

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION DU CYCLE II

POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ADMINISTRATEUR

Option

ADMINISTRATION DES FINANCES

Filière

ADMINISTRATION HOSPITALIERE
UNIVERSITAIRE ET D'INTENDANCE

ANNEE ACADEMIQUE: 2008-2009

THEME

**CONTRIBUTION AU RENFORCEMENT DE LA
CAPACITE DE MOBILISATION DE FINANCEMENT
DU CENTRE DE SANTE SAINT CAMILLE DE
DAVOUGON**

REALISE ET SOUTENU PAR:

Yvon Serge HOUNSOU

SOUS LA DIRECTION DE :

Maître de stage

Père Christian STEUNOU
Directeur du Centre de Santé
St Camille de Davougon

Directeur de mémoire

Rilwane AREMOU
Administrateur des hôpitaux
Enseignant à l'ENAM


Décembre 2009

IDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT : MOUSSOU Marcel

VICE-PRESIDENT : AGUESSY Joseph

MEMBRE :



**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.**

DEDICACE

A **Dieu**, pour ton Amour et ta sollicitude

Au Bienheureux Père Henri **REBUSCHINI**, pour avoir épuisé ta vie dans une gestion exemplaire des hôpitaux.

A vous tous **Administrateurs** et **Gestionnaires** d'hôpitaux qui vous sacrifiez jour et nuit au service des malades.

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement :

- ↪ **Dieu** pour la Santé qu'il nous donne et pour sa continuelle protection.
- ↪ Nos parents, Joseph **HOUNSOU** et Suzanne **BALLE**, pour leur affection.
- ↪ Monsieur Rilwane **AREMOU**, pour avoir accepté de suivre ce travail malgré ses multiples charges.
- ↪ Le Père Christian **STEUNOU**, pour ses conseils avisés, son encadrement précieux et sa disponibilité.
- ↪ Les autorités administratives de l'**ENAM**, pour l'attention dont nous avons été l'objet pendant notre formation.
- ↪ Nos professeurs, pour s'être investis dans notre formation.
- ↪ Le personnel de la bibliothèque de l'**ENAM**, pour nous avoir facilité l'accès à la documentation.
- ↪ Le personnel du Centre de Santé **Saint Camille** de Davougon, pour son aide lors de nos investigations.
- ↪ Les confrères Camilliens pour leur soutien moral et spirituel.
- ↪ Les religieuses de la Communauté des Filles du Cœur de Marie, pour leur soutien moral et spirituel.
- ↪ Madame Grâce **DEHOUMON**, Messieurs Christian **KOUATONOU**, Adrien **TOSSOU** et Eric **KOUSSEMOU**, pour la part importante que vous avez prise dans la rédaction de ce travail.
- ↪ Toute la promotion 2008 – 2009 de l'**ENAM**, pour l'esprit de fraternité et de camaraderie qui a régné entre nous.
- ↪ Ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AF	: Administration des Finances
AGeFIB	: Agence de Financement des Initiatives de Base
AHUI	: Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance
CA	: Conseil d'Administration
CAFOD	: Catholic Fund for Overseas Development
CI	: Centre d'intérêt
CRS	: Catholic Relief Service
CSSC-D	: Centre de Santé Saint Camille de Davougon
CTAL	: Centre de Traitement Anti-Lèpre
ENAM	: Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
FIDAF	: Agence Fiduciaire d'Afrique
FM	: Fonds Mondial
GIP ESTHER	: Groupement d'Intervention Publique – Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
OG	: Objectif Général
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OS	: Objectif Spécifique
PEC PV VIH	: Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH
PMLS2	: Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA phase 2
PS	: Problème Spécifique
RASKOB	: Raskob Foundation for Catholic Activity
UAC :	: Université d'Abomey-Calavi
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humain

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Personnel du dispensaire
- Tableau 2 : Personnel du Centre de Traitement Anti Lèpre
- Tableau 3 : Subvention des partenaires au PV VIH
- Tableau 4 : Répartition du budget (*Recettes*) 2008 par sources de financement
- Tableau 5 : Regroupement des problèmes par centres d'intérêt
- Tableau 6 : Synthèse des approches génériques
- Tableau 7 : Tableau de bord de l'étude
- Tableau 8 : Appréciation de l'évolution du financement des partenaires du CSSC-D
- Tableau 9 : Causes de la diminution du financement des partenaires
- Tableau 10 : Raisons du faible taux de mobilisations financières
- Tableau 11 : Appréciation de l'accessibilité financière du CSSC-D
- Tableau 12 : Appréciation de la qualité des prestations offertes par le CSSC-D
- Tableau 13 : Extrait de tarification des produits de la pharmacie
- Tableau 14 : Tarif des analyses biomédicales
- Tableau 15 : Résultat des réponses relatives au PS n°3

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Evolution des subventions des partenaires externes
- Graphique 2 : Représentation des réponses obtenues par rapport au PS n°1
- Graphique 3 : Représentation des réponses obtenues par rapport au PS n°2
- Graphique 4 : Représentation des réponses obtenues auprès des patients par rapport au PS n°2
- Graphique 5 : Représentation des réponses obtenues par rapport à la qualité des prestations
- Graphique 6 : Représentation des réponses obtenues par rapport au PS n°3

RESUME

Toute entreprise est attentive au financement et à la gestion de ses activités. Les structures sociales sont plus confrontées au problème de financement car elles ne mènent pas toujours des activités à but lucratif. C'est le cas des centres de santé confessionnels. Les moyens surtout financiers mis à leur disposition ne leur permettent pas toujours de remplir efficacement leur mission. Notre stage au centre de santé saint Camille de Davougon nous a permis de faire ce constat.

En outre, nos investigations ont révélé une faible capacité de mobilisation de financement de ce centre. Trois problèmes spécifiques en découlent. Il s'agit de:

- la diminution du financement des partenaires ;
- la faible mobilisation interne des ressources financières ;
- la lourdeur dans les procédures de financement.

Dans le cadre de notre recherche diagnostic les objectifs relatifs à ces problèmes ont été fixés ; il s'agit de :

- identifier les moyens pour augmenter le financement ;
- déterminer des stratégies pour améliorer la mobilisation interne des ressources financières ;
- étudier les dispositions pour alléger la lourdeur dans les procédures de financement.

L'atteinte de ces objectifs passe par l'éradication des causes plausibles se trouvant à la base de ces problèmes. A partir de ces causes nous avons formulé les hypothèses suivantes:

- la diminution du financement des partenaires se justifie par la baisse du montant de la contribution de certains d'entre eux;

- la faible mobilisation interne des ressources financières s'explique par le faible taux de tarification ;

- la lourdeur dans les procédures de financement a pour cause la disparité de procédure au niveau des partenaires.

Toutes ces hypothèses ont été vérifiées après enquête.

Enfin, nous avons proposé des solutions pour renforcer la mobilisation du financement du Centre de Santé Saint Camille de Davougon (CSSC-D).

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE 1 : OBSERVATIONS DE STAGE AU CENTRE DE SANTE SAINT CAMILLE DE DAVOUGON (CSSC-D) ET PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

SECTION 1 : PRESENTATION DU CENTRE ET OBSERVATIONS DE STAGE

Paragraphe 1 : Présentation du Centre de Santé St Camille de Davougon

Paragraphe 2 : Observations de stage

SECTION 2 : PROBLEMATIQUE ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION

Paragraphe 1 : Problématique de l'étude issue de l'inventaire

Paragraphe 2 : Choix de la problématique de l'étude et formulation du sujet

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET APPROCHES DE RESOLUTIONS

SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses d'étude et revue de la littérature

Paragraphe 2 : Méthodologie de l'étude

SECTION 2 : Enquêtes de vérification des hypothèses et conditions de mise en œuvre des solutions

Paragraphe 1 : Enquêtes de vérification des hypothèses

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

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION GENERALE

Le développement auquel toute Nation aspire ne peut s'appuyer que sur des Hommes valides qui jouissent d'une bonne santé, c'est-à-dire selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), d'«un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.» C'est Dans cette perspective que l'Etat, dans le but d'améliorer l'accessibilité géographique des populations aux soins de santé, a procédé à la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire conformément aux dispositions du décret n°98-300 du 20 juillet 1998 et au décret n°2005-611 du 28 Septembre 2005 portant tous deux réorganisations de la pyramide sanitaire en zones sanitaires. Les 12 et 13 Janvier 1995, s'était tenue la table ronde sur le secteur de la santé. Cette table ronde a consacré des stratégies pour l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des prestations de soins. Aussi des stratégies ont-elles été élaborées pour améliorer les services et renforcer la participation communautaire.

Cette volonté manifeste de l'Etat est accompagnée par la mise à la disposition du secteur de la santé des moyens financiers considérables avec moult programmes. Malheureusement, pour des raisons de gestion notamment, le système sanitaire béninois ne répond pas encore à l'attente des pauvres populations. Cette situation qui s'aggrave avec des grèves cycliques, entraînant des pertes de production au niveau des hôpitaux publics et centres de santé étatiques. Alors que le réseau public de santé peine à satisfaire la demande de soins, il importe de considérer de nouvelles façons d'accroître l'offre de services de santé à la population. Une piste à explorer serait de favoriser une plus grande implication du secteur privé en santé. Ce dernier pourra accroître l'offre globale de services aux patients en participant directement à la prestation des soins de santé. L'Etat béninois, conscient du rôle significatif que joue le secteur privé dans le domaine de la santé, associe ce secteur à la mise en œuvre de sa politique sanitaire. Ainsi, l'hôpital confessionnel Saint Jean de Dieu de

Tanguiéta a été choisi comme hôpital de zone. De même, le centre de santé Saint Camille de Davougon qui a été notre lieu de stage, est retenu comme site de prise en charge en Anti Retro Viraux (ARV) des Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humain (PV VIH) et comme centre de traitement anti-lèpre (CTAL). L'incapacité des hôpitaux publics à assumer leur mission, a pour conséquence une grande affluence de patients vers ces centres confessionnels qui bénéficient peu de subvention de l'Etat. Ces centres, investis d'une mission caritative souffrent de problèmes de financement.

Par exemple, le centre de santé Saint Camille de Davougon, bien qu'il bénéficie de l'appui des partenaires soutenant les programmes de lutte contre la lèpre, l'ulcère de Buruli et le VIH, a besoin fortement d'un soutien financier. En effet, ce centre accueille des patients et surtout les plus démunis ayant des pathologies qui mettent beaucoup de temps à guérir. La prise en charge est pratiquement à un taux forfaitaire. L'aide actuelle reste insuffisante et ne garantit pas la pérennité de la mission du Centre et sa viabilité. Il urge de réfléchir sur la problématique du financement du centre. Etant donné que le centre a choisi d'ouvrir prioritairement ses portes aux pauvres, l'approche de l'autofinancement n'est pas envisagée. Il faudra alors compter sur les partenaires. C'est ce qui nous permet d'orienter notre réflexion sur le thème : « *contribution au renforcement de la capacité de mobilisation de financement du centre de santé Saint Camille de Davougon* » Il s'agira pour nous d'anticiper une réflexion sur d'éventuels problèmes de financement auxquels le centre de santé Saint Camille de Davougon pourrait être confronté. Ce thème sera développé dans les deux chapitres suivants :

- Le premier chapitre présentera les observations de stage au centre de santé saint Camille de Davougon et la problématique de l'étude
- le deuxième chapitre s'intéressera au cadre théorique de l'étude et aux approches de résolutions.

CHAPITRE 1 :
OBSERVATIONS DE STAGE AU CENTRE DE SANTE
SAINT CAMILLE DE DAVOUGON (CSSC-D) ET
PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

SECTION 1 : PRESENTATION DU CENTRE ET OBSERVATIONS DE STAGE

Dans cette première section nous allons présenter notre lieu de stage et relever les observations faites lors de notre séjour.

Paragraphe 1 : Présentation du Centre de Santé Saint Camille de Davougon

I- Historique et missions

A- Historique

En Mai 1955, les habitants du village de Davougon ont concédé un terrain aux sœurs Missionnaires Catéchistes du Sacré Cœur pour le compte du Diocèse d'Abomey en vue de la construction d'une léproserie.

Un hangar fut construit dès le mois de Juillet de l'année 1955 pour donner des soins aux lépreux. De 1958 à 1985, la léproserie a été progressivement agrandie. Du hangar de fortune, elle devient un ensemble composé :

- de 24 cases construites en ciment servant d'hospitalisation pour les lépreux ;
- d'un petit dispensaire ;
- de deux classes ;
- d'une chapelle.

Cette œuvre a été réalisée grâce aux aides venant d'une part de la Congrégation des sœurs Missionnaires Catéchistes du Sacré Cœur et d'autre part de l'Association Française Raoul FOLLEREAU, ainsi que de nombreux bienfaiteurs.

Après le départ des sœurs pour des raisons d'âge et de santé, l'œuvre a été confiée à un groupe de trois laïcs qui ont géré le centre pendant deux ans. Après ces derniers, le diocèse a fait appel aux religieux français de l'ordre des serviteurs des malades qui prirent en charge la gestion de la léproserie.

Dès lors, un nouveau dynamisme a été insufflé dans l'approche de la mission assignée à la léproserie.

En effet, un choix délibéré est fait d'intégrer les malades de la lèpre aux autres couches sociales. Il s'agit de démystifier la maladie en réinsérant les lépreux.

Dès les années 90, avec l'ouverture de la léproserie à d'autres pathologies et au regard de l'affluence des patients, il s'est imposé la nécessité d'ouvrir un dispensaire général et de spécialiser l'ancienne léproserie qui deviendra successivement le Centre de Traitement Anti-Lèpre (CTAL) en 1988 et le Centre de traitement anti-ulcère de Buruli en 1997. Quant au dispensaire, il ouvrit ses portes en 1992.

Dans la même période un centre de promotion féminine (CeFeD) a été ouvert pour accueillir des jeunes filles déscolarisées victimes du mariage forcé et issues d'un milieu familial pauvre. Le but visé par la création du CeFeD est de donner à ces filles, futures mères de famille une formation en enseignement ménager pour réduire les cas des malnutris.

Au fil des années, cette léproserie est devenue le Centre de santé St Camille de Davougou après sa reconnaissance officielle par le Ministre de la Santé (Réf : Attestation n° 0386/MSP/DC/SG/SA du 26 Janvier 2000).

Ce centre est composé de trois grands secteurs à savoir :

- le centre de traitement Anti-lèpre et anti-ulcère de Buruli de Davougou;
- le Centre de Promotion Féminine de Davougou ;
- le dispensaire St Camille.

Mais quelles sont ses missions ?

B- Missions du centre

Avant d'aborder les missions du centre, il est important de le situer géographiquement. Le site qui abrite le centre est un terrain d'une superficie de vingt six (26) hectares. Le CSSC-D est situé dans la partie ouest des départements du Zou Collines. Il est à cent vingt (120) km environ au Nord de la ville de Cotonou et à six (6) km environ à l'ouest de la ville d'Abomey sur la route nationale inter Etat n°4 (RNIE4) reliant la République du Bénin à la République togolaise. Il est situé dans la Commune d'Agbangnizoun et plus précisément dans le village de Davougon.

Le centre de santé St Camille est un centre privé confessionnel à but caritatif. Il est une propriété de l'Eglise Catholique. C'est un lieu d'espérance pour les plus démunis qui ne peuvent pas avoir accès aux soins de santé dans les services publics par manque de moyens financiers.

De façon générale, le centre cherche à :

- Promouvoir la santé et l'éducation ;
- Secourir les plus pauvres et les plus démunis au niveau sanitaire et social ;
- Donner des soins essentiels aux populations déshéritées ;
- Eduquer et sensibiliser les populations sur les maladies prioritaires et d'autres pathologies ;
- Accueillir et traiter les malades rejetés par d'autres centres de santé.

Le CSSC-D est associé également au service public en tant que centre de traitement anti-lèpre, anti-ulcère de Buruli et site de traitement antirétroviral contre le VIH/ SIDA.

Pour répondre à cette mission, le CSSC-D dispose d'un plateau technique moyen, des organes de gestion modestes et d'un personnel restreint mais engagé pour le service des plus pauvres.

II- Structures administratives et plateau technique

Nous présenterons les structures administratives et le plateau technique.

A- Structures Administratives

Les services administratifs s'occupent du fonctionnement des services médicaux et paramédicaux en mettant à leur disposition ce dont ils ont besoin pour bien travailler. Ils s'occupent également de la gestion du personnel, de la clientèle, de la quantification et de la valorisation des prestations médicales. Ils sont impliqués aussi dans l'organisation du travail et dans la définition des stratégies pour améliorer les prestations et rentabiliser les services.

L'administration du CSSC-D est composée d'une équipe de direction qui est soutenue par des organes de gestion. L'équipe est animée par un directeur chargé des ressources humaines et financières. Il est aidé dans sa charge par un directeur adjoint qui s'occupe de l'économat du centre.

Le centre compte trois (03) organes de gestion à savoir:

- Le conseil provincial qui fait office de conseil d'administration ;
- Le Comité de Direction (CODIR) composé du Directeur, de son adjoint et des responsables de secteurs ;
- Le Comité de gestion est composé des membres du CODIR, des délégués du personnel et des religieux qui interviennent dans le centre.

Bien qu'étant un centre privé confessionnel, le CSSC-D est associé au service public à travers le programme de lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli et le programme de lutte contre le Sida.

B- Plateau Technique

Le Dictionnaire petit LAROUSSE le définit comme l'ensemble des équipements nécessaires et indispensables dans un service hospitalier.

▪ **Le secteur dispensaire St Camille dispose :**

- d'un (01) service de nutrition ;
- d'un (01) service de pansement ;
- d'un (01) service d'urgence ;
- de trois (03) services de consultation ;
- de trois (03) services qui s'occupent des hospitalisés dont deux (02) pour les enfants et un pour les adultes ;
- d'une (01) pharmacie et d'un dépôt pharmaceutique ;
- d'un (01) laboratoire ;
- d'un (01) site de prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA ;
- d'un (01) service de lunetterie.

Le dispensaire dispose de huit (08) salles d'hospitalisation d'une capacité de six (06) lits par salle.

Le personnel soignant chargé de fournir les soins est composé :

- d'un (01) médecin qui s'occupe surtout de la prise en charge des PV VIH ;
- de trois (03) infirmiers Diplômés d'Etat ;
- de deux (02) techniciens de laboratoire ;
- de treize (13) aides soignants ;
- de deux (02) interprètes ;
- de quatre (04) agents d'entretien.

Tableau 1 : Personnel du dispensaire

Qualifications	Nombre
Médecin	1
Infirmiers Diplômé d'Etat	4
Technicien de laboratoire	2
Aides soignants	14
Agent d'Entretien	5
TOTAL	26

Source : Nos investigations

▪ **Le secteur Centre de Traitement Anti-Lèpre**

Il dispose:

- de deux (02) salles de pansement : une pour la lèpre et l'autre pour l'ulcère de Buruli et d'autres grandes plaies ;
- d'une (01) salle de kinésithérapie ;
- d'un (01) service de consultation ;
- d'une (01) pharmacie ;
- de vingt quatre (24) cases d'hospitalisation d'une capacité de deux (02) lits par case ;
- de huit (08) salles d'hospitalisation d'une capacité de 08 à 09 lits par salle ;
- d'une salle de télévision qui sert d'animation et de jeux ;
- de cinq (05) magasins de vivres.

Le personnel du Centre de Traitement Anti-Lèpre est composé :

- de deux (02) infirmiers diplômés d'Etat ;
- d'un (01) infirmier de santé ;
- d'un (01) aide soignant ;
- d'une (01) intendante ;
- d'un (01) ouvrier de spécialité ;
- de deux (02) agents d'entretien.

Tableau 2 : Personnel du Centre de Traitement Anti Lèpre

Qualification	Nombre
Infirmier Diplômé d'Etat	2
Infirmier de Santé	1
Aide soignant	1
Intendante	1
Ouvrier de spécialité	1
Agent d'entretien	2
Total	7

Source : Nos investigations

Paragraphe 2: Observations de stage

Nous allons restituer les observations faites dans le service administratif et au niveau du financement CSSC-D.

I – Restitution du mécanisme organisationnel du service administratif

Le service administratif est logé au rez-de-chaussée de l'étage qui sert de logement pour les religieux serviteurs des malades. Il est constitué d'une seule pièce qui est une vaste salle. Les services financier, administratif et économique se retrouvent dans cette même pièce. *Il y a manque de locaux pour le service administratif.*

A- Présentation des équipements

A l'intérieur de la salle du service administratif, on retrouve deux grands bureaux équipés chacun d'un ordinateur et d'une imprimante. Il y a également une photocopieuse et de grandes armoires où sont rangés le matériel de bureau et les documents du centre. Le service administratif est également équipé d'un réseau internet et téléphonique. *Il en résulte que le service administratif est bien équipé.*

B- Personnel du service administratif

Le service administratif est géré par deux personnes : le Directeur et le Directeur Adjoint. Les activités relatives au secrétariat, aux affaires financières, économiques et la gestion du personnel sont sous la responsabilité de ces deux personnes. Ce personnel très restreint est bien dévoué au travail. On constate ***un dévouement du personnel au travail***. Mais il se pose un problème ***d'insuffisance de personnel pour le service administratif***.

C- Fonctionnement du service administratif

Cette équipe de direction gère au quotidien le centre dans une bonne complémentarité d'exécution des tâches. ***Il y a une bonne ambiance de travail*** mais ceci, dans un cadre qui n'est pas vraiment formel.

En effet, il n'existe pas un manuel de procédures de gestion des finances et de l'économat. Nous pouvons déduire ***l'inexistence de manuels de procédures***.

Dans cette logique de complémentarité, la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable n'est pas si effective. Il y a un dysfonctionnement dans l'orthodoxie financière caractérisée par ***le non respect du principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable***. Le volume de travail à effectuer étant énorme par rapport à l'effectif du personnel du service administratif, ***il y a une surcharge de travail qui pèse sur le personnel***.

Le dispensaire abrite le site de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PV VIH) ; Un site, qui engage le centre mais dont la gestion lui échappe. En effet, la gestion est autonome et est confiée à une équipe qui ne fait pas partie du personnel du centre. Nous avons constaté que le gestionnaire du projet mène ces activités en parallèle au centre et n'implique pas la direction. Il y a ***une mauvaise collaboration entre la direction du centre et le gestionnaire du site de prise en charge des PV VIH***.

La structuration détaillée du CSSC-D se trouve dans l'organigramme annexé au présent document.

II- Restitution du mécanisme de financement des activités du CSSC-D

Il n'est pas superflu de rappeler que le CSSC-D est un centre confessionnel à but caritatif et non lucratif. Il a pour mission d'accueillir les pauvres et les vrais indigents qui ont de réelles difficultés pour accéder aux soins par manque de moyens financiers. Le centre de santé St Camille a un secteur médical (dispensaire et CTAL) et un secteur social (le centre de formation et de promotion Féminine).

A- Budget du Centre

Au cours de notre stage nous nous sommes intéressé au financement du secteur médical. La première observation au niveau du service financier est que le budget n'est pas élaboré à temps. Il y a donc *des difficultés d'élaboration d'un budget*.

Nous avons noté également que l'exécution du budget souffre d'un suivi réel. Nous en tirons comme conclusion qu'il y a *inexistence d'un suivi budgétaire pour tout le centre*.

B- Aides des partenaires

Le centre fonctionne par projets et son financement en dépend largement. En effet, deux grands projets émanant de la politique sanitaire du Bénin y sont logés. Il s'agit d'un programme relatif aux maladies prioritaires : le programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et d'un programme de lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli. Outre ces pathologies, le CSSC-D accueille tous les patients souffrant d'autres maladies et donne des soins dans la mesure de ses possibilités. Certaines de ces maladies sont considérées comme des pathologies opportunistes aux maladies prises en compte par lesdits programmes. La prise en charge en Anti Retro Viraux (ARV) des PV VIH est financée par divers partenaires, et fait bénéficier au centre d'une subvention comme l'illustre le tableau ci après :

Tableau 3 : Subvention des partenaires aux PV VIH

Partenaires	2007	2008	2009
CRS	16.000.000	13.977.904	8.681.657
GIP ESTHER	47.381.217	21.243.605	12.892.179
RASKOB	4.387.536	6.358.789	1.430.260
PPLS/PMLS2	0	22.273.250	0
FM	0	1.184.800	0
TOTAL	67.768.753	65.038.348	23.004.096

SOURCE : Résultat de nos enquêtes

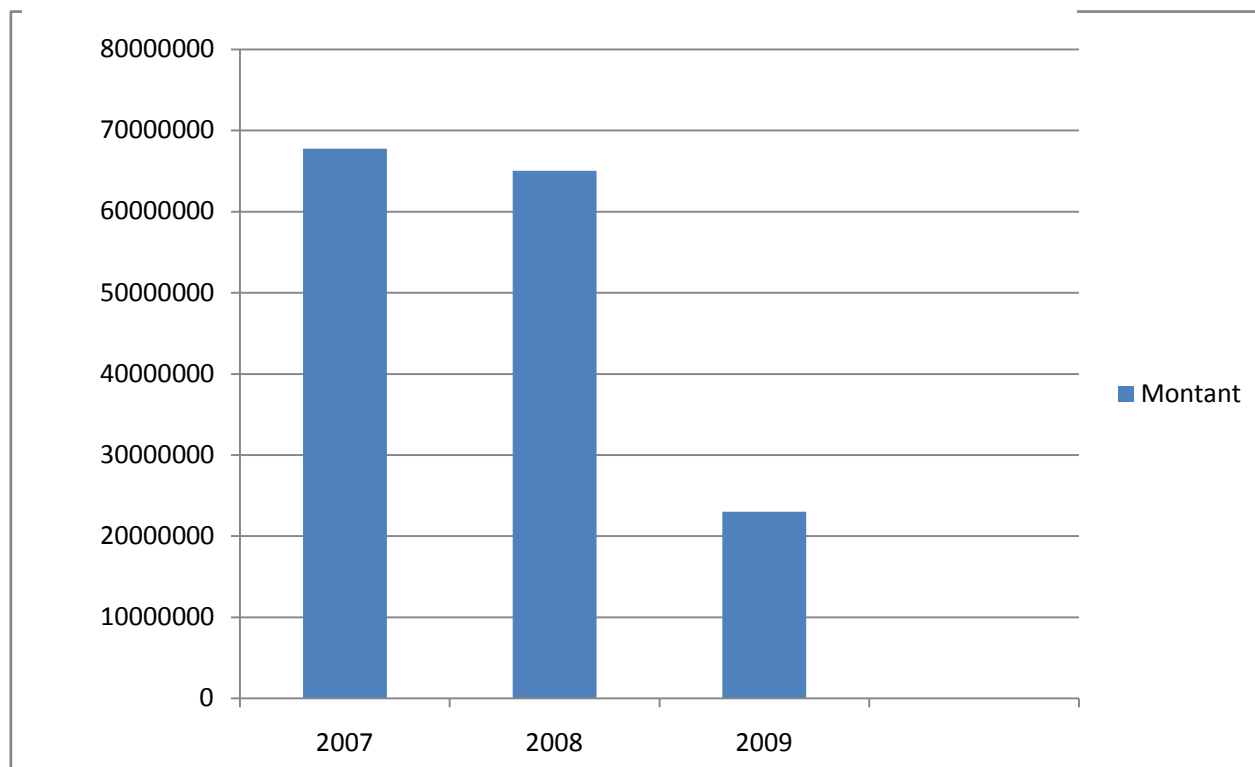
Nous constatons à travers ce tableau que le montant de la subvention baisse d'année en année. Par exemple, la contribution du Catholic Relief Service (CRS), premier partenaire du PV VIH, a baissé de façon très sensible. Elle passe de 16.000.000 en 2007 à 8.681.657 en 2009, soit environ une baisse de 50% en moins de trois ans. *Il y a donc une diminution du financement des partenaires.*

Ce tableau des subventions des partenaires peut donc être résumé comme suit:

Années	2007	2008	2009
Montants	67.768.753	65.038.348	23.004.096

Ce qui nous donne le graphique ci-après :

Graphique 1 : Evolution des subventions des partenaires aux PV VIH



La répartition du budget (*Recettes*) 2008 par sources de financement présentée dans le tableau ci-après montre que les ressources propres du centre s'élèvent à 55.779.050 f Cfa soit 21,4% du budget général. *Il y a donc une faible mobilisation interne des ressources financière*

Tableau 4: Répartition du budget (*Recettes*) 2008 par sources de financement

SOURCES	MONTANTS (CFA)	pourcentage
RESSOURCES PROPRES	55.779.050	21,41
FONDATION RAOUL FOLLEREAU	30.171.735	11,58
ETAT BENINOIS / MS(PMLS2-FM)	23.858.050	9,15
ANESVAD	34.450.430	13,22
A.CHRISTIAN STEUNOU/BRET	34.623.319	13,29
A.SOLIDARITE ALSACE BENIN	6.783.596	2,60
AIDE AUX MISSIONS CAMILLIENNES	19.243.744	7,38
CRS	13.977.904	5,36
GIP ESTHER	21.243.605	8,15
RASKOB	6.358.789	2,44
AUTRES	13.986.415	5,42
TOTAL	260.476.637	100

SOURCE : Résultat de nos enquêtes

C- Procédure de financement

Le décaissement des crédits alloués suit diverses procédures et est propre à chaque partenaire. Les crédits obtenus sur fonds du Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA phase 2 (PMLS2) et du Groupement d'Intervention Publique-Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (GIP ESTHER) sont consommés suivant une programmation trimestrielle et ceux provenant du CRS sont bimensuelles. Le financement sur fonds propres se gère au quotidien. Les fonds du PMLS2 et du GIP ESTHER sont gérés respectivement par des agences fiduciaires ci-après : AGeFIB et FIDAF. Quant au CRS, il gère ses fonds par le biais de caritas Benin. On retient à ce niveau,

une lourdeur dans la procédure de financement qui rend le travail difficile à l'administration du centre.

Au début, en 1995 par le biais de la PEC PV VIH, le CSSC-D a bénéficié de l'aide de plusieurs partenaires à savoir :

- Caritas-Bénin ;
- CRS-Bénin ;
- Secours catholique France et CAFOD ;
- Fondation RASKOB ;
- GIP-ESTHER ;
- PMLS 2 ;
- Fonds Mondial.

Actuellement, seuls GIP-ESTHER, CRS et Caritas-Bénin continuent leur financement. On constate une diminution aussi bien des partenaires que des financements. *Il y a précarité de financement.*

Par le biais du CTAL, le CSSC-D bénéficie également du financement provenant des partenaires ci-après:

- la Fondation Raoul Follereau ;
- la Fondation Anesvad ;
- l'Association « aides aux missions camilliennes » ;
- l'Association « Christian Steunou ».

SECTION 2 : PROBLEMATIQUE ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION

Il s'agit dans cette section de dégager le véritable problème, objet de notre étude, parmi tous les problèmes observés et d'énoncer notre perspective d'approches de résolutions.

Paragraphe 1 : Problématique de l'étude issue de l'inventaire.

Elle émerge des observations faites lors de notre stage.

I- Inventaire des éléments de l'état des lieux

Il se fera à travers les forces ou opportunités et les faiblesses ou menaces observées dans le fonctionnement du service administratif et dans le financement du CSSC-D.

A- Forces

Comme points forts, nous avons constaté :

- Le dévouement du personnel au travail ;
- La bonne ambiance de travail ;
- Le bon équipement du service administratif.

B- Faiblesses

- le manque de locaux pour le service administratif ;
- l'insuffisance de personnel pour le service administratif ;
- l'inexistence de manuels de procédure ;
- le non respect du principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable ;
- la surcharge de travail ;
- le manque de collaboration entre le gestionnaire du site PEC PV VIH et la direction ;
- les difficultés d'élaboration d'un budget ;
- l'inexistence d'un suivi budgétaire pour tout le centre ;
- la faible mobilisation interne des ressources financières ;
- la lourdeur dans la procédure de financement ;
- la diminution du financement des partenaires;
- la précarité de financement.

II- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : Problématiques possibles

Les faiblesses observées lors de notre stage sont regroupées en termes de centres d'intérêt (C.I), de problèmes spécifiques (P.S), de problèmes généraux et de problématique (P), dans le tableau ci- après :

Tableau 5 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

Centres d'Intérêt	Problèmes Spécifiques	Problèmes Généraux.	Problématiques
Conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de locaux pour le service administratif - Insuffisance de personnel pour le service administratif - Surcharge de travail - Manque de collaboration entre le gestionnaire du site PEC, PV VIH et la direction 	Conditions peu satisfaisantes de travail	Problématique d'amélioration des conditions peu satisfaisantes de travail
Gestion des ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence de manuel de procédure - Non respect du principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable - Difficultés d'élaboration d'un budget - Inexistence d'un suivi budgétaire pour tout le centre 	Gestion non rationnelle des ressources financières	Problématique de la gestion rationnelle des ressources financières
Financement du Centre	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution du financement des partenaires - Précarité de financement - Faible mobilisation interne des ressources financières - Lourdeur dans la procédure de financement 	Faible capacité de mobilisation de financement du CSSC-D	Problématique de renforcement de la capacité de mobilisation de financement du CSSC-D

Paragraphe 2 : Choix de la problématique de l'étude et formulation du sujet

I- Ciblage de la problématique

Le paragraphe précédent nous a permis de dégager les problématiques possibles relevant de l'état des lieux. Il s'agit à présent de dégager la problématique qui fera l'objet de notre étude.

Nos investigations nous ont conduit à relever au centre de santé St Camille de Davougou des problèmes relatifs :

- aux conditions peu satisfaisantes de travail
- à une gestion non rationnelle des ressources financières
- à une faible capacité de mobilisation de financement du CSSC-D.

Il y a un autre problème non moins important qui se pose au centre mais qui n'a pas été formellement répertorié. Il s'agit de la non formalisation de son partenariat avec des structures externes telles que : le projet SEDEKON, le centre de santé Gbèmontin de Zangnanado.

Dans une entreprise, la ressource première et déterminante est la ressource humaine. C'est l'homme qui crée et dynamise la richesse. Il lui faut alors une condition satisfaisante de travail pour qu'il se donne pleinement. Les conditions sont relatives à son cadre, au volume de travail, à la jouissance telles que les primes, les gratifications et autres.

Bien que son effectif soit petit (environ 5% du personnel) et son cadre réduit, le personnel de l'administration du centre donne le meilleur de lui-même pour aboutir à des résultats concluants constatés sur le terrain.

La problématique d'amélioration des conditions peu satisfaisantes de travail n'est pas sans intérêt pour le centre. Mais, elle ne constitue pas une priorité de l'heure. Elle ne serait donc pas retenue dans le cadre de notre étude.

L'autre ressource qui est aussi importante pour une entreprise concerne les finances. En effet, l'homme, bien qu'étant la première ressource, pour réussir sa mission, a besoin de moyens qui sont acquis d'une manière ou d'une autre avec de l'argent.

Les finances font généralement appel à deux points cardinaux : la mobilisation des fonds et la gestion de ces fonds.

La bonne volonté et le sérieux du travail de l'ensemble du personnel doivent être soutenus par des moyens adéquats mis à leur disposition. C'est pour cela que les problèmes relatifs aux finances ont plus retenu notre attention. Au nombre de ces problèmes, nos observations ont révélé :

- La gestion non rationnelle des ressources financières ;
- La faible capacité de mobilisation de financement.

La résolution de ces deux problèmes est primordiale pour régler la question des finances du centre.

Concernant la gestion non rationnelle des ressources financières, certains des problèmes spécifiques liés à ce problème général sont en cours de résolution.

En effet le centre a commis une étude pour élaborer les différents manuels de procédures en matière de gestion financière, économique et administrative.

Une fois élaborés, ces manuels vont résoudre le problème du non respect du principe de séparation de la fonction de l'ordonnateur de celle du comptable.

Aussi des dispositions sont en train d'être prises pour un suivi budgétaire des activités entreprises dans le centre. Ces constats faits nous obligent à prioriser la question du financement qui est majeure quant à l'avenir du centre. C'est pourquoi nous portons notre choix sur la problématique de la capacité optimale de mobilisation de financement. Il s'agit d'une approche managériale conduisant à assurer un tant soit peu la pérennité de l'œuvre.

Qu'il nous souvienne que cette problématique est portée par le problème général suivant : faible capacité de mobilisation de financement et que les problèmes spécifiques suivants lui sont liés :

- La diminution du financement
- La précarité de financement,
- La faible mobilisation interne des ressources financières,
- La lourdeur dans la procédure de financement.

Formulation du sujet

Parmi les problèmes généraux recensés lors de notre stage, la faible capacité de mobilisation de financement des partenaires du CSSC-D a plus particulièrement retenu notre attention. C'est vrai que le progrès sanitaire ne rime pas toujours avec l'accroissement des ressources financières. Mais ces ressources peuvent contribuer à résoudre l'épineux problème de la couverture sanitaire ou d'accessibilité aux soins de santé des pauvres. Le CSSC-D qui s'est donné pour mission de prioriser des soins aux plus pauvres, se doit d'augmenter sa capacité de financement ; c'est dans cette perspective, que nous nous sommes proposé de réfléchir sur le thème formulé de la manière suivante : **« Contribution au renforcement de la capacité de mobilisation de financement du Centre de Santé St Camille de Davougon ».**

II - Spécification de la problématique et vision globale de résolution.

A- Spécification de la problématique

La gratuité des soins de Santé est un idéal que tout gouvernement doit chercher à atteindre. Car l'Etat doit garantir aux citoyens un minimum de bien-être selon l'article 8 de la constitution béninoise du 11/12/1990 qui dispose : « l'Etat a l'obligation absolue de respecter et de protéger l'être humain sacré et inviolable. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé... ». Cela passe par une large couverture sanitaire et l'accessibilité aux soins. La santé n'a pas de prix dit-on. Parce qu'on ne peut

pas acheter une vie, il faut donc engloutir assez d'argent si possible pour la sauver. Mais la santé a un coût qui doit être supporté, tout au moins partiellement. C'est ce que l'Etat a compris en prenant en charge les pauvres qui ne peuvent pas bénéficier de soins par manque d'argent. Cette prise en charge est faite par le biais d'un fonds appelé Fonds d'aide aux indigents. Le Centre de Santé St Camille de Davougou s'inscrit lui aussi dans cette logique. Mieux, il a pour option de donner priorité aux plus pauvres. Cette vocation d'option préférentielle aux plus pauvres est noble mais constitue une lourde charge pour l'administration du Centre. La question essentielle est de savoir qui va payer le manque à gagner ?

La situation financière actuelle du Centre n'est pas alarmante, mais les sources de financement sont fragiles et une réflexion sur leur renforcement s'impose. Cette étude est donc très importante pour le CSSC-D qui veut rester fidèle à son option pour les pauvres. La mobilisation des ressources financières dans le contexte du CSSC-D passe par la résolution des problèmes spécifiques suivants :

- la diminution du financement;
- la précarité de financement ;
- la faible mobilisation interne des ressources financières ;
- la lourdeur dans la procédure de financement.

Même si la résolution de tous ces problèmes est nécessaire, celle de certains est plus indispensable, pour résoudre le problème du financement. Le problème spécifique à la précarité de financement n'est pas directement au CSSC-D. Il est du ressort de la dynamique des partenaires à mobiliser les fonds à leur niveau. Notre étude ne pourra pas le prendre en compte. Il reste alors trois problèmes spécifiques.

Notre problématique sera donc portée par :

- Problème Général : La faible capacité de mobilisation de financement du CSSC-D.

- Problème spécifique n°1 : La diminution du financement
- Problème spécifique n°2 : La faible mobilisation interne des ressources financières
- Problème spécifique n° 3 : La lourdeur dans la procédure de financement.

Une fois ces problèmes résolus, le CSSC-D aura beaucoup d'opportunités pour la mobilisation de ses ressources financières.

B- Vision globale de résolution des problématiques retenues

La restitution du mécanisme de financement du CSSC-D nous a montré ses limites. Dans la perspective de notre étude, il importe de préciser la vision globale pouvant nous permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques retenus et par ricochet le problème général.

1- Approche générique de résolution du problème général

Pour répondre à sa mission, une structure sanitaire à but caritatif et non lucratif doit être dans une dynamique stratégique de mobilisation des fonds doublée d'une gestion efficiente. L'approche générique de résolution de tout problème général est centrée sur la théorie managériale de mobilisation des ressources financières.

2- Approche générique de résolution du problème spécifique n°1

La diminution du financement se traduit par la baisse du montant des subventions que les partenaires accordent au Centre. Cet état de chose influence négativement les activités programmées. Il faut alors amener les partenaires à s'intéresser aux activités du Centre pour maintenir ou augmenter leur contribution. Une réponse adéquate de ce problème spécifique nous amène à envisager une approche de solution qui s'inspire des théories de marketing pour sensibiliser les partenaires à augmenter leurs aides.

3- Approche générique de résolution du problème spécifique n°2

Les ressources internes sont celles générées par le centre. Il s'agit essentiellement des frais de consultations et d'hospitalisations, des recettes de la vente de médicaments et celles issues des analyses bio médicales. La tarification au niveau du centre, telle qu'elle est actuellement ne permet même pas de recouvrer les dépenses engagées. L'hospitalisation et la consultation sont pratiquement gratuites. Pour corriger cette faible mobilisation de la ressource interne il faut un modèle théorique basé sur les mécanismes d'augmentation de prix.

4- Approche générique de résolution du problème spécifique n° 3

Le dernier problème spécifique que nous avons retenu est relatif à la lourdeur dans la procédure de financement. Il s'agit en fait de l'ensemble des démarches à entreprendre pour bénéficier de l'aide des partenaires.

La procédure est un ensemble de règles et de formes, voire des dispositions édictées par le partenaire, qu'il convient d'observer pour bénéficier de son aide. Le non respect de ces règles peut faire perdre au centre des financements.

Il est important alors de trouver une approche théorique des mécanismes de négociation pouvant alléger cette procédure.

Ces différentes résolutions sont groupées dans le tableau ci- après :

Tableau 6 : Synthèse des approches génériques

Niveaux d'analyse		Problèmes	Approches théoriques retenues
Niveau général		Faible capacité de mobilisation du financement du CSSC-D	Théorie managériale de mobilisation des ressources financières
Niveaux spécifiques	1	Diminution du financement des partenaires	Théorie de marketing visant à sensibiliser les partenaires à augmenter leur aide
	2	Faible mobilisation interne des ressources financières	Théorie basée sur les mécanismes d'augmentation des tarifs
	3	Disparité procédures de financement	Approche théorique des mécanismes de négociation pouvant alléger les procédures.

Source : Nos investigations

Cette vision globale de résolution peut-être abordée par une démarche en dix (10) points présentés comme suit :

- Fixation des objectifs de la recherche ;
- Formulation des hypothèses de travail ;
- Construction d'un tableau de bord de l'étude ;
- Revue de la littérature ;
- Choix des techniques de mobilisation des données ;
- Choix des techniques d'analyse des données ;
- Mobilisation et analyse des données ;
- Analyse des données ; Etablissement du diagnostic ;
- Proposition d'approches de solutions et de leur condition de mise en

œuvre.

CHAPITRE 2 :
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE
ET APPROCHES DE RESOLUTION

SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Cette première section nous introduira dans le cadre théorique de notre étude à travers la formulation des objectifs et des hypothèses, la revue de littérature et la méthodologie de l'étude.

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses d'étude et revue de la littérature

Nous allons faire d'une part de simples déclarations d'intentions de résolution de la problématique diagnostiquée et d'autre part formuler des réponses provisoires par rapport au problème général et aux problèmes spécifiques.

I- Objectifs

La fixation des objectifs se fera en termes d'objectif général et d'objectifs spécifiques par rapport au problème général et aux problèmes spécifiques. On distinguera l'objectif de recherche de l'objectif de développement.

A- Objectifs de recherche

C'est une déclaration d'intention de réalisation d'étude.

1- Objectif général

Le problème général qui fait l'objet de notre étude est : Capacité non optimale de mobilisation des fonds au CSSC-D. L'objectif général lié à ce problème est de: *déterminer les conditions pour renforcer la mobilisation de financement du CSSC-D.*

2- Objectifs spécifiques

Ils sont relatifs à chaque problème spécifique et, sont ainsi définis :

- identifier des moyens pour augmenter le financement ;
- déterminer des stratégies pour améliorer la mobilisation interne des ressources financières ;

- étudier des dispositions pour réduire la lourdeur dans la procédure de financement.

B- Objectifs de développement

1- Objectif général de développement

Suggérer les conditions pour optimiser la mobilisation des fonds au CSSC-D.

2- Objectifs spécifiques de développement

Les objectifs spécifiques de développement sont :

- Envisager des moyens pour augmenter le financement ;
- Proposer des stratégies pour améliorer la mobilisation interne des ressources financières ;
- Formuler des dispositions pour réduire la lourdeur dans la procédure de financement.

C- Les résultats attendus

1- Le résultat général attendu

Notre étude a identifié les conditions pour optimiser la mobilisation des fonds au CSSC-D.

2- Les résultats spécifiques attendus

- A la fin de notre étude, les moyens pour augmenter le financement sont connus ;
- Au bout de l'étude, les stratégies pour améliorer la mobilisation interne des ressources financières sont identifiées ;
- Au terme de notre étude, les dispositions pour réduire la lourdeur dans la procédure de financement sont définies.

II- Hypothèses et tableau de bord de l'étude

Toute hypothèse est une proposition explicative de l'avènement d'un problème. Nous formulerons les hypothèses à partir de deux pans : « pan problème » et « pan élément d'avènement ».

A- Identification des causes et formulation des hypothèses

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

Nous rappelons que le problème spécifique n°1 est la diminution du financement des partenaires.

Les causes possibles pouvant être à la base de la diminution du financement sont :

- la diminution du nombre des partenaires
- la baisse du montant de la contribution de certains partenaires

L'état des lieux nous a permis de constater qu'au cours des deux dernières années le centre a perdu certains de ses partenaires. Ce constat est fait surtout au niveau de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Il s'agit de PMLS2, FM. Pour le compte de l'année 2008, ces deux partenaires ont apporté une contribution d'une valeur de 23.458.050 f cfa soit 36% du budget de la PEC PV VIH ou 9,15% du budget général du centre. Ce taux n'est pas si significatif pour que cette cause soit plausible.

Par contre la baisse du montant de la contribution de certains partenaires est très significative. Par exemple, en 2007 le CSSC-D a bénéficié d'une aide de 51.536.642 f cfa de l'association Christian Steunou. En 2008, cette aide est passée à 34 623 319 soit une réduction de 33% ce qui s'élève à environ 17.000.000 f cfa. C'est aussi le cas de l'ONG espagnole ANESVAD dont la contribution a diminué de 8.693.830 f cfa. La baisse du montant de la contribution de certains partenaires est la cause plausible qui explique la diminution du financement. Nous pouvons alors formuler l'hypothèse suivante :

La diminution du financement est due à la baisse du montant de la contribution de certains partenaires.

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

La faible mobilisation interne des ressources financières observée au niveau du centre peut être due à un faible taux de tarification ou au non recouvrement des frais de prestation. Au cours de notre stage nous avons constaté que la plupart des patients payent leur prestation. Ceux qui ne payent pas sont considérés comme des indigents. Le taux de recouvrement que nous avons obtenu au niveau du service financier est à 80%. La cause du non recouvrement ne peut donc pas expliquer la faible mobilisation interne des ressources.

Par contre, le faible taux des tarifs appliqués est une cause plausible. En effet, les tarifs appliqués ne permettent même pas de recouvrer le coût des prestations. Les recettes sont largement en deçà des dépenses engagées. Cf tableau 11 et tableau 12 en annexes

Nous pouvons alors formuler l'hypothèse selon laquelle, la faible mobilisation interne des ressources financières s'explique par le faible taux de tarification.

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

Deux causes peuvent justifier ce problème spécifique. Il s'agit de la diversité des partenaires et de la disparité de procédures au niveau des partenaires. La diversité des partenaires implique que le centre est en relation avec beaucoup d'organismes. Le fait de traiter avec ces différents partenaires au même moment peut rendre lourde la procédure de financement. Mais en réalité c'est une bonne chose pour le centre de bénéficier de l'aide de plusieurs partenaires à la fois. On ne peut donc pas retenir une telle cause.

La disparité de procédure au niveau des partenaires est par contre la cause plausible. En effet, le centre a une dizaine de partenaires et chaque partenaire a son propre canevas qu'il exige au centre. Ce dernier doit alors traiter avec ces partenaires en respectant chaque procédure. Dans la pratique la procédure de financement devient lourde et pesante pour l'administration du centre. Nous pouvons alors formuler l'hypothèse suivante : la lourdeur dans la procédure de financement a pour cause la disparité de procédures au niveau des partenaires.

B- Tableau de Bord de l'Etude

Ce tableau est un récapitulatif de la problématique chois, des problèmes spécifiques retenus, des causes supposées être à l'origine des problèmes et des hypothèses de travail ci-dessus exposé. Il se présente comme suit, conforme au tableau N° 7 ci-dessous.

Tableau 7 : Tableau de bord de l'Etude

Niveau d'analyse	Problèmes	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
Niveau général	Problème général Faible capacité de mobilisation de financement du CSSC-D	Objectif général Déterminer les conditions pour renforcer la mobilisation du financement du CSSC-D	Cause générale	Hypothèse générale
Niveaux spécifiques	1 Problème Spécifique n°1 Diminution du financement des partenaires	Objectif Spécifique n°1 Identifier les moyens pour augmenter le financement	Cause Spécifique n°1 baisse du montant de la contribution de certains partenaires	Hypothèse Spécifique n°1 La diminution du financement des partenaires se justifie par leur faible contribution
	2 Problème Spécifique n°2 Faible mobilisation interne des ressources financières	Objectif Spécifique n°2 Déterminer des stratégies pour améliorer la mobilisation interne des ressources financières	Cause Spécifique n°2 Faible taux de Tarification	Hypothèse Spécifique n°2 La faible mobilisation interne des ressources financières s'explique par le faible taux de tarification
	3 Problème Spécifique n°3 Disparité et lourdeur des procédures de financement	Objectif Spécifique n°3 Etudier des dispositions pour réduire la disparité et la lourdeur des procédures de financement	Causes Spécifiques n°3 - Diversité des partenaires. - disparité de procédure au niveau des partenaires.	Hypothèse Spécifique n°3 la lourdeur dans la procédure de financement a pour cause La disparité de procédure au niveau des partenaires.

III- Revue de littérature

Le financement d'une entreprise est essentiel et taraude tout gestionnaire ou toute administration. Car il y va de la vie, mieux de la survie de cette structure. Il est encore plus crucial lorsque nous nous retrouvons dans un secteur hautement social comme celui de la santé. Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la question avec différentes approches.

Dans sa publication (2006) intitulée *Financement de la santé : une stratégie pour la région africaine*, l'OMS estime que le financement de la santé est l'une des quatre fonctions des systèmes de santé. Elle le définit comme étant la collecte de fonds auprès de différentes sources (Gouvernement, ménages, entreprises, donateurs), leur mise en commun afin de partager le risque financier entre de plus grands groupes au sein de la population, et leur utilisation pour le paiement des services fournis par des prestataires publics et privés des soins de santé. Le financement de la santé a pour objectifs de mettre des fonds à disposition, de garantir le choix et l'achat d'intervention rentables, d'accorder des incitations financières appropriées aux prestataires, et de faire en sorte que tous les individus aient accès à des services de santé efficaces.

La performance des systèmes de santé dépend, entre autres de sa capacité à générer des recettes de manières équitables et efficace, et à répartir le risque financier entre malades et bien portants, de même qu'entre riches et pauvres ; de l'acquisition judicieuse des moyens et services sanitaires ; et de la situation macroéconomique qui prévaut ; par exemple, la croissance économique, le chômage, l'importance du secteur non structuré par rapport au secteur structuré, la gouvernance, etc.

Il est amplement démontré que la façon dont un système de santé est financé influe à la fois sur sa performance et sur la réalisation de ses objectifs. L'ampleur, l'efficacité et l'équité du financement de la santé déterminent

l'allure à laquelle les pays parviennent à réaliser les objectifs nationaux de développement sanitaire et à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Conscients du rôle important du financement dans le développement sanitaire, les Chefs d'Etats africains se sont engagés, en 2001, à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la mise à disposition et l'utilisation efficace des ressources. En outre, ils sont convenus d'affecter au moins 15% de leur budget annuel national à l'amélioration du secteur de la santé ; cet engagement a été réaffirmé dans la Déclaration de Maputo. Des résolutions récentes du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique invitent instamment les Etats Membres à honorer l'engagement pris par les Chefs d' Etats à Abuja.

Défis à relever

En matière de collecte efficiente et équitable des recettes, les défis concernent notamment la faiblesse des investissements dans la santé, le large recours au paiement direct, la faible capacité contributive des ménages due à la pauvreté généralisée, le chômage élevé, la faible croissance économique, la marge de manœuvre financière (budgétaire) limitée, le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, les taux de croissances démographiques élevés, bien qu'en déclin, le décaissement irrégulier des fonds provenant des donateurs, et la faiblesse des mécanismes de coordination des partenaires pour la santé.

De graves problèmes se posent toujours au sujet de la mise en commun des recettes et de la gestion des risques. Ainsi, les dépenses des ménages sous forme de paiements directes échappent aux mécanismes de mise en commun des recettes.

Les pays ont tendance à s'en remettre à un ou deux des quatre mécanismes de gestion des risques à savoir, les systèmes de soins de santé à

financement public et l'assurance maladie volontaire, qui peuvent être insuffisants pour réaliser tous les objectifs de financement de la santé.

Le caractère limité des formules de réassurance expose les régimes d'assurance à la faillite. La gestion des risques pâtit également des faibles capacités de gestion du secteur public, de la qualité insuffisante des services de santé publics, des forfaits restrictifs.

Ces réflexions au sujet du financement ont fait aussi l'objet d'étude par des étudiants de l'ENAM. En effet, en Juillet 2007, Mme Marcienne HOUENOU a soutenu son mémoire de fin de cycle II, filière AHUI à l'ENAM de l'Université d'Abomey-Calavi sur le thème : « *Financement durable des prestations de qualité à l'hôpital de zone de Boko* ».

L'année suivante, en Février 2008, Mme Chantal TCEMAGNON a soutenu son mémoire de fin de cycle I filière AHUI à l'ENAM de l'UAC sur le thème : « *Contribution au renforcement de la capacité d'autofinancement du CNHU-HKM* ».

C'est donc une problématique actuelle, compte tenu de la situation financière de nos centres de santé et de nos hôpitaux. Il est bon de noter que la question du financement rime avec celle de la gestion du financement obtenu.

Les gaspillages observés dans la gestion des ressources financières ont conduit plusieurs structures sanitaires à prendre des dispositions pour assainir leurs financements et réfléchir sur la question du financement de leur centre.

Récemment en 2007, M. Eric MAFUTA de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa a fait un mémoire sur le thème : « *Analyse de dépenses de santé des entreprises en RDC : cas de l'Office National des Transports* ».

Il montre dans son travail que les sources de financement s'étiolent et que les interventions des entreprises dans le secteur sont minimales et fragmentaires. La récession économique a conduit l'Etat à réduire les dépenses de santé.

L'environnement socio-économique et politique malsain a entraîné la baisse des activités des entreprises et par ricochet celle de leur contribution au financement des soins de santé.

Joseph **KUTZIN**, conseiller régional pour le financement des systèmes de santé au bureau régional de l'OMS pour l'Europe a publié un ouvrage intitulé : ***Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs.***

Ce document de 28 pages présente un mode d'élaboration d'une politique de financement de la santé que les pays peuvent adapter à leur propre contexte national.

A cet effet, selon lui, il faut :

- Définir un ensemble d'objectifs de la politique de financement de la santé fondé sur les valeurs fondamentales endossées par l'OMS,
- Etablir un cadre conceptuel pour l'analyse de l'organisation et des fonctions du système de financement de la santé,
- Prendre conscience de la façon dont les facteurs contextuels essentiels en particulier des contraintes budgétaires affectent l'aptitude d'un pays à atteindre les objectifs de sa politique ou à mettre en œuvre certains types de réformes.

Paragraphe 2 : Méthodologie de l'étude

Dans cette partie, nous présenterons d'abord les approches théoriques et ensuite les approches empiriques.

I- Approches théoriques

Il sera question ici d'exposer les repères d'amélioration et de fixer les seuils de décision.

A- Normes et repères d'amélioration des problèmes spécifiques

1- Normes et repères d'amélioration liés au problème de la diminution du financement des partenaires

Le secteur de la santé est un secteur hautement social qui a besoin d'être soutenu financièrement pour bien réussir sa mission. Ce soutien passe par l'augmentation de la subvention des partenaires. A ce niveau, le respect des normes en matière d'engagement de soutien constitue un atout fondamental pour maintenir tout au moins le niveau de financement. L'observation d'une telle démarche, nous permet d'améliorer la contribution financière des partenaires.

2- Normes et repères d'amélioration liés au problème de la faible mobilisation des ressources financières internes

Le bon fonctionnement de toute structure nécessite un niveau de financement donné par le service hospitalier, lorsqu'il est à but non lucratif. Il a besoin d'une source de financement assez performante pour pouvoir couvrir les besoins en santé des couches les plus vulnérables. Les apports des partenaires ne sont pas à la hauteur des charges liées à la mission du centre ; il serait nécessaire de revoir la grille tarifaire légèrement à la hausse à la portée de tous. Ce qui rendra possible le renforcement des capacités du centre à jouer pleinement son rôle à travers les ressources propres mobilisées. Le système permettra au centre de fonctionner de façon efficiente et de soulager un temps soit peu les contraintes qui s'imposent.

3- Norme et repère d'amélioration liés au problème de lourdeur dans la procédure de financement

Chaque partenaire étranger a sa procédure qui répond aux normes de son pays d'origine et à son propre statut. Le centre dans ses relations avec ses partenaires doit répondre au même moment à ces diverses exigences. Cet état de chose crée souvent une certaine lenteur dans les procédures liées au

financement. Il urge dans ce cadre d'harmoniser les différentes procédures afin d'alléger la lourdeur constatée.

B – Outils d'analyse et seuils de décision

1- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°1

Le seuil de décision prendra en compte les données du questionnaire et du guide d'entretien ; nous retiendrons ici la cause qui sera conforme aux opinions émises par la majorité des enquêtés après les investigations. Ainsi, la cause qui réunit plus de 50 % des avis nous permettra de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

2- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°2

Pour retenir la ou les cause (s) réelle (s) de la faible mobilisation interne des ressources financières, nous utiliserons les informations recueillies au cours de nos recherches au niveau des services comptables du centre. Ces données peuvent provenir des documents comptables ou des entretiens faits avec les responsables du service. Le seuil de décision prendra en considération la cause qui aura plus de 50 % des opinions exprimées. Nous tiendrons également compte de l'entretien avec les malades.

3- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°3

Un traitement efficace des données recueillies avec le questionnaire, permettra de mieux identifier la cause de la lourdeur dans la procédure de financement. Ici aussi, le seuil de décision prendra en considération la cause qui aura plus de 50 % des opinions exprimées.

II- Approches empiriques

Ce sont des outils permettant la mise en œuvre de la méthode d'enquête envisagée.

A- Objectif de l'enquête et identification de la population cible.

1- Objectif de l'enquête

L'enquête a pour but de recueillir les données nécessaires à la vérification des hypothèses formulées. Concrètement, elle permettra de savoir si :

- La faible contribution financière de certains partenaires est à l'origine de la diminution du financement des partenaires ;
- Le faible taux de tarification est à la base de la faible mobilisation interne des ressources financières ;
- La disparité de procédure au niveau des partenaires est la cause de la lourdeur dans la procédure de financement.

2- Identification de la population mère.

Notre enquête s'est effectuée aussi bien à l'intérieur de notre structure d'accueil qu'à l'extérieur. A l'intérieur, nous avons utilisé les documents du service financier et réalisé un entretien à partir d'un questionnaire avec les responsables administratifs ainsi que les chefs des services techniques et le caissier du dispensaire.

A l'extérieur, l'enquête s'est effectuée par le biais d'un questionnaire via l'internet, nous avons pu avoir des informations auprès de certains partenaires. Les bénéficiaires des partenaires du centre ont été également consultés à travers une interview.

C- Echantillonnage et outils de présentation des données

1- Echantillonnage.

Nous avons pris comme échantillonnage tout le personnel administratif. Les deux chefs de services techniques qui, dans un temps récent ont assumé des fonctions administratives, ont été consultés. Le caissier et les deux délégués du personnel ont répondu à nos questions. Le premier a été choisi compte tenu de son poste et les deux autres par rapport à leur ancienneté dans la maison.

Concernant les patients, nous avons réalisé une enquête par sondage. L'échantillon aléatoire retenu est constitué de 50 patients. Le choix des partenaires s'est fait par rapport à leur disponibilité. Ils ont été presque tous contactés. Trois seulement se sont montrés disponibles. Il s'agit du CRS, ANESVAD et l'Association « Christian STEUNOU ».

2- Outils de présentation des données

Les données recueillies avec le questionnaire seront présentées sous forme de tableaux. Celles recueillies par interview ou sur le net seront restituées sous forme de résumés.

3- Centres d'intérêt du questionnaire et technique de dépouillement

- Centres d'intérêt du questionnaire

Les questions adressées aux enquêtés vont nous permettre d'avoir les données susceptibles de nous orienter dans :

- la connaissance des raisons se trouvant à la base de la diminution du financement des partenaires ;
- l'identification des causes qui expliquent la faible mobilisation interne des ressources financières ;
- la détermination de ce qui est à l'origine de la lourdeur dans la procédure de financement.

- Techniques de dépouillement

Les informations recueillies à l'aide du questionnaire subiront un traitement manuel et informatique.

4- Conception des questions d'enquête

Afin de permettre une bonne compréhension des questions, le questionnaire a été conçu par rapport aux problèmes spécifiques identifiés. Nous n'avons formulé que des questions fondamentales dont les réponses nous ont permis de manière directe à vérifier les hypothèses.

SECTION II : ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

Paragraphe 1 : Enquêtes de vérification des hypothèses

Nous allons décrire d'abord comment notre enquête a été réalisée puis nous présenterons et analyserons nos résultats.

I- Collecte, difficultés rencontrées et limites des données

A- Préparation et réalisation des enquêtes

➤ Préparation de la collecte

Nous avons fait une enquête interne et une enquête externe. Ces enquêtes représentent une collecte d'informations recueillies au niveau de la population ciblée. Trois étapes nous y ont conduites :

- ✓ L'analyse de la question de départ ;
- ✓ Les questionnements où allons-nous ? que cherchons-nous ?
- ✓ Les types et techniques de recherches.

➤ Réalisation de la collecte

Les informations ont été recueillies auprès du Directeur et du Directeur-adjoint à partir d'un questionnaire. Egalement un questionnaire a été envoyé au caissier et aux deux délégués du personnel choisis. Quant aux patients, c'est par un entretien que nous avons obtenu les informations désirées. La période de notre enquête qui s'est déroulée dans le centre s'étend du 16 au 23 Octobre 2009.

B- Difficultés rencontrées et limites des données

Les responsables du centre, surchargés par le travail, malgré leur bonne volonté, ne nous ont pas accordé beaucoup de temps. Nous n'avons donc pas pu avoir des entretiens avec eux. Nous nous sommes contenté des questions fermées.

Les états financiers et les rapports d'activités que nous avons consultés ne sont pas si fournis, par exemple la capacité du financement du centre n'y figure pas.

II- Présentation des résultats, vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

A- Présentation et analyse des résultats de l'enquête

1- Présentation et analyse des résultats liés au PS n°1

Le dépouillement des données collectées nous donne les résultats que nous présentons dans le tableau ci-après :

Tableau 6 : Appréciation de l'évolution du financement des partenaires
du CSSC-D

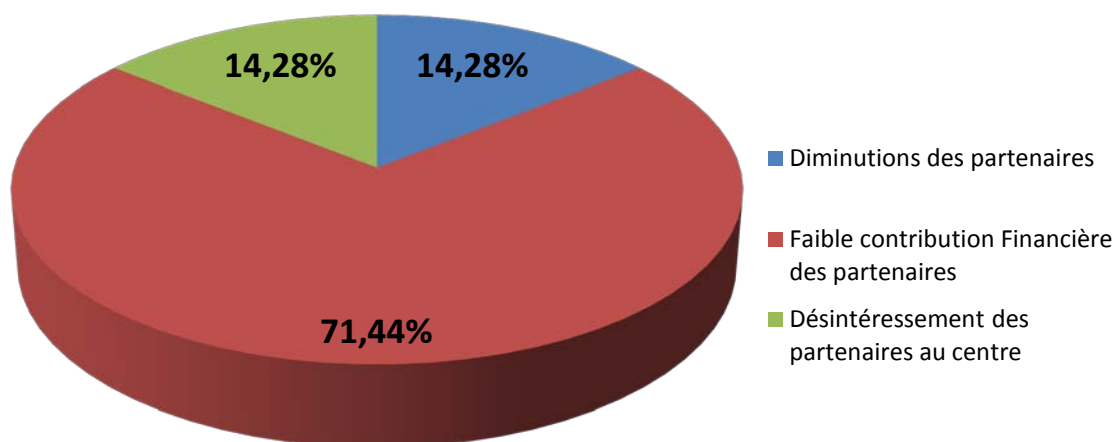
Modalité	Effectif	Fréquence relative
Augmentation	0	0
Diminution	7	100%
Total	7	100%

Les réponses obtenues par rapport au PS n°1 sont consignées dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Causes de la diminution du financement des partenaires.

Causes	Effectif	Fréquence Relative
Diminutions des partenaires	1	14,28%
Faible contribution Financière de certains partenaires	5	71,44%
Désintéressement des partenaires au centre	1	14,28%
Total	7	100%

Graphique 2 : Représentation des réponses obtenues par rapport au PS n°1



Les résultats du dépouillement se présentent comme suit :

- 07 personnes interrogées, soit 100% de l'effectif de notre échantillon ont reconnu que le financement des partenaires du centre a diminué.
- 01 personne, soit 14,28% de l'effectif de notre échantillon ont estimé que la diminution des partenaires serait la cause.
- 01 personne, soit 14,28% de l'effectif de notre échantillon trouvent une autre cause non prévue dans notre question. Pour cette personne il y a un désintéressement des partenaires vis-à-vis du centre.
- 05 personnes, soit 71,44% de notre effectif ont affirmé que la faible contribution financière des partenaires serait à l'origine de la diminution du financement. Il ressort de ces résultats que la cause liée à la diminution du financement des partenaires est la faible contribution car, elle a recueilli 71,44% du consentement des enquêtes.

2- Présentation et analyse des résultats liés au PS n° 2

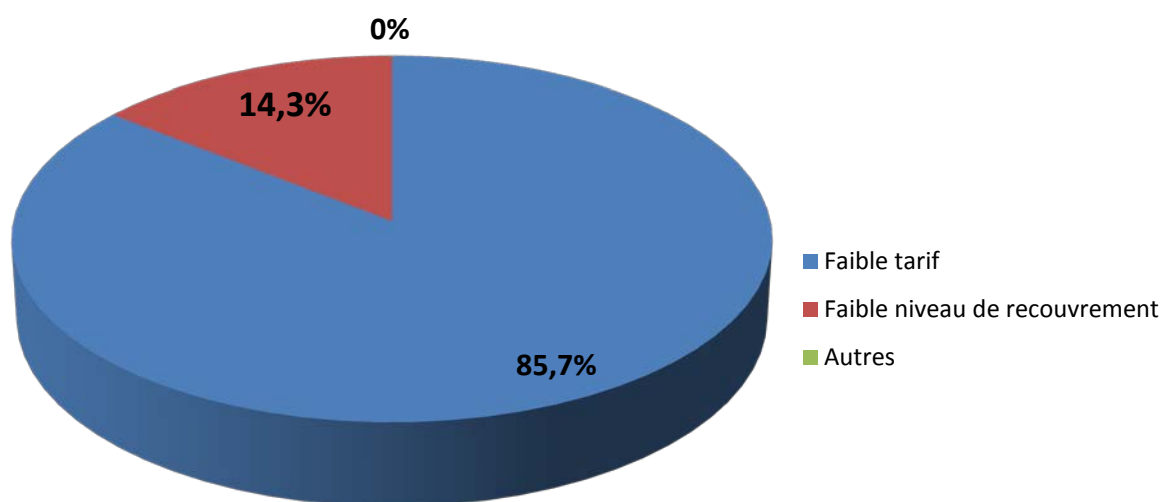
Les réponses obtenues par rapport au PS n° 2 sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Raisons du faible taux de mobilisations financières

Modalités	Effectif	Fréquence relative
Faible tarif	06	85,7 %
Faible niveau de recouvrement	01	14,3 %
Autres	00	0 %
Total	07	100 %

Source : Nos investigations

Graphique 3 : Représentation des réponses obtenues par rapport au PS n°2



Les résultats obtenus se présentent comme suit :

- 06 personnes, soit 85,7 % de notre effectif ont évoqué comme raison, la faible tarification pour expliquer le faible taux de mobilisations financières internes.
- 01 personne, soit 14,3 % de notre effectif trouvent que, le faible niveau de recouvrement justifie la faible mobilisation financière interne.
- Personne n'a trouvé une autre raison.

Nous pouvons conclure à partir de ces résultats que le faible tarif appliqué aux prestations du centre, ayant obtenu 85,7 % des intentions est à la base de la faible mobilisation des ressources financières internes.

Ce problème spécifique n°2 a été également sujet d'un entretien avec les patients.

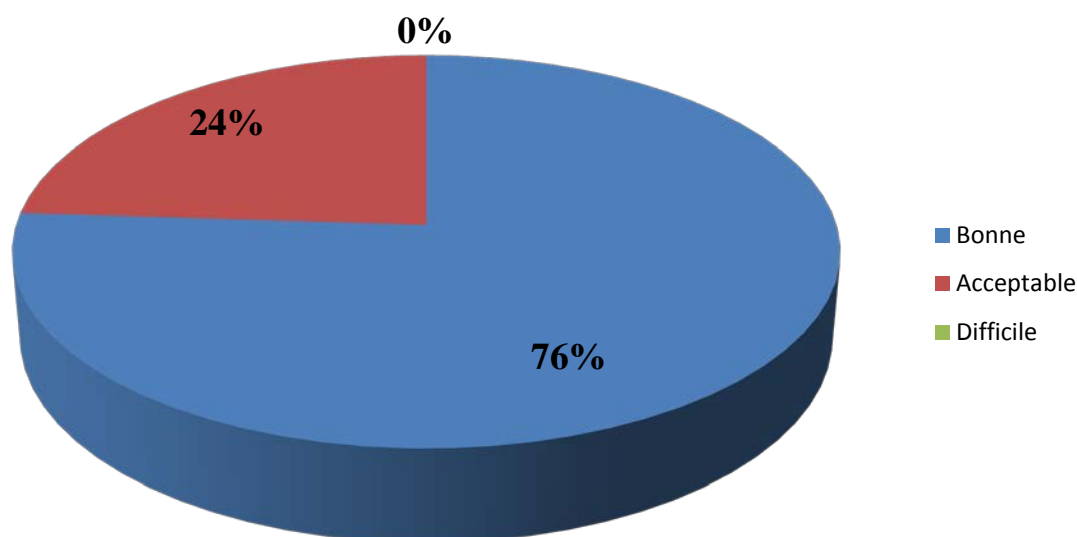
Le tableau ci-après nous présente les résultats.

Tableau 9 : Appréciation de l'accessibilité financière du CSSC-D

Modalités	Effectif	Fréquence relative
Bonne	38	76 %
Acceptable	12	24 %
Difficile	00	0 %
Total	50	100 %

Source : Nos investigations

Graphique 4 : Représentation des réponses obtenues auprès
des patients par rapport au PS n°2



Ces résultats nous révèlent que :

- 38 patients, soit 76 % ont affirmé que l'accessibilité financière des prestations au CSSC-D est bonne.

- 12 patients, soit 12 % ont affirmé que cette accessibilité est acceptable par rapport à leur petite bourse.

- Personne n'a estimé qu'elle soit difficile.

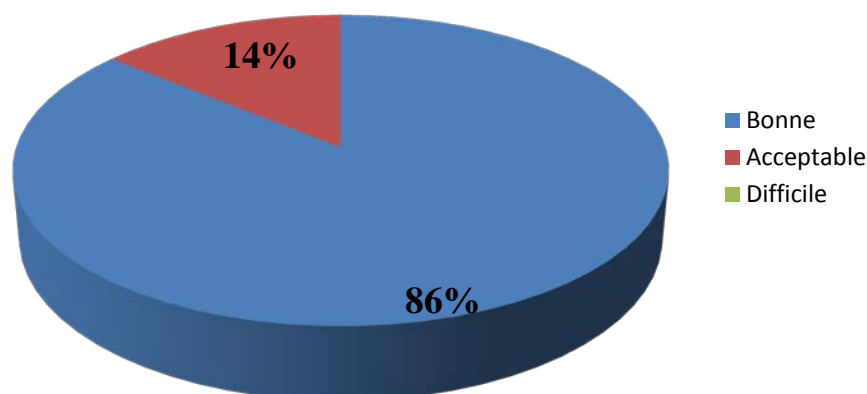
L'accessibilité étant bonne pour 76 % des patients, cela traduit qu'une grande majorité des patients quelle que ce soit leur bourse, reçoivent des soins au CSSC-D ; ce qui est la conséquence directe du faible taux de tarification des prestations appliquées dans le centre. Ce résultat confirme la cause retenue pour le PS n° 2

Tableau 10 : Appréciation de la qualité de prestations offertes par le CSSC-D

Modalités	Effectifs	Fréquences relatives
Bonne	43	86 %
Acceptable	07	14 %
Difficile	00	0 %
Total	50	100 %

Source : Nos investigations

Graphique 5 : Représentation des réponses obtenues par rapport à la qualité de prestations



L'enquête sur la qualité des prestations nous montre que 86 % des enquêtés apprécient positivement les soins qui sont donnés au CSSC-D. Ce qui prouve que la baisse du tarif n'influence pas la qualité des prestations.

Nos investigations au niveau du caissier du centre nous ont permis d'avoir certains tarifs appliqués. Par exemple au CTAL le patient paie entre 5.000 à 20.000 f cfa pour bénéficier de toutes prestations (achat de médicaments, actes chirurgicaux, actes de pansement chirurgical, actes de laboratoire, actes de

kinésithérapie et l'hospitalisation qui peut durer jusqu'à cinq mois suivant de la prise en charge alimentaire pendant le séjour).

3- Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport au PS n°3

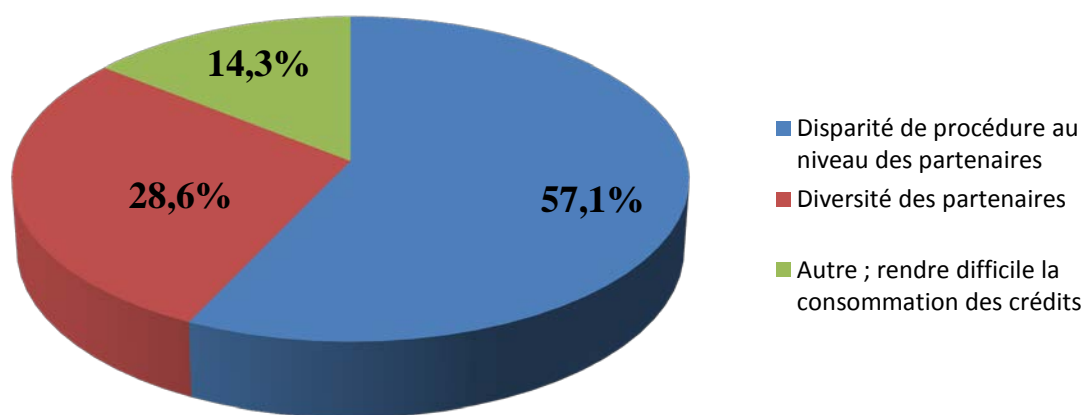
Le tableau ci-après donne le résultat des réponses relatives au PS n°3

Tableau 13 : Résultat des réponses relatives au PS n°3

Modalités	Effectifs	Fréquences relatives
Disparité de processus au niveau des partenaires	04	57,1 %
Diversité des partenaires	02	28,6 %
Autre ; rendre difficile la consommation des crédits	01	14,3 %
Total	07	100 %

Source : Nos investigations

Graphique 6 : Représentation des réponses obtenues par rapport au PS n°3



Le dépouillement de cette enquête se présente comme suit:

- 04 personnes, soit 57,1 % de notre effectif, justifient la lourdeur dans la procédure de financement par la disparité de procédure au niveau des partenaires.

- 02 personnes, soit 28,6 % de notre effectif affirment que la diversité des partenaires explique ce problème.

- 01 Personne, soit 14,3 % de notre effectif trouvent une nouvelle cause.

Pour ce dernier, les partenaires veulent rendre difficile la consommation des crédits mis à la disposition du centre.

Nous pouvons donc retenir à la suite de ces réponses, que la disparité de procédures au niveau des partenaires est la cause de la lourdeur dans la procédure de financement. En effet cette cause a obtenu 57,1% des opinions des enquêtés.

En ce qui concerne la question adressée aux partenaires, à savoir s'ils confirment la baisse de leurs contributions et la justification le cas échéant, seulement deux (02) ont répondu. Il s'agit de la CRS et de l'Association Christian STEUNOU. Ils ont reconnu l'effectivité de l'observation et ont évoqué des raisons de trésorerie. Ce qui les a obligés à réduire le montant de leur aide.

B- Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic de l'enquête

1- Vérification des hypothèses

- Degré de vérification de l'hypothèse n°1

L'analyse des informations obtenues révèle qu'un problème de diminution de financement des partenaires se pose au CSSC-D. La direction et les agents questionnés ont répondu à l'unanimité, soit 100% que la faible contribution financière des partenaires est à l'origine. Les partenaires consultés sont du même avis en invoquant des problèmes de trésorerie.

Ainsi, nous référant à notre seuil de décision relatif au problème spécifique n°1, l'hypothèse n°1 est valable, à savoir que la diminution de financement est due à la baisse de la contribution de certains partenaires.

- Degré de vérification de l'hypothèse n°2

Les données recueillies lors de nos investigations par rapport au PS N°2 montrent que le faible taux de tarification appliqué dans le centre explique la faible mobilisation des ressources financières internes, cette cause ayant recueilli plus de 50% des avis des enquêtés. L'option préférentielle aux plus pauvres qui

est un choix fait par le centre est confirmée par l'enquête réalisée auprès des malades. Ceux-ci, malgré leur indigence sont accueillis et traités dans le centre. Ce qui veut dire que leur participation n'est qu'un taux forfaitaire.

En se basant sur notre seuil de décision en rapport avec le PS N°2, l'hypothèse selon laquelle la faible mobilisation interne des ressources financières s'explique par le faible taux de tarification est bel et bien fondée, donc vérifiée.

- Degré de vérification de l'hypothèse n° 3

Après le dépouillement de l'enquête relative au PS n°3, nous avons constaté qu'une seule cause a obtenu plus de 50% des opinions exprimées. Il s'agit de la disparité de procédures au niveau des partenaires.

Ce résultat confirme notre hypothèse qui est ainsi formulée : la lourdeur dans la procédure de financement a pour cause la disparité de procédures au niveau des partenaires.

2- Etablissement du diagnostic

- Élément du diagnostic lié au problème spécifique n°1

L'hypothèse N°1 étant vérifiée, nous pouvons formuler l'élément de diagnostic N°1 comme suit : La faible contribution financière des partenaires est à la base de la diminution du financement des partenaires.

- Élément du diagnostic lié au problème spécifique n°2

Après avoir validé l'hypothèse N°2, nous pouvons formuler l'élément de diagnostic N°2 de la manière suivante : Le faible taux de tarification appliqué dans le centre est à la base de la faible mobilisation des ressources.

- Elément du diagnostic lié au problème spécifique n°3

Les résultats de notre enquête nous ont permis de vérifier notre hypothèse de départ ; ce qui nous a amené à valider l'hypothèse : la disparité des procédures au niveau des partenaires explique la lourdeur dans la procédure de financement.

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

Il s'agira ici d'apporter des solutions à chaque problème spécifique ayant fait l'objet de notre étude et de formuler des recommandations pour leur mise en application.

I- Approches de solutions

Nous allons à ce niveau, essayer de proposer des approches de solutions concrètes pour une éradication progressive des causes se trouvant à la base de chacun des problèmes spécifiques étudiés.

A- Approches de solutions au problème de diminution du financement des partenaires

A l'issue du diagnostic posé, le problème de diminution du financement des partenaires est dû à leur faible contribution financière. Une telle situation ne pourra pas permettre au centre d'offrir des prestations de qualité pour une bonne prise en charge des populations bénéficiaires.

C'est pourquoi, un vibrant appel à de nouveaux partenaires s'avère nécessaire pour agrandir le champ d'accessibilité du centre aux financements extérieurs. De même, les autorités du CSSC-D devront se réunir autour des cercles de réflexions et d'orientation des démarches et négociations sur les projets qui subissent des diminutions de financement en vue d'intéresser beaucoup plus les partenaires. Cela suppose surtout qu'il faille joindre un manuel de procédures de gestion à adopter rigoureusement en vue d'une gestion

saine, transparente et efficiente qui sera faite des financements obtenus auprès de ces partenaires.

Aussi, ne devra-t-on pas à l'avenir initier des rencontres regroupant les populations bénéficiaires, les autorités du CSSC- D et les partenaires afin de leur montrer comment le centre s'évertue dans l'obtention des résultats escomptés.

Ces cadres d'échanges permettront aux patients qui seront désignés de manifester, leur satisfaction par rapport aux prestations à eux accordées par le CSSC- D. Ils profiteront de cette occasion pour adresser leur profonde gratitude à l'endroit des partenaires. Ainsi les partenaires seront convaincus que les financements octroyés au CSSC-D ont été exploités pour la bonne cause et que la cible visée a été atteinte.

B- Approches de solutions au problème de la faible mobilisation interne des ressources financières

Comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, le CSSC-D est un centre caritatif à but non lucratif.

Il lui revient alors d'accorder ses prestations de soins aux couches les plus vulnérables avec un faible taux de participation de ces derniers. Mais, pour atteindre ses objectifs, il a forcément besoin d'autres sources de financement qui manquent souvent pour un certain équilibre. Il faut dans la réalité de nos constats souligner que le tarif appliqué reste insignifiant face aux multiples charges liées à la prise en charge des patients accueillis par le centre.

Notre diagnostic, une fois posé nous révèle que la faible mobilisation interne des ressources financières est due au faible taux de tarification adopté par le centre.

Face à cette situation et au regard de ce désir manifeste des autorités du centre à satisfaire les patients, il est souhaitable que cette grille tarifaire soit légèrement revue à la hausse tout en tenant compte du pouvoir d'achat et du coût

de la vie des populations environnantes. Cette modification sera faite de façon stratégique et progressive afin d'éviter que les populations n'en ressentent dans leur budget habituel.

C- Approches de solutions au problème de la disparité et de la lourdeur des procédures de financement

Toute structure ou institution pour une bonne gestion de ses activités, a le souci permanent de la gestion des dépenses qu'elle engage et cherche à s'assurer que les dépenses engagées et liquidées ont produits des résultats fiables. Notre étude face à ce problème nous a révélé que la disparité de procédures au niveau des partenaires se trouve être à la base de la lourdeur dans la procédure de financement. Pour pallier cet état de chose, il importe de créer une commission d'organisation et de suivi-évaluation de la coopération entre le Centre et ses partenaires. Elle étudiera comment améliorer l'efficacité, la prévisibilité et la coordination des financements extérieurs. Il s'agit alors d'une base d'intermédiation entre les partenaires et le CSSC-D. Pour cette raison chaque partenaire doit avoir un représentant dans ladite commission. Cette commission aura d'une part pour tâches fondamentales, d'harmoniser les procédures de donation et de diminuer les délais entre les promesses et le versement effectif des dons pour améliorer la coordination entre le CSSC-D et ses partenaires et d'autre part de s'assurer que l'action de donation est allée à la cible visée et que les objectifs de part et d'autre sont atteints.

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

La mise en application des solutions proposées exige un certain nombre de dispositions. A cet effet, des recommandations seront faites à l'endroit des autorités du CSSC-D, des partenaires et de l'Etat béninois.

A- Recommandations à l'endroit des autorités du CSSC-D

La gestion rationnelle d'une structure demande une bonne organisation, un bon suivi des activités et surtout une évaluation périodique. Aux autorités du CSSC-D, nous suggérons une réorganisation des activités du centre surtout en matière procédurale quant à la gestion financière.

Ceci permettra de rassurer les partenaires et tous autres acteurs du centre de la transparence des comptes de gestion, de l'utilisation judicieuse faite des fonds alloués à tel ou tel autre projet. Ce système passe par :

- le renforcement des rapports d'activités produits quant à leur contenu et aux réalités qu'ils reflètent ;

- l'élaboration d'un manuel de procédure en vue de la production d'un budget équilibré pour le centre, d'un bon suivi de l'exécution de ce budget et de sa bonne évaluation ;

- la mise en place d'un comité d'organisation et de suivi-évaluation pour une appréciation harmonieuse des rapports d'activités.

L'observation de ces mesures permettra d'avoir un environnement de gestion saine qui constitue une source fondamentale de motivation qui amènera les partenaires à avoir beaucoup plus confiance en allouant suffisamment de fonds pour l'exécution des projets à eux soumis par le CSSC-D.

Par ailleurs, les autorités du CSSC-D devront statuer sur la révision de la tarification du centre en ayant soin d'analyser les contours ensemble avec le Conseil d'Administration des centres confessionnels SAINT CAMILLE.

B- Recommandations à l'endroit des partenaires du CSSC-D

Les partenaires extérieurs, pour avoir une visibilité pointue dans la gestion des fonds alloués pour l'exécution des projets à eux soumis par le CSSC-D, devront déléguer un représentant qui fera partie des membres du comité d'organisation et de suivi-évaluation des activités liées aux projets financés.

Une fois informés des conclusions de ce comité à travers leur représentant quant à l'évaluation des rapports, les partenaires voudront se rassurer des dispositions que prendront les autorités du centre pour corriger les éventuelles imperfections ou pour redoubler d'efforts dans le maintien d'équilibre du partenariat et ne pas manquer de renouveler leur soutien car ce sont les populations bénéficiaires qui en souffriront si le renouvellement est hypothéqué.

C- Recommandations à l'endroit de l'Etat

L'Etat béninois pourra :

- orienter ses subventions à l'endroit des structures sanitaires confessionnelles dans leur mission aussi noble qu'elle soit, d'aider les couches les plus vulnérables à travers leur prise en charge sanitaire.



CONCLUSION GENERALE

La nécessité de garantir des soins adéquats aux différentes couches de la population impose la mise en place de structures socio-sanitaires disposant des matériels suffisants.

Le Centre de Santé sainte Camille de Davougon qui s'inscrit dans cette logique a d'énormes difficultés pour faire face à ses nombreuses charges bien que tirant des ressources de ces prestations. En effet, les ressources internes sont faiblement mobilisées car le taux de tarification pratiqué dans la localité est des plus bas comparativement à centres et aux cliniques privées Confère annexe 2. De même, la contribution des partenaires demeure insuffisante et irrégulière en ce sens que la procédure de mise à disposition des fonds est très lourde et complexe.

Conscient que tous ces problèmes entravent le financement du centre de santé Saint Camille de Davougon, nous avons proposé des solutions. Ces solutions ne pouvant pas s'appliquer d'elles mêmes, nous avons alors proposé des conditions pour leur mise en œuvre qui nous ont amené à faire des recommandations aux différentes personnes, institutions ou groupements impliqués dans la gestion du CSSC-D.

S'il est vrai que le financement des partenaires est important pour le Centre, il est souhaité que l'Etat accompagne également le Centre car il contribue à l'amélioration de la santé des populations qui est l'un des objectifs du gouvernement inscrit dans la constitution.



BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- 1- ROODENBEKE, E., (2003) « **Le financement de la santé dans les pays
« d’Afrique et d’Asie à faible revenu »** ; Edition Karthala

- 2- SONRIE, A., (1974) : « **Gestion et finances hospitalière** » ; édition Berger-
levrault

MEMOIRES

- 1- ABOUDOU, M. Z., (2001) : « **Le financement des centres de santé dans
la mise en œuvre du processus de décentralisation au Bénin : Etude de
cas : l’hôpital de zone de Bassila** »; ENAM, AHUI, cycle.

- 2- GNANVI, D. G., et HODEHOU, M. C., (2004) : « **Financement et
efficience des hôpitaux publics du Bénin : cas du CHD- Ouémé/Plateau et
de l’HOMEL** » ENAM, AHUI, cycle II

- 3-HOUENOU, M., (2007) : « **Financement durable des prestations de qualité
à l’hôpital de zone de Boko** » ENAM, AHUI, cycle II

- 4- KOUSSEMOU C. A., OMYALE, P. (1986) : « **Réflexion sur le
financement des dépenses de santé en République du Bénin** »ENA, AHUI,
cycle II

- 5- TCHEMAGNON, C., (2007): « **Contribution au renforcement de la
capacité d’autofinancement du CNHU** » ENAM, AHUI, cycle I

RAPPORTS ET PUBLICATIONS

1- OMS, (1991): « **Argent et santé : Expérience du financement communautaire en Afrique.** », Actes du séminaire international.

Septembre 1991 ; CIE- Paris PP 24-27

2- OMS(2004), « **Rapport de l'atelier d'orientation à l'intérieur des administrations des programmes nationaux sur le développement des systèmes de santé dans la région africaine** », Harare, Zimbabwe, OMS/

Bureau régional de l'Afrique

Brazzaville 2005 PP.14-15

3- OMS, « **Eléments d'organisation, de gestion et de financement dans la cadre de la réforme hospitalière : cas de l'hôpital National de Niamey** »

Bureau régional de l'Afrique / P.42

4- OMS, « **D'Alma-Ata à l'an 2000 : réflexion à la mi-parcours.** »

Genève P.6

7- OMS, 2002, « **Investir dans la santé Investir dans le développement** »,

8- OMS, (2003), **Macroéconomie et santé : Mise à jour**

Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis.

Deuxième consultation macroéconomique et santé.

10- MS, « **Evaluation des politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé** »

Rapport définitif. Mai 2001 PP. 51-57

11- OMS, (2003), « **Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis** ». Deuxième consultation sur le thème macroéconomique et santé.

12- SACHS J. D. (2001), « **Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique** ». Rapport de la commission macroéconomie et santé.

13- OMS, 2006, « **Financement de la santé : Une stratégie pour la région africaine** »

14- MANDL, P-E., et OFOSUAMAAH, S.

« **Financement communautaire des services de santé locaux : expériences acquises en Afrique** ». UNICEF 1989



ANNEXES

Annexes 1 :

Tableau 11 : Extrait de tarification des produits de la pharmacie

	CAME	MEDEOR	DAVOUGON
Aspégic 1g inj	645		650
Acétylsalicylique acide 100 mg	0,8	02	02
Acétylsalicylique acide 500 mg Cp	2,1	06	05
Acide Ascorbique 500 mg inj	35		35
Acide Valproïque 500 mg inj	25		25
Albendazole 200 mg Cp		10,93	10
Albendazole 400 mg Cp	15		15
Allopurinol 100 mg Cp	08		10
Aluminium et magnésium hydroxyde Cp	1,7	6,3	06
Ambroxol sol oral 7,5 mg/ml		382,7	½ fl = 200
Ambroxol 30 mg Cp		5,5	30cp = 200
Aminophylline 100 mg Cp	1,62		02
Aminophylline 25 mg/ml inj	50		50
Amoxicilline 125 mg Susp	200	439,48	400
Amoxicilline 250 mg Susp	250		500
Amoxicilline 125 mg + Acide clavulanique 31 mg Susp	1180		1000
Amoxicilline 250 mg + Acide clavulanique 62,5 mg Susp	1950		1500
Amoxicilline 250 mg Cp		10,50	15
Amoxicilline 500 mg Cp	18	22,04	25
Amoxicilline 250 mg + Acide clavulanique 125 mg Cp	150		100
Amoxicilline + Acide clavulanique 500 mg/125 mg Cp	250	145,95	200
Amoxicilline + Acide clavulanique 1g/200 mg inj	1965		500
Ampicilline 1g inj	80		150
Ampicilline 500 mg inj	50	133,16	125
Artemether 80 mg/ml		600,2	600
Artemether 20 mg/ml		413,35	400

Artemether 180 mg + lum 1,080 mg Susp		216,5	2000
Artesunate 50 mg + Amodiaque 153 mg Cp		57,62	50
Artesunate 50 mg Cp		40,67	50
Ampicilline 250 mg			25
Ampicilline 500 mg			30
Atropine Sulfate 1 mg/ml inj	20	53,78	50
Béclométasone Aérosol (Bécotide)		2099	1500
Benzoate de Benzyle 25 % sol us ext 1 l	3000	2019	1 fl 200cc = 500
Benzoate de Benzyle 90% sol		3443,75	
Benzoïque et Salicilique ac pom tube 30 g	270		1 pot = 300
Benzoïque et Salicilique ac pom 40 g tube	400		
Bètaméthazone 0,1 % pom tube 15 g	600	354,22	500
Bètaméthazone 0,1 % pom tube 30 g	1610		
Bètaméthazone 4 mg/ml inj	590		600
Bisacodyl (laxatif) 5 mg Cp		4,12	05
Buty-Scopolamine 10 mg Cp	09	20 mg = 14	30cp = 420
Buty-Scopolamine 10 mg/ml inj	60	20 mg = 98,25	100
Céphalexin 250 mg			35
Calcium Gluconade 100 mg/ml inj	50		50
Calcium Cp 300 mg		4,72	05
Camphor 10 % tube 100g		874,5	1 pot = 250
Captopril 50 mg	6,5	4,48	05
Carbamazepine 200 mg	13	10,10	10
Céfazoline 1 g inj	650		650
Céfuroxime 40 mg susp	2625		1500
Céfuroxime 750 mg inj	3605		1500
Cétrimide-chlorhexidine 15 % sol us ext 5 l	13800		

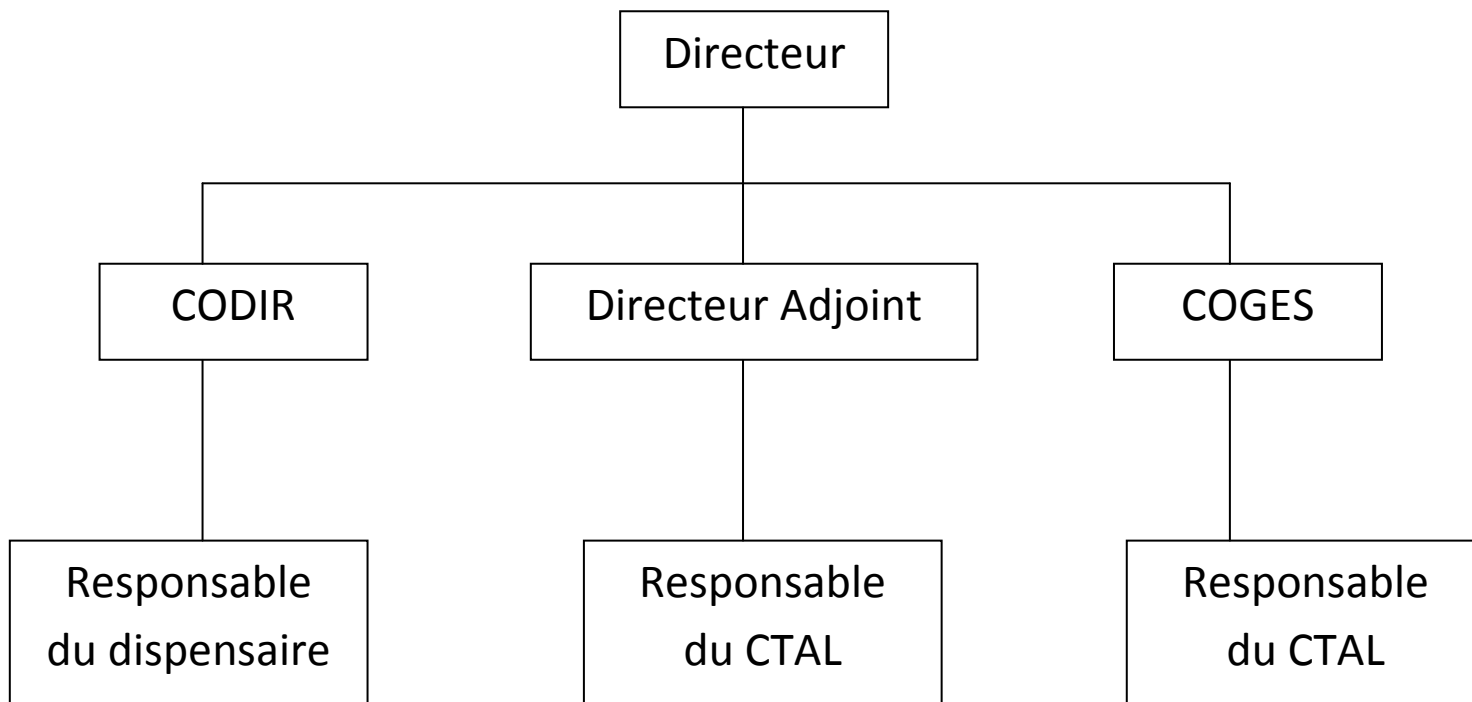
Annexes 2 : Tableau 12 : Tarif des analyses biomédicales

Ordre	ANALYSES	DAVOUGON	St ENFANT JESUS	CHD PEDIATRIE	DDS	CHD GOHO	DISPENSARE DES SŒURS D'ASSOMPTION
1	Numération Formule Sanguine (NFS)	1500	2500	4200	1500	3100	500
2	Numération des Globules rouges	300	800	1000		1100	
3	Numération des Globules Blancs	300	800	2000		1100	300
4	Formules Leucocytaires	300	800	2000		1100	
5	Dosage d'Hémoglobine	300	500	600	500	700	250
6	Test d'Emmel	250	500	500	500		
7	Gouttes Epaissees (GE)	300	500	2100	500	2600	250
8	Examens Directs des Selles	300	800	800	800	800	250
9	Culot Urinaire (Recherche d'œuf de Bilharzie)	150	800	2000	1000	3100	
10	Recherche des Filaires (BCE)						
11	Groupage Sanguin Rhésus	300	1500	2000	1500	2500	500
12	Test de Grossesse	1500	1500	2000	2000	1500	
13	Glycémie	500	800	1000	1100	1100	600
14	Azotémie	200	900	1000	1000	1100	
15	Vitesse de Sédimentation	500	800	1000			250
16	Albumine () () Urine Sucre ()	300		2500	2000		
17	ECBU (Examen Cytobactériologique)	850		3000	3100	3100	
18	Spermogramme	2000				3100	
19	Frottis Vaginal	1000				3100	
20	Examen du Liquide Céphalo Rachidien	400		6000		3100	
21	Corps Cétoniques	200					
22	Selles et Pigments Biliaires	200					
23	Recherche des Bacilles auto-alcool Résistants (BAAR)	300		2500			
24	TPHR	500	2000			2500	
25	BDRL	500	1000			1100	
26	LAU.HIV	2000	2000	2500	2500	2500	
27	Test HBS	850	2000	2500	2500	2500	1000
28	WIDAL	600	2000		3000	3100	1500
29	ASLO	650	2600		2500	3100	
30	Test RPR	500	2600			1100	
31	Test Malaria	650	500			500	

CONTRIBUTION AU RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DE MOBILISATION DE FINANCEMENT
DU CENTRE DE SANTE SAINT CAMILLE DE DAVOUGON

Réalisé et soutenu par Yvon Serge HOUNSOU

Annexe 3 : Organigramme



Annexes 4 : Questionnaire adressé à la Direction et au personnel

Bonjour Monsieur (Madame),

Nous sommes étudiants en fin de cycle en Administration Hospitalière Universitaire et D'Intendance (AHUI) à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (E.N.A.M.).

Nous voulons recueillir des informations auprès de vous afin de rédiger notre mémoire professionnel.

Votre réponse nous aidera à étudier la question de la mobilisation des ressources financières qui se pose au Centre de Santé Saint Camille de Davougon.

Nous vous remercions pour votre disponibilité.

1- Comment appréciez-vous l'évolution du financement des partenaires du centre ?

Augmentation

Diminution

2- S'il y a diminution, quelles peuvent être les causes ?

Diminution des partenaires Faible contribution des partenaires

Autres (à préciser)

3- Selon vous, quelles sont les raisons du faible taux de mobilisation des ressources financières internes par le C.S.S.C.-D?

Faible tarif faible niveau de recouvrement

Autres (à préciser)

4- Comment expliquez-vous la lourdeur dans la procédure de financement ?

Disparité de procédure au niveau des partenaires

Diversité des partenaires

Autres (à préciser)

Annexe 5 : Question ouverte à l'endroit des partenaires

Dans le cadre de l'évaluation des activités liées à votre partenariat avec le centre de santé saint Camille de Davougon, les autorités dudit centre ont constaté une baisse progressive de votre financement.

Confirmez-vous ce constat ?

Si oui, comment expliquez-vous la situation ?

Annexe 6 : Questionnaire pour l'entretien avec les patients

1- Quelles appréciations faites-vous de l'accessibilité financière au CSSC-D ?

Bonne acceptable Difficile

2- Quelle est votre appréciation par rapport à la qualité des prestations offertes par le CSSC-D ?

Bonne acceptable Difficile

TABLE DES MATIERES

<u>DEDICACES</u>	iii
<u>REMERCIEMENTS</u>	iv
<u>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS</u>	v
<u>LISTE DES TABLEAUX</u>	vi
<u>LISTE DES GRAPHIQUES</u>	vii
<u>RESUME</u>	viii
<u>SOMMAIRE</u>	x
<u>INTRODUCTION GENERALE</u>	1
<u>CHAPITRE 1 :OBSERVATION DE STAGE AU CENTRE DE SANTE SAINT CAMILLE DE DAVOUGON (CSSC-D) ET PROBLEMATIQUE D’ETUDE.</u>	4
<u>SECTION 1 : PRESENTATION DU CENTRE ET OBSERVATIONS DE STAGE</u>	5
Paragraphe 1 : Présentation du Centre de Santé Saint Camille de Davougou.....	5
I-Historique et missions.....	5
A-Historique.....	5
B-Missions du centre.....	7
II- Structures administratives et plateau technique.....	8
A- Structures Administratives.....	8
B-Plateau Technique.....	9
Paragraphe 2: Observations de stage.....	11
I – Restitution du mécanisme organisationnel du service administratif.....	11
A-Présentation des équipements.....	11
B-Personnel du service administratif.....	12
C-Fonctionnement du service administratif.....	12
II- Restitution du mécanisme de financement des activités du CSSC-D.....	13
A- Budget du Centre.....	13
B- Aides des partenaires.....	13
C- Procédure de financement.....	15
<u>SECTION 2 : PROBLEMATIQUE ET VISION GLOBALE DE RESOLUTION</u>	16
Paragraphe 1 : Problématique de l’étude issue de l’inventaire.....	16
I- Inventaire des éléments de l’état des lieux.....	17
A-Forces.....	17
B-Faiblesses.....	17
II- Regroupement des problèmes par centre d’intérêt : Problématiques possibles.....	18
Paragraphe 2 : Choix de la problématique de l’étude et formulation du sujet.....	19
I-Ciblage de la problématique.....	19
II - Spécification de la problématique et vision globale de résolution.....	21
A- Spécification de la problématique.....	21
B- Vision globale de résolution des problématiques retenues.....	23
1- Approche générique de résolution du problème général.....	23
2- Approche générique de résolution du problème spécifique n°1.....	23

3- <u>Approche générique de résolution du problème spécifique n°2</u>	24
4- <u>Approche générique de résolution du problème spécifique n° 3</u>	24
<u>CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET APPROCHE DE RESOLUTIONS</u>	26
<u>SECTION 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE</u>	27
<u>Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses d'étude et revue de la littérature</u>	27
<u>I- Objectifs</u>	27
<u>A- Objectifs de recherche</u>	27
1- <u>Objectif général</u>	27
2- <u>Objectifs spécifiques</u>	27
<u>B- Objectifs de développement</u>	28
1- <u>Objectif général de développement</u>	28
2- <u>Objectifs spécifiques de développement</u>	28
<u>C- Les résultats attendus</u>	28
1- <u>Le résultat général attendu</u>	28
2- <u>Les résultats spécifiques attendus</u>	28
<u>II- Hypothèses et tableau de bord de l'étude</u>	29
<u>A-Identification des causes et formulation des hypothèses</u>	29
1- <u>Causes et hypothèse liés au problème spécifique n°1</u>	29
2- <u>Causes et hypothèse liés au problème spécifique n°2</u>	30
3- <u>Causes et hypothèse liés au problème spécifique n°3</u>	30
<u>B-Tableau de bord de l'étude</u>	31
<u>III- Revue de littérature</u>	33
<u>Paragraphe 2 : Méthodologie de l'étude</u>	36
<u>I- Approches théoriques</u>	36
<u>A- Normes et repères d'amélioration des problèmes spécifiques</u>	37
1- <u>Normes et repères d'amélioration liés au problème de la diminution du financement des partenaires</u>	37
2- <u>Normes et repères d'amélioration liés au problème de la faible mobilisation des ressources financières internes</u>	37
3- <u>Norme et repère d'amélioration liés au problème de lourdeur dans la procédure de financement</u>	37
<u>B – Outils d'analyse et seuils de décision</u>	38
1- <u>Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°1</u>	38
2- <u>Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°2</u>	38
3- <u>Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°3</u>	38
<u>II- Approches empiriques</u>	38
<u>A- Objectif de l'enquête et identification de la population cible</u>	39
1- <u>Objectif de l'enquête</u>	39
2- <u>Identification de la population mère</u>	39
<u>B-Echantillonnage et outils de présentation des données</u>	39
1- <u>Echantillonnage</u>	39
2- <u>Outils de présentation des données</u>	40

3- Centres d'intérêt du questionnaire et technique de dépouillement.....	40
4- Conception des questions d'enquête.....	40
SECTION II : ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....	41
<u>Paragraphe 1 : Enquêtes de vérification des hypothèses.....</u>	41
<u>I-Collecte, difficultés rencontrées et limites des données.....</u>	41
<u>A-Préparation et réalisation des enquêtes.....</u>	41
<u>B- Difficultés rencontrées et limites des données.....</u>	41
<u>II-Présentation des résultats, vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.....</u>	42
<u>A-Présentation et analyse des résultats de l'enquête.....</u>	42
<u>1- Présentation et analyse des résultats liés au PS n°1.....</u>	42
<u>2- Présentation et analyse des résultats liés au PS n° 2.....</u>	43
<u>3- Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport au PS n°3.....</u>	47
<u>B-Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic de l'enquête.....</u>	48
<u>1- Vérification des hypothèses.....</u>	48
<u>2- Etablissement du diagnostic.....</u>	49
<u>Paragraphe 2: Approches de solutions et conditions de mise en œuvre.....</u>	50
<u>I-Approches de solutions.....</u>	50
<u>A-Approches de solutions au problème de diminution du financement des partenaires.....</u>	50
<u>B-Approches de solutions au problème de la faible mobilisation interne des ressources financières.....</u>	51
<u>C-Approches de solutions au problème de la disparité et de la lourdeur des procédures de financement.....</u>	52
<u>II-Conditions de mis en œuvre des solutions et construction du tableau de synthèse de l'étude.....</u>	52
<u>A- Recommandations à l'endroit des autorités du CSSC-D.....</u>	53
<u>B- Recommandations à l'endroit des partenaires du CSSC-D.....</u>	53
<u>A- Recommandations à l'endroit de l'Etat.....</u>	54
<u>CONCLUSION GENERALE.....</u>	55
<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	57