



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

XXXXXXXXXXXX

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

XXXXXXXXXXXX

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

XXXXXXXXXXXX

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE

XXXXXXXXXXXX

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

OPTION :
Administration des finances

FILIERE :
Administration hospitalière,
Universitaire et d'intendance

Promotion : 2012-2013

THEME

EVALUATION DU SYSTEME DE GESTION
BUDGETAIRE DES HOPITAUX DE ZONE AU BENIN :
CAS DE L'HOPITAL DE ZONE DE KANDI

Réalisé et soutenu par:

Djibril ADAM HAMMA

Maître de stage
Monsieur Armand ELEGBEDE
Administrateur des Hôpitaux,
Directeur Hôpital de Zone Kandi

Directeur de Mémoire
Monsieur Adrien HOUNSA
Enseignant à l'ENAM

Décembre 2013

Identification du jury	
<u>Président</u>	Clément DJOHOUN
<u>Vice président</u>	Raymond BEAKOU
<u>Membre</u>	Hugues TCHIBOZO

**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.**

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Dieu

Qui donne au monde toute grâce et tout bien.

A mon père Adam HAMMA et à ma mère Adiza INOUAN

Qui ont guidé mes pas vers le chemin idéal. Je me rappelle encore, comme si c'était hier, quand j'avais six ans, toi mon père tu me disais : mon fils, je te libère ;mais, vas, cours pour lui, agenouille toi pour lui, couche toi au besoin pour lui, rampe pour attraper un pan de son pantalon parce qu'il a de la connaissance à te distiller et dont tu es à la recherche ;mais je te maudirai si tu faisais la même chose pour un homme simplement riche, esclave de son argent . Bref, « sois esclave de la connaissance et tu as ma bénédiction » ou « soit esclave de la richesse, et tu es maudit » de mon vivant ou après ma mort. Et tu ajoutais : « On peut me reprendre tout, sauf ma connaissance".

Je pense à travers cette œuvre, faire votre fierté.

A mon épouse, Rabiatou MAMA, les mots me manquent : je te dis tout juste « merci ».

A mes frères et sœurs

Ce travail est aussi le vôtre. Vos encouragements m'ont toujours été d'un réel réconfort. Courage et persévérance.

A Sahad, Rachidatou, Ismaïl, Sakinatou

Trouvez à travers ce travail, la joie d'être mes enfants. Soyez unis et soutenez-vous.

REMERCIEMENTS

A travers ces quelques lignes, nous témoignons du fond du cœur, toutes nos gratitudees à tous ceux et celles qui, de loin ou de près, matériellement ou moralement, avec compétence et dévouement, ont participé à la réalisation de ce travail notamment :

- Monsieur **Adrien HOUNSA**, notre Directeur de mémoire qui, malgré ses multiples occupations, a accepté de diriger ce mémoire ;
- Monsieur **Armand ELEGBEDE**, notre maître de stage, qui a su faire preuve de disponibilité constante à notre égard;
- tous les membres de l'administration de l'hôpital de Kandi, pour l'accueil ;
- tous les chefs services techniques de l'hôpital de Kandi et leurs collaborateurs ;
- tous nos enseignants qui ont accepté partager leur savoir faire. Soyez en remerciés ;
- les membres de **l'Administration de l'ENAM**, pour leur disponibilité ;
- le Directeur Général de l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine, Professeur Agrégé Ludovic ANANI ;
- tous mes collègues de l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine;
- le Docteur Fatioulaye ISSA DJIBRIL, Directeur Départemental de la Santé du Borgou et de l'Alibori ;
- les chefs de division de la DDS/BA et leurs collaborateurs ;
- le Docteur Delphin AIDEWOU et son épouse Halla ;
- le Docteur Fifamè Sophie Reine YEMADJRO pour votre soutien moral ;
- Monsieur Pierre ALAKPATO DAVO et son épouse ;
- Monsieur René ALAKPATO et son épouse ;
- tous les chefs de division CDTS/BA et leurs collaborateurs ;
- les collaborateurs Lambert LOUHA, Manou Safiath DAFIA ; Alimatou OROU KINNOU, Bertine KOTO ;
- Madame Augustine SOGLO et son époux Henry ;
- Madame GNANGUENON Pélagie et son époux Christophe ;
- tous les amis AHUI/AFT/AGT/AAS/GRH ;
- les frères, soeurs et amis Arnaud AZINNONGBE, Eric OKE. WOUOROU Françoise.

LISTE DES SIGLES

BGE :	Budget Général de l'Etat
C/SAAE :	Chef Service des Affaires Administratives et Economiques
C/SAF :	Chef Service des Affaires Financières
CDTS/BA :	Centre Départemental de Transfusion Sanguine du Borgou et de l'Alibori
CG :	Conseil de Gestion
CHS :	Commission d'Hygiène et de Sécurité
CMC :	Commission Médicale Consultative
CODIR :	Comité de Direction
DDS/BA :	Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori
DGAP :	Division Gestion Administrative et du Personnel
DGMS :	Division Gestion des Malades et Statistiques
DH :	Direction de l'Hôpital
DME :	Division Maintenance et d'Entretien des Equipements
FSA :	Formations Sanitaires Assimilées
HZ-K :	Hôpital de Zone de Kandi
IG :	Infirmier Général
MS :	Ministère de la Santé
PAF :	Particulier à leur frais
PCG :	Plan Comptable Général
PIP :	Programme d'Investissement Public
Ps :	Problèmes spécifiques
PTA :	Plan de Travail Annuel
SIGFiP :	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
TBE :	Tableau de Bord de l'Etude
TSE :	Tableau de Synthèse de l'Etude

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 :	Point des engins à deux roues	12
Tableau n° 2 :	Point des engins à quatre roues	13
Tableau n° 3 :	Subvention de l'Etat par rapport au budget de l'HZK	19
Tableau n° 4 :	Regroupement par centre d'intérêt des problèmes spécifiques	30
Tableau n° 5 :	Synthèse des approches génériques	36
Tableau n° 6 :	Tableau de Bord de l'Etude (TBE)	47
Tableau n° 7 :	Tableau comparatif des recettes aux dépenses	61
Tableau n° 8 :	Tableau comparatif des dépenses	61
Tableau n° 9 :	Tableau comparatif des recettes	62
Tableau n°10 :	Tableau des équilibres budgétaires	62
Tableau n°11 :	Evolution du taux d'exécution du budget	63
Tableau n°12 :	Evolution des recettes	63
Tableau n°13 :	Evolution des dépenses	64
Tableau n°14 :	Evolution des ratios	65
Tableau n°15 :	Tableau de Synthèse de l'Etude (TSE)	80

GLOSSAIRE DE L'ETUDE

Budget Général

de l'Etat (BGE) : -L'expression chiffrée des objectifs d'un programme annuel d'actions de l'Exécutif se traduisant en charges publiques, des ressources à mobiliser et à mettre en œuvre pour atteindre lesdits objectifs. On dit que le BGE est un acte de prévision et d'autorisation. J. DJOSSOU (2012), Cours non édité « **PRATIQUES BUDGETAIRES ET COMPTABLES DES SERVICES PUBLICS** » ENAM/UAC

Budget :

- le budget est l'ensemble des comptes décrivant les ressources et charges de l'Etat, des collectivités ou établissements publics, pour un exercice annuel. Au sens du dictionnaire Larousse (2006),
- C'est aussi un acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles de l'Etat ou des autres organismes publics. F. GUINIKOUKOU, IGF, (2001) « **LEXIQUE BUDGETAIRE** », Cotonou, *le Succès*, P.13

Crédits budgétaires :

Dotations inscrites au budget d'une collectivité et déterminant la limite des dépenses qu'un ordonnateur est autorisé à faire pendant une année donnée et pour un objet déterminé. F. GUINIKOUKOU, IGF, (2001) « **LEXIQUE BUDGETAIRE** », Cotonou, *le Succès*, P.13

La délégation de compétence :

Opération par laquelle une personne (le délégant) invite une autre personne (le délégué) à payer en son nom une dette à un tiers (le délégataire). Dr.civ ; Dalloz, « **Lexique des termes juridiques** » ; 14^e édition ; P.196.

Marchés publics : Contrats écrits conclus par l'Etat, les collectivités locales et leurs établissements publics administratifs avec des personnes publiques ou privées en vue de la réalisation de travaux ou de la fourniture de biens ou de services. Ils sont assujettis à des règles précises de forme et de fond, en vue d'assurer le respect des principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures. Dr.adm ; Dalloz, « **Lexique des termes juridiques** » ; 14^e édition ; P.369.

RESUME

Le fonctionnement régulier de toute structure repose sur l'efficacité du système de gestion budgétaire mis en place par elle. C'est ainsi qu'à l'échelle nationale, l'Etat à travers le Budget Général, satisfait les besoins de la population par le truchement des ministères sectoriels. Pour permettre d'atteindre les objectifs du gouvernement le Ministère de la santé utilise deux moyens à savoir le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) et le programme d'investissement public (PIP). C'est ainsi que les hôpitaux de zone qui desservent les populations à la périphérie, bénéficient des subventions de l'Etat pour combler le déficit créé entre le prix des prestations et le tarif imposé par l'autorité.

L'exécution par palier d'un tel programme fait appel à une technique qui doit absolument subir d'évolution. C'est pourquoi, soucieux de mieux comprendre le système de fonctionnement des outils qui permettent de gérer le budget des hôpitaux de zone, nous nous sommes intéressé à la fin de notre formation, à l'hôpital de zone de Kandi pour la mise en pratique des connaissances acquises à l'ENAM, second cycle.

A la suite de nos recherches nous avons pu noter des points forts et des points faibles. Ces point faibles ont été transformés en problèmes spécifiques regroupés par centre d'intérêt, traduit en problème général pour ensuite devenir des problématiques à résoudre. Des trois problématiques relevées nous en avons retenu une pour notre étude à travers le thème « Evaluation du système de gestion budgétaire des hôpitaux de zone au Bénin : Cas de l'hôpital de zone de Kandi ».

De la démarche adoptée, nous avons pu analyser sur les quatre dernières années budgétaires successives le système mise en place pour l'élaboration et l'exécution du budget conformément aux règles établies par l'autorité législative.

Dans le cadre des approches de solutions aux insuffisances constatées, des recommandations ont été formulées à l'endroit des Autorités de l'Hôpital et du ministère de la santé.

SOMMAIRE

Introduction générale

Chapitre premier : Cadre institutionnel de l'étude, observations de stage et ciblage de la problématique.

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

Paragraphe 1 : Présentation générale de l'hôpital de zone de Kandi.

Paragraphe 2 : Les observations de stage.

Section 2 : Ciblage de la problématique.

Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique.

Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.

Chapitre deuxième : Du cadre théorique de l'étude aux conditions de mise en œuvre des solutions.

Section 1 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude.

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

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie.

Section 2 : Des enquêtes de vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions.

Paragraphe 1 : Enquêtes et vérification des hypothèses.

Paragraphe 2 : Approche de solutions et conditions de leur mise en œuvre.

Conclusion générale

Bibliographie

Annexes

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE

La santé n'est pas un bien comme les autres. Elle est un droit dont l'Etat résidant est débiteur.

La logique de l'Etat providence avait ainsi amené la plupart des Etats des pays en Afrique sub-saharienne à prendre en charge directement, le financement des activités des services de santé. Mais vers la fin des années 1980, avec la récession économique, les politiques d'ajustement structurel, et face à l'accroissement rapide des populations, ces Etats ont adopté de nouvelles mesures à la faveur de l'Initiative de Bamako de juin 1987 partie de Pahou en République du Bénin. Cette Initiative consacre la participation communautaire comme principe de base pouvant amener la population à prendre en charge, à titre de contribution une partie du coût des prestations offertes à elle, par les formations sanitaires. La question d'accès aux soins de santé pour tous, a tellement été une des obsessions de nos gouvernants qu'en 1986, le Bénin a entamé avant même la déclaration de l'Initiative de Bamako, la mise en œuvre de cette option à l'échelle nationale en autorisant par décret n° 88-444 du 18 Novembre 1986 portant autorisation de vente des médicaments essentiels et rétention des recettes des formations sanitaires en leur sein. C'est fort de cela que par le truchement du budget général de l'Etat (BGE) le ministère à charge de la santé reçoit des ressources financières sous forme de crédits délégués pouvant lui permettre de satisfaire cette exigence.

Excellent instrument de politique économique, sociale et de gestion, le budget est le seul outil, malgré tous les aléas, qui permet aussi bien à l'Etat qu'aux structures déconcentrés d'élaborer des prévisions en recettes, dépenses et investissement, d'opérer des choix et d'établir des priorités au bénéfice de la satisfaction de l'intérêt général.

L'exploitation d'un tel document qu'est le budget, chaque année civile, pour mettre en œuvre depuis vingt sept ans une stratégie d'une telle envergure, mérite de se poser des questions suivantes :

- les étapes et techniques de son élaboration sont elles respectées ?
- les procédures de l'exécution du budget sont elles conformes aux normes établies ?

- Comment le mécanisme de suivi et de contrôle de l'utilisation des crédits se porte-il s'il en existe un ?
- Si oui, pourquoi, depuis les quatre dernières années choisies pour notre étude, assistons-nous aux faibles taux de consommation des crédits délégués par le BGE ?
- A quoi sont dus les faibles taux de rentabilité ?

Ce sont là autant de préoccupations qui nous ont amené à orienter notre étude sur le thème « **Evaluation du système de gestion budgétaire des Hôpitaux de zone au Bénin : Cas de l'Hôpital de zone de Kandi** ».

L'objet de cette étude consiste à diagnostiquer les problèmes qui minent l'efficacité de la pratique budgétaire dans nos administrations en général et à l'Hôpital de zone de Kandi en particulier. Un examen approfondi des données théoriques comparées aux données empiriques nous permettront d'indiquer des solutions aux insuffisances constatées. Pour ce faire, la présente étude va se focaliser sur deux dimensions :

- La première abordera, le cadre institutionnel de l'étude, les observations de stage et le ciblage de la problématique ;
- La seconde, fixera le cadre théorique de l'étude et les conditions de mise en œuvre des solutions.

CHAPITRE PREMIER :
CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE,
OBSERVATIONS DE STAGE ET CIBLAGE
DE LA PROBLEMATIQUE

Dans ce chapitre, nous présenterons d'une part, la structure de stage, restituerons les observations et constats qui ont retenu notre attention à l'hôpital de zone de Kandi. A l'issue, nous identifierons les forces et les faiblesses en vue de retenir une problématique qui nous permettra d'apporter notre part de contribution à sa résolution.

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

Cette section est consacrée d'une part à la présentation de l'hôpital de façon générale et à la restitution d'autre part, des mécanismes liés à la réalisation de ses activités budgétaires.

Paragraphe 1 : Présentation générale de l'HZ-Kandi

Nous aborderons d'abord dans ce paragraphe, l'historique et les missions de l'Hôpital, ensuite nous présenterons sa structure organisationnelle.

I-Historique de l'HZ/Kandi

L'Hôpital de Zone de Kandi est un établissement sanitaire public à caractère social, doté de la personnalité morale et jouissant de l'autonomie de gestion. Il est placé sous la double tutelle technique et administrative du Ministère de la Santé conformément au décret n° 90-347 du 14 Novembre 1990 portant statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires assimilées.

Centre de Santé Médicale dans les années 1910, son ère de référence s'étendait de Sinendé en République du Dahomey (actuelle République du Bénin) à Dosso (Niger) en passant par l'Ile de l'été. Il comprenait la maternité, le dispensaire et un bloc opératoire. En 1975, il est devenu Centre de Santé du

District de Kandi. De 1975 à 1998, il a reçu plusieurs missions médicales chinoises successives composées de divers spécialistes (Chirurgiens, Gynécologues et autres). Ces missions ont contribué au rayonnement de ce Centre. Entre 1987 et 1988, la construction d'une nouvelle maternité et d'un nouveau bloc opératoire a été réalisée avec le concours du Père ERHEL.

En 1998, ce Centre de Santé de Commune Urbaine est devenu hôpital de zone, à la faveur de la réorganisation de la pyramide sanitaire du Bénin par décrets N° 98-300 du 20 juillet 1998 et 2005-611 du 28 septembre 2005.

L'insuffisance et la dégradation de ses infrastructures et équipements médico-techniques ont amené la coopération bénino-allemande à procéder à sa réhabilitation. De type pavillonnaire, l'hôpital ainsi réhabilité comportait quatorze bâtiments et a été inauguré le 14 août 2004.

D'une superficie de 13 hectares et d'une accessibilité relativement facile, l'Hôpital de Zone est implanté dans la commune de Kandi et a pour mission d'être le centre de référence de la zone sanitaire Kandi-Gogounou-Ségbana. L'Hôpital de Zone de Kandi se situe sensiblement à égale distance entre les communes de Malanville (105 km), de Ségbana (102 km), de Karimama (130 km), et de Banikoara (80 km), sauf la commune de Gogounou qui est un peu plus proche (35 km).

Il est officiellement représenté par les communes de Kandi, de Gogounou et de Ségbana. En réalité, environ 60 % des usagers vivent dans un rayon de 5 Km de Kandi. Mais, cette population n'est pas la seule utilisatrice des services de l'Hôpital. Les populations des zones sanitaires voisines, les passagers de la voie Inter-état Bénin-Niger et autres étrangers utilisent également les services de l'hôpital dans une proportion non négligeable pouvant aller à 30%.

Enfin l'avènement de l'Ecole de Médecine de Parakou, fait de l'HZ Kandi un espace Hospitalo-universitaire. Il doit désormais faire face à trois missions

essentielles.

II- Missions

Tenant compte de ses nouvelles dimensions, l'Hôpital de zone Kandi est appelé à faire face à trois missions capitales à savoir : soigner, former et servir de cadre pour les recherches appliquées.

✓ Mission de soigner

Il s'agit de donner des soins de qualité à la population au niveau périphérique dans les meilleures conditions. De ce fait il est chargé entre autres :

- d'assurer spontanément l'accueil des malades ;
- de prendre en charge les indigents ;
- de prendre en charge gratuitement les enfants de 0 à 5 ans malades de paludisme ;
- de prendre en charge gratuitement les césariennes chez les femmes enceintes qui ne peuvent pas accoucher par voie basse ;
- d'assurer les soins de qualité aux patients ;
- d'intensifier les stratégies visant à la promotion de la prévention des maladies ;
- d'assurer l'éducation sanitaire de base et la santé pour tous.

✓ Mission de former

Former les étudiants de la Faculté de Médecine de l'Université de Parakou et autres étudiants paramédicaux.

✓ Mission de recherche

L'HZK en tant que espace universitaire, contribue aux recherches appliquées que les étudiants admis pour le stage auraient sollicitées.

Autant de missions assignées à l'hôpital dont l'exécution nécessite la synergie d'action entre les acteurs qui sont : le directeur de l'hôpital, les cadres de santé, le Ministre de la santé, les usagers et les partenaires au développement

d'une part et les ressources disponibles d'autre part.

III : Organisation et fonctionnement

L'organisation administrative, technique et institutionnelle de l'Hôpital de Zone repose sur deux textes fondamentaux :

- le décret 90-347 du 14 Novembre 1990 portant statuts des CHD et Formations Sanitaires Assimilées ;
- le décret N° 2002-011 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des Hôpitaux de Zone en République du Bénin,

Selon les termes de ces différents textes, l'hôpital de zone de Kandi dispose d'un organe de décision qu'est le conseil de gestion, des organes consultatifs et d'un organe exécutif et ses services.

3.1- Organe de décision

Le conseil de gestion : C'est l'organe délibérant. Le conseil de gestion est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'HZ. Il intervient en matière de décision et de grandes orientations de l'hôpital, de signature de convention, de collaboration, de création, d'intégration et de fermeture des services techniques au sein de l'HZ. Il organise aussi le suivi et l'évaluation du plan de travail annuel et celui du plan triennal de développement. Il décide également de l'opportunité d'audit interne ou externe. Le Conseil de gestion se réunit en session ordinaire au minimum deux fois par an et en session extraordinaire chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Il est composé des membres suivants :

- le Directeur Départemental de la Santé ;
- la Directeur de l'HZ de Kandi ;
- le Coordonnateur de la zone sanitaire ;

- les Représentants des ONG secteur santé ;
- deux (2) Représentants du personnel ;
- un (1) représentant du secteur privé social ;
- un (1) représentant du COGES HZ Kandi.

3.2-Organes consultatifs

3.2.1-Le Comité de Direction : c'est un organe consultatif obligatoire pour l'administration de l'hôpital. Il est présidé par le directeur de l'hôpital et le chef des services médico-techniques en est le vice-président. Le comité peut faire appel à toute personne dont la compétence est jugée nécessaire pour donner des avis. Il est consulté pour les décisions telles que l'élaboration du budget, la détermination de la politique générale du centre et statue sur toutes les affaires que le directeur lui soumet. Il se réunit une fois par mois en session ordinaire. Il peut également se réunir à la demande du directeur ou à la majorité absolue de ses membres.

3.2.2-La Commission Médicale Consultative: elle donne son avis sur les principales affaires concernant la gestion médicale et technique de Hôpital tant pour le personnel que pour l'équipement. Elle est obligatoirement consultée pour l'aménagement et la répartition des services techniques, les grosses répartitions, l'achat et la distribution des matériels et des médicaments. Le directeur du centre assiste à ses délibérations avec voix consultative.

3.2.3-La Commission d'Hygiène et de Sécurité : Le comité s'occupe des questions relatives à l'hygiène, à la gestion des déchets produits en milieu hospitalier, à la salubrité et à la sécurité. Il est composé de l'infirmier général, du responsable de service d'hygiène et d'un représentant par service. Le CHS se réunit en session ordinaire une fois par trimestre puis en session extraordinaire en cas de nécessité.

3.3-Organe exécutif

3.3.1-Direction de l'hôpital : L'HZK est dirigé par un directeur qui assure l'exécution des décisions adoptées par le Conseil de gestion à qui il rend compte. Le directeur assiste avec voix consultative aux délibérations du conseil de gestion.

-Il est l'ordonnateur du budget de l'Hôpital et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses ;

-Il a autorité sur tous les agents employés à l'hôpital. Il les note et procède au besoin à leur affectation ou à leur mutation internes ;

-Il représente l'hôpital devant les juridictions ;

-Il coordonne les activités ;

-Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs au Chef Service des Affaires Administratives et Economiques ou à celui des Affaires Financières ;

3.3.2-Les services de l'Hôpital de zone de Kandi

Il existe trois grands services à savoir : les Services Médico-Techniques, le Service des affaires financières, le Service des affaires administratives et Economiques.

3.3.2.1-Le Service des Affaires Administratives et Economiques

Il est chargé de la facturation des droits de l'hôpital de zone ; la gestion administrative et du personnel ; la tenue de la comptabilité matière ; la gestion des malades et des statistiques ; la maintenance et l'entretien.

3.3.2.2-Le Service des Affaires Financières (SAF)

Le SAF est un service chargé de l'élaboration du budget ; la tenue des comptabilités générale et analytique ; recouvrement des recettes ; paiement des dépenses ; opérations de banque ; l'informatique ; la gestion des régies d'avance et de recettes.

3.3.2.3-Le Service de l'Infirmier Général

Il est chargé du suivi des services de soins ; du suivi de la bonne exécution des soins prescrits ; du suivi des autres agents soignants et auxiliaires ; de la police au sein de l'hôpital ; de la formation continue ; de la coordination des relations techniques du personnel soignant et auxiliaire.

3.3.2.4-Les Services médicaux et médico-techniques

Ils se composent des sections de médecine interne ; de pédiatrie ; de gynécologie- obstétrique ; d'exploration diagnostique ; de pharmacie ; de ophtalmologie ; de stomatologie ; de kinésithérapie ; de chirurgie et des urgences.

IV-Les Ressources :

L'Hôpital de zone de Kandi dispose de ressources aussi bien humaines, matérielles qu'infrastructurelle.

4.1-Les ressources humaines

L'hôpital de zone de Kandi, pour faire face aux nombreux défis sanitaires de la zone, dispose d'un effectif de quatre vingt douze agents, contre 101 en 2012, répartis comme ci-après: Personnel médical : 07 ; Personnel paramédical : 59 et le personnel administratif et de soutien : 26. Des 92 agents on compte 71 APE/ACE, 20 FC/MS et 01 CL. Au total 49 agents sexes masculins et 43 féminins

4.2-Ressources matérielles et infrastructures

Les locaux de l'hôpital de zone de Kandi sont organisés en trois secteurs:

Le premier secteur ou secteur externe est composé du bureau des entrées, du bâtiment administratif et des soins externes.

Le deuxième, qualifié de secteur hospitalier est de type pavillonnaire et

regroupe le bloc opératoire, les bâtiments d'hospitalisation de la maternité, de la pédiatrie, de la médecine, de la chirurgie et la réanimation.

Le troisième secteur est celui des dépendances techniques. Il est constitué de la morgue, de l'atelier de maintenance, du local électrique, du château d'eau, de la buanderie, du magasin central de divers produits, de la cantine et des logements des accompagnants.

4.2.1-Capacité Hospitalière

87 lits fonctionnels répartis comme suit, permettent à l'hôpital d'accueillir les patients de toutes catégories confondues.

- 25 en chirurgie ;
- 23 à la Maternité ;
- 18 en Médecine ;
- 21 en pédiatrie.

4.2.2-Equipements médicaux-techniques

Les équipements médicaux-techniques existants sont :

- 01 chaine d'électrophorèse ;
- 01 spectrophotomètre ;
- 01 concentrateur d'oxygène ;
- 01 table d'anesthésie ;
- 01 table de gynécologie ;
- 01 Fauteuil dentaire.

Tous ces équipements sont en bon état et fonctionnels.

4.2.3-Matériel roulant

Le parc automobile est constitué de:

➤ **Engins à deux roues**

Tableau n°1 : Inventaire des engins à deux roues

N°	Désignation	Année d'acquisition	Source de financement	Etat	Fonctionnalité
1	Moto Y AMAHA 100	2004	GTZ-SSP	Passable	Fonctionnelle
2	Moto SKYGO	2009	Fonds propres	Passable	Fonctionnelle
3	Moto cross Y100	2007	UNICEF	Bon	Fonctionnelle
4	Moto YAMAHA brillant riding	2011	Fonds mondial	Bon	Fonctionnelle

Source: SAAE/ HZ-Kandi

➤ *Engins à quatre roues*

Tableau n°2 : Point des engins à quatre roues

N° Ordre	Désignation	Année D'acquisition	Source Financement	Etat	Fonctionnalité
1	Ambulance NISSAN 5950 RB	2004	GTZ	Passable	Fonctionnel
2	Ambulance NISSAN A7212 RB	2002	BN	Passable	Fonctionnel
3	Véhicule AE2419RB	2004	GTZ-SSP	Passable	Fonctionnel
4	Véhicule 504 Bâché Y1205RB	2000	Financement communautaire	Mauvais	Non fonctionnel
5	Ambulance TATA IPR 6883 RB	2011	Passable	Don du Gouverne ment de l'Inde	Fonctionnelle

Source: SAAE/ HZ-Kandi

4.3-Les spécialités médicales

L 'Hôpital mène en grande partie des activités de soins curatifs et dans une moindre mesure des activités de prévention. Au nombre des, activités de soins curatifs, nous pouvons citer: les consultations, les hospitalisations, les interventions chirurgicales et obstétricales suivis de soins infirmiers, les activités de laboratoire, d'imagerie médicale et autres activités médico-techniques.

Il est important de signaler le démarrage effectif des activités du service de kinésithérapie, avec le recrutement d'un kinésithérapeute sur les fonds propres de l'hôpital.

Présentation des services d'accueil

A- Le service des Affaires Administratives et Economique (SAAE)

Il comprend :

a) La section de la facturation

Elle s'occupe de l'établissement des factures constatant les droits de l'hôpital vis-à-vis des sociétés et de l'Etat;

b) La section de la gestion administrative et du personnel

Elle a la charge de la gestion administrative et celle du personnel.

c) La section de la comptabilité matière

Elle est tenue par le C/SAAE, avec l'aide d'un agent d'entretien converti en magasinier.

d) La section gestion des malades et statistiques

Celle-ci gère le mouvement des patients de tous les pavillons d'hospitalisation, délivre des actes et fournit les renseignements dont les patients ont besoin. Le statisticien élabore les statistiques sur la base des informations sur pièces fournies par les chefs services médico-techniques.

e) La section maintenance et entretien:

Elle est essentiellement chargée de la maintenance préventive ou curative et de l'entretien périodique des appareils et autres matériels de l'hôpital.

B-Le Service des Affaires Financières (SAF)

Le SAF comprend:

a)La Division de la Comptabilité, du Budget et de l'Informatique

Elle comporte deux sections à savoir:

- **la section de la comptabilité générale et analytique**

Elle s'occupe de la saisie, du remplissage, des travaux d'imputation et de la conservation des pièces comptables. Elle établit les balances périodiques des comptes, de même que les états financiers annuels. Elle met en œuvre toute action destinée à la mise en place et au suivi d'une comptabilité analytique pour l'Hôpital; **Malheureusement celle-ci n'a pas encore connu sa phase de réalisation.**

- **la section du Budget et de l'Informatique**

Elle est chargée de la préparation des éléments d'élaboration et du suivi du budget. Elle contrôle l'existence et l'approvisionnement des lignes budgétaires lors des opérations de dépenses.

b)La Division de Recouvrement des Recettes et des Opérations Bancaires

Elle comporte également deux sections :

- **la section du recouvrement des recettes**

Elle s'assure du paiement des droits de l'Hôpital par les bénéficiaires de ses prestations tels que les organismes et toutes autres institutions débitrices; A ce niveau **des créances restent non recouvrées.**

- **la section des opérations bancaires**

Elle prépare les chèques, carnets et autres documents bancaires en vue des retraits, virements, paiements et versements au niveau des institutions financières.

Paragraphe 2: Les observations de stage

L'objectif de notre stage à l'Hôpital de zone de Kandi est de :

- mettre en pratique les divers enseignements théoriques reçus au cours de la formation;

- développer notre aptitude à animer une équipe ;

- développer notre capacité à poser un diagnostic aux problèmes qui minent le fonctionnement normal d'un hôpital ou de toute autre entreprise publique et cultiver notre aptitude à résoudre les causes qui en sont à la base.

Pour ce faire et tenant compte du thème, nous avons travaillé successivement au Service des Affaires Administratives et Economiques, et au Service des Affaires Financières.

Nos investigations sont sanctionnées dans ce même cadre par la restitution des constats faits essentiellement dans la mise en œuvre de la pratique budgétaire dans l'hôpital.

I-Au Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE).

Nos activités ont été consacrées beaucoup plus à :

- la procédure d'élaboration et le vote du budget conformément aux principes généraux qui les régissent en la matière ;
- l'exécution des dépenses et la tenue du compte administratif.

1.1-La procédure d'élaboration et vote du budget

❖ Elaboration du budget de l'hôpital de zone de Kandi

L'établissement du budget de l'hôpital comporte essentiellement deux phases :

- La phase de préparation du projet de budget ;
- La phase de vote du budget par le conseil de gestion.

A ce sujet nous pouvons nous poser les questions suivantes : comment s'élabore ce projet de budget et dans quel délai doit-il être disponible ?

✓ **Préparation du projet de budget de l'HZ-Kandi**

-Le Directeur de l'hôpital organise une première séance budgétaire au cours de la 2ème semaine du mois de septembre en vue de définir à chaque service les objectifs spécifiques ou sectoriels à atteindre pour l'année à venir.

Suite à cette séance, il envoie au cours de la 1^{er} semaine du mois d'Octobre, une correspondance (avec en annexe le cadre logique du budget pour les dépenses à moyen terme) aux chefs services, leur demandant de décliner en action, conformément aux axes stratégiques du développement du ministère de la santé, les besoins à satisfaire pour l'année visée. La synthèse de ce travail qui se fait par service débouche sur l'élaboration du Plan de Travail Annuel (PTA). **Ce qui nous permet de dire que l'élaboration du budget à l'HZK a un caractère participatif.**

Par la même occasion le point de neuf mois d'exécution du budget en cours d'exécution est transmis aux chefs de services. Ce qui leur permet d'affiner les prévisions en recettes et en dépenses au titre de l'année suivante. **Ce qui implique alors que les services se servent des réalisations antérieures pour établir le budget de l'année à venir.**

Ces propositions devraient parvenir au Directeur de l'hôpital au plus tard le 15 octobre 2013. **Ce délai n'a pas été respecté.**

Les propositions sont affectées au C/SAF pour centralisation et compilation. Ce dernier élabore au cours de la 1^{re} semaine du mois de novembre l'avant projet de budget de l'hôpital.

Il est procédé ensuite en Comité de direction à l'arbitrage du projet de budget à soumettre au Conseil de Gestion.

❖ Vote du budget par le conseil de gestion

Conformément aux dispositions du décret n° 2002-011 du 13 mars 2002 portant approbation des statuts des Hôpitaux de zone en République du Bénin, le Directeur de l'hôpital transmet le projet de budget aux membres du Conseil de Gestion 15 jours avant la date prévue, pour la tenue de la session. Au cours de la session, les membres du conseil de gestion procède au vote du budget. Ce vote consiste à analyser les données, amender et apprécier ligne par ligne les données contenus dans le document de budget. Ces différentes actions débouchent sur l'adoption du projet de budget en l'état ou sous réserve de la prise en compte des amendements formulés sur la forme et le fond.

Après ce vote, le budget est transmis à la DDS du Borgou et de l'Alibori pour son approbation.

Cette étape est suivie de la mise à la disposition des chefs de services du budget. **Certes, les budgets selon nos constats sont votés avant le 31 décembre, mais il est important de signaler une insuffisance de personnel qualifié pour aider le C/SAAE et le C/SAF dans leurs tâches.**

✓ Contenu du budget de l'hôpital de zone de Kandi

Les recettes

Les recettes sont issues du financement communautaire, des crédits délégués et des financements extérieurs.

▪ Les financements communautaires

Le financement communautaire ou ressources propres regroupent les recettes résultant des activités de l'hôpital de zone.

Ce sont :

- la vente des médicaments sous nom générique ;
- la vente des carnets de soins médicaux ;

- les frais de consultations internes ;
- les frais d'accouchement ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les actes de laboratoire ;
- l'imagerie médicale ;
- les consultations en ophtalmologie ;
- les consultations en stomatologie ;
- les actes de kinésithérapie ;
- les autres prestations (actes médicaux et chirurgicaux, ambulance).

▪ **Les crédits délégués**

Tableau n° 3 : Subvention de l'Etat par rapport au budget de l'HZK

Année	Subvention de L'Etat a l'HZK	Budget général de L'HZK	Taux
2009	162.648.180	741.397.182	21,94
2010	158.403.000	447.106.108	35,43
2011	157.629.000	453.202.496	34,78
2012	158.403.000	482.728.495	32,81

Source : Nous-mêmes

De l'analyse de ce tableau, il ressort que la dotation de l'Etat représente en moyenne 31,24% pour l'HZ-Kandi. **Il faut signaler que cette dotation de l'Etat n'intervient pas souvent à temps, en raison de la lenteur observée dans la mise en place des crédits. Après la mise place, une autre lenteur est aussi observée au niveau du bureau de zone et la Perception. A tout cela s'ajoute les difficultés de connexion du SIGFiP départemental.**

▪ **Le financement extérieur**

L'HZK reçoit également des aides financières provenant de la mairie et des autres partenaires techniques et financiers comme GTZ-SSP.

Les charges

Les ressources recouvrées par l'HZK lui permettent de financer deux sortes de charges. Il s'agit des charges de fonctionnement et d'investissement.

▪ Les charges de fonctionnement

Les dépenses de fonctionnement de l'HZK sont celles nécessaires à l'exercice de ses activités. A la fin de chaque mois des dépenses relatives à la rémunération de personnel, en intrant de restauration, en fournitures de bureau et d'entretien, en consommables médicaux, en transports et achat de médicaments sont effectuées sur fonds propres de l'hôpital en attendant la dotation de l'Etat.

▪ Les charges d'investissement

Elles comprennent :

- La construction des bâtiments socio-administratifs ;
- Acquisition du matériel roulant ;
- Equipements en matériel médico-technique et en mobiliers.

1.2-Exécution du budget et la tenue du compte administratif

Elle relève de la compétence du Directeur et du C/SAAE. L'exécution du budget de l'hôpital se situe à deux niveaux : l'exécution des recettes et l'exécution des charges.

❖ Exécution du budget

Exécution des recettes

- #### ▪ Procédure d'exécution des recettes issues du financement communautaire
- La mobilisation des ressources propres se fait grâce à l'utilisation du logiciel Perfecto ;

- Les encaissements de fonds sont effectués par le caissier contre un reçu (quittance) avant toute prestation ;
- Le C/SAF vérifie, au jour le jour la concordance entre les montants des prestations fournies et les recettes déclarées par le caissier. Il effectue ce rapprochement par comparaison des données figurant d'une part sur les différents documents et registres et d'autre part sur les justifications des encaissements;
- Le C/SAF enregistre dans le livre de caisse les recettes ;
- A la fin de chaque mois, le C/SAF arrêtent et vérifient le livre de caisse. Toutefois, il fait des vérifications inopinées au cours du mois;
- Les recettes sont reversées en compte à la Banque par le C/SAF au jour le jour quelque soit le montant.

▪ **Procédure d'exécution des recettes issues des crédits délégués**

Les crédits délégués sont les dotations du budget de l'Etat allouées pour le fonctionnement et l'équipement des formations sanitaires. La procédure de gestion se présente comme suit :

- Notification par la Direction chargée des ressources financières du Ministère de la Santé à l'hôpital de zone, des crédits qui lui sont affectés dans le cadre de l'exécution du BGE ; **La notification est faite avec retard.**
- Expression des besoins par le Directeur de l'hôpital en respectant la dotation budgétaire ; **L'expression de besoin est faite dès notification.**
- Transmission de la demande au bureau de zone pour engager la procédure d'achat ; **Le coordonnateur regroupe tous les besoins de la zone avant la commande ;**
- Récupération par le C/SAAE au bureau de coordination des dotations acquises pour le compte de l'hôpital.

On note à ce niveau une lourdeur procédurale nuisible au fonctionnement de l'hôpital.

▪ **Procédure d'exécution des recettes issues des financements extérieurs**

Ce sont des aides financières accordées par la Mairie et autres partenaires extérieurs à l'hôpital de zone. Elles sont réceptionnées par les autorités de l'hôpital.

Exécution des dépenses

Les décaissements à effectuer dans l'hôpital de zone concernent :

- Achat (approvisionnement en médicaments);
- Achat de petits matériels et consommables ;
- Energie (eau et combustibles) ;
- Achat de fournitures de bureau, produits d'entretien et pièces de rechange ;
- Dépense de transport et déplacements ;
- Salaires pour le personnel émargeant sur le budget de l'hôpital de zone.

A l'exception des salaires, la procédure de décaissement varie suivant le montant de la dépense.

▪ **Dépenses de montant supérieur ou égal à 25000 FCFA**

La procédure comporte les étapes suivantes :

- Expression du besoin par le chef de service demandeur à transmettre au C/SAAE ;
- Approbation de la demande par le Directeur de l'hôpital ;
- Vérification par le C/SAAE de l'existence de disponibilité budgétaire ;
- Consultation par le C/SAAE, des fournisseurs en vue d'obtenir trois factures pro-forma ;
- Etablissement de bon de commande par le C/SAAE et signé par le Directeur ;
- Le fournisseur délivre une facture définitive pour matérialiser la vente ;

- La réception du bien est matérialisée par un bordereau de livraison et un procès verbal de réception établis respectivement par le fournisseur et la commission de réception créée à cet effet.

Le procès-verbal de réception est nécessaire pour les dépenses supérieures à 100.000 FCFA. Il doit être cosigné par un membre du Conseil de Gestion pour les achats très importants ou nécessitant un traitement particulier.

Si la dépense concerne une prestation de service, la facture est transmise au C/SAAE pour confirmation en y apposant la mention « Service fait, lesuivi de la date et signature ».

- **Dépenses de montant inférieur ou égal à 25.000 FCFA (Caisse Menues Dépenses)**

Cette procédure comporte les étapes suivantes :

- Expression du besoin par le service utilisateur ;
- Etablissement d'un état de paiement par le caissier. L'état de paiement est présenté au C/SAAE et au Directeur de l'hôpital avant le décaissement ;
- Les achats sont justifiés par des reçus.

II- Au Service des Affaires Financières(SAF)

La comptabilité de l'hôpital de zone est tenue suivant les principes et normes internationales intégrés dans le SYSCOHADA. Elle est assurée par le C/SAF qui est l'agent comptable de l'hôpital. Cette comptabilité avant 2007, se faisait par une simple garde d'un cahier de recettes et dépenses journalières. Ce n'est qu'après 2007 qu'elle suit un ensemble de procédures conformes à la nomenclature des comptes du plan comptable SYSCOHADA.

2.1- Comptabilisation des opérations

❖ Procédure de comptabilisation des opérations

Avant 2007, la comptabilité en vigueur à l'hôpital de zone est celle dite journalière ou la C/SAF garde un cahier de recettes et de dépenses journalières.

A partir de 2008 la procédure va connaître d'énormes changements. Les opérations comptables devront désormais se conformer aux normes SYSCOHADA. Ainsi chaque jour il fait face aux activités ci-après :

Le C/SAF, après le contrôle de conformité entre les encaissements déclarés par le caissier de garde, le montant de la sommation du brouillard par rapport aux imputations, procède à la saisie à l'informatique des imputations comptables et imprime le brouillard de caisse.

Sur la base du solde indiqué par le brouillard, le C/SAF fait le versement en intégralité, à la banque, chaque jour, les recettes issues des prestations de service et de la vente des médicaments.

A la fin du mois, il fait la synthèse des recettes par rapport aux versements effectués.

▪ **Les écritures comptables**

Les opérations d'enregistrement subissent d'imputation au niveau du service des affaires financières de l'hôpital. Ici l'hôpital utilise un logiciel appelé PERFECTO lui permettant de connaître à tout moment le solde de chaque compte. Le logiciel est conçu de manière à ce qu'on introduise pour chaque compte les opérations effectuées chaque jour. Les opérations effectuées par la perception au profit de l'hôpital sont enregistrées dans les comptes appropriés.

Les dépenses sont inscrites, à titre d'exemple, au débit du compte 604... ou 605... par le crédit de 401(fournisseur) ou un compte de trésorerie (52 ou 57) pour les achats stockés de matières et autres produits ou autres achats. Au débit 33... (Autres approvisionnement) par le crédit de 6033(variation de stocks d'autres approvisionnements) en ce qui concerne les entrées en stocks.

Les recettes sont enregistrées au débit du compte 411(client) ou un compte de trésorerie(52 ou 57) par le crédit de 701... à 707... en ce qui concerne les ventes de médicaments et les prestations de service.

▪ **Contrôle de l'exécution du budget de l'hôpital de zone de Kandi**

Différentes sortes de contrôle s'effectuent à divers niveaux en vue d'apprécier la gestion budgétaire de l'hôpital.

- **Le contrôle a priori**

Ce contrôle est exercé par le C/SAAE qui vérifie la conformité des actes d'engagement de l'ordonnateur aux droits applicables. Ainsi, il s'assure que la phase administrative d'une dépense est effectuée en respectant les prescriptions juridiques.

- **Le contrôle a posteriori**

Le contrôle de l'exécution budgétaire permet à la Direction de l'hôpital et au C/SAF de s'assurer que toutes les recettes et dépenses sont exécutées conformément au budget approuvé. Ce contrôle assure une gestion rationnelle des structures de santé. Ce contrôle est assuré suivant deux approches par le C/SAF de l'hôpital.

Description de la procédure

- Le C/SAF de l'hôpital élabore suivant un canevas le rapport mensuel financier. Le rapport comprend les mêmes rubriques que celles du budget.
- Le C/SAF procède au rapprochement des réalisations par rapport aux prévisions en vue de faire ressortir les écarts.
- Sur la base des écarts apparus lors des rapprochements, le C/SAF procède au rapprochement des réalisations par rapport aux prévisions et dégage des écarts.
- Le C/SAF transmet au Directeur de l'hôpital de zone le rapport de contrôle de l'exécution du budget en vue de l'analyse des écarts.
- Le Directeur convoque le CODIR pour analyser les écarts.

Il convient de remarquer à ce niveau, le manque de l'évaluation à mi-parcours de l'exécution générale du budget conformément au PTA et aux ressources disponibles.

Section 2 : Ciblage de la problématique

Nous présenterons dans cette partie, l'inventaire des éléments de l'état des lieux de base et le choix d'une problématique d'une part et sa spécification suivie de la vision globale de résolution d'autre part.

Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique

Il s'agit ici de faire l'inventaire des points forts et des points faibles observés lors du stage ; de regrouper les points faibles par centre d'intérêt pour en constituer des problématiques et de procéder au choix de l'une d'entre elles, estimée plus pertinente.

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

Il consiste à faire l'inventaire, d'une part des atouts et d'autre part des faiblesses identifiées afin de dégager les problématiques possibles.

1.1-Inventaire des atouts

- Respect des critères de sélection des fournisseurs ;
- Respect rigoureux de l'exécution des engagements budgétaires par le CSAAE ;
- Existence d'une commission de réception des produits ;
- Régularité des inventaires annuels;
- Utilisation du logiciel perfecto pour les opérations comptables ;
- Toutes les structures règlementaires et légales de gestion sont fonctionnelles ;
- Déroulement du travail dans une ambiance conviviale.

1.2-Inventaire des points faibles

- 1- Lourdeurs administratives dans l'exécution des crédits délégués ;
- 2- Rupture de stock fréquentes ;
- 3- Insuffisances de personnel ;
- 4- Difficultés de recouvrement des créances sur l'Etat ;
- 5- Retards dans la mise en place des subventions de l'Etat ;
- 6- Pannes fréquente du circuit SIGFiP au niveau départemental ;
- 7-Acheminement avec retard des prévisions de recettes et des dépenses par les chefs de services ;
- 8- Faible taux des allocations des crédits pour le fonctionnement ;
- 9-Caractère non performant du recouvrement des créances ;
- 10- Manque d'autonomie de gestion des crédits délégués ;
- 11- Insuffisance de matériel informatique ;
- 12-Le retard dans le processus de passation des marchés publics ;
- 13-Quasi-inexistence de la comptabilité analytique ;
- 14-Exécution partielle du budget ;
- 15-Lenteur dans le traitement des mandats ;
- 16-Non paiement des fournisseurs à temps ;
- 17-Insuffisance de contrôle de performance à mi parcours ;
- 18-Absence de circuit ascendant du budget pour intégration au BGE.

II-) Choix de la problématique

Une fois les problèmes inventoriés, nous allons procéder à leur regroupement par centre d'intérêt afin de dégager les différentes problématiques possibles. Ensuite, nous procéderons au choix par élimination après justification en vue d'en retenir une.

2.1- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

Les différents problèmes inventoriés sont répartis en trois centres d'intérêt dans le tableau n°4.

Tableau n° 4 : Regroupement par centre d'intérêt des problèmes spécifiques

N°	Centre d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problème général	Problématique
1	Organisation interne des services de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> -Lenteur dans le traitement des mandats ; -Rupture de stock ; -Insuffisances de personnel ; -Acheminement avec retard des prévisions de recettes et de dépenses par les chefs de service. 	Organisation interne non optimales des services de l'hôpital	Problématique d'optimisation de l'organisation interne des services de l'hôpital.
2	Mobilisation des ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> -Difficultés de recouvrement des créances sur l'Etat ; -Retards dans la mise en place des subventions de l'Etat ; -Faible taux des allocations des crédits pour le fonctionnement et l'investissement. 	Faible niveau de mobilisation des ressources	Problématique d'Amélioration du système de mobilisation des ressources
3	Gestion administrative et financière de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> -Non paiement des fournisseurs à temps ; - Lourdeurs administratives dans l'exécution des dépenses sur crédits délégués ; - Pannes fréquentes du circuit SIGFiP ; -Quasi-inexistence d'une comptabilité analytique ; - Autonomie relative de gestion des crédits délégués ; <i>-Caractère non performant du mécanisme de recouvrement des créances ;</i> <i>-Exécution partielle du budget : Faible taux de consommation des crédits délégués ;</i> -Absence de contrôle budgétaire à mi parcours ; <i>-Manque d'équilibre budgétaire : l'insuffisance des ressources propres pour couvrir les charges de l'hôpital.</i> 	Système de Gestion budgétaire de l'hôpital peu performant	<i>Problématique d'évaluation du système de gestion budgétaire de l'hôpital</i>

Source : Nous-mêmes

2.2- Choix de la problématique et justification

A l'issue des observations de stage, un inventaire des problèmes rencontrés et répartis par centre d'intérêt nous a permis de dégager trois (03) problématiques à savoir :

1. La problématique liée à l'optimisation de l'organisation interne des services de l'hôpital ;
2. La problématique relative à l'Amélioration du système de mobilisation des ressources ;
3. La problématique qui vise l'évaluation du système de gestion budgétaire de l'hôpital de zone de Kandi.

Ces différentes problématiques méritent toutes, attentions soutenues afin d'apporter des solutions aux problèmes qui minent la gestion des ressources publiques allouées aux hôpitaux de zone en général et en particulier celui de Kandi.

Il est néanmoins important de souligner que la présente étude qui se veut d'abord diagnostique, ne peut aborder qu'une seule de ces problématiques conformément aux dispositions du référentiel des mémoires de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) de l'université d'Abomey- Calavi.

En effet,

*Concernant la problématique qui porte sur l'optimisation de l'organisation des services de l'hôpital, quand bien même, importante ne manquera jamais dans tout service public ou même privé. Il suffit d'une volonté politique nationale et de la prise de conscience des acteurs pour parvenir à la remédier.

*la problématique de la mobilisation se pose en termes de difficultés rencontrées par les hôpitaux de zone, en l'occurrence celui de Kandi dans la

récupération des fonds d'indigents et des frais de prestations relatifs au paludisme grave. Les solutions sommaires ci-après peuvent être envisagées pour y remédier :

- Mise à disposition par l'Etat, à temps des fonds, aux différentes Agences à charge ;
- Adresser très tôt les factures de recouvrement.
- Suivre le circuit de recouvrement pour obtenir le règlement à temps.

*Par contre, la problématique qui vise l'évaluation du système budgétaire nous paraît être plus proche du problème en résolution. C'est ainsi que de nos investigations situées entre 2009 et 2012, nous avons pu constater ce qui suit : En 2009, pour une recette prévisionnelle de 450.672.332, l'HZK n'a recouvré que 431.282.063 soit un taux de recouvrement de 95,69%. Pour une recette prévisionnelle de 447.106.108 en 2010, l'HZ a fait un recouvrement de 391.033.035 soit un taux de recouvrement de 87,45%. Pour ce qui est de 2011, avec une prévision de 453.202.496, il y a eu un encaissement de 483.475.696 ; soit un taux de recouvrement de 106,67%. En ce qui concerne 2012, pour une prévision de 482.728.495, l'hôpital a fait un recouvrement de 502.177.722, soit un taux de recouvrement de 104,02%. Au vue de ces taux de recouvrement, on observe une certaine tendance de diminution du taux de 2009 à 2010 et une nette amélioration de 2011 à 2012. Le taux de recouvrement en 2010 reste nettement inférieur à celui de 2009. Face à cette situation, ceci pose le problème du système de gestion budgétaire peu performant. C'est pour pourquoi nous avons choisi de conduire notre travail sur la troisième (3^e) problématique intitulée : « **Problématique d'Evaluation du système de gestion budgétaire de l'hôpital** » sur quatre années successives. Notre choix est motivé par :

- ✚ l'intérêt que nous portons sur les problèmes spécifiques qui concourent à sa formulation;
- ✚ le souci majeur d'aider l'hôpital à manager, dans les différents

délais prévus, son système de gestion du budget dans l'optique d'atteinte des objectifs.

Soulignons qu'au-delà de toute chose, dans un pays où les ressources allouées par l'Etat, au secteur « santé » sont estimées insuffisantes, compte tenu de sa mission et de ses objectifs, nous trouvons paradoxale que le taux de consommation de celles-ci pour les dépenses publiques soit faible. De plus la comptabilité analytique censée d'aider la maîtrise des coûts ne s'applique pas. A cela s'ajoute des manques à gagner liés aux difficultés de recouvrement des créances sur les tiers payants. Il est donc important, quand bien même les ressources allouées, en général sont insuffisantes, veillez à leur utilisation optimale à travers un système de gestion budgétaire performant qui subit des évaluations périodiques. C'est pourquoi nous espérons que la problématique qui vise l'« Evaluation du système de gestion budgétaire des Hôpitaux de zone » pourrait contribuer à un diagnostic fiable des difficultés que connaît l'Hôpital de zone de Kandi dans l'exécution complète de son budget.

Paragraphe 2: Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée

Il s'agit ici de circonscrire notre problématique et de déterminer les différentes séquences de résolution des problèmes, à titre d'approches génériques.

I-Spécification de la problématique

Cette spécification consiste à retenir les problèmes spécifiques pertinents et non encore résolus par d'autres auteurs. Rappelons que notre problématique découle du problème général relatif au système de gestion budgétaire peu performant. Le problème général quand à lui, découle de nombreux problèmes

spécifiques(Ps) dont les plus importants dans le cadre de notre étude sont les suivants :

-Ps₁: Exécution partielle du budget : Faible taux de consommation des crédits ;

-Ps₂: Caractère non performant du mécanisme de recouvrement des créances ;

-Ps₃: Manque d'équilibre budgétaire : Insuffisance des ressources propres pour couvrir les charges de l'hôpital.

II- Vision globale de résolution des problèmes

Il est question d'entrevoir, notre vision globale de résolution de la problématique liée à l'évaluation du système de gestion budgétaire des hôpitaux de zone relativement au problème général dégagé et aux problèmes spécifiques qui s'y rapportent.

Après quoi, nous ferons une synthèse des approches génériques identifiées avant de décliner les différentes séquences de résolution de la dite problématique.

2.1-Vision globale de résolution du problème général

Compte tenu de l'importance du problème général qui est le Système de Gestion budgétaire de l'hôpital peu performant, il est nécessaire d'envisager les voies et moyens pour rendre performant le système de gestion à partir de la résolution des problèmes spécifiques retenus.

2.2-Vision globale de résolution des problèmes spécifiques

Rappelons qu'ils sont au nombre de trois :

- **le problème spécifique n°1 (P_{s1})** : Exécution partielle du budget : Faible taux de consommation des crédits délégués ; il convient de mentionner que tout budget est engagé dans la dynamique que les recettes couvrent les dépenses ou que les dépenses absorbent les recettes, au sein d'une année civile. Dans le cas de l'hôpital de zone de Kandi, nous constatons que le budget est exécuté à 94,34%. Ce taux qui est en dessous de l'optimum peut être dû, entre autres raisons à la non consommation des crédits délégués notifiés, et intégré dans le budget de l'hôpital. Ces crédits sont importants dans l'atteinte des objectifs que des résultats de l'Hôpital. Leur non utilisation agit donc sur le taux de performance. Pour y remédier nous pensons que la prise des mesures incitatives, basées sur l'évaluation les indicateurs de performance, pourrait motiver chaque acteur impliqué dans le mécanisme d'exécution des dépenses publiques à se rendre responsable. **Approche générique basée sur la proposition des mesures incitatives visant à l'amélioration de la consommation des crédits alloués ;**

- **quant au problème spécifique n°2 (P_{s2})** : Caractère non performant du mécanisme de recouvrement des créances, il est important de définir clairement les tâches, suivies d'un échéancier à chaque acteur intervenant dans la chaîne de recouvrement avec des objectifs clairs et précis en situant les responsabilités à chaque étape du processus. Nous sommes donc dans une **approche générique basée sur la redynamisation du processus de recouvrement des ressources financière à l'interne de l'HZ-Kandi ;**

- **Enfin, pour le problème spécifique n°3 (P_{s3})**, nous allons retenir que l'insuffisance des ressources propres pour couvrir les charges de l'hôpital, peut agir sur la rentabilité des activités de l'hôpital aussi bien sur le plan administratif, financier que médico-technique. Ceci nous amène à formuler l'**Approche**

générique suivante : Contribuer à accroître les ressources propres de l'hôpital.

2.3-Synthèse des approches génériques identifiées et séquences de résolution de la problématique

Il s'agit ici de faire la synthèse des approches génériques envisagées pour la résolution des problèmes évoqués et de définir la démarche à suivre pour l'étude.

2.3.1- Synthèse des approches génériques identifiées

Le tableau n° 5 ci-dessous résume les différentes approches de résolution des problèmes.

Tableau n°5 : Synthèse des approches génériques

Niveau d'analyse	Problème	Approche générique
Niveau général	Système de gestion budgétaire peu performant	Approche générique basée sur l'amélioration de la performance du système de gestion budgétaire de l'HZ-Kandi
Niveau spécifique	1 Exécution partielle du budget : Faible taux de consommation des crédits délégués ;	Approche générique basée sur la proposition des mesures incitatives visant à l'amélioration de la consommation des crédits délégués.
	2 Caractère non performant du mécanisme de recouvrement des créances ;	Approche générique basée sur la redynamisation du processus de recouvrement des ressources financières à l'interne de l'hôpital de zone de Kandi.
	3 Manque d'équilibre budgétaire : insuffisance des ressources propres pour couvrir les charges de l'hôpital.	Approche générique basée sur les mesures appropriées pour accroître les ressources propres de l'hôpital.

Source : Nous-mêmes

2.3.2- Séquence de résolution de la problématique

Cette vision globale que nous venons de retenir peut être restituée à travers une démarche en deux grandes phases décomposée chacune comme suit :

Phase 1 :

- Fixation des objectifs de l'étude ;
- Identification des causes et formulation des hypothèses ;
- Constitution du tableau de bord de l'étude (TBE) ;
- Revue de littérature ;
- Méthodologie adoptée.

Phase 2 :

- Collecte et traitement des données ;
- Analyses des données et établissement du diagnostic ;
- Approche de solutions ;
- Conditions de mise en œuvre ;
- Elaboration du Tableau de Synthèse de l'Etude (TSE).

CHAPITRE DEUXIEME
DU CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES
SOLUTIONS

Section1: Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Il s'agit de :

- définir les objectifs ;
- identifier les causes supposées à la base des problèmes à résoudre ;
- formuler des hypothèses de l'étude ;
- constituer le tableau de bord ;
- procéder à la revue de littérature ;
- aborder enfin la méthodologie.

Paragraphe1: Des objectifs de l'étude à la revue de littérature

Nous allons fixer les objectifs et hypothèses et faire la synthèse des préoccupations à travers le tableau de bord.

I- Objectifs, causes et hypothèses de l'étude

Avant cette présentation, rappelons que le problème général à résoudre est le système de gestion budgétaire de l'hôpital peu performant, et que les problèmes spécifiques sont :

- Exécution partielle du budget : Faible taux de consommation des crédits délégués sur la période retenue de l'étude ;
- Caractère non performant du mécanisme de recouvrement des créances;
- Manque d'équilibre du budget de l'HZ-Kandi : insuffisance des ressources propres pour couvrir les charges de l'hôpital.

A cet effet, la fixation de notre objectif général se fera en termes d'objectif général par rapport au problème général et d'objectifs spécifiques par rapport à chaque problème spécifique.

1.1- La fixation des objectifs de l'étude

Par analogie, dans cette étude, le problème général correspond à l'objectif général et les problèmes spécifiques aux objectifs spécifiques.

1.1.1- Objectif général (Og)

L'objectif général de notre étude est d'évaluer et de contribuer à la performance du système de gestion budgétaire de l'HZK.

1.1.2- Objectifs spécifiques (Os)

Les objectifs spécifiques de notre étude sont :

- Proposer des actions pour optimiser le niveau de consommation des crédits délégués et par ricochet le niveau d'exécution du budget (Os₁);*
- Suggérer les mesures à mettre en œuvre pour rendre performant le mécanisme de recouvrement des créances sur les tiers payants (Os₂);*
- Evoquer les voies et moyens pour accroître les revenus propres de l'hôpital (Os₃).*

1.2-Identification des causes supposées et formulation des hypothèses

Elles concernent essentiellement les niveaux d'analyses spécifiques formulées à partir des problèmes spécifiques de leur rang. Il convient donc de préciser que ces causes sont théoriques et classées par ordre d'importances croissantes. De ce fait, elles pourront être confirmées ou infirmées par nos enquêtes.

1.2.1-Causes et hypothèses liés aux problèmes spécifiques

Pour formuler les hypothèses nous allons rattacher à chaque problème retenu une cause dominante :

*concernant le **problème spécifique n°1(Ps₁)**, relatif à l'exécution partielle du budget : faible taux de consommation des crédits délégués par l'HZK sur la période d'étude retenue, nous avons identifié trois causes essentielles que sont :

- l'insuffisance de personnel qualifié chargé de l'exécution du budget ;
- l'Autonomie relative de gestion des crédits délégués ;
- l'insuffisance de ressources propres de l'hôpital pour l'exécution complète de son budget.

➤ **Par rapport à la première cause** : insuffisance de personnel qualifié, le CSAAE, a de multiples tâches pour lesquelles nous trouvons que le personnel est insuffisant pour l'exécution. Ainsi, pour la facturation des droits de l'hôpital et tous les dossiers afférents à la gestion administrative et du personnel, il dispose d'une opératrice de saisie. Pour monter les dossiers d'engagement, il se trouve lui-même obligé de le faire. Pour la tenue de la comptabilité matière il dispose d'un agent d'entretien converti en magasinier. Fort heureusement, pour la gestion des malades et des statistiques, un statisticien qualifié en a la charge. De même que la maintenance et entretien des appareils médico-technique, c'est un agent qualifié qui en a la charge.

Au niveau du SAF le même constat se fait. Une opératrice de saisie comme assistante et à la caisse un agent non qualifié. De plus rien qu'entre fin 2012 et Août 2013, neuf agents sont partis : qui pour rapprochement de conjoint, qui pour la retraite et d'autres raisons. Ceux-ci n'ont pas été encore remplacés, alors qu'en 2010 où ce nombre faisait 112, l'hôpital se plaignait déjà d'insuffisance de personnel en général. L'administration de l'HZK n'est pas le seul parent pauvre dans ce domaine. La situation est d'abord générale, en témoigne les derniers recrutements dans le secteur « santé ».

Face à tout ce précède nous pensons que le problème de personnel est un problème national et seule la politique nationale de recrutement pourrait lui trouver

une solution, si tant est que la réorganisation du travail ne peut rien contre. Par conséquent cette cause de personnel insuffisant ne saurait trouver sa solution au niveau périphérique comme l'hôpital de zone de Kandi.

- **Par rapport à la deuxième cause** à savoir : l'autonomie relative de gestion des crédits délégués par l'hôpital de zone de Kandi, la procédure de traitement des dossiers d'engagement ne rime pas avec les besoins pressants d'un hôpital. En effet, après notification des crédits aux formations sanitaires de la zone Kandi-Gogounou-Ségbana, s'enclenche le processus d'engagement des dépenses de l'hôpital. Les besoins qui sont à la base de ce processus doivent être validés d'abord par le médecin coordonnateur de la zone sanitaire qui a qualité de gestionnaire de crédits. **D'où on peut comprendre que le directeur ne gère pas ses crédits délégués.** Cette validation consiste, pour le médecin coordonnateur, à consulter les différents fournisseurs agréés en vue d'arrêter les quantités et les prix des biens et prestations dont le directeur a besoin pour le fonctionnement de son institution. C'est à cette étape que le processus traîne, car l'expression des besoins par les autres centres vient hors délai soit plus de deux mois après la notification alors que c'est un délai de deux semaines qui est accordé aux structures pour envoyer l'expression de leurs besoins. Cette méthode de traitement entraîne d'énormes pertes de temps qui induit un retard de deux mois en moyenne. Il en ressort que la qualité de gestionnaire de crédit est source d'un retard dans le traitement des dossiers qui prolonge le délai jusqu'en mai. Après l'étape de la validation des besoins, le moment de mise à disposition des crédits délégués intervient au mois de juin, soit cinq mois après le vote du BGE. On en déduit un retard conduisant le processus d'exécution des crédits délégués au mois de juin. L'hôpital de zone de Kandi pour bénéficier de ces crédits délégués doit attendre que lui soient livrés les produits commandés. Pendant ce temps, qu'est ce le Directeur fait pour palier aux ruptures de stocks ? Acheter des fonds propres de

l'hôpital, des produits qui sont parallèlement en commande. D'autre part, nous remarquons que les textes nomment toujours un médecin à la tête de la coordination de la zone. Ce dernier qui n'a pas reçu une formation adéquate en matière de gestion administrative et financière, ne donne pas priorité à la gestion quotidienne de l'unité dont il a la charge. Etant coordonnateur de la zone sanitaire il se donne le droit de représenter l'hôpital et pense être le supérieur hiérarchique du directeur de l'HZ-Kandi ; Ce qui pourrait conduire à un problème de personne ou des conflits d'attributions, si une des parties n'observait pas les règles d'humilité.

Au vue de tous ces constats, cette cause pourrait être plausible si elle n'avait pas un corollaire à savoir perte de crédits et gaspillage de ressources propres qui seraient destinées à satisfaire autres besoins, que pour commander les produits en double. Conséquence l'hôpital s'appauvrit. D'où cette cause entraîne une autre qui est l'insuffisance des ressources pour l'hôpital.

- **Par rapport à la troisième cause** à savoir insuffisance des ressources propres de l'hôpital pour exécuter son budget entièrement, cette cause nous paraît plus plausible, car au-delà du corollaire et ses conséquences évoqués dans la cause précédente, il est plus facile d'avoir mille francs en poche et de planifier ses dépenses sur ses mille francs que de se fonder sur des espoirs pour le faire.

L'hypothèse n°1 est alors : « **L'insuffisance de ressources financières propres justifie l'exécution partielle du budget de l'HZK** ».

*abordant le **second problème spécifique (Ps₂)**, à savoir caractère non performant du mécanisme de recouvrement des créances sur les tiers payants, deux causes ont retenu notre attention. Il s'agit de :

-manque d'une structure chargée de recouvrement des créances à l'hôpital de zone de Kandi ;

-l'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources propres de l'HZK.

- Pour ce qui concerne **la première cause** relative au manque d'une structure

chargée de recouvrement des créances à l'hôpital de zone de Kandi, la division recouvrement en principe est une section du SAAE, qui a à sa tête un chef, sous qui, il est mis des collaborateurs communément appelés « cols verts » qui s'occupent des créances à recouvrer dans les hôpitaux. Pour le cas de l'HZK, cette section n'en a pas du tout. Le seul agent que cette section avait pour cette activité jusqu'en 2012 a demandé son affectation après son admission au reversement en Agent contractuel de l'Etat(ACE). Partant nous considérons que la section n'existe même plus. Dans ce cas nous ne pouvons pas parler de réorganisation, ni d'insuffisance de personnel mais d'un manque qui peut trouver sa solution dans les approches relative à l'insuffisance de personnel. Cependant, nous nous en voudrions de passer sur cette question sans proposer une approche. **Si on estime que les manques à gagner emportent sur le montant à payer comme salaire, nous pensons qu'il faut engager un agent ACL.** Par conséquent, cette cause est éliminée.

Quand à **la seconde**, relative à l'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources propres de l'HZK, quand bien même, elle est la conséquence logique de la première, il n'en demeure pas moins qu'elle nous paraît plus pertinente et pourrait résoudre globalement le problème de recouvrement. Car on ne saurait parler de recouvrement sans parler d'un mécanisme efficace de mobilisation au départ. Pour nous, nous pouvons d'ailleurs dire que la première cause, au-delà d'une conséquence logique est plutôt incluse dans la seconde. Ainsi, l'hypothèse n° 2 est « **L'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources propres explique l'existence de créances irrécouvrables sur les tiers payants à l'HZK** ».

*Pour le **dernier problème spécifique (Ps₃)**, axé sur la gestion financière non équilibrée, les deux causes retenues pour la formulation de l'hypothèse sont les suivantes :

- la non rentabilité des activités de l'Hôpital de Zone de Kandi ;
- le caractère social des activités de l'Hôpital de Zone de Kandi.

Par rapport à la première cause, à savoir, la non rentabilité des activités de l'Hôpital de Zone de Kandi, il faut dire, d'une part, déjà qu'à partir des objectifs visés par la rencontre d'Alma Ata dénommée Initiative de Bamako, à savoir les soins et médicaments accessibles pour la population, il est logique dans la suite, qu'on s'attende pas à une rentabilité quelconque des établissements de santé ouverts au public. D'autre part, dans un secteur où il y a tant de demandeurs de gratuité illicite comme légale, nous ne saurions nous attendre à une rentabilité ; Sauf si, les nouvelles mesures que le gouvernement actuel est en train de prendre vont jusqu'au bout, en permettant aux établissements de santé :

- de calculer le coût de revient (CR) réel de production des prestations à fournir ;
- de fixer le prix des prestations en fonction de ces CR calculés ;

Et que le BGE prenne en charge toutes les factures des citoyens soignés sur cette base.

Faisant suite à cette analyse nous pensons que cette cause n'est pas plausible pour l'étude actuelle.

Concernant la deuxième et dernière cause à savoir le caractère social des activités de l'Hôpital de Zone de Kandi, nous pensons humblement que les hôpitaux de zone étant, de part leur statut, des établissements à caractère social en général, il est arrivé très souvent que l'HZK prenne des malades sans connaître leur identité, cas des accidentés inconscients, des démunis, des cas sociaux jusqu'à guérison sans contre partie. Ceux-ci sont reversés dans le fonds des indigents. A ce niveau l'hôpital se trouve confronter à deux difficultés :

- Problème d'accessibilité des coûts appelé « tarif » qui ne tient nullement pas compte de la différence entre le prix et le tarif imposé de la prestation ;

-Le problème de recouvrement des créances ainsi constatées où le réseau départemental du SIGFiP est fréquemment en dérangement ou en panne.

Voilà autant de raisons proches de la cause et en même temps du problème spécifique n°3 qui nous permet de retenir la deuxième cause pouvant conduire à la formulation de l'hypothèse n°3 « **Les activités de l'Hôpital Zone de Kandi ne lui permettent pas d'avoir une autonomie financière**».

1.2.2-Conception du tableau de bord de l'Etude

Le tableau de bord relatif à notre étude est un tableau à six colonnes relatant le niveau d'analyse, des problèmes évoqués, les causes qui en sont à la base, les hypothèses liées à ces causes en passant par les objectifs poursuivis à travers la recherche.

Tableau n° 6 : Tableau de bord de l'étude (TBE)

Niveau d'analyse		Problème	Objectif	Causes supposées	Hypothèses
Niveau Général		Système de gestion budgétaire à améliorer	Evaluer et contribuer à la performance du système de gestion budgétaire de l'HZK		
Niveau spécifique	1	Exécution partielle du budget par l'HZK sur la période d'étude retenue (Faible taux d'exécution du budget) :Ps ₁	Proposer des actions pour optimiser le niveau de consommation des crédits délégués et par ricochet le niveau d'exécution du budget (Os ₁);	-l'insuffisance de personnel qualifié chargé de l'exécution du budget ; -Autonomie relative de la structure chargée de l'exécution du budget ; -l'insuffisance de ressources financières à l'HZK.	L'insuffisance de ressources financières propres justifie l'exécution partielle du budget de l'HZK
	2	Caractère non performant du mécanisme de recouvrement des créances(Ps ₂) ;	Suggérer les mesures à mettre en œuvre pour rendre performant le mécanisme de recouvrement des créances (Os ₂) ;	-Manque d'une structure chargée du recouvrement des créances de l'HZK ; -l'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources propres de l'HZK	L'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources explique l'existence de créances irrécouvrables sur les tiers payants à l'HZK.
	3	Manque d'équilibre budgétaire : insuffisance des ressources propres pour couvrir les charges de l'hôpital(Ps ₃) ;	Evoquer les voies et moyens pour accroître les sources de revenus propres de l'hôpital (Os ₃).	- la non rentabilité des activités de l'HZK - le caractère social des activités de l'HZK	Les activités de l'HZK ne lui permettent pas d'avoir une autonomie financière

Source : Nous-mêmes

II- Revue de littérature

La revue de littérature est un exercice qui nous permet d'étudier et d'analyser les recherches qui ont été déjà faites, et qui sont relatives aux problèmes en résolution. Il s'agit de parler de la manière dont notre thème de recherche a été traité par d'autres auteurs. Nous ne pouvons choisir une théorie de travail sans définir la notion des outils de contrôle de gestion.

2.1-Définition de quelques concepts

- Contrôle de gestion et gestion budgétaire

La comptabilité analytique de gestion est l'ensemble des processus mis en place dans une entreprise afin de déterminer le résultat obtenu par produit.

Cet outil de contrôle de gestion vise à :

- faire des prévisions qui seront comparées aux réalisations afin de dégager des écarts qui, à leur tour, seront analysés ;
- aider à la prise de décision pour une meilleure gestion.

La gestion consiste donc à utiliser efficacement les ressources disponibles à travers une technique appelée gestion prévisionnelle. Cette dernière est un mode de gestion reposant sur un modèle représentatif des activités futures de l'entreprise ; ce modèle exprime le choix des moyens retenus pour réaliser les objectifs définis.

Ainsi, le contrôle de gestion, selon Robert ANTHONY se définit comme étant « le processus par lequel les dirigeants s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées avec efficacité (par rapport aux objectifs) et efficience (par rapport aux résultats obtenus) pour réaliser les objectifs de l'organisation ».

H. Bouquin regroupe les trois phases de contrôle de gestion par des tâches à savoir : finalisation, pilotage, évaluation. Chacune de ces tâches obéit à une démarche précise.

- **Finalisation** : quel objectif ? Quelles ressources ? Comment employer au mieux ces ressources ? Comment évaluer les résultats ?
- **Pilotage** : pendant l'action, quelles corrections mettre en place si nécessaire pour orienter le déroulement en fonction des finalités choisies ?
- **Evaluation** : quelles mesures ? Des résultats ? Quelles efficacités ? Quelles efficiences ?

Contrôler une situation, c'est donc être en mesure de la maîtriser et de l'orienter selon les objectifs fixés à priori. L'outil principal qui permet de mesurer les résultats est la comptabilité analytique de gestion.

Dans une perspective moins ambitieuse, Michel Gervais fait remarquer que : le contrôle de gestion se réduit à un système budgétaire.

D'autres outils peuvent être utilisés tels que, par exemple, le tableau de bord. Il se peut, par ailleurs, que le personnel rejette le système budgétaire ou qu'il y ait absence de nécessité ou impossibilité de le concevoir en raison de la nature de l'activité. Dans ce cas, le contrôle de gestion existera toujours mais, il prendra d'autres formes, souvent moins sophistiquées telles que : le perfectionnement de la comptabilité analytique de gestion, un système budgétaire ne portant que sur certains départements de l'entreprise. La présentation des écarts ainsi mis en évidence prend habituellement la forme de tableau de chiffres, de graphiques et de commentaires, contenus dans un rapport appelé couramment tableau de bord. Le tableau de bord est un outil tactique qui met l'accent sur les indicateurs clés de rendement afin de suivre efficacement l'évolution des objectifs à atteindre.

- **Le budget primitif ou budget voté**

Le budget sera selon Carles J. dans « Gérer l'avenir au présent » vient du mot anglo-saxon désignant à l'origine une enveloppe, une pochette plus précisément le sac de trésorerie. Le budget est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les dépenses et recettes annuelles de l'Etat ou autres services que les lois assujettissent aux mêmes règles. C'est donc un document budgétaire initial qui indique pour l'exercice représenté par l'année civile, les prévisions de recettes et de dépenses. Il fait l'objet d'une autorisation de l'assemblée délibérante du conseil de gestion. Il est élaboré par les services financiers de l'hôpital.

- **Le collectif budgétaire**

Voté en principe au plus tard au mois d'Octobre, il présente la Un budget de report car il reprend au compte de l'exercice en cours tant en recettes qu'en dépenses les différentes opérations amorcées au cours de l'exercice précédent mais non terminées à sa clôture. A ce titre, il comprend en recettes d'une part l'excédent de l'exercice qui vient de se terminer et d'autre part les restes à recouvrer alors qu'en dépenses, il comporte les restes à mandater ainsi que les crédits ou portions de crédits non consommés avant la clôture de l'exercice précédent.

Le budget rectificatif et additif au budget primitif dans la mesure où il doit tenir compte des modifications intervenues dans la situation financière de l'hôpital de zone depuis le vote et l'approbation des recettes et des dépenses Cette approche limite le contrôle de gestion à des procédures mécaniques de rétroaction, sans tenir compte des orientations stratégiques, ni du management nouvelles d'une part et d'autre part des augmentations des recettes et dépenses déjà prévues au budget primitif.

- Gestion Budgétaire

De nombreuses définitions ont été formulées par les auteurs, mettant chacune l'accent sur un ou plusieurs aspects du concept.

Le plan comptable définit la gestion budgétaire comme « le mode de gestion consistant à traduire en programmes d'action chiffrés appelés budgets, les décisions prises par la direction avec la participation des responsables ». Il paraît nécessaire d'ajouter un aspect supplémentaire à cette définition : celui de la comparaison à posteriori des réalisations avec ses mêmes prévisions, par la mise en évidence d'écarts significatif qui doivent entraîner les actions correctives. Pour Meheut(1994), la gestion budgétaire est « l'ensemble des méthodes permettant de définir les objectifs chiffrés de l'entreprise, de fixer aux différentes fonctions des objectifs cohérents, d'établir les budgets et tout au long de l'année, de détecter au plus tôt les risques de déviation afin de déclencher les mesures appropriées ».

- **Gestion Prévisionnelle**

Selon les auteurs du plan comptable général, « la gestion prévisionnelle est le mode de gestion qui repose sur un modèle représentatif des activités futures de l'entreprise ».Ce modèle exprime le choix des moyens retenus pour atteindre les objectifs fixés. Cependant, il faut noter que le processus conduisant à ce choix n'est pas expliqué. Pour combler cette insuffisance, Deprez et Duvant (1994) diront que « la gestion prévisionnelle est un système de gestion orienté vers le future, qui va permettre aux responsables de disposer d'une information préalable à la prise de décision et qui va les aider dans la définition et la fixation de leurs objectifs ».

Pour ces auteurs, la gestion prévisionnelle incluse plus souvent la planification et la gestion budgétaire. Ainsi, à la prévision à long et moyen terme, correspond une estimation à court terme souvent d'un an, de l'activité prévisionnelle de l'entreprise.

- **Système**

Selon le dictionnaire Larousse, « **un système est un ensemble ordonné de principes formant un corps de doctrine** ». Cette définition est une définition d'ordre générale et ne fait pas ressortir l'aspect économique du concept. Dans le contexte économique, Labourier (1994), définit le système comme « un ensemble complexe d'éléments hétérogènes, combinés de manière à produire un résultat ».

De cette définition, il ressort trois idées principales :

- Un système est un ensemble ;
- Un système est composé d'éléments hétérogènes ;
- Les éléments constitutifs d'un système concourent à la réalisation d'un même objectif.

Cette définition paraît plus complète et met l'accent sur l'atteinte d'un objectif. Il faut noter qu'il existe plusieurs types de système parmi lesquels figure le système budgétaire.

- **Le système budgétaire**

Pour M .Fatoké, le système budgétaire est défini comme « **une méthode de gestion prévisionnelle à court terme, fondé sur les moyens à mettre à la disposition des responsables, pour atteindre les objectifs fixés conformément au plan stratégique défini par la direction** ».

Cette définition paraît incomplète car elle ne met pas l'accent sur le contrôle qui est un élément indispensable dans tout système budgétaire.

Pour combler cette insuffisance, nous allons prendre la définition de Gervais (1994) qui définit le système budgétaire comme « un système de gestion prévisionnel à court terme comprenant des budgets et un processus de contrôle budgétaire ».

-Budget

Le mot « budget vient du vieux français bougette ». Au moyen âge, la bougette était la bourse dans laquelle le marchand entassait ses écus lorsqu'il avait à se déplacer. Avoir la bougette, signifiait se préparer à partir en voyage (en quelque sorte entreprendre) mais également programmer ses dépenses et réunir la somme d'argent dont on aurait besoin pour faire face aux nécessités de la route.

Ce premier sens donné au budget, l'identifie à un objet que l'on utilise pour garder l'argent nécessaire dont on se servirait pour faire un voyage ou un déplacement. Mais au fil du temps, le concept évoluera et fera l'objet de plusieurs interprétations. Ainsi, il ne sera plus considéré comme un objet, mais plutôt comme un plan d'action conçu pour atteindre un objectif donné, sur une période déterminée.

C'est ainsi que Christiane et Christian Raulet(1994), dira que « le budget est l'expression quantitative et financière d'un programme d'action envisagé pour une période donnée »

Cette définition diffère de la première, en ce sens qu'elle prend en compte non seulement l'aspect financier, mais aussi l'aspect quantitatif et le facteur temps, qui sont des éléments non négligeables dans la réalisation de tout objectif.

Cependant, il faut noter que la définition de Raulet est incomplète dans la mesure où elle ne fait pas ressortir les notions de coordination et de résultats qui constituent d'importants facteurs dans le concept du budget.

Pour corriger cette imperfection, Benoit(1982) dira que « le budget est un ensemble coordonné de prévision qui permet de connaître par anticipation, quelques résultats considérés comme les résultats clés recherchés par le chef d'entreprise ».

Il ressort de cette définition deux idées principales à partir de certains mots clés qui y figurent :

-le mot « coordonné », marque la nécessité d'éviter des actions individuelles ou parcellaires divergentes ne respectant pas la ligne de conduite tracée par le budget ;

Le mot « résultat », qui sous-entend l'idée d'une sélection au niveau des objectifs et des tests d'efficacité.

- Le contrôle budgétaire

Pour H. Court et J. Leurion (1982) le contrôle budgétaire est « un contrôle de gestion caractérisé notamment par la comparaison périodique des données prévues dans les budgets ».

Au fil du temps, le concept va évoluer et sera défini par Gervais(1994) comme « en comparaison permanente des résultats réels et des prévisions chiffrées figurant aux budgets afin de :

- rechercher la(ou les)cause(s)d'écarts ;
- informer les différents niveaux hiérarchiques ;
- prendre les mesures correctives éventuelles nécessaires ;
- apprécier l'activité des responsables budgétaires ».

En ce sens, le contrôle budgétaire est une fonction partielle du contrôle de gestion dont dépend la qualité de ses interventions.il pourrait être pleinement perçu par les responsables opérationnels comme un service qui les aide à maîtriser et à améliorer leur gestion. Il incitera au dialogue et à la communication.

-Etudes empiriques sur la gestion budgétaire des entreprises publiques

Plusieurs auteurs ont réalisé des études sur la gestion budgétaire des entreprises en mettant en exergue les modes de dysfonctionnement.

C'est ainsi que Hounsa (1993), dans son mémoire intitulé « Diagnostic financier et comptable de la COBENAM », en voulant s'intéresser au système budgétaire et compagnie, a révélé que le budget n'est pas réellement mis à la disposition de ses responsables opérationnelles. Ce qui fait que ces derniers ne l'exploitent pas et le considèrent comme une pure formalité. Aussi a-t-il constaté que malgré l'existence du budget de la compagnie reste improvisée.

Pour remédier à ces problèmes, il a suggéré la conception d'objectifs précis, la mise d'une unité de contrôle de gestion et de planification et d'une organisation fondé sur la délégation des pouvoirs.

Choukpa (2004), dans son étude sur « le diagnostic du système budgétaire de l'ORTB » a constaté que l'Office ne dispose pas d'un manuel de procédures budgétaires ; cet état de chose entrave le suivi efficient des normes d'élaboration du budget et des instruments de mesures de l'activité. Il a également souligné que les méthodes de prévision sont peu fiables et celles qui sont appliquées ne reposent pas sur des bases scientifiques. Il en résulte alors des écarts injustifiés entre les réalisations budgétaires.

Afin d'apporter des solutions appropriées à ces différents problèmes, il a suggéré que l'élaboration des budgets soit axée sur une méthode rigoureuse de détermination des objets et des moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs. De plus, il a proposé la mise en place d'un système de contrôle budgétaire adapté à la structure de l'ORTB.

Gervais(1994), dans son ouvrage « contrôle de gestion », pour remédier aux problèmes de gestion budgétaire que rencontrent les entreprises, a mis l'accent sur les principales étapes d'élaboration du budget à savoir :

- .le rappel ou la détermination des objectifs de la firme pour l'année à venir ;
- .la réalisation d'études préparatoires ;
- .la construction de projet de budgets ;

.le choix d'un d'entre eux : le pré-budget ;

.l'élaboration des prévisions définitives.

Dans la perspective d'aider les responsables en charge de la gestion budgétaire dans les entreprises, Chidikofan(2005), du Centre de Perfectionnement et d'Assistance en Gestion des Entreprises(CE.P.A.G), lors de la formation sur « la gestion budgétaire », a souligné que l'élaboration du budget découle surtout d'une bonne planification. Aussi, a-t-il ajouté que le budget, après adoption, doit faire l'objet d'une exécution rigoureuse et d'un contrôle permanent.

Ces différentes études montrent qu'il faut encore beaucoup de recherches sur les difficultés que rencontrent les organisations publiques, en général et l'HZK en particulier.

2.2-Principes généraux :

Parmi les principes qui régissent l'élaboration et le contrôle des budgets des hôpitaux, certains ont des conséquences importantes sur le mode de raisonnement financier, allant jusqu'à l'arbitrage de gestion qui s'écartent des critères de l'optimisation financière. Il s'agit du :

✓ Principe de l'annualité

Le principe de l'annualité du budget est immuable. L'exercice budgétaire court du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année. Toutefois ce principe peut être réaménagé en cours d'exercice dans certaines circonstances.

✓ Principe de l'unité

Le principe de l'unité budgétaire exprime l'idée qu'il faut établir un document synthétique reprenant en un compte unique les additions partielles des recettes et des dépenses disséminés dans les divers documents afin d'assurer l'information et la réalité du contrôle.

Ce principe repose sur un double fondement :

- * *Un fondement technique* : seule une vue d'ensemble du budget permet d'en connaître le volume total, sans être obligé de recourir à de nombreux documents.
- * *Un fondement politique* : seul un document unique permet à l'autorité, un contrôle plus efficace.
- ✓ Principe de l'universalité

Ce principe stipule que toutes les recettes doivent être enregistrées dans un compte « caisse unique » qui doit servir de contrepartie à toutes les dépenses. Aucune compensation particulière et directe ne saurait exister entre une recette et une dépense.

Il a été décomposé en deux (02) corollaires plus précis et réalistes.

- * *La règle de non compensation* : le budget doit faire mention des chiffres nets. Toutes les recettes doivent être inscrites sans déduire les dépenses qui pourraient être jugées correspondantes. Cette règle non seulement permet d'éviter les gaspillages et les dépenses inutiles, mais constitue un moyen de contrôle plus efficace.
- * *La règle de la non affectation des recettes* : toutes les recettes sont imputées dans une seule caisse qui fait face aux dépenses sans qu'on puisse affecter une recette à une charge particulière si cette règle n'était pas observée, il serait techniquement impossible de mesurer des recettes qui sont parfois approximatives et des dépenses qui, elles sont prévisibles de façon plus exacte.
- ✓ Principe de la spécialité des crédits :

Le principe de la spécialité signifie que les crédits budgétaires ne constituent pas une masse globale de crédits permettant de faire face indifféremment aux dépenses, mais une série de crédits qui ne peuvent être virés d'un poste à un autre.

Dans la conception de cette règle, les crédits inscrits à un chapitre ne peuvent être utilisés dans un autre chapitre. C'est ainsi qu'on ne peut donc pas transférer les crédits du personnel au chapitre du matériel.

✓ **Principe de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de celle du comptable**

Aucun fonctionnaire n'a le droit de cumuler les deux fonctions. En effet, seuls les comptables publics peuvent manier des fonds publics.

Seuls les ordonnateurs peuvent juger de l'opportunité et de l'ordonnancement des dépenses. Ce principe vise donc une certaine division du travail et permet de ce fait un contrôle réciproque et la délimitation des responsabilités qui incombent aux ordonnateurs et aux comptables.

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude

Dans une entreprise de recherche scientifique, la méthodologie est l'ensemble des démarches entreprises pour collecter des données et informations, de leur traitement en vue de générer des résultats qui permettent d'atteindre les objectifs et vérifier les hypothèses- Ainsi la méthodologie présentera-t-elle, entre autre, la méthode de collecte des données et les outils d'analyse utilisés en rapport avec les objectifs et les hypothèses à vérifier.

I- La collecte des données

Dans le but de réunir les informations nécessaires pour notre étude, des données quantitatives seront collectées. Pour les données quantitatives concernant surtout les domaines financiers et opérationnels, nous nous sommes servis des budgets. Ensuite nous avons procédé à des entretiens avec la C/SAF et le C/SAAE.

1.1- Instruments et techniques de collecte des données

Pour recueillir les informations qui nous ont permis de réaliser le présent mémoire, nous avons opté pour : la recherche documentaire, l'observation directe (surtout pendant le stage), et les entretiens directs.

1.1.1- Recherche documentaire

Nous avons, au cours de nos recherches, consulté un certain nombre de documents qui nous ont permis de mieux nous informer sur la problématique de la gestion des hôpitaux.

Ainsi, nous avons consulté des livres, des anciens mémoires, des revues et également la recherche sur l'internet. Nous avons pu avoir ces documents en parcourant les bibliothèques et les centres de documentation. Il s'agit notamment de la bibliothèque de l'ENAM, celle de l'UAC, de la bibliothèque Universitaire de Parakou et de celle de l'Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management (ENEAM).

1.1.2- L'observation et l'entretien direct

Notre présence effective sur les lieux du stage nous a donné l'opportunité d'avoir des séances d'entretien et de discussion avec la plupart des responsables des divers services de l'hôpital de Zone de Kandi, du personnel médical jusqu'aux responsables administratifs.

II-Traitement des données

Le traitement des données est consacré au dépouillement des manuels, des informations collectées et à l'élaboration des tableaux qui ont mis en relief le comportement des différentes variables observées. Les données ont été traitées de façon manuelle.

Section 2 : Des enquêtes de vérification des hypothèses **aux conditions de mise en œuvre des solutions**

Dans cette section, il sera question de collecter les données figurant sur les bilans financiers, les rapports d'activités, rapports financiers et les budgets des années de 2009 à 2012.

Paragraphe1 : Enquêtes et vérification des hypothèses

Il s'agira pour nous de mobiliser les données en recettes et dépenses concernant les dépenses de fonctionnement. De croiser les données prévisionnelles aux données de réalisations, concernant la période de l'étude.

Après cette étape dite de mobilisation et de dépouillement, passer à celle de présentation et analyse des données.

1.1 Mobilisation et dépouillement des données

Une fois les données mobilisées, il s'agira pour nous de :

*comparer dans un premier tableau, les recettes recouvrées aux dépenses prévues dans les quatre dernières années qui ont précédé notre année d'étude ;

*comparer dans un deuxième tableau, les dépenses réalisées et celles prévues de 2009 à 2012 ;

*comparer dans un troisième tableau, les différents équilibres budgétaires de la période.

1.1.1-Données relatives au budget de fonctionnement

La présentation des données sur le budget de fonctionnement de l'HZK a été réalisée à partir des recettes et dépenses issues du budget annuel. Ainsi l'étude comparative des dépenses aux recettes a permis de faire ressortir des écarts consignés dans les tableaux n°11 ; 12 ; 13 et 14 ci-dessous. Les tableaux font apparaître en colonnes les recettes recouvrées, les dépenses prévisionnelles, les écarts ; et en lignes l'évolution des recettes et dépenses.

Tableau n°7 : Tableau comparatif des dépenses aux recettes de 2009 à 2012

Années	Recettes (recouvrement)	Dépenses (prévision)	Ecart	
			Favorable (+)	Défavorable (-)
2009	431.282.063	450.672.332	-	19.390.269
2010	423.758.095	447.106.108	-	23.348.013
2011	483.475.696	453.202.496	30.273.200	-
2012	502.177.722	482.728.495	19.449.227	-

Source : Nous-mêmes

Tableau n°8 : Tableau comparatif des dépenses de 2009 à 2012

Années	Dépenses (réalisations)	Dépenses (prévisions)	Ecart	
			Favorable (+)	Défavorable (-)
2009	399.006.380	450.672.332	-	51.665.952
2010	391.033.035	447.106.108	-	56.073.073
2011	465.649.169	453.202.496	12.446.673	-
2012	483.479.040	482.728.495	750.545	-

Source : Nous-mêmes

Tableau n°9 : Tableau comparatif des recettes de 2009 à 2012

Années	Recettes totales (recouvrement)	Recettes (prévision)	Ecart	
			Favorable (+)	Défavorable (-)
2009	431.282.063	450.672.332	-	19.390.269
2010	423.758.095	447.106.108	-	23.348.013
2011	483.475.696	453.202.496	30.273.200	-
2012	502.177.722	482.728.495	19.449.227	-

Source : Nous-mêmes

Tableau n°10 : Equilibre budgétaire de 2009-2012

Année	Recettes (prévision)	Dépenses (prévision)	Ecart
2009	450.672.332	450.672.332	-
2010	447.106.108	447.106.108	-
2011	453.202.496	453.202.496	-
2012	482.728.495	482.728.495	-

Source : Nous-mêmes

1.1.2-Données relatives à l'évolution du taux d'exécution du budget et de 2009 à 2012

La présentation des données relatives à l'évolution du taux d'exécution du budget a été réalisée à partir des recettes recouvrées et des dépenses réalisées. Ainsi le calcul du taux d'exécution à travers le rapport des dépenses aux recettes permettra de faire ressortir l'évolution des différents taux de 2009 à 2012. Le tableau ci-dessous fait apparaître en colonnes les recettes recouvrées, les dépenses réalisées, les taux d'exécutions ; en ligne l'évolution des dites recettes et dépenses.

Tableau n°11 : Evolution du taux d'exécution du budget de 2009-2012

Année	Recette totales (recouvrement)	Dépenses totales (réalisation)	Taux d'exécution
2009	431.282.063	399.006.380	92,51 %
2010	423.758.095	391.033.035	92,27 %
2011	483.475.696	465.649.169	96,31 %
2012	502.177.722	483.479.040	96,27 %

Source : Nous-mêmes

1.1.3- Données relatives à l'évolution des recettes de 2009-2012

La présentation des données relatives à l'évolution des recettes a été réalisée à partir des recettes prévisionnelles et des recettes recouvrées. Ainsi l'étude de l'évolution des recettes permettra de faire ressortir l'évolution du taux de recouvrement de 2009 à 2012. Le tableau ci-dessous fait apparaître en colonnes les recettes prévisionnelles, les recettes recouvrées, les taux de recouvrement, et les écarts et en lignes l'évolution des dites recettes.

Tableau n°12 : Evolution des recettes de 2009-2012

Année	Prévision	Réalisation		
		Montant	Taux de recouvrement (%)	Ecart
2009	450.672.332	431.282.063	95,69	(19.390.269)
2010	447.106.108	391.033.035	87,45	(56.073.073)
2011	453.202.496	483.475.696	106,67	30.273.200
2012	482.728.495	502.177.722	104,02	19.449.227

Source : Nous-mêmes

Le tableau ainsi obtenu permet de faire ressortir en 2009 un taux de recouvrement de 95,69% ; 87,45 % en 2010 ; 106,67 % en 2011 et enfin 104,02 % en 2012.

1.1.4- Données relatives à l'évolution des dépenses

La présentation des données relatives à l'évolution des dépenses a été réalisée à partir des dépenses prévisionnelles et des dépenses réalisées. Ainsi l'étude de l'évolution des dépenses permettra de faire ressortir la tendance du taux de réalisation des dépenses de 2009 à 2012. Le tableau ci-dessous fait apparaître en colonnes les dépenses prévisionnelles, les dépenses réalisées, les taux de réalisation ; et en lignes l'évolution des dites dépenses.

Tableau n°13 : Evolution des dépenses de 2009-2012

Année	Prévision	Réalisation		
		Montant	Taux de réalisation(%)	Ecart
2009	450.672.332	399.006.380	88,53	(51.665.952)
2010	447.106.108	391.033.035	87,45	(56.073.073)
2011	453.202.496	465.649.169	102,74	12.446.223
2012	482.728.495	483.479.040	100,15	750.545

Source : Nous-mêmes

Le tableau ainsi conçu, permet de faire ressortir en 2009 un taux de réalisation de 88,53% ; 87,45% en 2010 ; 102,74% en 2011 et enfin 100,15% en 2012.

Tableau n°14 : Evolution des ratios de rentabilité sur la période d'étude

Années Ratios	2009	2010	2011	2012
Rentabilité des capitaux propres ($\frac{Résultat\ Net}{Capitaux\ propres}$)	1,64	0,45	0,24	0,25
Rentabilité des capitaux investis ($\frac{Résultat\ Net}{Actif\ total}$)	12,17 %	3,17 %	1,53 %	1,76 %
Ratio d'autonomie financière ($\frac{Capitaux\ propres}{Capitaux\ étrangers}$)	15 %	13 %	9 %	11 %
Capacité d'autofinancement ($\frac{EBE}{CAHT}$)	0,36	0,19	0,07	0,06
Rentabilité du chiffre d'affaire ($\frac{RNE}{CA}$)	-28,65 %	-19,34 %	-33,50 %	-37,23 %

Source : Nous-mêmes

1.2-Présentation et Analyse des données

1.2.1-Présentation et Analyse des données liées au budget de fonctionnement

A partir des données du tableau nous constatons que les écarts de 2009 à 2010 sont défavorables, ce qui s'explique par une prévision des dépenses d' « achats et variations de stocks » nettement élevé par rapport aux « vente de produits » sur la période d'étude. Cela signifie que les réalisations des recettes n'arrivent pas à couvrir les dépenses prévisionnelles établies. Notons aussi que les recettes réalisées sont supérieures aux charges prévisionnelles établies sur la période d'étude (2009-2010).

De 2009 à 2010, les ventes des produits n'ont pas été favorables dans l'HZK et les charges d'exploitations n'ont pas été maîtrisées ; Ce qui explique des écarts

défavorables sur cette période. Par contre, de 2011 à 2012, les ventes réalisées par l'HZK ont été très favorable et les charges d'exploitations ont été maîtrisées d'où des écarts favorables sur cette période d'étude.

1.2.2-Présentation et analyse des données relatives à l'équilibre budgétaire

Le respect de l'équilibre budgétaire est un des facteurs important qui permet de garantir la bonne solvabilité d'une entreprise, de rationaliser la gestion et d'éviter les dérapages budgétaires par une explosion de la fiscalité ou une fuite en avant par l'emprunt. Sur toute la période d'étude de 2009 à 2012, cet équilibre budgétaire est respecté. On peut donc dire que l'HZK réduit l'incertitude concernant l'évolution de ces dépenses.

1.2.3-Présentation et analyse des données relatives à l'évolution du taux d'exécution du budget

Des rapports d'activités de 2009 à 2012 on note que le taux moyen d'exécution des réalisations des dépenses par rapport aux ressources est de 94,34 %. La faiblesse d'un taux d'exécution de budget est due au faite que toutes les ressources devraient être engagées et dépensées avant la fin de l'exercice comptable, on note donc, pour l'HZK, un faible taux d'exécution du budget de l'hôpital car toutes les ressources ne sont pas engagées sur toute la période d'étude ; Cela est du entre autres au décalage récurrent dans la présentation des chiffres entre le budget de fonctionnement et le budget d'investissement . Un effort devrait donc être fait pour atteindre une réalisation optimum des ressources de fonctionnement.

1.2.4-Présentation et analyse des données liées à l'évolution des recettes

De 2009 à 2010, on note une réalisation des recettes inférieures aux prévisions. Ce qui à pour conséquences un écart négatif de 75.463.342 F.CFA sur cette période. Cela s'explique par un système de recouvrement de réalisations de recettes défaillant, l'accroissement des impayés et des prises en charges du personnel de l'Etat qui ne sont pas remboursés, ce qui engendre un déficit financier.

De 2011 à 2012, on note une nette amélioration des réalisations par rapport aux prévisions des recettes et un écart positif de 49.722.427 F.FCA. Cela s'explique par un effort de l'Etat pour le paiement de ces impayés, ce qui nous donne un taux moyen de recouvrement des réalisations des recettes de 105%. Ce taux de recouvrement est dû au fait que les recouvrements des années antérieures ont été perçus sur les années 2011 et 2012. D'où ce taux de recouvrement élevé sur ces périodes.

1.2.5-Présentation et analyse des données liées à l'évolution des dépenses

De 2009 à 2010, on note une réalisation inférieure à la prévision des dépenses, ce qui à pour conséquences un écart positif de 107.739.025 FCFA sur cette période. Cela s'explique par une maîtrise des charges du personnel et d'exploitations, et une maîtrise des services extérieurs de l'HZK.

De 2011 à 2012, on remarque une réalisation supérieur à la prévision des dépenses, ce qui à pour conséquences un écart négatif de 13.196.768 FCFA sur cette période. Cela s'explique par une non maîtrise des charges du personnel et d'exploitations, et une inflation des services extérieurs de l'HZK due au manque de personnel.

1.2.6-Présentation et analyse des données liées aux ratios de rentabilité

- **Ratio de rentabilité des capitaux propres (ROE)**

Les résultats de ce ratio sur la période d'étude nous montrent que les capitaux propres (le ROE) de l'HZK génèrent des bénéfices sur la période d'étude. L'HZK est alors financièrement rentable.

- **Ratio de rentabilité des capitaux investis (ROI)**

Il a connu des fluctuations sur toute la période d'étude et est resté positif, cela signifie que l'HZK a été économiquement rentable sur toute la période d'observation.

- **Ratio d'autonomie financière**

Le calcul de ce ratio est primordial pour les entreprises. Pour l'HZK, ce ratio est très inférieur à 1. Ce qui entraîne qu'il n'est donc pas financièrement autonome.

Les données d'analyse montrent qu'il dépend, en grande partie de ses partenaires financiers.

- **Capacité d'autofinancement**

Il mesure la capacité de l'entreprise à s'autofinancer. Sur toute la période d'étude, il n'est pas très favorable car il évolue en dent de scie et de manière décroissante.

- **Rentabilité du chiffre d'affaire**

Ce ratio est négatif sur toute la période d'observation. Ainsi, l'hôpital de zone de Kandi n'a pas réalisé de résultat positif sur les quatre dernières années.

1.2.7 Présentation et analyses des données issues des enquêtes

Dans le souci de rapprocher données théoriques des données empiriques, un guide d'entretien (annexe1) a été élaboré et testé en présence du directeur de l'hôpital. Compte tenu des problèmes spécifiques en résolution l'enquête n'a pris en compte que le personnel administratif aussi bien à l'hôpital de zone qu'à

la coordination de zone et les chefs de divisions médicales et médico-techniques. La population mère est de 17. La population cible compte 12 personnes. 10 personnes ont été entretenues au sujet des trois hypothèses à la fois. Nous avons retenu ce qui suit :

***des réponses obtenues aux questions liées à l'hypothèse n°1, il ressort que 9 sur 10 reconnaissent que l'hôpital devrait disposer de fonds nécessaires pour son fonctionnement régulier.**

***ensuite, des réponses obtenues, aux questions liées à l'hypothèse n°2, les 10 personnes interrogées sur les dix reconnaissent que l'hôpital ne possède pas un service de recouvrement et ont témoigné l'absence d'agent « col vert ».**

***enfin, concernant les réponses aux questions liées à l'hypothèse n°3, six personnes sur dix ont estimé que l'hôpital de zone de Kandi fait trop de social dans le cadre de sa mission de soigner.**

Ces données méritent d'être vérifiées par des analyses et en établir leurs limites afin de réduire les biais de diagnostics.

II- Vérification des hypothèses et limite du données

Il s'agit de vérifier les hypothèses et d'établir les diagnostics qui sont à la base des problèmes.

2.1-Vérification des hypothèses

Hypothèse n°1 : « L'insuffisance de ressources financières propres justifie l'exécution partielle du budget de l'HZK ».

Après avoir posé le diagnostic de l'équilibre budgétaire de l'Hôpital de Zone de Kandi en vérifiant sa source de recettes et en calculant certains taux, nous avons remarqué que :

- l'équilibre budgétaire est respecté sur la période d'étude de 2009 à 2012

- le taux moyen d'exécution du budget de l'HZK sur la période d'étude est de 94,34%
- les subventions d'investissement ont augmentés de 2009 à 2011 et ont légèrement diminué en 2012
- les créances antérieures recouvrées ont été réparties sur la période de 2011 à 2012 ce qui explique un taux de recouvrement élevé sur cette période d'observation.
- les ressources propres de l'HZK occupent un faible pourcentage dans les résultats nets (Tableau n°18)
- les résultats de l'enquêtes ont révélé 9 sur 10 soit 90% du groupe cible ont estimé que « l'hôpital devrait disposer de ressources nécessaires pour son fonctionnement régulier ». Ceci nous amène à dire que si l'hôpital disposait d'un fonds de roulement suffisant lui permettant de faire ses approvisionnements en temps opportun (selon le besoin de la période), il ne connaîtrait pas de rupture de stock pour certains produits et par conséquent pourrait concourir vers une exécution totale de son budget.

Au regard de ces analyses nous constatons que l'hypothèse 1 est confirmée. L'HZK ne dispose pas de ressources financières propres pour l'exécution totale de son budget.

Hypothèse N°2 : « L'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources propres explique l'existence de créances irrécouvrables sur les tiers payants à l'HZK ».

Suite à notre analyse sur la période d'observation nous avons constaté :

- une absence d'action planifiée pour la mobilisation des ressources ;
- une insuffisance de moyens matériels et humains ;
- qu'il n'y a pas émission et transmission des factures à bonne date ;

- que le recouvrement des créances sur l'Etat, est caractérisé par une longue procédure administrative.
- que des résultats obtenus de l'enquête, l'hôpital n'a matériellement pas de service de recouvrement.

De tout ce qui précède, nous concluons que l'hypothèse N°2 est confirmée. L'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources propres est à la base du recouvrement partiel des créances sur les tiers payants de l'HZK.

Hypothèse N°3 : « Les activités de l'HZK ne lui permettent pas d'avoir une autonomie financière »

Au regard de ce qui précède nous avons remarqué que :

- Le ratio d'autonomie financière est inférieur 50 % ;
- La rentabilité des capitaux propres et des capitaux investis évolue en dent de scie et évolue de manière décroissante ;
- Le ROE et le ROI sont très faibles sur toute la période d'étude ;
- Le ratio de rentabilité du chiffre d'affaire est négatif sur toute la période d'étude

L'analyse du ratio d'autonomie financière révèle que le ROE et le ROI de l'HZK connaissent des fluctuations et évolue de manière défavorable ; aussi, le ratio d'autonomie financière est très inférieur à 50 %. L'enquête sur le terrain, a révélé que l'hôpital n'exige pas forcément le paiement des frais de prestations avant d'engager les soins. Nous pouvons donc conclure que les activités de l'HZK ne lui permettent pas d'être financièrement autonome.

2.2-Limite des données

Le calcul du résultat à l'HZK s'obtient par application de la comptabilité financière. Avec cette comptabilité, le résultat est calculé en faisant le total des produits diminués du total des charges. Dans ce cas, le résultat global obtenu ne permet pas de faire une analyse objective des différents centres de

responsabilité. La comptabilité générale ne fournit donc aucune indication sur la destination des charges c'est-à-dire sur la ventilation entre, les produits, les services, les unités et les activités de bases de l'hôpital. Elle donne une vue globale et synthétique des comptes ce qui ne favorise pas une appréciation critique du système de gestion budgétaire de l'HZK.

2.3-Etablissement du diagnostic

Il est procédé ici à la formulation des éléments du diagnostic relatif à chaque problème en résolution sur la base de la vérification des hypothèses de la recherche.

2.3.1-Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°1

Les données quantitatives issues de l'enquête ayant révélé que l'hypothèse n°1 est confirmée, nous pouvons désormais établir notre diagnostic en concluant que, *L'HZK ne dispose pas de ressources financières propres pour l'exécution totale de son budget.*

2.3.2- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°2

La confirmation de l'hypothèse n°2 nous permet de retenir définitivement que *l'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources propres est à la base du recouvrement partiel des créances sur les tiers payants de l'HZK.*

2.3.3-Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°3

La confirmation de l'hypothèse n°3 nous conduit à retenir de façon définitive que *les activités de l'HZK ne lui permettent pas d'être financièrement autonome.*

L'étude de l'évaluation du système budgétaire de l'hôpital de zone de Kandi a permis de relever des insuffisances auxquelles il convient d'apporter des solutions. La vérification des hypothèses antérieurement formulées nous situe

désormais sur les vraies causes des problèmes spécifiques identifiés.

Il importe donc de faire des suggestions et des recommandations en vue d'une amélioration du système. Le prochain chapitre fera ressortir les recommandations à cet effet et les conditions de mises en œuvre.

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

Afin d'atteindre l'objectif général de notre étude qui est de suggérer les conditions d'une gestion budgétaire performante de l'hôpital de zone de Kandi, nous avons fixé des objectifs spécifiques liés aux problèmes pour lesquels les causes supposées, nous ont conduits à formuler des hypothèses. L'analyse des données recueillies nous a permis de vérifier ces hypothèses et établir des éléments de diagnostic.

Ainsi, nous pouvons proposer des approches de solutions et fixer les conditions de mises en œuvre d'une gestion budgétaire efficace et efficiente pour l'hôpital.

I- Approches de solutions

Apporter une solution à un problème, c'est suggérer les conditions objectives d'éradication des causes réelles se trouvant à la base de ce problème en ne perdant pas de vue les objectifs retenus. Il s'agit en fait de renforcer les atouts et d'enrayer les faiblesses.

Dans cette optique, nous proposons l'atténuation des différentes causes à la base de chaque problème spécifique et par ricochet, conduire à la résolution dudit problème.

1.1- Approches de solutions liées au problème de l'exécution partielle du budget par l'HZK

Le diagnostic établi révèle une insuffisance de ressources financières propres comme cause de la non exécution optimum du budget de l'hôpital.

Résoudre ce problème revient à proposer les mesures à adopter pour une exécution franche et totale du budget. Pour ce faire, nous suggérons qu'une structure autonome soit créer dans le but de suivre et de contrôler les différentes affectations liées au budget et son exécution.

Aussi, nous proposons que les dirigeants de l'hôpital de zone de Kandi prennent des mesures administratives pour mettre sur pied un service de comptabilité analytique pour qu'une estimation du coût réel des prestations soit connue. Cela permettra aux dirigeants de l'hôpital de connaître le rendement de chaque service, de les comparer aux différentes feuilles de routes afin de limiter les responsabilités concernant la mobilisation de ressources propres de l'hôpital.

1.2- Approches de solutions liées au problème de l'existence de créances irrécouvrables sur les tiers payants

Ce problème spécifique à pour cause l'inefficacité du système de mobilisation de ressources propres et l'insuffisance de moyens nécessaires pour assurer de manière optimale le recouvrement des créances sur les tiers payants.

Les approches de solutions à ce problème consisteront à :

- informatiser et à mettre en réseau la caisse principale, la division gestion des malades et la section facturation avec la division recouvrement et opérations de banque. Ceci permettra à cette division de faire un travail préalable à son niveau et de mieux contrôler les activités des secteurs avec lesquels elle est mise en réseau;
- mettre en place une organisation efficace afin que les factures et les plis soient

établis et déposés dans les délais figurant sur le contrat;

- s'assurer de l'effectivité de la signature de contrat de partenariat et joindre chaque fois une copie du contrat aux plis à déposer auprès des sociétés d'assurance, les sociétés et les structures de l'Etat;
- rendre disponible un moyen de déplacement de façon périodique pour le dépôt des factures dans les sociétés d'assurance et les différentes structures contractuelles de prise en charge des malades;
- procéder à des relances par téléphone et par écrit au cas où les paiements n'interviendraient pas dans le délai figurant sur le contrat;
- recouvrer par voie d'huissier les paiements n'intervenant pas dans le délai après trois relances en leur appliquant une pénalité qui sera définie dans le contrat de partenariat.

1.3- Approche de solutions liées au problème de la gestion budgétaire de l'hôpital de zone de Kandi

La cause à ce problème est que les activités menées par l'hôpital de zone de Kandi ne peuvent pas lui permettre d'avoir une autonomie financière.

Les approche de solution à ce problème est qu'il va falloir :

- que l'HZK se comporte et fonctionne comme une entreprise ;
- que les estimations budgétaires prennent réellement en compte toutes les charges afférentes aux différentes prestations ;
- que les prix des prestations ne soient plus désormais des tarifs imposés, mais de vrais prix qui puissent permettre, à défaut de réaliser des bénéfices exorbitants, tout au moins renouveler les équipements et les stocks de biens consommables.
- Sensibiliser pour faire comprendre à tout citoyen lahnda que l'hôpital est comme toute maison qui a aussi le droit de vivre, afin de continuer à servir sa population ;

- Eradiquer les manques à gagner qui sont dus aux nombreuses interventions visant la gratuité au profit des demandeurs, appelés souvent sous le vocable de « demandeurs de service » ;
- Si gratuité doit avoir, au nom de la solidarité nationale, que l'occasion soit donner à l'HZK comme tous les hôpitaux d'ailleurs, d'adresser la facture au Ministère des finances sur la base des coûts de revient de prestations.
- Face à cette peinture sombre, nous estimons pour finir, que le Régime d'Assurance Maladie universelle (RAMU) peut permettre à l'hôpital de zone de Kandi et les autres hôpitaux de finir par fonctionner comme de vraies entreprises ; Tout comme les réseaux de téléphonie mobile, la SBEE par endroit etc., le RAMU permettra des soins prépayés au coût juste.

II- Conditions de mise en œuvre des solutions: recommandations

Les approches de solutions étant énumérées, il faut qu'un certain nombre de conditions soient remplies pour qu'elles soient mises en œuvre. Dans ce cadre nous formulons des suggestions à l'endroit de la direction de l'hôpital de zone de Kandi, des différentes sociétés d'assurances et des structures de l'Etat dont les agents utilisent les prises en charge. Ces suggestions permettront l'atteinte des objectifs de la mise en œuvre des solutions.

2.1-Recommandations à l'endroit de l'hôpital et du Bureau de zone de Kandi

2.1.1-Hôpital de zone de Kandi : Face à ces nombreuses insuffisances qui empêchent la mobilisation des ressources d'une part et une gestion budgétaire efficace, performante comme outil de développement d'un hôpital de zone tel que Kandi d'autre part, nous ferons des propositions dans le souci d'améliorer le système de gestion budgétaire de l'HZK. Ainsi les autorités de l'hôpital voudront bien :

- doter et renforcer les pharmacies de matériels nécessaires (informatiques, mobiliers...) pour son bon fonctionnement. Car celles-ci constituent une autre source de financement de l'hôpital ;

- augmenter la gamme de médicaments mis en vente ;

- améliorer la gestion financière en révisant le système comptable et financier afin de l'adapter, si possible à celui des entreprises. Ceci permettra de faire une bonne analyse budgétaire et financière pour apprécier la santé financière de l'hôpital de zone ;

- améliorer la communication entre le médecin coordonnateur de zone et la direction de l'HZK ;

- doter l'hôpital d'un contrôleur interne de gestion afin de mettre sur pied un système fiable de contrôle de gestion.

De même il va falloir :

- une informatisation complète du système d'information par un renforcement du parc des matériels informatiques pour favoriser la collecte rapide des informations comptables ;

- que les politiques de santé prennent en compte les questions de gestion relatives aux systèmes d'informations ;

- que les responsables administratifs et financiers qui sont chargés de la gestion des hôpitaux intègre les différents responsables des centres médico-techniques dans la prise des décisions de gestion ;

- renforcer le personnels des services administratifs et financiers ;

- éviter les ruptures de stock des médicaments dans la pharmacie de l'hôpital parce que les recettes issues de cette dernière représentent une grande part dans les recettes de l'hôpital.

2.1.2-Recommandations à l'endroit du Bureau de Zone : Compte tenu des difficultés que rencontre le bureau de zone pour mettre à la disposition de l'hôpital de zone de Kandi, nous venons faire des suggestions ci-après :

-que le coordonnateur du bureau de zone fasse des répartitions provisoires de crédits avant même leur notification ;

-susciter l'expression des besoins avant la notification des crédits, afin d'apprêter l'ensemble des besoins de la zone ;

-procéder au réajustement après notification des crédits. Car cette notification étant donné qu'elle prend du temps avant d'être faite.

-organiser des séances de concertation entre le bureau de zone et les Formations Sanitaires de la zone en vue d'harmoniser les objectifs poursuivis pour le secteur sanitaire de la zone ;

Il est très importante pour les autorités du bureau de zone, dans l'état actuel des choses, d'adopter une véritable offensive managériale pour accroître le niveau de consommation de ses crédits pour le bonheur de la population de la zone.

2.2 Recommandations à l'endroit du MS

L'Etat par le truchement du Ministère de la Santé doit assurer un environnement idéal de travail à travers:

- les conditions physiques (locaux de taille adéquate avec un éclairage et une aération adaptée);
- la fluidité dans le processus de décaissement des fonds au niveau de ses structures afin de permettre la mise à disposition rapide des fonds pour une meilleure prise en charge des patients assurés;
- tenir informer les autorités de l'hôpital de zone de Kandi du rejet de certaines factures en y faisant des observations claires et chercher des voies et moyens, pour retourner ces factures rejetées à l'hôpital ; ceci dans le but d'une accélération du processus ;

- tenir à jour le SIGFiP départemental pour la célérité des opérations ;
- plaider pour faire voter la loi sur le RAMU ;
- la création d'une fonction publique hospitalière; ceci permet de créer une pyramide des grades qui sera spécifique avec comme référence des diplômes spécifiques plutôt que des niveaux universitaires.

2.3 Tableau de synthèse de l'étude (TSE)

C'est un tableau qui récapitule de tout le travail abattu dans le cadre de notre étude : de la problématique aux solutions d'éradication des causes réelles se trouvant à la base des problèmes en passant d'une part, par la fixation des objectifs, et la formulation des hypothèses puis d'autre, par l'établissement des diagnostics.

Tableau n°18 : Tableau de Synthèse de l'Etude (TSE)

Niveau d'analyse		Problème	Objectif	Causes réelles	Diagnostic	Solutions
Niveau Général		Système de gestion budgétaire à améliorer	Evaluer et contribuer à la performance du système de gestion budgétaire de l'HZK			
Niveau spécifique	1	Exécution partielle du budget par l'HZK sur la période d'étude retenue (Faible taux d'exécution du budget) :Ps ₁	Proposer des actions pour optimiser le niveau de consommation des crédits délégués et par ricochet le niveau d'exécution du budget (Os ₁);	L'insuffisance de ressources financières propres à l'Hôpital de Zone Kandi.	L'insuffisance de ressources financières propres justifie l'exécution partielle du budget de l'HZK	-Suivi et contrôle de gestion budgétaire ; -améliorer le mécanisme de consommation budgétaire ; -Initier une comptabilité analytique de gestion ; -accroître le fonds de roulement
	2	Caractère non performant du mécanisme de recouvrement des créances(Ps ₂) ;	Suggérer les mesures à mettre en œuvre pour rendre performant le mécanisme de recouvrement des créances (Os ₂) ;	L'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources propres de l'Hôpital de Zone de Kandi	L'inefficacité du mécanisme de mobilisation des ressources explique l'existence de créances irrécouvrables sur les tiers payants à l'HZK.	-Mettre en réseau le parc informatique -envoi de factures à bonne date ; -rendre disponible le moyen de déplacement pour assurer le recouvrement ; -assurer le suivi régulier des recouvrements.
	3	Manque d'équilibre budgétaire : insuffisance des ressources propres pour couvrir les charges de l'hôpital(Ps ₃) ;	Evoquer les voies et moyens pour accroître les sources de revenus propres de l'hôpital (Os ₃).	Le caractère social des activités de l'HZK	Les activités de l'HZK ne lui permettent pas d'avoir une autonomie financière.	-Pratiquer la vérité de prix des prestations de l'HZK ; -lutter contre les manques à gagner ; -sensibiliser la population pour adhérer au RAMU

Source : Nous-mêmes

Conclusion générale

Il est indéniable que notre formation s'est enrichie sur le plan pratique. Par contre, l'étude du système de gestion budgétaire des hôpitaux aura montré la nécessité d'une bonne gestion dans les hôpitaux.

De tout ce qui a été développé dans les différents chapitres, il découle que l'hôpital de zone de Kandi est confronté à quelques problèmes malgré les efforts consentis par ses autorités administratives et de gestion. Parmi ces problèmes, nous avons identifié certains qui nous semblent pertinents et qui affectent sa gestion rigoureuse. Cette gestion rigoureuse exige l'introduction d'une logique de performance dans les hôpitaux, laquelle logique passera par l'élaboration des indicateurs de performance afin de pouvoir mesurer l'efficacité des dépenses effectuées. Les moyens dont dispose l'hôpital sont insuffisants pour assurer la couverture totale de ses besoins.

Si l'atteinte des objectifs en termes de présentation des recettes conditionne le développement des hôpitaux, il va falloir mettre en place un cadre indicatif pour l'utilisation rationnelle des ressources. Pour y arriver, nous avons fait des suggestions. Nous pensons que ces suggestions faites à l'endroit des responsables de l'hôpital contribueront à la gestion optimale de l'hôpital. Nous demandons donc à ces responsables de bien vouloir ne pas jeter ce document aux oubliettes et de mettre en application les suggestions.

Toutefois, aucun mode de gestion n'est exempt d'insuffisances. C'est la remise en cause permanente qui permet de se rapprocher de l'idéal qu'est la bonne gestion. Ainsi, nos suggestions n'ont-elles nullement la prétention d'être une panacée.

Au total l'hôpital de zone de Kandi est confronté à de sérieux problèmes de gestion dont certains ont été abordés lors de notre étude. Notre souhait le plus ardent est que les autres aspects non développés dans ce mémoire face l'objet

d'étude ultérieure dans le cadre de la revitalisation de cet hôpital de référence pour le bonheur de la population de la zone sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

I- OUVRAGES

- BAZINET, S. (1981) : « **L'évaluation du rendement : les méthodes d'évaluation des cadres** » ;
- BENANTEUR, Y., ROUINGA, R. et SAILLOUR, J-L. (2000) : « **Organisation logistique et technique à l'hôpital.** », Ed. ENSP, Paris ;
- DELMAQUETTE, M. (2002) : « **plein pot** » Mercatique Edition Foucher ;
- MAGNET, J. (1998) : « **Finances Publiques** » 4ème Edition Système, France ;
- MSP (2003) : « **Plan stratégique National de développement sanitaire 2003** » ; version 2003 ;
- PERETTI, J-M. (2001) : « **Ressources Humaines et Gestion des personnes** » Vuibert, Paris ;
- Robert Antony (1965) « **Planning and Control System** ».

II - MEMOIRES, RAPPORTS ET REFERENTIELS

1. ACAKPO C. J. (2010), « **Gestion informatisée des dépenses publiques dans les Départements du Borgou et de l'Alibori** », cycle I, Administration Hospitalière Universitaire et Intendance ;
2. AWOUNOU, V. (2005) : « **Contribution à la dynamisation de la procédure d'exécution du budget de l'Etat pour une consommation efficace meilleure des crédits budgétaire** », Mémoire de fin de formation, UAC/ENAM/ Cycle I /AFT ;
3. CODO, T. A. (2007) : « **Contribution pour une gestion optimale du rendement du personnel administratif du MESFP** », Mémoire de fin de formation UAC/ENAM/ Cycle II/GRH ;
4. Conseil des Professeurs de l'ENAM, (2007) « **REFERENTIEL DES MEMOIRES** », 2^{ème} édition ;

5. MOUSSOU, M. (1983) : « **Approche pour une meilleure utilisation du personnel de santé en République Populaire du Bénin** », Cycle II, ENA, UAC ;

6. MSP/DRFM : **Rapports d'autoévaluation des exercices 2007 et 2008** ;

7. OLOUKOI I. W. (2007) : « **Contribution à l'amélioration du taux de consommation des crédits budgétaires : cas du ministère de la Santé** », Mémoire de fin de formation UAC/ENAM/ Cycle II/ AFT ;

8. TINDJILE M. I. (2007), « **Amélioration de la politique d'achat des consommables médicaux de l'hôpital de zone de Suru-Léré** », ENAM.

III- DOCUMENTS DE POLITIQUE ET DE STRATEGIE

1. MSP (2002) : « **Politique et stratégie de déploiement du système de santé 2002-2006** », Cotonou ;

2. MSP (2003) : « **Plan stratégique National de développement sanitaire 2003-2012** », Version 2003.

IV - COURS

1. BEAKOU R. (2013) : « **Audit et contrôle des Services de Santé** », ENAM, UAC ;

2. DJOSSOU J. (2013) : « **Technique de mobilisation des ressources** », ENAM, UAC ;

3. GAGLOZOUN W. (2013) : « **Gestion axée sur les Résultats** » ENAM, UAC ;

4. GNANSOUNOU S. & AHOLOU L. (2013) : « **Méthodologie de rédaction des mémoires professionnels** » ENAM, UAC ;

5. HOUNSA A. (2013) : « **Coût et Financement des Services de Santé** », ENAM, UAC ;

6. TCHIBOZO H. (2013) : « **Management stratégique des services de santé et de l'éducation** » ENAM, UAC.



ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour Madame ou Monsieur, Le Directeur ou le C/SAAE ou le C/SAF

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de fin de formation du cycle II en Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance, à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature, nous effectuons une enquête sur l' « **évaluation du système de gestion budgétaire de hôpitaux de zone** », Votre hôpital (l'Hôpital de zone de Kandi) est ciblé pour mener cette étude.

Dans le but de connaître vos difficultés et vos attentes sur la question pour participer à l'atteinte de vos objectifs dans le secteur, nous vous prions de bien vouloir apporter votre contribution à la réalisation de cette étude en répondant aux différentes préoccupations suivantes :

1- Qu'est-ce qui peut être à la base du retard dans la procédure de passation des marchés ?

- Le retard dans la définition des besoins et la lenteur dans l'élaboration des spécifications techniques ;
- Le manque de volonté des acteurs impliqués ;
- Autres réponses.

2- Qu'est-ce qui justifie la non consommation des crédits budgétaires ?

- Le non respect des délais conformément à la lettre de notification de crédit par le MEF;
- La non information sur l'existence des lignes ;
- Autres réponses.

3- Quelles sont les raisons qui expliquent la défaillance du réseau SIGFiP ?

- La mauvaise manipulation ;
- La mauvaise connexion et les pannes

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

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

Annexe 2 : Description de la procédure d'élaboration du budget

Chefs services	Elaborent les programmes d'activités et des budgets associés au plus tard le 15 Aout. Sur la base des conclusions de la réunion préparatoire, chaque service fait l'estimation de ses besoins ainsi que de ses ressources puis le transmet au C/SAF.	Programme d'activités budgets
D/HZB ; C/SAF C/SAAE ; Chefs service	Consolident les programmes d'activités et des budgets au plus tard le 30 novembre : - Discussions avec les chefs service ; - Ajustement pour équilibrer le budget.	Projet budget
Le CG	Examen et adoption du budget au plus tard le 15 décembre.	Projet budget
D/HZB	Envoie le budget à l'autorité de tutelle pour approbation	budget
C/SAF	Finalise le budget par intégration des amendements faits au cours de l'examen et de l'adoption du projet de budget. Met le budget à la disposition de tous les chefs service.	budget

Source : Manuel de procédure

Annexe 3 : Description de la procédure de gestion des dépenses supérieures à 25.000 f

INTERVENANTS	DESCRIPTION DES TACHES	DOCUMENTS ET INTREIFACES
Chef service demandeur	*Exprime le besoin sur la demande d'achat (Il s'agit d'exécuter une dépense prévue au budget par un service) ; *Transmet le besoin au C/SAAE pour visa.	Demande d'achat
C/SAAE	*Vérifie si la dépense est budgétisée *Appose son visa et transmet la demande au Directeur ;	Demande d'achat
Directeur HZK	Approuve la demande en la signant ;	Demande d'achat
C/SAAE	Prépare le bon de commande qu'il transmet à la signature du Directeur pour engagement de la dépense	Bon de commande
Directeur HZK	*Approuve la commande ; *S'assure de la signature du C/SAAE ; *Signe le bon de commande ;	Bon de commande
C/SAAE	A la livraison, *Réceptionne ; *Certifie le service fait ou livraison faite ; *Transmet la facture et les pièces jointes au Directeur ;	Bordereau de livraison
Directeur HZK	Affecte la facture et les pièces jointes au C/SAF ;	Facture BL, BC et PV
C/SAF	Vérifie que : *La facture est destinée à l'HZK ; *La facture correspond à une fourniture ou à une prestation de service sollicitée par l'HZB ; *Appose le cachet « bon à payer » et vise la facture ; *Transmet les factures ainsi certifiées et liquidées au comptable pour paiement ;	Facture BL
Comptable	*Paye les fournisseurs contre acquittement des factures ; *Enregistre les paiements dans le livre de caisse dépenses ; *Classe les factures acquittées dans le chrono de dépenses	Factures Livre de caisse

Source : Manuel de procédure des hôpitaux de zone

Annexe 4 : Description de la procédure de gestion des dépenses inférieures à 25.000 f

INTERVENANTS	DESCRIPTION DES TACHES	DOCUMENTS ET INTERFACES
Chef service demandeur	Exprime les besoins qu'il transmet au C/SAAE pour autorisation d'achat	Demande d'achat
C/SAAE	Approuve la demande en la signant	Demande d'achat
Régisseur d'avance	Paie la dépense	Facture Etat de paiement Pièces justificatives de la dépense Livre de caisse

Source : Manuel de procédure des hôpitaux de zone

Table des matières

Introduction générale.....	1
Chapitre premier : Cadre institutionnel, observations de stage et ciblage de la problématique.....	3
Section 1 : Cadre physique de l'étude et observations de stage.....	4
Paragraphe1 : Présentation générale de l'HZ de Kandi.....	4
I- Historique de l'HZ Kandi.....	4
II- Missions.....	6
III- Organisation et fonctionnement.....	7
3.1 Organe de décision.....	7
3.2 Organe consultatif.....	8
3.2.1 Le Comité de direction.....	8
3.2.2 La Commission Médicale Consultative.....	8
3.2.3 La Commission d'Hygiène et de Sécurité.....	8
3.3-Organe exécutif	9
3.3.1-Direction de l'hôpital	9
3.3.2-Les services de l'Hôpital de zone de Kandi.....	9
3.3.2.1-Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE).....	9
3.3.2.2-Le Service des Affaires Financières (SAF).....	9
3.3.2.3-Le Service de l'Infirmier Général.....	10
3.3.2.4-Les Services médico-techniques.....	10
IV-Les Ressources :.....	10
4.1-Les ressources humaines.....	10
4.2-Ressources matérielles et infrastructures.....	10
4.2.1-Capacité Hospitalière.....	11
4.2.2- Equipements médicaux-techniques	11
4.2.3- Matériel roulant	12
4.3-Les spécialités médicales.....	13
<i>Présentation des services d'accueil.....</i>	14
Le service des Affaires Administratives et Economique (SAAE)	14
a) La section de la facturation.....	14
b) La section de la gestion administrative et du personnel.....	14
c) La section de la comptabilité matière.....	14
d) La section gestion des malades et statistiques.....	14
e) La section maintenance et entretien:.....	14
B-Le Service des Affaires Financières (SAF).....	14
a)La Division de la Comptabilité, du Budget et de l'Informatique.....	14
b)La Division de Recouvrement des Recettes et des Opérations Bancaires.....	14
Paragraphe 2: Les observations de stage.....	15

I-Au Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE).....	16
1.1-La procédure d'élaboration et vote du budget.....	16
1.2-Exécution du budget et la tenue du compte administratif.....	20
II- Au Service des Affaires Financières(SAF).....	24
2.1- Comptabilisation des opérations.....	24
Section 2 : Ciblage de la problématique	27
Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique	27
I- Inventaire des éléments de l'état des lieux de base.....	27
1.1-Inventaire des atouts.....	27
1.2-Inventaire des points faibles.....	28
II-) Choix de la problématique.....	29
2.1- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt.....	29
2.2- Choix de la problématique et justification.....	31
Paragraphe 2: Détermination de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée.....	33
I-Spécification de la problématique.....	33
II- Vision globale de résolution des problèmes.....	34
2.1-Vision globale de résolution du problème général.....	34
2.2-Vision globale de résolution des problèmes spécifiques.....	34
2.3-Synthèse des approches génériques identifiées et séquences de résolution de la problématique.....	36
2.3.1- Synthèse des approches génériques identifiées.....	36
2.3.2- Séquence de résolution de la problématique.....	37
CHAPITRE DEUXIEME : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	38
Section1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude	39
Paragraphe1: Des objectifs de l'étude à la revue de littérature.....	39
I- Objectifs, causes et hypothèses de l'étude.....	39
1.1. La fixation des objectifs de l'étude.....	40
1.1.1- Objectif général (Og).....	40
1.1.2- Objectifs spécifiques (Os).....	40
1.2-Identification des causes supposées et formulation des hypothèses.....	40
1.2.1-Causes et hypothèses liés aux problèmes spécifiques.....	40
1.2.2-Conception du tableau de bord de l'Etude.....	46
1.3-Revue de littérature.....	48
1.3.1-Définition de quelques concepts.....	48
1.3.2 Principes généraux	56
Paragraphe2 : Choix de la méthodologie de l'étude.....	58
I- La collecte des données.....	58
1-1 Instruments et techniques de collecte des données.....	58

1-1-1 Recherche documentaire.....	59
1-1-2 L'observation et l'entretien direct.....	59
2-3 Traitement des données	59
Section 2 : Des enquêtes de vérification des hypothèses aux conditions de mise en œuvre des solutions.....	60
Paragraphe1 : Enquêtes et vérification des hypothèses.....	60
1.1 Mobilisation et dépouillement des données.....	60
1.1.1-Données relatives au budget de fonctionnement	61
1.1.2-Données relatives à l'évolution du taux d'exécution du budget et de 2009 à 2012	62
1.1.3- Données relatives à l'évolution des recettes de 2009-2012.....	63
1.1.4- Données relatives à l'évolution des dépenses.....	64
1.2-Présentation et Analyse des données.....	65
1.2.1-Présentation et Analyse des données liées au budget de fonctionnement.....	65
1.2.2-Présentation et analyse des données relatives à l'équilibre budgétaire.....	66
1.2.3-Présentation et analyse des données relatives à l'évolution du taux d'exécution du budget.....	66
1.2.4-Présentation et analyse des données liées à l'évolution des recettes.....	67
1.2.5-Présentation et analyse des données liées à l'évolution des dépenses.....	67
1.2.6-Présentation et analyse des données liées aux ratios de rentabilité.....	68
1.2.7-Présentation et analyse des données issues des enquêtes.....	68
II- Vérification des hypothèses et limites des données.....	69
2.1-Vérification des hypothèses.....	69
2.2-Limite des données.....	71
2.3-Etablissement du diagnostic.....	72
2.3.1-Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°1.....	72
2.3.2- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°2.....	72
2.3.3-Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°3.....	72
Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.....	73
I-approches de solutions.....	73
1.1- Approches de solutions liées au problème de l'exécution partielle du budget par l'HZK.....	74
1.2- Approches de solutions liées au problème de l'existence de créances irrécouvrables sur les tiers payants.....	74
1.3- Approche de solutions liées au problème de la gestion budgétaire de l'hôpital de zone de Kandi.....	75
II - Conditions de mise en œuvre des solutions: recommandations.....	76
2.1- Recommandations à l'endroit de l'hôpital et du bureau de zone de Kandi.....	76
2.1.1-Hopital de zone de Kandi.....	76
2.1.2-Recommandation à l'endroit du bureau de zone de Kandi.....	78
2.2- Recommandations à l'endroit du MS.....	78
2.3-Tableau de synthèse de l'étude.....	79

Conclusion générale.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	83
I- OUVRAGES	83
II- MEMOIRES, RAPPORTS ET REFERENTIELS	83
III- DOCUMENTS DE POLITIQUE ET DE STRATEGIE.....	84
IV-COURS.....	84
ANNEXES.....	85
Annexe 2 : Description de la procédure d'élaboration du budget des Zones Sanitaires.....	87
Annexe 3 : Description de la procédure des dépenses supérieures à 25 000FCFA dans les Hôpitaux de Zone	87
Annexe 4 : Description de la procédure de dépenses inférieures à 25 000 FFCFA dans les Hôpitaux de zone.....	88