 2009**). Le système de contrôle des engagements gère la souscription initiale des obligations plutôt que les décaissements ultérieurs, de façon à éviter l'accumulation de passifs et de factures impayées. Des mesures de contrôle des engagements basés sur des plafonds de dépenses ou de décaissement rapprochent les ressources pécuniaires disponibles avec les engagements, de sorte que les unités dépensières ne peuvent souscrire de contrats ou d'autres obligations que si des soldes non utilisés suffisants sont disponibles, ou le seront probablement, au moment du paiement. Les données empiriques font état d'une forte corrélation entre l'accumulation d'arriérés et l'absence d'un système efficace de contrôle des engagements.

Une gestion de trésorerie peu satisfaisante. Même lorsque les engagements de dépenses sont enregistrés et contrôlés dans les limites des plafonds de dépenses ou de décaissement, les arriérés peuvent s'accumuler si une liquidité suffisante n'est pas disponible pour payer les factures lorsqu'elles arrivent à échéance. Les plafonds d'engagement doivent donc être liés aux entrées de trésorerie projetées et à des mécanismes appropriés établis pour collecter les données prévisionnelles des organismes budgétaires, agréger les données et produire des prévisions à cycle continu pour orienter les plafonds des engagements de dépenses (**Lienert, 2009**). Les comptes bancaires devraient être unifiés dans un compte unique du Trésor (**Pattanayak et Fainboim, 2011**) pour permettre au Ministère des Finances ou au Trésor de suivre les entrées et sorties de trésorerie de ces comptes et la liquidité en réserve.

Des retards dans le traitement des paiements. Même lorsque les engagements sont contrôlés et que la liquidité est disponible pour effectuer des paiements, des arriérés peuvent apparaître en raison de retards administratifs dans le traitement des opérations de dépenses.

Des exigences de documentation excessives, la lourdeur des contrôles *a priori* ou le manque de main-d'œuvre ou d'automatisation peuvent ralentir le traitement des factures et les paiements. Les retards interviennent à différents stades et sont parfois associés à la recherche de rente, au manque de ressources, à l'insuffisance des capacités et à l'inefficacité des procédures.

Le report délibéré des paiements. Dans les pays qui comptabilisent et présentent les données budgétaires sur une base caisse, les administrations publiques peuvent être tentées de retarder délibérément les paiements comme moyen de déclarer un solde de trésorerie plus élevé à court terme, notamment à la fin de l'exercice (**Irwin, 2012**).

Des sanctions insuffisantes. Les mesures de contrôle des dépenses peuvent pâtir de l'inefficacité des sanctions à l'encontre des responsables ou des institutions qui n'appliquent pas la loi. Cette non-conformité peut prendre plusieurs formes : engagement de dépenses dépassant les plafonds de dépenses ou budgétaires; non-enregistrement des engagements; fraude ou collusion avec les fournisseurs; ou manquement à l'obligation d'établir et de publier les rapports d'exécution du budget et les rapports financiers. Le cadre juridique devrait clairement indiquer les responsabilités en matière de gestion financière et les sanctions infligées pour non-conformité tant aux personnes qu'aux institutions.

FALL et THIAW (2010) dans leur ouvrage sur les arrières de paiement et la dynamique de croissance affirment que l'accumulation outre mesure d'arriérés de paiement est également susceptible d'affecter la formation des coûts et des prix dans une économie. La remarque est qu'en présence des arriérés, les transactions avec l'État s'effectuent à des prix plus onéreux par rapport aux autres marchés. L'émergence non anticipée d'arriérés de paiement fait supporter des charges d'intérêt aux entrepreneurs qui doivent faire face à des dépenses courantes incompressibles. Dans un premier temps, si les fournisseurs de l'État jugent que le financement des dépenses par les arriérés est restreint dans le temps, ils peuvent alors facilement supporter les charges d'intérêt qui en découlent. En revanche, si les arriérés perdent leur caractère temporaire et deviennent permanents, alors les fournisseurs s'ajustent à travers une augmentation des prix facturés à l'État. Cet « *ajustement par les prix* » est ainsi justifié par la nécessité de faire face aux coûts de financement, aux primes de risques et aux autres coûts de transaction nécessaires pour accélérer le processus de paiement à savoir la corruption, les pots-de-vin, etc. La trésorerie est en partie tributaire du paiement direct assuré par les particuliers à leurs frais. Si l'encaissement direct diminue, cela peut accroître les tensions de trésorerie et par effets d'entraînement affecter l'accomplissement de la mission de service public.

Pour mieux appréhender les difficultés liées à la définition et à l'évaluation des arriérés de paiement, il est utile de retracer brièvement la procédure administrative mise en œuvre allant de

l'engagement d'une dépense à son règlement définitif. Il existe plusieurs étapes entre la fourniture d'un bien ou service (liquidation) et le règlement de la dépense correspondante (paiement). Dans ce processus, les arriérés peuvent surgir entre différentes étapes. Par exemple, il est possible qu'il existe un délai suffisamment long entre la transmission du dossier de liquidation au Contrôleur financier et l'émission du mandat de paiement par l'ordonnateur. Cette phase comporte plusieurs étapes susceptibles de ralentir considérablement les délais de paiement. Il faut également souligner qu'à ce niveau, les montants facturés ne sont pas encore considérés comme des arriérés (du point de vue légal), d'où la difficulté que posent leur définition et les méthodes de leur calcul.

La définition des arriérés de paiement retenue ci-dessus, à savoir le règlement « anormalement long » des dépenses, est différente des définitions comptables telles que retenues par l'UEMOA. En effet, l'UEMOA considère un délai maximal de 90 jours pour le paiement des dépenses après leur ordonnancement. Compte tenu de toutes les difficultés évoquées plus haut, la présente étude retient une définition intermédiaire des arriérés, *fondée sur le volume des dépenses ordonnancées et non payées à la fin de l'exercice budgétaire*. Cette définition présente l'avantage d'être plus large que la définition comptable, tout en facilitant l'évaluation quantitative du montant des arriérés de paiement. Dans leur mémoire, **OKE et GOUTON (2010)** pensent en effet que c'est le non-respect du principe de l'orthodoxie financière qui induit l'incapacité à payer ses dettes à court terme et affecte sa trésorerie. En ce qui concerne le recouvrement des créances, il est à noter que les créances assez importantes croissent d'année en année. Les délais accordés aux clients sont longs et le système de recouvrement présente des failles. Des réformes s'imposent donc pour une amélioration.

PARAGRAPHE 2 : CHOIX DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Le choix de la méthodologie mérite une attention particulière, de par la clarification des approches empiriques et théoriques de résolution des problèmes.

I- Approches empiriques adoptées

Elles consistent à :

- ✓ déterminer les objectifs de la collecte des données ;
- ✓ identifier la population mère et choisir l'échantillon ;
- ✓ déterminer l'outil de collecte ;
- ✓ présenter les techniques de dépouillement ;
- ✓ exposer les outils de présentation des données retenues.

Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

A- Objectifs de la collecte des données

Nos recherches ont pour objectif la vérification des hypothèses formulées dans notre étude. Ainsi, les données recueillies permettront de montrer si :

- le paiement tardif des dettes à la charge l'État explique le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A.
- le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A est dû à la lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marché public.
- les difficultés de trésorerie expliquent l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A.

B- Identification de la population mère et choix de l'échantillon

La vérification de nos hypothèses nous amènera à effectuer une enquête par sondage à partir d'un questionnaire à l'endroit des différents acteurs chargés de la gestion des hôpitaux au Bénin. Ces acteurs constituent les éléments de la population mère. Elle est composée des agents du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora, de l'Hôpital de zone de Natitingou, de la Direction Départementale de la Santé, de la Préfecture, des compagnies d'assurances, de la Mairie de Natitingou qui gèrent le fonds de solidarité des indigents et de la Recette des Finances de l'Atacora.

Pour plus de fiabilité dans les réponses, compte tenu du court délai dont nous disposons et en raison de la complexité des différentes questions abordées, l'échantillonnage a tenu compte du niveau de responsabilité des enquêtés. Elle sera constituée de soixante (60) individus, acteurs du système. Il s'agit de 20 agents du Centre Hospitalier Départemental Atacora, de 10 agents de la Direction Départementale de la Santé, de 10 agents de l'Hôpital de zone, de 5 agents de la Préfecture, de 5 agents de la Mairie, de 5 agents des compagnies d'assurance et de 5 agents de la Recette des Finances de l'Atacora.

C- Outils de collecte, de dépouillement et de présentation des données

1- Outils de collecte des données

Pour la collecte des données, l'instrument qui a été utilisé est le questionnaire (**Annexe 4**). Il est constitué de questions semi-fermées autour des problèmes ci-après :

- le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A.
- le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A
- l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A
- la qualité de la gestion financière du CHD-A.

1- Techniques de dépouillement

Pour le dépouillement, nous utiliserons la méthode de tri à plat. Le tri à plat est un tableau qui représente la variable étudiée et les différentes valeurs prises par la variable.

2- Outils de présentation de données

Les données sont présentées sous forme de graphique (diagrammes circulaires et histogrammes) et de tableaux (**Annexe 5**).

II- Approches théoriques retenues et démarche de détermination des conditions de vérification des hypothèses en recherche diagnostic

Cette dimension de la méthodologie vise à fixer les outils de vérification des hypothèses en vue de déterminer les causes réelles se trouvant à la base des problèmes en résolution et de faire le parallèle entre la cause supposée dans l'hypothèse et les éléments de théorie retenue.

A- Approche théorique retenue

Nous allons présenter les théories retenues par rapport à chaque problème spécifique

1- Théorie retenue pour la résolution du problème du faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A

La théorie que nous retiendrons pour résoudre le problème du faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A est celle de **Cheikh Mohamed Tidiane** sur les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de recouvrement qui stipule que « le problème est aggravé par le fait que les factures sont transmises avec beaucoup de retard ». Il pense que le recouvrement en amont, qui constitue la seule alternative pour éviter cette situation n'est que très peu appliqué. Concernant les assurances, l'existence de multitude de compagnies d'assurance non solvables rend le recouvrement difficile. On retiendra de cette théorie que l'absence de recouvrement en amont et le retard dans la transmission des factures sont les principaux responsables de la faiblesse du niveau de recouvrement des recettes propres.

2- Théorie retenue pour la résolution du problème du faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A

Pour résoudre ce problème, nous retiendrons la théorie du **Cabinet GECA-Prospective** qui explique les facteurs responsables du faible taux d'exécution des crédits délégués. Pour ce cabinet, les crédits délégués des services déconcentrés sont notifiés tardivement. En plus de la notification tardive, l'accent est mis sur les dysfonctionnements et la fermeture anticipée du SIGFIP. Les auteurs du rapport de ce cabinet conditionnent l'augmentation du niveau de Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

consommation des crédits délégués à la régularisation des dysfonctionnements du SIGFIP et à la notification à bonne date des crédits délégués aux services déconcentrés.

3- Théorie retenue pour la résolution du problème de l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A

Pour résoudre le problème de l'accumulation des arriérés de paiement, la théorie qui sera retenue est celle de **Suzanne FLYNN et Mario PESSOA** qui soutient que les arriérés de dépenses apparaissent lorsque l'organisme public n'est pas en mesure de se libérer de ses obligations de paiement dans les délais prescrits. Pour eux, les arriérés de dépenses peuvent être le résultat de défaillances à une ou à l'ensemble des étapes du cycle de gestion des finances publiques, dont des cadres juridiques inadéquats, une budgétisation irréaliste, une maîtrise des dépenses insuffisante ou peu commode, une gestion inefficace de la trésorerie, un système intégré d'information relative à la gestion financière absent ou présentant des problèmes, ou l'existence de lacunes dans la présentation des informations budgétaires. Nous avons également retenu la théorie de **Radev et Khemani** sur l'absence de contrôle des engagements, ils affirment qu'il est essentiel de contrôler les engagements pour maîtriser les dépenses et éviter les arriérés. Le système de contrôle des engagements gère la souscription initiale des obligations plutôt que les décaissements ultérieurs, de façon à éviter l'accumulation de passifs et de factures impayées. Des mesures de contrôle des engagements basés sur des plafonds de dépenses ou de décaissement rapprochent les ressources pécuniaires disponibles avec les engagements, de sorte que les unités dépensières ne peuvent souscrire de contrats ou d'autres obligations que si des soldes non utilisés suffisants sont disponibles, ou le seront probablement, au moment du paiement. Les données empiriques font état d'une forte corrélation entre l'accumulation d'arriérés et l'absence d'un système efficace de contrôle des engagements.

B- Démarche générale de détermination des conditions de vérification des hypothèses en recherche diagnostic

Pour vérifier les hypothèses dans ce contexte, l'on observe généralement trois étapes :

- la vérification théorique des hypothèses ;
- la vérification statistique des hypothèses ;
- la construction du tableau lié aux décisions possibles de vérification des hypothèses causales.

1- Conditions de confirmation ou d'infirmerie théorique des hypothèses causales

Une hypothèse causale $H(P_j)$ liée au problème de P de rang j , se présente comme suit :

$[H(P_j) \Xi C_{si} \rightarrow P_j]$ avec $C_{si} = C_s \bar{\theta}$ ou $C_{si} = C_s \theta$ et avec la théorie $\theta (P_j)$ retenue comme approche de réflexion sur le problème P_j ; théorie susceptible d'amener le chercheur à envisager la cause $C_s \theta$ comme source de P_j à l'opposé de la cause $C_{si} = C_s \bar{\theta}$ effectivement intégré à l'hypothèse par le chercheur.

Il faut dans ce contexte faire le parallèle entre la cause supposée $C_s \bar{\theta}$ proposée par le chercheur dans l'hypothèse et la cause $C_s \theta$ proposable par la théorie $\theta (P_j)$ liée au problème P indice j . S'il y a équivalence entre ces deux causes, on peut conclure que l'hypothèse est théoriquement confirmée. Dans le cas contraire, elle sera théoriquement infirmée.

Soit

$C_{si} = C_s \theta$: hypothèse théoriquement confirmée,

$C_{si} \neq C_s \theta$: hypothèse théoriquement infirmée.

Dans les deux cas, la confirmation ou l'infirmerie théorique seront validées ou non par les résultats de l'enquête à travers soit par une confirmation statistique, soit par une infirmerie statistique.

2- Conditions de confirmation ou d'infirmerie statistique des hypothèses

Si le nombre de causes supposées C_{si} est n avec $n = 4$, et le poids de chaque cause est PC_{si} avec $PC_{si} \leq 100\%$, deux résultats sont envisageables pour une cause $C_s \alpha$ (cause supposée de rang α) : la confirmation statistique ou l'infirmerie statistique de l'hypothèse causale.

a- **Cas de la Confirmation statistique par rapport à $H(P_j) \Xi C_s \alpha \rightarrow P_j$**

La cause $C_s \alpha$ répondra à une confirmation statistique si son poids $PC_s \alpha$ est statistiquement significatif c'est-à-dire si $PC_s \alpha$ est supérieur ou égal à la moyenne des poids de toutes les causes supposées C_{si} , soit :

$$PC_s \alpha \geq \frac{\sum_{i=1}^n PC_{si}}{n} \quad (1)$$

b- Cas de l'infirmité statistique par rapport à H (Pj) Ξ Cs α \rightarrow Pj

La cause Cs α répondra à une infirmité statistique si :

$$PCs \alpha < \frac{\sum_{i=1}^n PCsi}{n} \quad (2)$$

3- Tableau lié aux décisions possibles de vérification de l'hypothèse [H(Pj) Ξ Csi \rightarrow Pj, avec i = α]

Tableau VIII : Tableau lié aux décisions possibles de vérification de l'hypothèse

Cas possibles	Résultats théoriques	Résultats statistiques	Décisions* ED(Pj) Ξ Cr \rightarrow Pj
1 ^{er} cas	Confirmation théorique (Cs α = Cs θ)	Confirmation statistique $PCs\alpha \geq \frac{\sum_{i=1}^n PCsi}{n}$	Hypothèse confirmée ED(Pj) Ξ (Cr=Csα) \rightarrow Pj
2 ^e cas	Infirmité théorique (Cs α \neq Cs θ)	Confirmation statistique $PCs\alpha \geq \frac{\sum_{i=1}^n PCsi}{n}$	Hypothèse confirmée ED(Pj) Ξ (Cr=Csα) \rightarrow Pj
3 ^e cas	Confirmation théorique (Cs α = Cs θ)	Infirmité statistique $PCs\alpha < \frac{\sum_{i=1}^n PCsi}{n}$	Hypothèse infirmée ED(Pj) Ξ (Cr=Cs$\bar{\alpha}$) \rightarrow Pj
4 ^e cas	Infirmité théorique (Cs α \neq Cs θ)	Infirmité statistique $PCs\alpha < \frac{\sum_{i=1}^n PCsi}{n}$	Hypothèse infirmée ED(Pj) Ξ (Cr=Cs$\bar{\alpha}$) \rightarrow Pj

Source: Cours de méthodologie de la recherche au cycle II de S. C. GNANSOUNOU (2014-2015).

***ED(Pj)** = Élément de diagnostic lié au problème Pj

***Cs $\bar{\alpha}$** = autre cause que la cause Cs α ou égal non Cs α

CHAPITRE SECOND :

**MISE EN APPLICATION DE LA METHODOLOGIE
CHOISIE : ENQUETE, DIAGNOSTIC, APPROCHES DE
SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE
DES SOLUTIONS POUR UNE GESTION EFFICACE DU
CHD-A**

Dans ce dernier chapitre, nous allons vérifier les hypothèses émises à travers la formulation du diagnostic après la réalisation des enquêtes. Ainsi, nous parviendrons à proposer des solutions et les conditions de leur mise en œuvre pour une gestion financière efficace du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora.

SECTION 1 : ORGANISATION DE L'ENQUÊTE, DEPOUILLEMENT ET PRESENTATION DES DONNEES

Cette section sera consacrée à la réalisation des enquêtes, à l'analyse des résultats obtenus afin de vérifier les hypothèses antérieurement émises.

PARAGRAPHE 1 : COLLECTE ET DEPOUILLEMENT DES DONNEES

I- Réalisation des enquêtes

Les enquêtes ont été réalisées sur la base d'un questionnaire. Il a été adressé au personnel administratif ainsi qu'aux agents des autres structures susceptibles influencer la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora. Les enquêtes ont couvert la période du 18 juin au 29 juin 2015.

II- Difficultés rencontrées et limites des données

A- Difficultés rencontrées

La difficulté majeure est liée à l'indisponibilité des agents rencontrés. Vu leur programme très chargé, ils n'ont pas pu nous accorder le temps nécessaire pour approfondir les grandes idées. De plus, certains sont en congés administratifs et nous n'avons pas pu recueillir des données auprès d'eux. Une autre difficulté est relative à la réticence de certains agents de quelques structures à nous fournir les informations dont nous avons besoin pour réaliser le travail.

B- Limites des données recueillies

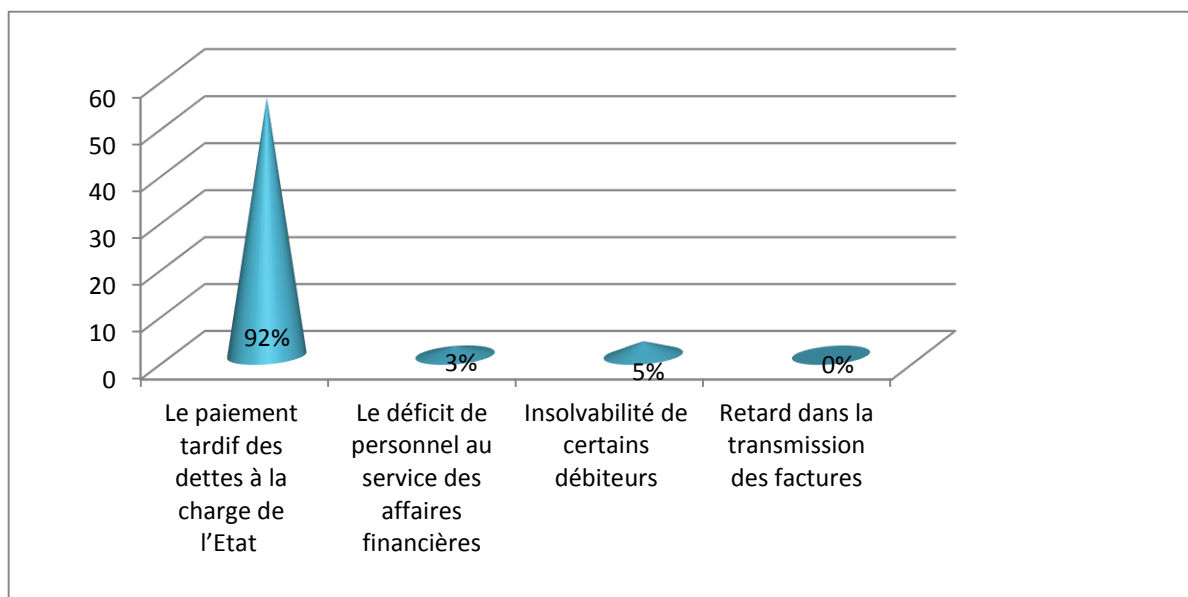
En ce qui concerne les limites des informations recueillies, elles sont inhérentes à la qualité et à la fiabilité des informations obtenues. Les différentes opinions et réflexions qui se dégageront des différentes réponses données par les individus rencontrés seront récapitulées de façon synthétique par catégories.

PARAGRAPHE 2 : PRESENTATION DES DONNEES ET DES GRANDES TENDANCES

Dans cette partie, nous allons présenter et analyser les résultats de nos enquêtes en nous référant à chacun des problèmes identifiés.

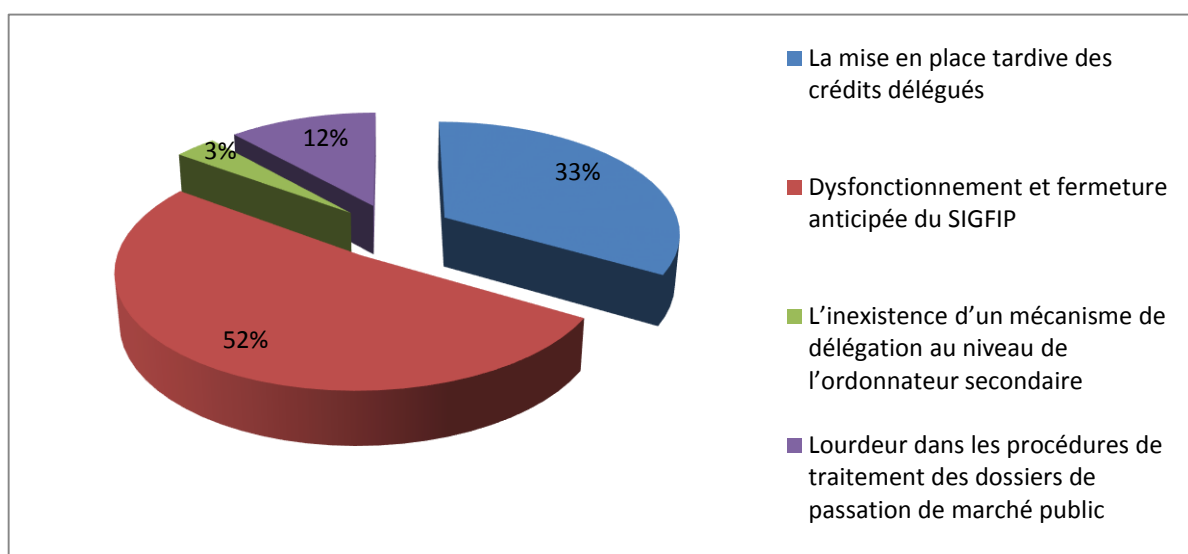
I- Présentation des données

Figure 4 : Répartition des causes du faible niveau de recouvrement des ressources propres du CHD-A

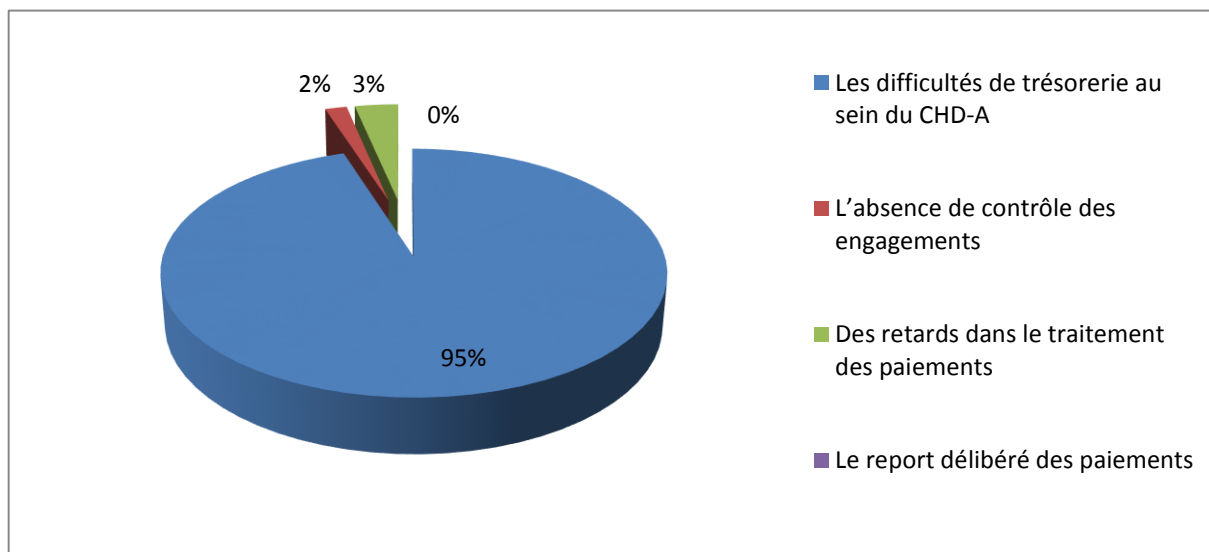


Source : résultat de l'enquête dont les chiffres sont consignés dans le tableau n° 14 (Annexe 9).

Figure 5 : Répartition des causes liées au faible taux de consommation des crédits délégués



Source : résultat de l'enquête dont les chiffres sont consignés dans le tableau n° 15 (Annexe 9).

Figure 6 : Répartition des causes liées à l'accumulation des arriérés de paiement

Source : résultat de l'enquête dont les chiffres sont consignés dans le tableau n° 16 (Annexe 9).

II- Présentation des grandes tendances

Nous procéderons à l'interprétation des graphiques se rapportant à chaque problème spécifique.

A- Présentation des grandes tendances liées à la répartition des causes du faible niveau de recouvrement des ressources propres du CHD-A

Dans ce graphique illustré à la figure N° 4, il ressort que cinquante-cinq individus soit 92 % pensent que le paiement tardif des dettes à la charge de l'État est à l'origine du faible niveau de recouvrement des créances propres du CHD-A. Aussi, deux individus soit 3 % pensent que le problème est dû au déficit en personnel au service des affaires financières chargées du recouvrement, trois autres individus soit 5 % pensent qu'il est plutôt dû à l'insolvabilité de certains débiteurs. Personne ne pense en outre que le retard dans la transmission des factures est responsable de ce problème.

B- Présentation des grandes tendances liées à la répartition des causes liées au faible taux de consommation des crédits délégués

Selon le graphique illustré à la figure N° 5, il ressort que vingt individus soit 33 % pensent que la mise en place tardive des crédits délégués est la cause du faible taux de consommation des crédits délégués. Par contre, trente et un individus soit 52 % pensent que ce problème est

plutôt lié aux dysfonctionnements et à la fermeture anticipée du SIGFIP, deux autres individus soit 3 % le lient plutôt à l'inexistence d'un mécanisme de délégation au niveau de l'ordonnateur secondaire. De plus, sept individus soit 12 % lient ce problème à la lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marché public.

C- Présentation des grandes tendances liées à la répartition des causes de l'accumulation des arriérés de paiement

Dans le graphique illustré à la figure N°6, cinquante-sept individus (95 %) soit la quasi-totalité pense que les difficultés de trésorerie au sein du CHD-A sont à l'origine de l'accumulation d'arriérés de paiement. Seul un individu (2 %) pense que l'absence de contrôle des engagements explique ce problème, deux autres individus soit 3 % pensent qu'il s'agit plutôt des retards dans le traitement des dossiers de paiement. En revanche, personne ne pense que ce problème est lié au report délibéré des paiements.

SECTION 2 : ANALYSE DES DONNEES, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE

Cette dernière section nous permet d'apprécier le niveau de validité des hypothèses à travers l'analyse des données et ensuite de procéder aux approches de solutions ainsi qu'à leur condition de mise en œuvre.

PARAGRAPHE 1 : ANALYSE DES DONNEES : ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

I- Vérification de l'hypothèse liée au problème spécifique N° 1 : élément de diagnostic

Rappelons que nous avons retenu comme hypothèse « **le paiement tardif des dettes à la charge de l'État explique le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A** ». Cette hypothèse met en évidence la cause supposée du paiement tardif des dettes à la charge de l'État. La théorie de **Cheikh Mohamed Tidiane** retient par contre comme cause l'absence de recouvrement en amont et le retard dans la transmission des factures. Nous constatons que la cause retenue n'a pas de lien avec l'esprit de la théorie. Dans cette situation, comme nous l'avons retenue au niveau des conditions de vérification des hypothèses, nous pouvons envisager que la présente hypothèse est **infirmée théoriquement** sous réserve des enquêtes de terrain.

Au niveau des résultats des enquêtes, il apparaît que le paiement tardif des dettes à la charge de l'État est la seule cause qui a pu réunir un poids supérieur au poids moyen de 25 %. Elle a en effet obtenu 92% d'opinion favorable. Elle est donc la seule cause qui sera retenue comme cause étant à l'origine du problème du faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A. L'hypothèse N° 1 est donc **confirmée statistiquement**.

En rapprochant l'infirmité théorique et la confirmation statistique, la décision y relative correspond au cas n° 2 de notre tableau lié aux décisions possibles de vérification des hypothèses et par conséquent, **l'hypothèse N° 1 est confirmée**. La confirmation nous permet d'établir le diagnostic suivant : **le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A est dû au paiement tardif des dettes à la charge de l'État**.

II- Vérification de l'hypothèse liée au problème spécifique N° 2 : élément de diagnostic

Rappelons que nous avons retenu comme hypothèse « **le faible taux de consommation des crédits délégués au profit CHD-A est dû à la lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marché public** ». Cette hypothèse met en évidence la cause faisant état de lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marché public. La théorie du **Cabinet GECA-Prospective** prévoit comme cause, la notification tardive des crédits, les dysfonctionnements et la fermeture anticipée du SIGFIP. Nous constatons que la cause retenue dans l'hypothèse n'est pas la même que celle de la théorie du **cabinet GECA-Prospective**. Dans cette situation, comme nous l'avons retenue au niveau des conditions de vérification des hypothèses, nous pouvons envisager que la présente hypothèse est **infirmité théoriquement** sous réserve des enquêtes de terrain.

Au niveau statistique, rappelons que seules les causes faisant état de la mise en place tardive des crédits délégués (33 %) et le dysfonctionnement et la fermeture anticipée du SIGFIP (52 %) ont dépassé les 25 % qu'il faut pour être validé comme cause étant à la base du problème spécifique conformément aux conditions de vérification des hypothèses retenues. Nous déduisons donc que notre hypothèse N° 2 est **statistiquement infirmée**.

En rapprochant l'infirmité théorique et l'infirmité statistique, la décision y relative correspond au cas n° 4 de notre tableau lié aux décisions possibles de vérification des hypothèses et par conséquent l'hypothèse N° 2 est infirmée. Les causes retenues étant à l'origine de ce problème sont : la mise en place tardive des crédits délégués et le

dysfonctionnement et la fermeture anticipée du SIGFIP. L'élément de diagnostic qui s'en suit est le suivant : **le faible taux de consommation des crédits délégués au profit CHD-A est dû aux dysfonctionnements et à la fermeture anticipée du SIGFIP d'une part, et à la mise en place tardive des crédits délégués d'autre part.**

III- Vérification de l'hypothèse liée au problème spécifique N° 3 : élément de diagnostic

Rappelons que nous avons retenu comme hypothèse « **les difficultés de trésorerie expliquent l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A** ». Cette hypothèse met en évidence comme cause les difficultés de trésorerie. La théorie de **Suzanne FLYNN et Mario PESSOA** propose comme cause une budgétisation irréaliste, une maîtrise des dépenses insuffisante ou peu commode, une gestion inefficace de la trésorerie, un système intégré d'information relative à la gestion financière absent ou présentant des problèmes, ou l'existence de lacunes dans la présentation des informations budgétaires. Nous remarquons que la cause retenue dans l'hypothèse est dans le même esprit que la théorie retenue. Nous pouvons en déduire que la présente hypothèse est **confirmée théoriquement** sous réserve des enquêtes de terrain.

Au niveau statistique, la cause retenue dans l'hypothèse a réuni à elle seule un poids total de 95%. En effet, c'est la seule cause qui a dépassé le poids moyen. L'hypothèse N° 2 est donc **statistiquement confirmée**.

En rapprochant la confirmation théorique et la confirmation statistique, la décision y relative correspond au cas n° 1 de notre tableau lié aux décisions possibles de vérification des hypothèses et par conséquent l'hypothèse N° 3 est confirmée. La cause faisant état de difficultés de trésorerie est retenue. L'élément de diagnostic sera donc : **l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A est due aux difficultés de trésorerie.**

PARAGRAPHE 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE

I- Approches de solutions

Apporter des solutions à un problème, c'est proposer les conditions d'éradication des causes se trouvant à la base de ce problème tout en tenant compte des objectifs préalablement fixés.

A- Approches de solutions relatives au problème du faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A

Ces recommandations sont formulées au regard des causes supposées être à la base du problème observé sur le terrain. Nous suggérons de :

- ❖ **Informatiser le système de facturation et de recouvrement.** Elle permet une plus grande rapidité dans l'exécution des tâches de facturation, d'enregistrement des informations, du contrôle de facturation et de toutes les activités administratives qui gravitent autour du recouvrement.
- ❖ **Réviser et réactualiser les manuels de procédures** en faisant intervenir les acteurs, le personnel et les autres services administratifs de l'hôpital.
- ❖ **Mettre en place un plan de communication efficace** en direction des cibles suivantes : l'État, les compagnies d'assurances, la collectivité locale, le personnel hospitalier et les populations.
- ❖ **Faire un plaidoyer en direction de l'État**, de concert avec les autres hôpitaux publics, en vue de l'inciter à réduire le délai de règlement de ses factures.
- ❖ **Informier et sensibiliser le personnel de l'hôpital** en temps réel de la situation financière de l'hôpital en insistant sur le taux de recouvrement mensuel des hospitalisations et produits financiers par mois et par service. Ainsi, l'impact de la hausse ou de la baisse des entrées financières sur le système indemnitaire, par exemple, sera une motivation supplémentaire pour que tout un chacun s'implique davantage pour relever le taux de recouvrement.
- ❖ Améliorer les conditions de travail des agents de facturation et de recouvrement.
- ❖ Renforcer la capacité des acteurs du système de facturation et de recouvrement.
- ❖ Faire une sélection rigoureuse et régulière (une fois par mois) des sociétés d'État et compagnie d'assurance à agréer afin de réduire au minimum le taux d'abandon de créance ou de retard de paiement.

B- Approches de solutions relatives au problème du faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A

Pour corriger les contre-performances relevées et atteindre les objectifs de consommer entièrement les crédits délégués, nous proposons :

- ❖ **Mettre en place un mécanisme rigoureux endogène et autonome de suivi rapproché de l'exécution budgétaire** par la Direction générale du Budget (DGB).

- ❖ **Renforcer les capacités des acteurs de la chaîne des dépenses publiques** pour une meilleure compréhension et une maîtrise des procédures de mise en œuvre du budget à travers notamment la formation des cadres dans les domaines de la passation des marchés, le contrôle financier et la programmation. Le renforcement des capacités des acteurs reste un défi majeur. Des programmes de formation ont eu lieu, mais ils ne sont pas suffisants.
- ❖ Finaliser des DAO au quatrième trimestre de l'année précédant l'exécution des marchés et **respecter les délais prescrits pour la passation des marchés publics** ;
- ❖ Déléguer les crédits avant la fin du mois de février de chaque année ;
- ❖ Réduire le délai qui sépare la lettre de notification de crédit du ministère en charge des finances et l'envoi des fiches de délégation de crédits aux directions départementales par les DRFM ;
- ❖ **Rendre systématique le droit de substitution du DGB en matière de délégation de crédits** pour prévenir les retards notés ;
- ❖ **Améliorer le fonctionnement du SIGFIP** par l'acquisition et le renforcement des équipements appropriés visant à stabiliser les réseaux électriques et informatiques ;
- ❖ Assurer une assistance de proximité pour la maintenance du SIGFIP dans les départements ;
- ❖ Envisager à terme **l'extension du rôle d'ordonnateur secondaire** aux directeurs départementaux des services déconcentrés. Toutefois, en attendant, il pourrait être envisagé une délégation au profit des secrétaires généraux des préfectures pour remédier aux retards notés dans le traitement des dossiers du fait des nombreuses multiples sollicitations des préfets.

C- Approches de solutions relatives au problème de l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A

Le moyen le plus efficace de contrôler l'accumulation d'arriérés est la prévention. C'est pourquoi nous avons d'abord identifié les causes profondes. Une fois que ces causes ont été identifiées, nous proposons la mise en œuvre des mesures correctives suivantes :

- ❖ **Renforcement du cadre juridique et réglementaire.** Le cadre juridique et réglementaire devrait définir les modalités de paiement (le moment où un paiement est en arriéré); les exigences de déclaration; les mesures de contrôle aux étapes de l'autorisation du budget, de l'engagement, de la liquidation et du paiement; et les sanctions associées à tout manquement aux principes.

- ❖ **Amélioration de la crédibilité et du réalisme du budget.** Une des premières mesures à prendre pour résoudre un problème d'arriérés persistant consiste à rendre le budget annuel plus réaliste. Cela dépendra de la robustesse des hypothèses et des prévisions du cadre sur lequel repose le budget.
- ❖ **Amélioration de la comptabilisation et des informations sur les arriérés.** La prévention, la gestion et la régularisation des arriérés exigent des informations détaillées, actuelles et fiables quant à leur ampleur, leur composition et leur année. Les systèmes comptables des pouvoirs publics devraient prendre en compte les engagements de dépenses, les passifs et les paiements. À court terme, il faut compléter les systèmes de comptabilité de caisse, qui comptabilisent les transactions uniquement lorsque des mouvements de trésorerie se produisent, par des mécanismes distincts de suivi des engagements de dépenses, des factures reçues et vérifiées, des montants à payer, des factures payées et des arriérés. Les systèmes de suivi devraient indiquer l'ampleur, l'échéance et la composition du stock d'arriérés; ces informations pourront servir à en identifier les causes et à établir l'ordre des priorités quant à leur régularisation. À plus long terme, les systèmes de comptabilité d'exercice (sur la base des droits constatés), qui reconnaissent un passif quand un service est livré ou que des biens sont reçus, permettraient le suivi systématique des passifs. Que la comptabilisation se fasse sur la base des encaissements et décaissements ou sur la base des droits et obligations, la déclaration des montants à payer et l'identification des arriérés devraient faire partie intégrante du rapport budgétaire mensuel et figurer dans les états financiers annuels.
- ❖ **Renforcement du contrôle des engagements.** Le contrôle des engagements relève du système de contrôles internes, qui devrait empêcher les entités publiques d'engager des dépenses sans le budget et les ressources disponibles
- ❖ **Amélioration de la gestion de la trésorerie et de la dette.** Des prévisions de trésorerie fiables devraient assurer un niveau de liquidité suffisant pour effectuer les paiements conformément aux engagements. Pour que la gestion de trésorerie soit efficace, le service financier doit élaborer des estimations à court terme précises et actualisées des flux de trésorerie.
- ❖ **Mise en œuvre d'autres solutions technologiques.** De nombreux pays, tout particulièrement en Afrique subsaharienne, ont utilisé les avancées en matière d'information, de communications et de technologie pour contrôler les dépenses qui contribuent de longue date à l'accumulation d'arriérés. De telles solutions peuvent être des

téléphones portables ou cartes téléphoniques prépayés, des compteurs pour les services d'utilité publique et les cartes prépayées pour acheter du carburant et certaines fournitures

- ❖ **Modernisation des systèmes d'information relatifs à la gestion financière des administrations publiques.** Un système moderne doit être capable de contrôler les principales étapes de l'exécution du budget. Il devrait contenir des informations sur le budget initial, le budget additionnel, les engagements (notamment pluriannuels), les liquidations, les paiements, les dates d'exigibilité des paiements et les paiements en arriéré.

II- Conditions de mise en œuvre des solutions proposées

Elles constituent les préalables nécessaires à une véritable application des solutions précédemment énoncées. Elles sont formulées à l'endroit des autorités politiques, administratives, mais également à l'endroit des autorités du CHD-A.

Pour les autorités politiques et administratives, il s'agit de :

- ✓ la manifestation d'une volonté accrue des autorités à résorber ces problèmes ;
- ✓ réformer la loi sur le statut général des centres hospitaliers départementaux et formations sanitaires assimilées qui date de l'année 1990 ;
- ✓ prendre des dispositions pratiques en vue de réduire la lenteur administrative dans les services publics par la suppression de certains contrôles redondants ;
- ✓ réduire le délai de paiement des dettes de l'État.

À l'endroit des autorités du Centre Hospitalier Départemental

- ✓ renforcer les capacités opérationnelles du personnel administratif ;
- ✓ informatiser le système de gestion des recouvrements ;
- ✓ instaurer l'établissement d'un plan mensuel de trésorerie en vue de s'assurer de la disponibilité de la trésorerie avant l'engagement de toutes dépenses ;
- ✓ installer un service de gestion des marchés publics avec à sa tête un spécialiste en passation des marchés publics ;
- ✓ combler le déficit de personnel administratif.

Tableau IX: Tableau de synthèse de l'étude

Niveau d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes supposées	Éléments de diagnostic	Approches de solutions
Niveau général	Problème général La gestion financière inefficace du CHD-A	Objectif général définir les conditions d'une gestion financière efficace du centre hospitalier départemental de l'Atacora.	-	-	-
Niveau spécifique	Problème spécifique n° 1 Le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A	Objectif spécifique n° 1 définir le contexte d'un bon niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A;	Cause spécifique n° 1 le paiement tardif des dettes à la charge de l'État ;	Le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A est dû au paiement tardif des dettes à la charge de l'État.	<ul style="list-style-type: none"> ✓Informatiser le système de facturation et de recouvrement ; ✓Réviser et réactualiser les manuels de procédures ; ✓Mettre en place un plan de communication efficace ; ✓Faire un plaidoyer en direction de l'État ; ✓Informier et sensibiliser le personnel de l'hôpital ; ✓Améliorer les conditions de travail des agents de facturation et de recouvrement; ✓Renforcer la capacité des acteurs du système de facturation et de recouvrement ; ✓Faire une sélection rigoureuse et régulière des sociétés d'État et compagnie d'assurance à agréer ;
	Problème spécifique n° 2 Faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A	Objectif spécifique n° 2 Identifier les mesures d'amélioration du niveau de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A ;	Cause spécifique n° 2 la lourdeur des procédures de traitement des dossiers de passation des marchés publics ;	le faible taux de consommation des crédits délégués au profit CHD-A est dû aux dysfonctionnements et à la fermeture anticipée du SIGFIP d'une part, et à la mise en place tardive des crédits délégués d'autre part.	<ul style="list-style-type: none"> ✓Mettre en place un mécanisme rigoureux endogène et autonome de suivi rapproché de l'exécution budgétaire ; ✓Renforcer les capacités des acteurs de la chaîne des dépenses publiques ; ✓Respecter les délais prescrits pour la passation des marchés publics ; ✓Déléguer les crédits avant la fin du mois de février de chaque année ; ✓ Réduire le délai qui sépare la lettre de notification de crédit du ministère en charge des finances et l'envoi des fiches de délégation de crédits aux directions départementales par les DRFM ; ✓Rendre systématique le droit de substitution du DGB en matière de délégation de crédits ; ✓Mettre fin aux pratiques de certains DRFM consistant à s'immiscer dans la gestion des crédits délégués ou à ne pas déléguer certains crédits ; ✓Améliorer le fonctionnement du SIGFIP ; ✓Assurer une assistance de proximité pour la maintenance du SIGFIP dans les départements ; ✓Envisager à terme l'extension du rôle d'ordonnateur secondaire aux directeurs départementaux des services déconcentrés ;
	Problème spécifique n° 3 Accumulation des arriérés de paiement au CHD-A	Objectif spécifique n° 3 Proposer les mesures à mettre en œuvre pour réduire l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A.	Cause spécifique n° 3 les difficultés de trésorerie ;	L'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A est due aux difficultés de trésorerie.	<ul style="list-style-type: none"> ✓Renforcement du cadre juridique et réglementaire ; ✓Amélioration de la crédibilité et du réalisme du budget ; ✓Amélioration de la comptabilisation et des informations sur les arriérés ; ✓Renforcement du contrôle des engagements ; ✓Amélioration de la gestion de la trésorerie et de la dette ; ✓Mise en œuvre d'autres solutions technologiques ; ✓Modernisation des systèmes d'information relatifs à la gestion financière des administrations publiques ;

Source : résultats de nos travaux.

CONCLUSION

En choisissant de porter notre étude sur le thème « **contribution à une gestion financière efficace du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora** » notre souci majeur était de découvrir le cadre de gestion du CHD-A, en particulier le processus gestion financière. La réalisation de cette étude nous a permis de diagnostiquer les problèmes de gestion financière du centre hospitalier à savoir :

- le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A.
- Le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A
- l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A.

Nous avons posé des hypothèses à partir des causes supposées susceptibles d'engendrer ces problèmes. Après une enquête, nous avons pu poser un diagnostic qui se présente comme suit :

- Le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A est dû au paiement tardif des dettes à la charge de l'État
- le faible taux de consommation des crédits délégués au profit CHD-A est dû aux dysfonctionnements et à la fermeture anticipée du SIGFIP d'une part, et à la mise en place tardive des crédits délégués d'autre part.
- L'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A est due aux difficultés de trésorerie.

En raison du caractère diagnostic de notre recherche, nous avons formulé des suggestions visant l'éradication des facteurs explicatifs (causes réelles) se trouvant à la base des problèmes que nous avons identifiés.

Pour finir, les conditions pour une mise en œuvre optimale des approches de solutions ont été prévues et se sont traduites par des recommandations à l'endroit des différents acteurs de la gestion du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora, mais également à l'endroit des autorités politiques et administratives du Bénin dont la volonté de mener à bien ces différentes réformes est nécessaire.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir cerné tous les aspects du sujet. Cependant, l'application des solutions proposées et la prise en compte des conditions de leur mise en œuvre aideront à résoudre les problèmes liés à la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora.

BIBLIOGRAPHIE

I- Ouvrages

1. **Irwin T.C.** (2012), «Appareil comptable et évasion fiscale», (Washington, Fonds Monétaire International);
2. **Lienert I.** (2009), «Modernisation de la gestion monétaire », (Washington, Fonds Monétaire International);
3. **Michel BOUVIER, Marie-Christine ESCLASSAN, Jean -Pierre LASSALE** (2008) « Finances publiques » 9^e édition, lextenso, Paris ;
4. **Radev D, Khemani, P.** (2009), «Contrôle des engagements » (Washington, Fonds Monétaire International);
5. **Raymond MUZELLEC** (2006) « Finances publiques » 14^e édition, SIREY, Paris ;
6. **Suzanne FLYNN et Mario PESSOA (2014)**, « Prévention et gestion des arriérés de dépenses publiques » ;
7. **Pattanayak S. et Fainboim I.** (2011), « Le compte unique du Trésor : un outil essentiel pour la gestion de la trésorerie publique» (Washington, Fonds monétaire international) ;

II- Rapports

8. **Alsim FALL et Kalidou THIAW** (2010), « arriérés de paiement et dynamique de croissance au Sénégal » ;
9. **Cabinet GECA-Prospective** (2010), « Évaluation de la déconcentration budgétaire au Bénin : État des lieux de la mise en œuvre de la réforme au Bénin » ;
10. **Ministère de l'Économie, des finances et des programmes de dénationalisation** « le guide d'exécution des dépenses publiques » (2014)
11. Rapports d'activité 2012, 2013 et 2014 du CHD-A ;
12. États financiers 2012, 2013 et 2014 du CHD-A ;

III- Mémoires

13. **Akominassi E. ADIGBE** (2012), « contribution à une gestion efficace de la trésorerie de l'hôpital de zone d'Adjohoun » cycle II, ENAM/AF/AFT ;
14. **Anne-Emmanuel THOMAS** (2011), « l'amélioration de la facturation et du recouvrement : une nécessité à l'heure de la tarification à l'activité », élève directeur d'hôpital, École des hautes études en santé publique ;
15. **Cheikh Mohamed Tidiane** (2007), « Contribution à l'optimisation du recouvrement des créances au niveau de l'hôpital général de Grand Yoff (HOGGY) », Maîtrise professionnelle en Gestion des Entreprises et des Organisations (MPGEO), Centre Africain d'études supérieures en Gestion (CESAG) ;
16. **OKE M. Razaki et GOUTON A. Martin** (2010) « contribution à une gestion optimale des ressources financières à l'hôpital de la mère et de l'enfant-lagune (HOMEL) », maîtrise, FASEG/SG/MO ;
17. **Voldémarthe ADJANOU, Landry N'TOUA M'PO** (2014), « Contribution à l'amélioration de la gestion de la trésorerie dans une Formation sanitaire : cas du CHD-ATACORA » maîtrise, FASEG/SG/MO.

IV- Textes législatifs et réglementaires

18. Loi n° 2013-14 du 27 septembre 2013 portant loi organique de loi de finances ;
19. Décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et des Formations sanitaires assimilées ;
20. Décret n° 2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique ;
21. Décret n° 2014-571 du 7 octobre 2014 portant règlement général sur la comptabilité publique ;



ANNEXES

ANNEXE 1 : EXTRAIT DU BUDGET ET DES REALISATIONS**Tableau X : Extrait du budget du CHD-Atacora exercice 2015**

PRODUITS		CHARGES	
Produits encaissables	140.726.000	Charges encaissables	169.394.000
Produits non encaissables	49.000.000	Charges non décaissables	20.332.000
Total des produits propres	189.726.000	Total des charges sur fonds propres	189.726.000
Subvention reçue de l'État	495.622.000	Prévisions des charges sur budget national	495.622.000
TOTAL	875.074.000	TOTAL	875.074.000

Source : extrait du budget exercice 2015 du CHD-Atacora**Tableau XI : Tableau récapitulatif des prévisions et des réalisations de recettes au comptant (C) et à terme (T)**

Année	Prévisions (C+T) (FCFA)	Réalisation (C+T) (FCFA)	Indice de réalisation (%)
2012	173404640	173876355	100,27 %
2013	185643750	129002197	69,49 %
2014	179196438	120820067	67,42 %

Source : rapport d'activité de 2014 du CHD-Atacora

Tableau XII : Tableau comparatif des prévisions et réalisations de dépenses sur les trois derniers exercices

N° compte	Intitulés des comptes	2012			2013			2014		
		Prévision (FCFA)	Réalisation (FCFA)	Taux de réalisation (%)	Prévision (FCFA)	Réalisation (FCFA)	Taux de réalisation (%)	Prévision (FCFA)	Réalisation (FCFA)	Taux de réalisation (%)
60	Achat et variation de stocks	167 494 000	156 931 962	- 6,31	189 607 295	170 449 857	- 10,10	190 232 200	195 384 449	2,71
61	Transports	1 325 000	717 250	- 45,87	1 220 000	1 143 900	- 6,24	1 520 000	541 183	- 64,40
62	Service extérieur A	12 425 000	6 325 071	- 49,09	12 105 000	8 706 104	- 28,08	13 190 685	6 177 993	- 53,16
63	Service extérieur B	24 060 000	17 037 630	- 29,19	24 850 000	11 948 900	- 51,92	22 520 000	14 302 490	- 36,49
64	Impôts et taxes	330 000	2 461 828	646,01	111 600	5 167 592	4 530,46	35 000	11 200	- 68,00
65	Autres charges	15 600 000	8 146 499	- 47,78	8 590 000	12 203 922	42,07	5 531 312	4 437 504	- 19,77
66	Charges de personnel	148 789 000	116 202 846	- 21,90	154 956 580	85 126 015	- 45,06	162 209 658	144 322 885	- 11,03
	Total	370 023 000	307 823 086	- 16,81	391 440 475	294 746 290	- 24,70	395 238 855	365 177 704	- 7,61

Source : États financiers et rapports d'activités de 2012, 2013 et 2014 du CHD-Atacora

ANNEXE 2 : EFFECTIF DU PERSONNEL PAR SERVICE

PERSONNEL PAR CATÉGORIE PROFESSIONNELLE	N	E	GB
PERSONNEL MÉDICAL			
Médecin généraliste	6	2	-4
Médecin gynécologue	4	0	-4
Médecin pédiatre	2	0	-2
Médecin chirurgien	4	0	-4
Chirurgiens Pédiatres		0	0
Médecin anesthésiste-réanimateur	2	0	-2
Médecin psychiatre	1	0	-1
Médecin interniste	2	0	-2
Médecin néphrologue		0	0
Médecin gastro-entérologue		0	0
Médecin endocrinologue et maladie métabolique		0	0
Médecin rhumatologue		0	0
Médecin neurologue		0	0
Médecin Gériatologue		0	0
Médecin de santé publique		0	0
Médecin ophtalmologiste	2	0	-2
Médecin ORL	2	0	-2
Médecin Pneumologue		0	0
Médecin dermatologue	1	0	-1

Médecin épidémiologiste	1	0	-1
Médecin cardiologue	2	0	-2
Médecin nutritionniste	1	0	-1
Médecin biologiste	1	0	-1
Médecin hématologue	1	0	-1
Médecin immunologiste		0	0
Médecin parasitologue		0	0
Médecin bactériologiste		0	0
Médecin radiologue	1	0	-1
Médecin hygiéniste	1	0	-1
Médecin Kinésithérapeute	3	0	-3
Pharmacien	1	0	-1
Chirurgiens-Dentistes	2	0	-2
Total Personnel Médical	40	2	-38
PERSONNEL PARAMÉDICAL			0
IAS anesthésiste	6	1	-5
IAS santé de la reproduction	2	0	-2
IAS Aide Chirurgien	4	0	-4
IAS Stomatologue	2	0	-2
IAS Ophtalmologiste	2	0	-2
IAS Kinésithérapeute	2	0	-2
IAS Hygiène hospitalière	2	0	-2
IAS Dermatologue	2	0	-2
IAS Santé mentale	1	0	-1

IAS Instrumentiste	4	0	-4
CAS IDE	30	9	-21
CAS SFE	25	7	-18
Infirmière/Infirmier breveté	20	9	-11
IAS Analyse biomédicale ou Technicien supérieur Laboratoire	4		-4
Technicien de laboratoire niveau B	6	3	-3
Technicien de laboratoire niveau C		1	1
IAS Imagerie médicale ou Technicien supérieur Radiologie	4	1	-3
Technicien supérieur d'Action sociale	3	1	-2
CAS Prothésiste dentaire	2	0	-2
aides-soignants	70	16	-54
Agents d'Hygiène (Technicien ou Assistant)	2	0	-2
Total Personnel para médical	193	48	-145
PERSONNEL ADMINISTRATIF			0
Administrateur des hôpitaux ou Administrateur AHUI	1	0	-1
Attaché AHUI ou Attaché Services financiers	1	2	1
Attaché des Services administratifs		0	0
Ingénieur Statisticien Économiste ou Technicien Supérieur de la Statistique	1	0	-1

Analyste-Programmeur	1	0	-1
Ingénieur ou Technicien supérieur en Maintenance biomédicale	2	0	-2
Contrôleur des services financiers	2	1	-1
Assistant des services financiers		3	3
Secrétaire des services administratifs	2	0	-2
Secrétaire Adjoint des Services administratifs	6	5	-1
Opérateur de saisie	3	2	-1
Agent technique de la Statistique	1	0	-1
Préposé des Services administratifs	6	3	-3
Ouvriers spécialisés (Blanchisserie, cuisine)	4	0	-4
CVA	5	2	-3
Agent de liaison	2	0	-2
Agent d'entretien des services de santé	20	6	-14
Total Personnel Administratif	57	24	-33
TOTAL PERSONNEL	290	74	-216

Source : liste de personnel du CHD-A

Légende

N= Norme en personnel dans les CHD

E= Effectif du personnel CHD-A

GB= Gap ou besoin en personnel

Tableau XIII : Effectif du personnel par service croisé avec les besoins en personnel prévu par l'organigramme du CHD-A.

ANNEXE 3 : ETAT DES LIEUX A L'EXTERNE

I- Au niveau du micro-environnement

A- Par rapport aux usagers

Le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora a reçu en moyenne 4000 patients par an sur les trois dernières années. Il est à noter qu'un sondage d'opinion réalisé par la radio communautaire de Natitingou révèle que le CHD-A ne jouit pas d'une bonne réputation en ce qui concerne la qualité de l'accueil et des soins. Cette mauvaise réputation impacte négativement les résultats financiers de l'hôpital.

CS n° 27 : mauvaise réputation impactant négativement le niveau des recettes de l'hôpital (menace sur les activités financières).

B- Par rapport aux partenaires

À travers le Projet d'Appui au Renforcement des Zones sanitaires (PARZS) l'Agence belge de Développement (CTB) assure depuis 2010, le renforcement du plateau technique et des capacités du personnel de l'hôpital.

CS n° 28 : renforcement des capacités du personnel grâce à l'appui des Partenaires techniques et financiers (opportunité pour les activités administratives et économiques).

II- Au niveau du macro-environnement

A- Par rapport à l'environnement technologique

Un atout important réside dans l'utilisation du logiciel LOGI-GRH par la Direction des Ressources humaines du Ministère de la santé pour la gestion administrative du personnel.

CS n° 29 : exploitation du logiciel LOGI-GRH pour la gestion du personnel (opportunité pour les activités administratives et économiques).

Un autre atout réside dans l'utilisation du logiciel PERFECTO qui permet d'éditer les états de salaires, les déclarations fiscales et sociales, les documents comptables après la saisie des informations sur la plate-forme. La phase administrative de l'exécution des dépenses se fait sur la base de cet outil. Il est également utilisé pour la facturation et l'encaissement des recettes. Cet outil technologique moderne facilite la gestion et la tenue de la comptabilité analytique et générale. Il est heureux de constater une bonne tenue de la comptabilité générale et analytique du CHD-A grâce au logiciel PERFECTO.

Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

CS n° 30 : exploitation du logiciel PERFECTO pour la tenue de la comptabilité et l'exécution des opérations à caractère financier (opportunité pour les activités financières).

B- Environnement administratif

La coexistence de plusieurs statuts dans le cadre du fonctionnement de la formation sanitaire rend complexe la gestion du personnel et affecte la cohésion de l'équipe ainsi que le climat social du centre de santé. C'est le cas des agents recrutés sur les fonds de mesures sociales, leur situation administrative est précaire, parce que le renouvellement de leurs contrats dépend de la disponibilité de crédits affectés à cette fin. De plus, les traitements et salaires varient selon les statuts. Cette situation affecte profondément le rendement des agents.

CS n° 31 : existence d'agents dans une situation administrative précaire (menace sur les activités administratives et économiques).

C- Environnement financier

Il est regrettable de noter que des problèmes de trésorerie et d'ordre financier réduisent considérablement la capacité de l'État béninois à équiper les hôpitaux à tel point qu'il recourt au téléthon, aux dons de bonnes volontés et des partenaires techniques et financiers pour équiper les hôpitaux. La plupart des hôpitaux publics présentent un état de sous-équipement qui constitue un frein à la qualité du diagnostic et du traitement, voire un danger pour les patients lors des interventions chirurgicales (respirateur non fonctionnel, absence de stérilisateur, etc.).

CS n° 32 : Contexte de sous-équipement des hôpitaux publics (menace sur les activités administratives et économiques).

Les crédits délégués qui représentent la subvention de fonctionnement provenant de l'État ont été consommés à hauteur de 80 %. Ce taux pourrait paraître élevé et acceptable, mais en réalité, il est faible et insuffisant au regard du fait que les autorités du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora jugent ces subventions insuffisantes pour permettre de couvrir les besoins du centre.

CS n° 33 : insuffisance des subventions devant permettre de couvrir les besoins (menace sur les activités financières).

D- Environnement légal

L'accès aux soins étant très important pour les populations, les hôpitaux publics en tant qu'organismes publics investit de cette mission d'importante ne doivent ne souffrir d'aucun dysfonctionnement. Pour cette raison, les dispositions ont été prises à la conférence de Bamako au Mali pour alléger la procédure d'exécution de leurs dépenses.

CS n° 34 : mise en œuvre des initiatives de Bamako sur la gestion financière des centres de santé et formation sanitaire assimilée (opportunité pour les activités financières).

En ce qui concerne le contrôle de gestion exercé par la cellule de contrôle de gestion, pour une efficacité de son action, il faut une autonomie et une indépendance vis-à-vis des autorités administratives. Pour garantir cette autonomie, la cellule de gestion a été placée en position staff de la direction par le décret n° 90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées.

CS n° 35 : existence d'un décret garantissant l'autonomie de l'organe de contrôle de gestion (opportunité pour les activités de contrôle de gestion).

ANNEXE 4: QUESTIONNAIRE

Bonjour Madame/ Monsieur,

Ayant effectué notre stage au centre hospitalier départemental de l'Atacora, et dans le but de nos recherches pour la rédaction de notre mémoire de fin de formation en Administration des finances, spécialité Administration des Finances et du Trésor (AFT) à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) dont le thème est : « **Analyse de la gestion financière du CHD-A** », nous souhaiterions nous entretenir avec vous sur certains aspects relatifs à notre thème.

Les informations qui seront collectés dans le cadre de cette enquête sont couvert de secret statistiques et ne seraient être utilisées à d'autre fins que les objectifs visés. Afin de nous permettre de mener cet entretien, nous vous prions de vouloir répondre aux questions suivantes :

Identification

- a. Personnel administratif du CHD-A
- b. Personnel technique du CHD-A
- c. Personnel de la Direction départementale de la Santé
- d. Personnel administratif de l'Hôpital de zone
- e. Agent de la préfecture impliqué dans la gestion du CHD-A
- f. Agent de la Mairie de Natitingou impliqué dans la gestion du CHD-A
- g. Personnel des compagnies d'assurance prestataires des prises en charge médicales
- h. Personnel de la Recette des Finances de L'Atacora

1) Qu'est-ce qui explique selon vous le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A?

- a)- le paiement tardif des dettes à la charge l'État ;
- b)- le déficit de personnel au service des affaires financières chargé du recouvrement ;
- c)- insolvabilité de certains débiteurs ;
- d)- retard dans la transmission des factures.

Réalisé et soutenu par Monra Bareck SOUROKOU

2) Quelle est selon vous la ou les causes du faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A?

- a)- la mise en place tardive des crédits délégués ;
- b)- les dysfonctionnements et fermeture anticipée du SIGFIP ;
- c)- l'inexistence d'un mécanisme de délégation au niveau de l'ordonnateur secondaire ;
- d)- lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marchés publics

3) Selon vous, qu'est-ce qui explique l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ?

- a)- les difficultés de trésorerie au sein du CHD-A ;
- b)- l'absence de contrôle des engagements ;
- c)- les retards dans le traitement des paiements ;
- d)- le report délibéré des paiements.

4) Quelle est votre appréciation sur efficacité de la gestion financière du Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora ?

- a)- Bien;
- b)- Assez bien ;
- c)- Passable ;
- d)- Médiocre.

5) Dans l'éventualité où vous auriez trouvé une cause supposée être à la base de l'un des problèmes spécifiques et qui n'aurait pas été mentionnée dans le présent questionnaire, nous vous saurons gré de bien vouloir la mentionner dans la rubrique autre cause ci-dessous :

.....
.....

ANNEXE 5: TABLEAU DE PRESENTATION DES DONNEES DE L'ENQUETE

Tableau XIV : Présentation des données relatives au problème spécifique N° 1

Question N° 1 : Qu'est-ce qui explique selon vous le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A?

Modalités	Effectifs	Fréquences (%)
Le paiement tardif des dettes à la charge de l'État	55	92
Le déficit de personnel au service des affaires financières chargé du recouvrement	2	3
Insolvabilité de certains débiteurs	3	5
Retard dans la transmission des factures	0	0
Total	60	100

Source : résultats de nos enquêtes.

Tableau XV : Présentation des données relatives au problème spécifique N° 2

Question N° 2 : Quelles sont selon vous la ou les causes du faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A

Modalités	Effectifs	Fréquences (%)
La mise en place tardive des crédits délégués	20	33
Les dysfonctionnements et fermeture anticipée du SIGFIP	31	52
L'inexistence d'un mécanisme de délégation au niveau de l'ordonnateur secondaire	2	3
Lourdeur dans les procédures de traitement des dossiers de passation de marchés publics	7	12
Total	60	100

Source : résultats de nos enquêtes.

Tableau XVI : Présentation des données relatives au problème spécifique N° 3

Question N°3 : Selon vous, qu'est-ce qui explique l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A ?

Modalités	Effectifs	Fréquences (%)
Les difficultés de trésorerie au sein du CHD-A	57	95
L'absence de contrôle des engagements	1	2
Retard dans le traitement des dossiers de paiement	2	3
Le report délibéré des paiements	0	0
Total	60	100

Source : résultats de nos enquêtes.

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DU JURY	i
DEDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES SIGLES	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
GLOSSAIRE DE L'ETUDE	viii
RESUME	x
SOMMAIRE	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA GESTION FINANCIERE EFFICACE DU CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL DE L' ATACORA	4
SECTION 1: CADRE CONTEXTUEL DE L'ÉTUDE	5
PARAGRAPHE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE	5
I- Organisation du système sanitaire	5
II- Missions	5
III- Les structures du ministère de la Santé	6
A- Le niveau central	6
B- Le niveau intermédiaire	6
C- Le niveau périphérique	7
PARAGRAPHE 2: CADRE PHYSIQUE ET CADRE ENVIRONNEMENTAL DE L'ETUDE	7
I- Cadre physique: le Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora	7
I- Structure du Centre hospitalier départemental de l'Atacora	8
A- Structure organisationnelle	8
1- Le conseil d'administration	8
2- Les commissions spécialisées et consultatives	9
B- Structures de fonctionnement	10
1- La direction	10

2-	Le Service des Affaires administratives et économiques (SAAE).....	10
3-	Le Service des Affaires financières (SAF).....	11
4-	Les Services médicaux et techniques (SMT)	11
II-	Cadre environnemental de l'étude	11
A-	Le micro environnement.....	11
1-	Les usagers	11
2-	Les concurrents.....	12
3-	Les fournisseurs.....	12
B-	Le macro-environnement	12
1-	Facteur économique et financier.....	13
2-	Facteurs administratif et socioculturel.....	13
SECTION 2: OBSERVATIONS DE STAGE ET CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE		
DE L'ETUDE.....		14
PARAGRAPHE 1: OBSERVATIONS DE STAGE AU CHD-A		14
I- État des lieux à l'interne		14
A- Observations sur les activités financières		14
1- État des lieux sur l'élaboration du budget		15
2- État des lieux sur le recouvrement des recettes		18
3- État des lieux sur le paiement des dépenses		20
4- État des lieux par rapport aux opérations de Banque		22
5- État des lieux sur la comptabilité du CHD-A.....		23
6- État des lieux sur la gestion des crédits délégués		24
B- Observations sur les activités administratives et économiques		26
1- État des lieux sur la gestion administrative et du personnel.....		26
2- État des lieux sur la tenue de la comptabilité matière		28
3- État des lieux sur la gestion des malades et des statistiques.....		29
C- Observations sur les activités de contrôle de gestion.....		30
II- État des lieux à l'externe et inventaire des observations de stage		31
A- État des lieux à l'externe.....		31
B- Inventaire des observations de stage.....		31
PARAGRAPHE 2 : CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE		34
I- Identification des problématiques possibles		34
Une fois les problèmes identifiés, nous les avons regroupés par centre d'intérêt. .		34

II- Choix et spécification de la problématique de l'étude.....	35
A- Choix de la problématique.....	35
B- Spécification de la problématique, vision globale de résolution et choix de la démarche méthodologique.....	36
1- Spécification de la problématique	36
2- Vision globale de résolution de la problématique	38
3- Séquence de résolution de la problématique	39
CHAPITRE PREMIER :CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE, REVUE DE LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE RETENUE POUR UNE GESTION FINANCIERE EFFICACE DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE L'ATACORA.....	40
SECTION 1 : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	41
PARAGRAPHE 1 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE	41
I - Objectifs de l'étude et résultats attendus	41
II - Hypothèses et tableau de bord de l'étude	43
A- Hypothèses de l'étude.....	43
1- Causes et hypothèse liées au problème spécifique n° 1.....	43
2- Causes et hypothèse liées au problème spécifique n° 2.....	44
3- Causes et hypothèse liées au problème spécifique n° 3.....	45
B- Tableau de bord de l'étude.....	45
SECTION 2 : REVUE DE LITTERATURE ET CHOIX DE LA METHODOLOGIE	47
PARAGRAPHE 1 : REVUE DE LITTERATURE.....	47
I- Revue de littérature sur le faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A	47
II- Revue de littérature sur le faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A.....	49
III- Revue de littérature sur l'accumulation des arriérés de paiement	51
PARAGRAPHE 2 : CHOIX DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	55
I- Approches empiriques adoptées	55
A- Objectifs de la collecte des données.....	56
B- Identification de la population mère et choix de l'échantillon	56
C- Outils de collecte, de dépouillement et de présentation des données.....	56
1- Outils de collecte des données.....	56

2- Techniques de dépouillement	57
3- Outils de présentation de données	57
II- Approches théoriques retenues et démarche de détermination des conditions de vérification des hypothèses en recherche diagnostic	57
A- Approche théorique retenue.....	57
1- Théorie retenue pour la résolution du problème du faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A	57
2- Théorie retenue pour la résolution du problème du faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A	57
3- Théorie retenue pour la résolution du problème de l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A	58
B- Démarche générale de détermination des conditions de vérification des hypothèses en recherche diagnostic.....	58
1- Conditions de confirmation ou d'infirmité théorique des hypothèses causales	59
2- Conditions de confirmation ou d'infirmité statistique des hypothèses	59
3- Tableau lié aux décisions possibles de vérification de l'hypothèse	60
CHAPITRE SECOND :MISE EN APPLICATION DE LA METHODOLOGIE CHOISIE : ENQUETE, DIAGNOSTIC, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS POUR UNE GESTION EFFICACE DU CHD-A	61
SECTION 1 : ORGANISATION DE L'ENQUÊTE, DEPOUILLEMENT ET PRESENTATION DES DONNEES	62
PARAGRAPHE 1 : COLLECTE ET DEPOUILLEMENT DES DONNEES.....	62
I- Réalisation des enquêtes	62
II- Difficultés rencontrées et limites des données.....	62
A- Difficultés rencontrées.....	62
B- Limites des données recueillies	62
PARAGRAPHE 2 : PRESENTATION DES DONNEES ET DES GRANDES TENDANCES	63
I- Présentation des données	63
II- Présentation des grandes tendances	64
A- Présentation des grandes tendances liées à la répartition des causes du faible niveau de recouvrement des ressources propres du CHD-A.....	64

B- Présentation des grandes tendances liées à la répartition des causes liées au faible taux de consommation des crédits délégués	64
C- Présentation des grandes tendances liées à la répartition des causes de l'accumulation des arriérés de paiement	65
SECTION 2 : ANALYSE DES DONNEES, APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE.....	65
PARAGRAPHE 1 : ANALYSE DES DONNEES : ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC.....	65
I- Vérification de l'hypothèse liée au problème spécifique N° 1 : élément de diagnostic.....	65
II- Vérification de l'hypothèse liée au problème spécifique N° 2 : élément de diagnostic.....	66
III- Vérification de l'hypothèse liée au problème spécifique N° 3 : élément de diagnostic	67
PARAGRAPHE 2 : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE.....	67
I- Approches de solutions	67
A- Approches de solutions relatives au problème du faible niveau de recouvrement des recettes propres du CHD-A	68
B- Approches de solutions relatives au problème du faible taux de consommation des crédits délégués au profit du CHD-A	68
C- Approches de solutions relatives au problème de l'accumulation des arriérés de paiement au CHD-A	69
II- Conditions de mise en œuvre des solutions proposées	71
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	75
I- Ouvrages	75
II- Rapports	75
III- Mémoires.....	76
IV- Textes législatifs et réglementaires	76
ANNEXES	xii
ANNEXE 1 : EXTRAIT DU BUDGET ET DES REALISATIONS	xiii
ANNEXE 2 : EFFECTIF DU PERSONNEL PAR SERVICE	xx

ANNEXE 3 : ETAT DES LIEUX A L'EXTERNE	xxi
I- Au niveau du micro-environnement	xxi
A- Par rapport aux usagers.....	xxi
B- Par rapport aux partenaires	xxi
II- Au niveau du macro-environnement.....	xxi
A- Par rapport à l'environnement technologique.....	xxi
B- Environnement administratif	xxii
C- Environnement financier.....	xxii
D- Environnement légal.....	xxiii
ANNEXE 4: QUESTIONNAIRE	xxiv
ANNEXE 5: PRESENTATION DES DONNEES DE L'ENQUETE	xxvi
TABLE DES MATIERES.....	xxviii