



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE



**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 : 2009-2011

THEME

**PROBLEMATIQUE DE LA GESTION
DES CREDITS DELEGUES DANS LES
HOPITAUX DE ZONE : CAS DE
L'HOPITAL DE ZONE DE KANDI**

Réalisé et soutenu par:

Nadine Ghislaine B. de SOUZA

Maître de stage :

Georges SOSSOUKPE
C/SRFM / DDS/B-A

Maître de mémoire :

Césaire LANTONKPODE
Enseignant à l'ENAM

Janvier 2012

Identification du Jury

Président du jury : M. Michel SOGBOSSI

Vice Président du jury : M. Rilwane AREMOU

Membre du jury : M. Adrien LOKOSSOU

**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 mémoire à :

- Mes défunts parents, la persévérance dans les études étaient votre crédo ;
- Mon époux qui n'a cessé de me soutenir dans cette quête du savoir, soit en béni ;
- Vous, Janice, Grace, Rudy et Christiane, merci pour tous les sacrifices consentis ;

REMERCIEMENTS

A travers ces quelques lignes, nous témoignons du fond du cœur, toutes nos gratitudes 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 **Césaire LANTONKPODE**, notre Directeur de mémoire qui malgré ses multiples occupations, a accepté de diriger ce mémoire ;
- Monsieur **Georges SOSSOUKPE**, notre maître de stage, qui a su faire preuve de disponibilité constante à notre égard ;
- Monsieur **Armand ELEGBEDE**, directeur de l'hôpital de Kandi pour l'accueil et avoir accepté de consacrer son temps à la réalisation de ce mémoire ;
- tous les membres de l'administration de l'hôpital de Kandi, pour l'accueil ;
- tous nos enseignants qui ont accepté partagé leur savoir faire, soyez en remercier ;
- aux membres de **l'Administration de l'ENAM**, pour leur disponibilité ;
- à tous mes frères et sœur pour leur soutien quotidien ;
- à tous ceux qui nous ont aidés à obtenir la documentation et les renseignements nécessaires à la réalisation de ce mémoire ;
- à toutes les personnes qui de près ou de loin, nous ont apporté leurs contributions et conseils.

LISTE DES SIGLES

BGE : Budget Général de L'Etat

CDMT : Cadre de dépense à moyen terme

DRFM : Direction des Ressources Financières et du Matériel

HZ-K : Hôpital de Zone de Kandi

MS : Ministère de la Santé

PTA : Plan de Travail Annuel

UEMOA : Union Economique Monétaire Ouest Africain

SIGFIP : système Intégré de Gestion des Finances Publiques

TBE : Tableau de Bord de l'Etude

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Effectif par catégorie

Tableau n° 2 : Point des engins à deux roues

Tableau n° 3 : Point des engins à quatre roues

Tableau n° 4 : Point des crédits délégués de 2008 à 2011

Tableau n°5 : Récapitulatif des besoins non satisfaits

Tableau n°6 : Récapitulatif des crédits non consommés

Tableau n°7 : Regroupement des problèmes en problématique

Tableau n°8 : Synthèse des approches génériques par problème

Tableau n°9 : Tableau de Bord de l'Etude

Tableau n°10 : Répartition de l'échantillon

Tableau n°11 : Présentation des données relatives au problème spécifique n°1

Tableau n°12 : Présentation des données relatives au problème spécifique n°2

Tableau n°13 : Présentation des données relatives au problème spécifique n°3

Tableau n°14 : Tableau de synthèse de l'Etude

Glossaire de l'étude

- ✚ **BGE** : état prévisionnel des recettes de l'Etat
- ✚ **CDMT** : document qui indique sur les trois ans à venir le taux d'augmentation ou de diminution des dépenses publiques
- ✚ **CREDIT** : dotation budgétaire allouée à chaque institution de l'Etat en vue de couvrir ses dépenses prévisionnelles
- ✚ **LA DELEGATION** : est l'action de déléguer ses droits à une autre personne. La notion de délégation de crédit consiste à mettre des crédits à la disposition des structures déconcentrées des Ministères et Institutions de l'Etat pour l'exécution des dépenses au niveau départemental, en vue du financement des activités programmées dans les départements et / ou dans les communes.

RESUME

Le bon fonctionnement des structures d'une nation repose notamment sur une amélioration de la gestion budgétaire et un accroissement de l'efficacité des dépenses publiques, dans un cadre de gestion transparent. Le gouvernement du Bénin, à travers les crédits délégués, apporte un appui budgétaire à toutes les structures étatiques déconcentrées. C'est ainsi que les hôpitaux de zone qui desservent les populations de la périphérie, bénéficie de cette subvention de l'Etat. C'est pour mieux comprendre la gestion des crédits délégués qu'au cours de notre stage nous avons choisi de réfléchir sur le thème : « problématique de la gestion des crédits délégués dans les hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de Kandi »

Nos recherches nous ont permis d'identifier plusieurs problèmes à savoir:

- le Directeur de l'hôpital n'est pas gestionnaire de ses propres crédits ;
- Le retard dans le traitement des dossiers ;
- Les dotations de crédits délégués ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé

Pour éradiquer ces problèmes les objectifs suivants ont été fixés :

- proposer la stratégie de l'implication du Directeur de l'hôpital de zone dans la gestion de ces crédits délégués
- améliorer le délai de traitement des dossiers des crédits délégués ;
- Informer les formations sanitaires sur les crédits disponibles chaque année.

Le diagnostic étant établi, des approches de solutions ont été proposées et des conditions de mise en œuvre dégagées pour la résolution des différents problèmes spécifiques.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE PRELIMINAIRE : CADRE INSTITUTIONNEL, ETAT DES LIEUX DE BASE ET CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

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

Paragraphe 1 : présentation de la structure d'accueil du stage

Paragraphe 2 : Restitution des observations de stage : état des lieux

Section 2 : Ciblage de la Problématique

Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique

Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale et des séquences de
résolution de la problématique spécifiée

CHAPITRE PREMIER : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Paragraphe 1 : Objectifs, causes, hypothèses et revue de littérature

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude : approches théoriques
et méthodes empiriques retenues

Section 2 : de la collecte des données à l'établissement de diagnostic

Paragraphe 1 : Mobilisation des données d'enquêtes, présentation et analyse des
données

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

CHAPITRE DEUXIEME : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE

Section 1 : Approches de solutions aux problèmes identifiés

Paragraphe 1 : Approches de solutions aux problèmes spécifiques n°1 et n°2

Paragraphe 2 : Approches de solutions au problème spécifique n°3

Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions

Paragraphe 1 : Conditions de mise en œuvre des solutions aux problèmes
n°1 et n° 2

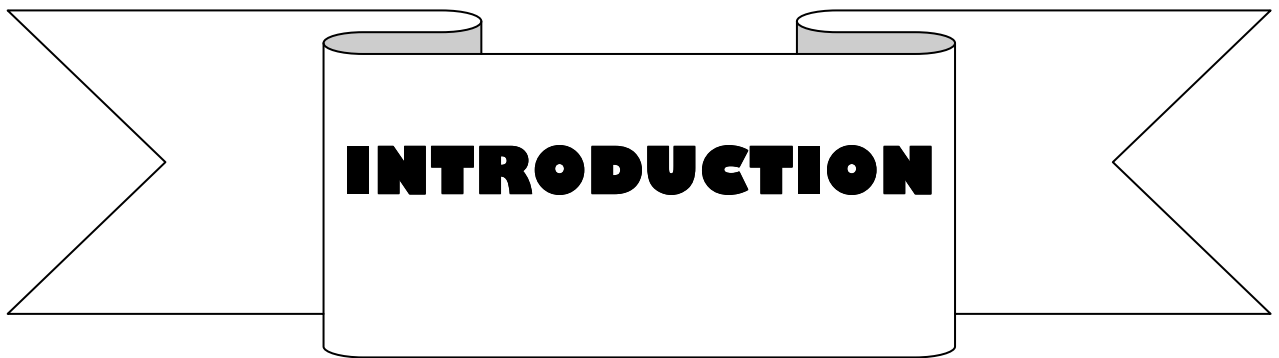
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions au problème n°3

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION

Pour le fonctionnement régulier des organes administratifs publics (ministères et institutions), il est voté par l'Assemblée Nationale, chaque année, le Budget Général de l'Etat (BGE). Le BGE est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses de l'Etat pour une année civile. Il est, par excellence, un instrument de politique économique et sociale de l'Etat qui permet, de réaliser des prévisions, d'opérer des choix et d'établir des priorités. Le budget une fois voté, les crédits sont notifiés à chaque ministère et institution et ont pour finalité de servir à la réalisation des objectifs de la politique de l'Etat.

L'un des objectifs de la politique de l'Etat est la bonne santé de la population qui est une mission dévolue du Ministère de la Santé. Pour un meilleur accomplissement de cette mission, le ministère de la santé a installé depuis un certain nombre d'année les hôpitaux de zone pour la réalisation de cet objectif.

Cette déconcentration a pour but d'améliorer l'accessibilité géographique des populations aux structures hospitalières, l'Etat a réorganisé en 2000 la pyramide sanitaire, instituant ainsi les hôpitaux de zone pour servir les populations des communes. C'est ainsi que l'hôpital de Kandi, où nous avons effectué notre stage de fin de formation, fut désigné comme hôpital de zone des communes de **Kandi, Gogounou et Ségbana**. Pour assurer son fonctionnement, en tenant compte de ses nouvelles obligations, l'hôpital de zone de Kandi, utilise des ressources provenant des recettes de ses prestations, des subventions de l'Etat et des partenaires privés. L'HZ de Kandi étant une structure sanitaire publique, les subventions de l'Etat constituent la part la plus importante dans son budget. Cependant, les crédits ne sont pas directement gérés par l'HZ de Kandi qui, doit satisfaire, en temps réel, les usagers de la structure et les prestataires. Cette situation pose de sérieux problèmes à l'hôpital qui se trouve, dans l'obligation de compter sur ses propres fonds, ce qui limite considérablement ses marges de manœuvre.

Ces problèmes dont nous avons eu écho, lors de nos premiers entretiens avec les responsables des services administratifs, nous ont incité à faire une revue des

documents financiers et comptables de l'hôpital. C'est alors que nous avons cherché à comprendre les préoccupations suivantes :

- Comment l'HZ de Kandi (HZK), qui est un hôpital public parvient-il à assurer son fonctionnement tout au long d'une année, alors que les crédits délégués viennent tardivement ?
- Comment les fonds alloués à l'HZK sont ils gérés par le Bureau de la zone sanitaire qui ne maîtrise pas les besoins et les réalités de cette structure ?
- Comment les fonds alloués à l'HZK peuvent ils être consommés à 100 % avant la clôture de l'année budgétaire, alors que nous savons que les crédits délégués sont notifiés tardivement ?

Toutes ces questions nous ont amené à focaliser notre attention sur le problème de la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone. C'est ainsi que nous avons choisi de faire notre recherche sur le thème : « problématique sur la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de Kandi ».

Ainsi, notre étude sera structurée en trois chapitres. Dans un premier temps, nous présenterons le cadre institutionnel et physique de l'étude. A ce niveau, nous restituerons les observations de stage avant de dégager la problématique de l'étude (**chapitre préliminaire**).

Ensuite, nous analyserons le cadre théorique et méthodologique de l'étude et les données collectées (**chapitre premier**). Enfin, nous proposerons les approches de solution et leurs conditions de mise en œuvre (**chapitre deuxième**).



**CHAPITRE
PRELIMINAIRE**

Le chapitre préliminaire est consacré à la présentation de la structure de stage, à la restitution des observations et constats qui ont retenu notre attention à l'hôpital de zone de Kandi. A cet effet, nous identifierons les forces et les faiblesses et enfin nous retiendrons une problématique qui nous permettra de déterminer les séquences de résolution.

SECTION 1 : Cadre institutionnel de l'étude et état des lieux de base

Cette partie est traitée en deux phases à savoir :

- la présentation de la structure d'accueil du stage
- l'état des lieux

Paragraphe 1 : Présentation de la structure d'accueil

Nous présentons d'abord le Ministère de la santé, ensuite l'évolution de l'hôpital de zone de Kandi à travers son historique, son cadre juridique et ses missions, et enfin les organes de gestion de l'hôpital.

I. Le Ministère de la Santé (MS) (voir organigramme)

Situé au sein de la capitale économique du Bénin, le Ministère de la Santé est situé au quartier PK3 route de Porto-Novo. Comme la plupart des autres ministères de l'Etat, elle a des missions et des attributions.

1. De la mission et des attributions du ministère

Le MS a pour mission, la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé, conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin et aux visions et politique de développement du gouvernement.

Le Ministre de la Santé est responsable de la promotion sanitaire au Bénin. A ce titre, il est chargé de :

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

2. De l'organisation et du fonctionnement du ministère

Suivant le décret n°2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, le Ministre de la Santé dans l'accomplissement des tâches qui lui sont assignées, dispose des structures et organes tels que :

- les services directement rattachés au Ministre ;
- le Cabinet du Ministre ;
- le Secrétariat général du Ministère ; dont dépendent les directions centrales et techniques ;

a. les services directement rattachés au Ministre

- l'Inspection Générale du Ministère : elle est chargée d'une mission permanente de vérification et de contrôle de la gestion administrative financière et technique de l'ensemble des services centraux et déconcentrés et des organismes sous tutelle du Ministre de la Santé.
- la Cellule de Communication ;
- le Secrétariat Particulier du Ministre ;
- les Conseillers techniques.

b. Du Cabinet du Ministre

Le Cabinet du Ministre est l'ensemble des collaborateurs rattachés à sa personne ; le cabinet du ministre comprend :

- un Directeur de cabinet (DC) ; il coordonne, sous l'autorité du Ministre, les activités du cabinet ;
- un Directeur adjoint de cabinet (DAC) ; il assiste le DC, et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement ;
- cinq (05) Conseillers Techniques (CT) ;

c. Le Secrétariat Général du Ministère (SGM)

Le Secrétariat Général du Ministère est chargé de la coordination des activités des directions techniques et centrales du ministère ainsi que du suivi des activités des organismes sous tutelle. Il est dirigé par le Secrétaire Général assisté par un secrétaire Général Adjoint.

d. Les Directions Centrales et Directions techniques

➤ Les Directions Centrales

- La Direction des Ressources humaines (DRH).
- La Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM).
- La Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP).

➤ Les Directions Techniques

- La Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM).
- La Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers (DNEH).
- La Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP).
- La Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME).
- La Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED).
- La Direction de la formation et de la Recherche en Santé (DFRS).
- La Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB).

- La Direction de la Promotion des Soins Infirmiers et Obstétricaux (DPSIO).

e. La Direction Départementale de la Santé (DDS)

La Direction Départementale de la Santé (DDS) représente le niveau intermédiaire du système de santé. Elle est l'organe de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département.

f. Les Etablissements Hospitaliers

Il s'agit :

- L'Espace Hospitalier et Universitaire (EHU) ;
- le Centre Hospitalier Départemental ; il est l'hôpital de référence à l'échelon intermédiaire. il appartient à l'espace Hospitalier Universitaire ;
- l'Hôpital de Zone (HZ) ; il est l'hôpital de référence à l'échelon périphérique. Les attributions, l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de zone sont fixés par des statuts particuliers.

II. L'hôpital de zone de Kandi

Centre de Santé Médicale dans les années 1910, son aire de responsabilité s'étendait de Sinendé au Sud à Dosso (Niger) au Nord en passant par l'Ile de l'été. Il comprenait la maternité et le dispensaire avec 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 du 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. L'insuffisance et la dégradation de ses infrastructures et équipements médico-techniques ont amené la coopération bénino-allemande à procéder à sa reconstruction. De type pavillonnaire, l'hôpital ainsi reconstruit est composé de 14 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 de zone de Kandi dans une proportion non négligeable.

A. Missions de l'HZ de Kandi

1. Statut juridique

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.

2. Les missions et les moyens de l'HZ

a. Les missions de l'HZ de Kandi

L'hôpital de zone de Kandi a essentiellement deux missions à savoir :

➤ **Mission de soins**

L'hôpital de Zone est le centre de première référence en matière de prestation de soins des centres de santé de la Zone Sanitaire. Il est chargé de traiter les cas graves ou compliqués de maladie et, de s'occuper des problèmes de santé dépassant les compétences des centres de santé de 1^{er} échelon.

➤ **Mission de formation**

Elle consiste à assurer la formation des futurs agents de santé de plusieurs catégories. A cet effet, il reçoit des stagiaires contribuant ainsi à la formation de médecins spécialistes en Gynécologie, en chirurgie, en Pédiatrie, les étudiants en médecine générale, des sages-femmes, des infirmiers, des Ingénieurs biologistes et d'imagerie etc.

b. Les moyens de l'hôpital de zone en 2010

L'hôpital de zone de Kandi a utilisé au cours de l'année 2010 différentes ressources en vue de réaliser les activités qui relèvent de ses attributions. Il s'agit notamment des ressources humaines, matérielles, et financières et des infrastructures.

les ressources humaines

En 2010, l'hôpital de zone de Kandi a disposé d'un effectif de 111 agents, contre 102 en 2009, répartis comme ci-après:

Tableau n°1 : Effectif par catégorie

| Catégorie socio professionnelle | |
|--|----|
| Personnel médical | 06 |
| Personnel paramédical | 73 |
| Personnel administratif et de soutien | 32 |
| Statut professionnel | |
| APE/ ACE | 17 |
| AMS | 34 |
| FC | 57 |
| CL | 02 |
| PNLS | 01 |
| Sexe | |
| Masculin | 57 |
| Féminin | 54 |

Les ressources matérielles et infrastructures

De type pavillonnaire, 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 secteur qualifié de secteur hospitalier regroupe le bloc opératoire et les bâtiments d'hospitalisation de la maternité, de la pédiatrie, de la médecine, de la chirurgie et 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 centrale de divers produits et des logements des accompagnants.

 Capacité Hospitalière

82 lits fonctionnels ont été utilisés en 2010 et sont répartis comme suit :

- Chirurgie.....25 lits
- Maternité.....22 lits
- Médecine.....17 lits
- Pédiatrie.....18 lits

2.2.2 Matériel roulant

Le parc automobile est inchangé en 2011 et est constitué comme suit :

☞ Engins à deux roues

Tableau N°2 : Point des engins à deux roues

| N° | Désignation | Année d'acquisition | Etat | Source de financement | Fonctionnalité |
|----|-----------------------|---------------------|----------|-----------------------|----------------|
| 01 | Moto YAMAHA 100 | 2004 | Passable | GTZ-SSP | Fonctionnelle |
| 02 | Moto SKYGO | 2009 | Passable | Fonds propres | Fonctionnelle |
| 03 | Moto cross YAMAHA 100 | 2007 | Bon | UNICEF | Fonctionnelle |

Source : SAAE

☞ Engins à quatre roues

Tableau N°3 : Point des engins à quatre roues

| N° | Désignation | Année d'acquisition | Etat | Source de financement | Fonctionnalité |
|----|-----------------------------|---------------------|----------|---------------------------|-----------------|
| 01 | Ambulance NISSAN AE 5950 RB | 2004 | Passable | GTZ-SSP | Fonctionnelle |
| 02 | Ambulance NISSAN A7212 RB | 2002 | Passable | Budget National | Fonctionnelle |
| 03 | Véhicule AE 2419 RB | 2004 | Passable | GTZ-SSP | Fonctionnel |
| 04 | Véhicule 504 bâché Y1205 RB | 2000 | Mauvais | Financement communautaire | Non Fonctionnel |

Source : SAAE

☞ Equipements médico-techniques

Les équipements médico-techniques existants sont :

- = l'appareil d'électrophorèse,
- = le spectrophotomètre,
- = le concentrateur d'oxygène,
- = la table d'anesthésie,
- = La table de gynécologie

🚑 Les spécialités médico-techniques offertes en 2011

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, 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.

B. Les organes de gestion de L'HZ de Kandi

1. Le conseil de gestion

L'hôpital de zone de Kandi est administré par un organe délibérant dénommé Conseil de Gestion qui fait office de Conseil d'Administration. Il est investi des pouvoirs les étendus pour agir en toutes circonstances en son nom. Il est notamment chargé de :

- décider des grandes orientations de l'Hôpital de Zone, conformément aux orientations de la politique et des stratégies sanitaires nationales ;
- représenter légalement l'hôpital de zone vis-à-vis des instances extérieures à l'hôpital de zone ;
- signer les conventions de collaboration entre l'hôpital de zone et les intervenants extérieurs après approbation de l'autorité de tutelle ;
- approuver le plan stratégique de l'hôpital de zone proposé par la direction de l'hôpital de zone, tenant compte du plan de développement de la zone sanitaire ;
- décider la création, l'intégration ou la fermeture des services techniques au sein de l'hôpital de zone dans le respect des normes et standards ;
- approuver le programme annuel d'activités de l'hôpital de zone proposé par sa direction, conformément au plan stratégique de l'hôpital de zone ;
- suivre régulièrement l'exécution du programme d'activités de l'hôpital de zone ;

- approuver le budget prévisionnel proposé par la direction, ainsi que les états financiers de synthèse de l'exercice écoulé ;
- contrôler la gestion des différentes ressources (humaines, matérielles, et financières) mises à la disposition de l'hôpital de zone ;
- fixer les tarifs des prestations, sur proposition de la Direction, selon les directives du Ministère de la Santé ;
- harmoniser les catégories et montants des dépenses, sur proposition de la direction (rémunérations, avantages, loyers) ;
- apprécier les résultats de l'auto-évaluation des activités de l'hôpital de zone ;
- décider d'un éventuel audit externe et du suivi de la mise en œuvre des recommandations ;
- coordonner les initiatives de mutualisation au sein de l'hôpital de zone.

2. La Direction

a) Le Directeur

Il est l'ordonnateur du budget de l'hôpital de zone et veille à son exécution, tant en recettes qu'en dépenses. Il a autorité sur tous les personnels employés par l'hôpital de zone. Il représente valablement l'hôpital de zone vis-à-vis des tiers dans les limites des pouvoirs qui lui ont été délégués par le conseil de gestion.

b) Le Chef 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

c) Le Chef Service des Affaires Financières

Il est 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

d) Les Chefs des services médicaux et techniques

Ils sont chargés des secteurs ci-après :

- ✓ médecine interne
- ✓ pédiatrie
- ✓ gynécologie- obstétrique
- ✓ exploration diagnostique
- ✓ pharmacie
- ✓ ophtalmologie
- ✓ stomatologie
- ✓ kinésithérapie
- ✓ chirurgie
- ✓ urgences

e) 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 personnels 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. Le Comité de Direction

Le comité de direction, organe consultatif obligatoire, est consulté sur toutes les questions relatives à l'élaboration du budget et à la politique générale de l'hôpital de zone public.

4. La Commission Médicale Consultative

La commission médicale consultative est un organe qui est consulté sur les principales affaires concernant, les activités de santé, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et médico-techniques. Elle est composée des chefs services médicaux et médico-techniques de l'hôpital de zone.

C. Présentation des services d'accueil

1. Le service des Affaires Administratives et Economique (SAAE)

Il comprend :

- **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 ;
- **la section de la gestion administrative et du personnel** : elle a la charge de la gestion administrative et celle du personnel ;
- **la section de la comptabilité matière** : elle est tenue par le C/SAAE, avec l'aide d'un agent d'entretien converti en magasinier, par manque de personnel compétent ;
- **la section gestion des malades et statistiques** : celle –ci gère le mouvement des patients de tous les secteurs d'hospitalisation, délivre des

actes et fournit les renseignements dont les patients ont besoin. L'agent chargé de la statistique, enregistre les divers actes des blocs, centralise les rapports d'activités des différents secteurs médico-techniques ; remplit les supports des données statistiques et élabore tous les rapports d'activités et statistiques de l'hôpital.

- **la section maintenance et entretien** : elle est essentiellement chargée de la maintenance préventive et de l'entretien périodique des appareils et autres matériels de l'hôpital.

2. 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 ;
- **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 de Zone par les bénéficiaires de ses prestations tels que les organismes et toutes autres institutions créancières ;
- **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. Elle s'assure de l'approvisionnement des comptes selon les prescriptions établies.

Paragraphe 2 : Etat des lieux en matière de délégation des crédits

budgétaires et de leur exécution à l'hôpital de zone de Kandi

Dans ce paragraphe, seront restitués les constats faits essentiellement dans le cadre de la gestion des crédits délégués.

I. La procédure d'élaboration du budget à l'HZ de Kandi

- **Inscription des crédits délégués au budget de l'Hôpital**

Le budget de l'Hôpital de Zone de Kandi (HZK) est élaboré sur la base des besoins exprimés de chaque service. L'analyse de ses différents besoins se fait au niveau du Service des Affaires Administrative et Economique (SAAE), en vue de retenir ceux qui sont prioritaires au regard des crédits prévus.

Les crédits délégués sont inscrits au Budget de l'hôpital sur la base de ceux alloués l'année précédente. Les dotations peuvent connaître un accroissement si le PTA (Plan de Travail Annuel) l'exige. **Ceci implique que les dotations des crédits délégués ne tiennent alors pas compte du CDMT élaboré par le Ministère de la Santé.**

Il y a lieu d'évaluer la part des crédits délégués dans le budget général de l'hôpital.

Le tableau ci-après fait le point de la contribution de l'Etat au fonctionnement de l'Hôpital de Zone de Kandi.

Tableau N°4: point des crédits délégués de 2008 à 2011

| ANNEE | SUBVENTION DE L'ETAT A L'HZK | BUDGET GENERAL DE L'HZK | TAUX en % |
|-------|------------------------------|-------------------------|--------------|
| 2008 | 160.838.300 | 650.074.800 | 24,74 |
| 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 |

Source : résultat de l'état des lieux

L'analyse de ce tableau montre que les crédits alloués par l'Etat sur la période 2008-2011, varient entre 22% et 35% du budget de l'hôpital de zone de Kandi.

Il en découle que les crédits délégués représentent une part déterminante dans le budget de l'hôpital de zone de Kandi.

II. La procédure de mise à disposition des crédits de l'hôpital de zone

– La dotation allouée dans le BGE

Il est important de signaler que les critères, ainsi que les clés de répartition des crédits aux structures sanitaires ne sont pas connus par tous les acteurs du

système. Malgré les nombreux plaidoyers faits à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé, pour l'augmentation des crédits délégués, rien n'a été fait dans ce sens, et les crédits délégués alloués aux structures ne connaissent aucune augmentation. **On en déduit que tout plaidoyer de l'hôpital en vue d'une augmentation des crédits délégués a été vain.**

– **La notification des crédits délégués à l'hôpital**

Le Ministère de la Santé répartit de façon détaillée, les crédits à toutes les formations sanitaires. Ils sont ensuite notifiés et transmis par voie hiérarchique à l'HZK dans un délai qui dure en moyenne deux mois, alors que nous savons que le BGE est voté au plus tard le 31 décembre de chaque année. **Il se révèle ainsi un retard dans la notification des crédits délégués qui s'opère au plus tôt à la fin du mois de février, et au plus tard à la fin du mois de mars.**

– **La procédure de traitement des dossiers d'engagement**

Après notification des crédits aux formations sanitaires, 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. **On en déduit 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 traine, 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 en mai.

- **Le moment de mise à disposition des crédits délégués**

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.**

III. De la satisfaction des besoins de l'hôpital à l'arrêt des écritures

- **La satisfaction des besoins de l'hôpital avant la mise à disposition des crédits**

L'hôpital de zone de Kandi pour bénéficier de ces crédits délégués doit attendre que lui soient livrés les produits commandés. Pour contourner le retard considérable de la livraison des produits, qui risque de paralyser les services médico-techniques, l'hôpital satisfait certains de ses besoins sur fonds propres, en attendant que les produits soient disponibles. **Par conséquent, tous les besoins exprimés par les acteurs de l'hôpital ne sont pas satisfaits.**

Le tableau ci-dessus, nous fait le point des besoins non satisfaits sur crédits délégués.

Tableau n°5 : récapitulatif des besoins non satisfaits sur crédits délégués

| Années | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| Besoins | | | |
| Kits d'urgence | Non disponible | Non disponible | Non satisfait (503.740 FCFA) |
| Consommables médicaux | Non disponible | Non disponible | Non satisfait (131.027 FCFA) |
| Alimentation des malades | Non disponible | Non disponible | Non satisfait (104.800 FCFA) |
| Pièces de rechanges | Non disponible | Non disponible | Non satisfait (12.288 FCFA) |
| Imprimés administratifs | Non disponible | Non disponible | Non satisfait (116.034FCFA) |

Analyse de ce tableau nous montre que les besoins exprimés par l'HZ-K demeurent non satisfaits malgré le retard observé tout le long de la procédure d'exécution des crédits délégués. Il faut noter que les informations des années précédentes n'ont pas été révélées.

– La consommation des crédits délégués jusqu'à l'arrêt des écritures

Après la procédure de mise à disposition des crédits délégués, la consommation des crédits passe par : l'engagement, la livraison, la liquidation ; l'ordonnancement et le paiement.

Le tableau ci-après fait le point des crédits non consommés sur trois années.

Tableau n°6 : récapitulatifs des crédits non consommés

| Données Année | Crédits disponibles(FCFA) | Crédits non consommés | Observations |
|------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| 2008 | 30.000.000 | 4.896.464 | Fonds sanitaires des malades indigents |
| 2009 | 21.086.000 | 10.543.000 | Fonds sanitaires des malades indigents |
| 2010 | 26.186.135 | 1000 | Fonds sanitaires des malades indigents |

Source : nos investigations

On remarque que sur les crédits des trois années, seule l'année 2010, a connu un taux de consommation de plus de 99%. **On en déduit un faible taux de consommation des crédits délégués.**

– L'arrêt des engagements

Alors que les crédits délégués viennent avec une répartition trimestrielle, les engagements devraient prendre fin au cours de décembre ; mais celui-ci intervient autour de la mi-octobre. **Par conséquent, les gestionnaires des formations sanitaires perdent souvent des crédits.**

Section 2 : Ciblage de la problématique

Il s'agira pour nous dans cette partie, de faire l'inventaire des forces et faiblesses relevées au cours de la restitution de nos observations de stage. Nous présenterons ensuite la liste des problématiques identifiées afin de choisir la problématique la plus indiquée et dégager la démarche méthodologique à adopter pour la résolution des problèmes.

Paragraphe 1 : Présentation des forces et faiblesses et du choix de la problématique

Nous procéderons à l'inventaire des éléments de l'état des lieux et au regroupement des problèmes spécifiques par problématique, afin de cibler la problématique à résoudre.

I. Inventaire des éléments de l'état des lieux et liste des problématiques possibles

A. Inventaire des éléments de l'état des lieux

1) Inventaire des atouts (forces et opportunités)

- ✓ les crédits délégués représentent une part considérable pour le budget de l'hôpital.

2) Inventaire des problèmes (faiblesses et menaces)

- ✓ les dotations de crédits délégués ne tiennent pas compte du CDMT élaboré par le Ministère de la Santé ;
- ✓ tout plaidoyer de l'HZ-K en vue d'une augmentation des crédits délégués a été vain ;
- ✓ retard dans la notification des crédits délégués qui s'opère au plus tôt à la fin du mois de février et au plus tard à la fin du mois de mars ;
- ✓ le directeur ne gère pas ses crédits délégués ;

- ✓ retard conduisant le processus d'exécution des crédits délégués au mois de juin ;
- ✓ tous les besoins exprimés par les acteurs de l'HZ-K ne sont pas satisfaits ;
- ✓ faible taux de consommation des crédits délégués ;
- ✓ les gestionnaires des formations sanitaires perdent souvent des crédits.

De toutes les faiblesses ci-dessus relevées sur le retard, nous pouvons affirmer que le retard s'observe le long de la procédure de gestion des crédits délégués ; on peut donc considérer l'ensemble de ces problèmes qui évoquent le retard comme un retard dans le traitement des dossiers.

B. Liste des problématiques identifiées

Tous les problèmes spécifiques ci-dessus énumérés ont été regroupés en trois(03) problématiques différentes présentées dans le tableau suivant :

Tableau n°7 : Regroupement des problèmes en problématiques

| N° | Centres d'intérêts | Problèmes spécifiques | Problèmes généraux | Problématiques |
|----|---|---|--|---|
| 1 | Planification dans le processus d'exécution des crédits délégués | <ul style="list-style-type: none"> - Tout plaidoyer de l'hôpital en vue d'une augmentation des crédits délégués a été vain ; - Retard dans la notification des crédits délégués qui s'opère au plus tôt à la fin du mois de février et au plus tard à la fin du mois de mars ; - Retard conduisant le processus d'exécution des crédits délégués au mois de juin ; | Non planification dans le processus d'exécution des crédits délégués | Problématique de la planification rigoureuse dans le système d'exécution des crédits délégués |
| 2 | Système de gestion dans le processus d'exécution des crédits délégués | <ul style="list-style-type: none"> - Le Directeur de l'hôpital ne gère pas ses propres crédits - Le retard dans le traitement des dossiers, prolonge le délai au mois de mai ; - Les dotations de crédits délégués ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé ; - Faible taux de consommations des crédits délégués ; - Les gestionnaires des formations sanitaires perdent souvent des crédits. | Inefficacité du système de gestion dans le processus d'exécution des crédits délégués des hôpitaux de zone | Problématique sur la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone |
| 3 | Gestion administrative | <ul style="list-style-type: none"> - Tous les besoins exprimés par les acteurs de l'hôpital de zone ne sont pas satisfaits ; | Gestion non optimale de l'administration | Problématique d'optimisation de la gestion administrative |

SOURCE : Résultats de l'état des lieux

Après avoir inventorié et regroupé les problèmes par centre d'intérêt, les problématiques possibles dégagées, il nous faut à présent procéder au choix de la problématique de notre étude et à la formulation du sujet.

II. Ciblage de la problématique et spécification du sujet

Toutes les problématiques relevées constituent des insuffisances qui entraînent des contre-performances dans le processus d'exécution des crédits délégués. Leur résolution contribuera inévitablement à l'augmentation du taux de consommation des crédits délégués.

. Ainsi, il apparaît que les trois problématiques identifiées tiennent compte de cet impératif. Il s'agit de la :

- problématique de la planification rigoureuse dans le système d'exécution des crédits délégués ;
- problématique sur la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone ;
- problématique d'optimisation de la gestion administrative.

La problématique n°1 relative à la planification rigoureuse dans le système d'exécution des crédits délégués, nous paraît importante pour l'hôpital de zone de Kandi car, le budget de celui-ci en dépend. Mais le système mis en place dépend des autorités du niveau central. Donc cette problématique ne fera pas l'objet de notre étude.

Quant à la **problématique n°3, relative à la gestion administrative**, il revient au Bureau de zone de la Zone Sanitaire de prendre des mesures adéquates pour résoudre ce problème. Ce qui nous amène à ne pas traiter cette problématique.

Enfin, pour que l'hôpital de zone puisse bénéficier pleinement des subventions de l'Etat, et en faire bénéficier les populations, nous avons décidé de retenir dans le cadre de notre étude, cette dernière problématique qui porte sur la gestion des crédits délégués des hôpitaux.

Rappelons que le problème général qui est lié à cette préoccupation est celui relatif à l'inefficacité du système de gestion dans le processus d'exécution des crédits délégués des hôpitaux de zone, et que les problèmes spécifiques sont :

- le Directeur de l'hôpital n'est pas gestionnaire de ses propres crédits ;
- Le retard dans le traitement des dossiers ;
- Les dotations de crédits délégués ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé ;

C'est dans le souci de participer à la résolution de cet ensemble de problèmes général et spécifiques, liés à cette problématique que nous avons choisi comme thème : « **problématique de la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de Kandi** ».

Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale et des séquences de résolution de la problématique spécifiée

I. Vision globale de résolution de la problématique choisie

Une fois les problèmes spécifiques à résoudre choisis, notre sujet formulé et la problématique spécifiée, il importe de préciser la vision globale pouvant nous permettre de résoudre les problèmes spécifiques retenus et par voie de conséquence le problème général identifié.

A cet effet, notre vision globale de résolution de la problématique de la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de Kandi ; sera présentée d'une part, par rapport au problème général et, d'autre part, au regard des problèmes spécifiques s'y rapportant.

Ensuite nous ferons une synthèse des approches génériques identifiées avant de décliner les différentes séquences de résolution de ladite problématique.

A. Vision globale de résolution des problèmes spécifiques

Rappelons que le problème général est celui relatif à l'inefficacité du système de gestion dans le processus d'exécution des crédits délégués des hôpitaux de zone. Nous énoncerons la vision globale de résolution du problème général à travers celle de chacun de ses problèmes spécifiques.

1. Approche générique liée au problème spécifique n°1

En ce qui concerne ce problème spécifique qui précise, que le Directeur de l'hôpital ne gère pas les crédits délégués qui lui sont destinés ; nous pouvons dire que l'hôpital de zone est doté d'une personnalité morale et jouit de l'autonomie financière et est placé sous la double tutelle technique et administrative du Ministre Chargé de la Santé (Décret N°2002-011 du 12 mars 2002). Ainsi, pour ce problème nous proposons l'approche basée sur l'adéquation entre les textes et la réalité de la zone sanitaire.

2. Approche générique liée au problème spécifique n°2

Pour ce qui concerne le retard dans le traitement des dossiers, la prise de conscience et la promptitude dans le processus de traitement des dossiers tout le long de la chaîne, participeraient à la lutte contre le retard observé depuis plusieurs années. L'analyse et la résolution de ce problème spécifique feront référence à une approche générique favorisant le traitement à bonne date des dossiers sur les crédits délégués.

3. Approche générique liée au problème spécifique n°3

Pour le problème spécifique n°3, celui des dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé ; l'hôpital de zone qui doit tenir compte des crédits délégués pour élaborer son budget, est obligé de reconduire les crédits délégués de l'année précédente en attendant de recevoir la lettre de notification des crédits . Il en résulte la mise en œuvre d'une

approche générique basée sur la disponibilité d'informations relatives aux crédits de chaque formation sanitaire.

4. Synthèse des approches génériques identifiées

Le tableau ci-après présente la synthèse des approches par problème.

Tableau n° 8 ; Synthèse des approches génériques par problème

| Niveau spécifique | Problèmes spécifiques | Approches génériques |
|-------------------|--|--|
| 1 | Non implication du Directeur dans la gestion des crédits délégués | Adéquation entre les textes et les réalités de la zone sanitaire |
| 2 | Le retard dans le traitement des dossiers | le traitement à bonne date des dossiers sur les crédits délégués |
| 3 | Les dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé | la disponibilité d'informations relatives aux crédits de chaque formation sanitaire. |

II. Séquences de résolution de la problématique

Cette vision globale de résolution que nous venons de retenir peut être restituée à travers une démarche en deux (2) grandes phases composée chacune de cinq(5) étapes :

Phase1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

1. Fixation des objectifs de l'étude par rapport aux problèmes en résolution ;
2. Identification des causes et formulation des hypothèses liées aux problèmes en résolution
3. Présentation du tableau de Bord de l'Etude (TBE)
4. Revue de littérature
5. Méthodologie adoptée

Phase 2 : Diagnostic et approches de solution provisoires

1. Collecte et traitement des données
2. Analyse des données et établissement du diagnostic
3. Approche de solutions
4. Conditions de mise en œuvre des solutions ;
5. Présentation du tableau de synthèse de l'étude.

Une fois la problématique choisie, spécifiée, et la vision globale terminée, nous passerons alors, des objectifs de l'étude à la méthodologie retenue.



Chapitre premier
CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Dans cette partie, il sera question de présenter les objectifs de l'étude, les causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques en résolution, d'élaborer le tableau de bord de l'étude, puis de préciser la démarche méthodologique liée à cette problématique.

SECTION 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Paragraphe 1 : Objectifs; causes ; hypothèses et revue de littérature

I. Fixation des objectifs et hypothèses de l'étude

Selon le type d'objectif à fixer, nous aurons un objectif général par rapport au problème général et des objectifs spécifiques par rapport à chaque problème spécifique.

A. Objectifs de l'étude

1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est de **proposer les conditions d'une gestion efficace des crédits délégués de l'hôpital de Kandi**

2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont liés aux différents problèmes spécifiques identifiés :

a. Objectif spécifique n°1

Proposer la stratégie de l'implication du D/HZ dans la gestion de ses crédits délégués ;

b. Objectif spécifique n°2

Améliorer le délai de traitement des dossiers de crédits délégués ;

c. Objectif spécifique n°3

Informer les formations sanitaires sur les crédits disponibles chaque année.

B. Identification des causes supposées et formulation des hypothèses de l'étude

1. Identification des causes supposées se trouvant à la base des problèmes

Les causes et hypothèses concernent essentiellement les niveaux d'analyse générale et spécifique et sont donc formulées à partir du problème général et des problèmes spécifiques. D'entrée, il convient de souligner que les causes que nous présenterons à ce niveau sont des causes théoriques c'est-à-dire des causes que nous avons supposées comme étant à la base des différents problèmes. A cet effet, elles pourront être totalement ou partiellement confirmées, ou infirmées par nos questionnaires diagnostics liés aux différents problèmes en résolution. Ces causes seront classées par ordre d'importance croissante au regard de chaque problème spécifique.

a. Causes liées au problème spécifique n°1

Pour résoudre le problème de la non implication du D/HZ à la gestion des crédits délégués de l'hôpital, nous avons déterminé trois causes possibles susceptibles d'être à l'origine de ce problème, il s'agit de :

- le non respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone ;
- conflits d'attributions des responsables ;
- la mauvaise volonté de la coordination de la zone sanitaire

D'abord, lorsque nous prenons les conflits d'attributions des responsables, 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 son unité. 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-K ; d'où l'existence d'un conflit d'attributions des responsables.

Pour la mauvaise volonté de la coordination de la zone sanitaire, est une des causes qui dépend du médecin coordonnateur de la zone sanitaire ; et de sa volonté à impliquer tous les acteurs de la zone sanitaire.

Enfin pour ce qui est du non respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone, il faut rappeler que les textes sur la création des zones sanitaires ont ignoré cette question. Pourtant l'hôpital de zone devrait jouir de son autonomie de gestion en matière de gestion des crédits délégués, afin de répondre aux urgences hospitalières.

b. Causes liées au problème spécifique n°2

En ce qui concerne le problème spécifique n°2 relatif au retard dans le traitement des dossiers, nous avons identifié trois causes possibles, il s'agit :

- Le circuit compliqué de la gestion des crédits délégués ;
- le laxisme de certains acteurs de la chaîne des dépenses publiques ;
- le non fonctionnement permanent du SIGFIP dans les départements

Concernant le laxisme de certains acteurs de la chaîne des dépenses publiques, cette cause semble être à l'origine du retard dans le traitement des dossiers ; dans la mesure où le planning établi au cours du processus d'exécution des crédits délégués par les responsables, ne sont pas rigoureusement suivis.

Quant au circuit compliqué de la gestion des crédits délégués, il est à noter que cette cause est un réel problème qui empêche le plus souvent les gestionnaires de crédits d'atteindre un fort taux de consommation. Elle est désormais un frein pour le développement du pays.

Le non fonctionnement permanent du SIGFIP au niveau départemental est une des causes probables favorisant le retard dans le traitement des dossiers. En effet, les gestionnaires de crédits sont obligés de se rendre jusqu'à Cotonou régulièrement pour introduire les données dans cet outil, cela ralentit le processus d'exécution des dépenses.

c. Causes liées au problème spécifique n°3

Au sujet du problème spécifique n°3 lié aux dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé, nous avons pu identifier trois causes possibles à savoir :

- la méconnaissance des clés de répartition des crédits délégués ;
- l'information sur les crédits délégués parvient tardivement aux structures sanitaires ;
- le mythe entretenu au niveau central sur les crédits délégués.

En ce qui concerne l'information sur les crédits délégués qui parvient tardivement, cette cause nous semble assez plausible car, si tous les hôpitaux ne reçoivent pas à temps les informations, ces derniers ne pourront pas inscrire les dotations réelles au budget de leur structure.

Porter l'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués est une cause qui empêche les responsables de formations sanitaires d'être au même niveau d'information que les autorités du niveau central.

Quant au mythe entretenu par certains responsables sur les crédits, il constitue la difficulté majeure pour s'inscrire au budget les chiffres réalistes quant aux crédits délégués.

2. Formulation des hypothèses

a. Hypothèse n°1

Le non-respect de l'autonomie de gestion de l'hôpital explique la non-implication du D/HZ dans la gestion de ses crédits délégués.

b. Hypothèse n°2

Le circuit compliqué dans la gestion des crédits délégués explique le retard dans le traitement des dossiers.

c. Hypothèse n°3

L'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués explique les dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé.

La problématique, les objectifs, les causes supposées être à la base des problèmes et les hypothèses y afférentes sont présentées dans le tableau de bord de l'Etude.

C. Tableau de Bord de l'étude

Dans le tableau de bord de l'étude, seront récapitulés les problèmes à résoudre, les objectifs que nous voulons atteindre, les causes supposées être à la base des différents problèmes, puis les hypothèses qui ont été émises.

Tableau n°9 : Tableau de Bord de l'Etude sur : « **La problématique sur la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de Kandi** »

| Niveau d'analyse | | Problématique | Objectifs de recherche | Causes supposées | Hypothèses |
|---------------------|---|---|--|--|--|
| Niveau général | | <u>Problème général</u> Inefficacité du système de gestion dans le processus d'exécution des crédits délégués des hôpitaux de zone | <u>Objectif général</u> proposer les conditions d'une gestion efficace des crédits délégués de l'hôpital de zone de Kandi. | ----- | ----- |
| Niveaux spécifiques | 1 | <u>Problème spécifique n°1</u> Le directeur de l'hôpital n'est pas gestionnaire de ses propres crédits | <u>Objectifs spécifique 1</u> proposer la stratégie de l'implication du Directeur de l'hôpital de zone dans la gestion de ces crédits délégués | <u>Cause spécifique 1</u> conflits d'attributions des responsables ; le non respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone et la mauvaise volonté de la coordination de la zone sanitaire | <u>Hypothèse spécifique n°1</u> le non respect de l'autonomie de gestion de l'hôpital explique la non implication du D/HZ dans la gestion de ces crédits délégués. |
| | 2 | <u>Problème spécifique n°2</u> Le retard dans le traitement des dossiers | <u>Objectifs spécifique 2</u> améliorer le délai de traitement des dossiers des crédits délégués ; | <u>Cause spécifique 2</u> le laxisme de certains acteurs de la chaîne des dépenses publiques ; le circuit compliqué dans la gestion des crédits délégués et le non fonctionnement permanent du SIGFIP dans les départements | <u>Hypothèse spécifique n°2</u> Le circuit compliqué dans la gestion des crédits délégués. |
| | 3 | <u>Problème spécifique n°3</u> Les dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé | <u>Objectifs spécifique 3</u> Informers les formations sanitaires sur les crédits disponibles chaque année. | <u>Cause spécifique 3</u> l'information sur les crédits délégués parvient tardivement aux structures sanitaires ; la méconnaissance des clés de répartition des crédits délégués et le mythe entretenu au niveau central sur les crédits délégués. | <u>Hypothèse spécifique n°3</u> L'information sur les clés de répartitions des crédits délégués explique les dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé. |

Source : Nos investigations

II. Revue de la littérature

La revue de littérature est un exercice qui permet, dans le cadre de toute recherche, de s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises à partir de la documentation mobilisée sur les problèmes identifiés.

Ainsi, dans cette partie du travail, nous allons faire le point des connaissances acquises à partir de la documentation mobilisée au cours de nos recherches, des informations issues de nos investigations en mettant en exergue les approches théoriques des auteurs qui ont abordé d'une certaine façon les problèmes identifiés.

A. Point sur l'inefficacité de la gestion des crédits délégués dans les hôpitaux de zone

Abdoulaye ZONGO, Paul SARAMBE et Dramane SEBRE (2006) dans leur rapport sur le thème « Etude sur la délégation de crédits au niveau périphérique : Modalité de mise en œuvre du dispositif de délégation de crédits au niveau local » disaient en ses termes : « La procédure de délégation de crédits peut être définie comme une modalité d'exécution des dépenses publiques qui consiste à déléguer les compétences reconnues aux acteurs budgétaires du niveau central (Administrateur de crédits, Ordonnateur, Comptable Public) à un responsable d'un service déconcentré placé sous leur autorité. Cette délégation peut porter sur l'exécution de tout ou partie de la dépense imputable aux crédits budgétaires alloués à la structure déconcentrée ».

La délégation de crédits concerne donc une fraction des crédits du budget de l'Etat dont la gestion est confiée à une autorité des niveaux de déconcentration administrative. Dans la pratique actuelle elle se limite aux deux premiers niveaux (région et département).

De cette définition, il ressort que la délégation de crédits s'appuie institutionnellement sur la déconcentration administrative sans laquelle elle

n'aurait pas de sens. En effet, c'est l'existence des structures administratives au niveau régional et départemental qui rend la délégation des crédits indispensables.

L'importance accordée aux crédits délégués dans nos différents pays montre que, par ce moyen, les structures déconcentrées arrivent à gérer leur administration. Ainsi la gestion de ces administrations consiste à faire face aux différentes dépenses (achat de carburant, de biens et services, les grosses réparations, entretien et maintenance....).

Au regard de ce qui précède, la procédure de délégation de crédits ne concerne pas les collectivités locales décentralisées, même s'il arrive que l'Etat leur apporte des subventions au plan budgétaire.

B. Point des connaissances sur les problèmes spécifiques n°1 et n°2

– Problème spécifique n°1

L'hôpital de zone est le centre de référence en matière de prestations de soins des centres de santé de la zone sanitaire(ZS). Il est chargé de traiter les cas graves ou compliqués de maladie et de s'occuper des problèmes de santé dépassant les compétences des centres de santé de 1^{er} échelon. L'Hôpital de Zone est doté de la personnalité morale et jouit de l'autonomie de gestion. Il est régi par les dispositions des présents statuts et de son Règlement Intérieur (art 3-4 du décret N° 2002-011 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des Hôpitaux de Zone).

L'autonomie de gestion que les dispositions du décret n°2002-011 du 12 mars 2002 devraient également s'étendre aux crédits délégués ; mais le décret n°2005-611 du 28 septembre 2005, modifiant le décret n°98-300 du 2^e juillet 1998, portant réorganisation de la pyramide sanitaire et l'arrêté n°10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 08 novembre 2005 portant attributions composition, organisation et fonctionnement de l'Equipe

d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS), confèrent la gestion des crédits délégués de toutes les structures de la Zone Sanitaire(art 8 à 13) .

– **Problème spécifique n°2**

Comme au niveau central, l'exécution des crédits déconcentrés est régie par le principe traditionnel de la séparation des fonctions d'ordonnateur de celles de comptable. Le principe de la séparation des fonctions constitue le pilier principal du droit de la comptabilité publique. Bien qu'ayant le but d'assurer la sécurité dans la gestion des deniers publics, ce principe regorge des insuffisances parmi lesquelles le retard observé dans l'exécution des crédits déconcentrés.

Par ailleurs, l'exécution du budget selon Maurice DUVERGER est dominée par l'idée du contrôle. Ce contrôle a priori entraîne un retard considérable dans l'exécution des dépenses publiques. C'est pour palier à ce problème, que le ministère en charge des finances de la lenteur observée dans les procédures d'exécution des dépenses publiques a adopté depuis le 19 novembre 2000 des réformes telles que :

- la déconcentration de la fonction du contrôleur financier ;
- la mise en œuvre d'un applicatif informatique dénommée SIGFIP au niveau central, et le SIGFIP qui n'est pas fonctionnelle au niveau départemental.

Malgré tous ces efforts faits par le ministre en charge des finances, le problème de la lenteur subsiste encore au niveau départemental.

Pour palier un temps soit peu à cette lenteur du circuit financier, le manuel de procédure de gestion des ressources est un outil de référence à la fois opérationnel et pédagogique pour la conduite des opérations. La mise en place des procédures formalisées répond aux objectifs suivants :

- renforcer la culture du respect des textes au niveau des structures sanitaires ;

- fournir un cadre formel d'exécution des opérations à caractère administratif et financier conforme aux principes de gestion généralement admis et aux dispositions des textes réglementaires et législatifs en vigueur ;
- responsabiliser davantage le personnel dans l'accomplissement des tâches respectives par une définition des postes et des attributions afférentes ;
- Rendre plus productif le personnel, pour une efficacité accrue par l'optimisation des circuits d'information ;
- Enfin mettre en œuvre un contrôle interne efficace.

C. Point des connaissances sur le problème spécifique n°3

Au début du processus d'élaboration du BGE, une note d'orientation qui se fonde sur le cadre macroéconomique est rédigée, prenant en compte le Programme d'Action du Gouvernement (PAG) et le contenu du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP).

La note d'orientation est axée sur l'analyse des évolutions récentes observée au plan national, régional et international. Elle intègre les critères de convergences retenus par les pays de l'UEMOA, l'évolution des principales devises et le Cadre de dépenses à moyen Terme qui permet de se faire une idée approximative des ressources auxquelles on pourrait s'attendre à l'horizon des trois années à venir afin de cibler les projections de dépenses dans des proportions réalisables.

Partant de ces grandes lignes, une lettre de cadrage est rédigée et adressée aux Ministères dépen sières pour leur préciser les proportions dans lesquelles doivent évoluer les différentes natures de dépenses pour l'année budgétaire à venir.

Le BGE étant désormais unifié c'est-à-dire les dépenses ordinaires et dépenses en capital étant regroupés dans une seule loi des finances, les services compétents du Ministère chargé des finances et Ministère chargé du plan travaillent de concert pour sortir les premières esquisses du Budget élaborées par les ministères se fondant sur les données provisoires conformes aux enveloppes indicatives qui leur sont communiquées.

Ainsi, le CDMT s'inscrit dans une logique de gestion orientée sur les résultats, faisant référence à la planification stratégique, à la notion de programme et à l'autonomie de décision des gestionnaires. L'établissement d'un lien entre les allocations budgétaires, la fixation d'objectifs et le suivi des performances est une dimension essentielle de l'exercice.

Paragraphe 2 : choix de la méthodologie de l'étude

I. Méthodologie de recherche adoptée

La méthodologie de recherche s'articulera autour de deux points à savoir :

- les approches théoriques
- les approches empiriques

A. Approches théoriques

Nous présenterons, dans cette partie, les théories et règles existantes relatives à chaque problème spécifique et leur seuil de décision.

a) Choix d'outils lié au problème de la non implication du Directeur à la gestion des crédits délégués

1. Approche théorique retenue

Selon le décret 2002-011 du 12 mars 2002, portant approbation des statuts des hôpitaux de zone, l'hôpital de zone est doté de la personnalité morale et jouit de l'autonomie de gestion, il est régi par les dispositifs des présents Statuts et de Règlement Intérieurs (art 3). L'hôpital de zone public est placé sous la double tutelle technique et administrative du Ministre Chargé de la Santé (art 4).

L'hôpital de zone bénéficie de l'appui de l'Etat. Ainsi, le fait que les textes confèrent l'autonomie de gestion à l'hôpital de zone, il est donc important de lui déléguer directement les crédits de l'Etat, vu que l'urgence hospitalière est primordiale dans la vie d'un hôpital, qui est le centre de référence de la zone sanitaire.

2. Norme et repère

Pour remédier au problème posé, il faudra déléguer les crédits directement aux hôpitaux de zone.

3. Seuil de décision

Les données qui permettront de vérifier l'hypothèse liée à ce problème seront recueillies à l'aide de notre questionnaire. La cause à retenir sera celle qui se révélera conforme aux opinions émises par 33,33% des enquêtés étant donné que le nombre de causes supposées est de trois. Ainsi, la cause qui aurait réuni plus de 33,33% de pourcentage sera retenue.

b) Choix théorique lié au problème de retard dans le traitement des dossiers

1. Approche théorique

Il s'agit des mesures à partir desquelles le problème du retard dans le traitement des

Dossiers n'existerait plus. En effet, l'utilisation effective du manuel de procédure par tous les acteurs de la chaîne des dépenses publiques, une réorganisation des structures et des tâches sont nécessaires pour favoriser la mise en place en temps normal des crédits délégués. Ceci permettra aux services déconcentrés de consommer la totalité de leurs crédits au même moment que les services centraux dans l'exécution du BGE.

2. Normes ou repères d'amélioration

Le retard en toute chose cause toujours des dommages, que l'on n'évalue pas souvent. l'utilisation au quotidien du manuel de procédure entraînerait une amélioration significative dans la gestion des dossiers par chacun des acteurs de la chaîne des dépenses publiques.

3. Seuil de décision

En supposant que le poids total des items est égal à 100% et que le nombre de causes capable d'expliquer le problème est de trois, le poids moyen serait alors égal à 33,33%. Ainsi, nous retiendrons comme seuil de décision, toute cause ayant un poids supérieur ou égal à 33,33%.

c) Choix théorique lié aux dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé

1. Approche théorique

L'approche théorique retenue pour déterminer la cause se trouvant à la base de ce problème est la lettre de cadrage que le Ministère de l'Economie et des Finances envoie à toutes les Directions des Ressources Financières et Matériels(DRFM)

2. Normes et repères d'amélioration

L'élaboration du budget des hôpitaux de zone doit tenir compte des subventions de l'Etat. Il est donc important que les informations sur les montants alloués à chaque hôpital soient connues des responsables. Pour ce faire, le ministère de la santé doit transmettre la lettre de cadrage lors de la notification des crédits

3. Seuil de décision

Le nombre de causes supposées ici étant de trois, le poids moyen est de 33,33%. La cause qui réunira un poids supérieur ou égal au poids moyen sera retenue comme cause réelle étant à la base de ce problème spécifique.

B. Les approches empiriques

Elles mettent en relief les techniques de collecte, de dépouillement et de présentation des données retenues à travers les étapes suivantes :

- La détermination des objectifs de la collecte des données ;
- La nature de la collecte des données et l'identification des structures ayant rapport avec la gestion des marchés publics en République du Bénin ;
- La détermination de l'outil de collecte des données ;

- La présentation des techniques de dépouillement des données ;
- L'exposé des outils de présentation des données.

1) Objectifs de la collecte des données

L'objectif de cette étude est de réunir les éléments nécessaires à la vérification des hypothèses formulées. Les données recueillies nous permettront de montrer si :

- Le non respect de l'autonomie de gestion de l'hôpital est à la base de la non implication du Directeur dans la gestion des crédits délégués ;
- Le circuit compliqué dans la gestion des crédits délégués explique le retard dans le traitement des dossiers.
- L'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués explique les dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé.

2) Cadre de l'enquête et choix de l'échantillon

La population mère est constituée des acteurs intervenant dans le processus d'exécution des dépenses publiques, l'administration de l'hôpital de Kandi, et quelques fournisseurs. Le guide d'entretien ne pouvant être adressé à l'ensemble de la population mère, un nombre déterminé nous servira d'échantillon. L'échantillon retenu est de vingt (20) personnes dont la répartition figure dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°10 : Répartition de l'échantillon

| Catégorie d'enquêtés | Population mère | Effectifs enquêtés | observations |
|--|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Administration de l'hôpital | 08 | 03 | Guide d'entretien |
| Bureau de la coordination de la zone sanitaire | 06 | 03 | Guide d'entretien |
| Fournisseurs | 30 | 10 | Guide d'entretien |
| Total | 44 | 16 | |

Source : Nous mêmes

3) Outils de collecte et technique de dépouillement des données

L'instrument de la collecte des données sera le guide d'entretien. Ce dernier sera constitué de questions semi-ouvertes autour des problèmes spécifiques ci – après :

- le Directeur de l'hôpital n'est pas gestionnaire de ses propres crédits ;
- Le retard dans le traitement des dossiers ;
- Les dotations de crédits délégués ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé ;

Les informations recueillies à l'aide du questionnaire seront traitées manuellement

4) Outils de présentation des données

Les données collectées à partir de nos investigations seront restituées par catégorie dans des tableaux.

Section 2 : de la collecte des données à l'établissement du diagnostic

Dans la présente partie, il s'agira pour nous de collecter les données, de les analyser, de procéder à la vérification des hypothèses, puis d'établir le diagnostic de l'étude.

Paragraphe1 : Mobilisation des données d'enquêtes, présentation et analyse des données

Cette étude se fera en deux volets :

- la mobilisation des données d'enquêtes et difficultés rencontrées
- la présentation et l'analyse des résultats.

I. Mobilisation des données d'enquêtes et difficultés rencontrées

A. Mobilisation des données d'enquêtes

Nous avons élaboré un guide d'entretien à l'endroit des autorités de l'Administration de l'hôpital et du Bureau de la Coordination de la zone sanitaire ; puis d'un guide d'entretien à l'endroit des fournisseurs. Nous avons pu obtenir auprès des différentes personnes rencontrées et acteurs de la chaîne des dépenses publiques, des données pour la vérification de nos hypothèses.

B. Difficultés

Nos enquêtes se sont effectuées à Kandi et ont couvert une période de deux semaines. Au cours de nos recherches, nous avons été confrontés à certains problèmes. D'abord l'indisponibilité de certaines personnes à répondre au questionnaire. Ensuite la réticence d'autres par rapport à quelques points du questionnaire. Ceux-ci ont pensé que les données recueillies sont susceptibles de leur porter préjudice.

II. Présentation et analyse des résultats des enquêtes

Les données étant traitées manuellement, les résultats de nos enquêtes se présentent comme suit :

A. Présentation et analyse des données relatives au Directeur de l'hôpital qui n'est pas gestionnaire de ses propres crédits

Tableau n°11 : Présentation des données relatives au problème spécifique n°1 :

| Données | Effectifs | Taux en (%) |
|---|-----------|-------------|
| Causes | | |
| Conflits d'attribution des responsables | 1 | 16,67 |
| Le non respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone | 4 | 66,66 |
| La mauvaise volonté de la coordination de la zone sanitaire | 1 | 16,66 |
| Total | 06 | 100% |

Source : Résultats de nos enquêtes

Le tableau montre que :

- 16,67% des enquêtés, justifient que les conflits d'attribution des responsables sont à la base de ce problème ;
- 16,66% estiment que la mauvaise volonté de la coordination de la zone sanitaire en est la cause.
- 66,66% des enquêtés pensent que le non respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone est à l'origine de ce problème

B. Présentation et analyse des données relatives au retard dans le traitement des dossiers

Tableau n°12: Présentation des données relatives au problème spécifique n°2

| Données Causes | Effectifs | Taux en (%) |
|---|--|-------------|
| | le laxisme de certains acteurs de la chaîne des dépenses publiques ; | 4 |
| Le circuit compliqué dans la gestion des crédits délégués ; | 9 | 56,25 |
| le non fonctionnement permanent du SIGFIP dans les départements | 3 | 18,75 |
| Total | 16 | 100% |

Source : Résultats de nos enquêtes

De l'analyse du tableau suivant,

- 25% des enquêtés estiment le laxisme de certains acteurs de la chaîne des dépenses publiques ;
 - 18,75% pensent que le non fonctionnement permanent du SIGFIP dans les départements, sont à l'origine de ce problème spécifique ;
 - Par contre 56,25% des enquêtés trouvent que le circuit compliqué dans la gestion des crédits délégués en est la cause.
- **Présentation et analyse des données relatives** aux dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé ;

Tableau n°13 : Présentation des données relatives au problème spécifique n°3 :

| Données | Effectifs | Taux en (%) |
|---|------------------|--------------------|
| Causes | | |
| l'information sur les crédits délégués parvient tardivement aux structures sanitaires ; | 2 | 33,33 |
| L'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués; | 3 | 50 |
| le mythe entretenu au niveau central sur les crédits délégués | 1 | 16,67 |
| Total | 06 | 100% |

Source : Résultats de nos enquêtes

De ce tableau, il ressort que :

- 33,33% des acteurs enquêtés affirment que l'information sur les crédits délégués parvient tardivement aux structures sanitaires ;
- 16,67% pensent que l'origine du problème est le mythe entretenu au niveau central sur les crédits délégués
- 50%, des enquêtés pensent que la cause du problème spécifique en question est l'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués.

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.

I. Vérification des hypothèses

A. Vérification de l'hypothèse des données relatives au problème spécifique n°1

Les avis recueillis montrent que le non respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone est la cause essentielle de la non implication du Directeur de l'HZ de Kandi dans la gestion des crédits délégués de l'hôpital.

B. Vérification de l'hypothèse des données relatives au problème spécifique n°2

Les enquêtes nous ont révélé, après analyse des résultats recueillis sur la cause du retard dans le traitement des dossiers, est :

- ✓ Le circuit compliqué de la gestion des crédits délégués.

Nous pouvons donc affirmer que l'hypothèse n°2 est vérifiée.

C. Vérification de l'hypothèse des données relatives au problème spécifique n°3

A l'issue d'enquêtes et après analyse des résultats recueillis sur les causes de la dotation de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé, nous constatons que les causes sont de deux ordres à savoir :

- ✓ L'information sur les crédits délégués parvient tardivement aux structures sanitaires ;
- ✓ L'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués.

De ce qui précède, nous pouvons dire que l'hypothèse n°3 est partiellement vérifiée puisqu'au-delà de la cause supposée, une autre cause est également à l'origine du même problème.

II. Etablissement du diagnostic de l'étude

La vérification des hypothèses nous a permis de formuler les éléments de diagnostic suivant :

A. Elément de diagnostic relatif au problème spécifique n°1

Le non respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone est la cause essentielle de la non implication du Directeur de l'HZ de Kandi dans la gestion des crédits délégués de l'hôpital.

B. Elément de diagnostic relatif au problème spécifique n°2

Le circuit compliqué dans la gestion des crédits délégués est à la base du retard dans le traitement des dossiers

C. Elément de diagnostic relatif au problème spécifique n°3

L'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués est la cause aux dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé d'une part, et l'information sur les crédits délégués parvient tardivement aux structures sanitaires.



Chapitre deuxième
DES APPROCHES DE SOLUTION AUX
CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

SECTION 1 : Approches de solutions aux problèmes identifiés

Après avoir analysé les résultats des enquêtes et établi le diagnostic des maux qui handicapent la consommation effective des crédits délégués de l'hôpital de zone de Kandi, nous allons proposer des solutions aux problèmes spécifiques identifiés.

Paragraphe 1 : Approches de solution aux problèmes n°1 et n°2

Les solutions que nous proposons permettront d'éradiquer les causes des problèmes spécifiques identifiés.

A. Approches de solution au problème spécifique n°1

La cause se trouvant à la base de ce problème est la non implication du Directeur de l'HZ de Kandi dans la gestion des crédits délégués de l'hôpital.

Pour que l'hôpital puissent bénéficier des ces crédits délégués, et pouvoir consommer à 100% les crédits annuels avant la fin de l'exercice, il est donc nécessaire de procéder à :

- La délégation des crédits aux hôpitaux de zone ;
- L'implication effective de toute la coordination dans la gestion des crédits délégués de l'hôpital ;
- Le respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone ;
- Le contrôle a priori et postérieur de la gestion des crédits délégués ;
- La nomination des financiers à la tête des zones sanitaires ;
- Réviser les textes sur l'organisation, les attributions et le fonctionnement des Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS).

B. Approches de solution au problème spécifique n°2

La cause qui est à l'origine de ce problème spécifique, est celle circuit compliqué de la gestion des crédits délégués qui est à la base du retard dans le traitement des dossiers.

Pour éviter ces nombreuses déconvenues engendrées par le retard dans le traitement des dossiers, il faut :

- Rendre fonctionnel le SIGFIP, au niveau départemental ;
- Renforcer la capacité des agents intervenant dans la chaîne des dépenses publiques ;
- Actualiser annuellement le répertoire des prix ;
- Le renforcement du personnel de la Direction des Ressources Financières et Matériels (DRFM) du Ministère de la Santé ;
- Déléguer les tâches de répartition des crédits au niveau du ministère de la santé ;
- Doter les postes financiers des agents ayant le profil ;
- Alléger le circuit de la gestion des crédits délégués

Paragraphe 2 : approches de solution au problème spécifique n°3

– Approches de solution au problème spécifique n°3

L'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués est la cause aux dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé. Pour résoudre ce problème, il est important que :

- le niveau central transmettent à temps les informations sur les crédits délégués ;
- le ministère de la santé organise des formations aux gestionnaires de crédits pour les informer sur la gestion des crédits délégués au niveau central ;

- informer les niveaux déconcentrés des contenus de la lettre de cadrage ;
- démystifié la gestion des crédits délégués.

Section 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions

Pour une meilleure gestion des crédits délégués de l'hôpital de zone de Kandi, il est nécessaire de résoudre les différents problèmes identifiés par la mise en œuvre des solutions proposées précédemment. Ces solutions ne trouveront leur efficacité qu'à certaines conditions favorables à leur mise en œuvre. Toutefois, il est nécessaire de préciser que l'activité allant de la délégation des crédits jusqu'à leur utilisation, fait intervenir à la fois le niveau central et l'Etat. La participation active de chaque acteur est incontournable pour aboutir à la résolution des problèmes et par conséquent, à rendre efficace la déconcentration des dépenses dans la zone sanitaire. Aussi, pour une consommation effective des crédits délégués, proposons-nous les recommandations suivantes :

I. Recommandations à l'endroit des services centraux

Pour une meilleure application des solutions proposées, les services centraux doivent :

- rendre fonctionnel le SIGFIP au niveau départemental, ce qui permettra aux services déconcentrés d'avoir directement la notification de leurs crédits, après la mise en exécution du BGE ;
- nommer, aux postes de gestionnaires, les cadres ayant reçu une formation sur l'exécution des dépenses publiques ;
- revoir le processus de préparation et d'exécution budgétaires : préparation au niveau de la zone sanitaire ainsi que l'utilisation systématique des informations provenant du niveau local comme base de programmation budgétaire ;

- prendre un texte pour transférer la qualité de gestionnaire des crédits des hôpitaux aux Directeurs des hôpitaux ;
- transmettre aux niveaux déconcentrés la lettre de cadrage avec une note explicative.

II. Recommandations à l'endroit de l'Etat

Pour une amélioration de la gestion des dépenses publiques au niveau départemental, il s'avère nécessaire au gouvernement de :

- notifier les crédits par la fiche de délégation le plutôt possible surtout dans les départements. De plus, il incombe à l'Etat de respecter rigoureusement la date de clôture ou fermeture du réseau SIGFiP ;
- l'Etat doit également installer dans chaque département une équipe de techniciens en informatique comme au niveau central pour qu'ils suivent le fonctionnement du logiciel SIGFiP de même que la maintenance des matériels mise en œuvre à cet effet. Pour cela, il faut qu'un recrutement en nombre suffisant de nouveaux agents à tous les niveaux et pouvoir mettre l'homme qu'il faut à la place qu'il faut lors des mises à dispositions ou affectations ;
- doter les services chargés de suivre l'exécution des dépenses publiques au niveau départemental en personnel qualifié et en nombre suffisant ;
- de nommer à la tête des hôpitaux de notre pays les agents ayant le profil (AHUI), si l'Etat veut que les hôpitaux soient efficaces.

III. Recommandations à l'endroit des acteurs de la chaîne des dépenses publiques

- Pour une application correcte du contrôle de la gestion des Finances publiques par les gestionnaires des crédits, les trois acteurs (Préfet, DCF et le Receveur des Finances), qui sont en charge du suivi de l'exécution des dépenses doivent s'organiser. L'organisation à ce niveau signifierait à avoir un mode de constitution et de fonctionnement. Ainsi, il faut qu'au début de chaque gestion, un atelier de concertation soit tenu entre ces trois acteurs, ce qui leur permettra de partir sur une base ne serait-ce-que pour parvenir à satisfaire un objectif et éviter les multiples reprises et rejets. Il faut mettre en œuvre un système de renseignement et d'information des acteurs du système.
- En ce qui concerne les gestionnaires de crédits, il est nécessaire pour eux d'avoir une stratégie de gestion en passant par une meilleure planification. Pour éviter des erreurs dans la constitution des dossiers, les gestionnaires ont besoin d'utiliser le manuel « nomenclature des pièces justificatives ». De même, il est indispensable aux gestionnaires de suivre leurs dossiers introduits dans le circuit pour les faire contrôler et analyser.

Tableau n°14: Tableau de Synthèse de l'Etude sur : « **problématique de la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de kandi** »

| Niveau d'analyse | Problématique | Objectifs de recherche | Causes supposées | Hypothèses | Approches de solution |
|---------------------|---|--|---|---|---|
| Niveau général | Problème général Inefficacité du système de gestion dans le processus d'exécution des crédits délégués des hôpitaux de zone | Objectif général proposer les conditions d'une gestion efficace des crédits délégués de l'hôpital de zone de Kandi. | ----- | ----- | ----- |
| Niveaux spécifiques | Problème spécifique n°1 Le directeur de l'hôpital ne gère pas ses crédits | Objectifs spécifique 1 d'identifier le contexte de l'implication du Directeur de l'hôpital de zone dans la gestion de ces crédits délégués | Cause spécifique 1 Les Conflits d'attribution des responsabilités, le non respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone et la mauvaise volonté de la coordination de la zone sanitaire | Hypothèse spécifique n°1 le non respect de l'autonomie de gestion de l'hôpital explique la non implication du D/HZ dans la gestion de ces crédits délégués. | <ul style="list-style-type: none"> - La délégation des crédits aux Hôpitaux de zone ; - L'implication effective de toute la coordination dans la gestion des crédits délégués de l'hôpital ; - Le respect de l'autonomie de gestion des hôpitaux de zone ; - Le contrôle a priori et postérieur des crédits délégués ; - La nomination des financiers à la tête des zones sanitaires ; - Réviser les textes sur l'organisation, les attributions et le fonctionnement des Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS). |

PROBLEMATIQUE SUR LA GESTION DES CREDITS DELEGUES DES HOPITAUX DE ZONE : CAS DE L'HOPITAL DE ZONE DE KANDI

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| 2 | <p>Problème spécifique n°2 Le retard dans le traitement des dossiers</p> | <p>Objectifs spécifique 2 améliorer le délai de traitement des crédits délégués</p> | <p>Cause spécifique 2 Le laxisme de certains acteurs de la chaîne de dépenses publiques, le circuit compliqué de la gestion des crédits délégués et le non fonctionnement permanent du SIGFIP dans les départements.</p> | <p>Hypothèse spécifique n°2 Le circuit compliqué de la gestion des crédits délégués explique le retard dans le traitement des dossiers</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Rendre fonctionnel le SIGFIP, au niveau départemental ; - Renforcer la capacité des agents intervenant dans la chaîne des dépenses publiques ; - Actualiser annuellement le répertoire des prix ; - Le renforcement du personnel de la Direction des Ressources Financières et Matériels (DRFM) du Ministère de la Santé ; - Déléguer les tâches de répartition des crédits au niveau du ministère de la santé ; - Doter les postes financiers des agents ayant le profil |
| 3 | <p>Problème spécifique n°3 Les dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé</p> | <p>Objectifs spécifique 3 Informer les formations sanitaires sur les crédits disponibles chaque année.</p> | <p>Cause spécifique 3 L'information sur les crédits délégués parvient tardivement aux structures sanitaires, L'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués et le mythe entretenu au niveau central sur les crédits délégués</p> | <p>Hypothèse spécifique n°3 L'information sur les clés de répartition des crédits délégués aux gestionnaires de crédits délégués et l'information sur les crédits délégués parvient tardivement aux structures sanitaires expliquent que les dotations de crédits délégués ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau central doit transmettre à temps les informations sur les crédits délégués ; - le ministère de la santé doit organiser des formations aux gestionnaires de crédits pour les informer sur la gestion des crédits délégués au niveau central ; - informer les niveaux déconcentrés des contenus de la lettre de cadrage |

CONCLUSION GENERALE

Les hôpitaux de zone étant en majorité des structures publiques, ont d'énormes besoins en ressources pour desservir les populations. Les ressources propres issues des prestations, ne permettent pas de satisfaire leur ambition. Pour ce faire, l'Etat doit doter les hôpitaux de zone en ressources : humaines, matérielles et financières. L'Etat apporte donc un appui budgétaire aux hôpitaux de zone à travers les crédits délégués. Mais, le montant de ces crédits délégués reste insuffisant, et s'ils étaient disponibles à temps, les problèmes seront en partie résolus.

C'est dans ce contexte que la présente étude sur la problématique de la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de Kandi, nous a permis de mettre en exergue les difficultés y relatives.

Pour ce faire, il est important que les recommandations formulées soient mise en œuvre pour une meilleure gestion des crédits délégués.

Les propositions à l'endroit de l'Etat ; du niveau central et au niveau des acteurs de la chaîne des dépenses publiques ne porteront leurs fruits qu'avec un réel engagement de tous au changement des anciennes pratiques. . L'avenir et la survie de tous les hôpitaux de zone se jouent sur le terrain d'une prise de conscience générale au sujet des problèmes de gouvernance. C'est à se prix et que notre pays pourra relever ses défis de développement.

Si rien n'est fait, nos hôpitaux de zone ne pourront plus répondre aux besoins de la population, ce qui entraînerait des dommages au sein de la population.

Enfin, nous ne saurions prétendre avoir résolu tous les problèmes qui minent la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone. Cependant, nous restons convaincu que notre modeste contribution à la recherche de solutions aux différents problèmes identifiés, aidera le Ministère de la Santé à prendre des décisions pour une meilleure gestion des crédits délégués.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. OUVRAGES

- 1) Aboulaye ZONGO, Paul SARAMBE et Dramane SEBRE (2006) :
« Etude sur la délégation de crédits au niveau périphérique : Modalité
de mise en œuvre du dispositif de délégation de crédits de crédits au
niveau local » ;
- 2) Alain-Charles Martinet et Ahmed Silem (2000) lexique de gestion,
Dalloz Paris ;
- 3) Frédéric de SOUZA : « les procédures d'exécution des dépenses
publiques et le contrôle des finances publiques au Bénin » ;
- 4) Louis TROTABAS et Jean-Marie COTTERET : « Droit budgétaire et
comptabilité publique », 2^{ème} édition, Paris
- 5) Robert Antony(1965) « Planning and Control System » ;

II. TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- 1) Décret n°2010 du 12 mars 2010 portant attribution, organisation et
fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- 2) Décret n°2002-011 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des
hôpitaux de zone ;
- 3) Décret n°2005-611 du 28 septembre 2005, modifiant le décret n°98-300
du 2à juillet 1998, portant réorganisation de la pyramide sanitaire ;
- 4) Arrêté n°10845/MSP/DC/SGM/CTJ/DDZS/SA du 08 novembre 2005,
portant attributions, composition, organisation et fonctionnement de
l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire ;

III. MEMOIRES

- 1) AZOMAHOU Cossi Léon (2008) : « problématique de gestion des crédits délégués dans les départements de l'Atlantique et du Littoral », ENAM, cycle I Administration des Finances et du Trésor ;
- 2) TINDJILE Mondéa I.(2007), « Amélioration de la politique d'achat des consommables médicaux de l'hôpital de zone de Suru-Léré », ENAM, cycle I , Administration Hospitalière Universitaire et Intendance ;
- 3) ACAKPO Comlan Jacques (2010), « Gestion informatisée des dépenses publiques dans les départements du Borgou et de l'Alibori »

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN (Bureau de zone)

Bonjour Madame / Monsieur.

En fin de formation à l'ENAM en Administration Hospitalière Universitaire et Intendance, cycle II nous avons effectué un stage académique à l'hôpital de zone de Kandi dans le cadre de nos travaux de recherches, pour la rédaction de notre mémoire professionnel. Le thème de notre recherche est « **Problématique sur la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de Kandi** ». Nous vous prions de répondre à ce questionnaire qui nous aidera à faire un bon choix des causes se trouvant réellement à la base des problèmes spécifiques identifiés.

Merci de votre contribution.

1 Qu'entendez-vous par crédits délégués ?

.....
.....
.....
.....
.....

2- Comment les crédits délégués sont-ils notifiés à l'HZ de Kandi?

.....
.....
.....
.....

3- Fonctionnement des crédits délégués : comment sont-ils gérés ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4- Quelle est la procédure utilisée pour recueillir les besoins ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5- Comment constituez-vous les lots ?

.....
.....

.....
.....
.....

6- Différents fournisseurs peuvent-ils livrer différents articles (est –ce que deux lots différents peuvent comporter les mêmes lots ?)

.....
.....
.....
.....

7- Quelle méthode utilisez-vous pour résoudre les difficultés liées à la qualité des articles livrés et non conforme ?

.....
.....
.....
.....

8- Quelle est la cause se trouvant à la base de la lenteur dans l'exécution des crédits délégués ?

.....
.....
.....
.....
.....

9- Adressez-vous copie des factures et bordereau de livraison (BL) à l'HZ pour la tenue de sa comptabilité ?

.....
.....
.....
.....
.....

10- Quelle est la composition du comité de réception ? Existe –t'il un texte qui l'institue ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

11- Quels sont les critères de sélection des ordres de missions ?

.....
.....
.....

12- Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exécution des crédits délégués ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13- Quelles approches de solutions préconisez-vous pour l'éradication de ces problèmes spécifiques ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

GUIDE D'ENTRETIEN (hôpital de zone)

Bonjour Madame / Monsieur.

En fin de formation à l'ENAM en Administration Hospitalière Universitaire et Intendance, cycle II nous avons effectué un stage académique à l'hôpital de zone de Kandi dans le cadre de nos travaux de recherches, pour la rédaction de notre mémoire professionnel. Le thème de notre recherche est « **Problématique sur la gestion des crédits délégués des hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone de Kandi** ». Nous vous prions de répondre à ce questionnaire qui nous aidera à faire un bon choix des causes se trouvant réellement à la base des problèmes spécifiques identifiés.

Merci de votre contribution.

1 Qu'entendez-vous par crédits délégués ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2- Décrivez-nous la procédure de délégation des crédits à l'hôpital de zone de Kandi ?

.....
.....
.....
.....

3- Fonctionnement des crédits délégués : comment sont-ils gérés ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4- Quand recevez-vous les fiches de délégation des crédits délégués à l'HZ de Kandi?

.....
.....
.....
.....

5- Recevez-vous la totalité des articles commandés ? il y a-t-il de conformités entre l'expression et les articles réceptionnés ?

.....
.....
.....
.....
.....

6- Selon quelle périodicité se font des livraisons sur crédits délégués ?

.....
.....
.....
.....
.....

7- Participez-vous à la réception des articles ? Si oui à quel titre ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

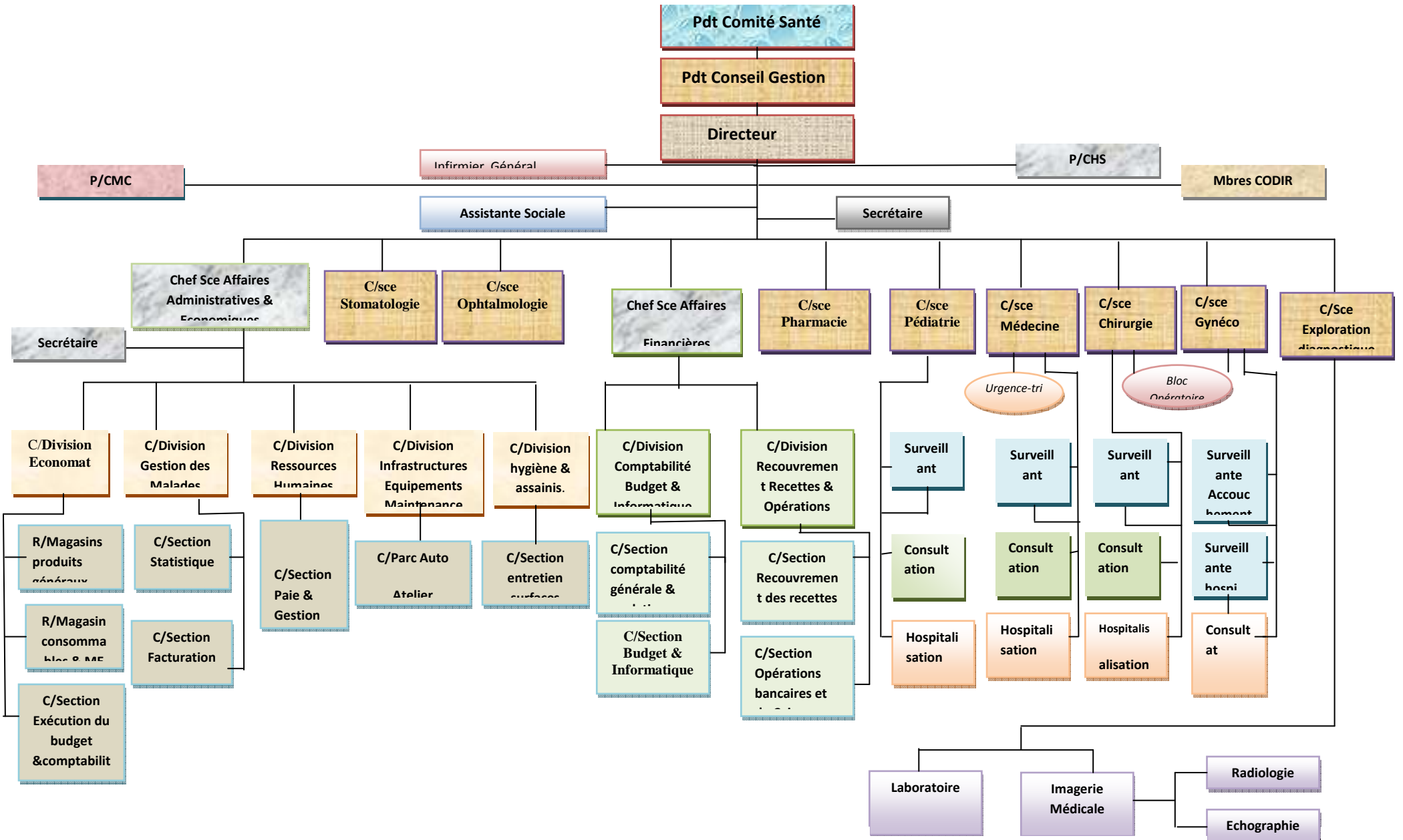
8- Par quel canal arrivez-vous à faire des réclamations?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9- Quelles approches de solutions préconisez-vous pour l'éradication de ces problèmes spécifiques ?

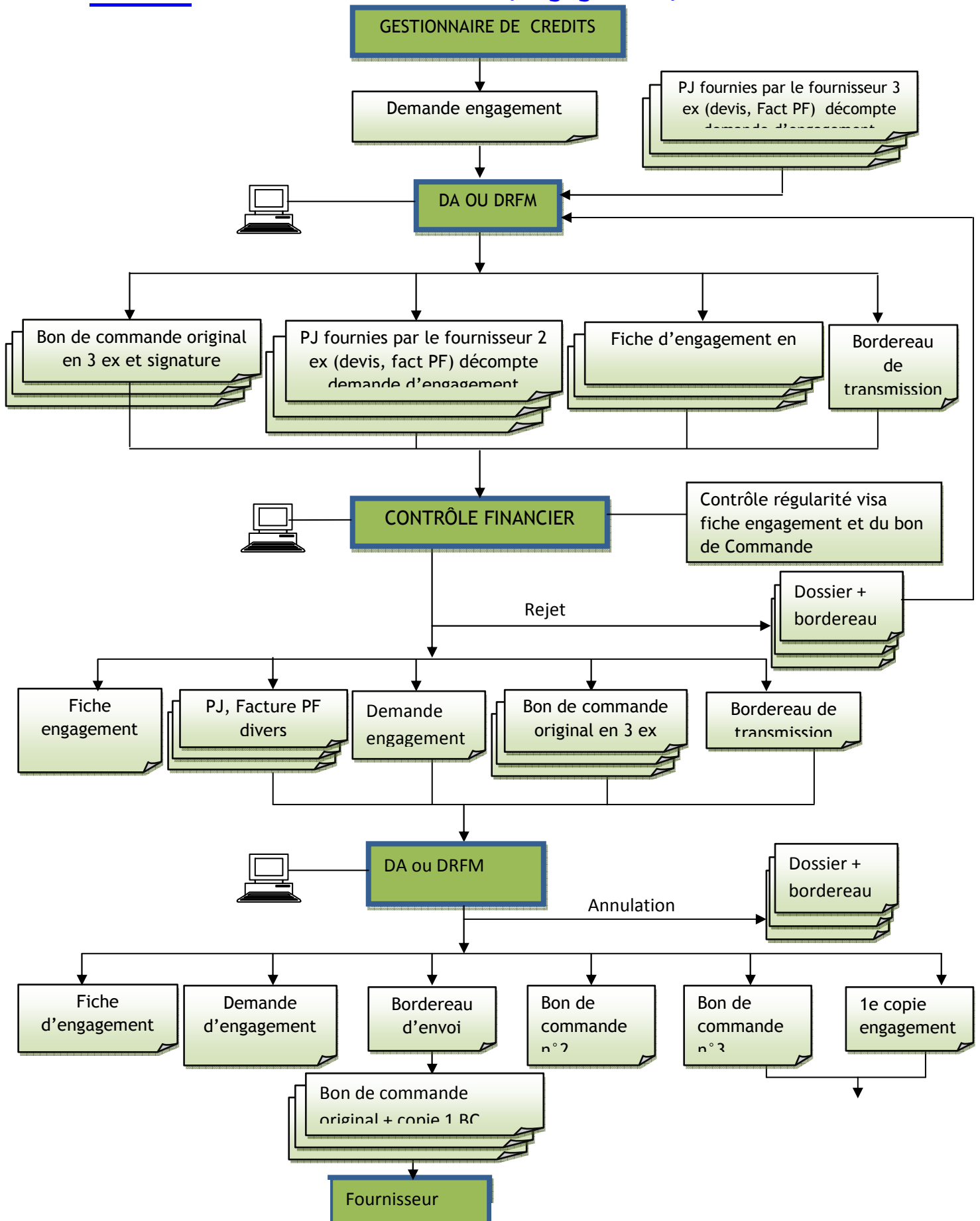
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME DE
L'HOPITAL DE ZONE DE KANDI**

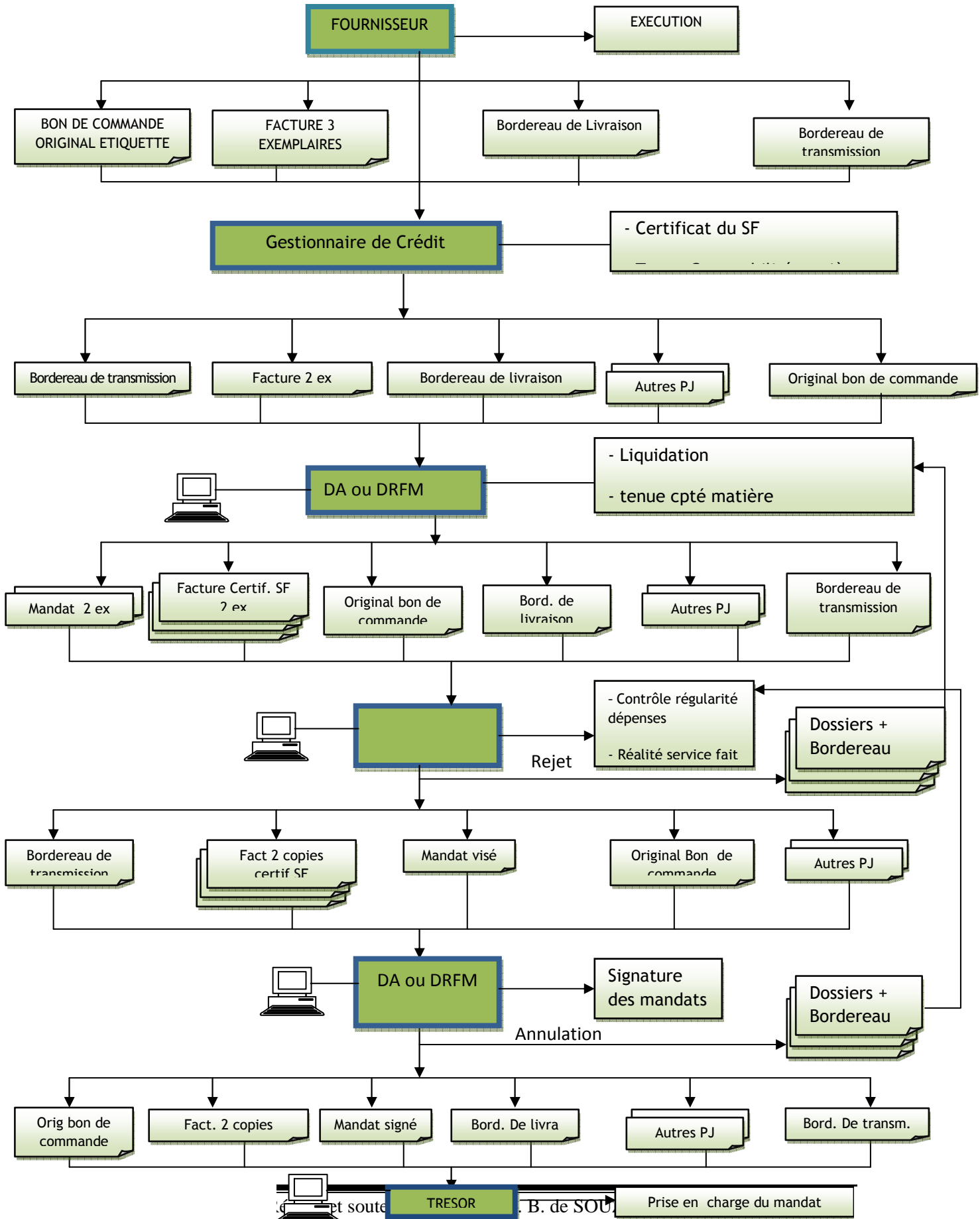


**ANNEXE 3 : PROCEDURE D'EXECUTION
DES DEPENSES PUBLIQUES**

SCHEMA : PROCEDURE NORMALE (Engagement)



SCHEMA : PROCEDURE NORMALE (Liquidation et ordonnancement)



SCHEMA : PROCEDURE NORMALE (Phase paiement direct au Trésor)

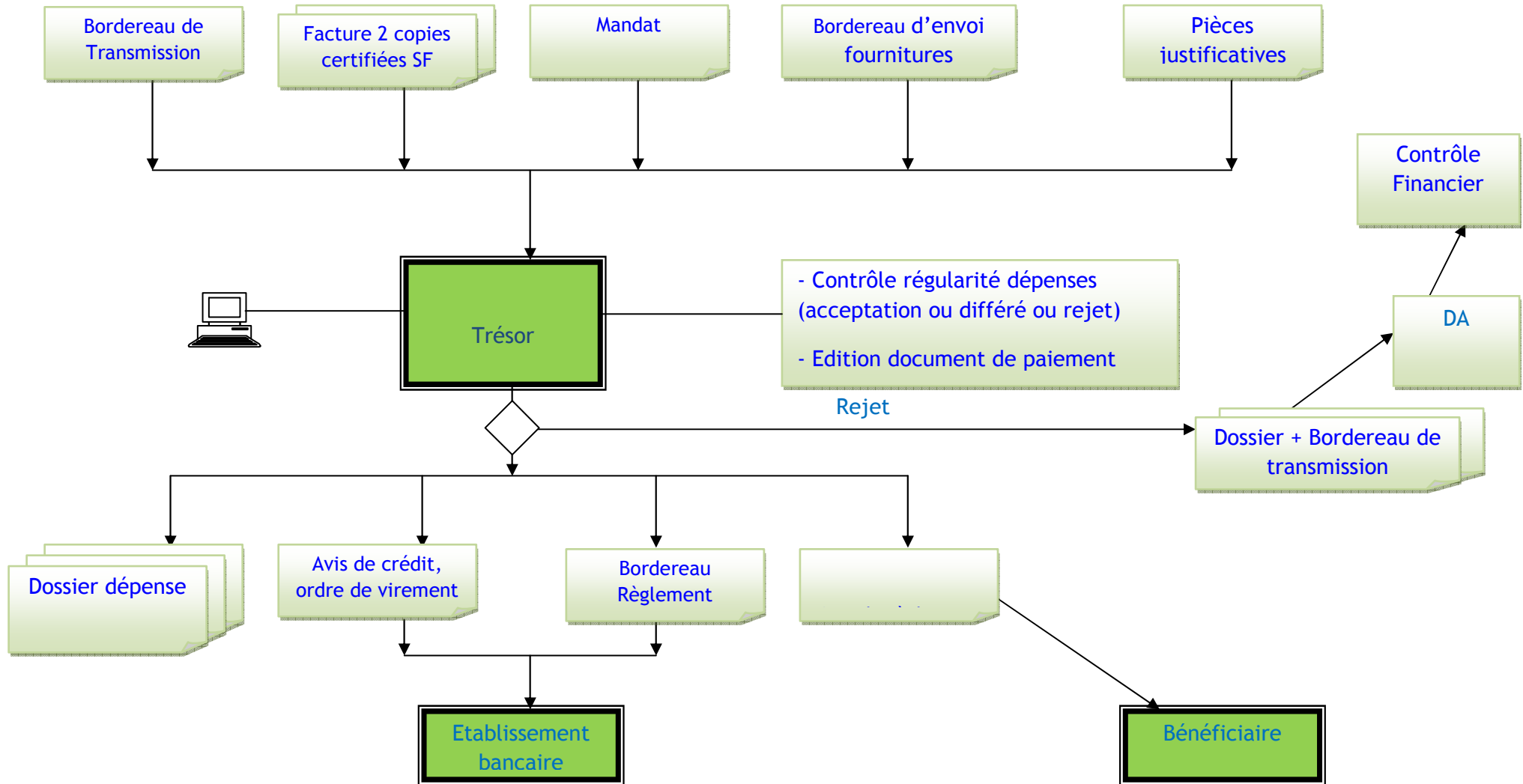


TABLE DES MATIERES

| | Pages |
|--|--------------|
| IDENTIFICATION DE JURY..... | i |
| DECLARATION D'ENGAGEMENT DE L'AUTEUR..... | ii |
| DEDICACES..... | iii |
| REMERCIEMENTS..... | iv |
| LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS..... | v |
| LISTE DES TABLEAUX..... | vi |
| GLOSSAIRE DE L'ETUDE..... | vii |
| RESUME..... | viii |
| SOMMAIRE..... | ix |
| INTRODUCTION GENERALE | 1 |
| CHAPITRE PRELIMINAIRE..... | 4 |
| <u>SECTION 1 : Cadre institutionnel de l'étude et état des</u> | |
| lieux de base..... | 5 |
| <u>Paragraphe 1 : Présentation de la structure d'accueil.....</u> | 5 |
| L'hôpital de zone de Kandi..... | 5 |
| Missions de l'HZ de Kandi..... | 6 |
| Statut juridique..... | 6 |
| Les missions et les moyens de l'HZ..... | 7 |
| Les missions de l'HZ de Kandi..... | 7 |
| Les moyens de l'hôpital de zone en 2010..... | 7 |
| Les organes de gestion de L'HZ de Kandi..... | 10 |
| Le conseil de gestion..... | 10 |
| La Direction..... | 11 |
| Le Directeur..... | 11 |
| Le Chef Service des Affaires Administratives et Economiques..... | 11 |
| Le Chef Service des Affaires Financières..... | 11 |
| Les Chefs des services médicaux et techniques..... | 12 |
| L'Infirmier Général..... | 12 |
| Le Comité de Direction..... | 13 |

| | |
|--|-----------|
| La Commission Médicale Consultative..... | 13 |
| La Commission d'Hygiène et de sécurité..... | 13 |
| <u>Paragraphe 2 : Etat des lieux</u> | 13 |
| IV.Présentation des services d'accueil..... | 13 |
| A. Le Service des Affaires Administratives et Economique..... | 13 |
| B. Le Service des Affaires Financière..... | 15 |
| a. La division de la comptabilité, du budget et de l'Informatique..... | 15 |
| b. La division de Recouvrement des Recettes et des opérations bancaires..... | 15 |
| V.La procédure de mise à disposition des crédits délégués de l'hôpital de zone de Kandi..... | 16 |
| A. Inscription des crédits délégués au budget de l'hôpital..... | 16 |
| B. De la mise à disposition des crédits à l'arrêt des écritures..... | 17 |

Section 2 : Ciblage de la problématique.....19

Paragraphe 1 : Présentation des forces et faiblesses et du choix de la problématique..... 20

| | |
|--|-----------|
| III.Inventaire des éléments de l'état des lieux et liste des problématiques possibles..... | 20 |
| Inventaire des éléments de l'état des lieux..... | 20 |
| 1. Inventaire des atouts..... | 20 |
| 2. Inventaire des problèmes..... | 20 |
| Liste des problématiques identifiées..... | 21 |
| IV. Ciblage de la problématique et spécification du sujet..... | 23 |
| <u>Paragraphe 2 : Détermination de la vision globale et des séquences de résolution de la problématique spécifiée</u> | 24 |
| III.Vision globale de résolution de la problématique choisie..... | 24 |
| Vision globale de résolution des problèmes spécifiques..... | 25 |
| Approche générique liée au problème spécifique n°1..... | 25 |
| Approche générique liée au problème spécifique n°2..... | 25 |
| Approche générique liée au problème spécifique n°3..... | 25 |
| Synthèse des approches génériques identifiées..... | 26 |
| IV. Séquences de résolution de la problématique..... | 26 |

CHAPITRE PREMIER : CADRE THEORIQUE ET

METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE. 28

SECTION 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude. 29

Paragraphe 1 : Objectifs; causes ; hypothèses et revue de littérature. 29

Fixation des objectifs et hypothèses de l'étude..... 29

Objectifs de l'étude. 29

Objectif général..... 29

Objectifs spécifiques... .. 29

Objectif spécifique n°1..... 29

Objectif spécifique n°2..... 29

Objectif spécifique n°3..... 30

Identification des causes supposées et formulation des hypothèses de l'étude..... 30

Identification des causes supposées se trouvant à la base des problèmes..... 30

Causes liées au problème spécifique n°1... .. 30

Causes liées au problème spécifique n°2. 31

Causes liées au problème spécifique n°... .. 31

Formulation des hypothèses. 32

Hypothèse n°1. 32

Hypothèse n°2. 33

Hypothèse n°3. 33

Tableau de Bord de l'étude... .. 33

Revue de la littérature.. 35

D. Point sur l'inefficacité de la gestion des crédits délégués dans les hôpitaux de zone..... 35

E. Point des connaissances sur les problèmes spécifiques n°1 et n°2..... 36

F. Point des connaissances sur le problème spécifique n°3. 39

Paragraphe 2 : choix de la méthodologie de l'étude. 40

Méthodologie de recherche adoptée..... 40

Approches théoriques... .. 40

Choix d'outils lié au problème de la non implication du Directeur à la gestion des crédits délégués.... .. 41

Approche théorique retenue... .. 41

4. Norme ou repère..... 41

5. Seuil de décision... .. 41

d) Choix théorique lié au problème de retard dans le traitement des dossiers... .. 42

Approche théorique... .. 42

Normes ou repères d'amélioration... .. 42

Seuil de décision... .. 42

| | |
|--|----|
| e) Choix théorique lié aux dotations de crédits délégués qui ne tiennent pas compte du CDMT imposé au ministère de la santé..... | 42 |
| Approche théorique..... | 42 |
| Normes et repères d'amélioration... .. | 42 |
| Seuil de décision..... | 43 |
| Les approches empiriques... .. | 43 |
| Objectifs de la collecte des données..... | 43 |
| Cadre de l'enquête et choix de l'échantillon..... | 43 |
| Outils de présentation des données... .. | 44 |

Section 2 : de la collecte des données à l'établissement du diagnostic..... .44

Paragraphe1 : Mobilisation des données d'enquêtes, présentation et

| | |
|---|-----------|
| analyse des données..... | 45 |
| III. Mobilisation des données d'enquêtes et difficultés rencontrées... .. | 45 |
| Mobilisation des données d'enquêtes..... | 45 |
| Difficultés... .. | 45 |
| Présentation et analyse des résultats des enquêtes... .. | 46 |
| Présentation des données à partir du guide d'entretien..... | 46 |
| 1. Résultats relatif au PS1... .. | 46 |
| 2. Résultats relatif au PS2... .. | 46 |
| 3. Résultats relatif au PS3... .. | 47 |
| Analyse des résultats... .. | 47 |
| 1. Analyse des résultats du problème spécifique n°1. | 47 |
| 2. Analyse des résultats du problème spécifique n°2.. | 47 |
| 3. Analyse des résultats du problème spécifique n°3. | 47 |

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic..... 48

| | |
|---|----|
| Vérification des hypothèses... .. | 48 |
| D. Vérification de l'hypothèse des données relatives au problème spécifique n°1.. .. | 48 |
| E. Vérification de l'hypothèse des données relatives au problème spécifique n°2... .. | 48 |
| F. Vérification de l'hypothèse des données relatives au problème spécifique n°3... .. | 48 |
| Etablissement du diagnostic de l'étude..... | 49 |
| Elément de diagnostic relatif au problème spécifique n°1..... | 49 |
| Elément de diagnostic relatif au problème spécifique n°2..... | 49 |
| Elément de diagnostic relatif au problème spécifique n°3..... | 49 |

| | |
|--|----|
| <u>CHAPITRE DEUXIEME</u> : APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE. | 50 |
| <u>SECTION 1</u> : Approches de solutions aux problèmes identifiés. | 51 |
| <u>Paragraphe 1</u> : Approches de solution aux problèmes n°1 et n°2. | 51 |
| Approches de solution au problème spécifique n°1 | 51 |
| Approches de solution au problème spécifique n°2 | 52 |
| <u>Paragraphe 2</u> : approches de solution au problème spécifique n°3. | 52 |
| <u>Section 2</u> : Conditions de mise en œuvre des solutions. | 53 |
| Paragraphe1 : Conditions de mise en œuvres des solutions aux ps n°1 et n°2. | 53 |
| Recommandations à l'endroit des services centraux | 53 |
| Recommandations à l'endroit de l'Etat | 54 |
| <u>Paragraphe2</u> : Conditions de mise en œuvre des solutions aux ps n°3. | 55 |
| ○ Recommandations à l'endroit des acteurs de la chaîne des dépenses publiques | 55 |
| CONCLUSION GENERALE | 58 |
| BIBLIOGRAPHIE | 61 |
| ANNEXES | 62 |
| TABLE DES MATIERES | 74 |