

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY - CALAVI



ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION DU CYCLE II DE L'ENAM POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR DES FINANCES ET DU
TRESOR

OPTION :

Administration des Finances

FILIERE :

Administration des Finances et du Trésor

ANNEE ACADEMIQUE 2010-2011

THEME

***PROBLEMATIQUE DE L'EFFICACITE DES
DEPENSES EXECUTEES SUR LES CREDITS
DELEGUES AU MINISTERE DE LA SANTE***

Réalisé et soutenu par :
Amina Lisette M. **ASSEMIEN**

Maître de stage

Marcien **DEGBOGBAHOUN**
Administrateur des Hôpitaux
Chef du Service du Budget et de la
Comptabilité /DRFM/MS

Directeur de mémoire

Rilwane **AREMOU**
Economiste en Santé
Enseignant à l'ENAM

Janvier 2012

INDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT : ADAMADO Pierre

VICE PRESIDENT : GANDJIDON Justin

MEMBRE : SOGLO Edouard

***L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS CE MEMOIRE.***

***CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME
PROPRES A LEUR AUTEUR***

Dédicace

✓ *Pour sa présence continue à mes côtés, je dédie ce mémoire à ma famille.*

REMERCIEMENTS

A notre Directeur de mémoire, Monsieur **Rilwane AREMOU**, pour sa rigueur scientifique, sa quête permanente de la perfection et son entière disponibilité dans l'encadrement pour la réalisation de ce mémoire.

A Monsieur **Réginal KOUMAGBEAFIDE**, Directeur des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé pour sa disponibilité permanente et son dynamisme à la tête de cette direction.

A Monsieur **Marcien DEGBOGBAHOUN**, Chef du Service du Budget et de la Comptabilité à la Direction des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé, toute notre gratitude pour avoir facilité notre stage.

A tout le personnel médical et administratif rencontré au cours de nos recherches et qui ont apporté une précieuse contribution à la réalisation de ce mémoire, particulièrement Messieurs **Clément AKPAMAGBO**, **Kadmiel FAGBOHOUN**, **Urbain DJODJO** et **Madame Alphonsine BOSSOU**.

A nos maîtres, **Enseignants de l'ENAM**, vous avez formé une étudiante et forgé un esprit pour les nombreux défis à relever dans le domaine des Finances Publiques.

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

BGE	:	Budget Général de l'Etat
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
COSA	:	Comité de Santé
CS	:	Centre de Santé
DCF	:	Délégué du Contrôleur Financier
DDCF	:	Délégué Départemental du Contrôleur Financier
DDS	:	Direction Départementale de la Santé
DPP	:	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	:	Direction des Ressources Financières et du Matériel
EEZS	:	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
HZ	:	Hôpital de Zone
IGM	:	Inspection Générale du Ministère
MS	:	Ministère de la Santé
OCDE	:	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
RGF	:	Receveur Général des Finances
RF	:	Receveur des Finances
USAID	:	Agence des Etats – Unis pour le Développement International
ZS	:	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

N°Tableau	Libellés	Pages
Tableau 1	: Evolution des crédits délégués par rubrique budgétaire de 2001 à 2010	15
Tableau 2	: Regroupement des problèmes par centre d'intérêt	24
Tableau 3	: Evolution du budget du Secteur de la Santé de 2000 à 2009	26
Tableau 4	: Quelques indicateurs sanitaires usuels de 2000 à 2009	27
Tableau 5	: Tableau de Bords de l'Etude	37
Tableau 6	: Point des données relatives à l'hypothèse n°1	48
Tableau 7	: Synthèse des données relatives à l'hypothèse n°2	49
Tableau 8	: Répartition des opinions émises sur le problème spécifique 3	50
Tableau 9	: Synthèse des causes relatives à l'insuffisance des biens et services acquis	51
Tableau 10	: Tableau de Synthèse de l'Etude	58

LISTE DES FIGURES

N° Figure	Libellés	Page
Figure 1	: Source de financement du système de santé du Bénin en 2008 sur base décaissement	17
Figure 2	: Evolution du taux d'exécution des crédits délégués base ordonnancement de 2001 à 2009	20
Figure 3	: Evolution du budget alloué au secteur de la Santé de 2000 à 2009	26
Figure 4	: Répartition des opinions émises sur la non prise en compte des besoins prioritaires	47
Figure 5	: Point des opinions émises sur l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs du PTA	49

GLOSSAIRE DE L'ETUDE

Cadre de Dépenses à Moyen Terme

Ensemble cohérent d'objectifs, de programmes, d'activités et d'allocations budgétaires sur le moyen terme (3-5ans), par lequel tous les ministères centraux et sectoriels peuvent prendre des décisions pour la répartition et l'emploi des ressources financières.

Crédits budgétaires

Autorisation de dépenser prise en exécution d'une décision budgétaire.

Crédits délégués

Crédits mis à la disposition des structures déconcentrées des ministères et institutions de l'Etat pour l'exécution des dépenses aux niveaux départemental et communal.

Efficace

Qui produit l'effet attendu, dont l'action aboutit à des résultats utiles.

Efficacité

Elle exprime l'effet désiré d'un projet, d'un programme ou d'une activité sur la réduction d'un problème ou l'amélioration d'une situation.

Fiche de détail

Document établi pour notifier les crédits délégués aux services déconcentrés. Il retrace les montants répartis par rubrique budgétaire et par structure bénéficiaire.

Gestion Axée sur les Résultats

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

Responsables des unités administratives, ils ont l'initiative des dépenses sur les crédits budgétaires de leurs unités respectives. A cet effet, ils adressent à l'ordonnateur (délégué ou secondaire), des demandes d'engagement de dépenses

Ordonnateur délégué

Toute personne ayant qualité pour engager, liquider et ordonnancer les dépenses réparties d'un ministère ou d'une institution de l'Etat.

Ordonnateur secondaire

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

RESUME

Depuis une décennie, le Bénin s'est engagé dans une série de réformes budgétaires ayant pour corollaire l'élaboration du budget programme et du rapport de performance. Le Ministère de la Santé fait partie des ministères pilotes pour la mise en œuvre de ces importantes réformes. Ainsi, chaque année depuis 2001, des crédits budgétaires sont délégués aux Directions Départementales de la Santé et aux Zones Sanitaires pour la mise en œuvre des activités sanitaires au niveau opérationnel. L'objectif de cette délégation de crédits est de permettre une meilleure allocation et une gestion efficace de ces ressources afin d'atteindre les résultats attendus et une responsabilité plus accrue du gestionnaire.

La mise en œuvre de la gestion déconcentrée des crédits budgétaires a considérablement amélioré leur niveau de consommation par les services déconcentrés. Cependant, l'amélioration des indicateurs sanitaires n'a pas suivi, d'où la nécessité de revoir la qualité des dépenses qui sont exécutées sur ces crédits pour une plus grande efficacité. Dans le but de contribuer à l'amélioration de la gestion des crédits délégués nous avons porté notre choix sur le thème intitulé : « Problématique de l'efficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués au Ministère de la Santé ».

Les objectifs spécifiques fixés dans le cadre de la présente étude consistent à :

- proposer une procédure de gestion des crédits délégués qui prenne en compte les besoins prioritaires des formations sanitaires ;
- suggérer un processus de planification et de programmation utile à la gestion des crédits délégués ;
- envisager des mesures pour accroître les quantités de biens et services acquis sur les crédits délégués.

Une fois les objectifs fixés, nous avons formulé des hypothèses de travail à partir des problèmes identifiés et des causes probables qui peuvent les expliquer. Grâce aux recherches documentaires et aux enquêtes effectuées auprès des acteurs impliqués dans la gestion des crédits délégués, les hypothèses formulées ont été vérifiées et les éléments de diagnostic se présentent comme suit :

- la non prise en compte des besoins prioritaires des formations sanitaires est due à l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte de traitement des informations relatives aux crédits délégués ;
- la mauvaise planification des activités et l'exécution des activités non programmées expliquent l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs du PTA ;
- la pratique des prix unitaires élevés est à la base de l'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués.

Pour finir, des approches de solutions ainsi que les conditions de leur mise en œuvre sont suggérées pour améliorer l'efficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués. Il s'agit entre autres :

- d'instituer un mécanisme participatif pouvant permettre aux utilisateurs de prendre une part active à la ventilation des crédits de transfert;
- d'associer les responsables des formations sanitaires, en tant que destinataires des biens et services acquis sur les crédits délégués à la synthèse des spécifications retenues (nature, qualité et quantité) avant de passer les commandes ;
- de traduire les dotations budgétaires en activité par l'EEZS, avant leur notification aux formations sanitaires;
- de veiller au respect strict des activités programmées par le niveau opérationnel sans interférence des programmes verticaux du niveau central ;
- d'instituer un comité issu de l'EEZS et chargé du choix des fournisseurs à consulter lors des passations des commandes, afin de garantir plus de transparence et de sincérité dans la procédure ;
- de rendre obligatoire la communication de prix unitaires aux bénéficiaires ;
- d'accroître les crédits alloués aux zones sanitaires qui améliorent leur performance.

SOMMAIRE

Libellé	Page
Introduction Générale	2
<u>Chapitre premier</u> : Du cadre de l'étude à la problématique de l'efficacité des dépenses exécutées sur crédits délégués au Ministère de la Santé	5
Section 1 : Cadre institutionnel et physique de l'étude	5
<i>Paragraphe 1</i> : Organisation structurelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé	5
<i>Paragraphe 2</i> : Etat des lieux sur la gestion des crédits délégués	11
Section 2 : Choix de la problématique	22
<i>Paragraphe 1</i> : Ciblage de la problématique	22
<i>Paragraphe 2</i> : Spécification et vision globale de résolution de la problématique	28
<u>Chapitre deuxième</u> : Pour une exécution efficace des dépenses sur crédits délégués au Ministère de la Santé	31
Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude	32
<i>Paragraphe 1</i> : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature	32
<i>Paragraphe 2</i> : Choix de la méthodologie	42
Section 2 : Des enquêtes de vérification des hypothèses aux suggestions pour résoudre les problèmes soulevés par l'étude	46
<i>Paragraphe 1</i> : Enquêtes et vérifications des hypothèses	46
<i>Paragraphe 2</i> : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre	54
Conclusion Générale	61
Bibliographie	63
Annexes	65
Table des matières	73

INTRODUCTION GENERALE

Face aux contraintes budgétaires qui s'imposent à la majorité des pays, la recherche de la performance de la dépense publique devient une préoccupation permanente des gouvernants.

C'est ainsi que le Bénin, par le décret N° 2000-601 du 29 novembre 2000 portant réforme des procédures d'exécution du Budget Général de l'Etat, a consacré la déconcentration de la fonction d'ordonnateur ainsi que la mise en vigueur d'un nouveau circuit de la dépense. Elle consiste à mettre des crédits à la disposition des structures déconcentrées des Ministères et Institutions de l'Etat pour le financement des activités programmées dans les départements et/ou dans les communes.

Depuis 2001, plus de 5 Milliards de crédits budgétaires du Ministère de la Santé sont annuellement délégués au profit des Directions Départementales de la Santé (DDS) et des Zones Sanitaires (ZS). En vertu des dispositions sus évoquées, ce sont les Directeurs départementaux de la santé et les Médecins -coordonnateurs de zones sanitaires qui ont désormais la responsabilité de la gestion de ces ressources autrefois assurée par le niveau central. Par ailleurs, l'examen de l'exécution du budget du Ministère de la Santé révèle que certains crédits de transfert sont également affectés aux DDS depuis 2007 pour un montant annuel de près de 2 milliards de FCFA et s'apparentent à des crédits délégués du fait de leur destination.

Dans le secteur de la santé, la délégation de crédits participe de la volonté de rapprocher les ressources des bénéficiaires pour des prestations de qualité à un coût accessible. Cependant, les indicateurs sanitaires n'ont pas enregistré les améliorations à la mesure des moyens mobilisés. Les différentes supervisions de l'exécution des crédits délégués effectuées, par la Direction des Ressources Financières et du Matériel et l'Inspection Générale du Ministère, montrent que si la consommation des crédits s'est nettement améliorée (une moyenne de plus de 90 % de taux de consommation), les résultats de l'évaluation de leur impact sur l'amélioration du fonctionnement des formations sanitaires périphériques restent mitigés. En effet, les biens et services acquis sur ces crédits ne correspondent pas toujours aux besoins prioritaires des structures. Les stocks de fournitures de bureau en magasin sont importants alors qu'il y a

un manque crucial de produits d'entretien pour assurer l'asepsie des locaux, en particulier dans les salles d'hospitalisation et les blocs opératoires.

La répétition des travaux de construction ou de réhabilitation des bureaux des Directions départementales de la santé et des zones sanitaires est priorisée au détriment de la réfection des centres de santé, premier niveau d'accueil du patient dans le système sanitaire, ce qui contribue, entre autres, à la désaffectation des formations sanitaires publiques.

Tous ces constats soulèvent des interrogations quant à l'utilisation plus efficace des ressources publiques, principal objectif du décret N°2000-601 portant réforme des procédures d'exécution du BGE.

Après une décennie (2001 à 2010) de mise en application de l'approche de la gestion déconcentrée des crédits budgétaires et dans un contexte où les allocations budgétaires au secteur de la santé ont presque triplé pendant la période, il convient de s'interroger sur la gestion de ces ressources au regard de l'importance de plus en plus accrue de la masse déléguée. C'est pour cette raison que, nous proposons de nous intéresser à l'efficacité des dépenses exécutées sur lesdits crédits.

Dans un premier chapitre, nous partirons de la description du cadre de l'étude pour aboutir à la détermination de la vision globale de résolution de la problématique de l'efficacité des dépenses exécutées sur crédits délégués au Ministère de la santé.

Le deuxième chapitre évoquera les objectifs de l'étude, les enquêtes de vérification des hypothèses et les approches de solution aux problèmes identifiés.

***CHAPITRE PREMIER : DU CADRE DE
L'ETUDE A LA PROBLEMATIQUE DE
L'EFFICACITE DES DEPENSES
EXECUTEES SUR CREDITS DELEGUES
AU MINISTERE DE LA SANTE***

Ce chapitre sera consacré à la description du cadre de l'étude avec un état des lieux sur son fonctionnement, et au ciblage ainsi qu'à la détermination des séquences de résolution de la problématique.

SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET PHYSIQUE DE L'ETUDE

Il s'agit de présenter le Ministère de la Santé à travers ses missions et ses structures. Un accent particulier sera mis sur la Direction des Ressources Financières et du Matériel qui est la structure chargée de la gestion des crédits délégués au niveau central. Nous ferons également la restitution des observations faites, lors de l'état des lieux.

Paragraphe 1 : Organisation structurelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé

L'organisation sanitaire est de structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois niveaux que sont :

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

Les missions et attributions de chaque structure dépend du niveau où elle se situe dans la pyramide sanitaire.

I- Missions et structures

Le Décret N° 2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement définit les missions et les différentes structures du Ministère de la Santé.

A- Missions

Le Ministère de la Santé a pour mission, la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat 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 et internationale de l'Etat ;
- 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. Il est également l'administrateur des crédits du Ministère de la santé.

Pour accomplir ses différentes missions, le Ministère de la Santé dispose de plusieurs structures.

B- Structures

- On distingue au niveau central:
 - ✚ les structures directement rattachées au Ministre que sont :
 - l'Inspection Générale du Ministère ;
 - la Cellule de Communication ;
 - le Secrétariat Particulier du Ministre ;
 - ✚ le Cabinet composé de :
 - un Directeur de Cabinet ;
 - un Directeur Adjoint de Cabinet ;
 - cinq Conseillers Techniques
 - un Chef de la Cellule de Communication ;
 - un Attaché de Cabinet ;
 - un Assistant du Ministre ;

- ✚ le Secrétariat Général du Ministère dirigé par un Secrétaire Général assisté d'un adjoint ; il est chargé de la coordination des activités des directions techniques et centrales du Ministère ainsi que du suivi des activités des organismes sous tutelle.

- ✚ les directions centrales qui regroupent :
 - la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) ;
 - la Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
 - la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) ;

- ✚ les directions techniques que sont :
 - la Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM) ;
 - la Direction Nationale des Etablissements 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 Diagnostiques (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).

- Au niveau intermédiaire se trouvent les Directions Départementales de la Santé (DDS) qui ont rang de direction technique. C'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 l'Atlantique/Littoral qui abrite 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

un Centre Hospitalier Départemental (CHD) disposant d'une autonomie financière.

- 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 1^{er} échelon comprenant les centres de santé appuyés par un hôpital de zone qui est le 1^{er} niveau de référence. On dénombre trente quatre (34) zones sanitaires réparties dans les six DDS dont vingt huit (28) sont fonctionnelles. 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.

La mise en place et le suivi de l'exécution des crédits délégués sont assurés par la Direction des Ressources Financières et du Matériel, une des trois directions centrales du Ministère.

II- Organisation et fonctionnement de la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM)

La Direction des Ressources Financières et du Matériel est essentiellement chargée d'assurer l'administration comptable et financière de l'ensemble des crédits et financements mis à la disposition du Ministère, de tenir la comptabilité analytique et de contrôler la gestion des unités décentralisées. Elle sera présentée à travers les services qui la composent et leurs attributions.

A- Les Services

Conformément aux dispositions de l'arrêté 2010 4239/MS/DC/SGM/CTJ/DRFM/SA du 30 juillet 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction des Ressources Financières et du Matériel, cette Direction comprend cinq (5) services. Ce sont :

- le Secrétariat,
- le Service du Matériel et de la Maintenance du Parc Automobile (SMMPA),
- la Régie Centrale (RC)

- le Service du Budget et de la Comptabilité (SBC),
- le Service de l'Assistance, de la Décentralisation et du Suivi (SADS).

Deux services sont réellement concernés par les crédits délégués au niveau de la DRFM. Il s'agit du SBC et du SADS.

Le Service du budget et de la comptabilité comprend deux (2) divisions :

- + la Division du Budget (DB),
- + la Division de la Comptabilité (DC) :

Le Service de l'assistance de la décentralisation et du suivi comprend également deux (2) divisions :

- + la Division Etudes et Synthèse (DES),
- + la Division de la Formation, de la Décentralisation et du Suivi (DFDS).

Ces divisions organisées sont chargées de l'exécution des tâches relatives à la décentralisation de la gestion des ressources financières.

B- Attributions

« La DRFM est l'organe de conception, d'application et de contrôle des règlements, normes et procédures en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles du Ministère.

A ce titre, elle est chargée de:

- + établir, en accord avec les autres ministères concernés et faire appliquer, les règles, normes et procédures de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles applicables à toutes les structures du ministère, dans le contexte de la décentralisation ;
- + mobiliser et suivre l'utilisation optimale des ressources financières en collaboration avec la Direction de la Programmation et de la Prospective ainsi qu'avec les autres direction ;
- + centraliser les besoins, l'acquisition et la réparation des ressources matérielles ainsi que la tenue des inventaires réglementaires ;

- ✚ coordonner la préparation et l'établissement des projets de budget du Ministère, en collaboration avec la Direction de la Programmation et de la Prospective, ainsi que les autres directions centrales, techniques et départementales... » art 1^{er} de l'arrêté Année 2010 4239/MS/DC/SGM/CTJ/DRFM/SA du 30 juillet 2010 portant attribution, organisation et fonctionnement de la Direction des Ressources Financières.

La DRFM est également chargée de la répartition, de la mise en place et du suivi de l'exécution des crédits délégués. Les crédits délégués constituent les ressources du Budget Général de l'Etat destinées au fonctionnement des structures sanitaires des niveaux intermédiaires et périphériques. Le Service du Budget et de la Comptabilité coordonne l'élaboration du budget du Ministère de la santé en collaboration avec d'autres directions. Il notifie les crédits de fonctionnement et d'équipement aux directions centrales, techniques et départementales. Par ailleurs, il est garant de l'application des procédures de gestion des ressources budgétaires définies par le Ministère en charge des Finances.

Le Service de l'Assistance, de la Décentralisation et du Suivi de la Gestion assure la décentralisation de la gestion des ressources financières. Il est chargé de l'assistance en gestion aux services de comptabilité des formations sanitaires publiques, des directions centrales, techniques et départementales. Il suit la mise en œuvre des recommandations des rapports de supervisions, d'audits, d'inspection et de contrôles internes et externes.

La répartition et la mise en place des crédits délégués sont faites par la DRFM et leur exécution s'effectue aux niveaux intermédiaire et périphérique.

Paragraphe 2 : Etat des lieux sur la gestion des crédits délégués

Les activités relatives à la gestion des crédits délégués consistent, d'une part en la détermination et à la mise en place du montant de crédits alloués par rubrique budgétaire et par structure, et d'autre part, au suivi de l'exécution des crédits.

Différents acteurs interviennent dans ce processus. Ce sont :

- * au niveau central pour la mise en place des crédits
 - le Directeur des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé en sa qualité d'ordonnateur délégué ;
 - le Délégué du Contrôleur Financier, garant de la régularité des procédures budgétaires ;
 - le Receveur Général des Finances en sa qualité de comptable principal unique du BGE;
- * au niveau déconcentré pour l'exécution des dépenses sur les crédits
 - les Directeurs Départementaux de la Santé, et
 - les Médecins Coordonnateurs de Zone en tant que gestionnaires de crédits ;
 - les Préfets des Départements en leur qualité d'ordonnateurs secondaires ;
 - les Délégués départementaux du contrôle financier pour effectuer les contrôles a priori ;
 - les Receveurs des Finances en leur qualité de comptables publics.

I- Procédure de mise en place des crédits délégués au niveau central

Il s'agit de mettre des crédits à la disposition des structures déconcentrées (DDS et ZS) du Ministère de la Santé pour l'exécution des dépenses aux niveaux départemental et périphérique. La mise en place de ces crédits procède d'abord du mécanisme de leur élaboration et répartition, ensuite de leur notification

A- Mécanisme d'élaboration et de répartition des crédits

Au cours du mois de mai de chaque année, dans le cadre des travaux préliminaires d'élaboration du budget du secteur, la DRFM initie les concertations budgétaires dans toutes les Directions Départementales de la Santé ainsi que dans les Zones Sanitaires afin de collecter les budgets prévisionnels élaborés par les gestionnaires de crédits. Ce processus permet d'associer les Directeurs Départementaux de la Santé ainsi que les Médecins Coordonnateurs de Zone Sanitaire à l'élaboration du budget du secteur de la santé. ***On note une implication des gestionnaires de crédits délégués à l'élaboration du budget du secteur.***

En principe les gestionnaires de crédits délégués devraient, avant les séances de concertations budgétaires avec la DRFM, effectuer une mission de recensement au niveau des structures sanitaires de leur ressort. Mais en réalité, cette importante activité n'est pas souvent réalisée. Le projet de budget est élaboré sur la base des taux de consommation des années précédentes sans toujours tenir compte des besoins nouveaux. ***Ce projet de budget n'intègre pas les besoins prioritaires de tous les centres de santé de l'aire sanitaire.***

A l'issue des concertations départementales, la DRFM procède à la synthèse des besoins exprimés dans les budgets collectés. Puis, sur la base du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du secteur santé notifié par le Ministre en charge des Finances (en annexe 1), et tenant compte des nouveaux centres créés, elle élabore le projet de répartition des crédits aux structures déconcentrées. Il faut noter l'inexistence de critères formels de répartition. ***La répartition des crédits délégués n'obéit pas à***

des critères formels et objectifs, communément partagés par l'ensemble des acteurs du secteur.

Ces crédits répartis sont affectés aux départements et zones sanitaires après le vote du Budget Général de l'Etat (BGE). ***La déconcentration des crédits budgétaires est effective au Ministère de la Santé.***

B- Notification des crédits délégués

Dès la mise en exécution du BGE, le Directeur des Ressources Financières et du Matériel, en sa qualité d'ordonnateur délégué du budget du Ministère de la Santé enclenche le processus de délégation des crédits. La division du budget arrête la répartition définitive des crédits votés par département. Au niveau de chaque département, la répartition est faite par zone sanitaire en tenant compte de toutes les formations sanitaires qui la composent. Il faut relever l'absence de feed-back entre la DRFM et les gestionnaires pour permettre à ceux-ci de faire des observations sur le schéma de répartition avant la mise en place des crédits. On peut donc conclure à ***la non implication des gestionnaires dans la répartition des crédits délégués.***

La fiche de répartition est élaborée par rubrique budgétaire. On distingue cinq (05) rubriques budgétaires que sont :

- le chapitre budgétaire 6211 : intitulé « fournitures consommées » et qui enregistre les achats de fournitures de bureau et produits d'entretien, de vivres alimentaires et de produits pharmaceutiques;
- le chapitre budgétaire 6217 : qui enregistre les dépenses d'achat de carburant et lubrifiants ;
- le chapitre budgétaire 6229 : intitulé « divers travaux d'entretien et de maintenance »;
- le chapitre budgétaire 6239 : qui enregistre toutes autres dépenses de prestations notamment les frais de restauration, lors des réunions statutaires ;
- le chapitre budgétaire 62992 : pour les diverses dépenses de fonctionnement.

Les fiches ainsi élaborées sont transmises à la division de la comptabilité pour la saisie des informations dans le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) par la procédure de délégation-engagement. Après la vérification et la validation des données saisies, l'ordonnateur délégué signe la fiche de délégation et son détail en quatre (04) exemplaires (original + trois copies).

Selon les données de synthèse de la DRFM, près de 45% des crédits alloués sont affectés aux dépenses de fonctionnement telles que les fournitures de bureau, l'alimentation des malades. Les crédits affectés à l'achat de médicaments constituent moins de 10% du montant total.

Tableau n°1 : Evolution des crédits délégués par rubrique budgétaire 2001-2010/DDS et ZS

(chiffre en FCFA)

ANNEES	Fournitures consommées		Carburants et lubrifiants	Travaux divers d'entretien et de maintenance		Autres prestations de service	Dépenses diverses de fonctionnement	TOTAL
	Fonctionnement	Médicament		Construction/Réhabilitation	Petites réparations et entretien			
2001	1 893 834 000	343 964 000	161 793 000	1 492 495 000	288 730 000	84 378 000	139 050 000	4 404 244 000
2002	1 854 297 100	320 334 400	192 534 350	1 391 931 250	289 560 000	53 504 100	118 192 500	4 220 353 700
2003	2 297 714 392	385 427 608	245 304 000	1 145 000 000	533 000 000	64 836 000	240 000 000	4 911 282 000
2004	2 393 409 000	368 600 000	291 259 000	1 673 005 000	410 300 000	65 906 000	509 000 000	5 711 479 000
2005	2 523 550 000	529 000 000	458 208 000	1 259 251 000	549 532 224	82 194 000	405 000 000	5 806 735 224
2006	2 677 959 000	539 000 000	497 786 000	1 070 330 000	582 343 411	106 370 000	412 000 000	5 885 788 411
2007	1 938 320 000	237 900 000	569 560 000	0	1 474 375 000	81 900 000	331 000 000	4 633 055 000
2008	2 317 656 000	322 600 000	772 906 000	0	997 908 000	111 650 000	561 000 000	5 083 720 000
2009	2 363 522 000	318 600 000	790 756 000	0	970 762 000	122 850 000	582 500 000	5 148 990 000
2010	2 018 256 900	242 680 000	664 986 500	0	687 429 000	120 801 000	570 750 000	4 304 903 400
TOTAL	22 278 518 392	3 608 106 008	4 645 092 850	8 032 012 250	6 783 939 635	894 389 100	3 868 492 500	50 110 550 735

Source :SBC/DRFM

Ensuite le Délégué du Contrôleur financier auprès du Ministère de la Santé vérifie, approuve et signe la fiche de délégation de crédits.

Enfin, le DRFM transmet les exemplaires de la fiche de détail de la délégation de crédits délégués (annexe 2) ainsi revêtus de toutes les signatures à chaque Préfet concerné. Ce dernier, en sa qualité d'ordonnateur secondaire, procède à la ventilation comme suit :

- + Receveur des Finances : original
- + Ordonnateur secondaire : 01 copie
- + Délégué départemental du Contrôleur financier : 01 copie
- + Gestionnaire des crédits : 01 copie

La mise en place des crédits délégués par la DRFM 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 aux gestionnaires, est faite au cours de mois de février. ***Il y a donc un retard dans la mise en place des crédits.***

Après la transmission des fiches de délégation, la dernière phase du processus d'élaboration du budget est son opérationnalisation. La gestion proprement dite peut alors commencer au niveau déconcentré. Elle est facilitée par ***l'existence d'un manuel de gestion des crédits délégués édicté grâce à l'appui de l'USAID***, même si son exploitation n'est pas effective dans toutes les directions. Toutefois, il y a lieu de faire déplorer qu'aucun texte réglementaire (Arrêté ou Décret) n'a mis en vigueur ce manuel.

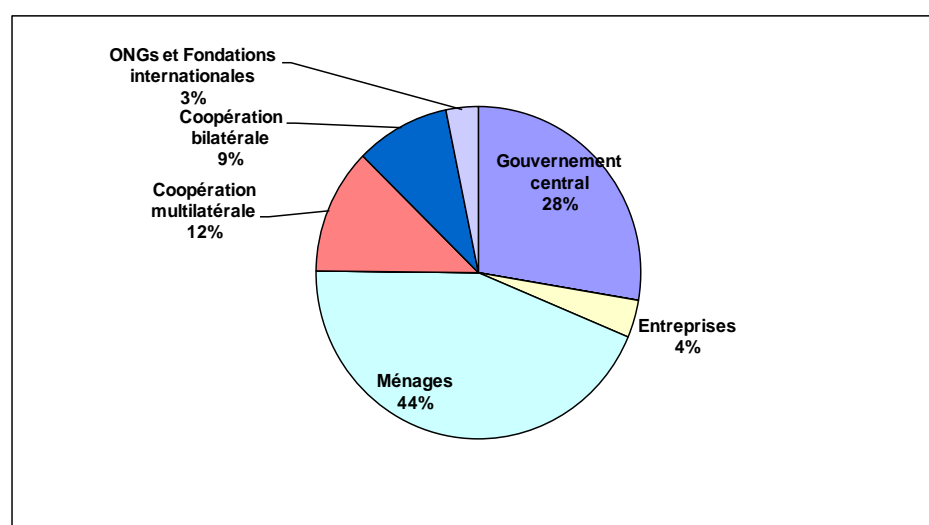
II- Mécanisme de gestion des crédits délégués au niveau déconcentré

Dès la réception des fiches de délégation des crédits, le Directeur Départemental de la Santé (DDS) procède à la transmission des fiches par zone sanitaire et initie l'engagement des dépenses sur les crédits dont il est le gestionnaire. On distingue deux (2) niveaux de gestion déconcentrée des crédits délégués :

A- Le niveau départemental

Le Directeur Départemental de la Santé 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). En effet dans le cadre de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), chaque DDS en début d'année élabore le PTA qui doit retracer l'ensemble des activités prévues pour atteindre les objectifs fixés au secteur ainsi que les différentes sources de financement de ces activités. On distingue essentiellement trois sources de financement du PTA :

- Le financement communautaire qui provient du recouvrement des recettes issues des prestations des formations sanitaires ;
- les appuis des partenaires techniques et financiers ;
- le Budget Général de l'Etat sous forme de crédits délégués.



Graphique n°1 : Source de Financement du système de santé du Bénin, 2008 sur base décaissement du Ministère de la santé

Les crédits délégués constituent les ressources du BGE affectées à la réalisation de ces activités. Comme l'indique le graphique, ils représentent 28 % du financement global des soins de santé et occupent le 2^{ème} rang en termes de proportion.

L'élaboration du PTA se fait dans tous les départements avec l'appui de la Direction de la Programmation et de la Prospective. **La planification est effective dans toutes les DDS.** Toutefois l'examen des rapports d'autoévaluation de l'exécution du PTA relève que :

- * d'importants écarts constatés entre prévisions et réalisations de dépenses ne sont pas expliqués ;
- * les indicateurs d'activités sont vagues ou inexistantes ;
- * la cohérence entre les objectifs et certaines activités réalisées n'est pas établie.

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 départemental de la santé, en tant que gestionnaire de crédits, 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. C'est le principe du moins - disant qui est de rigueur. 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.

On note que **la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable est effective et le Receveur des Finances** assure le rôle de comptable public.

Malgré le respect de la procédure dans l'exécution des crédits délégués, les commandes effectuées ne peuvent être reliées à des fiches d'expression de besoins signées et formellement transmises au service financier. La plupart des services se plaignent de la qualité et de la quantité des biens et services dont ils bénéficient. Les biens sont parfois proches de péremption (surtout les vivres alimentaires et les médicaments). Ce qui soulève la question de l'utilité de ces biens dans le fonctionnement des services bénéficiaires. Il y a donc **l'acquisition des**

biens de qualité inappropriée au fonctionnement des formations sanitaires.

La dépense publique est assurée au moyen du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP). Il s'agit d'une application informatique qui facilite la mise en œuvre des différentes phases d'exécution de la dépense publique. Mais dans la réalité, l'indisponibilité chronique du SIGFIP au niveau des départements, oblige les agents financiers départementaux à se déplacer jusqu'au Ministère de l'Economie et des Finances pour effectuer leurs différentes saisies et validations.

A la différence des services des Directions départementales de la santé, les Centres hospitaliers départementaux disposent d'une autonomie de gestion qui leur confère l'initiative de la dépense. Ils exécutent leurs crédits de manière optimale, les retracent dans les budgets soumis à l'approbation de leur conseil d'administration. Mais l'impact attendu sur les indicateurs et l'accessibilité financière n'est pas perceptible car d'autres charges de fonctionnement greffent le financement communautaire.

Somme toute, l'impact des crédits délégués sur le fonctionnement des DDS et CHD n'est pas à la hauteur des objectifs initiaux et le constat est le même au niveau des zones sanitaires.

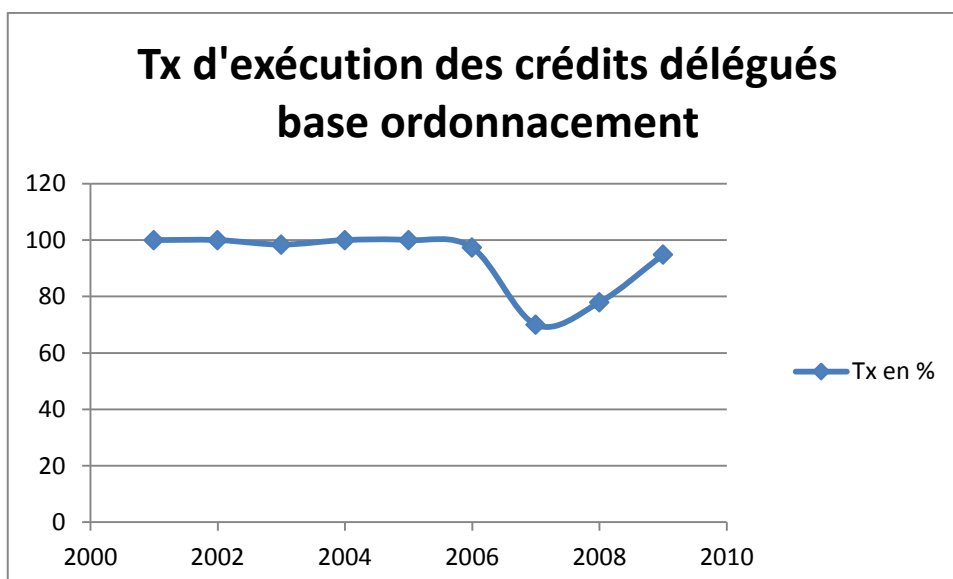
B- Le niveau périphérique

La gestion des crédits délégués des formations de la zone sanitaire relève du Médecin-Coordonnateur. A ce titre et dès la notification des crédits alloués, certains Médecins- Coordonnateurs adressent une demande d'expression des besoins aux responsables des formations sanitaires. L'expression des besoins est donc postérieure à la mise à disposition des crédits, alors même qu'elle devrait orienter l'allocation de ces crédits quant aux rubriques budgétaires à prioriser en fonction des spécificités de chaque formation sanitaire. Le caractère non systématique des concertations budgétaires sur les crédits délégués au sein des zones sanitaires fait que ***les crédits votés et notifiés ne prennent pas vraiment en compte les besoins prioritaires de ces formations.***

D'une manière générale, la disponibilité permanente de tous les acteurs de la chaîne de dépenses que sont :

- les agents financiers du bureau de zone ;
- les gestionnaires de crédits ;
- l'ordonnateur secondaire (le Préfet) ;
- le Délégué Départemental du Contrôleur Financier;
- le Receveur des Finances ;

permet d'avoir une célérité dans l'exécution des dépenses comme l'illustrent **les taux élevés de consommations** (graphique n°2).



Graphique n°2 : Evolution du taux d'exécution base ordonnancement des crédits délégués 2001-2009

Le taux moyen d'exécution des crédits délégués est de 93.08%, ce qui démontre bien la célérité dans la consommation de ces crédits.

Malgré ce taux élevé et **l'effort d'accroissement dans le temps des ressources affectées aux niveaux opérationnels** (tableau n°1 ci-dessus), les formations sanitaires effectuent tout de même et parfois en quantité importante des achats, sur le financement communautaire afin d'assurer un fonctionnement harmonieux et continu des services. Cet effort supplémentaire sur les recettes propres est directement répercuté sur les

coûts des prestations fournies par les centres de santé et vient aggraver le problème de l'accessibilité financière des formations sanitaires. ***On peut conclure à une insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués.***

Par ailleurs, chaque gestionnaire est tenu de produire par trimestre un rapport détaillé d'exécution de ses crédits à adresser à la DRFM, afin de faciliter le suivi de la gestion. Mais nous n'avons trouvé aucun rapport de ce type au niveau de la DRFM, parce qu'en réalité ils ne sont pratiquement jamais envoyés. De même, l'obligation de communiquer les prix unitaires des biens acquis aux bénéficiaires, n'est pas observée par tous les gestionnaires. Ce ***défaut de communication d'informations relatives à la consommation des crédits*** ne facilite pas le suivi.

L'impact de l'introduction de la gestion décentralisée des crédits budgétaires reste assez mitigé et mérite que l'on s'y intéresse.

SECTION 2 : CIBLAGE ET SEQUENCES DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

Dans cette deuxième section, il sera procédé d'abord à la formulation et à la justification du sujet ensuite à la spécification et détermination de la vision globale de résolution de la problématique.

Paragraphe 1 : Formulation et justification du sujet

Il s'agit d'une part de recenser les atouts et les problèmes, et de procéder d'autre part au regroupement des différents problèmes par centre d'intérêt afin d'aboutir à la problématique objet de notre étude.

I- Inventaire des éléments identifiés

Plusieurs forces et opportunités existent dans la gestion des crédits délégués tant au niveau central, intermédiaire que périphérique. Malheureusement, on relève aussi quelques faiblesses et menaces à corriger.

A- Atouts de la gestion des crédits délégués

- ✓ Déconcentration effective des crédits budgétaires au Ministère de la Santé;
- ✓ effort d'accroissement dans le temps des ressources affectées aux niveaux opérationnels ;
- ✓ implication des gestionnaires de crédits délégués au processus d'élaboration du budget du Ministère de la santé ;
- ✓ mise en œuvre effective de la planification dans les DDS ;
- ✓ existence d'un manuel de gestion des crédits délégués ;
- ✓ séparation effective des fonctions d'ordonnateur de celles de comptable ;
- ✓ taux élevé de consommation des crédits délégués.

B- Problèmes relevés dans la gestion des crédits délégués

- ✓ Non implication des responsables des Centres de Santé dans l'élaboration du projet de budget de la zone sanitaire ;
- ✓ inexistence de critères formels de répartition des crédits ;
- ✓ retard dans la notification des crédits ;
- ✓ insuffisance des biens et services acquis ;
- ✓ inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs fixés dans le PTA
- ✓ acquisition des biens de qualité inappropriée au fonctionnement des formations sanitaires;
- ✓ absence d'implication des gestionnaires dans la répartition des crédits ;
- ✓ utilisation non généralisée du manuel de procédures de gestion ;
- ✓ non communication, par les gestionnaires de crédits, des coûts unitaires des biens acquis ;
- ✓ non prise en compte des besoins prioritaires des formations sanitaires ;
- ✓ non production des rapports trimestriels d'exécution des crédits délégués ;
- ✓ défaut de communication d'informations relatives à la consommation des crédits.

II- Des problèmes spécifiques à la formulation du sujet

Nous allons procéder ici au regroupement des problèmes par centre d'intérêt ainsi qu'à la justification de la problématique choisie.

A- Récapitulatif des problèmes liés à la gestion des crédits délégués

Tableau n°2 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

N°	Centre d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problème général	Problématique
1	Processus d'allocation des crédits délégués	<ul style="list-style-type: none"> -non implication des responsables des centres de santé à l'élaboration du projet de budget ; - l'inexistence de critères formels de répartition des crédits ; -l'absence d'implication des gestionnaires dans la répartition des crédits ; -retard dans la notification des crédits. 	Allocation arbitraire des crédits délégués	Problématique d'une allocation concertée des crédits délégués
2	Mécanisme d'exécution des dépenses sur crédits délégués	<ul style="list-style-type: none"> -non prise en compte des besoins prioritaires dans les dépenses ; -insuffisance des biens et services acquis ; -inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA ; - acquisition des biens de qualité inappropriée au fonctionnement des formations sanitaires. 	L'inefficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués	Problématique de l'efficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués
3	Suivi de l'exécution des crédits délégués	<ul style="list-style-type: none"> -non communication des coûts unitaires aux destinataires des biens acquis ; -non production des rapports trimestriels ; -utilisation non généralisée du manuel de procédures ; -défaut de communication d'informations relatives à l'utilisation des crédits. 	Faible efficacité du mécanisme de suivi de l'exécution des crédits délégués	Problématique du suivi de l'exécution des crédits délégués

Source : Résultat de l'état des lieux

B- Choix et justification du sujet

Il ressort du regroupement des problèmes par centre d'intérêt, trois problèmes généraux que sont :

- l'allocation arbitraire des crédits délégués,
- l'inefficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués,
- la faible efficacité du mécanisme de suivi de l'exécution des crédits délégués

Au cours de notre stage, nous avons pu noter que la détermination des critères formels de répartition des crédits délégués est une préoccupation qui fait déjà l'objet de réflexions assez avancées au niveau de la DRFM. Si ces réflexions sont formalisées dans un cadre institutionnel, elles permettront d'allouer les crédits délégués en fonction des spécificités de chaque zone sanitaire et de façon concertée. Il n'est donc plus utile d'orienter notre étude sur la problématique d'une allocation concertée des crédits délégués.

De même, la faible efficacité du mécanisme de suivi de l'exécution des crédits résulte d'une mauvaise volonté des gestionnaires de crédits. En effet, malgré les recommandations des supervisions et contrôles afin de rendre effective et systématique la production des informations, très peu s'y conforme. Il s'agit d'un problème certes pertinent, mais qui pourra être résolu par des supervisions rapprochées sur l'exécution des crédits délégués. C'est pour cela qu'il ne fera pas l'objet de notre étude.

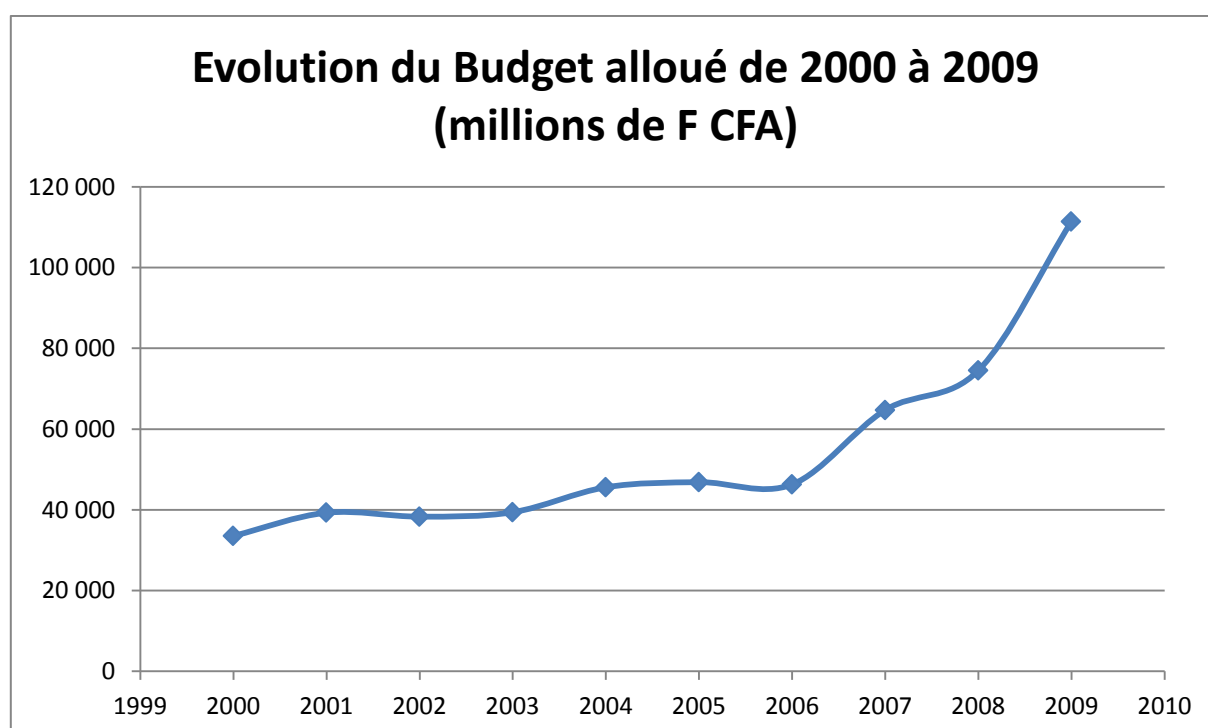
Notre choix porte sur l'inefficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués car l'un des objectifs de la réforme budgétaire, est d'assurer une utilisation plus efficace des ressources de l'Etat. Autrement dit, il s'agit de veiller à ce que toute dépense exécutée sur le BGE réponde à un besoin précis, dont la satisfaction concourt à l'atteinte d'un objectif de développement.

Dans le secteur de la santé, la mise en œuvre des crédits délégués n'a pas amélioré fondamentalement le fonctionnement des formations sanitaires. Et malgré l'accroissement du budget de la Santé (tableau n°3 & graphique n°3) et un taux moyen de consommation des crédits délégués, base ordonnancement, de plus de 90%, on assiste à une faible évolution des indicateurs d'activité du secteur (tableau n°4).

Tableau n°3 : Evolution du budget du Secteur Santé 2000-2009

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Montant alloué en millions de FCFA	33 548	39 287	38 316	39 418	45 587	46 855	46 304	64 724	74 526	111 415

Source: DRFM/MS

**Graphique n°3: Evolution du budget du Secteur Santé 2000-2009**

On note que le budget alloué au Secteur de la Santé a presque triplé en une décennie. Un accroissement qui n'a pas un impact fondamental sur les indicateurs sanitaires.

Tableau N°4 : Quelques indicateurs sanitaires usuels 2000-2009

INDICATEURS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux	2,9	5,3	4,6	3,8	3,5	4,2	4,8	6,45	6,11	6,03
Taux d'occupation des lits en %	36	34	33	38	35	42	48,7	50,6	45,3	39,6
Taux de fréquentation des services de santé en %	34	36	35	38	39	37	44	46	45,1	46,5
Décès maternels pour 100 000 accouchements	210	225	292	474,4	426	539	746	448	367	467
Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000	124	118,9	118,9	146,4	146,4	150	125	146,4	146,4	146,4
Taux de couverture vaccinale	90,75	89,75	94,75	95,0	89,75	112,8	116,3	115,7	111,7	111,6
Taux d'accouchement assisté en %	74,3	77,4	62,8	76,0	83,3	85,0	84,4	82,0	79,1	81,9

Source: SNIGS/DPP

De l'analyse de ces différents indicateurs, il ressort que :

- le temps passé par un patient à l'hôpital avant sa guérison est de plus en plus long;
- les formations sanitaires publiques fonctionnent en dessous de 50% de leur capacité réelle ;
- le nombre de femmes qui meurent en allant donner la vie s'accroît même si on note une amélioration en 2008 ;
- Le taux de mortalité des enfants et jeunes âgés d'au plus 15 ans reste assez élevé par rapport à celui fixé dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015 et qui est de 90‰.

Le taux de fréquentation est un indicateur sensible à tous les facteurs affectant la qualité du service. La persistance de la faiblesse de ce taux traduit la portée limitée de l'utilisation des crédits sur le fonctionnement des formations sanitaires. Toutefois, on note une évolution appréciable du taux

d'accouchement assisté par un personnel qualifié et du taux de couverture vaccinale.

En dépit des lenteurs décriées par la plupart des gestionnaires et du retard dans la notification, le taux de consommation des crédits délégués est élevé aussi bien au niveau départemental qu'au niveau des zones sanitaires. Au delà des questions relatives à l'allocation et au suivi des ressources allouées, l'intérêt doit être porté sur l'efficacité des dépenses exécutées sur ces crédits, surtout dans un contexte où les gestionnaires de crédits sont plus préoccupés par l'atteinte d'un taux élevé de consommation que par la qualité des dépenses qu'ils engagent.

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

Nous allons préciser ici la problématique choisie en termes de problème général et des problèmes spécifiques retenus, avant de dégager l'approche générique pour la résolution de cette problématique.

I- Spécification de la problématique

La problématique retenue porte sur l'efficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués. Elle s'inspire d'un problème général qui est l'inefficacité des dépenses exécutées ; il regroupe quatre (04) problèmes spécifiques dont la résolution permettra d'améliorer la qualité des dépenses. Il s'agit de:

- la non prise en compte des besoins prioritaires dans les dépenses;
- l'insuffisance des biens et services acquis ;
- l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs fixés dans le PTA ;
- l'acquisition des biens non utiles au fonctionnement des formations sanitaires.

Nous ne retiendrons, dans le cadre de ce travail, que trois (03) problèmes spécifiques, car l'acquisition des biens non utiles, résulte en fait de la non prise en compte des besoins prioritaires. Ainsi, les problèmes spécifiques retenus sont :

- 1- la non prise en compte des besoins prioritaires ;
- 2- l'inadéquation entre les dépenses exécutées sur les crédits délégués et les objectifs prévus dans le PTA ;
- 3- l'insuffisance des biens et services acquis.

II- Détermination de la vision globale et des séquences de résolution de la problématique

Après le choix et la spécification de la problématique, il est nécessaire de préciser la vision globale de résolution du problème général ainsi que des problèmes spécifiques retenus, avant d'adopter la démarche méthodologique.

A- Vision globale de résolution

- **Le problème général** est l'inefficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués. Une dépense efficace est celle qui permet d'atteindre un objectif précis à travers la mise en œuvre des actions initialement programmées. La résolution du problème général renvoie à la notion de la gestion axée sur les résultats (GAR).
- Pour résoudre **le problème spécifique n° 1** relatif à la non prise en compte des besoins prioritaires, il sera nécessaire de renforcer le processus d'exécution des crédits délégués au niveau des gestionnaires, par une phase d'harmonisation des besoins exprimés et des choix de dépenses. Nous sommes dans une approche basée sur la rationalisation du choix en matière des dépenses.
- L'inadéquation entre les dépenses exécutées et le PTA constitue **le problème spécifique n° 2**, on note qu'il n'existe pas toujours une corrélation entre les objectifs fixés dans le PTA et les dépenses qui sont exécutées sur les crédits délégués. Il faut donc envisager une approche de résolution basée sur une bonne planification et un suivi régulier des activités.
- La résolution du **problème spécifique n° 3**, relatif à l'insuffisance des biens et services acquis malgré l'accroissement des crédits alloués, passe par la recherche de l'efficacité dans la consommation des crédits. C'est l'approche de l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Une fois définie la vision globale de résolution du problème général et des problèmes spécifiques en résolution, nous allons évoquer les différentes séquences de résolution.

B- Séquences de résolution de la problématique

Pour résoudre les problèmes identifiés, nous adopterons une démarche en dix (10) étapes, à savoir :

1. la fixation des objectifs ;
2. la formulation des hypothèses ;
3. la construction du Tableau de Bord de l'Etude (TBE) ;
4. la revue de littérature ;
5. le choix de la méthodologie de collecte et d'analyse des données ;
6. la mobilisation et le traitement des données ;
7. l'analyse des données traitées ;
8. l'établissement du diagnostic de l'étude ;
9. approches de solutions et les conditions de mise en œuvre ;
10. élaboration du Tableau de Synthèse de l'Etude (TSE)

***CHAPITRE DEUXIEME : POUR UNE
EXECUTION EFFICACE DES
DEPENSES SUR CREDITS DELEGUES
AU MINISTERE DE LA SANTE***

Ce chapitre portera dans une première section sur le cadre théorique et méthodologique de l'étude, puis dans une deuxième section sur les enquêtes de vérification des hypothèses et les approches de solutions pour la résolution de la problématique.

SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature

Dans ce paragraphe, il s'agit de définir les objectifs à atteindre par l'étude ainsi que les causes supposées des problèmes spécifiques afin de formuler les hypothèses de travail, d'élaborer le Tableau de Bord de l'Etude et de procéder à la revue de littérature.

I- Objectifs

Les objectifs de notre étude seront exprimés en termes d'objectif général et d'objectifs spécifiques. Mais avant, rappelons le problème général et les problèmes spécifiques ciblés :

- * *Problème général* : inefficacité des dépenses exécutées sur crédits délégués au Ministère de la Santé.
- * Problèmes spécifiques (PS) :

PS n°1 : non prise en compte des besoins prioritaires ;

PS n° 2 : inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA ;

PS n° 3 : insuffisance des biens et services acquis.

Au regard des problèmes ci – dessus énumérés, le présent travail vise comme :

Objectif Général : contribuer à l'amélioration de l'efficacité des dépenses exécutées sur crédits délégués au Ministère de la santé ;

Objectif Spécifique n° 1 : proposer une procédure de gestion des crédits délégués qui prenne en compte les besoins prioritaires des formations sanitaires ;

Objectif Spécifique n° 2 : suggérer un processus de planification et de programmation utile à la gestion des crédits délégués;

Objectif Spécifique n°3 : envisager des mesures pour accroître les quantités de biens et services acquis sur les crédits délégués.

La résolution des problèmes identifiés passe par l'éradication des causes pouvant les expliquer.

II- Causes et hypothèses de l'étude

Il s'agit ici de déterminer les causes pouvant être à la base des problèmes identifiés, puis de retenir la cause qui explique mieux chaque problème afin de formuler les hypothèses.

A- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N° 1

Deux (02) causes probables peuvent être à la base de la non prise en compte des besoins prioritaires des formations sanitaires :

- l'inadéquation entre la synthèse des besoins prioritaires faite au niveau central et les réalités du niveau opérationnel ;
- l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et d'analyse des informations relatives aux crédits délégués.

La non prise en compte des besoins prioritaires peut être due à l'inadéquation entre la synthèse des besoins prioritaires faite par la DRFM et les réalités du niveau opérationnel. Mais c'est une cause qui n'est pas suffisante car les besoins centralisés par la DRFM sont censés être exprimés par priorité par le niveau concerné. La synthèse au niveau central consiste à affecter des ressources nécessaires à la satisfaction de ces besoins en fonction du Cadre de Dépenses à Moyen Terme du secteur (CDMT) qui fixe les crédits alloués par rubrique budgétaire pour l'exercice à venir et au regard des réalisations des trois exercices précédents.

Le mécanisme actuel du choix des dépenses dans l'exécution des crédits délégués par les Directeurs Départementaux de la Santé et les Médecins – coordonateurs de zones sanitaires est le premier facteur explicatif de la non prise en compte des besoins prioritaires. Les responsables des centres de santé et les directeurs des hôpitaux de zone ne participent pas, dans un cadre formel, au choix des priorités de leur structure respective. De ce fait ils disposent d'une faible marge de manœuvre dans l'affectation des ressources aux besoins réels.

Seuls les taux de consommation des exercices antérieurs et les besoins non satisfaits l'année précédente constituent les bases de détermination des nouvelles prévisions par les gestionnaires de crédits. Or à côté de ces données, on enregistre des priorités ayant évolué dans le temps et qu'il conviendrait d'actualiser.

Nous retiendrons que ***l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués est à la base de la non prise en compte des besoins prioritaires des centres de santé.***

B- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N° 2

L'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le Plan de Travail Annuel (PTA) pourrait s'expliquer par trois causes plausibles :

- l'absence de plan de consommation ;
- la mauvaise planification des activités ;
- la réalisation des activités non programmées.

L'absence de plan de consommation de crédits élaboré à partir de la planification des activités pourrait être une cause plausible. Un tel outil servirait de feuille de route au gestionnaire de crédits. Mais ce n'est pas une cause suffisante pour expliquer l'inadéquation des dépenses exécutées et les objectifs initialement prévus au PTA. Le plan de travail annuel constitue déjà une feuille de route devant servir de boussole pour toutes les actions à mener, au cours de l'année.

Par ailleurs, l'élaboration des Plans de Travail Annuels est appuyée par les structures techniques de la Direction de la Programmation et de la Prospective. Cet encadrement du niveau central permet, a priori, d'éviter une mauvaise planification des activités.

Par contre, la réalisation répétée des activités non programmées dans le PTA pourrait être une cause directe de l'incohérence entre les dépenses exécutées et les objectifs du PTA. En effet, la budgétisation est la dernière étape de l'élaboration d'un budget-programme. Elle consiste à affecter les ressources nécessaires à l'exécution des activités programmées. Lorsqu'une activité non programmée est réalisée, les dépenses y afférentes ne cadrent plus avec les objectifs initialement fixés.

Ainsi, nous pouvons retenir que ***la réalisation des activités non programmées est à la base de l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA.***

C- Causes et hypothèses du problème spécifique N°3

L'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués résulte de trois causes probables :

- l'insuffisance des crédits alloués face aux besoins sans cesse croissants des centres de santé ;
- l'acquisition de biens de mauvaise qualité;
- la pratique des coûts unitaires élevés des biens et services acquis sur les crédits délégués.

Il serait plus simple d'affirmer que c'est de l'insuffisance des crédits alloués que résulte celle des biens acquis. Or nous sommes dans un contexte où les crédits alloués au secteur de la Santé n'ont cessé de croître alors que l'initiative de Bamako tenue en 1987, a mis l'accent sur le désengagement progressif de l'Etat et la couverture des charges par le recouvrement des produits des soins de santé. Au-delà de l'insuffisance des ressources, c'est de leur rationalisation qu'il est davantage question.

Mais, lorsque parmi les biens acquis sur les crédits délégués, certains sont de mauvaise qualité, ils réduisent la quantité des biens réellement utiles. Les biens de mauvaise qualité livrés aux formations sanitaires sont souvent stockés au magasin jusqu'à leur péremption. L'acquisition de biens de mauvaise qualité est donc une cause plausible. Toutefois, la proportion de ces biens n'en fait pas une cause suffisante pour expliquer l'insuffisance des biens et services acquis sur crédits délégués.

Par ailleurs, une comparaison des prix unitaires d'acquisition des biens et services fournis aux hôpitaux de zone montre que ces prix varient en fonction de la source de financement. En effet, les commandes d'articles passées sur le financement communautaire (recettes issues des prestations et vente de médicaments) sont effectuées à un coût nettement inférieur à celui pratiqué sur les crédits délégués ce qui ***n'est pas sans conséquence sur la quantité de biens acquis.*** La pratique courante des bornes supérieures du répertoire des prix de

référence entraînant des coûts unitaires élevés pourrait expliquer l'insuffisante quantité des biens acquis sur les crédits délégués. Une telle pratique résulte du caractère non sincère de la mise en concurrence lors des consultations restreintes. En effet, lorsque ce n'est pas le même prestataire qui fournit les trois factures pro-forma ou devis estimatifs, ses deux concurrents produisent juste des factures contradictoires pour l'aider à obtenir le marché. Nous estimons donc que ***la pratique des coûts unitaires élevés est à l'origine de l'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués.***

Récapitulons dans le tableau de bord de l'étude la problématique choisie, les problèmes spécifiques retenus, les causes supposées être à l'origine des problèmes et les hypothèses de recherche.

Tableau 5: Tableau de bord de l'étude

NIVEAUX D'ANALYSE		PROBLEMES	OBJECTIFS	CAUSES SUPPOSEES	HYPOTHESES
Général		<u>Problème général</u> L'inefficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués du Ministère de la santé	<u>Objectif général</u> Contribuer à l'amélioration de l'efficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués du Ministère de la santé		
Spécifique	1	<u>Problème spécifique 1</u> La non prise en compte des besoins prioritaires	<u>Objectif spécifique 1</u> Proposer une procédure d'exécution des crédits délégués qui prenne en compte les besoins prioritaires des formations sanitaires	<u>Cause supposée 1</u> L'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués.	<u>Hypothèse 1</u> La non prise en compte des besoins prioritaires est due à l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués.
	2	<u>Problème spécifique 2</u> L'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA	<u>Objectif spécifique 2</u> Suggérer un processus de planification et de programmation utile à la gestion des crédits délégués	<u>Cause supposée 2</u> la réalisation des activités non programmées dans le PTA ;	<u>Hypothèse 2</u> L'inadéquation entre les dépenses exécutées et le PTA résulte de la réalisation des activités non programmées.
	3	<u>Problème spécifique 3</u> L'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués	<u>Objectif spécifique 3</u> Envisager des mesures pour accroître les quantités des biens et services acquis sur crédits délégués	<u>Cause supposée 3</u> La pratique des coûts unitaires élevés	<u>Hypothèse 3</u> L'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués est due à la pratique des coûts unitaires élevés

Source : les résultats de l'état des lieux

III- Revue de littérature

La revue de littérature fait le point des contributions antérieures à la résolution des problèmes identifiés, à partir de la documentation mobilisée.

Les approches génériques retenues plus haut dans la vision globale de résolution se résument comme suit :

- ✓ approche relative à la Gestion Axée sur les Résultats (thématique liée au problème général relatif à l'inefficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués) ;
- ✓ approche basée sur la rationalisation du choix en matière des dépenses (thématique liée au problème spécifique n°1 relatif à la non prise en compte des besoins prioritaires) ;
- ✓ approche axée sur une bonne planification des activités utile à l'exécution des crédits délégués (thématique liée au problème spécifique n°2 relatif à l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA) ;
- ✓ approche de l'utilisation optimale des ressources disponibles (thématique liée au problème spécifique n°3 relatif à l'insuffisance des biens et services acquis).

Notons que les points des connaissances liées aux problèmes spécifiques sont sous le couvert de la thématique du problème général. Pour ce faire, seules les contributions antérieures liées aux problèmes spécifiques seront exposées.

A- Contributions antérieures sur le problème de la non prise en compte des besoins prioritaires

Les réflexions en finances publiques contemporaines se focalisent, de plus en plus, sur la qualité et la performance de la dépense publique face à l'immensité des besoins à satisfaire et aux ressources limitées. Il est donc indispensable d'opérer des choix prioritaires de besoins à satisfaire pour atteindre cette performance recherchée.

Selon POLI (Revue française de finances publiques, juin 2003, p108) « la recherche de l'efficacité de la dépense publique est substantielle au développement du rôle des Etats ». Il poursuit en affirmant que « le risque n'est plus dans une mauvaise gestion des fonds publics mais dans le refus du politique soit d'exprimer des choix publics clairs en fixant des priorités dans un univers sous contrainte, soit de sanctionner l'échec de certaines mesures prises ».

« Le but des études administratives est de découvrir en premier ce que le gouvernement peut faire adéquatement et fructueusement et, en deuxième lieu, comment il peut le faire avec la plus grande efficacité et au moindre coût monétaire et énergétique» (Woodrow W. 1887).

Dans une lettre en date du 24 août 1774, Turgot écrit « On demande sur quoi retrancher, et chaque ordonnateur, dans sa partie, soutiendra que toutes les dépenses particulières sont indispensables. Ils peuvent dire de fortes bonnes raisons, mais comme il n'y en a pas pour faire ce qui est impossible, il faut que toutes ces raisons cèdent à la nécessité absolue de l'économie».

Il apparaît donc que la rationalisation des choix en matière de dépenses publiques constitue une réponse au soupçon d'inefficacité de la dépense publique. La mise en place d'une gestion par la performance répond aussi à un souci de transparence de l'action administrative. Elle doit assurer la cohérence entre la satisfaction des besoins et l'utilisation de certaines ressources.

En introduction au cours sur le Budget-programme, ABOUDOU RAHIMI R. insiste sur la nécessité d'effectuer la hiérarchisation par priorité des activités, il s'agit d'estimer la contribution de chacune d'entre elles à l'atteinte de chaque objectif.

B- Contributions antérieures sur le problème de l'inadéquation des dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA

Dans le cadre de la GAR, il ne suffit plus d'exécuter des dépenses de façon mécanique, mais de s'assurer qu'elles concourent à l'atteinte d'un objectif précis : d'où la nécessité de faire cadrer les ressources avec les objectifs.

L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), dans sa publication de février 2000 écrit, qu'«un tel mode de gestion (GAR) doit servir à améliorer les programmes et les services rendus aux bénéficiaires, afin de répondre aux attentes et de justifier les investissements consentis à cet égard». Elle indique plus loin qu' « il s'agit d'une politique de gestion axée sur l'obtention de résultats dont il faudra rendre compte et qui devrait responsabiliser davantage ceux qui sont chargés de l'exécution du budget. Pour mettre en place un système efficace de GAR, il est donc essentiel de canaliser les ressources vers les objectifs souhaités et de démontrer le lien existant entre ressources et résultats. On évitera ainsi les risques de gaspillage de ressources ».

Dans le cours sur les Techniques de Gestion Budgétaire de l'Etat, DJOSSOU J. écrit que « La réforme budgétaire permet de lier les dépenses de l'Etat aux politiques publiques et aux résultats... »

Toutefois, il faut faire observer que cet aspect de l'application de la GAR reste un problème majeur. La plupart des systèmes comptables en place ne fournissent pas de renseignements sur la façon de faire cadrer les ressources utilisées avec les objectifs fixés, surtout ceux à long terme. Or de tels renseignements sont nécessaires pour prendre des décisions concernant la répartition des ressources et la planification des programmes, ceci aiderait, par exemple, à transférer les ressources des programmes et activités dont les résultats ne sont pas satisfaisants, qui sont dépassés ou qui n'ont guère d'utilité vers des programmes plus efficaces et utiles, ou considérés comme absolument prioritaires.

Il est indispensable d'établir un lien entre la programmation stratégique et les ressources. Fontaine O (JIU/REP/2004, p15) suggère que soient institués « de véritables systèmes de comptabilité analytique rattachant les ressources aux objectifs et qui permettraient également d'évaluer le niveau d'efficacité d'un programme par rapport aux ressources qui lui ont été affectées, ainsi que l'effet d'un accroissement ou d'une diminution des ressources sur le fonctionnement de l'organisme dans son ensemble, ou sur certains de ses programmes et activités. Cela renforcerait le principe de responsabilité, car l'évaluation de l'efficacité d'un programme prendrait en

considération l'élément ressources par rapport aux éléments administration ou gestion ».

C- Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'insuffisance des biens et services acquis

Pour protéger les fournisseurs contre les fluctuations de prix imprévisibles dans un contexte économique dominé par l'informel, le répertoire des prix de référence (institué depuis 2007), a prévu une intervalle de prix unitaire pour chaque type d'article. Il s'agit d'un outil important pour l'amélioration de l'efficacité de la dépense publique, car la notion d'efficacité résulte de la combinaison de deux variables que sont la qualité et le prix. Toutefois, l'existence d'un répertoire n'est pas suffisante. Il est nécessaire que les acteurs chargés de son application fassent preuve d'une bonne foi. Malheureusement, cette disposition donne lieu à des abus et on assiste à une tendance d'application systématique des bornes supérieures.

Le rapport de l'Etude de l'impact des crédits délégués sur la réduction de la pauvreté réalisé en 2006 par le Ministère de la santé, a fait ressortir le coût élevé d'acquisition des biens et services sur les crédits délégués. La non sincérité de la procédure de mise en concurrence favorise cette pratique.

L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) propose d'explorer les conditions d'une concurrence équitable et durable entre les prestataires publics pour l'amélioration de la qualité et du rapport coût-efficience des services fournis.

L'une des recommandations du rapport de l'évaluation de l'impact des crédits délégués sur la réduction de la pauvreté à l'endroit des gestionnaires, est que, l'utilisation optimale des ressources publiques doit être le souci permanent de tout gestionnaire de crédit afin de garantir l'efficacité de la dépense publique.

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie

La méthodologie prend en compte deux dimensions : une dimension théorique et une dimension empirique.

I- Dimension théorique

Il s'agira de retenir, pour chaque problème spécifique, les repères et normes d'amélioration de la situation ainsi que le seuil de décision.

A- Approches théoriques liées à la non prise en compte des besoins prioritaires

✓ Norme ou repère d'amélioration

Dans un contexte économique, de plus en plus conjoncturel, et face à l'immensité des besoins à satisfaire pour le fonctionnement harmonieux des formations sanitaires, il convient d'opérer des choix judicieux de besoins prioritaires. Dans le cadre de notre étude, les besoins prioritaires sont ceux dont la satisfaction concourt directement à la réalisation de la fonction première d'une formation sanitaire, c'est-à-dire celle de fournir des soins de santé de qualité à un coût accessible.

✓ Outils d'analyse des données collectées : seuil de décision

La cause réelle à la base de la non prise en compte des besoins prioritaires sera celle qui aura réunie plus de 50% des réponses au questionnaire.

B- Approches théoriques liées à l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA

- ✓ Norme ou repère d'amélioration

L'exécution mécanique de dépenses sans tenir compte des objectifs à atteindre ne permet pas d'obtenir des résultats concrets. Il importe d'avoir une bonne planification des activités, mais plus encore d'arrimer les ressources aux objectifs. L'adéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs du PTA sera effective dès lors que les gestionnaires de crédits pourront établir, de façon claire et sans équivoque, le lien entre les dépenses engagées et les résultats obtenus.

- ✓ Outils d'analyse des données collectées : seuil de décision

La planification est l'élément central de la gestion axée sur les résultats. Compte tenu du rôle prépondérant du PTA dans la GAR, le seuil de décision prendra en compte toutes les données recueillies à travers le questionnaire d'enquête. Ainsi, toutes les réponses qui auront réuni un poids supérieur à 30% seront retenues comme les vraies causes.

C- Approches théoriques liées à l'insuffisance des biens et services acquis

- ✓ Norme ou repère d'amélioration

La quantité de biens et services acquis sera suffisante à condition que tous les acteurs de la chaîne de dépenses veillent à l'utilisation optimale des crédits délégués ; il s'agit de garantir le meilleur rapport qualité/coût de la dépense publique.

- ✓ Outils d'analyse des données collectées : seuil de décision

La cause qui sera retenue, après enquête, sera celle qui se révélera conforme aux opinions émises par la majorité des enquêtés.

II- Dimension empirique

La dimension empirique nous permettra de mettre en exergue la méthode d'enquête utilisée à travers les objectifs visés, l'échantillonnage, les techniques et outils de collecte et de traitement des données.

A- Objectifs de l'enquête

Nos investigations ont pour objectifs de rassembler les données nécessaires à la vérification des différentes hypothèses de l'étude, à savoir si :

- la non prise en compte des besoins prioritaires est due à l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués;
- la réalisation des activités non programmées est à l'origine de l'inadéquation entre les dépenses exécutées et le PTA ;
- l'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués résulte de la pratique des coûts unitaires élevés;

B- Echantillonnage

L'enquête est interne au Ministère de la Santé et l'échantillonnage porte sur soixante (60) acteurs (superviseurs, gestionnaires et bénéficiaires) impliqués dans la gestion des crédits délégués tant aux niveaux central, départemental que périphérique. La répartition se présente comme suit :

+ Cadres de la DRFM.....	8
+ Cadres de la DPP.....	7
+ Chefs de service/DDS.....	10
+ Cadres/Bureau de Zone.....	5
+ Personnel/HZ.....	20
+ Responsables CS.....	10

- Justification de la composition de l'échantillon

Les cadres de la DRFM effectuent périodiquement des supervisions et contrôles sur la gestion des crédits délégués. Quant à la DPP, elle organise chaque année des missions visant à appuyer les DDS et ZS dans l'élaboration de leur PTA ; elle procède aussi à l'évaluation périodique de la mise en œuvre des PTA adoptés. Les chefs de service des DDS, HZ, et Responsables CS sont les destinataires des biens acquis sur crédits délégués. Les cadres du Bureau de zone (Coordonnateur, Chargé de l'administration des ressources et comptable) sont chargés de la phase administrative de l'exécution des dépenses.

C- Techniques et outils de collecte

Les entretiens avec les agents de la DRFM et de la DPP nous ont permis de recenser les observations majeures des supervisions sur les problèmes spécifiques. Nous avons jugé indispensable d'orienter nos investigations vers les structures bénéficiaires des crédits délégués ainsi que les gestionnaires de ces crédits.

D- Technique de dépouillement et outils de présentation

Les informations recueillies ont été dépouillées de façon manuelle. Leur traitement est fait à l'aide du tableur Excel pour déterminer les pourcentages, afin de les comparer à nos seuils de décision. Enfin, les résultats obtenus sont présentés suivant les méthodes de tris à plat.

SECTION 2 : DES ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX SUGGESTIONS POUR RESOUDRE LES PROBLEMES SOULEVES PAR L'ETUDE

Paragraphe1: Enquêtes et vérification des hypothèses

Les enquêtes seront restituées à travers la collecte et le traitement des données recueillies (I), la présentation, l'analyse ainsi que la vérification des hypothèses (II).

I- Collecte et traitement des données recueillies

La mobilisation des données a été réalisée avec certaines difficultés qui en limitent la portée.

A- Mobilisation et difficultés rencontrées

La collecte des données a été réalisée au moyen d'un questionnaire (annexe 3) sur l'échantillon spécifié plus haut. Notre souhait de prendre en compte les gestionnaires et les bénéficiaires de crédits délégués dans les six (6) DDS n'a pu être satisfait. Cette difficulté résulte du temps limité du stage.

L'enquête s'est donc déroulée dans quelques formations sanitaires des trois (3) départements du Sud que sont:

- l'Atlantique/Littoral
- le Mono/Couffo
- l'Ouémé/Plateau

B- Traitement des données et limites

A l'issue de la phase de collecte, les données recueillies ont été dépouillées et exploitées manuellement, ce qui a permis de déterminer les indicateurs de fréquence. Toutefois, il demeure une limite aux informations obtenues : la non exhaustivité des données, difficulté soulevée ci-dessus. Mais cette limite a été corrigée en partie grâce aux réponses apportées par les agents de la DRFM, et de la DPP, ces derniers, lors des supervisions sur la gestion des crédits délégués, parcourent fréquemment toutes les DDS CHD et Zones Sanitaires du territoire national.

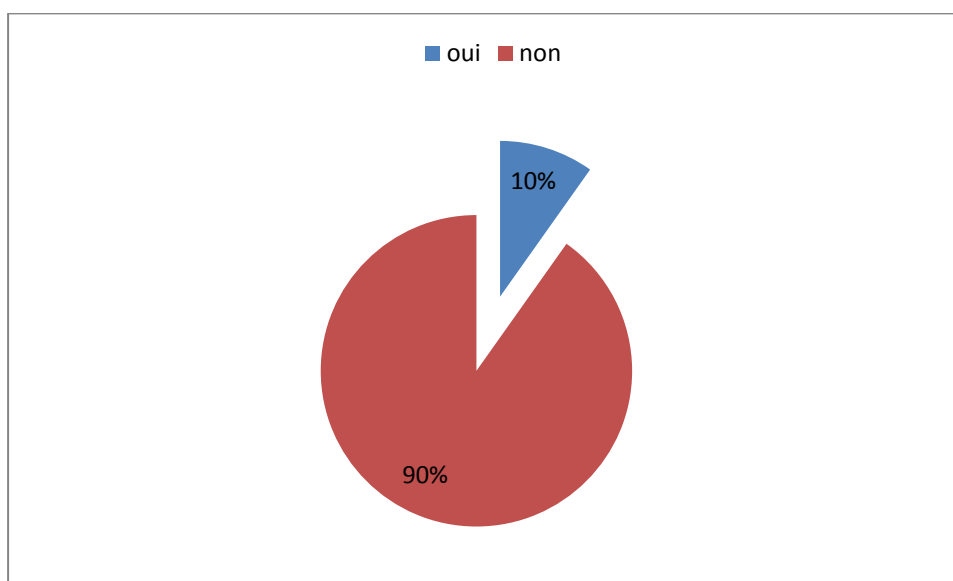
II- Présentation, analyse et vérification des hypothèses

A- Présentation et analyse des résultats de l'enquête

La présentation et l'analyse des résultats de l'enquête se feront en fonction de chaque problème spécifique retenu. Il faut souligner par ailleurs que sur la cible initiale de 60, seulement 56 personnes ont pu nous accorder un entretien.

1- Présentation et analyse des données relatives à la non prise en compte des besoins prioritaires

A la question, les besoins prioritaires des formations sanitaires sont – ils pris en compte dans les dépenses exécutées sur crédits délégués, les réponses données par les enquêtés se présentent comme suit :



Graphique n°4 : Répartition des opinions émises sur la non prise en compte des besoins prioritaires

- Sur les 56 réponses obtenues, 5 soit 10% disent que les dépenses exécutées sur crédits délégués prennent en compte les besoins prioritaires des formations sanitaires. Il faut souligner qu'il s'agit des agents financiers chargés de la phase administrative de l'exécution des dépenses au niveau des bureaux de zones et des directions

départementales de la santé. Cette réponse manque d'objectivité dans la mesure où, ce sont ceux qui sont chargés d'engager les dépenses.

- Le reste des enquêtés soit 51% affirment que les dépenses exécutées sur crédits délégués ne prennent pas souvent en compte les besoins prioritaires des formations sanitaires. Pour ces derniers qui constituent l'échantillon réel de base, les causes à la base d'une telle insuffisance sont réparties comme suit :

Tableau n°6 : Point des données relatives à l'hypothèse n°1

Libellés	Effectif	Fréquence relative
Inadéquation entre la synthèse des besoins prioritaires faite au niveau central et les réalités du terrain	8	15,68%
Inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués	43	84,32%
Total	51	100%

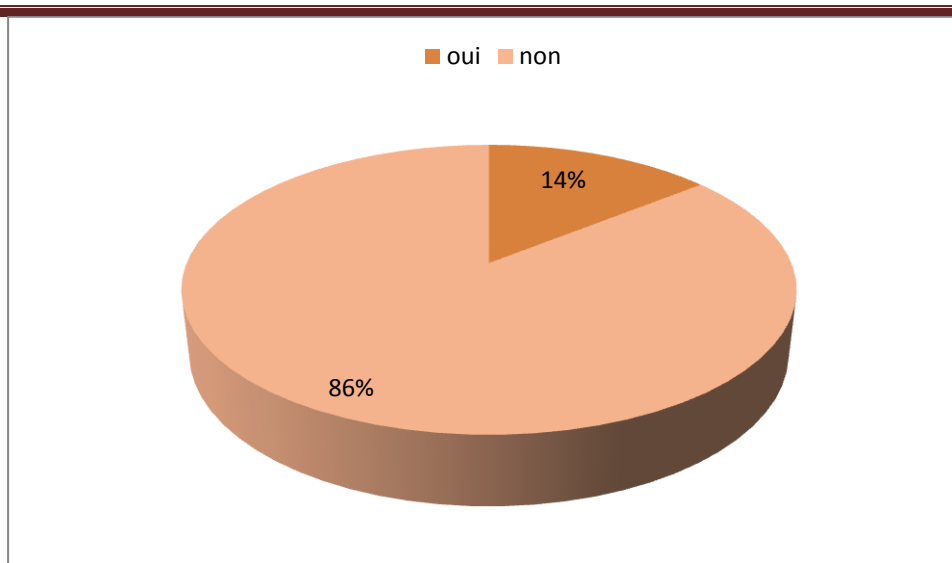
Source : Résultats des enquêtes

Il ressort de ces résultats que la majorité des enquêtés confirment que les besoins prioritaires ne sont pas prises en compte. Ils sont également d'accord sur l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués comme la cause principale à la base de ce problème.

2- Présentation et analyse des données relatives à l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA

Existe-t-il toujours une adéquation entre les dépenses exécutées sur crédits délégués et les objectifs prévus dans le PTA est la deuxième question posée aux enquêtés.

Le graphique ci-dessous illustre les réponses qui ont été données :



Graphique n°5 : Point des opinions émises sur l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA.

- Huit personnes soit 14,28% des enquêtés pensent qu'il existe une adéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs qui sont fixés dans le PTA.
- A l'opposé, 48 enquêtés ont répondu qu'il n'existe pas toujours un lien direct entre les dépenses qui sont exécutées sur crédits délégués et les objectifs du PTA. L'échantillon réel sera donc constitué de 48 enquêtés. Les réponses relatives aux causes à la base de ce problème sont résumées dans le tableau ci-dessus :

Tableau n°7 : Synthèse des données relatives à l'hypothèse n°2

Libellé	Effectif	Fréquence relative
Inexistence d'un plan de consommation	0	0%
Mauvaise planification des activités	15	31,2%
Exécution des activités non programmées	33	68,8%
Total	48	100%

Source : Résultats des enquêtes

Tel que résumé dans le tableau,

- 15 personnes soit 31,2% des enquêtés ont retenu la mauvaise planification comme la cause de l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs fixés dans le PTA.
- 33 enquêtés soit 68,8% estiment que l'exécution des activités non programmées est à l'origine de l'inadéquation entre les dépenses et les objectifs du PTA.

De l'analyse de ces résultats, on peut déduire que c'est la mauvaise planification des activités qui entraîne l'exécution des activités non programmées mais nécessaires au fonctionnement des services. Nous retiendrons donc que la mauvaise planification et l'exécution des activités non programmées sont à la base de l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs du PTA.

3- Présentation et analyse des données relatives à l'insuffisance des biens acquis

A la dernière question formulée comme suit : la quantité des biens et services acquis sur les crédits délégués contribue-t-elle suffisamment au fonctionnement des formations sanitaires ? Le tableau ci-après résume les réponses obtenues :

Tableau 8 : Répartition des opinions émises sur le problème spécifique 3

Rubriques	Oui	non	Total
Cadres DRFM	0	7	7
Cadres DPP	0	6	6
Chefs de service/DDS	0	9	9
Agents Bureau de zone	0	5	5
Agents/HZ	0	19	19
Responsables/CS	0	10	10
Total	0	56	56
pourcentage	0%	100%	100%

Tous les enquêtés ont reconnu que les biens et services acquis sur les crédits délégués sont insuffisants pour contribuer efficacement au fonctionnement des formations sanitaires bénéficiaires. Cependant les opinions divergent quant à la cause qui explique cette insuffisance. Comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau n°9 : Synthèse des causes relatives à l'insuffisance des biens et services acquis

Libellés	Effectif	Fréquence relative
Insuffisance des crédits alloués	16	28,57%
Acquisition des biens de mauvaise qualité	5	8,93%
Pratique des coûts unitaires élevés	35	62,50%
Total	56	100%

Source : Résultats des enquêtes

La majorité des opinions émises soit 62,5%, désigne la pratique des coûts unitaires élevés comme la cause qui explique l'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués. L'insuffisance des crédits alloués serait la deuxième cause car elle est soutenue par 28,57% des enquêtés, un taux important mais que nous ne retiendrons pas dans le cadre de cette étude. Le seuil de décision lié à ce problème étant la cause ayant réuni la majorité des opinions émises.

Ainsi, la pratique des coûts unitaires élevés est à la base de l'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués.

A l'issue de l'analyse des résultats d'enquêtes, nous pourrions procéder à la vérification des hypothèses initialement formulées.

B- Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Il s'agit d'apprécier le degré de validité des hypothèses par rapport aux données d'enquêtes afin d'établir le diagnostic.

1- Degré de validation des hypothèses

Il sera fait par hypothèse.

➤ Degré de validation de l'hypothèse n°1

A l'hypothèse n°1 formulée comme suit : la non prise en compte des besoins prioritaires est due à l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués, nous avons retenu comme seuil de décision tout item qui aura un poids supérieur ou égal à 50%.

La majorité des personnes enquêtées, soit 84,32% ont désigné l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués comme la cause principale à la base du problème spécifique n°1. La collecte des besoins n'est pas vraiment exhaustive et ne permet pas de mettre en exergue les besoins prioritaires des formations sanitaires. Nous pouvons confirmer que la non prise en compte des besoins prioritaires est due à l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués.

L'hypothèse n°1 est donc vérifiée.

➤ Degré de validation de l'hypothèse n°2

Par rapport au seuil de décision fixé ici et qui est que toute donnée dont le poids serait supérieur à 30% sera retenue, l'analyse des résultats de notre enquête sur l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs du PTA révèle que deux causes remplissent ce critère :

- la mauvaise planification 31,2% ;
- l'exécution des activités non programmées 68,8%.

On retiendra donc que l'hypothèse n°2 selon laquelle l'inadéquation entre les dépenses exécutées et le PTA résulte de la réalisation des activités non programmées n'est que ***partiellement vérifiée*** puisque en dehors de la cause supposée, une autre cause explique également ce problème.

➤ Degré de validation de l'hypothèse n°3

L'item dont le poids équivaut à la majorité des réponses obtenues sera retenu est le seuil de décision fixé pour la vérification de l'hypothèse n°3. La pratique des coûts unitaires élevés avec une fréquence de 62,5% est donc la cause à la base de l'insuffisance des biens et services acquis.

L'insuffisance des crédits alloués est désignée par 28,57% des enquêtés comme la cause qui explique ce problème, ce qui du reste n'est pas négligeable. Mais dans le cadre du présent travail, elle ne sera pas retenue car nous estimons qu'il faut définir les conditions de la gestion optimale des ressources disponibles avant d'envisager toute augmentation.

L'hypothèse n°3 selon laquelle l'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués est due à la pratique des coûts unitaires élevés est, **vérifiée**.

2- Etablissement du diagnostic

➤ *Elément du diagnostic n°1*

La non prise en compte des besoins prioritaires des formations sanitaires est due à l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués.

➤ *Elément du diagnostic n°2*

La mauvaise planification des activités et l'exécution des activités non programmées expliquent l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs du PTA.

➤ *Elément du diagnostic n°3*

La pratique des prix unitaires élevés est à la base de l'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués.

Paragraphe 2 : Approches de solution et conditions de mise en œuvre

Dans le but d'améliorer la qualité des dépenses exécutées sur les crédits délégués du Ministère de la Santé, quelques approches de solution ainsi que les conditions de leur mise en œuvre seront exposées dans le présent paragraphe.

I- Approches de solution

La démarche de résolution d'un problème passe par l'éradication des causes se trouvant à la base de ce problème. Dans cette optique, nous proposons des solutions qui permettront d'éradiquer les causes à la base de chaque problème spécifique.

A- Approches de solution à la non prise en compte des besoins prioritaires

Il ressort du diagnostic établi que la non prise en compte des besoins prioritaires des formations sanitaires est due à l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués.

Par conséquent, il est recommandé :

- * d'instituer un mécanisme participatif pouvant permettre aux utilisateurs de prendre une part active à la ventilation des crédits de transfert;
- * d'associer les responsables des formations sanitaires, en tant que destinataires des biens et services acquis sur les crédits délégués à la synthèse des spécifications techniques retenues (nature, qualité et quantité) avant de passer les commandes ;
- * d'orienter les dotations allouées vers les dépenses qui jouent un rôle essentiel dans l'offre de soins à savoir la disponibilité des produits pharmaceutiques, la maintenance du matériel médico- technique.

B- Approches de solution à l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA

De la vérification de l'hypothèse, on peut retenir que l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA résulte de la réalisation des activités non programmées au PTA et d'une mauvaise planification.

C'est pourquoi, il est suggéré que:

- * les crédits délégués soient intégrés comme ressources de mise en œuvre du budget-programme pour assurer une synergie des interventions;
- * les rubriques budgétaires soient traduites en activité par l'EEZS, avant leur notification aux formations sanitaires;
- * les responsables au niveau central veillent au respect strict des activités programmées par le niveau opérationnel sans interférence des programmes verticaux.

C- Approches de solution au problème de l'insuffisance des biens et services acquis

On peut retenir du diagnostic établi que l'insuffisance des biens et services est due à la pratique courante des prix unitaires élevés.

Pour résoudre ce problème, il est nécessaire:

- * d'instituer un comité issu de l'EEZS et chargé du choix des fournisseurs à consulter lors des passations des commandes, afin de garantir plus de transparence et de sincérité dans la procédure ;
- * de rendre obligatoire la communication de prix unitaires aux bénéficiaires ;
- * d'accroître les crédits alloués aux zones sanitaires qui améliorent leur performance.

II- Conditions de mise en œuvre des solutions et construction du tableau de synthèse de l'étude

A- Conditions de mise en œuvre

La mise en œuvre des solutions sus- citées sera facilitée par des conditions préalables regroupées sous forme de recommandations à tous les acteurs impliqués dans la gestion des crédits délégués:

➤ Recommandations à l'attention des acteurs du niveau central

Pour une plus grande efficacité des dépenses exécutées sur crédits délégués, il importe de renforcer les compétences des gestionnaires de crédits par des formations périodiques en finances publiques. L'amélioration de la qualité de l'allocation des ressources aux départements et aux zones sanitaires est également un préalable à une gestion efficace. A cet effet, la DRFM doit veiller à un arbitrage ascendant des priorités afin de s'assurer que l'expression des besoins qui parvient à son niveau est en adéquation avec le niveau opérationnel. Ceci peut se réaliser par la mise en place d'un cadre réglementaire d'arbitrage à chaque niveau de la pyramide sanitaire. De même, la répartition des crédits doit se faire sur la base de critères retenus, d'un commun accord, par tous les acteurs impliqués dans la gestion des crédits délégués.

Par ailleurs, il est nécessaire de renforcer le système de suivi-évaluation de la gestion des crédits délégués par l'institutionnalisation d'une prime à la performance. A titre illustratif, on pourrait envisager l'abattement des crédits d'une zone sanitaire caractérisée par la réalisation fréquente des activités non programmées et sans impact sur la qualité de l'offre de soins, et à l'opposé, prévoir des mesures incitatives telles que l'augmentation des crédits aux zones sanitaires qui, d'année en année, redoublent d'efforts pour exécuter correctement les activités programmées.

➤ **Recommandations à l'attention des gestionnaires de crédits**

Il faut une appropriation du concept de la gestion axée sur les résultats par les gestionnaires de crédits. La forte tendance à exécuter des dépenses destinées à épuiser les crédits doit être corrigée car c'est le seul gage d'une gestion plus efficace des ressources financières. La priorité doit être accordée aux activités prévues au budget –programme. Dans l'hypothèse d'un cas de force majeure qui oblige à exécuter une activité non programmée, le quitus préalable de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire ou du Comité de santé doit être obtenu.

La production chaque trimestre du rapport détaillé de l'utilisation des crédits délégués est indispensable. Plus qu'un moyen de contrôle d'action du niveau périphérique, cette disposition est une mesure d'encadrement contre les risques de dérapages éventuels. Les rapports trimestriels contribuent au respect du principe de transparence en finances publiques.

➤ **Recommandations à l'attention des responsables des formations sanitaires**

Premiers responsables de la qualité de l'offre de soins, ils jouent un rôle prépondérant dans l'amélioration des indicateurs sanitaires. Aussi à défaut d'avoir l'initiative des dépenses sur les crédits délégués, ils peuvent contribuer à l'exécution efficace desdites dépenses. Avant toute chose, les besoins exprimés doivent être réels. Et lorsque les biens acquis ne correspondent pas à une expression de besoins ferme, ils devront être refusés. Chaque destinataire doit veiller à la communication des prix unitaires d'acquisition afin d'évaluer sa consommation.

La mise en œuvre de toutes ces recommandations, par les acteurs à différents niveaux de la pyramide sanitaire, pourra contribuer à améliorer l'efficacité des dépenses exécutées sur crédits délégués, dans le but d'atteindre la performance du secteur.

B- Tableau n°10 : Tableau de Synthèse de l'Etude

NIVEAUX D'ANALYSE	PROBLEMES	OBJECTIFS	CAUSES SUPPOSEES	HYPOTHESES	ELEMENT DE DIAGNOSTIC	APPROCHES DE SOLUTIONS
Général	L'inefficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués du Ministère de la santé	Contribuer à l'amélioration de l'efficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués du Ministère de la santé				
1	La non prise en compte des besoins prioritaires	Proposer une procédure d'exécution des crédits délégués qui prenne en compte les besoins réels prioritaires des formations sanitaires	L'inefficacité du mécanisme de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués	La non prise en compte des besoins prioritaires est due à l'inefficacité du mécanisme de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués.	La non prise en compte des besoins prioritaires des formations sanitaires est due à l'inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués.	<ul style="list-style-type: none"> -instituer un mécanisme participatif pouvant permettre aux utilisateurs de prendre une part active à la ventilation des crédits de transfert; -associer les responsables des formations sanitaires, en tant que destinataires des biens et services acquis sur les crédits délégués lors de la synthèse des spécifications retenues (nature, qualité et quantité) avant de passer les commandes ; -orienter les dotations allouées vers les dépenses qui jouent un rôle essentiel dans l'offre de soins à savoir la disponibilité des produits pharmaceutiques, la maintenance du matériel médico- technique.

Spécifique	2	L'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA	Suggérer un processus de planification et de programmation utile à la gestion des crédits délégués	la réalisation des activités non programmées dans le PTA ;	L'inadéquation entre les dépenses exécutées et le PTA résulte de la réalisation des activités non programmées.	La mauvaise planification des activités et l'exécution des activités non programmées expliquent l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs du PTA.	-intégrer les crédits délégués comme ressources de mise en œuvre du budget-programme pour assurer une synergie des interventions; -traduire les dotations budgétaires en activité par l'EEZS avant leur notification aux formations sanitaires; -les Médecins- Coordonnateurs doivent veiller au respect strict des activités programmées.
	3	L'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués	Envisager des mesures pour accroître les quantités des biens et services acquis sur crédits délégués	La pratique des coûts unitaires élevés	L'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués est due à la pratique des coûts unitaires élevés	La pratique des prix unitaires élevés est à la base de l'insuffisance des biens et services acquis sur les crédits délégués	-instituer un comité issu de l'EEZS et chargé du choix des fournisseurs à consulter lors des passations des commandes, afin de garantir plus de transparence et de sincérité dans la procédure ; -rendre obligatoire la communication de prix unitaires aux bénéficiaires ; -accroître les crédits alloués aux zones sanitaires qui améliorent leur performance.

Source : Synthèse de notre étude

CONCLUSION GENERALE

Les résultats de l'étude de l'impact des crédits délégués sur la réduction de la pauvreté, montrent que le taux de fréquentation des services de santé augmente de 0.09% lorsque les crédits délégués augmentent de 1%. C'est un résultat assez important qui montre que la politique de gestion décentralisée des ressources financières du secteur de la santé est pertinente et doit être poursuivie et renforcée.

Tel qu'il ressort de l'analyse des données recueillies, le problème réside moins dans le niveau de consommation que dans la qualité des dépenses exécutées. L'insuffisante qualité des dépenses sur crédits délégués limite la portée des interventions dans le secteur de la Santé. Il est souvent difficile de rapprocher ces dépenses de résultats quantifiables. D'où la faiblesse des indicateurs d'activités du secteur, malgré l'accroissement des ressources allouées.

C'est le souci de contribuer à l'amélioration de cette performance qui a orienté le choix de notre thématique parmi les autres problèmes que soulève le financement du secteur de la santé. L'analyse des causes à la base des problèmes identifiés, montre que, pour améliorer l'efficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués, il est nécessaire:

- de mettre en place un système efficace de collecte et de traitement des données relatives aux crédits délégués, et pouvant permettre de faire des choix prioritaires de dépenses à exécuter,
- d'assurer l'adéquation entre les dépenses exécutées et les résultats attendus,
- de veiller à l'utilisation optimale des crédits affectés.

La mise en œuvre de la GAR doit être effective, car malgré la réforme introduite, la gestion budgétaire reste, pour le moment, une gestion de moyens et non de résultats.

Dès lors que l'efficacité des dépenses exécutées sur les crédits délégués sera atteinte, d'autres études pourront se pencher sur les questions relatives à l'augmentation des ressources allouées.

BIBLIOGRAPHIE

I- OUVRAGES

- 1- BEAUDET, C. et P. ARSENAULT (2004) : « **La Gestion Axée sur les Résultats : les leçons à tirer de l'expérience québécoise** », IDEA International.
- 2- DUVERGER, M. (1978) : « **Finances Publiques** » 1^{ère} Edition, Paris.
- 3- EVEN, F. et al. (2004) : « **Application de la GAR dans les Organismes des Nations Unies** », JUI/REP, PP1-25
- 4- MAGNET, J. (1998) : « **Finances publiques** » 4^{ème} Edition Système, France.
- 5- POLI, R. (2003) : « **Les indicateurs de performance de la dépense publique** », Revue Française de Finances Publiques, n°82, PP 108-113.

II- MEMOIRES

- 1- AZOMAHOU, C. (2007) : « **Problématique de la gestion des crédits délégués dans les départements de l'Atlantique et du Littoral** » UAC/ENAM/Cycle I/AFT.
- 2- BONI, W. (2007) : « **Contribution de l'Inspection Générale des Finances à l'efficacité des dépenses publiques** » UAC/ENAM/Cycle I/AFT.
- 3- DELE, A. (2009) « **Problématique de l'optimisation du taux d'exécution du budget du Ministère de la Santé** » UAC/ENAM/Cycle II/AHUI.

III- TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- 1- Loi organique N°86-21 du 26 septembre 1986 relative aux Lois de Finances.
- 2- Décret N°2000-601 du 29 novembre 2000 portant réforme des procédures d'exécution du Budget Général de l'Etat.
- 3- Décret N°2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé.

- 4- Arrêté N°2010-4239/MS/DC/SGM/CTJ/DRFM/SA du 30 juillet 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction des Ressources Financières et du Matériel.
- 5- Arrêté N°2146/MSP/DC/SGM/SA du 21 mars 2003 portant Attributions, Organisation et Fonctionnement des Directions départementales de la Santé

IV- AUTRES DOCUMENTS

- 1- ABOUDOU, S. : Procédure d'exécution des crédits aux structures déconcentrées.
- 2- MS/DPP (2001 à 2009) : Rapports de performance du Ministère de la Santé).
- 3- MS/DPP (2001 à 2009) : Annuaire statistiques de la Santé version.
- 4- MS/DPP (2002) : « Politiques et Stratégies de Développement du secteur de la Santé ».
- 5- MS/DPP (2006) : Rapport de l'étude de l'impact des crédits délégués sur la réduction de la pauvreté.
- 6- MS/DPP (2008) : Plan National de Développement de la Santé 2009-2018.
- 7- MS/DPP (2008) : « Comptes nationaux de la Santé ».
- 8- MS/DPP (2011) : Rapport d'exécution du PTA 2011.
- 9- MS/DRFM (2005) : Rapport de la revue des dépenses publiques du secteur Santé.
- 10- MS/DRFM (2007 à 2009) : Rapports d'autoévaluation.
- 11- OCDE (2000) : Rapport de l'étude sur la qualité des dépenses publiques, défis à relever et solutions à envisager dans la GAR.

ANNEXES

- 1- Cadre de Dépenses à Moyen Terme
- 2- Fiche de délégation de crédits
- 3- Questionnaire d'enquête
- 4- Evolution des crédits délégués et transférés

ANNEXE 1 : CADRE DE DEPENSES A MOYEN TERME 2012-2014

Détail par nature économique (version avant pré-arbitrage)

(36) MINISTERE DE LA SANTE

En milliers de francs CFA

RUBRIQUES BUDGETAIRES	2008	2009	2010	2011 Budget	2012	2013	2014
	Réalizations				Prévision	Projections	
I- PERSONNEL	6 261 515	6 642 330	9 186 429	12 515 909	13 196 702	13 895 202	14 768 327
<u>Pers. Répartie</u>	<u>6 261 515</u>	<u>6 642 330</u>	<u>9 186 429</u>	<u>12 515 909</u>	<u>13 196 702</u>	<u>13 895 202</u>	<u>14 768 327</u>
<u>Pers. Dépenses Communes</u>							
II- ACHATS DE BIENS ET SERVICES	6 904 894	6 866 355	6 205 182	7 886 599	7 921 599	8 400 713	8 931 113
<u>1° Fonctionnement des Services</u>	<u>6 699 400</u>	<u>6 416 195</u>	<u>5 813 419</u>	<u>7 001 599</u>	<u>7 036 599</u>	<u>7 415 713</u>	<u>7 946 113</u>
<u>2° Charges Communes</u>	<u>205 494</u>	<u>450 160</u>	<u>391 763</u>	<u>885 000</u>	<u>885 000</u>	<u>985 000</u>	<u>985 000</u>
III-DEPENSES DE TRANSFERT	10 955 208	13 084 505	12 728 765	13 736 711	17 736 711	17 736 711	18 539 091
<u>1° Transfert d'exploitation</u>	<u>1 530 000</u>	<u>2 183 892</u>	<u>1 680 000</u>	<u>5 774 000</u>	<u>9 774 000</u>	<u>9 774 000</u>	<u>10 576 380</u>
<u>2° Transferts Courants</u>	<u>9 425 208</u>	<u>10 900 613</u>	<u>11 048 765</u>	<u>7 962 711</u>	<u>7 962 711</u>	<u>7 962 711</u>	<u>7 962 711</u>
IV- ACQUISITIONS -GROSSES REPARATIONS -MATERIEL ET MOBILIERS	218 710	119 255	446 390	1 033 646	1 033 646	1 033 646	1 033 646
TOTAL DEPENSES ORDINAIRES I+II+III+IV	24 340 327	26 712 445	28 566 766	35 172 865	39 888 658	41 066 272	43 272 177
V- DEPENSES EN CAPITAL	20 481 639	16 991 423	9 637 638	33 980 183	26 846 245	26 946 245	28 846 245
<u>1° Financement intérieur</u>	<u>12 218 062</u>	<u>11 695 809</u>	<u>4 692 101</u>	<u>4 469 783</u>	<u>8 146 245</u>	<u>8 246 245</u>	<u>8 146 245</u>
<u>2° Financement extérieur</u>	<u>8 263 577</u>	<u>5 295 614</u>	<u>4 945 537</u>	<u>29 510 400</u>	<u>18 700 000</u>	<u>18 700 000</u>	<u>20 700 000</u>
TOTAL GENERAL	44 821 966	43 703 868	38 204 404	69 153 048	66 734 903	68 012 517	72 118 422

Prêts : 3 100 000

Dons : 15 600 000

ANNEXE 2 : Exemple de fiche de délégation de crédits

REPUBLIQUE DU BENIN

 MINISTERE DE LA SANTE

N° 145 /MS/DC/SGM/DRFM/SBC DU 27 JAN 2011

DIRECTION DES RESSOURCES
 FINANCIERES ET DU MATERIEL

BUDGET NATIONAL

EXERCICE : 2011

CHAPITRE : 36 3 63010 63302 Article 62 Parag. 6211

DOTATION ANNUELLE

FICHE DE DELEGATION DE CREDITS

GESTIONNAIRE DE CREDIT	MONTANT DE LA DELEGATION	TOTAL DES DELEGATIONS ANTERIEURES	TOTAL DES DELEGATIONS	DESIGNATION DU CREDIT	OBSERVATIONS
OUEME ZONE SANITAIRE ADJOHOUN DANGBO BONOU	33 725 000	0	33 725 000	FOURNITURES CONSOMMEES AMPLIATIONS TRESOR1 DGB1 CONTR. FINANCIER1 PREFET DE DEPART....1 DDS.....1 BZ1	
			TOTAL	33 725 000	

CREDITS OUVERTS A L'ETAT DE REPARTITION : 33 725 000

COTONOU, LE 27 JAN. 2011

LE DELEGUE DU CONTRÔLEUR
 FINANCIER AUPRES DU MS

Latifou Franck DJIGLA

L'ORDONNATEUR-DELEGUE

Beatrice RADJI

OUEME

Zone sanitaire ADJOHOUN
DANGBO - BONOU

ACHAT DE GAZ MEDICAUX, DE CONSOMMABLES ET DE
PETITS MATERIELS MEDICAUX

FRAIS DE BUREAU ET DE FONCTIONNEMENT

CS ADJOHOUN	800 000	CS ADJOHOUN	350 000
CS d'Azowilissè	300 000	CS d'Azowilissè	175 000
CS Kodé	300 000	CS Kodé	175 000
CS Akpadanou	300 000	CS Akpadanou	175 000
CS Awonou	300 000	CS Awonou	175 000
CS Gangban	300 000	CS Gangban	175 000
CS Togbota	300 000	CS Togbota	175 000
CS Gbada	300 000	CS Gbada	175 000
CS Houédo	300 000	CS Houédo	175 000
CS Gbékandji	300 000	CS Gbékandji	175 000
Maternité Gogbo	150 000	Maternité Gogbo	175 000
CDT Adjohoun	300 000	CDT Adjohoun	175 000
Hôpital de zone ADJOHOUN.....	4 000 000	Hôpital de zone ADJOHOUN.....	2 100 000
Bureau de zone	0	Bureau de zone	1 050 000
CS BONOU.....	600 000	CS BONOU.....	350 000
CS Affamè	300 000	CS Affamè	175 000
CS Damè-wogon	300 000	CS Damè-wogon	175 000
CS Atchonsa	300 000	CS Atchonsa	175 000
CS Assrossa	300 000	CS Assrossa	175 000
Dispensaire Hounviguè	150 000	Dispensaire Hounviguè	175 000
Dispensaire Allankpon	150 000	Dispensaire Allankpon	175 000
Dispensaire Agbomanhan	150 000	Dispensaire Agbomanhan	175 000
Dispensaire Dogba hè.....	150 000	Dispensaire Dogba hè.....	175 000
CS DANGBO.....	600 000	CS DANGBO.....	350 000
CASES Houédomè	150 000	CASES Houédomè	175 000
CS Hétin-Sota.....	150 000	CS Hétin-Sota.....	175 000
CS Gbéko.....	150 000	CS Gbéko.....	175 000
CS Dékin-Afio	150 000	CS Dékin-Afio	175 000
CS Zoungué-Mitro.....	150 000	CS Zoungué-Mitro.....	175 000
CS Djigbé.....	150 000	CS Djigbé.....	175 000
CS kplamè	150 000	CS kplamè	175 000
CS Hozin	150 000	CS Hozin	175 000
CS Kessounon.....	150 000	CS Kessounon.....	175 000
CDT Dangbo.....	150 000	CDT Dangbo.....	175 000
TOTAL	12 450 000	TOTAL	9 275 000
ALIMENTATION DES MALADES		KITS D'URGENCE	
CDT ADJOHOUN	1 000 000	Bureau de zone	4 000 000
CDT DANGBO	1 000 000	TOTAL	4 000 000
Hôpital de zone ADJOHOUN.....	6 000 000		
TOTAL	8 000 000	TOTAL GENERAL	33 725 000

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

Nom et Prénom

Structure

Fonction ou poste occupé

QUESTION N° 1 : les besoins prioritaires des Centres de Santé sont – ils prises en compte dans les dépenses exécutées sur les crédits délégués ?

Si non, quelle en est la raison fondamentale ?

- Inexistence d'un mécanisme formel de collecte et de traitement des informations relatives aux crédits délégués.
- Inadéquation entre la synthèse des besoins prioritaires faites par le niveau central et les réalités du niveau opérationnel

QUESTION N°2 : Existe-t-il toujours une adéquation entre les dépenses exécutées sur les crédits délégués et les objectifs inscrits au PTA

Si non, quelle en est la cause principale

- La mauvaise planification des activités du PTA
- L'absence de plan de consommation
- L'exécution des activités non programmées

QUESTION N°3 : la quantité de biens et services acquis sur crédits délégués contribue t- elle suffisamment au fonctionnement des formations sanitaires ?

Si non, quelle en est la raison?

- L'insuffisance des crédits alloués
- L'acquisition des biens de mauvaise qualité
- La pratique courante de prix unitaires élevé

Merci de votre disponibilité et de votre collaboration.

ANNEXE 4 : Evolution des crédits délégués et transférés de 2001 à 2010

Nature de crédits	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Crédits délégués en millions de FCFA	4 404	4 220	4 911	5 711	5 807	5 886	4 633	5 084	5 149	4 305
Crédits de transfert en millions de FCFA							1 550	2 668	1 901	1 920
Total	4404	4220	4911	5711	5807	5886	6183	7752	7050	6225

Source: DRFM/MS

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DU JURY.....	i
DECLARATION D'ENGAGEMENT.....	ii
DEDIDACES.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
GLOSSAIRE.....	viii
RESUME.....	x
SOMMAIRE.....	xii
<i>INTRODUCTION GENERALE.....</i>	1
<i>CHAPITRE PREMIER : DU CADRE DE L'ETUDE A LA PROBLEMATIQUE DE L'EFFICACITE DES DEPENSES EXECUTEES SUR CREDITS DELEGUES AU MINISTERE DE LA SANTE.....</i>	4
SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET PHYSIQUE DE L'ETUDE	5
Paragraphe 1 : Organisation structurelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé.....	5
I- Missions et structures	5
A- Missions.....	5
B- Structures.....	6
II- Organisation et fonctionnement de la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM)	8
A- Les Services	8
B- Attributions.....	9
Paragraphe 2 : Etat des lieux sur la gestion des crédits délégués	11
I- Procédure de mise en place des crédits délégués au niveau central.....	12
A- Mécanisme d'élaboration et de répartition des crédits.....	12
B- Notification des crédits délégués	13
II- Mécanisme de gestion des crédits délégués au niveau déconcentré.....	17
A- Le niveau départemental.....	17
B- Le niveau périphérique.....	19
SECTION 2 : CIBLAGE ET SEQUENCES DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE	22
Paragraphe 1 : Formulation et justification du sujet	22

I- Inventaire des éléments identifiés.....	22
A- Atouts de la gestion des crédits délégués.....	22
B- Problèmes relevés dans la gestion des crédits délégués	23
II- Des problèmes spécifiques à la formulation du sujet	23
A- Récapitulatif des problèmes liés à la gestion des crédits délégués	24
B- Choix et justification du sujet.....	25
Paragraphe 2 : Spécification et vision globale de résolution de la problématique	28
I- Spécification de la problématique	28
II- Détermination de la vision globale et des séquences de résolution de la problématique.....	29
A- Vision globale de résolution	29
B- Séquences de résolution de la problématique	30
<i>CHAPITRE DEUXIEME : POUR UNE EXECUTION EFFICACE DES DEPENSES SUR CREDITS DELEGUES AU MINISTERE DE LA SANTE.....</i>	31
SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	32
Paragraphe 1 : Des objectifs de l'étude à la revue de littérature	32
I- Objectifs	32
II- Causes et hypothèses de l'étude.....	33
A- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N° 1	33
B- Causes et hypothèses liées au problème spécifique N° 2	34
C- Causes et hypothèses du problème spécifique N°3	35
III- Revue de littérature.....	38
A- Contributions antérieures sur le problème de la non prise en compte des besoins prioritaires	39
B- Contributions antérieures sur le problème de l'inadéquation des dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA	40
C- Exposé des contributions antérieures sur le problème de l'insuffisance des biens et services acquis	41
Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie.....	42
I- Dimension théorique	42
A- Approches théoriques liées à la non prise en compte des besoins prioritaires	42
B- Approches théoriques liées à l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA.....	43
C- Approches théoriques liées à l'insuffisance des biens et services acquis	43
II- Dimension empirique	44

A- Objectifs de l'enquête	44
B- Echantillonnage	44
C- Techniques et outils de collecte	45
D- Technique de dépouillement et outils de présentation	45
SECTION 2 : DES ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES AUX SUGGESTIONS POUR RESOUDRE LES PROBLEMES SOULEVES PAR L'ETUDE	46
Paragraphe1: Enquêtes et vérification des hypothèses	46
I- Collecte et traitement des données recueillies	46
A- Mobilisation et difficultés rencontrées.....	46
B- Traitement des données et limites	46
II- Présentation, analyse et vérification des hypothèses.....	47
A- Présentation et analyse des résultats de l'enquête	47
1- <i>Présentation et analyse des données relatives à la non prise en compte des besoins prioritaires.....</i>	<i>47</i>
2- <i>Présentation et analyse des données relatives à l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA</i>	<i>48</i>
3- <i>Présentation et analyse des données relatives à l'insuffisance des biens acquis</i>	<i>50</i>
B- Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	52
1- <i>Degré de validation des hypothèses</i>	<i>52</i>
2- <i>Etablissement du diagnostic.....</i>	<i>53</i>
Paragraphe 2 : Approches de solution et conditions de mise en œuvre.....	54
I- Approches de solution.....	54
A- Approches de solution à la non prise en compte des besoins prioritaires.....	54
B- Approches de solution à l'inadéquation entre les dépenses exécutées et les objectifs prévus dans le PTA.....	55
C- Approches de solution au problème de l'insuffisance des biens et services acquis	55
II- Conditions de mise en œuvre des solutions et construction du tableau de synthèse de l'étude	56
A- Conditions de mise en œuvre.....	56
➤ Recommandations à l'attention des acteurs du niveau central	56
➤ Recommandations à l'attention des gestionnaires de crédits.....	57
➤ Recommandations à l'attention des responsables des formations sanitaires.....	57
B- Tableau n°10 : Tableau de Synthèse de l'Etude.....	58
CONCLUSION GENERALE.....	60

<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	62
<i>ANNEXES</i>	65
TABLE DES MATIERES	71