



REPUBLIQUE DU BENIN

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
(MESRS)

Université d'Abomey- Calavi
(UAC)

Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
(ENAM)

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION DU CYCLE II

OPTION

Administration des Finances

FILIERE

Administration Hospitalière,
Universitaire et d'Intendance

Année académique :
2006 - 2007

*ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS
DE SANTE AU SERVICE DE PEDIATRIE DE
L'HÔPITAL DE ZONE D'ABOMEY-
CALAVI/SÔ-AVA*

Réalisé et soutenu par :

FAGNINO-GBADJA S. Habib-Cerveau

Sous la Direction de :

Maître de stage

Mme GAUTHE-WILSON Arlette
Administrateur des Hôpitaux
Directrice de l'Hôpital de Zone
d'Abomey-Calavi/Sô-Ava

Directeur de Mémoire

M.TCHIBOZO B.M. Hugues
Economiste de la Santé -
Manager sanitaire.
Chargé de cours à l'ENAM
(UAC)

Juillet 2007

IDENTIFICATION DU JURY

Président : Lucien HODE

Vice Président : Gratién AGUESSY

Membre : Barthélemy SENOU



**L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET
DE MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER
AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION
AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE.
CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR**

DEDICACES**A***Mes géniteurs et progéniture.*

REMERCIEMENTS

A

Tous ceux qui m'ont apporté leur contribution et leur soutien pour la rédaction de ce mémoire.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau N°1 : Présentation schématique d'un budget

Tableau N°2 : Statistique de la pédiatrie en 2005

Tableau N°3 : Statistique de la pédiatrie en 2006

Tableau N°4 : Premier recours en cas de maladie

Tableau N°5 : Capacité des usagers à supporter les frais des prestations bénéficiées

Tableau N°6 : Attitudes en cas d'incapacité à payer les soins

Diagramme N°1 : Causes du non recours à la médecine moderne

Diagramme N°2 : Mobiles du recours à l'automédication

Diagramme N°3 : Raisons expliquant le recours aux tradipraticiens

RESUME

Les soins de santé modernes contrairement aux temps jadis, et malgré leur caractère social, sont aujourd'hui l'apanage de ceux qui jouissent d'une situation économique tout au moins moyenne. Les couches qui sont économiquement faibles semblent perdre ce droit qui de surcroît est universel. Ceux-ci n'arrivent pas à accéder financièrement aux soins de santé. Ce qui se manifeste de plusieurs manières. Celles retenues au cours de notre stage à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava sont :

- la difficulté de certains patients à payer leurs soins ;
- le nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants ; et
- la rupture et le non renouvellement des kits d'urgences par les malades bénéficiaires.

Après avoir identifié les causes plausibles, nous avons abouti à trois (03) solutions potentielles pour résoudre ce problème de l'inaccessibilité financière aux soins de santé de bon nombre d'usagers. Ces trois (03) solutions sont les suivantes :

- la gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans ;
- la participation communautaire ;
- l'instauration d'un régime d'assurance maladie et la souscription aux mutuelles de santé.

Parmi ces trois (03) solutions, la première se dégage comme l'option transitoire de résolution du problème à cause de la pertinence de cette problématique et de son caractère social. Elle nous permettra d'aboutir à long terme aux mutuelles de santé et à l'assurance maladie qui sont les solutions les plus fiables.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE PREMIER : CADRE THEORIQUE, STRUCTUREL ET VISION GLOBALE DE L'ETUDE

Section 1 : Cadre de l'étude et restitution des mécanismes de fonctionnement de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava

Paragraphe 1 : Cadre de l'étude

Paragraphe 2 : Restitution du mécanisme de fonctionnement des services et du paiement des soins

Section 2 : Du ciblage de la problématique à la méthodologie de travail

Paragraphe 1 : Du ciblage de la problématique à la vision globale de sa résolution

Paragraphe 2 : Objectifs de l'étude et méthodologie adoptée

CHAPITRE DEUXIEME : DE LA PREPARATION DE L'ENQUÊTE AUX APPROCHES DE SOLUTIONS

Section 1 : De la préparation de l'enquête à la présentation des données

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de l'enquête

Paragraphe 2 : Présentation des données et difficultés rencontrées

Section 2 : Diagnostic, approches de solutions et conditions de mise en oeuvre

Paragraphe 1 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

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

CONCLUSION GENERALE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE

Selon l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la Santé est un état de complet bien être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le bien être pour tous est alors un besoin universel auquel tout individu est en droit d'aspirer. En tant que facteur fondamental et indispensable à tout pays pour son développement, la santé constitue dès lors une priorité pour chaque gouvernement. Ceci se trouve clairement traduit dans la Constitution Béninoise du 11 Décembre 1990 en son article 8 alinéa 3 qui dispose : « l'Etat assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi ».

Le même souci de garantir la santé à chacun et à tous est également affiché dans la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples en son article 16 : « Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre.... Les Etats partis à la présente charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leurs assurer l'assistance médicale en cas de maladie ». Ce sont là autant de dispositions légales qui prouvent que la santé de l'homme est précieuse et surtout capitale. L'attachement accru à la santé de la part des gouvernements, afin que le processus de développement pour lequel l'homme est au cœur ne soit pas mis à mal, est donc fondamental.

Au regard de l'impact de la Santé sur le développement, la plupart des pays moins avancés ont connu une grande expansion d'infrastructures en la matière. Mais d'importantes restrictions des ressources allouées aux prestations de soins de santé sont imposées par les crises économiques des années 80. Grâce à la logique d'"Etat providence", la plupart des autorités politiques ont pris leur responsabilité en matière de financement du secteur de la santé. La préoccupation n'est donc plus fondamentalement celle de sources de financement, mais désormais celle de la recherche de mécanismes efficaces et efficaces de gestion des ressources.

Plusieurs expériences de financement sont mises en œuvre. Au nombre de ces expériences nous avons la gratuité des soins de santé issue de la déclaration d'Alma-Ata en 1978. Cette expérience repose sur la sécurité sociale, l'impôt et l'assurance maladie. En Juin 1987, devant le constat que les pays subsahariens garantissaient à peine à leurs populations un maximum de soins, l'Organisation Mondiale de la Santé en accord avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), a pris la résolution dénommée « Initiative de Bamako ». Initiateur de cette expérience, le Bénin en plus de la réforme de

la pyramide sanitaire rendue possible par le système de décentralisation, prend plusieurs décrets pour favoriser son application. L'Initiative de Bamako est donc soutenue au Bénin par l'UNICEF à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et d'autres partenaires tels que la Coopération suisse et la GTZ (coopération allemande) qui ont appuyé les Formations Sanitaires (FS). Cette expérience a fonctionné à partir d'une dotation initiale d'environ 1,5 millions de médicaments remis aux Formations Sanitaires en présence des Comités de Gestion (COGES) préalablement installés. Les agents de santé sont formés en gestion de Soins de Santé Primaire, en financement communautaire du PEV, en entretien de la chaîne de froid et pour leur participation à l'élaboration d'un ordinogramme ainsi qu'à son utilisation. Les Formations Sanitaires sont légalement autorisées à percevoir les recettes, et tout retrait du compte de la Formation Sanitaire s'effectue sur la co-signature du Président du COGES et du médecin chef. Il est donc aisé de constater que l'Initiative de Bamako s'est très tôt résumée au financement communautaire et le recouvrement des coûts des médicaments par les Formations Sanitaires contrairement à ses objectifs de départ. L'Initiative de Bamako a connue alors un échec faute de la non mise en œuvre de certains points de ses objectifs et de la mauvaise application des autres.

L'accessibilité financière des populations aux soins de santé vient à nouveau d'être hypothéquée. Ce qui a pour corollaires le nombre important de ménages incapables de supporter le coût des prestations dont ils bénéficient et le nombre croissant des indigents. Voilà brièvement présenté le sempiternel problème de financement du secteur de la santé.

L'actuel gouvernement du Bénin a inscrit parmi ses actions prioritaires la dynamisation des secteurs sociaux que sont la santé et l'éducation. C'est pour cela que juste après la décision de la gratuité des enseignements maternel et primaire, le Chef de l'Etat déclara ses intentions de rendre gratuits les soins de santé aux enfants de moins de cinq ans. Dans l'un ou l'autre des cas, le Chef de l'Etat met l'accent sur la couche la plus vulnérable de la société que constituent les enfants. Le développement du Bénin, pour le Chef de l'Etat, passe inéluctablement par la protection aujourd'hui de cette couche pour la réduction future de la pauvreté. Pour que cette option soit réaliste et réalisable, de quels moyens (humains, matériels et financiers) disposent le gouvernement et l'Etat béninois en général ? Quelle est la durabilité de cette volonté politique lorsqu'elle sera mise en œuvre.

Pour mieux étudier les différents aspects de la mise en œuvre de cette volonté politique et envisager au besoin une autre stratégie, nous prendrons le cas de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. La réorganisation de la pyramide sanitaire de la

République du Bénin en zone sanitaire et l'installation des hôpitaux de zones ont pour objectif primordial d'offrir aux populations des soins de qualité où qu'elles se trouvent sur le territoire national ainsi que l'introduction des soins de santé primaires.

C'est à juste titre donc que l'article 1^{er} du décret n°2002-0113 du 12 mars 2002 dispose : « il est créé en République du Bénin au niveau de chaque Zone Sanitaire, un établissement à caractère social dénommé Hôpital de Zone... ». L'aspect « qualité » de ses soins est repris à l'article 2 du même décret : « l'Hôpital de Zone est le centre de première référence en matière de santé de la Zone Sanitaire. Il est chargé de traiter les cas graves ou compliqués de maladie et de s'occuper des problèmes de santé dépassant les compétences des centres de santé de premier échelon ». L'Hôpital de Zone se veut donc un hôpital social donnant des soins de qualité aux populations de base. Mais avec leur installation récente, les Hôpitaux de Zone jusque là, n'ont pas fait l'objet de grandes études d'impact. Ces études doivent permettre une évaluation périodique des actions de santé dans la Zone Sanitaire. Nous nous sommes donc rassurés qu'une approche à l'inaccessibilité financière aux soins de santé ferait jouer pleinement à l'Hôpital de Zone son rôle social. Voilà autant d'éléments qui justifient le choix d'un Hôpital de Zone. Quant à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava cela s'explique par le fait qu'il dessert la plus grande population communale du Bénin.

Le point d'encrage de l'étude est donc la recherche à mener sur l'accessibilité financière des usagers aux soins de santé à la pédiatrie de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. Les conclusions de cette recherche seront la solution à notre sujet formulé comme suit : « Problématique de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé au service de pédiatrie de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava ».

L'ossature de notre étude est bipartite et se présente comme suit :

- Chapitre premier : cadre théorique, structurel et vision globale de l'étude ;
- Chapitre deuxième : de la préparation de l'enquête aux approches de solutions.

**CADRE THEORIQUE, STRUCTUREL ET
VISION GLOBALE DE L'ETUDE**

**C
H
A
P
I
T
R
E

P
R
E
M
I
E
R**

Section 1 : Cadre de l'étude et restitution des mécanismes de fonctionnement de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava

Dans cette section, il sera présenté l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava et la restitution des mécanismes de son fonctionnement.

Paragraphe1 : Cadre de l'étude

Il sera question dans ce paragraphe de la structure du Centre d'une part et de ses ressources d'autre part.

I- Structure organisationnelle de l'Hôpital

A- Genèse et mission de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava

La nécessité de répondre aux multiples sollicitations sanitaires et le souci de l'Etat de rapprocher l'administration des administrés débouchent sur la création de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

Considéré comme l'unité la plus importante d'une Zone Sanitaire, l'Hôpital de Zone est le centre de référence de premier niveau de la pyramide sanitaire. Avec une population de trois cent quatre vingt quatre mille soixante (384.060) habitants, la Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est dotée d'un hôpital de zone public couvrant quatorze (14) centres. Inauguré le 12 mai 2003, l'Hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava n'est réellement fonctionnel qu'à partir du 18 août 2003.

Situé à environ un (1) kilomètre (km) de la route inter Etat Cotonou-Niamey dans la Commune d'Abomey-Calavi en face de la station de l'Office de Radiodiffusion et Télévision du Bénin (ORTB), l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava s'étend sur environ sept (07) hectares (ha). Il jouit, conformément à l'article 3 du décret N° 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des Statuts des hôpitaux de zones, de l'autonomie de gestion et est doté de la personnalité morale.

Comme toutes les Formations Sanitaires Publiques, l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava a pour mission d'assurer dans de meilleures conditions les soins de santé

aux populations de la zone sanitaire. Compte tenu de son caractère de premier niveau, il reçoit les référés des Centres de Santé de Commune (CSC), des Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) et des Unités Villageoises de Santé (UVS) de la Zone Sanitaire. Mais force est de constater aujourd'hui qu'il en reçoit même des Communes d'Allada et de Zè pour ne citer que celles-là.

Conformément aux dispositions statutaires, il est chargé entre autres :

- d'assurer l'accueil des malades ;
- de lutter contre leur évasion ;
- de prendre en charge les indigents ;
- de fournir des soins de qualité aux usagers et d'œuvrer constamment à son amélioration ;
- de réduire les risques et promouvoir une vie saine, et
- d'assurer l'éducation sanitaire de base et la santé pour tous.

B- Structure organisationnelle

Il s'agira ici dans un premier temps de l'organisation administrative de l'Hôpital puis dans un second, de son organisation technique.

1. Organisation administrative

On y distingue les organes de gestion qui sont au nombre de cinq (05) à savoir :

- le Conseil de Gestion ;
- la Direction ;
- le Comité de Direction ;
- la Commission Médicale Consultative ; et
- la Commission d'Hygiène et de Sécurité.

a. Le Conseil de Gestion

Le conseil de Gestion est l'organe d'administration et de délibération. Il prend des décisions et rend compte des travaux à l'autorité de tutelle. Il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'hôpital. Il émane du Comité de Santé et comprend des membres avec voix délibérative et des membres avec voix consultative.

Les membres du conseil de gestion perçoivent au cours des sessions des frais conformément aux textes en vigueur. Ces frais sont portés en charge d'exploitation de

l'Hôpital. Le Comité de Gestion est composé des représentants des collectivités locales, des structures et des intervenants qui oeuvrent continuellement au développement de la Zone Sanitaire.

b. La direction

La direction assure l'exécution des décisions prises par le Comité de Gestion (CG) à qui elle rend compte. Elle est l'ordonnatrice du budget de l'hôpital et veille à son exécution tant en dépense qu'en recette. Le directeur de l'hôpital doit être un administrateur de l'Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance avec une expérience d'au moins 5 ans.

La Gestion de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est assurée par une directrice. Elle est assistée des collaborateurs qui sont :

- le Chef du Service des Affaires Administratives et économiques (C/SAAE) ;
- le Chef du Service des Affaires Financières (C/SAF) ;
- les Chefs des Services Médicaux et Techniques (C/SMT) ; et
- l'Infirmier Général (IG).

c. Le Comité de Direction

Le Comité de Direction est l'organe consultatif obligatoire consulté sur toutes les questions relatives à l'élaboration du budget et à la politique générale de l'Hôpital. Il donne son avis sur toutes les affaires que la direction de l'hôpital lui soumet.

d. La Commission Médicale Consultative

La Commission Médicale Consultative donne son avis sur les principales affaires concernant les activités de santé, la répartition, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et médico-tehniques.

La Commission Médicale Consultative élit en son sein un président pour une durée de deux ans renouvelables une seule fois. Les avis et observations présentés par la Commission Médicale Consultative sont consignés dans un compte rendu et remis à la direction de l'hôpital pour exploitation.

La Commission Médicale Consultative se compose de tous les chefs des services médicaux et techniques de l'hôpital.

e- La Commission d'Hygiène et de Sécurité

La Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS) s'occupe des questions relatives à l'hygiène, à la gestion des déchets produits en milieu hospitalier, à la salubrité et, à la sécurité, au régime alimentaire des malades ainsi qu'à toutes actions visant à l'amélioration des conditions de travail dans l'Hôpital.

2- Organisation technique

On parlera ici des services dont dispose l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. En effet, nous pouvons distinguer les services administratifs et les services médicaux et techniques à savoir :

- le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) ;
- le Service des Affaires Financières (SAF) ; et
- les Services Médicaux et Techniques (SMT) ;

a. Le Service des Affaires Administratives et Economiques

Le Service des Affaires Administratives et Economiques se charge de :

- la facturation des droits de l'Hôpital ;
- la gestion administrative et du personnel ;
- la tenue de la comptabilité matière ;
- la gestion des malades et des statistiques ; et
- la maintenance et l'entretien.

b. Le Service des Affaires Financières

Le Service des Affaires Financières a pour tâches :

- l'élaboration du budget ;
- le paiement des dépenses ;
- le recouvrement des recettes ;
- les opérations de banque ;
- la comptabilité générale et analytique de l'hôpital ;
- l'informatique ; et
- la gestion des régis d'avance et de recette.

Pour bien assurer l'encaissement des recettes, le recouvrement des créances et le suivi des comptes, le Service des Affaires Financières est organisé en :

- Division Caisse et Recouvrement ;
- Division Comptabilité et Opération de Banque ; et
- Division Facturation.

c. Les Services Médicaux et Techniques

Les Services Médicaux et Techniques assurent les soins et les différents actes.

Il s'agit de :

- la Médecine ;
- la Pédiatrie ;
- la Chirurgie avec les urgences et une hospitalisation ;
- le Bloc Opérateur avec deux (02) salles d'opérations ;
- la Maternité ;
- l'Imagerie Médicale ;
- l'Unité de Laboratoire ;
- la pharmacie de vente des médicaments génériques ; et
- la morgue

Par ailleurs, pour son bon fonctionnement, l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava dispose des ressources telles que les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources financières.

II- Les ressources de l'Hôpital

A- Les ressources humaines

Les ressources humaines se répartissent comme suit :

- Médecins	11
- Sages-femmes.....	16
- Infirmiers Diplômés d'Etat.....	14
- Anesthésistes.....	05
- Infirmiers Sanitaires.....	16
- Techniciens de Laboratoire.....	01
- Techniciens Supérieurs de Laboratoire.....	07
- Techniciens Supérieurs de Radiologie.....	04
- Aides-soignants.....	26
- Agents d'hygiène.....	02
- Administratifs.....	39
- Morguiers.....	02
Total.....	143

B- Les ressources matérielles et financières

✓ **Les ressources matérielles**

Les ressources matérielles sont constituées de locaux, de matériels et d'équipements entrant dans l'accomplissement des différentes missions de l'Hôpital.

De ce point de vue, l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava dispose de :

- 93 lits répartis dans les 18 salles d'hospitalisation des Services Médicaux et Techniques ;
- 1 château d'eau;
- 2 incinérateurs ;
- 2 abris pour les véhicules ;
- 1 groupe électrogène en cas de coupure ;
- 1 bâtiment pour les accompagnants ;
- 1 cantine pour le personnel ;
- 1 bâtiment pour le gynécologue de l'Hôpital ;
- 1 bâtiment pour le chirurgien ;
- 1 local pour le service de la maintenance non encore fonctionnel ;
- 2 ordinateurs pour tout le Centre ; et
- 1 buanderie.

La non informatisation de l'Hôpital rend manuelle la quasi-totalité des activités des services administratifs.

Aussi, la mauvaise qualité des équipements installés pour le démarrage des activités de l'Hôpital fait que nous assistons dans les Services Médicaux et Techniques à leurs pannes fréquemment.

✓ **Les ressources financières**

Les ressources financières sont de deux ordres :

- les fonds propres de l'Hôpital et ;
- les apports externes.

Les fonds propres sont issus des frais de consultation, d'hospitalisation, d'actes, de la morgue et de la cession des médicaments.

Les apports externes sont constitués de subventions de l'Etat sous forme de crédits budgétaires pour le fonctionnement et l'investissement d'une part ; d'autre part, ils sont constitués d'autres apports externes presque inexistantes composés des aides, des dons et des legs des bailleurs autres que l'Etat. Ils se réduisent à quelques rares actions ponctuelles de générosité.

Paragraphe 2 : Restitution du mécanisme de fonctionnement des services et du paiement des soins

Pour étudier la question du paiement des soins dans l'Hôpital, il est nécessaire de restituer les mécanismes d'élaboration et d'exécution de son budget.

I- Procédure d'élaboration et d'exécution du budget

A- Elaboration du budget

Le budget de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava comprend:

- une section d'investissement et
- une section d'exploitation.

Dans le cadre de notre étude, c'est la section d'exploitation qui nous intéresse le plus.

1- Le volet dépenses

On retrouve généralement les charges du personnel, les frais de consommables et matériels médicaux, les frais d'achat des médicaments, les frais d'eau et d'électricité, les frais de transport et de déplacement, les frais de gestion et d'administration, les frais de formation continue.

Pour l'élaboration du budget d'exploitation à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava, les dépenses prévisionnelles sont liées aux divers achats et charges d'exploitation. Pour cela, la direction distingue souvent les dépenses spécifiques liées au fonctionnement technique de celles concernant les frais généraux. Ainsi, les besoins exprimés par chaque service font l'objet d'une rationalisation au niveau du Service des Affaires Financières, notamment la division Comptabilité et Opération de Banque. Certaines dépenses d'exploitation sont financées directement par l'Etat soit sous forme de subvention (eau, électricité, téléphone, salaire des Agents de l'Etat...) soit sous forme de

crédits délégués permettant un appui à l'alimentation des malades et au fonctionnement des services dont le service pédiatrique.

2- Le volet recettes

Les recettes regroupent les frais de cession des médicaments et consommables médicaux, les frais de consultation, d'hospitalisation, d'actes médicaux et autres produits tels que les frais d'évacuations sanitaires et les subventions. En réalité le coût des prestations dans l'Hôpital repose sur la tarification des divers actes médicaux dont les clés sont indiquées par les lettres B (laboratoire), K (bloc opératoire) et Z (examen de radiologie) et les forfaits journaliers d'hospitalisation appelés prix de journée.

La fixation des prix de journée est faite par arrêté ministériel et imposée à l'Hôpital.

3- Présentation

Tableau n°1 : Présentation schématique du budget.

Ressources			Emplois		
Comptes	Rubriques	Montant	Comptes	Rubriques	Montant
-	Consultation	X ₁	-	Personnel	Y ₁
-	-	-	-	-	-
	Autres produits	X _n		Autres charges	Y _n
TOTAUX		X	TOTAUX		Y

Source : Cours de comptabilité hospitalière de AHUI3-ENAM 2004

B- Exécution du budget

1- Exécution des recettes

Les recettes s'exécutent tant à l'interne qu'à l'externe. Il sera donc question ici des recouvrements interne et externe.

a- Le recouvrement interne

Le recouvrement interne est le rôle des deux agents de recouvrement. Il se déroule entièrement à l'intérieur de l'Hôpital sur les "Particuliers à leurs Frais" (PAF). Ceux-ci ne bénéficient pas de prise en charge et n'offrent de ce fait aucune garantie de paiement. Ils sont assujettis au paiement intégral et au comptant de leurs frais d'actes et d'hospitalisation. Pour ce faire, les deux agents de recouvrement se chargent de sensibiliser continuellement les patients au paiement de leurs dettes à la caisse. Malgré cette sensibilisation, certains éprouvent de difficultés à honorer leur dette. C'est ici qu'on constate **la difficulté de certains patients à payer les soins** (Faiblesse).

Les malades hospitalisés remplissent des fiches d'engagement en cas de difficultés financières, avec la possibilité de payer par tranche. Mais malgré cette possibilité, l'on retrouve à la fin de leur séjour, bon nombre de patients qui n'arrivent pas toujours à payer leur acompte. Ceux-ci sont envoyés dans un lieu aménagé, appelé "bâtiment des accompagnants". Ils sont alors mis en observation en attendant d'établir leur indigence ou non, pour les faire bénéficier du Fonds National des Indigents. Il est donc remarqué la présence d'un **nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants** (Faiblesse).

b- Le recouvrement externe

Le recouvrement externe est la suite logique de la facturation. Comme susmentionné au niveau du recouvrement interne, toutes les prestations de l'Hôpital ne se paient pas au comptant à la caisse. Les autres modes de paiement concernent un ensemble d'usagers de l'Hôpital tels que les fonctionnaires de l'Etat, les agents des sociétés privées et les abonnés (clients) des sociétés d'assurance ayant souscrit une assurance maladie ou une assurance vie. Ces prises en charge donnent lieu à l'émission de factures qui font l'objet de recouvrement grâce aux agents mandatés. Ils sont chargés de distribuer aux institutions redevables les titres de recette. La procédure de recouvrement externe se présente comme suit :

- au niveau des ministères et organisations publics, les titres de recette résultant des prestations fournies aux agents publics se transmettent à la Direction des Ressources Financières et Matériels ou Direction Administrative de chaque département ministériel concerné pour vérification et certification avant leur transmission dans un délai de 15 jours au Ministre chargé des Finances. Ensuite, un agent de l'équipe de recouvrement se rend à la Direction Générale du Budget pour le suivi des différentes factures de l'Hôpital qui s'y

trouvent. Enfin, celles-ci sont acheminées au contrôle financier avant d'être envoyées au Trésor pour règlement.

- quant aux sociétés d'assurance et sociétés privées, elles procèdent dès réception des factures aux vérifications diverses notamment celles liées à la conformité des bulletins de prise en charge délivrés aux personnes facturées. Le délai maximum accordé par l'Hôpital est de quinze (15) jours à compter de la date effective de réception.

- enfin, pour les Particuliers à leurs Frais, les factures sont portées à leur domicile respectif.

2- Exécution des dépenses

A l'instar des dépenses publiques, l'exécution des dépenses à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava se limite à deux phases :

- la phase administrative et
- la phase comptable

a- Phase administrative

L'exécution des dépenses à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava obéit aux mêmes règles de la comptabilité publique et suit une procédure passant par l'engagement, la liquidation et l'ordonnancement.

- L'engagement des dépenses

L'engagement des dépenses à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava se réalise suivant une procédure qui consiste à sélectionner trois dossiers parmi ceux déposés après l'avis à candidature lancé par l'Hôpital et à retenir un fournisseur. Tout ceci se fait par le Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques qui notifie au Chef de la Division Engagement Mandatement le fournisseur retenu, avec transmission de toutes les trois factures pro forma présélectionnées. Le Chef de la Division Engagement Mandatement à son tour vérifie la disponibilité de crédits au compte concerné par la dépense avant d'établir le bon de commande. Ce bon est signé par la directrice de l'Hôpital puis adressé au fournisseur retenu.

- La liquidation de la dépense

A cette étape, l'Hôpital constate le service fait avant de procéder à sa réception. A cet effet, le comité de réception de l'Hôpital composé du Comptable, du Magasinier et du

Délégué du personnel, vérifie la conformité en quantité et en qualité des produits livrés ou du service fait par rapport à la commande. En cas de non conformité des produits ou du service, il est demandé au fournisseur de procéder à leur rectification.

- **L'ordonnancement**

C'est à ce niveau que se prend la décision de régler les factures du fournisseur. Le règlement se manifeste par l'intermédiaire d'un titre de paiement appelé mandat de paiement. Ce dernier est établi avec la mention des références de toutes les pièces justificatives de la dépense par le Chef de la Division Engagement Mandatement. Signalons que ces pièces justificatives sont les factures pro forma, le bon de commande, le procès verbal de réception, le bordereau de livraison et la facture définitive. Le dossier de la dépense est alors constitué et transmis à la Directrice pour signature avant de parvenir au Chef du Service des Affaires Financières pour le paiement.

b- Phase comptable : le paiement

La signature du mandat par la Directrice, ordonnateur principal du budget de l'Hôpital constitue pour le Chef du Service des Affaires Financières l'ordre de paiement. Après réception des titres de recette et des mandats de paiement, le Chef du Service des Affaires Financières procède à un contrôle rigoureux de toutes les pièces justificatives. Il vérifie la force probante de ces pièces pour servir d'acquis libérateur de la dépense. Lorsque le Chef du Service des Affaires Financières constate une irrégularité, le mandat et les pièces jointes sont retournés à la Directrice pour le redressement des erreurs constatées. Par contre, lorsque tout est conforme, le Chef du Service des Affaires Financières s'assure de la disponibilité des crédits avant de procéder au paiement des dépenses.

II- Procédure de prise en charge des malades et évolution des coûts de la pédiatrie

A- Prise en charge des malades

Une fois arrivé dans l'Hôpital, le patient est reçu par les vigiles à l'entrée. Ceux-ci l'orientent vers le service technique spécialisé pour le traitement de sa maladie. Sur indication du responsable du service, le patient se présente à la caisse pour les formalités.

Composée d'une caisse centrale unique pour l'ensemble de l'Hôpital, la section caisse est une section très sensible qui assure le déroulement des opérations d'encaisse des

recettes de toutes les natures : vente de médicaments, frais d'actes, frais d'exams (d'analyses ou de consultations), frais d'hospitalisation.

En dehors des « particuliers à leur frais » qui paient au comptant les soins, certaines structures assurent entièrement grâce aux prises en charge, toutes les dépenses de santé de leurs employés. Alors que pour d'autres, la prise en charge est partielle ; soit 0%, 20% ou 30% selon la structure. Après cette formalité le patient est pris en charge.

Compte tenu de son état de santé, le patient peut suivre des traitements ambulatoires ou être interné pour recevoir les soins adéquats. Pendant son séjour l'utilisateur est informé, par les agents de la pharmacie de détail, des prix des médicaments qui lui sont prescrits. Il est donc servi après avoir payé le prix à la caisse.

Au cours de nos stages, nous avons eu connaissance de ce qu'en matière de subvention de l'Etat, des kits d'urgence sont mis à la disposition de l'Hôpital pour les cas d'urgence où le patient est dans l'incapacité de payer les premiers produits urgents. Après les avoir consommés, l'utilisateur doit renouveler ces kits d'urgence.

Mais des difficultés surviennent dans le renouvellement de ces kits par les patients qui en bénéficient. Nous avons constaté **la rupture et le non renouvellement du stock des kits d'urgence par les malades bénéficiaires** (faiblesse).

B- Evolution du coût de la pédiatrie

1- Présentation

Tableau n°2 : Statistiques de la pédiatrie en 2005 (Coût et Recette)

N°	Désignation	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1	Total des Produits	120.120	138.560	202.080	189.040	198.560	195.080	206.640	155.640	221.380	171.680	206.200	218.280
2	Dotation en fourniture	114 863	201 161	304 213	229 662	271 671	316 655	248 876	190 202	146 692	306 697	240 258	208 179
3	Charge du personnel	1 321 216	1 321 216	1 321 216	1 337 136	1 349 506	1 353 476	1 402 648	1 389 343	1 378 468	1 379 643	1 386 423	1 367 713

Source : Rapport mensuel de synthèse des services hospitaliers

Tableau n°3 : Statistiques de la pédiatrie en 2006 (Coût et Recette)

N°	Désignation	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1	Total des produits	468 740	667 200	568 820	745 820	566 870	809 880	701 620	533 280	454 920	646 800	631 560	435 900
2	Dotation en fourniture	234 308	192 234	256 706	325 483	562 324	132 473	265 294	196 705	206 520	299 329	261 673	312 859
3	Charge du personnel	1 413 288	1 410 688	1 384 418	1 446 873	1 408 203	1 417 883	1 376 918	1 382 533	1 373 023	1.372 603	1 368 808	1 372 188

Source : Rapport mensuel de synthèse des services hospitaliers

2- Commentaire

Le tableau n°1 nous présente le coût et les recettes générées du service de pédiatrie en 2005. Pour une analyse pertinente, nous essayerons d'écartier les charges du personnel qui sont quasi-totalement supportées par l'Etat et dont leur considération biaiserait notre étude.

En effet, en 2005 la pédiatrie a coûté à l'Hôpital 2779089 FCFA et a produit 2223260 FCFA ; soit 80% du coût total. Ceci montre que les usagers ont supporté 80% du coût du service en 2005. Ce qui traduit l'importance de la participation des usagers dans le financement de ce service.

Le tableau n°2 quant à lui, présente les mêmes données seulement que cette fois-ci elles sont pour l'année 2006. Ainsi, en 2006 le service de pédiatrie de l'Hôpital a coûté 3245872 FCFA et a produit 7231410 ; soit 222,79% du coût total. Ce taux vient confirmer l'importance de la contribution des usagers. De 2005 à 2006 ce taux est passé de 80% à 222,79% ; soit une croissance de 142,79%.

Section 2 : Du ciblage de la problématique à la méthodologie de travail

Inscrit dans une réflexion de la problématique de l'inaccessibilité aux soins à cibler (Paragraphe1), la résolution de cette dernière est tributaire de la méthodologie de travail adoptée (Paragraphe2).

Paragraphe 1 : Du ciblage de la problématique à la vision globale de sa résolution

I- Ciblage de la problématique et formulation du sujet

L'inventaire des éléments de l'Etat des lieux (A) constitue le point essentiel du ciblage de la problématique qui précèdera la formulation du sujet (B).

A- Inventaire des éléments de l'état des lieux de base

Il est composé des forces et opportunités (1) et des faiblesses et menaces (2).

1- Inventaire des atouts : forces et opportunités

Six atouts sont identifiés :

- unicité de la caisse ;
- contrôle régulier et quotidien des encaissements ;
- sensibilisation quotidienne des patients à s'acquitter de leurs dettes ;
- recouvrement des dues des sociétés privées sur simple relance téléphonique ;
- personnel motivé et dévoué ;
- versement quotidien à la banque des recettes de l'Hôpital par le comptable.

2- Inventaire des problèmes : faiblesses et menaces

- Absence de division "Gestion des Statistiques" ;
- Evasion fréquente des malades ;
- Absence de structure "Gestion des Archives" de l'Hôpital ;
- Insuffisance dans l'organisation du système d'accueil ;
- Absence de service de maintenance ;
- Rupture et non renouvellement des kits d'urgence par les malades bénéficiaires ;

- Inexistence de certains produits de première nécessité à la pharmacie de l'Hôpital ;
- Formations fréquentes de longues files d'attente devant le service de la caisse ;
- Nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants ;
- Insuffisance de locaux ;
- Service "Gestion du personnel" encore embryonnaire ;
- Retard dans l'encaissement des créances de l'Hôpital sur l'Etat et les indigents;
- Non informatisation du système d'information du Centre ; et
- Difficulté de certains patients à payer les soins.

B- Formulation de la problématique

A l'origine, l'hôpital cadre de promotion de la santé était un établissement charitable où l'on accueille les gens sans ressources pour les soigner, les héberger et les entretenir.

Avec la cherté de la vie, la modernisation de la médecine et en raison des moyens de couverture des dépenses de fonctionnement, l'hôpital est devenu de nos jours un établissement public ou privé payant, qui reçoit en vue du diagnostic et du traitement pendant un temps, des blessés, des femmes en couche, des malades référés et d'autres cas des centres hospitaliers et des cliniques privées. Ainsi, la viabilité d'une formation sanitaire passe non seulement par la qualité des prestations fournies, mais aussi et surtout par sa capacité à recouvrer ses créances. A l'antipode de l'évolution galopante du coût des soins due à la modernisation de la médecine, se trouve une population à faible revenu et à faible pouvoir d'achat. Ce qui fait observer des difficultés au niveau des usagers de l'Hôpital à payer les frais des prestations qu'ils reçoivent. Pour apporter notre contribution à la résolution de ce problème, nous avons choisi de conduire nos recherches sur la problématique de l'accessibilité financière des populations aux soins. Cette étude s'est déroulée donc à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava plus précisément au service de pédiatrie. D'où le thème : Accessibilité financière aux soins de santé au service de pédiatrie de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

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

A- Spécification de la problématique

Le problème général de l'étude (1) et les problèmes spécifiques (2) retenus pour être résolus seront exposés.

1- Problème général

Le problème général de notre étude peut être libellé comme suit : Inaccessibilité financière de bon nombre d'usagers aux soins de santé au service de pédiatrie de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

2- Problèmes spécifiques

Les problèmes spécifiques qui constituent les manifestations du problème général sont les suivants :

Problème Spécifique n°1 : Difficulté de certains usagers à payer les soins ;

Problème Spécifique n°2 : Nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants ;

Problème Spécifique n°3 : Rupture et non renouvellement des kits d'urgence par les malades bénéficiaires.

B- Vision globale de l'étude

Il est possible d'aborder la question de l'accessibilité des populations aux soins de santé sous divers angles tels que nous le démontre la littérature réunie sur ce domaine au cours de nos investigations. Cependant, dans le cadre de notre réflexion, nous avons procédé à une délimitation appropriée à nos visées. En outre, notre vision globale de l'étude se fonde sur des objectifs, des hypothèses et des méthodologies particulières.

Paragraphe 2 : Objectifs de l'étude et méthodologie adoptée

I- Objectifs, hypothèses et revue de littérature

A- Objectifs, hypothèses et Tableau de Bord de l'Etude

1- Objectifs et hypothèses

a- Objectifs de l'étude

On peut distinguer l'objectif général d'une part puis les objectifs spécifiques d'autre part.

- Objectif général

L'objectif général de notre étude est de contribuer à la résolution de la problématique de l'inaccessibilité financière de bon nombre de patients aux soins de santé au service de pédiatrie de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

- Objectifs spécifiques

Ici, chaque problème spécifique est pris en compte par l'objectif spécifique du même rang.

Objectif Spécifique n°1- Préconiser des moyens permettant aux usagers de L'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava qui éprouvent des difficultés à payer les soins, d'y parvenir.

Objectif Spécifique n°2- Suggérer des mesures concourant à la réduction du nombre de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants.

Objectif Spécifique n°3- Envisager de nouvelles conditions d'acquisition des kits d'urgence.

b- Formulation des hypothèses

- Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°1

Rappelons que le problème spécifique n°1 est la difficulté de certains usagers à payer les soins. Comme causes identifiées à ce problème nous avons :

- Le manque de confiance des usagers à l'endroit des praticiens ; et

- Le faible pouvoir d'achat des usagers.

Si l'utilisateur malgré toutes les difficultés de déplacement se rend à l'hôpital, c'est certes à la recherche de soins de qualité. Toutefois, l'insuffisance de praticiens qualifiés dans ce Centre peut inquiéter le patient par rapport aux soins à recevoir. Mais cela ne saurait être la cause plausible à ce problème.

La population d'Abomey-Calavi/Sô-Ava est une population qui en général vit au quotidien avec son faible pouvoir d'achat. Du peu de revenus dont elle dispose, elle préfère garantir l'alimentation de la journée au lieu de s'en servir pour les soins. On peut alors retenir que le faible pouvoir d'achat des usagers en situation est la cause la plus justifiée se trouvant à la base de leur difficulté à payer les soins.

La première hypothèse peut être alors formulée de la manière suivante : **la difficulté des usagers à payer les soins est due à leur faible pouvoir d'achat.**

- Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°2

Le problème spécifique n° 2 est celui du nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants. Pour ce problème, deux (02) causes sont identifiées :

- la mauvaise foi des parents des enfants malades; et
- l'indigence des parents d'enfants soignés.

La mauvaise foi des parents est une cause réelle qu'il faut analyser avec munitie. Bon nombre d'entre eux estiment que l'hôpital public est un patrimoine commun qui fournit des soins gratuits. Ainsi, ils se déclarent indigents après être satisfaits des prestations du service. Après enquête par rapport aux renseignements laissés, les agents du service social se rendent à l'évidence que certains parents sont réellement de mauvaise foi. Au moment où ils se déclarent indigents, leurs familles organisent des cérémonies d'enterrement très coûteuses dès que la situation se présente.

Par ailleurs, il se révèle que ces cas ne sont pas légion. Cette cause n'étant pas valable elle nous éloignera de l'objectif de cette étude, et ne peut donc être retenue.

En considérant la seconde cause nous nous rapprochons beaucoup plus de la source de ce problème. Signalons au passage que ces parents sont au bâtiment des accompagnants à cause de leurs enfants. Lors de nos investigations il est constaté que les enfants sont conduits à l'hôpital en urgence. C'est dire que, les parents mettent du temps à recourir la médecine moderne à cause de leur indigence. Ils préfèrent recourir aux tradipraticiens ou à l'automédication avec le peu de moyen dont ils disposent. C'est après l'échec de toutes ces

tentatives qu'ils recourent à la médecine moderne avec l'enfant déjà dans un état critique. La conséquence inévitable qui s'en découle est bien sûr le coût élevé des soins administrés à cet enfant. Les parents se retrouvent dès lors dans l'incapacité de s'acquitter des frais de soins à la fin du traitement du fait de leur indigence. Nous retenons alors que l'indigence des parents d'enfants soignés est la cause la plus plausible.

L'hypothèse n°2 peut être donc formulée comme suit : **l'indigence des parents d'enfants soignés explique le nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants.**

- Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°3

Dans le but de résoudre le problème de la rupture et du non renouvellement des stocks de kits d'urgence, nous avons identifié deux causes :

- la planification non rigoureuse des actions de santé par le Ministère de la Santé et
- la pauvreté des malades bénéficiaires.

Si nous retenons la planification non rigoureuse des actions de santé par le Ministère de la Santé, cela ne serait pas sans expliquer le problème. Car dès le début de l'expérience, une périodicité fixe du renouvellement du stock n'a pas été fixée.

En retenant la pauvreté des malades bénéficiaires, nous nous rapprochons plus de la source du problème. La mise à disposition de l'Hôpital de kits d'urgence tend à sauver des vies humaines et à assister les patients ne disposant pas de moyens dans l'immédiat. Les patients compte tenu de leur situation économique faible sont incapables donc de renouveler ces kits.

La pauvreté des malades bénéficiaires des kits d'urgence est donc la cause la plus plausible.

L'hypothèse n°3 est alors : **la pauvreté des malades bénéficiaires des kits d'urgence est à la base de la rupture et du non renouvellement de leurs stocks.**

2- Synthèse des préoccupations et Tableau de Bord de l'Etude

a. Synthèse des préoccupations

Les problèmes spécifiques liés à l'inaccessibilité financière aux soins de santé à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava sont :

- la difficulté de certains usagers à payer les soins ;
- le nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants ; et
- la rupture et le non renouvellement des kits d'urgence par les malades bénéficiaires.

Les hypothèses formulées pour justifier ces problèmes sont :

- la difficulté de certains usagers à payer les soins est due à leur faible pouvoir d'achat ;
- l'indigence des parents d'enfants soignés explique le nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants de l'Hôpital ;
- la pauvreté des malades bénéficiaires des kits d'urgence est à la base de la rupture et du non renouvellement de leurs stocks.

Les objectifs fixés sont :

- proposer des moyens permettant aux usagers qui éprouvent des difficultés à payer les soins, d'y parvenir ;
- suggérer des mesures concourant à la réduction du nombre de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants ; et
- envisager de nouvelles conditions d'acquisition des kits d'urgence.

b. Tableau de Bord de l'Étude

Niveau d'analyse	Problèmes	objectifs	Causes supposées	Hypothèses
Niveau général	<p><u>Problème général</u></p> <p>Inaccessibilité financière de bon nombre d'usagers aux soins de santé au service de pédiatrie de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava</p>	<p><u>Objectif général</u></p> <p>Contribuer à la résolution de la problématique de l'inaccessibilité financière de bon nombre d'usagers aux soins de santé au service de pédiatrie de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava</p>	<p><u>Cause générale</u></p>	<p><u>Hypothèse générale</u></p>
Niveaux spécifiques	<p><u>Problème spécifique n°1</u></p> <p>Difficulté de certains usagers à payer les soins.</p>	<p><u>Objectif spécifique n°1</u></p> <p>Préconiser des moyens permettant aux usagers qui éprouvent des difficultés à payer les soins, d'y parvenir.</p>	<p><u>Cause spécifique n°1</u></p> <p>Le faible pouvoir d'achat des usagers</p>	<p><u>Hypothèse spécifique n°1</u></p> <p>La difficulté de certains usagers à payer les soins est due à leur faible pouvoir d'achat</p>
	<p><u>Problème spécifique n°2</u></p> <p>Nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants</p>	<p><u>Objectif spécifique n°2</u></p> <p>Suggérer des mesures concourant à la réduction du nombre de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants</p>	<p><u>Cause spécifique n°2</u></p> <p>L'indigence des parents d'enfants soignés</p>	<p><u>Hypothèse spécifique n°2</u></p> <p>L'indigence des parents d'enfants soignés explique le nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants</p>
	<p><u>Problème spécifique n°3</u></p> <p>Rupture et non renouvellement des stocks de kits d'urgence par les malades bénéficiaires.</p>	<p><u>Objectif spécifique n°3</u></p> <p>Envisager de nouvelles conditions d'acquisition des kits d'urgence.</p>	<p><u>Cause spécifique n°3</u></p> <p>La pauvreté des malades bénéficiaires des kits</p>	<p><u>Hypothèse spécifique n°3</u></p> <p>La pauvreté des malades bénéficiaires des kits d'urgence est à la base de la rupture et du non renouvellement de leurs stocks.</p>

Source : Inspiré du référentiel de réalisation de mémoire de l'ENAM.

B- Revue de la littérature

Le problème de l'accessibilité des populations aux soins de santé que cela soit au Bénin, en Afrique ou dans le monde, a suscité de nombreux débats et donné lieu à divers écrits.

Ainsi, depuis sa genèse à nos jours, les soins de santé ont été donnés aux populations gratuitement ou moyennant une participation de leur part.

Selon Aguedelo C. A (1983) « La participation est simplement l'implication de la communauté dans l'administration et le financement des services de santé. Une pareille implication suppose que la communauté participe à la planification, l'organisation, l'exécution et au contrôle des Soins de Santé Primaires (SSP), en utilisant au maximum les ressources locales et nationales et d'autres ressources disponibles ».

L'Initiative de Bamako rentre dans cette perspective. Proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF et adoptée par divers ministres africains de la santé à Bamako au Mali en 1987, l'Initiative de Bamako consiste à financer les Soins de Santé Primaires par les revenus issus de la vente des médicaments essentiels. Le succès de ce programme est fonction de la capacité des populations à pouvoir acheter leurs médicaments, ce qui en dehors de l'obstacle financier constitue un changement radical des mentalités. Ces mentalités sont celles de l'historique conférence d'Alma-Ata qui s'est déroulée du 6 au 12 Septembre 1978 au Kazakhstan et qui instituait la gratuité des soins.

De ce qui précède, nous pouvons estimer que d'après l'Initiative de Bamako et Aguedelo C.A. l'accès aux soins de santé est en majorité tributaire de la capacité contributive des communautés. Ce qui est contraire à la déclaration d'Alma-Ata qui veut que les soins soient fournis aux populations gratuitement.

Il est toutefois à remarquer que cette capacité contributive dépend du revenu des populations ; lui aussi dépendant de leur niveau d'activité.

Dans son mémoire de fin de formation à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature en 2004, Florence AGBANOU a fait un parallélisme entre l'accessibilité financière aux soins et l'incapacité financière du patient. Selon elle : « Le risque de suspendre les soins suite à l'incapacité financière du patient compromet l'accessibilité financière des soins ».

Par ailleurs, la problématique de l'accessibilité financière aux soins de santé a de répercussions sur la trésorerie. De ce fait, pour Paul COMET et Raymond PIGANIOL la solution la plus rationnelle donnant l'aisance à la trésorerie des hôpitaux a été l'institution d'un fonds de roulement permanent. L'avantage d'une telle stratégie réside dans le fait qu'en cas d'impayé, l'institution sanitaire n'arrêtera pas de fonctionner. Dans leur étude réalisée en 2002 sur la société nigérienne NIGELEC, HAROUNA et ILLIASSOU conclus que «l'importance des impayés en 1997 a été l'une des causes de l'insolvabilité de la société vis-à-vis de son principal fournisseur NEPA ».

Emile LEVY mettra l'accent sur « la nécessité de la constitution d'une réserve dans les Formations Sanitaires pour mieux faire face aux difficultés de trésorerie de plus en plus pesantes »

Il est évident après tout ceci de constater que l'inaccessibilité financière aux soins des populations n'arrange ni ces dernières qui constituent les clients, ni les hôpitaux qui sont les fournisseurs.

II- Méthodologie de travail liée à la résolution de la problématique

Un ensemble de normes et d'outils pouvant aider à l'analyse et à la décision (A) d'une part puis à l'utilisation de la méthode de collecte des données et leurs présentations (B) d'autre part ; feront l'objet de ce sous paragraphe.

A- Approches théoriques retenues

1- Normes ou repères d'amélioration de la problématique

Vu la revue de la littérature réalisée en la matière, il est important de noter qu'il s'agit d'une problématique qui est au cœur du problème de financement du secteur de la santé. Un secteur notons-le au passage, social.

Par rapport aux problèmes en résolution, nous pouvons souligner que tout patient doit faire face à deux types de charges:

- les prestations médicales ; et
- les frais de séjours.

L'inaccessibilité financière à ces charges est une émanation de la catégorie socioprofessionnelle et parfois de la culture des populations. L'analyse et la résolution des problèmes spécifiques font référence à une approche théorique basée sur

l'importance des variables socioprofessionnelles, économiques et culturelles dans les questions de santé.

Pour une bonne analyse conduisant à une meilleure décision, il serait donc illusoire voire utopique d'occulter la maîtrise des pesanteurs économiques, culturelles, géographiques et socioprofessionnelles pour prétendre résoudre ces différents problèmes.

2- Outils d'analyse des données

Les seuils de décisions liés aux problèmes en résolution dans le cadre de notre étude prendront en compte les résultats des entretiens et du questionnaire. Dans ce cadre, il sera question des réponses recueillies auprès des différents acteurs et usagers de la santé à quelque niveau de la pyramide sanitaire qu'ils soient. Les décisions à retenir doivent être donc unanimement majoritaires.

B- Approches empiriques

La méthode de collecte des données (1) et les outils de leur présentation (2) sont les approches empiriques de notre étude.

1- Méthodes de collecte des données

La méthode de collecte retenue dans le cadre de notre étude est l'enquête. Il s'agira :

- d'une part d'un questionnaire à adresser aux usagers de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava ; et
- d'autre part des guides d'entretien à l'endroit des acteurs de la santé tant au niveau périphérique, intermédiaire que supérieur.

Au regard de tout ceci, on verra si c'est vrai ou faux que :

- la difficulté de certains usagers à payer les soins est due à leur faible pouvoir d'achat ;
- l'indigence des parents d'enfants soignés explique le nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants ;
- la pauvreté des malades bénéficiaires des kits d'urgence est à la base de la rupture et du non renouvellement de leurs stocks.

2- Outils de présentation des données

Pour une bonne analyse des données relatives à l'inaccessibilité financière de bon nombre d'usagers aux soins de santé, quelques outils de présentation des résultats recueillis nous semblent indiqués. Au nombre de ceux-ci, on a les tableaux et les diagrammes.

**DE LA PREPARATION DE L'ENQUÊTE
AUX APPROCHES DE SOLUTIONS**

**C
H
A
P
I
T
R
E

D
E
U
X
I
E
M
E**

Section 1 : De la préparation de l'enquête à la présentation des données

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de l'enquête

I- Préparation de l'enquête

Il s'agit ici de la collecte des informations chez les acteurs identifiés supra, à travers le questionnaire et les entretiens. Son aboutissement a été effectif grâce à une démarche résumée en trois (03) étapes comme suit :

- l'analyse de la question de départ ;
- où aller et que chercher ?
- les types et les techniques de recherche.

A- Analyse de la question de départ

L'analyse de la question de départ suscite en nous deux (2) autres questions qui sont :

- quel est notre sujet de recherche ?
- que voulons-nous faire ressortir à travers ce sujet ?

Sur cette base, un calendrier de recherche est alors établi.

B- Où aller et que chercher ?

1. Où aller ?

En réponse à cette question, nous sommes partis des centres de documentation et bibliothèques les plus proches pour peu à peu remonter aux plus éloignés. Au nombre de ces centres, nous avons :

- notre propre bibliothèque ;
- la bibliothèque de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature ;
- la bibliothèque de l'Université d'Abomey-Calavi ;
- la bibliothèque de la Faculté des Sciences de la Santé ;
- la bibliothèque de l'Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management ;
- le centre de documentation du Ministère de la Santé ;
- le centre de documentation de l'Organisation Mondiale de la Santé ; et
- la bibliothèque de l'Institut Régional de la Santé Publique.

2. Que chercher ?

Il s'agit ici de la mobilisation des ouvrages qui sont en rapport avec notre thème d'étude tels que les ouvrages édités, les mémoires, les revues, les rapports d'activités et les documents de synthèse de l'Hôpital lieu de déroulement de notre stage.

C. Types et techniques de recherche

Nous avons adopté ici une méthodologie qui se présente en deux phases :

- premièrement nous sommes partis d'une prise de connaissance des informations les plus simples pour aboutir non pas aux plus complexes mais plutôt aux plus approfondies à travers :

- La consultation du sommaire puis de la table des matières ;
- Un retour aux pages nous concernant ; et
- Une relance sur les autres aspects de l'étude grâce à la bibliographie

- deuxièmement nous avons procédé à des investigations de terrain.

II- Réalisation de l'enquête

Elle s'est intéressée tant à la revue documentaire qui n'est rien d'autre que les données secondaires qu'aux données primaires obtenues grâce aux enquêtes.

En réalité, l'essentiel sur la réalisation de la collecte a été dit dans la dimension empirique de notre méthodologie de recherche.

Paragraphe 2 : Présentation des données et difficultés rencontrées

I- Présentation des données

A la question de savoir leur premier recours en cas de maladie posée à vingt cinq (25) usagers, nous avons recueilli les données qui, après dépouillement, sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau n°4 : Premier recours en cas de maladie

Premier recours	Effectifs	Pourcentages
Hôpital	09	36%
Automédication	02	08%
Oracle	03	12%
Tradipraticiens	11	44%
Total	25	100%

Source : Résultats de nos enquêtes.

Sur les vingt cinq (25) personnes enquêtées dans le cadre de notre étude 36% ont souvent le réflexe de l'hôpital en cas de maladie, 08% préfèrent l'automédication. Au moment où 12% des enquêtés vont consulter l'oracle, 44% se rendent chez les tradipraticiens en cas de maladie. Par ailleurs la raison la plus palpable à retenir est financière.

Le bâtiment des accompagnants comme son appellation le montre si bien est destiné aux accompagnants afin de désencombrer les salles d'hospitalisation et de permettre une bonne prise en charge des patients dans les conditions adéquates. C'est justement dans le rang de ceux-ci qu'après des investigations, il est établi des cas d'indigences parmi lesquels un nombre important de mères d'enfants.

Pour être plus éclairé sur cette situation, des questions plus précises et plus orientées permettent de recueillir des informations qui après traitement, sont représentées par les diagrammes qui vont suivre.

Tableau n°5 : Capacité des usagers à supporter les frais des prestations bénéficiées

Capacité des usagers	Effectifs	Pourcentages
Incapacité totale	10	40%
Incapacité partielle	07	28%
Sans difficulté	03	12%
Par prise en charge	05	20%
Total	25	100%

Source : Résultats de nos enquêtes.

40% des 25 patients enquêtés ne parviennent pas du tout à payer les prestations ; par contre 12% de ces mêmes enquêtés n'éprouvent aucune difficulté à les payer. Par ailleurs 28% seulement parviennent à honorer partiellement ces frais au moment où 20% bénéficient d'une prise en charge.

Tableau n°6 : Attitude en cas d'incapacité à payer les soins

Attitudes adoptées	Effectifs	Pourcentages
Abandon des soins	03	12%
Recours à l'emprunt	07	28%
Recours au service social	09	36%
Signature d'un engagement	06	24%
Total	25	100%

Source : Résultats de nos enquêtes.

12% des personnes enquêtées préfèrent abandonner les soins pour recourir à d'autres pratiques en cas d'incapacité financière à payer les prestations ; 28% recourent aux emprunts alors que 36% bénéficient du secours du service social de la zone sanitaire. Dans le même temps 24% ont foi en eux même et prennent des engagements.

II. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées aux cours de notre étude sont multiples et multiformes et peuvent se résumer comme suit :

- absence d'une base de données pour des statistiques continuellement disponibles et accessibles à temps voulu ;
- réticence de certains responsables à nous fournir les informations nécessaires ;
- seuil de confidentialité de certains documents qu'il ne faut pas franchir ;
- indisponibilité de certains agents à se prêter à nos questions ;
- Inaccessibilité financière à certains ouvrages de spécialité absents dans les bibliothèques ;
- défaut de concentration dû aux temps de stage qui chevauchent avec le déroulement des cours et des compositions;
- les réserves émises par certains usagers en donnant des réponses imprécises ou mitigées.

Section 2 : Diagnostic, approches de solutions et conditions de mise en oeuvre

Paragraphe 1 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

I- Analyse des données et Vérification des hypothèses

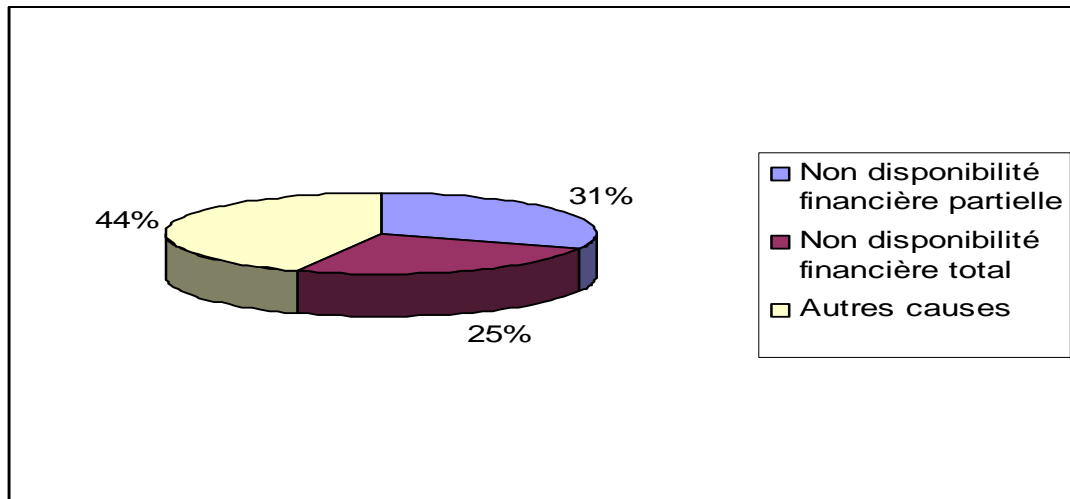
A- Analyse des données

Analyser les données, c'est vérifier les hypothèses et établir le diagnostic afin de disposer d'éléments objectifs de propositions de solutions.

Vu la pertinence de la première question, le second volet de celle-ci se révèle nécessaire. Ainsi, nous avons cherché à savoir ce qui justifie leur choix au cas où ce serait n'importe laquelle des propositions à l'exception de celle de l'hôpital.

L'analyse des données collectées nous permet de réaliser les trois diagrammes ci-après.

Diagramme n°1 : Causes du non-recours à la médecine moderne

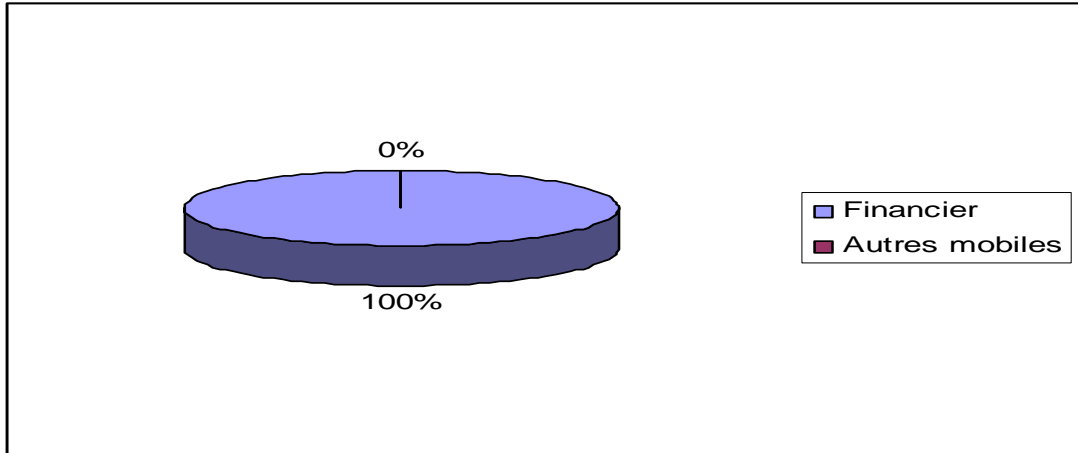


Source : Résultats de nos enquêtes.

Parmi les vingt cinq (25) personnes enquêtées, 16 déclarent n'avoir pas pour premier recours l'hôpital. 31% de ces 16 ont une non disponibilité financière partielle les empêchant de recourir à la médecine moderne ; 25% manquent totalement d'argent au moment où pour 44% les causes sont autres ; par exemple le doute sur la médecine

moderne dans le traitement de toutes les pathologies. Le paradoxe est que 56% de ces enquêtés ne parviennent pas à accéder aux soins de santé en cas de défaillance sanitaire malgré eux. Les raisons avancées sont d'ordre financier, soit partiel ou total.

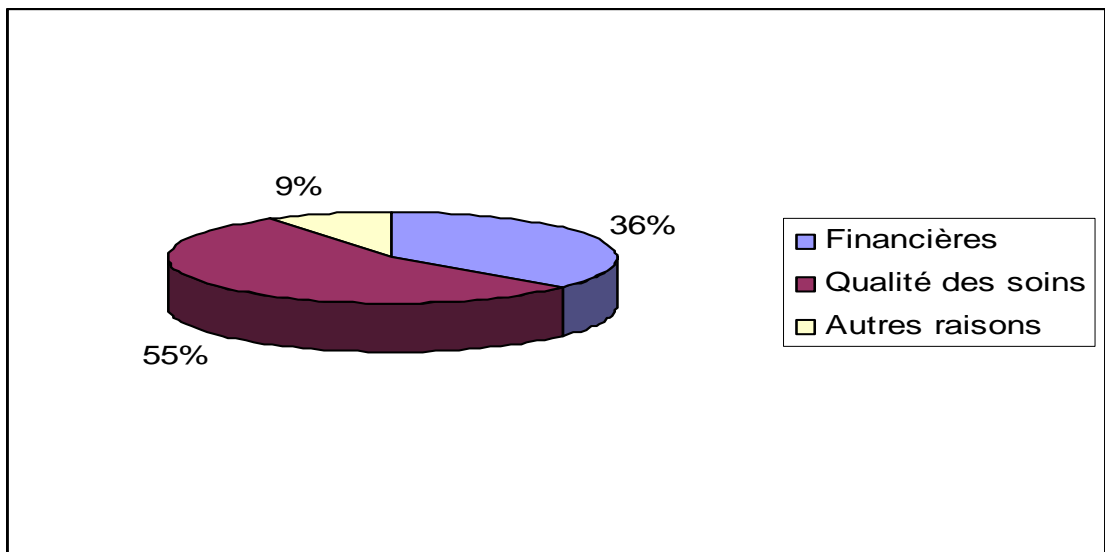
Diagramme n°2 : Mobiles du recours à l'automédication



Source : Résultats de nos enquêtes.

A 100% des cas, les personnes enquêtées qui ont recours à l'automédication évoquent une fois encore le problème financier. Plutôt que d'aller se faire consulter et recevoir des soins adéquats, ils préfèrent s'auto diagnostiquer et s'auto traiter avec des produits, certes inappropriés. Ce comportement explique une fois de plus l'incapacité de certains usagers à payer les soins.

Diagramme n°3: Raisons expliquant le recours aux tradipraticiens



Source : Résultats de nos enquêtes.

Parmi les vingt cinq (25) usagers enquêtés, 11 avaient déclarés que leur premier reflet en cas de défaillance sanitaire est le recours aux tradipraticiens. 36% de ces adeptes de la médecine traditionnelle évoquent des raisons financières ; 55% n'ont pas foi à la qualité des soins en médecine moderne tandis que 09% pensent à d'autres raisons.

Pour ces 36% ils manifestent le désir de se faire soigner par la médecine moderne. Mais les frais de soins souvent élevés, constituent leurs goulots d'étranglement. Ils se voient donc contraints de se faire soigner traditionnellement avec le peu de moyen financier dont ils disposent.

Quant aux 55%, la raison n'est pas financière mais plutôt une absence de croyance en la médecine moderne. C'est dire que ces 55% croient plus à l'efficacité de la médecine traditionnelle. Cette idée bien que rétrograde, dénote une fois encore l'attachement soutenu à nos valeurs culturelles et cultuelles. Cet aspect culturel est d'ailleurs l'avis des 09% pour qui l'Afrique reste et demeure toujours ce qu'elle est en matière de culte. En d'autres termes, les clients de la tradithérapie se disent que la médecine traditionnelle supplante la moderne.

De toutes ces analyses, il convient de retenir que les aspects socioculturel et socio culturel constituent un élément non moins négligeables.

B- Vérification des hypothèses liées aux problèmes en résolution

1- Hypothèse n°1

L'hypothèse n°1 est la suivante : « la difficulté de certains usagers de l'hôpital à payer les soins est due à leur faible pouvoir d'achat ».

L'analyse des données de l'enquête montre que 36% des adeptes jadis de la médecine traditionnelle manifestent le désir de se faire soigner par la médecine moderne. Mais les frais de soins souvent élevés, les dissuadent. Ils se voient alors contraints de se faire soigner traditionnellement avec le peu de moyens dont ils disposent. Ce qui justifie le faible pouvoir d'achat de ces populations ; et par conséquent l'hypothèse.

2- Hypothèse n°2

L'hypothèse n°2 est : « l'indigence des parents d'enfants soignés explique le nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants du Centre ».

56% des enquêtés ne parviennent pas à accéder aux soins de santé en cas de maladie malgré eux ; ceci pour des raisons financières. Soit c'est un manque partiel de moyens financiers, soit c'est un manque total. Parmi ceux-ci, près de la moitié manque totalement de moyens ; ce qui explique l'indigence des parents d'enfants soignés. Par voie de conséquence, vérifie l'hypothèse.

3- Hypothèse n°3

L'hypothèse n°3 se présente comme suit : « la pauvreté des malades bénéficiaires des kits d'urgence est à la base de la rupture et du non renouvellement de leurs stocks ».

Plutôt que d'aller se faire consulter et recevoir des soins adéquats, les malades enquêtés qui recourent à l'automédication dans leur totalité préfèrent s'auto diagnostiquer et s'auto traiter avec des produits, certes inappropriés. Ce comportement dénote de la pauvreté de ces populations. Ce qui vérifie l'hypothèse n°3.

En effet, en sondant les différentes sources du problème, les pesanteurs économiques, sociales, culturelles et culturelles ont été passées en revue. La pauvreté étant un facteur associé au niveau de vie, un élément catalyseur, elle favorise en conséquence la mauvaise santé, avec pour causes :

- les facteurs sociaux ;
- les facteurs culturels
- l'inaccessibilité aux micro-crédits ;
- l'enclavement de certaines localités ;
- le manque de moyen financier et
- la dominance des activités agricoles et surtout de pêche.

Tout ceci fait que le pouvoir d'achat des populations s'affaiblit. Ce qui a pour corollaires l'inaccessibilité financière adéquate aux besoins fondamentaux.

Nous retenons alors que les hypothèses formulées vérifient l'inaccessibilité financière de bon nombre d'utilisateurs aux soins de santé à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava.

D'où, les causes supposées être à la base des problèmes en résolution identifiés sont en définitive les vraies causes et, par voie de conséquences, les hypothèses de recherche sont vérifiées.

Ce qui permet de formuler les éléments de diagnostic dans le paragraphe qui suit.

II- Etablissement du diagnostic

Dans ce sous paragraphe, nous aborderons successivement le contenu du diagnostic (A) et ses limites (B).

A- Contenu du diagnostic

La formulation du diagnostic se limite à la formulation des hypothèses. Les hypothèses de l'étude étant toutes vérifiées, on aura l'élément du diagnostic n°1 (1), l'élément du diagnostic n°2 (2) et l'élément du diagnostic n°3 (3).

1- Eléments du diagnostic n°1

L'élément du diagnostic n°1 se libelle comme suit : « la difficulté de certains usagers de l'hôpital à payer les soins est due à leur faible pouvoir d'achat ».

2- Eléments du diagnostic n°2

L'élément du diagnostic n°2 est formulé de la manière suivante : « l'indigence des parents d'enfants soignés explique le nombre important de mères d'enfants au bâtiment des accompagnants du Centre ».

3- Eléments du diagnostic n°3

L'élément du diagnostic n°3 est le suivant : « la pauvreté des malades bénéficiaires des kits d'urgence est à la base de la rupture et du non renouvellement de leurs stocks ».

B- Les limites du diagnostic

Les limites du diagnostic sont de deux ordres et sont relatives les unes au caractère secondaire des données de l'étude tandis que les autres tiennent à la réticence de certains responsables à nous fournir des informations fiables.

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

I- Approches de solutions

De nos analyses, nous déduisons que nous sommes en face d'une situation très délicate, celle d'une catégorie sociale indigente. Ainsi, les solutions à apporter devront aller dans le même sens. Parmi les solutions possibles, nous avons celles de la gratuité des soins ; la participation communautaire, la souscription aux mutuelles de santé et l'assurance maladie. On passera en revue toutes ces stratégies.

A- La gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans

1- Avantage de la gratuité des soins

La gratuité des soins est une stratégie qui est en application dans bon nombre de pays tels que Cuba (gratuité de tout le système sanitaire), Grande-Bretagne (gratuité de tout le système sanitaire), Ouganda, Gabon et Mali (gratuité de la césarienne).

Comme dans toute expérience, elle a des avantages et des inconvénients. Contrairement aux cas ougandais et anglais que nous signalerons seulement en exemple, le cas cubain fera l'objet d'une étude plus approfondie. Il faut donc noter l'augmentation de la fréquentation des centres de santé même pour des soins qui ne font pas l'objet de paiement, telle que la vaccination. C'est dire donc que le fait de demander que certains soins soient gratuits et d'autres payants dans un même cadre, constitue un obstacle pour les usagers. Ce qui explique la mentalité qu'a la population du financement de la santé. L'annulation des frais de soins contribuerait fortement à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ainsi, elle réduirait considérablement le taux de mortalité infantile. Dans son rapport national de décembre 2005 sur le profil de la pauvreté, l'Observatoire du Changement Social (OCS) constate que pour mille naissances vivantes, en moyenne 146,4 enfants de moins de 5 ans dont 90 de moins d'un an décèdent, avec des disparités au niveau des départements.

Par ailleurs, Cuba est l'un des pays au monde à réussir l'expérience de la gratuité des soins. Tous les médecins sont formés gratuitement et ont pour obligation de servir leur pays. Toutefois, des médecins cubains pour faire exception à cette obligation vont exercer dans d'autres pays. Ils contribuent en retour au fonctionnement et à la pérennisation de leur système sanitaire.

2- Limites

Comme cela a été dit supra, la politique de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans n'est pas sans inconvénients, que cela soit financier ou matériel.

Le cas gabonais nous édifie beaucoup sur la situation. Trois semaines seulement après son lancement, l'opération pilote de gratuité des soins a menacé de submerger le Centre Hospitalier de Libreville (CHL) dont le personnel a de la peine à contenir la ruée des malades. Le nombre des consultations a triplé, voire quintuplé en gynécologie et en pédiatrie. Les médecins y reçoivent chaque jour près de soixante dix (70) cas contre vingt (20) à trente (30) auparavant, et les stocks de médicaments et de fournitures finissent très

rapidement. Pour se faire soigner gratuitement, des patients n'hésitent plus à parcourir de longs trajets.

B- La participation communautaire, la souscription aux mutuelles de santé et l'assurance maladie

1- La participation communautaire

Le Bénin, à travers le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA), est l'initiateur de l'Initiative de Bamako. L'Initiative de Bamako est porteuse de valeurs amenant au développement durable tant des services de santé que de la population en général. Elle est à la base de la systématisation de la vente des médicaments et du recouvrement des recettes en Afrique, en appui à la déclaration d'Alma-Ata concernant les Soins de Santé Primaires (SSP). A travers l'Initiative de Bamako, le sud apporte donc pour la première fois dans le secteur sanitaire une innovation qui a le mérite d'avoir le consentement de toute la planète.

L'analyse des objectifs de l'Initiative de Bamako révèle l'insuffisance de l'expérience dans la plupart des pays.

Ces objectifs sont les suivants :

- la mobilisation des ressources pour les services de santé ;
- l'efficacité des soins ;
- l'équité ;
- la décentralisation et la durabilité du système sanitaire ;
- le développement du secteur privé en matière de soins ;
- la responsabilité et la participation des communautés ;
- la qualité des soins ;

Par ailleurs, l'échec de l'expérience est dû à sa mauvaise mise en œuvre. Ce qui se traduit comme suit :

- l'insignifiance des ressources issues des formations sanitaires par rapport à celles escomptées ;
- la non fréquentation des Formations Sanitaires par les indigents et la classe moyenne, due à l'institution du paiement des soins ;
- le faible niveau de la participation communautaire par rapport à celui envisagé.

Une étude plus approfondie des objectifs de l'Initiative de Bamako nous amène à dire qu'elle n'a jamais été appliquée ; exception faite des points concernant la cession des médicaments essentiels et le recouvrement des coûts par les Formations Sanitaires.

2- Les mutuelles de santé et l'assurance maladie

En dehors de la participation communautaire qui a été mal mis en œuvre, il est important qu'on mette un accent particulier sur le volet du prépaiement des soins qui devrait être systématique. Il s'agit d'un système qui amènera toute la population suivant ses moyens à souscrire à une mutuelle de santé. Ce qui fera jouir à chacun des mutualistes, en cas de maladie, des prestations pour lesquelles il aurait prépayé. Les mutuelles de santé permettent d'assurer le minimum de protection sanitaire aux adhérents en se fondant sur le principe d'entraide et de solidarité.

L'assurance maladie quant à elle, est perçue comme une forme de couverture basée sur le partage des risques entre les divers groupes sociaux. Nous partageons entièrement les points de vue de monsieur TCHIBOZO Hugues sur la question. Dans son mémoire de fin de formation à l'Institut d'Economie et de Management de la Santé de l'Université de Lausanne en 2003, il proposait le recours à l'assurance maladie universelle comme mode de financement du système de santé. Cette étude présente d'ailleurs les modalités d'organisation de cette forme de couverture sanitaire.

De toutes les options envisagées, la gratuité des soins de santé, compte tenu de ces limites ne peut qu'être une option transitoire vers des systèmes de protection sociale plus fiables. Elle se dégage donc comme la solution transitoire au problème de l'inaccessibilité financière aux soins de santé conduisant aux mutuelles de santé et à l'assurance maladie pour le long terme.

Les conditions de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins constitueront le menu du prochain sous paragraphe.

II- Conditions de mise en œuvre de la gratuité des soins et recommandations

A- Conditions de mise en œuvre

1- Difficultés potentielles de mise en œuvre

Ne dit-on pas souvent que lorsqu'un mal est diagnostiqué, il est à moitié guérit. Ainsi les difficultés potentielles susceptibles d'entraver la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans peuvent être énumérées comme suit :

- insuffisance des ressources humaines ;
- insuffisance des ressources matérielles ;
- inadéquation du système organisationnel de la pharmacie ;
- inadéquation du système de cession des produits médicaux ;
- difficultés dans la détermination du coût annuel des soins ;
- définition du mode de gestion des crédits ; et
- prise de certaines décisions capitales.

2- Faisabilité

Puisque les difficultés potentielles à la mise en œuvre de cette stratégie sont identifiées, sa faisabilité ne doit plus poser de problème à priori. La faisabilité sera la résolution des différentes difficultés identifiées.

Pour l'estimation approximative du coût annuel, il faut répertorier les différentes pathologies qui menacent souvent cette couche, quantifier les cas par pathologie, identifier tous les intrants qui concourent à son traitement puis leur appliquer les différents tarifs afin d'aboutir au coût. Après tout ceci, on constate que ce coût à l'heure actuelle ne peut être finalisé à cause d'un certain nombre de décisions que doivent prendre les gouvernants. Par exemple décider que les femmes enceintes soient aussi prises en charge. Cela est d'autant plus nécessaire si nous savons que la survie du fœtus en dépend.

En dehors du cas des femmes gestantes pour lequel le Chef de l'Etat a déjà donné son accord, nous avons aussi le cas des produits dont les prix sont susceptibles de variation tels que les poches de sang.

Dès que le coût annuel est finalisé, il faut :

- une réorganisation de la pharmacie et de son système de fourniture des produits. Il faut donc procéder à un recrutement de personnel. Ce personnel se chargera de recenser chaque fois dans les salles de soins, les prescriptions médicales et les faire servir par la pharmacie ;
- à la fin de la prise en charge, les factures et ordonnances doivent être adressées au tiers payant à qui le gouvernement aurait alloué des crédits qui se chargera du règlement ; et
- à l'épuisement des crédits, ce tiers payant doit faire le point au gouvernement pour son renouvellement.

B- Recommandations

1- A l'endroit de l'Etat

- Amener les systèmes sanitaires à opérationnaliser l'Initiative de Bamako ;
- Rendre plus perspicace la décentralisation du secteur sanitaire et instaurer un système de préfinancement efficace des soins ;
- Œuvrer pour une approche participative bien ficelée ;
- Créer des conditions favorables à l'accès aux micro-crédits (prêts à taux 0) pour permettre le développement des activités génératrices de revenus pour les populations ;
- Développer des politiques et stratégies sociales plus appropriées pour la prise en charge sanitaire des indigents ;
- Finaliser au niveau national l'étude de faisabilité de la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de cinq ans ;
- Prendre des mesures d'accompagnement par rapport au décret qui instituera cette stratégie ;
- Accorder des facilités de prise en charge aux formations sanitaires pour l'approvisionnement en médicaments, consommables médicaux, matériels et équipements adéquats pour la prise en charge des patients ;
- Augmenter le niveau des fonds mis à la disposition des formations sanitaires pour les prises en charge ; et
- Encourager la signature de conventions par les formations sanitaires et les organisations ou mutuelles de santé dans la prise en charge de certaines pathologies.

2- A l'endroit de l'Hôpital

- Mettre en place sans délai un système de contrôle interne;
- Renouer avec une participation communautaire bien appliquée cette fois-ci ;
- Promouvoir la création de mutuelles de santé pour l'accessibilité financière aux soins de santé des usagers ;

CONCLUSION GENERALE

Comme le souhaite l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ratifié par le Bénin depuis 2001, la solution au problème de l'inaccessibilité aux soins de santé se trouve dans la réforme du système de santé.

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Les dépenses de santé si elles sont adéquates, ne constituent pas des dépenses « à perte » pour l'Hôpital mais peuvent être considérées comme un véritable investissement financier. Abordée cette question de financement des soins de santé autrement et dans l'état actuel de notre système de santé, serait certainement la meilleure manière d'étouffer les finances de l'Etat en leurs faisant supporter ce coût à long terme.

Le Bénin est un pays souverain donc en droit de jouer sur sa politique extérieure comme il l'entend. De ce point de vue, il peut recourir à des partenaires au développement pour accompagner ses actions tout en préservant sa dignité. Le problème ne doit pas être vu sous cet angle. Est-ce en ce basant sur l'aide extérieure que nous devons mettre en place des politiques de développement de nos pays ? Aucun pays dit développé n'a jamais adopté une telle politique.

L'échec de l'expérience est constaté dans plusieurs pays, ce qui fait qu'on le généralise. Les cas du Burundi, du Ghana et autres qui expérimentent cette stratégie posent déjà un nombre important de problèmes qui rendent compte de la non durabilité de la politique de la gratuité des soins.

Par ailleurs, l'échec ne sera à coup sûr pas au rendez-vous cette fois-ci ou au moins en ce qui concerne la politique de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans si les recommandations susmentionnées et l'approche de faisabilité sont prises en compte. Son échec ne sera purement et simplement dû qu'à l'inadéquation des moyens mis en œuvre pour l'atteinte des objectifs. Le Chef de l'Etat en optant pour la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de cinq ans a prévu les moyens de sa politique.

L'intention est louable mais sa mise en œuvre laisse perplexe ; car la procédure de gestion des factures de prise en charge des fonctionnaires de l'Etat et celle du Fonds National des Indigents n'est pas reluisante.

Le pouvoir d'achat de nos populations est en général faible. La plupart des patients sont dans des conditions socio-économiques précaires. La solidarité envers son prochain a

toujours été une valeur dans nos sociétés surtout face à un problème de santé. Mais le revenu des populations est tel que cette solidarité a besoin d'être renforcée par l'Etat qui est le premier responsable de la santé de ces populations.

Certes la politique de la gratuité des soins aux enfants de zéro à cinq ans est une stratégie qui permettra aux couches défavorisées d'accéder aux soins en cas de besoins.

Mais la meilleure solution pour garantir réellement la santé à tous les citoyens n'est-elle pas d'envisager pour le long terme des protections sociales plus pérennes, face à la durabilité de cette expérience qui laisse perplexe sur sa fiabilité et qui demeure la clé de voûte qui inquiète ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I- Ouvrages :

1. BERESNIAK, A. et DURU, G. « *Economie de la santé* », 5^{ème} édition ; édition MASSON ; ISBN : 2-2994-004 55-8 ;
2. CARRIN, G. et ELVO, K. (1992) « *une méthodologie pour le calcul des soins de santé et leur recouvrement* » OMS, Genève;
3. COMET, P. et PIGANIOL, R. « *Hôpital Public* », éditions Berger Levrault ;
4. CREESE, A. et PARKER, D. (1995) « *Analyse des coûts, dans les programmes de santé primaires* » ; OMS, Genève;
5. GAUTHIER, P. et al (1981) « *l'analyse des coûts à l'hôpital* », éditions Dunod, Paris,
6. LECLLET, H. et VILCOT, C. (2000) « *Construire le système qualité d'un établissement de santé* » ; éditions AFNOR; ISBN : 2-12-419312-0 ;
7. LEVY, E. et al (1977) « *Introduction à la gestion hospitalière* » ; édition BORDAS, Paris, ISBN : 2-04-003070-0 ;
8. MONNIER, J. et al « *Santé Publique : santé de la communauté* » ; édition Simep, Paris ;
9. SONRIER, A. (1974) « *Gestion et Finances hospitalières* » 8^{ème} éditions BERGER-Levrault ; 75006 Paris, ISBN : 2-7013-0026-6 ;

II- Mémoires :

10. ABOUDOU M. Z. (2001) « **Le financement des centres de santé dans la mise en œuvre du processus de décentralisation au Bénin .Etude de cas : Hôpital de zone de Bassila** », ENA- Cycle I-AHUI;
11. AGBANOU, I. S. F. (2004) « **Contribution à l'amélioration des recettes hospitalier au CNHU-HKM : cas du SMAU** » ; ENAM-Cycle I-AHUI ;
12. DEGBOGBAHOUN M. H. (1986) « **La gestion des Soins de Santé Primaires en République Populaire du Bénin** » ; ENAM – Cycle II-AHUI ;

13. GNAMBODENON, J. (2006) « **Financement des dépenses de santé à l'Hôpital de zone d'Abomey-Calavi Sô-Ava** », ENAM-Cycle I-AHUI ;
14. OKE E, N. (2003) « **Analyse des coûts dans les hôpitaux privés professionnels : cas de l'Hôpital de Saint Luc (HSL) de Cotonou** » ; ENA ;
15. SISSOKO, M. (2006) « **Etude des facteurs déterminant le coût de la césarienne à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou en 2006** ».
16. TCHIBOZO, B.M.H. (2003) « **L'assurance maladie universelle dans les pays en développement à faible revenu : Réflexion sur la faisabilité et les difficultés potentielles de mise en œuvre en République du Bénin** » ; Université de Lausanne ;
17. ZINSOU, M. K. (2006) « **Etude de la gestion financière à l'Hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava : Perspectives d'Amélioration** » ; ENAM-Cycle I-AHUI3.

III- Autres documents :

18. AREMOU, R. (2007) « **Coût et Finance des Sciences de l'Education et de la santé** » AHUI 2- Cycle II ;
19. Arrêté n° 2005-10196/MSP/DC/SGMT/CTJ/DDZS/SA du 19 Août 2005 portant attributions composition, organisation et fonctionnement du comité de santé de la zone sanitaire (CS/ZS).
20. Arrêté n° 2225/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 Mars 2000 portant création de la Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava
21. Banques communautaires pour les populations rurales à faibles revenus ; CREDESA-INFO ; 1995 ;
22. Constitution béninoise du 11-12-90 ;
23. Décret n° 2002-0113 du 12 Mars 2002 portant statut des hôpitaux de Zone ;
24. Décret n° 98 300 du 20 Juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en zone sanitaire

25. Décret n° 89-354 du 18 septembre 1989 portant modalités de fixation des prix des consultations des actes médicaux et journées d'hospitalisation dans les formations sanitaires publiques.
26. Economie hospitalière et financière des hôpitaux dans les pays en développement, Genève Suisse, OMS ; 1992.
27. GNANSOUNOU, S. (2004 ; 2007) « **Méthodologie de Rédaction du Mémoire Professionnel** » ;
28. GNANVO E. (2003-2007) « **Droit de la Santé** » Cycle I Cycle II ;
29. *L'Autre Quotidien* n° 646 du 13/03/07 ;
30. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement au Bénin : résultat et progrès 2000 à 2005 ;
31. MOUSSOU, M. (2004) « **Organisation Administrative et Technique des hôpitaux** »; AHUI3-Cycle I
32. OMYALE, P. (2004) « **Finance et comptabilité de l'hôpital** », AHUI3-Cycle I
33. Rapport mensuel de synthèse des services hospitaliers (Pédiatrie 2006) ;
34. Rapport mensuel de synthèse des services hospitaliers (Pédiatrie 2005) ;
35. Tarifs pratiqués à l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava ;
36. TCHIBOZO, H. (2007) « **Management Stratégique** » AHUI2-Cycle II ; AHUI 3-Cycle I et AHUI 2-Cycle II
37. www.google.fr,

ANNEXE

FICHE D'ENQUÊTE

I – A l'endroit des usagers

1 – Quels sont vos 1^{ers} recours en cas de maladie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a- Hôpital | <input type="checkbox"/> b- Automédication |
| <input type="checkbox"/> c- Oracle | <input type="checkbox"/> d- Tradithérapeutes |

* Dites pourquoi, au cas où la réponse serait les lettres b, c ou d.

2- Honorez-vous les ordonnances médicales ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a- Toujours | <input type="checkbox"/> b- Souvent |
| <input type="checkbox"/> c- Parfois | <input type="checkbox"/> d- Jamais |

3- Parvenez-vous à honorer vos frais d'hospitalisation ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a- Toujours | <input type="checkbox"/> b- Souvent |
| <input type="checkbox"/> c- Parfois | <input type="checkbox"/> d- Jamais |

4- Comment appréciez-vous les ordonnances qu'on vous prescrit ?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a- Raisonnable | <input type="checkbox"/> b- Exagérées |
|---|---------------------------------------|

5- Les médicaments sont-ils toujours disponibles ?

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a- Toujours | <input type="checkbox"/> b- Parfois | <input type="checkbox"/> c- Jamais |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

6- Quelle attitude adoptez-vous quand vous ne parvenez pas à supporter le coût des prestations dont vous bénéficiez ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a- Engagement | <input type="checkbox"/> b- Service social |
| <input type="checkbox"/> c- Abandon des soins | <input type="checkbox"/> d- Emprunt |

7- Comment appréciez-vous les tarifs de l'hôpital ?

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a- Acceptable | <input type="checkbox"/> b- Peu intéressant | <input type="checkbox"/> c- Elevé |
|--|---|-----------------------------------|

II – A l'endroit des autorités de l'hôpital

8- Les tarifs suivent-ils l'évolution des charges du service ?

a- Oui b- Non

* Préconisez-vous d'autres solutions ?

a- Majorer b- Réduire c- Maintenir

9- Les usagers s'acquittent-ils aisément de leurs dettes ?

a- Oui b- Non

* Sinon, qu'est-ce qui peut justifier cela ?

10- Comment appréciez-vous le niveau des recettes du service de pédiatrie ?

a- Suffisant b- Insuffisant

* Quelles justification donnez-vous à cela ?

11- Que faire selon vous pour améliorer le niveau de ces recettes ?

12- Comment trouvez-vous l'expérience du don des kits d'urgence à l'hôpital ?

a- Bonne b- Peu concluante c- Mauvaise

* Etes-vous prêt à reprendre les mêmes expériences dans d'autres cas ?

13- Quelles appréciations faites-vous de la procédure de gestion des factures de prise en charge par l'Etat ?

* Etes-vous prêt à reprendre les mêmes expériences dans d'autres cas ?

14- Quelles sont les affections qui sont fréquemment rencontrées dans votre service ?

15- Combien de cas de paludisme simple recevez-vous par semaine ?

* Cela est-il linéaire chaque année ou périodique.

* Si elle est périodique, quelle est la période dans l'année ? C'est à quelle périodicité ?

16- Quel est le séjour moyen pour un tel patient dans le service pour qu'il soit bien traité ?

18- Combien de cas de paludismes déclarés en moyenne font l'objet d'une hospitalisation au cours d'une année?

19- Quels médicaments prescrivez-vous souvent ?

III – Guide d'entretien à l'endroit des acteurs de la santé extérieurs à l'Hôpital.

20- Comment appréciez-vous le système de financement du secteur sanitaire béninois ?

21- Que pensez-vous de ce système par rapport à ceux des autres pays ?

22- Quels sont les points forts qu'on peut emprunter.

23- Quels sont les points faibles de notre systèmes qu'on doit corriger ?

24- Que pensez-vous du financement communautaire ?

25- Quel est votre avis sur la politique de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans ?

26- Que préconisez-vous au gouvernement pour sa faisabilité ?

27- Pensez-vous que cette politique soit la solution idoine au financement de la santé ?

28- Quel est votre point de vue sur le pré-paiement des soins ?

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DU JURY	i
DEDICACES	iii
REMERCIEMENT	iv
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	v
RESUMES	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE PREMIER : CADRE THEORIQUE, STRUCTUREL ET VISION GLOBALE DE L'ETUDE	5
Section 1 : Cadre de l'étude et restitution des mécanismes de fonctionnement de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava	6
Paragraphe1 : Cadre de l'étude	6
I- Structure organisationnelle de l'Hôpital	6
<i>A- Genèse et mission de l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava</i>	6
<i>B- Structure organisationnelle</i>	7
1. Organisation administrative	7
a. Le Conseil de Gestion	7
b. La direction	8
c. Le Comité de Direction	8
d. La Commission Médicale Consultative	8
e- La Commission d'Hygiène et de Sécurité	9
2- Organisation technique	9
a. Le Service des Affaires Administratives et Economiques	9
b. Le Service des Affaires Financières	9
c. Les Services Médicaux et Techniques	10
II- Les ressources de l'Hôpital	10
<i>A- Les ressources humaines</i>	10
<i>B- Les ressources matérielles et financières</i>	11
Paragraphe 2 : Restitution du mécanisme de fonctionnement des services et du paiement des soins	12
I- Procédure d'élaboration et d'exécution du budget	12
<i>A- Elaboration du budget</i>	12
1- Le volet dépenses	12
2- Le volet recettes	13
3- Présentation	13
<i>B- Exécution du budget</i>	13
1- Exécution des recettes	13
a- Le recouvrement interne	14
b- Le recouvrement externe	14

2- Exécution des dépenses	15
II- Procédure de prise en charge des malades et	
évolution des coûts de la pédiatrie	16
A- <i>Prise en charge des malades</i>	16
B- <i>Evolution du coût de la pédiatrie</i>	17
1- Présentation	17
2- Commentaire	20

Section 2 : Du ciblage de la problématique à la méthodologie de travail21

Paragraphe 1 : Du ciblage de la problématique à la vision globale de sa	
résolution.....	21
I- Ciblage de la problématique et formulation du sujet	21
A- <i>Inventaire des éléments de l'état des lieux de base</i>	21
1- Inventaire des atouts : forces et opportunités	21
2- Inventaire des problèmes : faiblesses et menaces	21
B- <i>Formulation de la problématique</i>	22
II- Spécification et vision globale de résolution de la	
problématique choisie	23
A- <i>Spécification de la problématique</i>	23
1- Problème général	23
2- Problèmes spécifiques	23
B- <i>Vision globale de l'étude</i>	23

Paragraphe 2 : Objectifs de l'étude et méthodologie adoptée	24
I- Objectifs, hypothèses et revue de littérature	24
A- <i>Objectifs, hypothèses et Tableau de Bord de l'Etude</i>	24
1- Objectifs et hypothèses	24
a- Objectifs de l'étude	24
b- Formulation des hypothèses	24
2- Synthèse des préoccupations et Tableau de Bord de l'Etude	26
a. Synthèse des préoccupations	26
b. Tableau de Bord de l'Etude	28
B- <i>Revue de la littérature</i>	29
II- Méthodologie de travail liée à la résolution de la	
problématique	30
A- <i>Approches théoriques retenues</i>	30
1- Normes ou repères d'amélioration de la problématique	30
2- Outils d'analyse des données	31
B- <i>Approches empiriques</i>	31
1- Méthodes de collecte des données	31
2- Outils de présentation des données	32

CHAPITRE DEUXIEME : DE LA PREPARATION DE L'ENQUÊTE AUX APPROCHES DE SOLUTIONS 33

Section 1 : De la préparation de l'enquête à la présentation des données34

Paragraphe 1 : Préparation et réalisation de l'enquête.....	34
I- Préparation de l'enquête	34
A- <i>Analyse de la question de départ</i>	34
B- <i>Où aller et que chercher ?</i>	34

1. Où aller ?	34
2. Que chercher ?	35
<i>C. Types et techniques de recherche</i>	35
II- Réalisation de l'enquête	35
Paragraphe 2 : Présentation des données et difficultés rencontrées	35
I- Présentation des données	35
II. Difficultés rencontrées	37
Section 2 : Diagnostic, approches de solutions et conditions de mise en oeuvre	38
Paragraphe 1 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	38
.....	38
I- Analyse des données et Vérification des hypothèses	38
<i>A- Analyse des données</i>	38
<i>B- Vérification des hypothèses liées aux problèmes en résolution</i>	40
1- Hypothèse n°1	40
2- Hypothèse n°2	40
3- Hypothèse n°3	41
II- Etablissement du diagnostic	42
<i>A- Contenu du diagnostic</i>	42
1- Eléments du diagnostic n°1	42
2- Eléments du diagnostic n°2	42
3- Eléments du diagnostic n°3	42
<i>B- Les limites du diagnostic</i>	42
Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de mise en oeuvre....	42
I- Approches de solutions	42
<i>A- La gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans</i>	43
1- Avantage de la gratuité des soins	43
2- Limites	43
<i>B- La participation communautaire, la souscription aux mutuelles de santé et l'assurance maladie</i>	44
1- La participation communautaire	44
2- Les mutuelles de santé et l'assurance maladie	45
II- Conditions de mise en œuvre de la gratuité des soins et recommandations	46
<i>A- Conditions de mise en oeuvre</i>	46
1- Difficultés potentielles de mise en oeuvre	46
2- Faisabilité	46
<i>B- Recommandations</i>	47
1- A l'endroit de l'Etat	47
2- A l'endroit de l'Hôpital	48
CONCLUSION GENERALE	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
TABLE DES MATIERES	61