



REPUBLIQUE DU BENIN

ገጽ ፩

VICE-PRIMATURE CHARGÉE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ገጽ ፪

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

ገጽ ፫

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

ገጽ ፬



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

Option :

Administration des Finances

Filière :

**Administration des Finances et du
Trésor**

ANNEE ACADEMIQUE : 2014-2015

**PROBLEMATIQUE DE LA GESTION EFFICIENTE DES EVACUATIONS
SANITAIRES DES INDIGENTS PAR LE MINISTERE DE LA SANTE DU
BENIN**

Réalisé et soutenu par

S. Steve Elvis DEGUENON

Sous la supervision de :

MAITRE DE STAGE

Yves ALECHOU

Agent DRFM,

Chargé des évacuations sanitaires

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Simon C. GNANSOUNOU

**Professeur Assistant autonome hors
classe en Monnaie-Finance-Banque**

DECEMBRE 2015

JURY D'EVALUATION DU MEMOIRE, LE.....

PRESIDENT : da CRUZ Placide

VICE- PRESIDENT : HOUEHA Alexis

MEMBRE : AGADAME Jean

DECLARATION D'ENGAGEMENT

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

DEDICACE



- ✚ papa et maman, Denis et Célestine DEGUENON, pour votre soutien indéfectible ;
- ✚ notre fille et sa mère, Houéfa DEGUENON et Carmélia KAKPO, pour votre présence dans notre vie ;
- ✚ notre frère Bignon et nos sœurs Sarah et Farelle, pour votre affection sans cesse renouvelée.

REMERCIEMENTS

Notre profonde gratitude en direction de toutes ces personnes qui ont bien voulu nous tendre une main secourable tout au long de la belle aventure qui aboutit à la rédaction de ce mémoire. Nous n'oublions personne et tant de noms sont gravés en lettre d'or dans notre cœur. Mais qu'il nous soit permis d'adresser un spécial merci à :

- monsieur le professeur Simon C. GNANSOUNOU, notre directeur de mémoire qui, malgré ses nombreuses occupations, n'a ménagé aucun effort pour suivre ce mémoire ;
- monsieur Yves ALECHOU, qui a bien voulu nous orienter dans ce travail, avec spontanéité ;
- messieurs Kadmiel FAGBOHOUN et Julien DENAGBE, pour leurs appuis et leurs conseils éclairés ;
- monsieur Nicaise MEDE, Directeur de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) et au personnel administratif et technique, pour la qualité de l'enseignement reçu et les riches expériences acquises ;
- nos camarades et amis de cours, pour tous ces moments passés ensemble, les moments de joie, de collaboration et d'entraide, mais aussi ceux de tristesse, de querelles et de disputes : chacun d'eux a son importance.

A tous ceux dont les noms ne sont pas portés sur cette page et qui ne sont pas moins présents dans notre cœur, nous présentons nos sincères remerciements pour leur sens de sociabilité et d'amitié.

LISTE DES SIGLES

BGE	: Budget Général de l'Etat
CDMT	: Cadre de dépense à moyen terme
CS	: Constat significatif
DCF	: Délégué du Contrôleur Financier
DDS	: Directions Départementales de la Santé
DRFM	: Direction des Ressources Financières et du Matériel
F CFA	: Franc des Colonies Françaises d'Afrique
MS	: Ministère de la Santé
OG	: Objectif général
OGD	: Objectif général de développement
OGR	: Objectif général de recherche
OP	: Ordre de paiement
OS	: Objectif spécifique
OSD	: Objectif spécifique de développement
OSR	: Objectif spécifique de recherche
PAR	: Problème à résoudre
PG	: Problème général
PS	: Problème spécifique
PT	: Perspective théorique
PTF	: Partenaire technique et financier
SBC	: Service du Budget et de la Comptabilité
SIGFiP	: Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
TBE	: Tableau de Bord de l'Etude
TSE	: Tableau de Synthèse de l'Etude
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

LISTE DES TABLEAUX

N°	TITRES	PAGES
TABLEAU N°1	Problèmes à résoudre Possibles	16
TABLEAU N°2	Tableau de Bord de l'Etude	32
TABLEAU N°3	Décisions possibles de vérification des hypothèses causales	43
TABLEAU N°4	Tableau de Synthèse de l'Etude	57
TABLEAU N°5	Récapitulatif des évacuations sanitaires des indigents effectuées de 2010 à 2014	70
TABLEAU N°6	Bref aperçu des dossiers des évacuations sanitaires reçus de 2011 à 2013	70
TABLEAU N°7	Evolution des dépenses relatives aux évacuations sanitaires des indigents de 2010 à 2014	71
TABLEAU N°8	Présentation de la problématique choisie	79
TABLEAU N°9	Causes explicatives du problème spécifique n°1	80
TABLEAU N°10	Causes explicatives du problème spécifique n°2	80
TABLEAU N°11	Causes explicatives du problème spécifique n°3	80

LISTE DES FIGURES

N°	TITRES	PAGES
FIGURE N°1	Causes du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE	46
FIGURE N°2	Causes du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil	47
FIGURE N°3	Causes de la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires	49

GLOSSAIRE

Décision de mandatement : décision prise par le ministre en charge de l'économie et des finances en fin d'exécution budgétaire et qui présente une liste des ordres de paiement (OP) émis au cours de l'année ainsi que leurs montants respectifs. Cette décision est utilisée pour régulariser les OP émis dans le cadre des évacuations sanitaires à l'étranger.

Devis médical : il constitue une estimation des dépenses relatives à la prise en charge d'un patient souffrant d'une pathologie constatée par un diagnostic médical.

Evacuation sanitaire : c'est un processus par lequel un patient est admis dans un hôpital étranger, y est suivi et traité par un spécialiste dans les conditions de soins appropriées parce que son état pathologique ne permet pas sa prise en charge au Bénin, soit en raison du manque de matériel adéquat et/ou de spécialistes dans le domaine.

Frais d'hospitalisation et de soins : ce sont des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil au titre du règlement des frais de consultation et de soins des malades évacués.

Frais de séjour : ce sont des indemnités allouées par l'Etat aux évacués sanitaires qui doivent suivre des soins à titre externe.

Hôpital d'accueil : hôpital dans lequel le malade béninois suit les soins à l'étranger.

Ordre de paiement : il s'agit d'un titre de dépenses utilisé dans le cadre de la procédure exceptionnelle d'exécution des dépenses publiques.

Pathologie : étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes. Elle constitue des manifestations d'une maladie, des effets morbides qu'elle entraîne.

Régularisation : elle consiste à justifier les avances de fonds publics reçus sur la base des pièces justificatives des dépenses effectuées.

RESUME

Pour exécuter les dépenses publiques, les acteurs budgétaires disposent de deux procédures : la procédure normale et la procédure exceptionnelle qui est utilisée dans le cadre de certaines dépenses qui requièrent célérité, à l'instar des évacuations sanitaires. Mais, au cours de notre stage pratique effectué à la DRFM du Ministère de la Santé du Bénin, nous avons constaté des insuffisances dans la mise en œuvre de cette procédure dite de paiement sans ordonnancement préalable, dans le cadre des évacuations sanitaires. Ces constats nous ont conduit à mener nos réflexions sur **la problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.**

Au terme de la spécification du problème à résoudre (PAR) de notre étude basé sur le problème général de gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé, les trois problèmes spécifiques ci-après ont été pris en compte :

- le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (**PS1**) ;
- le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (**PS2**) ;
- la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires (**PS3**).

La théorie générale retenue pour la résolution du PAR de notre étude est basée sur la gestion efficiente des dépenses budgétaires. Un diagnostic a ainsi été établi, prenant en compte les causes réelles qui sont à la base des problèmes identifiés. Partant de ce diagnostic, nous avons suggéré des solutions pour l'éradication des différentes causes.

En somme, il faut réduire les évacuations sanitaires en priorisant les malades qui ont de véritables chances de guérison et tout mettre en œuvre pour éviter les dépassements de crédits en matière d'évacuation sanitaire, quel qu'en soit le motif. Ensuite, il faudra confier expressément aux ambassades béninoises, le contrôle des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil ainsi que la récupération des factures. Enfin, il faudra créer une section «régularisation des ordres de paiement» au niveau de la DRFM, chargée de la réception des factures et du traitement des dossiers de régularisation des dépenses d'évacuation sanitaire.

Mots clés : efficience, gestion, performance, satisfaction.

SOMMAIRE

Introduction

Chapitre I : Cadre contextuel de l'étude, observations de stage et choix de la problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé

Section 1 : Cadre général de réalisation de l'étude au Ministère de la Santé et observations de stage à la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM)

Section 2 : Choix de la problématique de l'étude

Chapitre II : Choix et mise en œuvre du cadre théorique et méthodologique de l'étude pour une gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.

Section1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Section 2 : Mise en application de la méthodologie choisie et approches de solutions

Conclusion

Références bibliographiques

Annexes

Table des matières

Introduction

Le droit à la santé est un acquis fondamental de tout être humain. La constitution béninoise du 11 décembre 1990 le stipule si bien en son article 8 : « l'Etat...assure à ses citoyens l'égal accès à la santé... ». Cette disposition se trouve confortée à l'article 16 de la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples qui dispose en son alinéa 2 que « les Etats parties à la présente charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leur population et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ». Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique globale de développement, la souscription du Bénin à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement traduit la volonté de notre pays à faire de la santé, l'un des leviers importants du développement économique et social à travers trois des huit Objectifs.

Le suivi de la santé des populations est donc une mission essentielle pour l'Etat, au même titre que la sécurité et l'éducation. Mais le système de santé du Bénin connaît des dysfonctionnements qui conduisent au tableau peu reluisant de la situation actuelle, laquelle est caractérisée par :

- une espérance de vie moyenne de 55 ans ;
- un ratio de morbidité et de mortalité maternelles et un taux de morbidité et de mortalité infantiles élevés ;
- une prévalence élevée du VIH/SIDA avec des taux de létalité anormalement élevés.

Cette situation s'explique notamment par le manque sur le territoire béninois, de compétences médicales nécessaires ainsi que d'infrastructures adéquates pour prendre efficacement en charge les pathologies graves. L'Etat se trouve alors dans l'obligation d'évacuer ses citoyens vers des hôpitaux étrangers, bien plus équipés et plus performants, lorsque l'état de santé de ces derniers l'exige. Les évacuations sanitaires constituent ainsi une stratégie mise en œuvre par l'Etat béninois à l'égard des pathologies compliquées dont le coût n'est pas supportable par les citoyens malades.

Cette prise en charge par le Budget Général de l'Etat des frais liés à une évacuation sanitaire est accordée aux indigents au même titre qu'aux agents permanents de l'Etat civils et militaires en activité ou admis à la retraite, aux agents contractuels de l'Etat et aux personnalités de l'Etat non agents permanents. Mais ces évacuations sanitaires s'accroissent d'année en année et constituent d'énormes charges financières pour le Budget National. Et le fait d'effectuer cette catégorie de dépense par la procédure d'avance de trésorerie en rend la reddition plus compliquée. Pourtant, utiliser la procédure exceptionnelle pour payer les dépenses liées aux évacuations sanitaires ne dispense pas les agents chargés de l'exécution du budget de suivre l'utilisation des fonds, de récupérer les fonds transférés et non utilisés et d'assurer une régularisation effective des dépenses ainsi faites.

C'est face à ces divers constats significatifs que nous avons décidé de réfléchir sur la gestion financière des évacuations sanitaires, ceci en vue de contribuer, par notre étude, à appeler l'attention des autorités publiques sur la nécessité de mieux s'impliquer dans ladite gestion ; les fonds publics devant être gérés avec parcimonie. Partant, nous avons choisi d'orienter notre étude sur le thème : « **Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé du Bénin** ».

Cette étude s'est articulée autour de deux chapitres.

Le chapitre 1 a été consacré au cadre contextuel, aux observations de stage, à la détermination et au ciblage de la problématique de l'étude. Le chapitre 2 quant à lui, a présenté le cadre théorique et méthodologique de l'étude, les résultats d'enquêtes, les approches de solutions aux problèmes identifiés et les conditions de leur mise en œuvre.

CHAPITRE I: Cadre contextuel de l'étude, observations de stage et choix de la problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé

Ce chapitre présente le cadre contextuel de l'étude et les observations de stage au Ministère de la Santé, puis le choix du problème à résoudre (PAR) et finit par la perspective théorique de réflexion y relative et la formulation de la problématique de l'étude.

SECTION 1 : Cadre général de réalisation de l'étude au Ministère de la Santé et observations de stage à la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM)

PARAGRAPHE 1 : Cadre général de réalisation de l'étude au Ministère de la Santé

Dans le cadre général de réalisation de l'étude au Ministère de la Santé, nous avons présenté la Direction des Ressources Financières et du Matériel (cadre institutionnel de l'étude), le Service du Budget et de la Comptabilité (cadre physique) et le cadre environnemental composé du microenvironnement et du macro-environnement liés à la DRFM.

I- Cadre institutionnel de l'étude : la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) du Ministère de la Santé

Le cadre institutionnel de l'étude a été présenté à travers les missions, l'organisation et le fonctionnement général de la Direction des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé.

A- Missions de la DRFM du Ministère de la Santé

La Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) du Ministère de la

Santé¹ est une structure d'appui chargée d'accompagner le Ministère en lui assurant les ressources financières et matérielles adéquates pour la réalisation de ses missions.

Aux termes des dispositions de l'article n°46 du décret n°2012-272 du 13 Août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, la DRFM est l'une des directions centrales de ce département ministériel. Ses attributions, son organisation et son fonctionnement ont été définis dans l'arrêté n°107 /MS /DC /SGM /CTJ /DRFM /SA du 13 Mai 2013.

La Direction des Ressources Financières et du Matériel est ainsi l'organe de conception, d'application, de contrôle des règlements, normes et procédures en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles du Ministère de la Santé.

A ce titre, elle est chargée de :

- élaborer, mettre en œuvre et évaluer le plan et les politiques d'assainissement et de modernisation de la gestion des ressources financières et du matériel du ministère ;
- élaborer, mettre en œuvre et évaluer le plan d'investissement, d'équipement et de maintenance ;
- mettre en place une base de données et un dispositif de collecte et de traitement des informations pour une gestion saine, efficace et efficiente des ressources financières et matérielles, notamment pour des achats et approvisionnements groupés ;
- informer et former le personnel du ministère sur les procédures de gestion des finances publiques ;
- assurer l'administration comptable et financière de l'ensemble des crédits internes et externes alloués au Ministère et superviser la gestion des unités décentralisées ;
- mobiliser et suivre l'utilisation optimale des ressources financières en collaboration avec la Direction de la Programmation et de la Prospective et les autres directions du Ministère ;
- assurer la tenue des inventaires réglementaires en liaison avec la Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance ;
- participer, aux côtés des autres directions, à toutes les réunions ou travaux traitant des questions relatives aux ressources financières et matérielles.

¹ Le Ministère de la Santé est le premier responsable de la conception, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé.

La DRFM est dirigée par un spécialiste en finances publiques.

B- Organisation et fonctionnement général de la DRFM

1- Organisation générale de la DRFM

L'article 2 de l'Arrêté N°107/MS/DC/SGM/CTJ/DRFM/SA du 13 Mai 2013, portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction des Ressources Financières et du Matériel prévoit les services ci-après :

- un Secrétariat ;
- un Service du Budget et de la Comptabilité (SBC) ;
- un Service du Matériel (SM) ;
- un Service d'Assistance et du Suivi du Financement de la Santé (SASF) ;
- une Régie Centrale (RC).

Ces différents organes de la DRFM sont consignés dans l'organigramme présenté à l'annexe n°1.

2- Fonctionnement général de la DRFM : activités des organes

Le fonctionnement de la DRFM a été étudié à travers les activités exécutées par ses différents services.

a- Le Secrétariat

Le Secrétariat de la DRFM est chargé d'assurer l'accueil et l'orientation des usagers. Il assure la gestion des courriers « arrivée » et « départ ». Le courrier « arrivée » est une correspondance provenant des supérieurs hiérarchiques, des services déconcentrés et des usagers. Le courrier « départ » quant à lui, regroupe les correspondances rédigées et soumises à la signature du DRFM et adressées aux supérieurs hiérarchiques, aux usagers et autres personnalités morales ou physiques.

Le secrétariat assure entre autres :

- le pré-archivage des dossiers de la Direction ;
- l'organisation des audiences et des rendez-vous du Directeur ;
- l'organisation des réunions et conférences ;

- la tenue du fichier du personnel DRFM.

Le secrétariat est également chargé de la rédaction des projets de correspondance, de la saisie des correspondances et autres documents administratifs ainsi que la liaison entre les différents services.

b- Le Service du Budget et de la Comptabilité

Le Service du Budget et de la Comptabilité (SBC) assure la gestion financière et comptable du ministère. A ce titre, il est chargé de coordonner, préparer et exécuter le budget du Ministère en liaison avec les services des ministères en charge du Développement, de l'Economie et des Finances et de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé.

Le SBC veille à l'application des procédures de gestion des ressources budgétaires définies par le Ministère en charge des Finances et procède à la collecte et la centralisation des documents comptables de l'ensemble des formations sanitaires publiques. De même, le Service du Budget et de la Comptabilité fournit aux directions centrales et techniques, l'assistance nécessaire en matière d'engagement, de consommation des crédits budgétaires et de gestion des fournitures par le biais des points focaux.

En plus des activités ordinaires de préparation et d'exécution du budget, le Service du Budget et de la Comptabilité s'occupe d'une catégorie bien spécifique d'opération : les évacuations sanitaires des indigents.

Il convient de préciser ici que c'est au Service du Budget et de la Comptabilité que s'est déroulé l'entièreté de notre stage.

c- Le Service du Matériel

Le Service du Matériel a pour activité essentielle la gestion logistique et matérielle du ministère. A cet effet, il met en exécution les normes et procédures de gestion des ressources matérielle et assure la tenue de la comptabilité matière. Il prépare en outre les approvisionnements et les contrats, et veille à la bonne exécution de ces derniers.

d- Le Service d'Assistance et du Suivi du Financement de la Santé

La supervision et le suivi de l'exécution financière de l'ensemble des structures du Ministère de la Santé est dévolue au Service de l'Assistance et du Suivi du Financement de la Santé (SASF). Il revient en effet au SASF de suivre et de coordonner les activités prévues au plan opérationnel de la DRFM, d'analyser les documents comptables de l'ensemble des formations sanitaires publiques (budgets, états financiers, bilans etc.) et d'assurer l'assistance en gestion aux services de comptabilité des formations sanitaires, des directions centrales et techniques du Ministère ainsi que des directions départementales.

Pour ce faire, le Service d'Assistance et du Suivi du Financement de la Santé assure :

- la formation continue des personnels impliqués dans la gestion des directions centrales, techniques, départementales, agences, hôpitaux et centres de santé ;
- le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la décentralisation de la gestion des ressources financières en collaboration avec la Direction de la Programmation et de la Prospective et la Direction Nationale de la Santé Publique.

Le SASF veille également à la mise en œuvre des recommandations des rapports de supervisions, d'audits et contrôles internes et externes.

e- La Régie Centrale

La Régie Centrale est l'organe auquel est confiée la programmation financière des activités du Ministère de la Santé inscrites au Budget Programme. A cet effet, elle assure la gestion comptable et financière de l'ensemble des crédits internes et externes mis à la disposition du Ministère par les partenaires techniques et financiers du secteur de la Santé, la gestion financière des fonds issus du financement communautaire et la gestion des appuis budgétaires.

De même, le traitement et le suivi des indemnités et primes du secteur Santé, l'approvisionnement et le suivi de la consommation des carburants et lubrifiants ainsi que le suivi et l'évaluation des régies d'avances sont du ressort de la Régie Centrale.

II- Cadre physique de l'étude : le Service du Budget et de la Comptabilité et son environnement

Cette partie est consacrée d'une part, au cadre physique de l'étude, le Service du Budget et de la Comptabilité (SBC), et, d'autre part, à l'environnement de l'étude.

A- Le Service du Budget et de la Comptabilité de la DRFM/MS

Comme annoncé plus haut, c'est le Service du Budget et de la Comptabilité (SBC) qui a abrité notre stage.

Le SBC a été présenté à travers ses deux divisions (La Division du Budget et la Division de la Comptabilité) et ses activités.

1- Présentation générale du Service du Budget et de la Comptabilité

Le Service du Budget et de la Comptabilité est chargé pour l'essentiel, de préparer et d'exécuter le budget du Ministère de la Santé, et de veiller à l'application des procédures de gestion des ressources budgétaire en vigueur. Il comprend, pour ce faire, deux divisions à savoir : la Division du Budget et la Division de la Comptabilité. Chacune de ces divisions est placée sous l'autorité d'un chef division avec des attributions bien précises.

En effet, la Division du Budget assure **la préparation et le suivi de l'exécution du budget du secteur Santé** tandis que la Division de la Comptabilité assure, quant à elle, **la tenue de la comptabilité et l'exécution des dépenses budgétaires du secteur**.

Nous notons également une catégorie bien spécifique d'opérations effectuées au niveau de la Division de la Comptabilité : **l'évacuation sanitaire des indigents**.

2- Les activités du Service du Budget et de la Comptabilité (SBC)

A travers la présentation générale du SBC, nous notons que ce service s'occupe essentiellement de trois activités à savoir :

- activité n°1 : l'élaboration du budget du secteur Santé ;
- activité n°2 : l'exécution du budget du secteur Santé ;
- activité n°3 : l'évacuation sanitaire des indigents.

Le budget du secteur Santé est élaboré sur la base de programmes bien définis devant permettre d'atteindre les objectifs spécifiques du Ministère. Cette élaboration implique le recours à des techniques quantitatives de gestion telles que la statistique et la programmation linéaire.

L'exécution du budget correspond, quant à elle, à la consommation des crédits du secteur Santé suivant les différentes rubriques budgétaires. Toutes les dépenses des directions centrales, techniques (et même départementales par le biais de la remontée des écritures) du Ministère sont supervisées par le Service du Budget et de la Comptabilité. Il en est de même pour les dépenses initiées par les projets et programmes inscrits au Ministère de la Santé.

Quant à l'évacuation sanitaire des indigents, elle intervient lorsque l'état pathologique des malades (qui remplissent les conditions posées par les textes) ne peut pas être traité en République du Bénin, soit parce qu'il manque des spécialistes, soit parce qu'on ne dispose pas du matériel adéquat.

B- Cadre environnemental de l'étude

L'environnement de la DRFM est constitué de deux sous-ensembles : le microenvironnement et le macro-environnement.

1- Le microenvironnement

Il constitue l'environnement immédiat de la DRFM et regroupe les acteurs qui influencent ses activités. Il est constitué entre autre des usagers, des prestataires de service et des partenaires.

a- Les usagers

L'utilisateur d'un service public est toute personne qui utilise un bien ou un service public pour la satisfaction d'un besoin, l'activité du service public relevant de l'intérêt général. Les usagers de la Direction des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la santé se rapprochent de la DRFM dans le but d'obtenir des informations ou renseignements, proposer des partenariats ou déposer des courriers de diverses natures. C'est le cas par exemple des malades (indigents) qui se rapprochent du Service du Budget et de la Comptabilité pour avoir des informations sur l'évolution de leur dossier

d'évacuation sanitaire, des particuliers qui viennent déposer des courriers auprès du secrétariat ou encore des établissements privés qui souhaitent offrir leurs services à la DRFM.

b- Les prestataires de service

Les termes « entrepreneurs », « fournisseurs » et « prestataires de service » désignent toute personne physique ou morale ou groupement de ces personnes qui offrent, respectivement, la réalisation de travaux, la fourniture de produits ou de services divers.

Au début de chaque semestre, les prestataires qui souhaitent offrir leur service à la DRFM lui adressent une demande d'agrément. Ces demandes sont ensuite étudiées par le Service du Matériel qui arrête pour le semestre considéré la liste des prestataires de la Direction.

c- Les partenaires

Un partenariat est une association entre deux ou plusieurs entités qui décident de coopérer en vue de réaliser un objectif commun. Le partenariat peut être de nature économique, financière, scientifique, culturelle, artistique, etc. Tout en laissant leur autonomie à chacun des partenaires, il permet de créer des synergies, de tirer profit d'une complémentarité, de mettre en commun des ressources, d'affronter en commun une situation, etc.

Les partenariats de la DRFM du Ministère de la Santé concernent essentiellement des rapports avec des hôpitaux étrangers (en France, en Italie, en Afrique du Sud, en Algérie, etc.) pour la prise en charge des malades évacués. Il existe également des accords de partenariat avec des organisations non gouvernementales à l'instar du centre « *Entendre Bénin* » qui intervient dans la prise en charge de certaines pathologies dont elle a la spécialité.

2- Le macro-environnement

Le macro-environnement désigne l'ensemble des facteurs externes qui influent sur les activités de la DRFM. On peut citer au nombre de ceux-ci : l'environnement juridique et réglementaire, l'environnement politique et administratif et l'environnement international.

a- L'environnement juridique et réglementaire

Il regroupe les lois, les conventions, les décrets et règlements régissant le fonctionnement de la Direction des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé. Il s'agit principalement :

- du décret n°2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- du décret n°2005-834 du 30 décembre 2005 portant réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin ;
- de l'arrêté n°107 /MS /DC /SGM /CTJ /DRFM /SA du 13 Mai 2013 portant attributions, organisation et fonctionnement de la DRFM ;
- des directives de l'UEMOA, notamment la directive N°07/2009/CM/UEMOA portant règlement général sur la comptabilité publique au sein de l'UEMOA.

L'observation de ces normes s'impose au Directeur des Ressources financières et du Matériel ainsi qu'aux divers agents qui officient sous ses ordres.

b- L'environnement politique et administratif

La Direction des Ressources Financières et du Matériel est dirigée par un cadre **nommé** par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la Santé, parmi les cadres de la **catégorie A échelle 1** de la fonction publique ayant accompli au moins dix ans de service.

Sur le plan administratif, le DRFM est l'ordonnateur délégué du Budget du secteur Santé. Il est le supérieur hiérarchique de tous les agents de la Direction. Il dispose d'une autorité absolue sur ces derniers, au point de vue de ce qui intéresse l'exécution de sa fonction.

Il est institué sous la présidence du Directeur des Ressources Financières et du Matériel un Comité de Direction (CODIR) qui se réunit au moins une fois par semaine pour connaître des difficultés de la Direction.

c- L'environnement international

Le Directeur des Ressources Financières et du Matériel représente l'Administration

dont il relève dans certaines circonstances. A ce titre il prend part à des colloques et participe, de concert avec d'autres organismes du Ministère, à des missions sur le plan international.

De même, la DRFM est en relation avec des hôpitaux de plusieurs autres pays (France, Italie, Afrique du Sud, etc.) pour la prise en charge des indigents dans le cadre de leur évacuation sanitaire.

PARAGRAPHE 2 : Observations de stage sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité

Durant notre séjour à la Direction des Ressources Financières et du Matériels du Ministère de la Santé, nos observations se sont portées sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité (où l'essentiel de notre stage s'est déroulé) ainsi que sur les facteurs internes et externes qui influencent lesdites activités. Aussi avons-nous effectué l'état des lieux sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité en tenant compte de ces deux volets (état des lieux à l'interne et état des lieux à l'externe), avant de procéder au bilan des constats significatifs faits.

I- Etat des lieux sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité

Nous avons distingué à ce niveau l'état des lieux à l'interne de l'état des lieux à l'externe sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité. Pour rappel, les activités effectuées au niveau du SBC sont les suivantes :

- activité n°1 : l'élaboration du budget du secteur Santé ;
- activité n°2 : l'exécution du budget du secteur Santé ;
- activité n°3 : l'évacuation sanitaire des indigents.

Les observations faites sur ces activités (voir annexes n°2 et n°3) sont regroupées en atouts (forces et opportunités) et en problèmes (faiblesses et menaces).

II- Bilan des observations de stage

Nous avons procédé ici à l'inventaire des constats significatifs faits en matière d'états des lieux sur les activités du SBC, en les regroupant en atouts et en problèmes.

A- Atouts (forces et opportunités)

Les atouts identifiés, au nombre de 8, sont regroupés par activité et se présentent comme suit :

1- Par rapport à l'élaboration du budget

(1) élaboration diligente du budget du secteur Santé (Force).

2- Par rapport à l'exécution des dépenses budgétaires

- (2) suivi effectif de l'exécution du budget (Force) ;
- (3) diversification des fournisseurs de la DRFM (Opportunité) ;
- (4) paiement effectif des prestataires en règle (Opportunité) ;
- (5) mobilisation de ressources supplémentaires non étatiques pour rehausser le niveau des ressources financières et matérielles du secteur santé (Opportunité) ;
- (6) division fonctionnelle des tâches dans l'exécution du budget (Opportunité).

3- Par rapport à l'évacuation sanitaire des indigents

- (7) prise en charge effective par le Budget Général de l'Etat des frais liés aux évacuations sanitaires (Force) ;
- (8) qualité satisfaisante des soins prodigués aux malades (Opportunité).

B- Problèmes (faiblesses et menaces)

Les problèmes identifiés sont au nombre de 18. Ils se présentent comme suit, activité par activité :

1- Par rapport à l'élaboration du budget

- (1) répartition non objective des crédits entre les structures centrales, intermédiaires et périphériques (Faiblesse) ;
- (2) inexistence de clé formelle de répartition des crédits aux structures intermédiaires et périphériques (Faiblesse) ;
- (3) mise à disposition tardive des crédits au profit des structures à la base (Faiblesse) ;

- (4) réglementation insuffisante de l'élaboration du budget (Menace).

2- Par rapport à l'exécution des dépenses budgétaires

- (5) caractère non performant des sources énergétiques de relais (Faiblesse) ;
(6) fermetures fréquentes du SIGFiP (Faiblesse) ;
(7) vétusté de certains appareils informatiques (Faiblesse) ;
(8) retard dans le paiement des prestataires (Menace) ;
(9) politisation du Service du Budget et de la Comptabilité (Menace).

3- Par rapport à l'évacuation sanitaire des indigents

- (10) inexistence d'une liste exhaustive des pathologies faisant objet d'évacuation sanitaire (Faiblesse) ;
(11) coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (Faiblesse) ;
(12) énormes dépassements de crédits sur la rubrique budgétaire « fonds d'urgence » (Faiblesse) ;
(13) caractère incomplet des éléments d'appréciation de la fiabilité des coûts mis à la charge de l'Etat par les hôpitaux d'accueil (Faiblesse) ;
(14) non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (Faiblesse) ;
(15) manque de suivi en amont des dossiers d'évacuation sanitaire des indigents (Menace) ;
(16) non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires (Menace) ;
(17) réglementation insuffisante des évacuations sanitaires des indigents (Menace) ;
(18) séjour difficile pour les indigents évacués dans les pays d'accueil (Menace).

SECTION 2 : Choix de la problématique de l'étude

Dans cette section, nous avons opéré le choix du problème à résoudre (PAR) le plus pertinent selon nos analyses et dégagé la perspective théorique y relative.

PARAGRAPHE 1 : Choix du problème à résoudre et libellé du thème de l'étude

I. Choix et spécification du problème à résoudre

A- Identification des problèmes possibles à résoudre

Nous avons procédé à ce niveau, à un regroupement par centre d'intérêt des problèmes identifiés lors de nos observations de stage pour aboutir à une synthèse des problèmes à résoudre (PAR) possibles.

Les centres d'intérêts identifiés s'assimilent aux activités du cadre physique de l'étude et se présentent comme suit :

- Centre d'intérêt N°1 : l'élaboration du budget du secteur Santé (Activité n°1)
- Centre d'intérêt N°2 : l'exécution du budget du secteur Santé (Activité n°2)
- Centre d'intérêt N°3 : l'évacuation sanitaire des indigents (Activité n°3)

La synthèse de ces différents problèmes (général et spécifiques) est consignée dans le tableau n°1 et met en évidence les PAR possibles de l'étude.

B- Choix du problème à résoudre (PAR)

L'examen des différents problèmes identifiés lors des états des lieux nous a permis de dégager les trois PAR que sont :

- le problème d'élaboration non satisfaisante du budget du Ministère de la Santé (PAR1) ;
- le problème d'exécution non performante du budget du Ministère de la Santé (PAR2) ;
- le problème de gestion non efficace des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé (PAR3).

(Voir détails dans le tableau n°1 ci-dessous)

TABLEAU N°1 : PROBLEMES A RESOUDRE (PAR) POSSIBLES

N°	CENTRES D'INTERET	ANGLES D'OBSERVATION	PROBLEMES A RESOUDRE		LIBELLES DES PAR
			PROBLEMES SPECIFIQUES	PROBLEMES GENERAUX (PG)	
1	Elaboration du budget du secteur Santé	Observation faite dans une optique d'élaboration satisfaisante du budget du secteur Santé. (Satisfaction)	- répartition non objective des crédits entre les structures centrales, intermédiaires et périphériques ; - inexistence de clé formelle de répartition des crédits aux structures intermédiaires et périphériques ; - mise à disposition tardive des crédits au profit des structures à la base ; - réglementation insuffisante de l'élaboration du budget.	Elaboration non satisfaisante du budget du Ministère de la Santé (PG1)	Problème d'élaboration non satisfaisante du budget du Ministère de la Santé (PAR1)
2	Exécution du budget du secteur Santé	Observation faite dans une logique d'exécution performante du budget du secteur Santé. (Performance)	- caractère non performant des sources énergétiques de relais ; - fermetures fréquentes du SIGFiP ; - vétusté de certains appareils informatiques ; - retard dans le paiement des prestataires ; - politisation du Service du Budget et de la Comptabilité.	Exécution non performante du budget du Ministère de la Santé (PG2)	Problème d'exécution non performante du budget du Ministère de la Santé (PAR2)

3	Evacuation sanitaire des indigents	Observation faite dans une logique de gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents. (Efficience)	- inexistence de liste exhaustive des pathologies faisant objet d'évacuation sanitaire ; - coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE ; - énormes dépassements de crédits sur la rubrique budgétaire « fonds d'urgence » ; - caractère incomplet des éléments d'appréciation de la fiabilité des coûts mis à la charge de l'Etat par les hôpitaux d'accueil ; - non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil ; - manque de suivi en amont des dossiers d'évacuation sanitaire des indigents ; - non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires ; - réglementation insuffisante des évacuations sanitaires des indigents ; - séjour difficile pour les indigents évacués dans les pays d'accueil.	Gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé (PG3)	Problème de gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé (PAR3)
---	---	---	---	---	---

SOURCE : Inventaire des problèmes issus de nos observations de stage

Ces PAR représentent tous des obstacles globaux auxquels le Service du Budget et de la Comptabilité (SBC) devra résolument faire face pour remplir avec plus d'efficacité ses missions. Cependant, s'il est vrai que l'amélioration de la qualité des services offerts par le SBC dépend a priori de la résolution de tous les PAR identifiés, un choix s'impose néanmoins, car notre étude ne peut porter que sur un seul PAR. Le choix de ce dernier tiendra donc essentiellement compte de la préoccupation prioritaire de la structure d'accueil du stage qu'est le SBC et du domaine de formation de l'apprenant que nous sommes.

La résolution du **problème d'élaboration non satisfaisante du budget du Ministère de la Santé** (PAR1) vise un meilleur fonctionnement de tout le système sanitaire. En effet, le système de santé du Bénin a une structure pyramidale dont les différents niveaux (central, intermédiaire et périphérique) sont interdépendants et fonctionnent tous à partir de l'enveloppe financière allouée à ce département ministériel. Trouver des solutions à cette préoccupation liée au PAR1 conduira donc inmanquablement à une meilleure gestion du Ministère de la Santé.

Le **problème d'exécution non performante du budget du Ministère de la Santé** (PAR2), quant à lui, met en évidence les obstacles enregistrés dans la consommation des crédits du secteur Santé. Signalons ici que la norme requise en termes de consommation des crédits au niveau de ce ministère est de 100%. Mais cet objectif est impossible à atteindre en raison du caractère non performant de l'exécution du budget. Cette contre performance met en péril la bonne exécution des marchés publics par les prestataires ainsi que le paiement de ces derniers en temps utiles. Il faudrait donc trouver des solutions appropriées pouvant favoriser une meilleure exécution du budget du secteur

S'agissant du 3^e PAR en terme de **problème de gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé**, relevons qu'il est question ici d'un volet particulier et crucial du 2^e PAR lié à l'exécution du Budget National.

Cet aspect crucial des évacuations sanitaires sur les deniers publics a récemment été évoqué au cours de l'atelier national d'élaboration du document du Centre de Soins Spécialisés de Haut Niveau qui s'est tenu au Bénin en juin 2015.

Dans son allocution d'ouverture officielle dudit atelier, le Professeur Dorothée A. KINDE-GAZARD a fait mention de ce qu'au moins 15 milliards de F CFA sont dépensés pour 764 malades évacués hors de l'UEMOA de 2007 à 2008, et ce, par six pays de l'Union dont le Bénin. Ce montant déjà inquiétant ne fait qu'augmenter d'année en année au Bénin. En effet, les évacuations sanitaires sont passées d'un montant de près de 767 000 000 de F CFA en 2010 à près de 925 000 000 de FCFA en 2014, rien que pour le cas des indigents. (Voir tableaux 5, 6 et 7).

Considérant la note des évacuations sanitaires qui devient très lourde, les Etats membres de l'UEMOA réitèrent leur volonté de les limiter. Cette préoccupation trouve écho auprès du Professeur Dorothée A. KINDE-GAZARD qui estime qu'il est impérieux de réduire les évacuations sanitaires. Il urge, à son entendement, que des solutions idoines soient trouvées sans délai pour pallier cette situation.

Une revisitation des préoccupations de résolution des PAR identifiés nous a permis de noter que ces derniers présentent tous des enjeux importants pour le Ministère de la Santé :

- la résolution du PAR d'élaboration non satisfaisante du budget du Ministère de la Santé est gage d'une meilleure gestion de ce département ministériel ;
- la résolution du PAR d'exécution non performante du budget du Ministère de la Santé garantit une meilleure consommation des crédits budgétaires, favorisant de facto une bonne exécution des marchés publics ;
- la résolution du PAR de gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé permettra de freiner l'hémorragie financière que provoquent les évacuations sanitaires sur le Budget National.

Mais eu égard à l'inquiétude sans cesse grandissante que suscitent les évacuations sanitaires au niveau des autorités chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale, notamment la sortie élevée et récurrente de devises, nous avons retenu de mener des réflexions sur le PAR de **gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé**.

Le problème à résoudre ainsi retenu comporte comme problème général et problèmes spécifiques les éléments ci-après :

Problème général

Gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.

Problèmes spécifiques

- inexistence de liste exhaustive des pathologies faisant objet d'évacuation sanitaire (PSa) ;
- coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (PSb) ;
- énormes dépassements de crédits sur la rubrique budgétaire « fonds d'urgence » (PSc) ;
- caractère incomplet des éléments d'appréciation de la fiabilité des coûts mis à la charge de l'Etat par les hôpitaux d'accueil (PSd) ;
- non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (PSe) ;
- manque de suivi en amont des dossiers d'évacuation sanitaire des indigents (PSf) ;
- non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires (PSg) ;
- réglementation insuffisante des évacuations sanitaires des indigents (PSh) ;
- séjour difficile pour les indigents évacués dans les pays d'accueil (PSi).

L'étape suivante de notre étude a consisté à préciser les contours du problème à résoudre choisi. Il s'agit de la spécification du problème à résoudre (**PAR**).

C- Spécification du PAR choisi

La spécification du problème à résoudre passe d'abord par la précision des contours du PAR choisi et finit par l'élagage de problèmes spécifiques non indispensables.

1- Précision des contours du PAR choisi

Le problème à résoudre choisi renseigne sur les contre-performances réalisées par le Ministère de la Santé dans le dénouement des dossiers d'évacuation sanitaire des indigents.

Les évacuations sanitaires des indigents constituent une stratégie de mise en œuvre de la politique de lutte contre la maladie et l'accès financier des populations pauvres et

vulnérables aux soins. Elles interviennent lorsque les pathologies décelées chez les malades ont besoin d'être prises en charge dans un centre bien équipé avec les compétences appropriées et dont le coût n'est pas supportable par le malade, compte tenue de ses moyens financiers limités. **Le problème (général) qui se pose est celui de la gestion non efficiente des évacuations sanitaires de ces indigents par le Ministère de la Santé.** La résolution de ce problème se fera par la recherche des conditions favorables à une meilleure gestion des crédits budgétaires affectés à cette catégorie de dépenses. Il convient donc de préciser ici que cette étude ne prône pas dans l'immédiat la suppression des évacuations sanitaires, mais plutôt une gestion à moindre coût de ces évacuations.

2- Elagage de problèmes spécifiques

Dans le cadre de réalisation de notre travail, il ne nous est pas paru pertinent de faire une étude exhaustive de tous les problèmes spécifiques liés au PAR choisi. Nous avons ainsi procédé à l'élimination des problèmes spécifiques qui ne méritent pas ou ne méritent plus d'être résolus. L'outil d'analyse utilisé pour élaguer ces problèmes spécifiques tient compte des principes ci-après :

- l'on ne résout pas plusieurs fois le même problème spécifique dans une étude ;
- l'on ne résout pas un problème spécifique ne présentant aucune complexité ;
- l'on ne résout pas un problème spécifique ne relevant pas de son domaine de formation ;
- l'on ne résout pas un problème spécifique déjà résolu de façon satisfaisante par une étude antérieure.

Au regard de ces quatre principes, nous avons retenu dans le cadre de notre étude, les problèmes spécifiques (**PS**) ci-après :

PS1 : le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (PSb) ;

PS2 : le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (PSe) ;

PS3 : la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires (PSg).

La réflexion sur ces trois problèmes spécifiques nous a permis d'orienter le choix du thème et de la problématique de l'étude.

II. Rappel du PAR choisi et spécifié et libellé du thème de l'étude

A- Rappel du PAR choisi et spécifié

Il convient de rappeler que nous avons choisi parmi les problèmes à résoudre possibles, celui relatif à **l'évacuation sanitaire des indigents**. Ce PAR, après spécification, se libelle à travers le problème général de la gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé et les problèmes spécifiques ci-après :

- le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (**PS1**) ;
- le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (**PS2**) ;
- la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires (**PS3**).

B- Libellé du thème choisi : le sujet de l'étude

Notre préoccupation principale étant ici la résolution du problème de **gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé**, nous avons donc formulé le thème de notre étude comme suit : « **Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé du Bénin** ».

Cette étude nous a ainsi permis de mener des recherches en vue d'améliorer le processus de prise en charge des évacuations sanitaires des indigents et de rendre plus optimale la gestion financière des ressources publiques entrant dans le cadre de cette catégorie de dépenses publiques.

Paragraphe 2 : Choix de la Perspective théorique de réflexion sur le problème à résoudre et formulation de la problématique de l'étude

I- Choix de la Perspective théorique de réflexion sur le problème à résoudre

La perspective théorique (PT) de l'étude a été présentée par rapport au problème général identifié d'une part et au regard des problèmes spécifiques en résolution d'autre part.

A- Perspective théorique de réflexion sur le problème général

Rappelons que le problème général de notre étude est **la gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé**. En clair, il s'agit de s'inscrire dans une logique de gestion à moindre coût. Nous sommes donc dans la thématique générale de la gestion budgétaire. Mais de façon plus précise, c'est le volet « dépenses publiques » qui est ici indexé.

En effet, la présente étude identifie comme préoccupation, la gestion onéreuse qui est faite des ressources publiques entrant dans le cadre des évacuations sanitaires et qui conduit à une sortie élevée et récurrente des deniers publics.

Pour résoudre ce problème en respectant l'angle d'observation choisi qui est l'efficience, une gestion efficiente des crédits budgétaires affectés aux évacuations sanitaires s'avère indispensable. Nous sommes donc dans la thématique plus précise de **la gestion efficiente des dépenses budgétaire** en matière d'évacuation sanitaire. Cette thématique peut être subdivisée en perspectives théoriques spécifiques liées à chaque problème spécifique en résolution, étant donné que l'efficience suppose de façon générale :

- la réduction des coûts ;
- la productivité maximale ;
- la rentabilité maximale ;
- l'optimisation des actions ;
- le contrôle de gestion ;
- la finalisation des opérations.

B- Perspectives théoriques liées aux problèmes spécifiques

Il s'agit d'identifier pour chacun des trois problèmes spécifiques, l'approche générique sans nom et sans auteur, c'est-à-dire le cœur scientifique autour duquel s'articulera la revue de littérature.

1- Perspective théorique relative au coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (PS1)

Les dépenses liées aux évacuations sanitaires sont supportées par le Budget Général de l'Etat et appellent, de la part du Trésor Public, la mise à disposition des fonds au profit de l'hôpital d'accueil pour assurer le traitement des patients évacués. Ces dépenses absorbent une part importante du Budget Général de l'Etat. Ceci s'explique par le fait qu'une évacuation sanitaire génère toujours d'énormes charges (frais de soin, frais d'hospitalisation...). La situation financière de notre pays étant des plus précaires, il s'avère indispensable que les évacuations sanitaires soient effectuées à moindre coût.

Partant, nous retenons pour ce problème spécifique une perspective théorique basée sur **la réduction des coûts** liés aux évacuations sanitaires.

2- Perspective théorique relative au non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (PS2)

Par défaut de rapprochement des comptes, les reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil des malades ne sont pas retournés à l'Etat béninois. Il se pose ainsi le problème de la reddition. La perspective théorique retenue pour la réflexion sur ce problème est le **contrôle de gestion** des opérations liées aux évacuations sanitaires ; quelle que soit la nature du contrôle, la finalité sera l'appréciation de la gestion de ces fonds.

3- Perspective théorique relative à la non régularisation effective des ordres de paiement (PS3) :

En abordant le problème spécifique de la non régularisation effective des ordres de paiement (OP) d'évacuation sanitaire, nous devons rappeler que la régularisation est une opération qui consiste en la mise en conformité d'un acte de procédure (procédure exceptionnelle en l'occurrence) avec les prescriptions légales de validation de l'acte

originellement entaché de nullité. Payer des dépenses par OP nécessite donc de facto, une régularisation une fois la dépense exécutée, sur la base des factures. Ceci permet d'éviter des déséquilibres lors de l'élaboration du compte administratif (en fin de gestion).

Sur ce point, la perspective théorique retenue pour la résolution de ce problème spécifique est basée sur **la finalisation des opérations liées aux dépenses budgétaires.**

II - Formulation de la problématique de l'étude

Formuler la problématique de l'étude revient ici à rappeler de manière homogène², le problème à résoudre (PAR) choisi et la perspective théorique y relative.

La gestion des évacuations sanitaires, de façon générale, paraît aujourd'hui non efficiente, au regard des dysfonctionnements qu'on y enregistre en matière de gestion des dépenses publiques.

Pour atteindre l'efficiencia désirée au niveau de la gestion des évacuations sanitaires dans ce contexte, il faut parvenir à mettre en interaction les outils d'efficiencia liés aux divers problèmes spécifiques en résolution ; ces problèmes spécifiques étant :

- le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (thématique de réduction des coûts) ;
- le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (thématique de contrôle de gestion) ;
- la non régularisation effective des ordres de paiement (thématique de finalisation des opérations).

Résoudre ces problèmes consiste donc à définir les conditions d'amélioration du mécanisme de prise en charge financière des évacuations sanitaires, dans le respect de ces thématiques ou perspectives théoriques (PT). Il s'ensuit la présentation homogénéisée de la problématique de la présente étude que voici : **Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.**

² Voir la présentation non homogène de la problématique à l'annexe n°4

CHAPITRE II : Choix et mise en œuvre du cadre théorique et méthodologique de l'étude pour une gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé

Dans ce chapitre, nous avons présenté en premier lieu, le cadre théorique et méthodologique d'analyse de la problématique de notre étude, avant d'établir le diagnostic de l'étude, pour nous intéresser au final, aux approches de solutions et aux conditions de leur mise en œuvre.

SECTION1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

PARAGRAPHE 1 : Cadre théorique de base, tableau de bord de l'étude et revue de littérature

Nous avons successivement abordé dans cette partie, le cadre théorique de base de la recherche, le tableau de bord de l'étude et la revue de littérature.

I- Cadre théorique de base de l'étude : objectifs et hypothèses de recherche

Rappelons que le problème à résoudre (PAR) de cette étude se libelle à travers le problème général de la gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé et les problèmes spécifiques ci-après

- le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (PS1) ;
- le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (PS2) ;
- la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires (PS3).

A- Les objectifs de l'étude

La présente étude vise des objectifs qui sont fixés par rapport aux problèmes à résoudre et se déclinent en objectifs général et spécifiques. Les objectifs de l'étude rentrent dans une

triple vision de développement, de recherche et de résultats attendus. C'est ainsi qu'il a été déterminé des objectifs de développement, des objectifs de recherche et des résultats attendus.

1- Objectifs de développement

a - Objectif général de développement (OGD)

Conseiller les conditions d'une gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.

b - Objectifs spécifiques de développement (OSD)

OSD1 : envisager les conditions de la réduction du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE ;

OSD2 : proposer les conditions du reversement effectif à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil ;

OSD3 : suggérer les conditions de la régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires.

2- Objectifs de recherche

a - Objectif général de recherche (OGR)

Identifier les conditions d'une gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.

b - Objectifs spécifiques de recherche (OSR)

OSR1 : déterminer les conditions de la réduction du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE ;

OSR2 : définir les conditions de reversement effectif à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil ;

OSR3 : rechercher les conditions de la régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires.

3- Résultats attendus de l'étude

Les résultats attendus de l'étude se présentent en termes général et spécifiques.

a- Résultat général attendu (RGA)

Ce résultat se formule comme suit par rapport au problème général :

Au terme de l'étude, les conditions d'une gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé sont déterminées et conseillées.

b- Résultats spécifiques attendus (RSA)

Ces résultats spécifiques se présentent comme suit :

- Par rapport au PS1 : à la fin de l'étude, les conditions de la réduction du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE sont déterminées et proposées (RSA1);
- Par rapport au PS2 : à l'issue de l'étude, les modalités de reversement effectif à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil sont définies et suggérées (RSA2);
- Par rapport au PS3 : aux termes de l'étude, les mesures idoines pour la régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires sont recherchées et envisagées (RSA3).

B- Les hypothèses de l'étude

Elles ont été formulées en fonction des problèmes spécifiques ; il s'agit ici des réponses provisoires formulées à partir des causes supposées qui seront vérifiées à travers la mobilisation des données. Ces hypothèses peuvent être confirmées ou infirmées à l'issue des données d'enquête.

1- Causes supposées et hypothèse liées au coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE

Après avoir analysé le problème spécifique n°1 relatif au coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE, trois causes possibles ont été identifiées :

- une mauvaise prévision des dépenses d'évacuation sanitaire ;
- l'absence de coût de référence par pathologie ;
- la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année.

Par rapport à ces trois causes identifiées, seule la troisième qui est la non maîtrise du nombre de malade à évacuer dans une année explique mieux le problème spécifique du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE.

Les dépenses d'évacuation sanitaire constituent une catégorie spécifique de dépenses publiques dont on ne saurait prévoir avant l'exécution, le montant définitif ni établir avec précision une liste de coût de référence par pathologie. En effet, lors de l'élaboration du Budget Général de l'Etat, on n'a connaissance ni des pathologies éventuelles qui seront prises en charge ni de leur degré de complication ; ce n'est qu'au cours de l'exécution du budget que l'on est confronté à l'apparition des différentes pathologies.

Par contre, s'il y avait une politique de limitation du nombre de personne à évacuer par année, l'Etat serait à même de contrôler la forte incidence financière de ces évacuations sur le Budget National.

Nous formulons ainsi notre hypothèse comme suit : **la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année est à la base du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE.**

2- Causes supposées et hypothèse liées au non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil

Après analyse du problème spécifique du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil, les causes supposées ci-après peuvent en être à la base :

- la légèreté de la part des acteurs chargés de l'exécution du budget ;
- la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil ;
- l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil.

La légèreté de la part des acteurs chargés de l'exécution du budget ne pourrait pas, à elle seule, expliquer le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées

par les hôpitaux d'accueil. En effet, à ce jour, une fois que les fonds sont transférés à l'hôpital d'accueil, l'Etat ne met plus aucune politique en œuvre pour s'assurer de leur utilisation effective et judicieuse. La mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil pourrait donc expliquer le problème à ce niveau. Mais cette cause ne nous semble pas non plus être la plus pertinente, étant donné que lesdits attachés financiers ne sont pas spécialement identifiés dans ce rôle par les textes. De plus, les ambassades ne sont pas toujours informées du déblocage des fonds vers les hôpitaux d'accueil, ce qui dégage leur responsabilité dans cette situation récurrente.

En revanche, l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil explique bien le problème du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil. La mise en place d'un tel système permettra au Trésor public béninois d'avoir continuellement la situation de ses fonds dans les hôpitaux étrangers et de rentrer avec plus de facilité en possession des reliquats et sommes non employées par ces derniers.

En définitif, nous retenons que **le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est dû à l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil.**

3- Causes supposées et hypothèse liées à la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires

Par rapport à ce problème, nous avons identifié les trois causes suivantes :

- la négligence des agents chargés de la régularisation des OP ;
- la non maîtrise des procédures par les agents ;
- l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil.

La négligence des agents chargés de la régularisation des OP tout comme la non maîtrise des procédures par les agents pourraient expliquer le problème de la non régularisation effective des ordres de paiement, mais ces causes ne justifient pas pleinement le problème. De plus, ces agents ont une formation professionnelle de base et exercent leurs activités sous le contrôle d'un spécialiste des finances publiques.

Par contre, l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil explique bien le problème, car sans la disponibilité des pièces justificatives, aucune régulation effective n'est possible. C'est ainsi que pour la régularisation desdites dépenses, il est parfois procédé à la prise d'une décision de régularisation listant tous les OP non justifiés alors que l'OP est une opération de trésorerie dont la justification des fonds est fortement attendue afin d'éviter des déséquilibres lors de l'élaboration du compte administratif.

Nous pouvons alors formuler notre hypothèse comme suit : **la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires est due à l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil.**

II - Tableau de bord de l'étude (TBE)

Le tableau de bord de l'étude est un outil récapitulatif des principaux repères de la recherche effectuée. Il présente la problématique choisie, les problèmes en résolution, les objectifs ainsi que les causes supposées et les hypothèses de l'étude.

TABLEAU N°2 : TABLEAU DE BORD DE L'ETUDE « Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé du Bénin »

NIVEAU D'ANALYSE		PROBLEME A RESOUDRE *	OBJECTIF DE RECHERCHE	CAUSES SUPPOSEES	HYPOTHESES
NIVEAU GENERAL		<u>Problème général :</u> gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé	<u>Objectif général :</u> identifier les conditions d'une gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé	-	-
NIVEAU SPECIFIQUE	1	<u>Problème spécifique 1 :</u> coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE	<u>Objectif de recherche 1 :</u> déterminer les conditions de la réduction du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE	<u>Cause spécifique 1 :</u> non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année	<u>Hypothèse spécifique 1 :</u> la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année est à la base du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE
	2	<u>Problème spécifique 2 :</u> non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil	<u>Objectif de recherche 2 :</u> définir les conditions de reversement effectif à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil	<u>Cause spécifique 2 :</u> absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil.	<u>Hypothèse spécifique 2 :</u> le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est dû à l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil
	3	<u>Problème spécifique 3 :</u> non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires	<u>Objectif de recherche 3 :</u> rechercher les conditions de la régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires	<u>Cause spécifique 3 :</u> indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil	<u>Hypothèse spécifique 3 :</u> la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires est due à l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil

***Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.**

SOURCE : Synthèse des éléments de l'état des lieux et repères à mi-parcours de l'étude.

III- Revue de littérature

Il s'agit ici pour nous d'exposer les connaissances et réflexions antérieures en rapport avec les problèmes en résolution en termes d'outils de collecte et d'analyse des données.

A- Point des connaissances sur le problème du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE

Des crédits de plusieurs centaines de millions de francs CFA sont prévus chaque année pour l'exécution des évacuations sanitaires des indigents. Cela constitue une stratégie de la mise en œuvre de la politique de lutte contre la maladie et l'accès financier des populations pauvres et vulnérables aux soins. Mais ces sommes faramineuses déboursées par le Trésor public béninois ne suffisent généralement pas pour satisfaire toutes les demandes d'évacuation sanitaire reçues. La conséquence est qu'on observe d'énormes dépassements de crédits, ce qui accentue la note déjà très lourde des évacuations sanitaires sur le Budget de l'Etat. Cet aspect très inquiétant des évacuations sanitaires avait déjà été soulevé par L. DOSSOU-YOVO (2000) dans son étude intitulée : « Proposition d'une nouvelle vision du mécanisme des dépenses d'évacuation sanitaire », où il relevait que plus d'un milliard de francs CFA servent à évacuer cent cinquante (150) malades en moyenne par an. Abondant dans le même sens, Annick M. ADJOBO (2010) avance, dans son étude « Contribution à l'optimisation des dépenses relatives aux évacuations sanitaires des APE civils », que :

« Les crédits alloués à cette catégorie de dépense varient entre 700 millions et 900 millions de francs CFA par an. Mais, là également, force est de noter que d'énormes dépassements de crédits s'observent chaque année avec un taux qui varie entre 14 et 90%. Les constats faits au niveau de l'évolution des coûts des évacuations sanitaires sont les mêmes aussi bien au niveau des APE en activité que de ceux à la retraite ».

Cette situation préoccupante trouve écho auprès du Professeur Dorothée A. KINDEGAZARD qui a souligné, dans son allocution d'ouverture officielle de l'Atelier national d'élaboration du document du Centre de Soins Spécialisés de Haut Niveau (juin 2015), qu'au moins 15 milliards de FCFA sont dépensés pour 764 malades évacués hors de l'espace de l'UEMOA de 2007 à 2008, par six pays de l'Union dont le Bénin.

Face à l'allure inquiétante que prend cet accroissement des évacuations sanitaires et les coûts y afférents, L. DOSSOU-YOVO (2000) estime qu'il urge de redéfinir les critères

d'acceptation des dossiers d'évacuation sanitaire en dehors du Bénin. Il faut remarquer que les hôpitaux qui accueillent souvent les patients sont, pour la majorité, de l'occident. L'Etat peut, toutefois, explorer dans la sous-région les hôpitaux de référence où il pourrait envoyer les malades afin d'amoindrir le coût des évacuations sanitaires bien plus chers dans les pays occidentaux (Annick M. ADJOBO, 2010).

En abordant la question, P. AYEMONNA (1985) dans son mémoire intitulé « les aspects médicaux et socioéconomiques des évacuations sanitaires hors de la République Populaire du Bénin », suggère que dans l'immédiat, les autorités politico-administratives pensent à réduire au strict minimum indispensable les évacuations sanitaires et leurs coûts.

Suite aux travaux des Etats Généraux de la Santé de Novembre 2007, une vision capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois a été définie et est la suivante : « Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois ». Selon V. Djukanovic et E.P. Mach (1975), ce qui importe surtout aujourd'hui, c'est d'instituer un système de soins auquel les populations puissent avoir accès et qu'elles puissent accepter. Cette nouvelle vision des prestations de santé est corroborée par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018.

En tout état de cause, il est impérieux, de rendre disponible tout près, au profit du plus grand nombre de personnes, dans un environnement de vie et un contexte similaire au cadre de vie habituel du patient, une offre de soins spécialisés, de qualité en tout point de vue comparable à ce qui se fait de mieux en Occident ou dans le Maghreb (Professeur Dorothée A. KINDE-GAZARD).

B- Contribution antérieure sur le problème du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil

Aux termes de l'article 2 du décret n°2001-039 du 15 février 2001 portant Règlement Général sur la Comptabilité Publique, les deniers publics sont les deniers appartenant ou confiés à l'Etat et aux autres organismes publics. L'utilisation de ces fonds, pour quelque raison que ce soit, doit faire l'objet de contrôle et ce, pour s'assurer de leur bonne

utilisation. Le contrôle est ainsi inhérent à la gestion financière publique. Partant, celui qui a à sa charge la gestion des deniers publics doit nécessairement faire l'objet de contrôles périodiques. Le terme contrôle n'est pas nouveau dans les finances publiques ; les outils les plus importants pour gérer étant ceux de pilotage et de contrôle.

Dernière phase du processus de gestion, le contrôle permet de conférer plus de crédibilité au processus et d'assurer la responsabilité face à la collectivité, aux bénéficiaires, aux intermédiaires et aux donateurs dans la mesure où il systématise l'obligation de rendre compte. Il favorise également l'apprentissage continu, la prise de décisions éclairées et l'affectation adéquate des ressources.

Pour Stéphanie DAMAREY, le suivi dans la gestion des fonds publics appelle à des contrôles permanents sur la gestion des finances publiques. Qu'ils soient politiques, administratifs ou juridictionnels, les contrôles portés sur les finances publiques ont une finalité commune, à savoir : l'appréciation de la gestion du denier public. Quel que soit le contrôle effectué, les perspectives se rejoignent dans une dimension commune d'utilisation rationnelle et efficace des fonds publics.

Angèle R.LANMASSO (2009) et Annick M. ADJOBBO (2010) évoquent, dans leurs travaux respectifs, la nécessité de créer une régie au niveau de l'Ambassade du Bénin dans le pays d'accueil et de nommer un attaché médical et/ou un régisseur qui sera chargé de suivre la gestion des fonds envoyés aux hôpitaux. Cette solution semble salubre et pourra contribuer dans la mesure du possible à veiller à la bonne utilisation des fonds liés aux évacuations sanitaires.

C- Exposé des contributions antérieures sur le problème la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires

Par principe, il est interdit au comptable public de régler des dépenses sans la justification du service fait. Les dépenses publiques doivent respecter les étapes successives de l'engagement, la liquidation et d'ordonnancement (qui sont de la compétence de l'ordonnateur) et le paiement (par le comptable public). Cependant, certaines dépenses, de par leur importance, se font par la procédure exceptionnelle qui conduit au paiement en urgence de la dépense. Cette procédure encore appelée procédure de paiement sans ordonnancement préalable est sanctionnée par l'émission d'un ordre de paiement (OP). L'OP est ainsi un titre de dépense adressé par l'ordonnateur du Budget ou

son délégué au comptable public, de payer par anticipation, à vue ou par virement, une dépense déterminée qui sera régularisée ultérieurement (Fred ADEDEMI, 2011).

Mais, face à l'abus qui est fait du recours à la procédure exceptionnelle, par lettre n°184-c/MEF/DC/SGM/DGB du 08 juillet 2006, des décisions ont été prises par le gouvernement pour limiter les dépenses devant être exécutées par OP. Cette lettre autorise, à titre exceptionnel, la mise à disposition de fonds par procédure d'urgence pour les catégories de dépenses ci-après :

- les évacuations sanitaires ;
- les frais de carburant et lubrifiant ;
- les indemnités de mission à l'intérieur et à l'extérieur.

Les dépenses d'évacuation sanitaire sont ainsi exécutées par la procédure exceptionnelle d'exécution des dépenses publiques. Elles doivent ensuite faire l'objet de régularisation suivant la procédure normale qui part de la production des pièces justificatives dans un délai de deux (02) mois au plus tard par les bénéficiaires des fonds. (S. GOUNDETE). L'inexistence de ces pièces justificatives enfreindrait aux règles élémentaires de la comptabilité publique qui sous-tendent une gestion saine et transparente des fonds publics (Laure D.2000).

Malheureusement, comme le souligne Fred ADEDEMI dans son mémoire intitulé « Contribution à l'éradication des facteurs de régularisation tardive des dépenses publiques exécutées par OP SIGFIP » :

« A l'issue de la mise à la disposition des hôpitaux étrangers des frais payés sur la base d'un devis estimatif, les différentes factures issues de cette consultation ne sont pas envoyées par le service financier desdits centres hospitaliers au service des dépenses courantes non réparties du MEF pour la vérification des calculs effectués avant l'émission du mandat de paiement. Ces pièces ne sont pas certifiées non plus par les gestionnaires desdits hôpitaux. »

Pour entrer plus facilement en possession de ces pièces, Annick M. ADJOBO préconise la mise sur pied d'un comité de collecte des factures issues des soins prodigués aux patients dans les hôpitaux étrangers. Ce comité aura donc pour mission essentielle de veiller à la production des pièces justificatives par les hôpitaux et leur envoi aux services compétents du Bénin.

PARAGRAPHE 2 : Choix de la méthodologie et conditions de vérification des hypothèses

Dans ce paragraphe, nous présentons la dimension empirique pour l'organisation des enquêtes de terrain et l'outil théorique pour identifier les outils d'analyse des données en termes des conditions de vérification des hypothèses

I- Choix des outils empiriques de l'étude

La dimension empirique vise à mettre en exergue la méthode d'enquête utilisée à travers les outils de mobilisation des données et ceux relatifs à leur présentation. Ainsi avons-nous :

- fixé les objectifs de l'enquête ;
- identifié le cadre de l'enquête et la population mère ;
- défini l'échantillon et le centre d'intérêt du questionnaire ;
- retenu les outils de présentation des données.

A- Objectif de l'enquête

L'objectif de l'enquête est la vérification des hypothèses précédemment formulées. A ce titre, nous verrons si :

- la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année est à la base du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE ;
- le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est dû à l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil ;
- la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires est due à l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux étrangers.

B- Cadre de l'enquête et identification de la population mère

Compte tenu du fait que l'ensemble des problèmes spécifiques en résolution dans notre étude relèvent de la gestion financière des évacuations sanitaires, notre population mère est

composée, de façon exclusive, des cadres et agents de la Direction des Ressources Financières et du Matériel du Ministère de la Santé (DRFM/MS) ainsi que des agents de la Délégation du Contrôle Financier (DCF) installée auprès de la DRFM.

Rappelons que 40 personnes ont été identifiées au niveau de la population mère.

C- De l'échantillonnage aux outils de présentation des données

1- Echantillonnage

L'échantillonnage consiste essentiellement à obtenir des informations d'une fraction de la population mère, de façon à en tirer des conclusions au sujet de l'ensemble de la population. Son objet est donc de fournir un échantillon qui représente la population mère et qui reproduira aussi fidèlement que possible les principales caractéristiques de cette population étudiée.

Pour notre enquête, un guide d'entretien et un questionnaire ont été élaborés et adressés à un panel de 20 personnes représentant la population mère. Cet échantillon comprend :

- le Chef du Service du Budget et de la Comptabilité ;
- le Chef de la Division du Budget ;
- le Chef de la Division de la Comptabilité ;
- 8 agents du Service du Budget et de la Comptabilité ;
- 5 agents du Service d'Assistance et du Suivi du Financement de la Santé ;
- 4 agents de la Délégation du Contrôle Financier.

2- Centre d'intérêt du questionnaire

Les questions posées durant notre enquête nous ont permis de mobiliser des informations pour mieux :

- appréhender les causes du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE ;
- comprendre les raisons du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil ;

- cerner les motifs de la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires.

3- Outils statistiques de présentation des données

Les résultats de nos enquêtes ont été présentés par la méthode du tri à plat, compte tenu de leurs caractères qualitatifs.

II- Choix des approches théoriques de l'étude

Il s'est agi ici de préciser les approches théoriques retenues pour la résolution de chacun des problèmes spécifiques (PS) identifiés.

A- Présentation de la théorie retenue pour la résolution du PS1

Pour réfléchir sur le problème du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le Budget Général de l'Etat, nous avons retenu la théorie de **V. Djukanovic et E.P. Mach (1975)**, qui affirment que ce qui importe surtout aujourd'hui, c'est d'instituer un système de soins auquel les populations puissent avoir accès et qu'elles puissent accepter. Il est alors impérieux que l'Etat acquiert du matériel médical adéquat et renforce la capacité technique du personnel hospitalier afin de réduire de façon considérable le nombre important d'évacués sanitaires enregistré chaque année et offrir de facto, la disponibilité permanente de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories.

B- Choix de la théorie liée au PS2

Pour résoudre le problème du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil, nous avons retenu la théorie de **Stéphanie DAMAREY(2007)**, qui affirme que le suivi dans la gestion des fonds publics appelle à des contrôles permanents sur la gestion des finances publiques. Qu'ils soient politiques, administratifs ou juridictionnels, les contrôles portés sur les finances publiques ont une finalité commune, à savoir : l'appréciation de la gestion du denier public. Quel que soit le contrôle effectué, les perspectives se rejoignent dans une dimension commune d'utilisation rationnelle et efficace des fonds publics.

C- Présentation de la théorie retenue pour la résolution du PS3

Nous retenons pour la résolution du problème de la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires, l'approche de **S. GOUNDETE** sur les dépenses exécutées par ordre de paiement (OP). Selon elle, les dépenses exécutées par OP doivent faire l'objet d'une régularisation qui part de la production des pièces justificatives dans un délai de deux mois au plus tard par le bénéficiaire des fonds. Ainsi l'émission de l'OP est un système d'avance de trésorerie pour lequel la justification de l'utilisation des fonds est très attendue pour une régularisation dans un délai donné. La non transmission des pièces justificatives à temps constituerait un manquement aux règles de la comptabilité publique qui sous-tendent une gestion saine et transparente des fonds publics.

III- Conditions générales de vérification des hypothèses en recherche diagnostic

Pour vérifier les hypothèses dans ce contexte, l'on observe généralement trois étapes :

- la vérification théorique des hypothèses ;
- la vérification statistique des hypothèses ;
- la construction du tableau lié aux décisions possibles de vérification des hypothèses causales.

A- Conditions de confirmation ou d'infirmerie théoriques des hypothèses causales

Une hypothèse causale $H(P_j)$ liée au problème P de rang j , se présente comme suit :

$[H(P_j) \exists C_{si} \rightarrow P_j]$ avec $C_{si} \neq C_{s0}$ ou $C_{si} = C_{s0}$ et avec la théorie $\theta(P_j)$ retenue comme approche de réflexion sur le problème P_j ; théorie susceptible d'amener le chercheur à envisager la cause C_{s0} comme source de P_j à l'opposé de la cause $C_{si} \neq C_{s0}$ effectivement intégrée à l'hypothèse par le chercheur.

Il faut, dans ce contexte faire le parallèle entre la cause supposée C_{si} proposée par le chercheur dans l'hypothèse et la cause C_{s0} proposable par la théorie $\theta(P_j)$ liée au problème P indice j . S'il y a équivalence entre ces deux causes, on peut conclure que l'hypothèse est théoriquement confirmée. Dans le cas contraire, elle sera théoriquement infirmée.

Soit :

- **Csi = Cs0 : hypothèse théoriquement confirmée ;**
- **Csi ≠ Cs0 : hypothèse théoriquement infirmée.**

Dans les deux cas, la confirmation ou l'infirmation théorique seront validées ou non par les résultats de l'enquête, soit par une confirmation statistique (ou empirique), soit par une infirmation statistique (ou empirique).

B- Conditions de confirmation ou d'infirmation statistique des hypothèses

Si le nombre de causes supposées Csi est n, et le poids de chaque cause est PCsi avec $PCsi \leq 100\%$, deux résultats sont envisageables pour une cause Csa (cause supposée de rang α) : la confirmation statistique et l'infirmation statistique de l'hypothèse causale.

1- Cas de la confirmation statistique par rapport à $H(Pj) \ni Csa \rightarrow Pj$

La cause Csa répondra à une confirmation statistique si son poids PCsa est statistiquement significatif, c'est-à-dire si PCsa est supérieur ou égal à la moyenne des poids de toutes les causes supposées Csi, soit :

$$PCsa \geq \frac{\sum_{i=1}^n PCsi}{n}$$

2- Cas de l'infirmation statistique par rapport à $H(Pj) \ni Csa \rightarrow Pj$

La cause Csa répondra à une infirmation statistique si :

$$PCsa < \frac{\sum_{i=1}^n PCsi}{n}$$

C- Tableau de décisions lié aux conditions de vérification des hypothèses causales

1- Repères pour la construction du tableau et principe de décision de vérification de l'hypothèse causale

a- Forme générale d'une hypothèse $H(Pj)$ à caractère causal :

$H(Pj) \ni Csi \rightarrow Pj$

avec $j = 1 ; 2 ; 3$ et 4 soit un problème général et trois problème spécifique au plus ;

et $i = 1 ; 2$ et 3 soit trois causes supposées $Cs\alpha ; Cs\beta$ et $Cs\delta$;

puis $Cs\omega$ = autre cause que les trois causes supposées $Cs\alpha ; Cs\beta$ et $Cs\delta$.

b- Forme spécifique liée au choix de l'apprenant

$$H(P_j) \Xi Csi \rightarrow P_j$$

avec $P_j \in \{PG, PS1, PS2, PS3\}$

et $i = \alpha$

soit $H(P_j) \Xi Cs\alpha \rightarrow P_j$

c- Forme spécifique liée à la cause proposable par la théorie $\theta(P_j)$

Nous avons $i = \theta$ et

$H(P_j) \Xi Csi \rightarrow P_j$

avec $P_j \in \{PG, PS1, PS2, PS3\}$

d- Principe de décision de vérification de l'hypothèse causale

Le résultat statistique ou empirique l'emporte sur le résultat théorique.

2- Présentation du tableau de décision

Voir tableau n°3 présenté à la page suivante.

TABLEAU N°3 : DECISIONS POSSIBLES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES CAUSALES

CAS POSSIBLES	ELEMENTS DES CAS POSSIBLES		ELEMENTS DE DECISION par rapport aux autres causes Csi (Csβ, Csδ, Csω)	DECISIONS [ED(Pj) Ξ Cr $\rightarrow$ Pj]*
	Résultats théoriques par rapport à Csθ	Résultats statistiques par rapport à Csα		
1^{er} Cas Confirmation théorique de Csθ et confirmation statistique de Csα	Confirmation théorique de Csθ (Csα = Csθ)	Confirmation statistique de Csα $PC_{Cs\alpha} \geq \frac{\sum_{i=1}^n PC_{Csi}}{n}$	Confirmation statistique de Csβ	Hypothèse partiellement confirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csα+Csβ) $\rightarrow$ Pj
			Confirmation statistique de Csδ	Hypothèse partiellement confirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csα+Csδ) $\rightarrow$ Pj
			Confirmation statistique de Csβ et Csδ	Hypothèse partiellement confirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csα+Csβ+Csδ) $\rightarrow$ Pj
			Infirmerie statistique des autres causes Csi	Hypothèse confirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csα) $\rightarrow$ Pj
2^{ème} Cas Infirmerie théorique de Csθ et confirmation statistique de Csα	Infirmerie théorique de Csθ (Csα $\neq$ Csθ)	Confirmation statistique de Csα $PC_{Cs\alpha} \geq \frac{\sum_{i=1}^n PC_{Csi}}{n}$	Confirmation statistique de Csβ	Hypothèse partiellement confirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csα+Csβ) $\rightarrow$ Pj
			Confirmation statistique de Csδ	Hypothèse partiellement confirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csα+Csδ) $\rightarrow$ Pj
			Confirmation statistique de Csβ et Csδ	Hypothèse partiellement confirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csα+Csβ+Csδ) $\rightarrow$ Pj
			Infirmerie statistique des autres causes Csi	Hypothèse confirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csα) $\rightarrow$ Pj
3^{ème} Cas Confirmation théorique de Csθ et infirmerie statistique de Csα	Confirmation théorique de Csθ (Csα = Csθ)	Infirmerie statistique de Csα $PC_{Cs\alpha} < \frac{\sum_{i=1}^n PC_{Csi}}{n}$	Confirmation statistique de Csβ	Hypothèse infirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csβ) $\rightarrow$ Pj
			Confirmation statistique de Csδ	Hypothèse infirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csδ) $\rightarrow$ Pj
			Confirmation statistique de Csβ et Csδ	Hypothèse infirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csβ+Csδ) $\rightarrow$ Pj
			Infirmerie des autres causes Csi au profit d'une autre cause Csω	Hypothèse infirmée ED(Pj) Ξ (Cr = Csω) $\rightarrow$ Pj

CAS POSSIBLES	ELEMENTS DES CAS POSSIBLES		ELEMENTS DE DECISION par rapport aux autres causes Csi (Csβ, Csδ, Csω)	DECISIONS [ED(Pj) ∈ Cr → Pj]*
	Résultats théoriques par rapport à Csθ	Résultats statistiques par rapport à Csα		
4 ^{ème} Cas Infirmation théorique de Csθ et infirmation statistique de Csα	Infirmation théorique de Csθ (Csα ≠ Csθ)	Infirmation statistique de Csα $PCsα < \frac{\sum_{i=1}^n PCsi}{n}$	Confirmation statistique de Csβ	Hypothèse infirmée $ED(Pj) \in (Cr = Csβ) \rightarrow Pj$
			Confirmation statistique de Csδ	Hypothèse infirmée $ED(Pj) \in (Cr = Csδ) \rightarrow Pj$
			Confirmation statistique de Csβ et Csδ	Hypothèse infirmée $ED(Pj) \in (Cr = Csβ + Csδ) \rightarrow Pj$
			Infirmation des autres causes Csi au profit d'une autre cause Csω	Hypothèse infirmée $ED(Pj) \in (Cr = Csω) \rightarrow Pj$

*ED(Pj) = Elément de diagnostic lié au problème P de rang j

SOURCE : Cours de méthodologie de recherche en sciences sociales (S.C. GNANSOUNOU)

SECTION 2 : Mise en application de la méthodologie choisie et approches de solutions

Nous avons procédé ici à la vérification des hypothèses à partir de la mobilisation et de l'analyse des données. Des approches de solutions ainsi que des mesures d'accompagnement pour leur mise en œuvre ont ensuite été formulées à l'endroit des autorités politiques et administratives.

PARAGRAPHE 1 : Collecte, dépouillement, présentation et analyse des données

Nos principales sources d'informations furent : les documents consultés (le journal des écritures, le projet de manuel de procédure de la Direction des Ressources Financières et du Matériel, les dossiers d'évacuation sanitaire) les agents de la Direction et de la Délégation du Contrôle Financier.

I- Collecte et dépouillement des données

A- Collecte des données

Conformément aux approches empiriques précédemment retenues, nous avons élaboré un guide d'entretien et un questionnaire que nous avons soumis à un panel de 20 personnes, représentant la population mère de notre étude (voir annexe n°6). L'élaboration de ce guide d'entretien et de ce questionnaire a tenu compte de notre souci de déceler les causes réelles des différents problèmes spécifiques identifiés.

Il convient de rappeler que notre enquête s'est déroulée exclusivement au Ministère de la Santé. Diverses difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation de ces enquêtes. Nous avons, par exemple, été confronté à des réticences de la part de certaines personnes que nous avons approchées. Quant aux limites des données recueillies, elles sont liées à la marge d'erreur pouvant provenir de la négligence ou de la méfiance des enquêtés. Toutefois, ces difficultés et limites ne sont pas de nature à remettre en cause le caractère scientifique et technique des résultats que nous avons présentés.

B- Dépouillement des données d'enquête

A la fin de la collecte des données, nous avons procédé à un dépouillement manuel sur la base d'une feuille de dépouillement conçue pour chaque question.

Le traitement des données s'est fait au moyen des tableaux simples.

II - Présentation des données

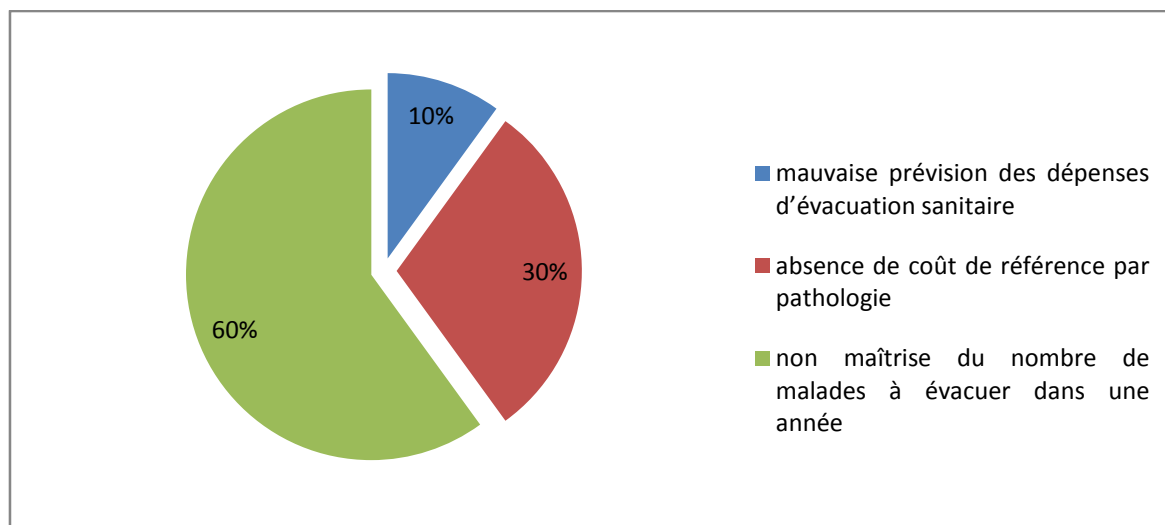
A- Présentation des données et des grandes tendances liées au PS1

1- Présentation graphique des données liées au PS1

Afin de vérifier l'hypothèse relative au **coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE**, la question suivante a été posée : « qu'est-ce qui justifie le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE ? ». Les réponses à cette question sont consignées dans le tableau n°9 (voir annexe n°5)

Le graphique suivant explique bien les résultats d'enquête liés à ce PS n°1.

FIGURE N°1 : Causes du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE



SOURCE : nos investigations

2- Grandes tendances liées au PS1

Des données issues du tableau n°9, il ressort que :

- 2 personnes, soit 10% des enquêtés, estiment que le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE s'explique par la mauvaise prévision des dépenses d'évacuation sanitaire ;

- 6 personnes, soit 30%, ont mis l'accent sur l'absence de coût de référence par pathologie comme source de ce PS ;
- 12 personnes, soit 60% des questionnés, pensent que c'est plutôt la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année qui justifie le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE.

De même, après les échanges avec les agents ciblés pour notre entretien, il ressort que le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE est due à la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année.

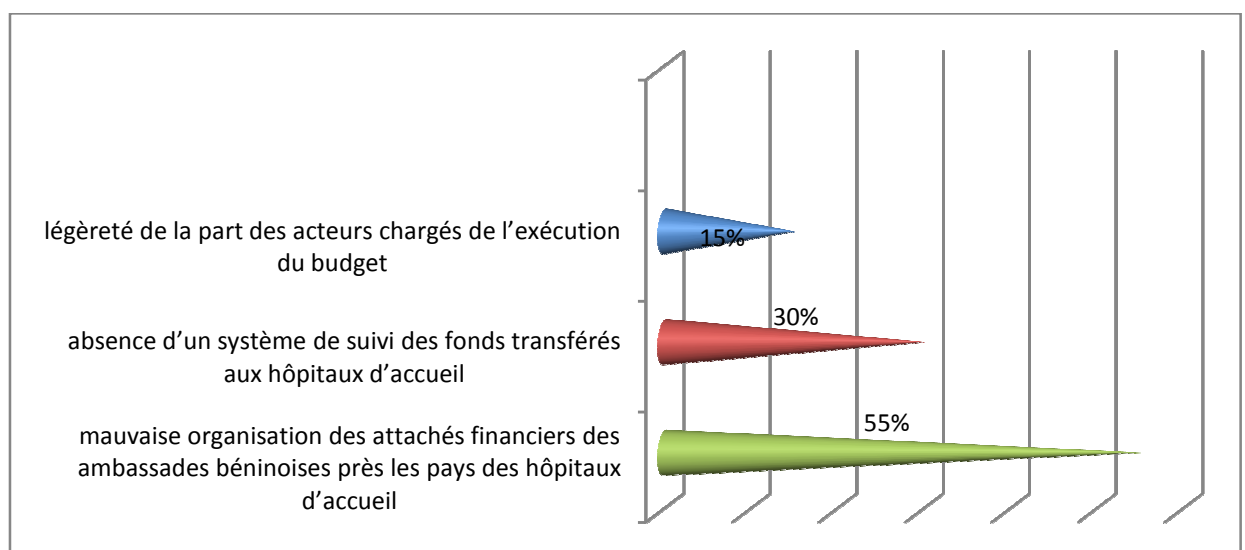
B- Présentation des données et des grandes tendances liées au PS2

1- Présentation graphique des données liées au PS2

En vue de déterminer la cause réelle se trouvant à la base du **non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil**, nous avons posé la question suivante à nos enquêtés : « qu'est-ce qui explique à votre avis le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil ? ». Les réponses à cette question sont enregistrées dans le tableau n°10 (voir annexe n°5).

Le graphe ci-après nous donne un aperçu de ces résultats.

FIGURE N°2 : causes du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil.



SOURCE : nos investigations

2- Grandes tendances liées au PS2

Les résultats de nos enquêtes consignés dans le tableau n°10 indiquent ce qui suit :

- 3 personnes, soit 15% des enquêtés, pensent que la légèreté de la part des acteurs chargés de l'exécution du budget est à la base du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil ;
- 6 personnes, soit 30%, considèrent au contraire que le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est dû à l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil ;
- 11 personnes, soit 55%, estiment quant à elles que c'est la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil qui explique le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil.

En outre, nos entretiens avec les agents chargés de l'exécution des évacuations sanitaires nous ont révélé que, le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est lié à la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil.

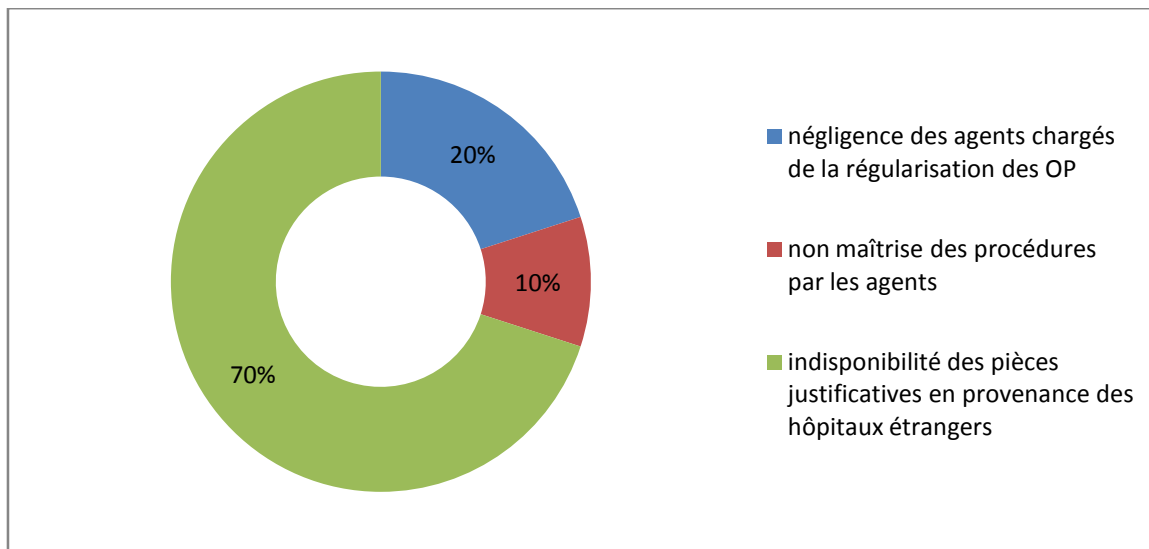
C- Présentation des données et des grandes tendances liées au PS3

1- Présentation graphique des données liées au PS3

Dans le but de vérifier l'hypothèse liée à **la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires**, la question posée aux enquêtés est la suivante : « Selon vous, qu'est-ce qui justifie la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires ? ». Les diverses réponses recueillies à cette question sont consignées dans le tableau n°11. (Voir annexe n°5)

Ces différentes données nous permettent de construire le graphique ci-après :

FIGURE N°3 : Causes de la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires



SOURCE : nos investigations

2- Grandes tendances liées au PS3

A l'issue du dépouillement des données d'enquête recueillies sur ce problème et consignées dans le tableau n°11, nous constatons que :

- 4 personnes, soit 20% des enquêtés, justifient la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires par la négligence des agents chargés de la régularisation des OP ;
- 2 personnes, soit 10%, trouvent au contraire que la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires est due à la non maîtrise des procédures par les agents.
- 14 personnes, soit 70%, estiment quant à elles que c'est l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil qui explique la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires.

Par ailleurs, nos entretiens avec les agents ciblés pour notre recherche nous ont révélé que c'est l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil qui justifie la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires.

III- Analyse des données : établissement du diagnostic

A- Analyse des données liées au PS1

Rappelons que l'hypothèse ici est : « **la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année est à la base du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE** ». Cette hypothèse met en évidence la cause supposée de la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année en matière d'évacuation sanitaire. L'approche de **V. Djukanovic et E.P. Mach** retenue s'inscrit dans la même logique. Nous constatons ainsi que la cause retenue est en relation avec l'esprit de la théorie retenue. Partant, comme nous l'avons retenu au niveau des conditions de vérification des hypothèses, la présente **hypothèse est confirmée théoriquement** sous réserve des enquêtes de terrain.

Pour la vérification statistique, nous constatons, après calcul, que la moyenne des poids des causes est de 33,33%. A ce niveau, la cause retenue dans l'hypothèse a réuni à elle seule un poids total de 60%, soit un poids bien supérieur à la moyenne de toutes les causes supposées dans l'étude. **L'hypothèse n°1 est donc statistiquement confirmée.**

Il s'ensuit que l'hypothèse est confirmée. L'élément de diagnostic est donc le suivant : **la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année est à la base du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE.**

B- Analyse des données liées au PS2

Rappelons que l'hypothèse est ici : « **le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est dû à l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil** ». Cette hypothèse met en évidence la cause supposée de l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil. La théorie de **Stéphanie DAMAREY** retenue propose la même cause à savoir : **l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil**. Cette théorie affirme en effet que le suivi dans la gestion des fonds publics appelle l'instauration d'un système qui permette des contrôles permanents sur la gestion des finances publiques. Nous constatons ainsi que la cause retenue est en relation avec l'esprit de la théorie. Par conséquent, comme nous l'avons retenu au niveau des conditions de vérification des

hypothèses, nous déduisons que la présente **hypothèse est confirmée théoriquement** sous réserve des enquêtes de terrain.

Au niveau statistique, la cause retenue dans l'hypothèse a réuni un poids total de 30%, inférieur à la moyenne de toutes les causes supposées dans l'étude qui est de 33,33%. Par contre, la cause relative à la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil, recueille à elle seule un poids total de 55%, ce qui permet de la retenir comme cause réelle du problème en résolution. **L'hypothèse n°2 de notre étude est donc statistiquement infirmée.**

A cet effet, nous pouvons conclure que l'hypothèse est infirmée et que l'élément de diagnostic se présente comme suit : **le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est dû à la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil.**

C- Analyse des données liées au PS3

Pour rappel, l'hypothèse ici est formulée comme suit : « **la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires est due à l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil** ». Cette hypothèse met en évidence la cause supposée de l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil. L'approche de **S. GOUNDETE** retenue stipule que les dépenses exécutées par OP doivent faire l'objet de régularisation à partir de la production des pièces justificatives. Nous constatons ainsi que la cause retenue est en accord avec la théorie adoptée à ce niveau. Dans cette situation et comme nous l'avons retenu au niveau des conditions de vérification des hypothèses, nous pouvons conclure que la présente **hypothèse est confirmée théoriquement** sous réserve des enquêtes de terrain.

Au niveau des résultats des enquêtes, la cause retenue dans l'hypothèse a réuni à elle seule un poids total de 70%, supérieur à la moyenne des poids des causes supposée (la moyenne étant de 33,33%). Ainsi, l'hypothèse n°3 selon laquelle la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires est due à l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil est statistiquement confirmée.

En rapprochant la confirmation théorique de celle statistique, nous pouvons conclure que l'hypothèse n°3 est confirmée. Cette confirmation permet d'établir le diagnostic qui suit : **l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil est à la base de la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires.**

PARAGRAPHE 2 : Approches de solutions et mesures d'accompagnement des solutions proposées

I- Approches de solution liées aux divers problèmes en résolution

A- Approche de solution au PS1

Le diagnostic établi est le suivant : **la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année est à la base du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE.** Il devient donc impérieux de s'attaquer à cette cause de la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année, en terme surtout de réduction de ce nombre. Pour ce faire, il faut :

- décourager les évacuations sanitaires de complaisance qui alourdissent inutilement le budget initial prévu. En effet, il n'est pas rare de constater que des pathologies pouvant être traitées sur le territoire béninois fassent pourtant objet d'évacuation pour des raisons autres que sanitaires. Cette pratique pénalise les populations démunies qui sont réellement dans le besoin ;
- procéder à une sélection plus rigoureuse des malades devant bénéficier de prise en charge pour une évacuation sanitaire. A cet effet, nous proposons que priorité soit donnée aux malades qui ont de véritables chances de guérison ;
- éviter tout dépassement de crédits sur la rubrique budgétaire « fonds d'urgence » destinée à la prise en charge des évacuations sanitaires des indigents quel que soit le motif. Mais cette mesure appelle une dotation initiale sincère et réaliste ;
- rendre disponible au Bénin, au profit du plus grand nombre de personnes, une offre de soins spécialisés. Cette mesure permettra de répondre plus efficacement aux besoins de santé de la population sur le territoire béninois et favorisera de facto la réduction du nombre de malades à évacuer.

B- Approche de solution au PS2

Il s'est révélé, après la réalisation des enquêtes, que **le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est dû à la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil**. Il convient toutefois de préciser que la mauvaise organisation relevée ne met pas forcément en cause un laxisme desdits attachés financiers, mais met plutôt en exergue les insuffisances des textes qui organisent les services financiers de l'Etat. Il n'y a en effet pas de compétence en dehors ni au-delà des textes. L'identification par les textes des attachés financiers des ambassades pour le contrôle des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil se révèle donc indispensable. Ceci consistera très précisément à responsabiliser l'Ambassade du Bénin près le pays d'accueil pour le suivi de l'exécution de toutes les dépenses afférentes aux évacuations sanitaires.

Ce suivi consistera essentiellement à s'assurer du bon déroulement des traitements, à s'informer sur les dépenses engagées par l'hôpital d'accueil, à faire le point des décaissements et à rendre compte aux services compétents du niveau de consommation des fonds transférés. Ce suivi permettra d'attirer, en temps opportun, l'attention des autorités à divers niveaux sur les disponibilités financières de l'Etat béninois détenues par les hôpitaux étrangers. Pour ce faire, nous suggérons de :

- confier expressément aux ambassades béninoises, le contrôle des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil, et ceci, à travers des textes législatifs ;
- mettre en place un mécanisme de liaison efficace entre les ambassades béninoises et les hôpitaux d'accueil ;
- mettre en place et rendre fonctionnel un système de coordination entre les ambassades béninoises et les services financiers de l'Etat compétents en matière d'évacuation sanitaire.

C- Approche de solution au PS3

L'analyse des résultats des enquêtes effectuées sur le problème de la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires nous a permis de poser comme diagnostic que : **la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires est due à l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil**. La non régularisation effective des OP se justifie

donc par la non transmission des factures par les hôpitaux, bien que l'obligation leur en ait été faite. Il s'agit là d'un problème crucial qui nécessite des approches de solutions comme :

- la mise à contribution de l'Ambassade du Bénin près le pays d'accueil, pour la récupération des factures ;
- la nomination d'un agent, parmi les attachés financiers de l'ambassade, comme comptable assermenté pour les évacuations sanitaires chargé de produire mensuellement la situation financière des fonds transférés dans les hôpitaux hors du Bénin. Ce comptable doit vérifier sur la base des factures reçues, le coût définitif des soins du malade par rapport au montant reçu par l'hôpital pour le traitement du patient ;
- ces factures reçues par l'attaché financier seront reproduites en trois exemplaires dont une copie remise au malade avant son retour, une deuxième copie devant être gardée dans les archives de l'Ambassade et la dernière copie sera transmise à la DRFM avec un rapport hebdomadaire sur les évacuations sanitaires reçues. Ce rapport doit dénoncer les cas de décès en cours de traitement et les montants de devis surestimés pour permettre le reversement des fonds excédentaires ;
- la création d'une section « régularisation des ordres de paiement » au niveau de la DRFM, chargée de la réception des factures et du traitement des dossiers de régularisation des dépenses d'évacuation sanitaire. Dès réception des factures, les agents chargés de la régularisation doivent travailler avec diligence pour une régularisation effective et dans les délais impartis.

La nomenclature des pièces justificatives des dépenses publiques est bien claire sur la question de la régularisation des ordres de paiement. Les dépenses consécutives aux évacuations sanitaires sont régularisées sur la base des factures certifiées et liquidées. En tout état de cause, cette exigence de droit public ne saurait souffrir d'aucune dérogation.

II- Mesures d'accompagnement des solutions proposées

Elles constituent les préalables nécessaires à une véritable application des solutions précédemment énoncées. Elles sont formulées par rapport à chaque problème spécifique.

A- Mesure d'accompagnement de la solution liée au PS1

L'évacuation sanitaire, tel que pratiquée actuellement au Bénin, est la preuve de l'absence d'une action sanitaire « autocentrée » et « autoentretendue ». La pratique des évacuations sanitaires, toujours onéreuse avec des résultats mitigés, ne saurait être la règle, la norme. Elle est et reste de l'ordre de l'exceptionnel, car en dehors de l'hémorragie financière qu'elle provoque, l'évacuation sanitaire contrevient au principe constitutionnel de l'égalité devant la maladie.

Il serait donc souhaitable, que l'Etat rende disponible tout près, au profit du plus grand nombre de personnes, dans un environnement de vie et un contexte similaire au cadre de vie habituel du patient, une offre de soins spécialisés, de qualité en tout point de vue comparable à ce qui se fait de mieux en Occident ou dans le Maghreb. En plus d'être une marque de prestige, de fierté et d'indépendance, toute la population pourra profiter des nouvelles infrastructures hospitalières et de l'efficacité d'un nouveau système performant de traitement médical. Cela contribuera à l'amélioration certaine de l'espérance de vie.

L'Etat doit également s'investir pour travailler en synergie avec les pharmacies locales et même offrir des garanties quant à l'importation de médicaments de bonne qualité à moindres frais. Il doit en outre exercer son autorité pour arrêter le phénomène de la vente illicite de médicaments car, ils sont aussi source de nombreuses affections.

B- Mesure d'accompagnement de la solution liée au PS2

Une meilleure gestion des crédits budgétaires liés aux évacuations sanitaires appelle, de la part des agents chargés de l'exécution du budget, une plus grande attention. Les ressources publiques, engagées dans le cadre des évacuations sanitaires, ne sont pas suivies avec toute la diligence requise. Les hôpitaux étrangers en sont conscients. Ce fait justifie toute la liberté qu'ils se donnent à imposer à l'Etat Béninois ce qui leur convient. Les autorités du Ministère de la Santé doivent, dorénavant, passer des contrats plus étudiés avec les hôpitaux d'accueil. Dans ces contrats, chacune des deux parties devra préciser ses exigences et les faire accepter de l'autre. Ceci leur permettra de s'entendre sur des préalables pour qu'à l'avenir, le Trésor public béninois puisse obtenir aisément la situation des fonds transférés aux hôpitaux, notamment ceux demeurés non employés.

C- Condition de mise en œuvre de la solution liée au PS3

La solution proposer ici constitue pour l'essentiel à nommer un attaché financier de l'ambassade, chargé entre autre de rassembler les factures relatives aux évacuations sanitaires et à les transmettre à la DRFM sur la base d'un rapport hebdomadaire. Nous avons aussi préconisé qu'il faudrait que dès réception des factures, les agents chargés de la régularisation au niveau de la DRFM travaillent avec diligence pour une régularisation effective et dans les délais impartis. Pour ce faire, il est impératif que des mesures idoines soient prises pour intensifier et actualiser la formation des différents acteurs concernés. Ces derniers doivent s'approprier les exigences requises pour conduire à bien les dépenses effectuées sans ordonnancement préalable.

TABEAU N°4 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE « Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé du Bénin »

NIVEAU D'ANALYSE		PROBLEME A RESOUDRE*	OBJECTIF DE RECHERCHE	CAUSES REELLES	DIAGNOSTIC DE L'ÉTUDE	APPROCHES DE SOLUTIONS
NIVEAU GENERAL		Problème général : gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé	Objectif général : identifier les conditions d'une gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé	-	-	-
NIVEAU SPECIFIQUE	1	Problème spécifique 1 : coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE	Objectif de recherche 1 : déterminer les conditions de la réduction du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE	Cause réelle 1 : non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année	la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année est à la base du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE	- décourager les évacuations sanitaires de complaisance ; - prioriser les malades qui ont de véritables chances de guérison ; - éviter tout dépassements de crédits quelque soit le motif ; - rendre disponible au Bénin, au profit du plus grand nombre de personnes, une offre de soins spécialisés et de qualité. Cette mesure favorisera de facto la réduction du nombre de malades à évacuer.
	2	Problème spécifique 2 : non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil	Objectif de recherche 2 : définir les conditions de reversement effectif à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil	Cause réelle 2 : mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil	le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil est dû à la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil	- confier expressément aux ambassades béninoises, le contrôle des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil, et ceci, à travers des textes législatifs ; - mettre en place un mécanisme de liaison efficace entre les ambassades béninoises et les hôpitaux d'accueil ; - mettre en place et rendre

						fonctionnel un système de coordination entre les ambassades béninoises et les services financiers de l'Etat compétents en matière d'évacuation sanitaire.
3	Problème spécifique 3 : non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires	Objectif de recherche 3 : rechercher les conditions de la régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires	Cause réelle 3 : indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil	la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires est due à l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil		- mettre à contribution l'Ambassade du Bénin près le pays d'accueil, pour la récupération des factures ; - nommer un attaché financier comme comptable assermenté pour les évacuations sanitaires chargé de produire mensuellement la situation financière des fonds transférés dans les hôpitaux hors du Bénin ; - créer une section « régularisation des ordres de paiement » au niveau de la DRFM, chargée de la réception des factures et du traitement des dossiers de régularisation des dépenses d'évacuation sanitaire

***Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.**

SOURCE : Synthèse issue du diagnostic et des propositions de solutions.

Conclusion

Le profil sanitaire du Bénin est caractérisé par un tableau de morbidité élevé malgré tous les programmes et les réformes mis en œuvre au cours des dernières années pour assurer l'amélioration de l'état de santé des populations. Conséquence : le Bénin, à l'instar d'autres pays de la sous région, recourt le plus souvent aux hôpitaux étrangers pour la prise en charge de ses citoyens qui souffrent de pathologies dont le traitement est problématique, en raison du manque de matériels adéquats et de compétences avérées dans le domaine. Mais ces évacuations sanitaires reviennent excessivement chères à l'Etat et pèsent énormément sur le Budget National. Si les crédits budgétaires affectés aux évacuations sanitaires étaient gérés de façon optimale, on pourrait trouver en cela une source de consolation. Malheureusement, nos autorités se préoccupent très peu de la bonne utilisation des fonds décaissés au titre des évacuations sanitaires. Cela constitue une brèche qui permet aux hôpitaux étrangers de ne se soumettre à aucun contrôle, ce qui pose un problème de reddition. Pourtant, la chaîne de gestion des finances publiques, notamment celle des dépenses, est la partie la plus sensible car l'exécution des dépenses publiques obéit à des exigences dont la méconnaissance et la violation peuvent être source d'inefficacité ou de manque à gagner pour l'Etat.

Le présent travail réalisé sur le système d'évacuation sanitaire des indigents à l'étranger mis en œuvre au Bénin nous a permis de relever un certain nombre de problèmes qui entravent la gestion efficiente des crédits budgétaires affectés à ce titre.

Après nous être penchés sur la question, nous en sommes venus à la conclusion selon laquelle, la gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé, est due aux problèmes spécifiques ci-après :

- le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE ;

- le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil ;
- la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires.

Dans le souci de contribuer à une gestion efficiente des ressources entrant dans le cadre des évacuations sanitaires des indigents, nous avons établi un diagnostic. Ainsi s'avère-t-il, après analyse des différents problèmes spécifiques, que d'abord, la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année est à la base du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE. Le problème du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil, quant à lui, s'est révélé être la conséquence de la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil. Enfin, à la base de la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires, se trouve le problème de l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil.

A l'issue de ce diagnostic, des propositions de solutions ont été faites pour améliorer la situation observée sur le terrain. Nous retiendrons globalement de ces propositions de solutions, qu'il urge que l'on réduise les évacuations sanitaires en priorisant les malades qui ont de véritables chances de guérison et que tout soit mis en œuvre pour éviter les dépassements de crédits en matière d'évacuation sanitaire, quelque soit le motif. Il conviendrait également de rappeler à l'attention des décideurs politiques et des acteurs de la chaîne d'exécution des dépenses d'évacuation sanitaire à l'étranger, que l'efficacité dans l'action publique réside dans la capacité des acteurs intervenant à chaque niveau de la chaîne de gestion et de décisions, à s'approprier les exigences liées à leurs rôles et responsabilités ainsi que les réflexes à acquérir pour l'objectivité et la célérité dans la mise en œuvre des actions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

PRINCIPAUX OUVRAGES, MEMOIRES ET RAPPORTS UTILISES

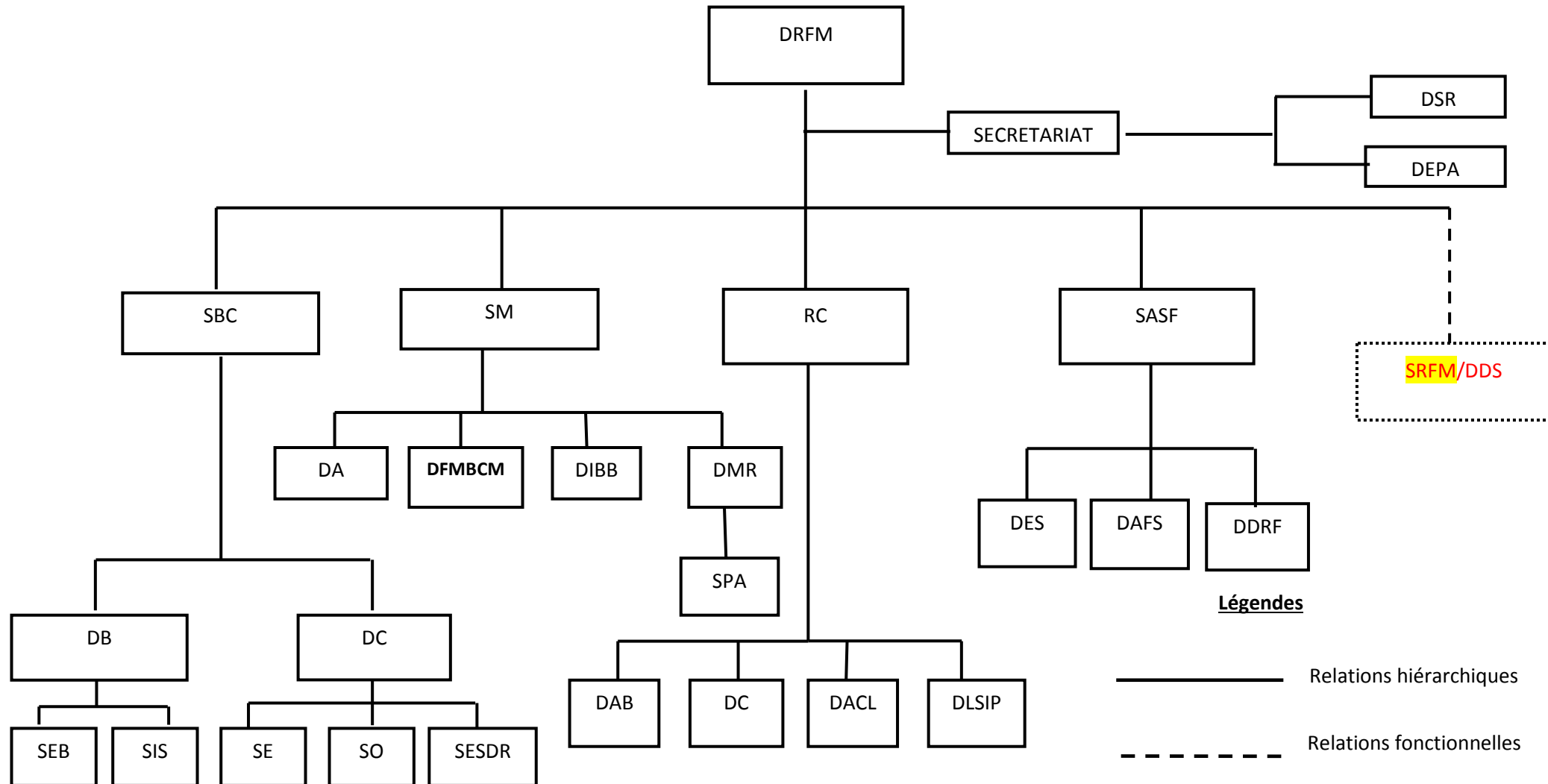
- ADEDEMI F. (2011) « Contribution à l'éradication des facteurs de régularisation tardive des dépenses publiques exécutées par OP SIGFIP », ENAM, cycle II, AFT ;
- ADJOBO M. A. (2010) « Contribution à l'optimisation des dépenses relatives aux évacuations sanitaires des Agents Permanents de l'Etat (APE) CIVILS », ENAM, cycle I, AFT ;
- AGBANGBE M. A. (2007) « Contribution à une meilleure gestion des dépenses d'évacuations sanitaires hors de la République du Bénin », ENAM, cycle II, AFT ;
- DAMAREY, S, (2007) « Exécution et contrôle des Finances publiques », éditions Gualino, EJA- PARIS ;
- Djukanovic V. et E.P. Mach, (1975) « Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement », Genève, Organisation Mondiale de la Santé ;
- LANMASSO A. (2009) « Contribution à l'organisation rationnelle des dépenses relatives aux évacuations sanitaires des APE en fonction » mémoire de fin de formation du cycle I de l'ENAM ;
- Ministère de la Santé du Bénin (2009) : Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, mimographe ;
- Ministère de la Santé du Bénin (2013) : Arrêté n°107/MS/DC/SGM/CTJ/DRFM/SA du 13 Mai 2013 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction des Ressources Financières et du Matériel, mimographe ;
- Présidence de la République du Bénin (1995) : Décret n°95-387 du 28 novembre 1995 portant régime des indemnités à allouer aux évacués sanitaires devant suivre des soins à titre externe à l'étranger, mimographe ;
- Présidence de la République du Bénin (2005) : Décret n°2005-834 du 30 Décembre 2005 portant Réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin, mimographe ;
- Présidence de la République du Bénin (2012) : Décret n°2012-272 du 13 Août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, mimographe.

ANNEXES

LISTES DES ANNEXES

N°	TITRES	PAGES
ANNEXE N°1	Organigramme de la DRFM	64
ANNEXE N°2	Etat des lieux à l’interne sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité	66
ANNEXE N°3	Etat des lieux à l’externe sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité	73
ANNEXE N°4	Présentation non homogène de la problématique de l’étude	78
ANNEXE N°5	Causes explicatives des problèmes spécifiques	80
ANNEXE N°6	Guide d’entretien et questionnaire d’enquête	81

ANNEXE N°1 : ORGANIGRAMME DE LA DRFM



LEGENDE RELATIVE A L'ORGANIGRAMME DE LA DRFM

DA	: Division des Approvisionnements
DAFS	: Division Assistance, Formation et Suivi
DB	: Division Budget
DC	: Division Comptabilité
DDRF	: Division de la Décentralisation des Ressources Financières
DEPA	: Division de l'Enregistrement et du Pré-Archivage
DES	: Division des Etudes et Synthèses
DFMBCM	: Division des Stocks de Fournitures, du Matériel de Bureau et de la Comptabilité des Matières
DIBB	: Division des Immeubles Bâti et Non Bâti
DLSIP	: Division de la Liquidation et du Suivi des Indemnités et Primes du Secteur
DMR	: Division du Matériel Roulant
DRFM	: Direction des Ressources Financières et du Matériel
DSR	: Division de la Saisie et de la Reprographie
RC	: Régie Centrale
SASF	: Service d'Assistance et du Suivi du Financement de la Santé
SBC	: Service du Budget et de la Comptabilité
SEB	: Section Elaboration du Budget
SESDR	: Section Evacuations Sanitaires et Dépenses non Réparties
SE	: Section Engagement
SIS	: Section Informations et Statistiques
SM	: Service du Matériel
SO	: Section des Ordonnancements
SRFM	: Service des Ressources Financières et du Matériel

ANNEXE N°2 : ETAT DES LIEUX A L'INTERNE SUR LES ACTIVITES DU SERVICE DU BUDGET ET DE LA COMPTABILITE

Pour rappel, les activités effectuées au niveau du Service du Budget et de la Comptabilité sont les suivantes :

- activité n°1 : l'élaboration du budget du secteur Santé ;
- activité n°2 : l'exécution du budget du secteur Santé ;
- activité n°3 : l'évacuation sanitaire des indigents.

A- Observations sur l'élaboration du budget du secteur Santé

1. Constat significatif (CS) n°1

Les observations faites ici s'inscrivent dans l'optique d'une élaboration satisfaisante du budget du secteur Santé. Nous avons ainsi pu observer, par rapport à cette activité, que tout était mis en œuvre par le Service du Budget et de la Comptabilité pour rendre le budget du secteur disponible à bonne date. En effet, l'élaboration du budget suit un certain nombre d'étapes à savoir :

- le lancement et la communication du cadre de dépense à moyen terme (CDMT-secteur Santé) ;
- l'expression des besoins par les directions³ et leur synthèse ;
- la prise en compte de la marge financière et des objectifs retenus.

Par rapport à cette séquence, déjà au début du mois de mai, le Chef du Service du Budget et de la Comptabilité, en collaboration avec le Service de la Programmation⁴, lance les concertations budgétaires suite à la communication du CDMT-secteur Santé par le Ministère de l'Economie et des Finance. Cette célérité permet de rendre le budget du secteur disponible à bonne date, ce qui traduit **l'élaboration diligente du budget du secteur Santé**.

CS N°1 : élaboration diligente du budget du secteur Santé (Force).

³ Les Directions Départementales de la Santé (DDS), les Zones Sanitaires et les Projets / Programmes.

⁴ Le Service de la Programmation est le service de la Direction de la Programmation et de la Prospective chargé de coordonner et d'élaborer les budgets programmes.

2. Constat significatif n°2

En revanche, au niveau du CDMT–secteur Santé, **l’arbitrage intra ministériel ne favorise pas la répartition objective des crédits entre les structures centrales, intermédiaires et périphériques**. En effet, à peine 12% des ressources allouées au secteur reviennent aux niveaux intermédiaires (DDS) et périphériques (zones sanitaires), alors que les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 prévoient une allocation d’au moins 60%.

CS N°2 : répartition non objective des crédits entre les structures centrales, intermédiaires et périphériques (Faiblesse).

3. Constat significatif n°3

Il est également regrettable qu’il n’existe **aucune clé formelle de répartition des crédits entre les structures intermédiaires et périphériques**. En effet, même les 12% de crédits alloués aux structures à la base sont répartis selon des critères méconnus des acteurs concernés.

CS N°3 : inexistence de clé formelle de répartition des crédits aux structures intermédiaires et périphériques (Faiblesse).

4. Constat significatif n°4

Cette situation est aggravée par **la mise tardive des crédits à la disposition des structures à la base**, induisant de facto la consommation mitigée de ces crédits budgétaires.

CS N°4 : mise à disposition tardive des crédits au profit des structures à la base (Faiblesse).

B- Constats sur l’exécution du budget

1. Constat significatif n°5

L’analyse des activités observées ici s’inscrit dans une logique d’exécution performante du budget du secteur Santé. Nous avons ainsi noté, en ce qui concerne cette activité, l’informatisation de la procédure d’exécution des dépenses publiques.

En effet, les dépenses du secteur Santé sont effectuées à travers le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (*SIGFiP*), ce qui favorise **le suivi effectif de l'exécution du budget** et partant, assure la fiabilité des données financières.

CS N°5 : suivi effectif de l'exécution du budget (Force).

2. Constat significatif n°6

On regrette cependant certains dysfonctionnements qui paralysent le bon déroulement de l'exécution des dépenses. Il s'agit notamment des coupures intempestives de courant électrique et **la non performance des sources énergétiques de relais**. C'est ce dernier point qui appelle notre critique. En effet, les coupures de courant ne dépendent pas du Service du Budget et de la Comptabilité, mais des mesures peuvent toutefois être prises pour corriger la défaillance des sources énergétiques de relais.

CS N°6 : caractère non performant des sources énergétiques de relais (Faiblesse).

3. Constat significatif n°7

Par ailleurs, nous avons noté de **fréquentes fermetures du SIGFiP**. Le *SIGFiP* est ainsi demeuré indisponible la majeure partie de notre stage, ce qui ne permet pas de procéder à l'engagement des dépenses à bonne date.

CS N°7 : fermetures fréquentes du SIGFiP (Faiblesse).

4. Constat significatif n°8

En outre, les agents chargés d'intervenir sur la plate-forme *SIGFiP* se plaignent régulièrement de **la vétusté de certains ordinateurs qui se plantent en pleine utilisation, ainsi que des imprimantes et des photocopieuses désuètes** qui ralentissent l'exécution des activités du service.

CS N°8 : vétusté de certains appareils informatiques (Faiblesse).

C- Points sur l'évacuation sanitaire des indigents

1. Constat significatif n°9

Les observations faites sur cette activité s'inscrivent dans une logique de gestion efficiente de l'évacuation sanitaire des indigents. Nous avons ainsi noté la volonté de l'Etat à rendre les soins de santé accessibles à toutes les couches sociales.

En effet, **la prise en charge par le Budget Général de l'Etat (BGE) des frais liés à une évacuation sanitaire** est accordée aux indigents au même titre qu'aux agents permanents de l'Etat civils et militaires en activité ou admis à la retraite, aux agents contractuels de l'Etat et aux personnalités de l'Etat non agents permanents.

CS N°9 : prise en charge effective par le Budget Général de l'Etat des frais liés aux évacuations sanitaires (Force).

2. Constat significatif n°10

Il faut cependant noter que **ni le législateur ni les autorités administratives n'ont arrêté une liste exhaustive des pathologies pouvant faire objet d'évacuation sanitaire**. Pourtant l'existence d'une telle liste aurait pu constituer un frein à l'hémorragie financière que provoque une évacuation sanitaire, toujours onéreuse.

CS N°10 : inexistence de liste exhaustive des pathologies faisant objet d'évacuation sanitaire (Faiblesse).

3. Constat significatif n°11

Les évacuations sanitaires des indigents ont une forte incidence financière sur le Budget National. En effet **le coût des frais de soins et d'hospitalisation supporté par le Budget Général de l'Etat dans le cadre des évacuations sanitaires des indigents est très élevé**.

Le tableau ci-après propose un récapitulatif du nombre d'indigents effectivement pris en charge de 2010 à 2014 ainsi que les montants des prises en charge correspondants.

**TABLEAU N°5 : RECAPITULATIF DES EVACUATIONS SANITAIRES DES INDIGENTS
EFFECTUEES DE 2010 A 2014**

N°	ANNEE	NOMBRE D'INDIGENTS	DEPENSES EFFECTUEES (FCFA)
1	2010	92	766 654 851
2	2011	122	750 629 180
3	2012	98	876 078 065
4	2013	102	759 435 427
5	2014	135	924 898 613
TOTAL		549	4 077 696 136

SOURCE : DRFM/MS 2015

A la lecture de ce tableau, on constate que de 2010 à 2014, cinq cent quarante neuf (549) indigents ont été évacués du Bénin vers les hôpitaux étrangers (situés en France pour la majorité), pour un montant total de quatre milliards soixante dix-sept millions six cent quatre vingt seize mille cent trente six (4 077 696 136) FCFA. Mais ces données ne sont que les statistiques des dossiers des indigents effectivement traités.

En effet, comme l'indique le tableau ci-après, les crédits alloués ne suffisent pas pour satisfaire les demandes d'évacuations qui ne cessent d'augmenter d'année en année.

**TABLEAU N°6 : BREF APERÇU DES DOSSIERS DES EVACUATIONS SANITAIRES REÇUS
DE 2011 A 2013 (LES MONTANTS SONT EN FCFA)**

ANNEE	DOTATION ANNUELLE	TOTAL DOSSIERS REÇUS	BESOINS DE FINANCEMENT
2011	777 967 000	901 227 518	123 260 518
2012	777 967 000	1 113 255 920	335 288 920
2013	777 967 000	1 306 442 978	460 155 324
TOTAL	2 333 901 000	3 320 926 416	918 704 762

SOURCE : DRFM/MS 2015

L'analyse des données contenues dans les tableaux 5 et 6 met ainsi en évidence l'impact très significatif des évacuations sanitaires des indigents sur le Budget Général de l'Etat (BGE).

CS N°11 : coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (faiblesse).

4. Constat significatif n°12

Par ailleurs, on observe **d'énormes dépassements de crédits sur la rubrique budgétaire « fonds d'urgence »** destinée à la prise en charge des évacuations sanitaires des indigents, malgré les dotations assez conséquentes initialement consacrées à cette catégorie de dépenses.

Le tableau n°7 nous donne l'évolution des dépenses relatives aux évacuations sanitaires des indigents de 2010 à 2014.

TABLEAU N°7 : EVOLUTION DES DEPENSES RELATIVES AUX EVACUATIONS SANITAIRES DES INDIGENTS DE 2010 A 2014 (LES MONTANTS SONT EN FCFA)

ANNEE	DOTATION INITIALE	DEPENSES EFFECTUEES	TAUX D'EXECUTION
2010	766 870 000	766 654 851	99,97%
2011	777 967 000	750 629 180	96,49%
2012	777 967 000	876 078 065	112,61%
2013	777 967 000	759 435 427	97,62%
2014	777 967 000	924 898 613	118,89%

SOURCE : DRFM/MS 2015

Les données de 2012 et celles de 2014 attestent ainsi de ces énormes dépassements de crédits.

CS N°12 : énormes dépassements de crédits sur la rubrique budgétaire « fonds d'urgence » (faiblesse).

5. Constat significatif n°13

Il convient de noter qu'il est procédé, par ordre de paiement (OP)⁵ à l'engagement des dépenses relatives aux évacuations sanitaires sur la base d'un devis prévisionnel établi par l'hôpital d'accueil du patient. Le montant figurant sur le devis n'est en effet qu'une estimation unilatérale de l'hôpital d'accueil, sans une réelle contre expertise de la partie béninoise. De plus, l'intégralité du montant du devis doit être envoyée à l'hôpital d'accueil avant le traitement du patient. **Ceci met en évidence le caractère incomplet des éléments d'appréciation de la fiabilité des coûts mis à la charge de l'Etat par les hôpitaux d'accueil.**

CS N°13 : caractère incomplet des éléments d'appréciation de la fiabilité des coûts mis à la charge de l'Etat par les hôpitaux d'accueil (Faiblesse).

6. Constat significatif n°14

Il faut par ailleurs remarquer que sur l'ensemble des dossiers ayant fait objet de virement, un certain nombre d'entre eux sont confrontés aux cas suivants :

- ⇒ le décès du patient avant sa présentation au rendez-vous médical ;
- ⇒ le décès du patient, dès son arrivée dans l'hôpital d'accueil, sans aucun soin administré ;
- ⇒ la modification du protocole de prise en charge du patient pour cause de changement de diagnostic après les examens sur place dans l'hôpital d'accueil.

Par défaut de rapprochement des comptes, **les reliquats issus de ces situations ainsi que les sommes non employées ne sont par retournés à l'Etat béninois** et constituent un grave manque pour le Trésor Public béninois.

CS N°14 : non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (Faiblesse).

⁵ Les dépenses liées aux évacuations sanitaires sont effectuées suivant la procédure dite "exceptionnelle" d'exécution des dépenses publiques. Cette procédure conduit à l'émission d'un Ordre de Paiement (OP) et permet ainsi d'éviter la lenteur et la lourdeur administrative qui caractérisent la procédure normale d'exécution des dépenses publiques.

ANNEXE N°3 : ETAT DES LIEUX A L'EXTERNE SUR LES ACTIVITES DU SERVICE DU BUDGET ET DE LA COMPTABILITE

Nous avons ici distingué l'effet du microenvironnement de celui du macro-environnement.

I- Etat des effets du microenvironnement sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité

Les diverses observations du microenvironnement sur les activités observées au Service du Budget et de la Comptabilité ont été faites par rapport :

- aux usagers ;
- aux prestataires de service ;
- aux partenaires de la DRFM

A- Par rapport aux usagers

1- Constat significatif n°15

Les observations faites ici se rapportent d'une part aux malades (indigents) qui devraient se rapprocher du Service du Budget et de Comptabilité (plus précisément la Division de la Comptabilité) pour connaître l'évolution de leur dossier. S'il est vrai que certains le font, beaucoup ne satisfont pas à cette obligation, laissant leur dossier sans suivi. **Nous assistons ainsi à un manque de suivi en amont des dossiers d'évacuation sanitaire.**

CS N°15 : manque de suivi en amont des dossiers d'évacuation sanitaire des indigents (Menace sur l'exécution efficace des évacuations sanitaires des indigents).

2- Constat significatif n°16

Nous notons également un nombre considérable d'usagers qui viennent soumettre à la DRFM, des demandes d'agrément au nom des établissements qu'ils représentent et qui souhaitent offrir leurs services au Ministère. **Cette diversité d'établissements permet à la DRFM de varier ses fournisseurs de service** et ainsi procurer au Ministère des prestations de qualité.

CS N°16 : diversification des fournisseurs de la DRFM (Opportunité pour l'exécution efficace du budget)

B- Par rapport aux prestataires de service

1- Constat significatif n°17

Il est du ressort du Service du Budget et de la Comptabilité (SBC) d'exécuter toutes les opérations d'engagement, d'ordonnancement et de liquidation des dépenses décidées par les ordonnateurs. Le SBC assure cette fonction conformément aux règles de la comptabilité publique, notamment, la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable public. Cette séparation fonctionnelle garantit **un paiement effectif aux prestataires en règles** vis-à-vis des documents comptables exigés pour la validité de leurs créances.

CS N°17 : paiement effectif des prestataires en règles (Opportunité pour l'exécution performante du budget).

2- Constat significatif n°18

Cependant, nous notons un **retard dans le paiement de ces prestataires**. En effet, l'indisponibilité du *SIGFiP* et les grèves qui ont paralysé le Ministère de la Santé des mois durant, ont largement perturbé l'exécution des dépenses du secteur, retardant ainsi le paiement des prestataires en règle.

CS N°18 : retard dans le paiement des prestataires (Menace sur l'exécution efficace du budget).

C- Par rapport aux partenaires de la DRFM

1- Constat significatif n°19

Les partenariats de la DRFM du Ministère de la Santé concernent essentiellement des rapports avec des hôpitaux étrangers (en France, en Italie, en Afrique du Sud, en Algérie, etc.) pour la prise en charge des malades évacués.

En principe, les hôpitaux devraient envoyer à la DRFM, pour régularisation, les factures définitives des soins prodigués aux malades, dans un délai de deux mois après le

traitement. Mais il est à noter que ces factures ne parviennent pas à la Direction pour lui permettre de procéder à la régularisation effective de ces ordres de paiement. Il en résulte **la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires.**

CS N°19 : non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires (Menace sur l'exécution efficiente des évacuations sanitaires des indigents).

2- Constat significatif n°20

En dehors de ses partenariats directs avec les hôpitaux étrangers, la DRFM est en relation avec les partenaires techniques et financiers (PTF) du ministère, pour faciliter la mobilisation des concours financiers accordés au secteur Santé par ces derniers. **Ces partenariats permettent de mobiliser des ressources supplémentaires non étatiques pour rehausser le niveau des ressources financières et matérielles du secteur santé.** Notons cependant que les appuis accordés par ces PTF demeurent pour le moment insuffisants et constituent une des questions à régler dans le secteur.

CS N°20 : mobilisation de ressources supplémentaires non étatiques pour rehausser le niveau des ressources financières et matérielles du secteur santé (Opportunité pour l'exécution efficace du budget)

II- Etat des effets du macro-environnement sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité

Les observations faites ici sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité ont été restituées par rapport :

- à l'environnement juridique et réglementaire ;
- à l'environnement politique et administratif ;
- à l'environnement international

A- Par rapport à l'environnement juridique et réglementaire

1- Constat significatif n°21

Les activités du Service du Budget et de la Comptabilité sont régies par des règles et principes sur l'exécution des dépenses publiques. En témoignent les directives de

l'UEOMA sur la Comptabilité publique, les dispositions impératives des lois de Finances, le décret n°2005-834 du 30 décembre 2005 portant réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin.

Mais **cette réglementation se révèle insuffisante dans certains domaines d'activité**. Il en est ainsi du décret portant réglementation des évacuations sanitaires en République du Bénin qui reste muet sur certains aspects élémentaires comme le montant maximal que l'Etat pourrait décaisser pour la prise en charge des évacuations sanitaires, ou encore les modalités de contrôle des fonds transférés aux hôpitaux étrangers.

CS N°21 : réglementation insuffisante des évacuations sanitaires des indigents (Menace sur l'exécution efficace des évacuations sanitaires des indigents).

2- Constat significatif n°22

De même, **cette réglementation se révèle insuffisante en matière d'élaboration du budget**. En effet, on note une forte concentration des crédits budgétaires au niveau central, alors que c'est la base qui constitue le niveau le plus opérationnel du secteur Santé (niveau intermédiaire et périphérique notamment).

CS N°22 : réglementation insuffisante de l'élaboration du budget (Menace sur l'élaboration satisfaisante du budget).

B- Observations par rapport à l'environnement politique et administratif

1- Constat significatif n°23

La satisfaction de l'intérêt général est l'un des objectifs fondamentaux de l'Administration publique béninoise. La DRFM, de par sa hiérarchisation, favorise l'atteinte de cet objectif, en déterminant les compétences et attributions de ses services tout en situant chaque chef de service devant ses responsabilités. Nous notons ainsi **une division fonctionnelle des tâches dont l'impact se ressent notamment sur l'exécution du budget**. En effet cette scission des tâches met en évidence la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable public qui est un gage de la bonne exécution des dépenses budgétaires.

CS N°23 : division fonctionnelle des tâches dans l'exécution du budget (Opportunité pour l'exécution efficace du budget).

2- Constat significatif n°24

Nous notons malgré cette division des tâches, une politisation de la DRFM, avec pour conséquence, des agents non qualifiés à certains postes de responsabilité. **Cette politisation de la DRFM qui se ressent également au niveau du Service du Budget et de la Comptabilité** est de nature à compromettre l'exécution diligente du budget.

CS N°24 : politisation du Service du Budget et de la Comptabilité (Menace sur l'exécution diligente du budget).

C- Observations par rapport à l'environnement international

1- Constat significatif n°25

Les impacts de l'environnement international notés à ce niveau se rapportent à la prise en charge effective des malades (indigents) évacués dans les hôpitaux étrangers. S'il faut décrier les ressources faramineuses décaissées pour ces prises en charges, il faut tout aussi apprécier **la qualité satisfaisante des soins prodigués** par ces hôpitaux plus expérimentés et disposant de plateaux techniques plus performants.

CS N°25 : qualité satisfaisante des soins prodigués aux malades (Opportunité pour l'exécution efficace des évacuations sanitaires des indigents).

2- Constat significatif n°26

Cependant, on note **que le séjour dans les pays d'accueil est souvent difficile pour les indigents évacués**. En effet, ces derniers éprouvent d'énormes difficultés pour payer les frais de transport, la restauration, l'hébergement et l'achat de médicament, et ce, malgré les efforts consentis par l'Etat Béninois pour faciliter leur séjour dans les pays d'accueil.

CS N°26: séjour difficile pour les indigents évacués dans les pays d'accueil (Menace sur l'exécution efficace des évacuations sanitaires).

ANNEXE N°4 : PRESENTATION NON HOMOGENE DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Formulation globale

Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.

Formulation structurée :

- **Volet PAR :**

Problème général : gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé.

Problèmes spécifiques

- o le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (**PS1**) ;
- o le non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (**PS2**) ;
- o la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires (**PS3**).

- **Volet perspective théorique :**

Perspective théorique générale (PTG) : gestion efficiente des dépenses budgétaires.

Perspectives théoriques spécifiques (PTS)

- o réduction des coûts des dépenses budgétaire(**PTS1**) ;
- o contrôle de gestion des dépenses budgétaires (**PTS2**) ;
- o finalisation des opérations liées aux dépenses budgétaires (**PTS3**).

La formulation de la problématique est synthétisée dans le tableau n°8 ci-dessous pour une meilleure compréhension de ce passage de notre recherche.

TABLEAU N°8 : PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE CHOISIE

NIVEAU D'ANALYSE		ELEMENTS DE PROBLEMATIQUE		LIBELLE DE LA PROBLEMATIQUE CHOISIE
		Problème à résoudre (PAR)	Perspectives théoriques retenues	
NIVEAU GENERAL		gestion non efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé	gestion efficiente des dépenses budgétaires	Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé
NIVEAUX SPECIFIQUES	1	coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE	réduction des coûts des dépenses budgétaires	
	2	non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil	contrôle de gestion des dépenses budgétaires	
	3	non régularisation effective des ordres de paiement	finalisation des opérations liées aux dépenses budgétaires	

SOURCE : Repères de base de l'étude

ANNEXE N°5 : CAUSES EXPLICATIVES DES PROBLEMES SPECIFIQUES

TABLEAU N°9 : Causes explicatives du problème spécifique n°1

CAUSES	EFFECTIFS	FREQUENCES%
mauvaise prévision des dépenses d'évacuation sanitaire	2	10%
absence de coût de référence par pathologie	6	30%
non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année	12	60%
TOTAL	20	100%

SOURCE : nos investigations

TABLEAU N°10 : Causes explicatives du problème spécifique n°2

CAUSES	EFFECTIFS	FREQUENCES%
légèreté de la part des acteurs chargés de l'exécution du budget	3	15%
mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil	11	55%
absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil	6	30%
TOTAL	20	100%

SOURCE : nos investigations

TABLEAU N°11 : Causes explicatives du problème spécifique n°3

CAUSES	EFFECTIFS	FREQUENCES%
négligence des agents chargés de la régularisation des OP	4	20%
non maîtrise des procédures par les agents	2	10%
indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil	14	70%
TOTAL	20	100%

SOURCE : nos investigations

ANNEXE N°6 : GUIDE D'ENTRETIEN ET QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

➤ Guide d'entretien

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de fin de formation au cycle II de l'ENAM dans la filière Administration des Finances et du Trésor, nous avons décidé de réfléchir sur le thème suivant : « **Problématique de la gestion efficiente des évacuations sanitaires des indigents par le Ministère de la Santé du Bénin** ».

A ce titre, nous venons solliciter votre apport pour mieux comprendre certaines notions et interrogations que soulève le thème de notre étude, à savoir :

1. Que peut-on entendre par évacuation sanitaire ?
2. Quelle appréciation pourriez-vous porter sur le comportement de l'Etat une fois les fonds transférés aux hôpitaux d'accueil ?
3. Que recouvre la notion de fonds transférés et non utilisés ?
4. Quelle est la situation des fonds transférés et non utilisés dans le cadre des évacuations sanitaires ?
5. Qu'est ce qui justifie le non recouvrement des fonds transférés et non utilisés ?
6. Qu'est ce qui pourrait, selon vous, justifier la forte incidence financière des évacuations sanitaires sur le budget général de l'Etat ?
7. Quel regard portez-vous sur la façon dont se fait la régularisation des OP émis dans le cadre des évacuations sanitaires ?
8. Qu'est ce qui justifie la non régularisation effective des OP émis ?

➤ **Questionnaire**

1. Les frais liés aux évacuations sanitaires ont une très forte incidence financière sur le Budget Général de l'Etat. En effet, il nous a été donné de noter le coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE.

A votre entendement, qu'est ce qui explique cette situation ?

- | | |
|--|--------------------------|
| a) une mauvaise prévision des dépenses d'évacuation sanitaire | ☐ |
| b) l'absence de coût de référence par pathologie | ☐ |
| c) la non maîtrise du nombre de malades à évacuer dans une année | ☐ |

Autres :.....

2. Il nous a été donné de constater au cours de notre stage que l'Etat ne met aucune politique en œuvre pour récupérer les fonds transférés et non utilisés.

Qu'est ce qui, selon vous, pourrait justifier cet état de chose ?

- | | |
|--|--------------------------|
| a) la légèreté de la part des acteurs chargés de l'exécution du budget ; | ☐ |
| b) la mauvaise organisation des attachés financiers des ambassades béninoises près les pays des hôpitaux d'accueil ; | ☐ |
| c) l'absence d'un système de suivi des fonds transférés aux hôpitaux d'accueil | ☐ |

Autres :.....

3. La non régularisation effective des OP émis dans le cadre des évacuations sanitaires s'explique par :

a) la négligence des agents chargés de la régularisation des OP

☐

b) la non maîtrise des procédures par les agents

☐

c) l'indisponibilité des pièces justificatives en provenance des hôpitaux d'accueil

☐

Autres :.....
.....
.....
.....

Merci pour votre contribution

TABLE DES MATIERES

JURY D’EVALUATION DU MEMOIRE, LE.....	I
DECLARATION D’ENGAGEMENT.....	II
DEDICACE	III
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTE DES SIGLES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES FIGURES	VII
GLOSSAIRE.....	VIII
RESUME.....	IX
SOMMAIRE	X
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CADRE CONTEXTUEL DE L’ETUDE, OBSERVATIONS DE STAGE ET CHOIX DE LA PROBLEMATIQUE DE LA GESTION EFFICIENTE DES EVACUATIONS SANITAIRES DES INDIGENTS PAR LE MINISTERE DE LA SANTE.....	3
SECTION 1 : Cadre général de réalisation de l’étude au Ministère de la Santé et observations de stage à la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM)	3
PARAGRAPHE 1 : Cadre général de réalisation de l’étude au Ministère de la Santé.....	3
I- Cadre institutionnel de l’étude : la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) du Ministère de la Santé.....	3
A- Missions de la DRFM du Ministère de la Santé.....	3
B- Organisation et fonctionnement général de la DRFM.....	5
1- Organisation générale de la DRFM	5
2- Fonctionnement général de la DRFM : activités des organes.....	5
a- Le Secrétariat	5
b- Le Service du Budget et de la Comptabilité	6
c- Le Service du Matériel	6
d- Le Service d’Assistance et du Suivi du Financement de la Santé.....	7
e- La Régie Centrale	7
II- Cadre physique de l’étude : le Service du Budget et de la Comptabilité et son environnement	8
A- Le Service du Budget et de la Comptabilité de la DRFM/MS	8
1- Présentation générale du Service du Budget et de la Comptabilité	8

2- Les activités du Service du Budget et de la Comptabilité (SBC).....	8
B- Cadre environnemental de l'étude	9
1- Le microenvironnement	9
a- Les usagers	9
b- Les prestataires de service	10
c- Les partenaires.....	10
2- Le macro-environnement.....	10
a- L'environnement juridique et réglementaire.....	11
b- L'environnement politique et administratif	11
c- L'environnement international	11
PARAGRAPHE 2 : Observations de stage sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité	12
I- Etat des lieux sur les activités du Service du Budget et de la Comptabilité	12
II- Bilan des observations de stage	13
A- Atouts (forces et opportunités)	13
1- Par rapport à l'élaboration du budget.....	13
2- Par rapport à l'exécution des dépenses budgétaires.....	13
3- Par rapport à l'évacuation sanitaire des indigents	13
B- Problèmes (faiblesses et menaces)	13
1- Par rapport à l'élaboration du budget.....	13
2- Par rapport à l'exécution des dépenses budgétaires.....	14
3- Par rapport à l'évacuation sanitaire des indigents	14
SECTION 2 : Choix de la problématique de l'étude.....	15
PARAGRAPHE 1 : Choix du problème à résoudre et libellé du thème de l'étude	15
I. Choix et spécification du problème à résoudre	15
A- Identification des problèmes possibles à résoudre.....	15
B- Choix du problème à résoudre (PAR).....	15
C- Spécification du PAR choisi.....	20
1- Précision des contours du PAR choisi.....	20
2- Elagage de problèmes spécifiques	21
II. Rappel du PAR choisi et spécifié et libellé du thème de l'étude	22
A- Rappel du PAR choisi et spécifié.....	22
B- Libellé du thème choisi : le sujet de l'étude.....	22
Paragraphe 2 : Choix de la Perspective théorique de réflexion sur le problème à résoudre et formulation de la problématique de l'étude.....	23

I- Choix de la Perspective théorique de réflexion sur le problème à résoudre	23
A- Perspective théorique de réflexion sur le problème général	23
B- Perspectives théoriques liées aux problèmes spécifiques	24
1- Perspective théorique relative au coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE (PS1)..	24
2- Perspective théorique relative au non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil (PS2).....	24
3- Perspective théorique relative à la non régularisation effective des ordres de paiement (PS3) :	24
II - Formulation de la problématique de l'étude	25
CHAPITRE II : CHOIX ET MISE EN ŒUVRE DU CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE POUR UNE GESTION EFFICIENTE DES EVACUATIONS SANITAIRES DES INDIGENTS PAR LE MINISTERE DE LA SANTE.....	26
SECTION1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	26
PARAGRAPHE 1 : Cadre théorique de base, tableau de bord de l'étude et revue de littérature .	26
I- Cadre théorique de base de l'étude : objectifs et hypothèses de recherche.....	26
A- Les objectifs de l'étude	26
1- Objectifs de développement	27
a - Objectif général de développement (OGD).....	27
b - Objectifs spécifiques de développement (OSD)	27
2- Objectifs de recherche.....	27
a - Objectif général de recherche (OGR).....	27
b - Objectifs spécifiques de recherche (OSR).....	27
3- Résultats attendus de l'étude	28
a- Résultat général attendu (RGA).....	28
b- Résultats spécifiques attendus (RSA).....	28
B- Les hypothèses de l'étude.....	28
1- Causes supposées et hypothèse liées au coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE.....	28
2- Causes supposées et hypothèse liées au non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil	29
3- Causes supposées et hypothèse liées à la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires	30
II - Tableau de bord de l'étude (TBE)	31
III- Revue de littérature	33
A- Point des connaissances sur le problème du coût très élevé des frais de soins et d'hospitalisation liés aux évacuations sanitaires et supportés par le BGE.....	33

B-	Contribution antérieure sur le problème du non retour à l'Etat béninois des reliquats et sommes non employées par les hôpitaux d'accueil	34
C-	Exposé des contributions antérieures sur le problème la non régularisation effective des ordres de paiement relatifs aux évacuations sanitaires	35
	PARAGRAPHE 2 : Choix de la méthodologie et conditions de vérification des hypothèses	37
I-	Choix des outils empiriques de l'étude	37
A-	Objectif de l'enquête.....	37
B-	Cadre de l'enquête et identification de la population mère	37
C-	De l'échantillonnage aux outils de présentation des données	38
1-	Echantillonnage.....	38
2-	Centre d'intérêt du questionnaire	38
3-	Outils statistiques de présentation des données	39
II-	Choix des approches théoriques de l'étude.....	39
A-	Présentation de la théorie retenue pour la résolution du PS1	39
B-	Choix de la théorie liée au PS2	39
C-	Présentation de la théorie retenue pour la résolution du PS3	40
III-	Conditions générales de vérification des hypothèses en recherche diagnostic.....	40
A-	Conditions de confirmation ou d'infirmité théoriques des hypothèses causales	40
B-	Conditions de confirmation ou d'infirmité statistique des hypothèses.....	41
1-	Cas de la confirmation statistique par rapport à $H(P_j) \equiv C_{sa} \rightarrow P_j$	41
2-	Cas de l'infirmité statistique par rapport à $H(P_j) \equiv C_{sa} \rightarrow P_j$	41
C-	Tableau de décisions lié aux conditions de vérification des hypothèses causales	41
1-	Repères pour la construction du tableau et principe de décision de vérification de l'hypothèse causale.....	41
a-	Forme générale d'une hypothèse $H(P_j)$ à caractère causal :	41
b-	Forme spécifique liée au choix de l'apprenant.....	42
c-	Forme spécifique liée à la cause proposable par la théorie $\theta(P_j)$	42
d-	Principe de décision de vérification de l'hypothèse causale.....	42
2-	Présentation du tableau de décision	42
	SECTION 2 : Mise en application de la méthodologie choisie et approches de solutions.....	45
	PARAGRAPHE 1 : Collecte, dépouillement, présentation et analyse des données	45
I-	Collecte et dépouillement des données	45
A-	Collecte des données	45
B-	Dépouillement des données d'enquête	45

II - Présentation des données	46
A- Présentation des données et des grandes tendances liées au PS1	46
1- Présentation graphique des données liées au PS1.....	46
2- Grandes tendances liées au PS1.....	46
B- Présentation des données et des grandes tendances liées au PS2	47
1- Présentation graphique des données liées au PS2.....	47
C- Présentation des données et des grandes tendances liées au PS3	48
1- Présentation graphique des données liées au PS3.....	48
2- Grandes tendances liées au PS3.....	49
III- Analyse des données : établissement du diagnostic	50
A- Analyse des données liées au PS1	50
B- Analyse des données liées au PS2	50
C- Analyse des données liées au PS3	51
PARAGRAPHE 2 : Approches de solutions et mesures d'accompagnement des solutions proposées	52
I- Approches de solution liées aux divers problèmes en résolution.....	52
A- Approche de solution au PS1	52
B- Approche de solution au PS2	53
C- Approche de solution au PS3	53
II- Mesures d'accompagnement des solutions proposées	54
A- Mesure d'accompagnement de la solution liée au PS1	55
B- Mesure d'accompagnement de la solution liée au PS2	55
C- Condition de mise en œuvre de la solution liée au PS3.....	56
CONCLUSION	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61
ANNEXES	62
TABLE DES MATIERES.....	84