



REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

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

OPTION :

ADMINISTRATION DES FINANCES

FILIERE :

ADMINISTRATION HOSPITALIERE,
UNIVERSITAIRE ET D'INTENDANCE

ANNEE ACADEMIQUE : 2009-2011

THEME

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA
MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES AU
CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE
L'OUEME-PLATEAU**

Réalisé et soutenu par :

Nicolas Ayélèrun AYEDAYO

Sous la direction de:

MAITRE DE STAGE :

Cyrille GNAHA

Administrateur des hôpitaux,

C/SAAE du CHD-OP

DIRECTEUR DE MEMOIRE :

Rilwane AREMOU

Administrateur des hôpitaux,

Enseignant à l'ENAM

Janvier 2012

IDENTIFICATION DU JURY

❖ **PRESIDENT DU JURY**

Professeur agrégé Judith GLIDJA

❖ **VICE – PRESIDENT DU JURY**

Etienne DOUKAN

❖ **MEMBRE DU JURY**

Raymond R. BEAKOU

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

DEDICACES

A

- Mon regretté Père **Mathias AYEDAYO**;
- Ma Mère **Oloukèdé ODE**;
- Ma chère épouse **Nicole SEGBEDJI**;
- Mes chères filles **Arikè Nadia et Adjokè Maelys**;

REMERCIEMENTS

Sincères remerciements à vous :

- Monsieur **Rilwane AREMOU**, notre directeur de mémoire, pour la qualité de l'encadrement. Que Dieu vous bénisse et vous comble de grâces ;
- Monsieur **Simon AKPONA**, pour votre soutien de tous ordres ;
- Monsieur **Charlemagne PEDRO**, Directeur du CHD O/P, pour votre disponibilité et les connaissances à nous léguées ;
- Monsieur **Cyrille GNAHA**, C/SAAE du CHD O/P, notre maître de stage, pour votre soutien sans faille et la qualité de votre encadrement ;
- Les responsables et tout le corps administratif de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) de l'UAC ;
- Les enseignants à l'ENAM spécialement ceux de la filière AHUI cycle II, pour la qualité de l'enseignement dispensé ;
- Mes frères et sœurs, pour votre attachement permanent ;
- Mes oncles, tantes, cousins et cousines pour vos nombreux soutiens ;
- Mon beau père, mes beaux frères et mes belles sœurs, pour m'avoir pris pour un fils ou un frère ;
- Les collègues d'amphithéâtre pour la franche collaboration, spécialement **Léon AITCHEOU et Oscar KEKEREQUE** pour votre amitié.
- Tous mes Amis, notamment **Mathias AFFOUKOU, Jean DOSSOUMOU, Rogatien TOSSOU, Gérard AGBANGLA, Richard KINNENON** pour votre contribution à la réalisation de cette œuvre ;
- Tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement heureux de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AHUI	: Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance
CA	: Conseil d'Administration
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux
CCG	: Cellule de Contrôle de Gestion
CHD-OP	: Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau
CHS	: Commission d'Hygiène et de Sécurité
CMC	: Commission Médicale Consultative
CODIR	: Comité de Direction
C/SAAE	: Chef Service des Affaires Administratives et Economiques
C/SAF	: Chef Service des Affaires Financières
DGAP	: Division Gestion Administrative et du Personnel
DGMS	: Division Gestion des Malades et Statistiques
DHAQ	: Division Hospitalière d'Assurance Qualité
DHH	: Division Hygiène Hospitalière
DIEM	: Division Infrastructure, Entretien et Maintenance
ENAM	: Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
OMD	: Objectifs du millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PG	: Problème Général
PS	: Problème Spécifique
SAAE	: Service des Affaires Administratives et Economiques
SAF	: Service des Affaires Financières
SG	: Surveillant Général
UNICEF	: Fonds des nations unis pour l'enfance
USAID	: United States Agency for International Development

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Récapitulation sommaire des recettes du CHD-OP de 2008 à 2010 et prévision des recettes pour 2011.

Tableau n°2 : Evolution des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP de 2008 à 2011.

Tableau n°3 : Situation des subventions versées par les collectivités locales et les organismes internationaux de 2008 à 2010.

Tableau n°4 : Tableau de bord de l'étude

Tableau n°5 : Répartition de la population mère

Tableau n°6 : Répartition de l'échantillon

Tableau n°7 : Opinions des enquêtés sur les critères d'octroi des crédits budgétaires

Tableau n°8 : Opinions des enquêtés sur les raisons de la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat

Tableau n°9 : Opinions des enquêtés sur les raisons de la faible mobilisation des ressources des partenaires

Tableau n°10 : Opinions des enquêtés sur les causes de l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé

Tableau n°11 : Tableau de synthèse de l'étude

GLOSSAIRE DE L'ETUDE

L'urgence :

Elle se caractérise par la mobilisation imprévue de moyens médicaux pour traiter un état de détresse, qu'il vienne de l'extérieur ou de l'intérieur de l'hôpital, et par une relative polyvalence des moyens utilisés.

Agents au col vert :

Ce sont des représentants de l'administration de l'hôpital au niveau des hospitalisations. Ils sont habillés d'une blouse blanche et se distinguent des médecins et des infirmiers par la couleur verte du col de leur blouse. Ils sont chargés de recenser les identités des malades. Ils facturent également les malades hospitalisés.

Titres de recettes :

Ce sont les factures établies et adressées aux usagers de l'Etablissement. Ils matérialisent la créance de l'Etablissement sur ses débiteurs.

Tiers payant :

Organismes ou collectivités publiques qui se substituent aux bénéficiaires des soins ou à leurs ayants cause pour le règlement de la créance de l'établissement hospitalier (cas des collectivités, entreprises publiques et privées).

RESUME

Dans le cadre de notre soutenance de fin de formation au cycle II de l'ENAM en Administration Hospitalière, universitaire et d'intendance, nos recherches ont porté sur la mobilisation des ressources financières au CHD-OP. Le thème de recherche est intitulé : **«Contribution à l'amélioration de la mobilisation des ressources financières au CHD-OP »**.

L'objectif poursuivi à travers cette étude est de proposer les conditions d'une mobilisation optimale des ressources au CHD-OP. Il se déploie en trois objectifs spécifiques se rapportant chacun à un problème spécifique.

Face à ces objectifs, des hypothèses sont formulées. Ces hypothèses sont :

- La non maîtrise des charges explique la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP;
- La faible mobilisation des ressources des partenaires est due au manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital auprès des partenaires;
- L'insuffisance dans le dispositif interne explique l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé;

La méthodologie de recherche adoptée est basée sur des approches théoriques et empiriques. Au terme des enquêtes menées, les diagnostics établis confirment les hypothèses formulées.

Sur la base de ces diagnostics, des solutions et leurs conditions de mise en œuvre sont proposées pour une mobilisation optimale des ressources financières au CHD-OP.

Enfin des recommandations sont formulées à l'endroit des responsables de ce Centre, du ministère de la santé et du gouvernement pour la mise en œuvre des solutions proposées.

Sommaire

IDENTIFICATION DU JURY	i
DECLARATION DU CHERCHEUR	ii
DEDICACES	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
GLOSSAIRE DE L'ETUDE	vii
RESUME	viii
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE INTRODUCTIF: DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	4
1.1 Observations de stage	5
1.2 De l'inventaire des éléments de l'état des lieux à la vision globale de résolution de la problématique choisie	19
CHAPITRE PREMIER : CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE RECHERCHE	25
2.1 Cadre théorique de l'étude	26
2.2 Approches méthodologiques	41
CHAPITRE DEUXIEME : DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AUX APPROCHES DE SOLUTIONS	47
3.1 Collecte et analyse des données	48
3.2 Etablissement du diagnostic et approches de solutions	55
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES	69
TABLE DES MATIERES.	

INTRODUCTION

L'accès de tous à la santé est une préoccupation majeure de toute nation car l'état de santé des populations constitue un objectif économique et social de développement. Le droit à la santé est d'ailleurs un droit fondamental de l'individu prévu par l'OMS, la charte africaine des droits de l'homme, la déclaration universelle des droits de l'homme, etc., au niveau national par l'article 8 de la loi fondamentale du 11 décembre 1990 de la République du Bénin qui stipule: « la personne humaine est sacrée et inviolable. L'état a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé,... ».

De même, le document de politique et stratégies nationales du secteur santé définit la principale mission du ministère de la santé qui est l'amélioration de la qualité des soins et services de santé et leur accessibilité aux populations. Pour atteindre cet objectif, d'importants moyens sont déployés par l'Etat béninois et les partenaires au développement. Les centres hospitaliers départementaux (CHD), qui sont des hôpitaux de référence des prestations de soins au niveau départemental bénéficient de ces moyens. L'Etat béninois a précisé à cet effet le cadre de financement des CHD. Ainsi, l'article 3 du décret n°90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées consacre la sémi- autonomie financière des CHD. L'article 50 de ce décret définit les ressources des CHD qui sont constituées :

- des recettes provenant du prix des journées d'hospitalisation, des soins médicaux, chirurgicaux, des consultations et des divers examens de laboratoire, de radiologie et autres ;
- de la subvention annuelle de l'Etat ;
- des autres subventions, dons, legs et prêts ;

- des recettes diverses.

Malgré cette diversité de sources de financement, le CHD-OP est confronté à de sérieuses difficultés de trésorerie car ses besoins effectifs connaissent une évolution ascendante. Les manifestations de cette situation sont le retard dans le paiement des salaires et accessoires, les difficultés d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux (fréquentes ruptures de stocks), les difficultés de paiement des fournisseurs. Tout ceci a un impact négatif sur la qualité des soins de santé et engendre de tensions au sein du personnel de l'hôpital.

La question du financement des hôpitaux notamment celle de la mobilisation des ressources mérite donc d'être au centre des débats tout comme la question de la gestion rationnelle des ressources disponibles.

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de réfléchir sur la question de la mobilisation des ressources au CHD-OP dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation. Elle sera abordée sous le thème : « Contribution à l'amélioration de la mobilisation des ressources financières au CHD-OP ». Le souci est de formuler des réponses et des alternatives adaptées à cette crise de fonctionnement que connaît le CHD-OP.

Notre travail de recherche sur ce thème sera présenté en trois chapitres à savoir :

- un chapitre introductif qui présente les observations de stage conduisant au choix de la problématique de la mobilisation des ressources au CHD-OP ;
- un chapitre premier qui aborde les cadres théorique et méthodologique de l'étude ;
- un chapitre deuxième qui présente les résultats de nos recherches et propose des approches de solutions aux problèmes étudiés.

CHAPITRE INTRODUCTIF:
DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA
PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Nous présenterons dans ce chapitre préliminaire, les observations de stage et le ciblage de la problématique.

1.1 OBSERVATIONS DE STAGE.

Les observations de stage s'effectuent à travers la présentation de la structure d'accueil et la restitution du mécanisme de fonctionnement des divisions ayant abrité notre stage.

1.1.1 Présentation générale du CHD O/P

Dans cette rubrique, nous abordons respectivement l'historique et les missions d'une part et l'organisation du CHD O/P d'autre part.

1.1.1.1 Historique et missions

1.1.1.1.1 Historique

Le CHD-OP anciennement dénommé Hôpital de Porto-Novo est le premier hôpital du BENIN (EX- Dahomey). Créé en 1906, il a été installé sur le camp militaire du général Dodds, ancien gouverneur de l'administration coloniale française de l'ex- Afrique Occidentale française (AOF). Il desservait non seulement l'ex-Dahomey mais également une partie du Togo et du Nigeria. Avec le calquage de la pyramide sanitaire sur le découpage territorial, l'Hôpital de Porto-Novo devient successivement Centre Hospitalier Provincial de l'Ouémé (CHP-O) puis Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé (CHD-O) et enfin Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau (CHD-OP) avec l'avènement de la décentralisation.

1.1.1.1.2 Missions

Le CHD-OP a une mission de service public en matière de santé. Il est le centre de référence des prestations de soins de santé des départements de

l'Ouémé et du Plateau. Il appartient à l'Espace Hospitalier Universitaire conformément au décret n°2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. Il a donc pour mission principale la dispensation des soins de qualité de niveau intermédiaire aux malades internes et externes, d'assurer la formation initiale et post universitaire des cadres supérieurs de la santé et de développer la recherche scientifique en matière de santé.

1.1.2 Organisation du CHD-OP

Le cadre organisationnel du CHD-OP est fixé par les dispositions du décret n°90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et des Formations Sanitaires assimilées, celles du règlement intérieur du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé.

1.1.2.1 Organes et services

1.1.2.1.1 Organes

Afin d'atteindre la mission à lui assignée, le CHD-OP dispose des organes ci-après: le conseil d'administration, la direction, le comité de direction, la commission médicale consultative, la commission d'hygiène et de sécurité, la cellule de contrôle de gestion, la surveillance générale.

- Le Conseil d'Administration (CA)

Il est l'organe délibérant qui définit et oriente la direction pour assurer le bon fonctionnement du centre. Le CA se prononce sur la politique générale du centre élaborée par la direction ainsi que sur le budget, approuve les comptes de gestion et les états financiers en fin d'exercice puis rend compte à l'autorité de tutelle. Le CA se réunit en session ordinaire au minimum deux fois par an.

-La Direction

La gestion de l'hôpital est assurée par un directeur qui exécute les décisions prises par le CA à qui il rend compte et qui le contrôle. Le directeur est l'ordonnateur du budget de la Formation Sanitaire et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses. IL représente l'établissement en justice.

Le directeur est assisté des collaborateurs dont notamment le chef du service des affaires administratives et économiques (C/SAAE), le chef du service des affaires financières (C/SAF), le chef des services médicaux et médico-techniques, le surveillant général.

- Le Comité de direction

C'est un organe consultatif obligatoire, présidé par le directeur du centre.

Il se prononce sur les décisions importantes relatives au budget et à la politique générale du centre. IL tient une réunion ordinaire par mois, mais peut se réunir en séances extraordinaires.

Il statue sur toutes les affaires que la direction lui soumet concernant le fonctionnement de l'hôpital.

-La Commission Médicale Consultative (CMC)

C'est un organe consultatif, qui est consulté sur les principales affaires concernant la gestion médicale et technique du centre tant pour le personnel que pour l'équipement. Elle examine les questions relatives à l'hygiène, à la salubrité, au fonctionnement médical et technique du centre. Elle se réunit en séance ordinaire une fois par trimestre mais peut se réunir en séance extraordinaire en cas de nécessité.

-La Commission d'Hygiène et de Sécurité

Elle est un organe consultatif, technique de contrôle et de gestion en matière d'hygiène et de sécurité. La commission donne à ce titre son avis sur les questions d'hygiène, de sécurité, de salubrité, d'installations techniques des services et de régimes alimentaires des malades, de même que sur toutes actions visant à améliorer les conditions de travail dans le centre. Elle se réunit en session ordinaire une fois par trimestre.

-La Cellule de Contrôle de Gestion

C'est un organe conseil qui permet de fournir à la direction de l'hôpital et aux divers responsables les informations internes indispensables pour une gestion participative et prévisionnelle et pour une gestion budgétaire saine.

Elle est un organe technique d'analyse, en position staff par rapport au Directeur et lui facilite les prises de décisions. Elle aide les services à établir leurs budgets.

Le responsable de la cellule est nommé par arrêté du ministre de la santé.

-La surveillance générale

Le surveillant général veille à l'exécution des travaux de nettoyage et d'entretien des locaux, de l'enceinte et des abords immédiats de l'hôpital. Il supervise les entrées et sorties de l'hôpital par l'intermédiaire des portiers et assure toutes autres tâches que la direction lui confie.

1.1.2.1.2 Les Services

Les différents services du CHD-OP sont : les services médicaux et techniques, le service des affaires administratives et économiques, le service des affaires financières.

-Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE)

Il est sous la responsabilité d'un chef de service nommé par arrêté du ministre de la santé. Il est chargé entre autre de : la facturation des droits du CHD, la tenue de la comptabilité matière, la gestion des malades et statistiques, la maintenance et l'entretien, la gestion de la régie d'avance.

Le service regroupe les divisions suivantes : la division gestion administrative et du personnel, la division gestion des malades et statistiques et la division économat.

-Le Service des Affaires Financières

Il est chargé notamment : de l'élaboration du budget, du recouvrement des recettes, du paiement des dépenses, des opérations de banques, de la gestion des régies de recettes, de la tenue de la comptabilité analytique de gestion.

Le service financier comporte les divisions ci après :

- Comptabilité et budget ;
- recouvrement et opérations de banques.

-Les Services Médicaux et Médico-Techniques

Les services médicaux sont constitués des services de la médecine, de la pédiatrie-néonatalogie, de la gynécologie et d'obstétrique, de la chirurgie, des urgences et tri, d'ophtalmologie, d'ORL, d'odontostomatologie, d'anesthésie réanimation, ainsi que des unités de santé mentale. Quant aux services médico-techniques, ils sont au nombre de quatre. Ce sont les services de laboratoire, de radiologie, de pharmacie et de rééducation fonctionnelle. Tous ces services sont chacun sous la responsabilité d'un chef service. Les

services médicaux et médico-techniques sont coordonnés par un médecin qui est le président de la CMC.

1.1.2.2 Les ressources

Il s'agit des ressources financières, matérielles et humaines.

1.1.2.2.1 Les ressources financières

Les ressources financières proviennent essentiellement des recettes générées par les prestations médicales, des subventions de l'Etat et d'appui des partenaires extérieurs. Ces recettes sont constituées d'une part par les recettes provenant de la cession des médicaments et des carnets de soins, des prix des journées d'hospitalisation, des actes médicaux, chirurgicaux, de consultations et de divers examens de laboratoire, de radiologie et autres, d'autre part, par des subventions annuelles de l'état, les dons, legs et prêts.

Le point sommaire des recettes du CHD-OP de 2008 à 2010 et les prévisions de recettes pour 2011 se présente comme suit :

Tableau N°1 : Récapitulation sommaire des recettes du CHD-OP de 2008 à 2010 et prévision de recettes pour 2011.

Rubriques	2008	2009	2010	Prévision 2011
Recettes d'exploitation	635.273.738	775.498.752	619.004.960	1.148.190.290
Autres produits	165.779.562	640.283.000	570.246.053	780.127.019
Total	801.053.300	1.415.781.752	1.189.251.013	1.928.317.309

Source : Budgets CHD-OP exercices 2009, 2010 et 2011.

1.1.2.2.2 Les ressources matérielles

Elles comprennent essentiellement les matériels et équipements dont dispose l'hôpital. La capacité actuelle du CHD-OP est de 366 lits et 25 berceaux repartis dans les différents services. Son plateau technique comprend : des matériels, mobilier et outillage, d'un incinérateur électronique moderne, des logistiques de la buanderie, de deux groupes électrogènes fonctionnels, d'un parc informatique, d'une literie de 366 lits, d'un parc automobile composé de huit (8) véhicules dont cinq (5) sont amortis et une ambulance, des matériels d'hygiène, d'assainissement et de sécurité, des infrastructures sanitaires entrant dans le patrimoine de l'hôpital.

1.1.2.2.3 Les ressources humaines

Le personnel du CHD-OP est un ensemble de compétences en ressources humaines composé essentiellement d'agents de santé qui s'attellent en synergies d'actions aux tâches de soins curatifs et de mobilisation des ressources matérielles, financières et techniques pour le bon fonctionnement des services hospitaliers.

Ce personnel pluridisciplinaire est composé de médecins, d'inspecteurs d'action sanitaire, d'infirmiers, de sages-femmes, de techniciens de laboratoire, de radiologie, d'aides soignants, de personnel administratif et d'agents de soutien.

1.1.2 Etat des lieux de base

Cette rubrique est consacrée aux observations de stage faites sur les activités des services suivants : SAAE, SAF.

1.1.2.1 Observations de stage relatives aux activités du SAAE

Le SAAE est composé des divisions ci-après: la division gestion des malades et statistiques (DGMS), la division gestion administrative et du personnel (DGAP), l'économat, la division infrastructures, équipements et maintenance (DIEM), la division hygiène et assainissement de base (DHAB).

1.1.2.1.1 La Division gestion des malades et statistiques

La DGMS est la structure de l'hôpital qui s'occupe de :

- l'admission, de l'accueil et de l'orientation des malades ;
- la collecte, le traitement et l'analyse des données sur les malades.

➤ Admission, accueil et orientation des Malades

Dès leur entrée dans l'hôpital, les usagers sont accueillis par des agents de cette section qui les aident à remplir les formalités administratives et les orientent vers le service compétent.

Cependant, les usagers dont l'état de santé est critique sont conduits directement au service des urgences en attendant que leurs parents remplissent les formalités nécessaires.

L'accueil et l'admission sont assurés par au moins deux agents expérimentés chaque jour ouvrable, l'orientation quant à elle est assurée par un autre agent tout aussi expérimenté. L'enregistrement se fait à l'aide du logiciel Perfecto win. Nous notons alors **l'existence et l'utilisation du logiciel Perfecto.**

➤ Collecte, traitement et analyse des données

La collecte des informations incombe ici à des agents recouvreurs habillés d'une blouse au col vert. Ils sont repartis dans tous les services

d'hospitalisation de l'hôpital afin de constater et de recenser les mouvements des malades au sein des pavillons (entrées, sorties, transferts...).

Les agents recouvreurs ont pour tâche de collecter sur une « fiche navette », des renseignements, sur l'identité des malades et celle de leurs parents. Cette opération d'identification est importante en matière de recouvrement des frais de soins sur les particuliers à leurs propres frais (PAF).

Après la collecte des données sur les malades, les fiches navettes sont acheminées des pavillons à la section Statistiques de la DGMS. Les renseignements qui y figurent sont insérés dans des logiciels informatiques dénommés LOGI-HOSP (Logiciel de Gestion de l'Information Hospitalière) et SNIGS (système national d'informatique et de gestion sanitaire) pour y être traités. Les informations obtenues après traitement sont analysées.

1.1.2.1.2 La Division gestion administrative et du personnel et la division économat

Les observations faites au niveau de ces divisions se présentent comme ci- après.

➤ La Division gestion administrative et du personnel

Elle est chargée du traitement des dossiers, des soldes et accessoires du personnel. Elle est composée de deux sections : la section gestion administrative et la section solde et accessoires.

A ce niveau, l'organigramme **montre l'existence d'une division hospitalière d'assurance qualité** fonctionnelle (confère **annexe n°1** : Organigramme du CHD-OP). Elle œuvre actuellement pour **la certification iso du service de pédiatrie**.

➤ La Division économat

Elle est chargée des approvisionnements, de la gestion de la régie d'avance, de la comptabilité budgétaire, de l'établissement du compte administratif et de la gestion des unités auxiliaires. Elle est composée de trois sections : la section achat et approvisionnement, la section comptabilité budgétaire et la section gestion des unités auxiliaires.

-Approvisionnements en produits alimentaires et fournitures de bureau

La procédure d'acquisition des biens au CHD-OP suit la procédure normale d'exécution des dépenses publiques. Les différentes étapes sont : l'engagement, la liquidation, le mandatement et le paiement. Ces étapes sont respectées quelle que soit la source de financement (budget national, fonds propres de l'hôpital, etc.). Mais les acteurs qui interviennent diffèrent selon la source de financement. Il faut signaler que certains biens sont acquis par la procédure exceptionnelle (régie d'avance) en cas de besoins urgents et pour un montant ne pouvant excéder 60.000F CFA. Ces biens sont souvent immédiatement mis en consommation sans stockage préalable.

Les marchandises sont livrées en présence d'un comité de réception créé par une note de service du directeur. Après signature du procès verbal de réception par les membres de ce comité, le responsable du magasin constate l'entrée des marchandises sur ses fiches de stock et les range. L'entrée est aussi constatée par le responsable de la gestion informatisée des stocks sur la base du bordereau de livraison dûment signé. A partir de cet instant, les services demandeurs peuvent être servis sur présentation d'un bon de sortie signé par le responsable du service utilisateur et visé par le chef du service des affaires administratives et économiques.

Nous avons observé à ce niveau que **les ruptures de stocks sont fréquentes**. Aussi, nous avons noté **une insuffisance de formation de l'agent en charge de la gestion informatisée des stocks**. En effet, l'agent actuellement en poste à la gestion informatisée des stocks n'a pas reçu au préalable de formation sur le logiciel de gestion des stocks. Elle a juste reçu un briefing. Ce qui engendre fréquemment des difficultés notamment **la non concordance entre le stock théorique au niveau de la gestion informatisée et le stock physique au magasin, des différences dans la dénomination des produits par le responsable de la gestion informatisée d'une part et par le magasinier d'autre part**. De même, les bordereaux de livraison ne précisent pas souvent le conditionnement des produits. Nous notons donc **un manque de précision sur le conditionnement des produits**. Enfin, nous avons constaté **une absence de rayons au niveau du magasin de stockage**.

-Approvisionnement en produits pharmaceutiques et
consommables médicaux

Le principal fournisseur du CHD-OP en produits pharmaceutiques et consommables médicaux est la CAME. Au cas où certains produits ne sont pas disponibles à la CAME, l'hôpital s'approvisionne auprès des structures privées telles que GAPOB. La procédure d'acquisition est la même que pour les produits alimentaires et fournitures de bureau ; mais pour les achats à la CAME, l'appel à concurrence n'est pas exigé.

Le responsable du magasin des produits pharmaceutiques et des consommables médicaux est chargé de réceptionner et de conserver lesdits produits. Les produits sont cédés aux clients à l'officine sur présentation des reçus de paiement délivrés par la caisse pharmacie. Nous notons qu'il y a **un inventaire permanent au niveau de la cession**.

1.1.2.2 Observations de stage relatives aux activités du SAF

Le SAF est composé de deux grandes divisions. Il s'agit de : la division comptabilité et budget, et la division recouvrement et opérations bancaires.

1.1.2.2.1 Division comptabilité et budget

Elle est chargée de la tenue de la comptabilité générale et analytique, ainsi que de l'élaboration du budget en collaboration avec les autres chefs services. Elle est composée de deux sections : la section comptabilité générale et analytique et la section budget.

➤ Section comptabilité générale et analytique

Elle a pour mission de produire à bonne date les données comptables et les états financiers du Centre. A cet effet, elle doit vérifier les états de salaires et les charges payées au service des impôts et à la caisse nationale de sécurité sociale, réceptionner les pièces comptables et vérifier leur régularité et leur réalité avant l'enregistrement, procéder au rapprochement des pièces comptables avec le brouillard de caisse, tenir à jour la comptabilité générale et analytique du Centre, classer et archiver dans des conditions de sécurité les pièces et documents comptables, garantir la qualité des écritures comptables, élaborer les états financiers et les documents techniques entrant dans le rapport annuel du Centre, effectuer et matérialiser les rapprochements et justifications comptables périodiques, procéder à la clôture et à la réouverture des comptes ;

Notre séjour au niveau de cette section a permis de constater que **les états financiers ne sont pas élaborés depuis 2007.**

Les autres constats significatifs faits par rapport aux activités de cette section sont : **l'absence de manuel de procédure comptable et financière,**
l'absence d'état de rapprochement bancaire.

➤ Section budget

Elle est chargée de l'élaboration, du suivi et du contrôle du budget. A cet effet, elle doit conduire les travaux d'élaboration de budget du Centre sur la base des projets de budgets élaborés par les différents services, assurer le suivi et le contrôle budgétaire du Centre, effectuer les travaux d'inventaire ;

L'analyse des budgets du CHD-OP de 2009 à 2011 montre que les montants des subventions d'exploitation sous forme de crédits budgétaires (crédits délégués) octroyés par l'Etat connaissent une légère augmentation entre 2008 et 2009. Mais de 2009 à 2011, les montants de ces crédits budgétaires ont évolué de façon décroissante. Nous notons alors **une baisse du montant des crédits budgétaires de l'Etat au profit du centre au cours de cette période.**

Tableau n°2 : Evolution des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP de 2008 à 2011

Exercice budgétaire	2008	2009	2010	2011
Montants crédits budgétaires Alloués	123.220.000	156.000.000	127.600.000	125.700.000

Source : Budgets 2009 à 2011 du CHD-OP

Dans la même période les tarifs des prestations hospitalières restent inchangés, alors que les coûts des intrants évoluent à la hausse pour la plupart. En témoigne le répertoire des prix établi annuellement après enquête des prix sur le marché. (Confère **annexe n°2** : Tableau comparatif des prix médians de quelques biens de consommation fréquente à l'hôpital entre 2009 et 2011).

Les rapports d'exécution des budgets au cours de la même période montrent que les subventions d'exploitation versées par les collectivités et les organismes internationaux sont d'un montant très faible et ne sont pas souvent mobilisées. Nous pouvons conclure qu'il y a **une faible mobilisation des ressources des partenaires**.

Tableau° 3: Situation des subventions versées par les collectivités locales et les organismes internationaux de 2008 à 2010.

Exercice budgétaire		2008	2009	2010	2011
Montant subvention des collectivités locales	Prévu	29.000.000	1.000.000	1.500.000	1.500.000
	Réalisé	0	957.000	0	-
Montant subvention des organismes internationaux	Prévu	0	10.000.000	4.200.000	4.200.000
	Réalisé	0	3.500.000	0	-

Source : Budgets 2009, 2010 et 2011 du CHD-OP

1.1.2.2.2 Division Recouvrement et opérations bancaires

Elle s'occupe du recouvrement des recettes liées aux prestations de soins offertes aux clients de l'hôpital et à la cession des médicaments. Elle s'occupe également des opérations de banque. Les prestations de soins concernent les consultations, les hospitalisations et les actes médicaux, chirurgicaux, de laboratoire, d'accouchement, d'imagerie médicale, etc.

Les clients du CHD-OP sont classés en trois catégories à savoir : les particuliers à leur frais, les clients à terme, les indigents.

Deux caisses sont ouvertes tous les jours pour l'encaissement des recettes : la « caisse pharmacie » et la caisse prestations. La « caisse pharmacie » assure l'encaissement des recettes issues de la vente des médicaments, des consommables et des carnets tandis que la « caisse prestations » est ouverte

pour l'encaissement des recettes des consultations, des actes, des hospitalisations et divers. Les recettes au comptant sont en grande partie les frais payés par les particuliers à leur frais et la tranche du ticket modérateur des clients munis de prise en charge.

Il faut noter que l'opération de recouvrement interne est assurée par des agents « col vert ». Les agents « col vert » sont responsabilisés chacun au niveau de chaque catégorie d'hospitalisation pour s'occuper du point régulier des créances sur les hospitalisés. Ces derniers en collaboration avec les agents de la section admission des malades aident, orientent et renseignent les clients pour le paiement.

Quant à l'opération de recouvrement externe, elle est assurée par deux agents. Ils sont chargés de distribuer les titres de recettes aux structures publiques et aux sociétés d'assurance partenaires de l'hôpital et de suivre le processus de remboursement jusqu'à terme.

Nous avons constaté à ce niveau un rançonnement des malades par le personnel soignant qui encaisse de façon frauduleuse les recettes issues des prestations. Nous notons donc **un encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé.**

1.2 DE L'INVENTAIRE DES ELEMENTS DE L'ETAT DES LIEUX A LA VISION GLOBALE DE RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE CHOISIE.

La présente section sera consacrée d'une part à un inventaire des éléments de l'état des lieux de base et au choix d'une problématique puis d'autre part, à la spécification de la problématique choisie et à la détermination de la vision globale de sa résolution.

1.2.1 Inventaire des éléments de l'état de lieux et choix de la problématique

Le présent paragraphe est consacré à l'inventaire des éléments de l'état des lieux de base et au choix de la problématique.

1.2.1.1 Inventaire des éléments de l'état des lieux

Il s'agit d'inventorier d'une part les atouts (forces et opportunités) et d'autre part les problèmes (faiblesses et menaces) afin de dégager les problématiques possibles.

1.2.1.1.1 Inventaires des atouts

- 1- Existence et utilisation d'un logiciel de gestion : le Perfecto Win;
- 2- Existence d'une division hospitalière d'assurance qualité ;
- 3- Perspectives de certification ISO du service de pédiatrie ;
- 4- Inventaire permanent au niveau de la section cession des médicaments.

1.2.1.1.2 Inventaire des Problèmes

- 1- Ruptures fréquentes de stocks ;
- 2- Insuffisance de formation du personnel en charge de la gestion informatisée des stocks ;
- 3- Différences dans la dénomination et le conditionnement des produits par le responsable de la gestion informatisée et le magasinier ;
- 4- Manque de précision sur le conditionnement des produits
- 5- Absence de rayons au niveau du magasin de stockage.
- 6- Non élaboration des états financiers ;
- 7- Absence de manuel de procédure de gestion financière ;
- 8- Absence d'état de rapprochement ;
- 9- Baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP;
- 10- Faible mobilisation des ressources des partenaires ;

11- Encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé ;
Cet inventaire des faiblesses nous conduit à la détermination des problématiques possibles en procédant au regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt.

Les problèmes énumérés ci-dessus sont regroupés en trois différentes problématiques (Confère **annexe n°3** : Détermination des problématiques possibles).

1.2.1.2 Choix de la problématique de l'étude et justification du sujet

De l'inventaire des problèmes répertoriés lors de l'état des lieux, trois problématiques se dégagent. Il s'agit de la :

- Problématique d'une organisation comptable performante;
- Problématique d'une gestion efficace des stocks ;
- Problématique de la mobilisation optimale des ressources financières au CHD-OP;

La problématique de l'organisation comptable performante a été abordée par un mémoire du cycle I de la filière AHUI de l'ENAM, celui de Jocelyne DJANTA intitulé « Contribution à l'amélioration de l'information comptable et financière au CHD-OP ». D'autres mémoires ont abordé la même problématique dans d'autres formations sanitaires. De plus les différentes supervisions du niveau central, les contrôles de l'inspection générale du ministère de la santé et ceux de la chambre des comptes de la cour suprême ont fait des recommandations à ce sujet. Aussi la démarche qualité en cours à l'hôpital aborde des aspects de cette problématique notamment la préoccupation de disposer d'un manuel de procédure.

En ce qui concerne la problématique d'une gestion efficace des stocks, elle a constitué un problème spécifique abordé par le mémoire de DJANTA

Jocelyne suscité. Cette même problématique a été abordée par plusieurs autres mémoires dans d'autres formations sanitaires de notre pays.

La problématique de la mobilisation optimale des ressources financières retient notre attention. Le choix de cette problématique est guidé à la fois par son caractère déterminant dans le fonctionnement de l'hôpital et par le besoin en expertise du CHD-OP (préoccupation majeure des responsables du centre). Cette problématique dérive du problème général de la faiblesse de la mobilisation des ressources financières au CHD-OP. Les problèmes spécifiques relevant de ce problème général sont les suivants:

- Baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP;
- Faible mobilisation des ressources des partenaires;
- Encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé.

C'est dans le souci de contribuer à la résolution du problème général et des problèmes spécifiques liés à cette problématique que nous avons retenu le thème : « Contribution à l'amélioration de la mobilisation des ressources financières au CHD-OP ».

1.2.2 Spécification, vision globale et séquences de résolution de la problématique choisie

Après le choix de notre problématique, nous allons aborder sa spécification avant d'exposer la vision globale de sa résolution.

1.2.2.1 Spécification de la Problématique Choisie

La problématique choisie est celle de la mobilisation optimale des ressources financières au CHD-OP. Les problèmes spécifiques liés à cette problématique sont:

- Baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat(PS1) ;
- Faible mobilisation des ressources des partenaires(PS2) ;

- Encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé (PS3).

1.2.2.2 Vision globale et séquences de résolution de la problématique

Il s'agit de préciser ici la vision globale pouvant permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques et par conséquent, le problème général identifié.

Rappelons que le problème général de notre étude est la faiblesse de la mobilisation des ressources au CHD-OP. La résolution de ce problème permettra de disposer de moyens pour une meilleure prise en charge des malades et pour financer les projets de développement de l'hôpital. Cette vision de développement sera atteinte par la résolution des différents problèmes spécifiques identifiés plus haut.

Pour ce qui est du problème spécifique n°1 relatif à la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat, il faut noter que le bon fonctionnement des hôpitaux dépend du montant de ces crédits.

L'analyse et la résolution de ce problème se feront à partir d'une **approche théorique basée sur les modalités d'allocation des ressources aux hôpitaux.**

Quant au problème spécifique n°2 relatif à la faible mobilisation des ressources des partenaires, rappelons que la diversification des sources de financement est un élément important dans la mobilisation des ressources. L'Etat et les collectivités locales ont développé des partenariats qui peuvent servir de repère aux hôpitaux. L'analyse et la résolution de ce problème se feront à partir d'une **approche basée sur les partenariats existant entre l'Etat, les collectivités locales et les bailleurs de fonds.**

Pour ce qui est du problème spécifique n°3 relatif à l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé, sa résolution se fera à

partir d'une **approche basée sur le renforcement du dispositif de recouvrement interne.**

Les problèmes spécifiques ainsi que les approches théoriques de résolution ci-dessus déterminés ont fait l'objet d'une synthèse (confère **annexe n°4**).

Cette problématique dont nous venons d'exposer la vision globale de résolution va être abordée en suivant les étapes ci-après :

- Définition des objectifs (général et spécifiques) ;
- Identification des causes supposées être à la base des problèmes spécifiques;
- Formulation des hypothèses ;
- Construction du tableau de bord ;
- Revue de la littérature ;
- Exposition de la méthodologie de recherche ;
- Analyse des données (vérification des hypothèses) ;
- Etablissement du diagnostic ;
- Approches de solutions et conditions de mise en œuvre.

CHAPITRE PREMIER :
CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE
DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, il sera question de formuler les hypothèses nécessaires après avoir fixé les objectifs à atteindre par l'étude et identifié les causes supposées être à la base des problèmes. Ensuite, nous ferons une revue de littérature avant de mettre en place la méthodologie de la recherche suivant ses dimensions théorique et empirique.

2.1 CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Cette section sera consacrée à la formulation des hypothèses et à la revue de la littérature.

2.1.1 Objectifs, résultats attendus et hypothèses de l'étude

Les objectifs et les résultats attendus de l'étude sont fixés par rapport aux problèmes spécifiques et se présentent comme suit :

2.1.1.1 Fixation des objectifs et résultats attendus de l'étude

2.1.1.1.1 Objectifs de l'étude

Ils se déclinent en un objectif général et en trois objectifs spécifiques.

➤ Objectif général

L'objectif général de notre étude est de proposer les conditions d'une mobilisation optimale des ressources financières au CHD-OP.

➤ Objectifs spécifiques

Ils sont formulés en fonction des problèmes spécifiques et se présentent ainsi:

Objectif lié au problème spécifique n°1

Déterminer les conditions d'une augmentation des crédits budgétaires au CHD-OP.

Objectif lié au problème spécifique n°2

Définir les mécanismes de mobilisation optimale des ressources financières des partenaires au CHD-OP.

Objectif lié au problème spécifique n°3

Identifier les moyens de protection des ressources potentielles de l'hôpital.

2.1.1.1.2 Résultats attendus

➤ Résultat général attendu

Les conditions d'une mobilisation optimale des ressources financières au CHD-OP sont proposées.

➤ Résultats spécifiques attendus

- Les conditions d'une augmentation des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP sont déterminées ;
- Les mécanismes de mobilisation optimale des ressources financières des partenaires au CHD-OP sont définis ;
- Les moyens de protection des ressources potentielles de l'hôpital sont identifiés.

2.1.1.2 Formulation des hypothèses et élaboration du tableau de bord de l'étude

2.1.1.2.1 Formulation des hypothèses

Il s'agit d'identifier les causes supposées être à la base de chaque problème spécifique et de retenir la plus plausible d'entre elles pour formuler l'hypothèse.

➤ Causes et hypothèse liées au problème général

Rappelons que les problèmes spécifiques sont les manifestations du problème général. Il nous paraît difficile de trouver une cause générique susceptible de prendre en compte toutes les causes spécifiques identifiées. Nous ne sommes donc pas en mesure de formuler une cause générale et une hypothèse générale.

➤ Causes et hypothèse liées au PS1

Les causes supposées être à la base du problème de la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP sont :

- Non maîtrise des charges;
- Faible consommation des crédits antérieurement délégués au CHD-OP ;

En ce qui concerne la cause liée au degré de consommation des crédits antérieurement délégués, l'analyse des points d'exécution des budgets du CHD-OP de 2008 à 2010 montre que les crédits budgétaires alloués ne sont pas entièrement consommés. Toutefois, le taux de consommation le plus faible durant cette période est supérieur à 75%. Mieux la non complétude de la consommation peut être due au mécanisme de consommation de ces crédits et/ou au manque de dynamisme des gestionnaires de crédits. Nous estimons que cette cause n'est pas la plus plausible.

Quant à la non maîtrise des charges, il faut noter que sans maîtriser les charges, il est difficile voire impossible de déterminer les coûts des biens produits ou des services offerts. La maîtrise des coûts permet en effet à l'administration centrale de disposer de l'ensemble des informations qui lui sont nécessaires pour piloter l'allocation de ressources aux établissements de santé. Elle permet aussi d'effectuer une bonne planification et budgétisation, l'évaluation des allocations de ressources, la détermination des besoins en ressources et la prévision des ressources supplémentaires. Nous pensons alors que cette cause est la plus plausible.

L'hypothèse n°1 est ainsi formulée : la non maîtrise des charges explique la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP (**hypothèse n°1**).

➤ Causes et hypothèse liées au PS2

Le problème spécifique n°2 est relatif à la faible mobilisation des ressources des partenaires. Trois causes plausibles sont identifiées à savoir :

- Les difficultés d'accès aux partenaires financiers;
- Le manque de disponibilité des responsables de l'hôpital ;
- Le manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital auprès des partenaires;

Par rapport à la cause relative à la difficulté d'accès aux partenaires financiers, nous notons que les mécanismes de mobilisation des ressources des partenaires dépendent en grande partie du contexte. Les méthodes, approches, zones et domaines d'intervention diffèrent d'un bailleur à un autre. Cependant la finalité est de susciter l'attention et l'intérêt des partenaires. Ces données existent déjà pour les partenaires intervenant en République du Bénin. Le CHD-OP peut s'en inspirer pour nouer ses propres partenariats en attendant de rechercher de nouveaux partenaires. Cette cause

bien qu'expliquant le problème de la faible mobilisation des ressources des partenaires n'est pas la plus plausible.

Le manque de disponibilité des responsables du centre peut expliquer la faiblesse de la mobilisation des ressources des partenaires financiers. En ce sens qu'il faut avoir du temps pour affiner les stratégies pour convaincre les bailleurs. Nous avons constaté que la gestion des affaires courantes par les responsables de l'hôpital prend le pas sur les activités de conception qui incombent aussi aux responsables du centre. Malgré ces préoccupations courantes, les responsables tiennent régulièrement les réunions statutaires du CODIR. Ils peuvent donc disposer du temps pour cette importante activité de mobilisation des ressources. Nous estimons qu'elle n'est pas la cause la plus plausible.

En ce qui concerne le manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital, il faut noter que le plaidoyer permet de défendre une opinion. Il constitue un outil indispensable dans l'obtention de partenariat. Il est déterminant dans le secteur de la santé caractérisé par une plus grande attention des partenaires pour la prévention. Le plaidoyer permettra de rallier les partenaires à la cause des hôpitaux chargés prioritairement de dispenser des soins curatifs. Nous estimons qu'il constitue la cause la plus plausible.

Ainsi, nous pouvons conclure que la faible mobilisation des ressources des partenaires est due au manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital auprès des partenaires (**Hypothèse n°2**).

➤ Causes et hypothèse liées au PS3

Le problème spécifique n°3 est lié à l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé. Trois causes plausibles sont identifiées à savoir :

-Manque de vigilance des agents au « col vert » ;

- Insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne ;
- Manque de sanction des cas de détournement avéré.

Le manque de sanction des cas de détournement avéré explique l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé en ce sens que l'impunité encourage la corruption. La sanction apparaît alors comme une mesure dissuasive d'un tel acte. Toutefois, nous estimons que cette cause a un pouvoir explicatif faible et est indirectement liée au problème, la sanction intervenant après la commission de l'acte. Cette cause n'est donc pas la plus plausible.

Le manque de vigilance des agents au « col vert » est aussi une cause plausible de ce problème. En effet, les agents au « col vert » sont affectés dans les services médico-techniques pour assurer des formalités administratives du recouvrement interne mais aussi en guise de contrôleur de gestion. Le responsable de la division recouvrement nous a expliqué que deux de ces agents s'investissent bien dans cette tâche de lutte contre la fraude et sont fréquemment menacés à cet effet. Toutefois, ces actes de fraude même si ils ont diminué, sont encore observés dans les services où ces deux agents travaillent. Le manque de vigilance n'est donc pas la cause la plus plausible.

Quant à l'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne, nous estimons que des défaillances de ce système peuvent engendrer des actes de fraude. La cause liée à l'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne est donc la cause la plus plausible.

Ainsi, nous déduisons que l'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne explique l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé (**Hypothèse n°3**).

2.1.1.2.2 Tableau de bord de l'étude

C'est un tableau récapitulatif de la problématique choisie, des problèmes spécifiques retenus, des causes supposées à l'origine des problèmes et des hypothèses exposés ci-dessus. Il se présente comme suit :

Tableau n°4 : Tableau de bord de l'étude

Niveau d'analyse		Problématique	Objectifs de l'étude	Causes (supposées être à la base des problèmes)	Hypothèses
Niveau Général		Faiblesse de la mobilisation des ressources financières	Proposer les conditions d'une mobilisation optimale des ressources financières au CHD-OP.	-	-
Niveaux spécifiques	1	Problème spécifique n°1 -Baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP.	Déterminer les conditions d'une augmentation des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP.	- Non maîtrise des charges ; -Faible consommation des crédits antérieurement délégués au CHD-OP ;	La non maîtrise des charges explique la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP.
	2	Problème spécifique n°2 Faible mobilisation des ressources des partenaires	Définir les mécanismes de mobilisation optimale des ressources des partenaires au CHD-OP.	- -Difficultés d'accès aux partenaires financiers; Manque de disponibilité des responsables de l'hôpital ; - Manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital.	La faiblesse de mobilisation des ressources des partenaires est due au manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital auprès des partenaires.
	3	Problème spécifique n°3 Encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé ;	Identifier les moyens de protection des ressources potentielles de l'hôpital.	-Manque de vigilance des agents au « col vert » ; -Insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne ; -Manque de sanction des cas de détournement avéré.	L'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne explique l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé

Source : Résultats de nos investigations

2.1.2 Revue de littérature

Il s'agit de l'état des connaissances acquises sur les problèmes identifiés. Ainsi, nous ferons le point des connaissances liées au problème général et aux problèmes spécifiques en résolution.

Rappelons que les approches théoriques retenues au niveau de la vision globale de résolution de la problématique sont :

- Approche théorique basée sur les modalités d'allocation des ressources aux hôpitaux.
- Approche basée sur les partenariats existant entre l'Etat, les collectivités locales et les bailleurs de fonds.
- Approche basée sur le renforcement du dispositif de recouvrement interne.

2.1.2.1 Exposé des contributions antérieures sur le problème de la faiblesse de la mobilisation des ressources.

Selon le Petit Larousse, mobiliser c'est mettre en jeu des forces, y faire appel, les réunir en vue d'une action. Ainsi, mobiliser les ressources d'une entreprise consiste à réunir les acteurs de cette entreprise autour de la question de recherche des ressources pour la réalisation des projets de cette entreprise. La mobilisation de ressources constitue le processus par lequel une organisation peut obtenir des ressources.

Il s'agit d'obtenir diverses ressources auprès des partenaires, par différents moyens. La mobilisation des ressources peut être perçue comme une combinaison entre :

- Les ressources : différentes sortes de moyens nécessaires pour une entreprise.
- Les mécanismes : différentes méthodes qui permettent d'obtenir des ressources.

- Les fournisseurs de ressources : différentes personnes ou organismes fournissant des ressources.

Les démarches adoptées par les entreprises pour la mobilisation des ressources comprennent un ensemble d'activités de communication, de sensibilisation et de production dans le but de susciter l'intérêt et l'attention de l'autre partie (partenaires ou bailleurs de fonds).

Pour KOUSSEMOU C. et OMYALE P., les études sur le financement des dépenses de santé permettront d'attirer l'attention sur de nouveaux moyens de mobilisation des ressources accrues pour le secteur sanitaire.

Toutefois, FRIEDEGER S. et ses collaborateurs expliquent que les questions de financement ne doivent pas être comprises uniquement sous la forme d'une mobilisation des ressources additionnelles, nouvelles. Elles signifient également une meilleure utilisation des ressources disponibles et donc une réduction des coûts des produits acquis et des actions engagées. C'est sous cette double exigence (réduction des coûts et mobilisation des ressources additionnelles) que le financement prend son sens et peut se traduire par une nette amélioration des performances et d'équité. Ces auteurs citent parmi les sources de financement traditionnelles: les fonds publics, les fonds des ménages, les fonds extérieurs, les autres ressources.

Autrement dit, les ressources financières de l'hôpital sont constituées des ressources propres, des ressources du financement communautaire, des subventions de l'Etat et des subventions extérieures.

Ils estiment aussi que la plupart des sources actuelles de financement des services de santé ne sont pas le résultat d'une analyse ou d'une planification préalable. Elles découlent, le plus souvent, de facteurs comme l'histoire sociale, l'état de l'économie et des finances du pays, les priorités de santé, les attentes de la population, le type de gouvernement en place, la capacité administrative du pays, l'influence des organisations internationales.

Les hôpitaux disposent d'une gamme de sources de financement de leurs activités. Mais ces opportunités sont insuffisamment exploitées ainsi que nous l'avons montré précédemment.

2.1.2.2 Exposé des contributions antérieures sur les problèmes spécifiques.

2.1.2.2.1 Exposé des contributions antérieures sur le PS1 et sur le PS2

➤ Exposé des contributions antérieures sur le PS1

L'Etat peut décider de prendre en charge la totalité des coûts de fonctionnement et d'investissement grâce à l'octroi d'un budget suffisant. Cette option est la meilleure et est fortement souhaitable. Elle est toutefois difficile à envisager pour de nombreux pays car les budgets alloués à la santé sont relativement faibles. Elle nécessite dans beaucoup de cas de reconsidérer les affectations budgétaires. Cette option devient crédible lorsque l'Etat applique réellement les textes de loi sur les prélèvements obligatoires et les impôts en particulier. Une administration fiscale efficiente pourrait améliorer substantiellement les recettes de l'Etat (FRIEDEGER S. et ses collaborateurs).

Les crédits budgétaires alloués aux formations sanitaires couvrent deux domaines précis : les dépenses de personnel et les autres dépenses de fonctionnement de l'hôpital (matières, fournitures et services consommés, alimentation des malades, entretien et réparation du matériel, etc.).

Le professeur TOURE a déclaré dans son mémorandum sur la santé des Sénégalais en 2004 que les hôpitaux sont des structures publiques, autonomes, auxquelles l'Etat accorde une subvention. Mais il s'interroge sur

le critère sur lequel l'Etat se base pour allouer ces ressources aux différents hôpitaux.

Aussi dans leur mémorandum adressé au ministre de la santé, suite à leur réunion tenue le 25 février 2011 à Lomé sur la situation qui prévaut actuellement dans leurs structures respectives, les directeurs des hôpitaux publics du Togo déclarent que les subventions sont accordées depuis longtemps par le ministère des finances d'une façon aléatoire. Elles ne sont pas fonction du coût de revient des prestations des structures sanitaires qui, lui-même est fonction de la taille de l'actif et des activités de l'entreprise.

Le conseil interministériel sénégalais consacré à la situation des établissements publics de santé tenu le 05 mai 2008, retient que la gestion de la subvention de fonctionnement accordée par l'Etat aux hôpitaux sera plus transparente lorsqu'il sera possible de disposer des coûts liés aux activités de chaque structure avec les résultats analytiques de gestion des hôpitaux. Cette même transparence devra s'imposer rapidement dans la répartition et il faudra également que la subvention de l'Etat devienne réellement une subvention d'équilibre au sens où elle servirait de « variable d'ajustement » à une accessibilité financière renforcée et équitable aux soins de santé.

LEVY trouve que la comptabilité analytique, tout en contribuant à la connaissance des coûts réels de produits, renvoie à l'objectif de la minimisation des coûts.

AKPOUE U. propose pour une allocation optimale de ressources aux hôpitaux trois options Il s'agit de:

- maintenir la subvention de l'Etat à son niveau actuel et augmenter les tarifs, mais une telle option n'est pas réaliste au regard du caractère de service public et social de l'hôpital;

- augmenter la subvention de l'Etat et maintenir les tarifs à leur niveau actuel, cette option paraît réaliste si on considère le rôle régalien de l'Etat et la condition socio-économique des populations ;
- augmenter la subvention de l'Etat et augmenter les tarifs, cette option est beaucoup plus réaliste et constitue la plus plausible dans un contexte de gestion rationnelle.

Tous les auteurs suscités s'accordent sur la nécessité de subventionner les hôpitaux. Il faut rappeler que dans le contexte béninois, la santé est bien tutélaire. La conséquence première est l'impossibilité pour les responsables des hôpitaux de déterminer et de fixer seuls les tarifs des prestations hospitalières. L'Etat intervient, eu égard au niveau de vie des populations et pour des raisons de cohésion sociale, dans la fixation des tarifs des prestations hospitalières. Nous partageons l'idée que cette subvention de l'Etat aux hôpitaux est indispensable et constitue une mesure d'accompagnement des hôpitaux mais nous estimons que cette subvention doit être accordée suivant des critères scientifiques déterminés.

➤ Exposé des contributions antérieures sur le PS2

ADAHE B. classe les subventions extérieures en deux groupes : les subventions des organisations non gouvernementales et les subventions de l'aide internationale.

Les subventions des organisations non gouvernementales sont octroyées dans le cadre des relations bilatérales entre les organisations non gouvernementales et les hôpitaux et touchent des domaines précis.

Quant aux subventions des projets du secteur sanitaire, il s'agit notamment du financement de la réhabilitation, de la réorganisation et du fonctionnement des hôpitaux. Ces subventions revêtent les formes suivantes : la Construction

et l'aménagement des infrastructures sanitaires, l'équipement des hôpitaux en matériels médico-techniques, l'équipement des hôpitaux en matériels roulant et hospitalier, l'équipement des hôpitaux en matériels et mobilier de bureau, l'octroi des subventions de fonctionnement (alimentation des malades, fournitures de bureau, dotations en médicaments et consommables médicaux, etc.).

SUBRA H. affirme que les hôpitaux publics de soins sont, à quelques exceptions près, des établissements départementaux, communaux, interdépartementaux, intercommunaux. Ce caractère implique plus ou moins, l'obligation pour les collectivités locales d'apporter leurs concours au financement des investissements les concernant. Elle ajoute qu'une autre forme de participation au financement de l'investissement hospitalier pourrait être trouvée dans l'institution d'une taxe spéciale. Elle cite les entreprises privées parmi ces partenaires extérieurs. Car, pour elle la mise en place d'établissements de soins, efficacement organisés et équipés, leur permet de réduire au minimum les risques d'absence, voire l'élimination pour incapacité, d'une partie de leur personnel.

La procédure de financement des partenaires autres que l'Etat varie d'un partenaire à un autre. La contribution de l'USAID est faite par appui budgétaire et est une subvention non remboursable. Le financement du fonds mondial quant à lui est un apport effectué par un groupe de pays et d'entreprises privées du Nord regroupé autour de la France pour contribuer à la lutte contre trois grandes maladies à savoir le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En ce qui concerne le financement de la banque mondiale, il s'agit d'un emprunt contracté par le gouvernement du Bénin pour financer les activités identifiées par les deux parties et qui sont consignées dans un rapport d'évaluation. Les ONG interviennent aussi dans le financement des structures sanitaires. Elles s'adressent directement aux structures pour identifier les

besoins de celles-ci qui entrent dans le champ de compétence de leurs activités. Les collectivités locales constituent également un partenaire des structures sanitaires. Le financement des collectivités locales est réalisé à partir de leurs ressources propres ou sur des crédits du programme d'investissement public. Selon le cas, ces aides prennent en charge la rémunération du personnel d'appui recruté au profit des centres de santé. Elles peuvent aussi financer des travaux de construction et de réfection d'infrastructures (AREMOU R.,).

Les méthodes, approches, zones et domaines d'intervention diffèrent d'un bailleur à un autre.

D'autres partenaires interviennent dans le financement des services de santé.

Le financement des partenaires financiers nationaux et internationaux est une source supplémentaire de financement non négligeable dans un contexte de sous-développement. Les responsables de l'hôpital doivent exploiter cette possibilité d'obtention de ressources et s'informer suffisamment sur les modalités d'accord de ressources propres à chaque bailleur de fonds. Nous pensons à cet effet qu'ils peuvent s'inspirer des contributions des auteurs ci-dessus cités et exploiter les pistes déjà tracées pour négocier ces ressources.

2.1.2.2.2 Expose des contributions antérieures sur le PS3

Les ressources du financement communautaire proviennent essentiellement de la vente des produits pharmaceutiques et de consommables médicaux aux malades. Elles mesurent la contribution de la communauté au financement du fonctionnement de l'hôpital. Les ressources propres sont des ressources issues des prestations de soins de santé et de services de l'hôpital à savoir les consultations et les examens, les actes médicaux, paramédicaux et chirurgicaux ainsi que les hospitalisations.

Les fonds propres des hôpitaux constituent une source de financement satisfaisante et stable pour les services médico-techniques lorsque le contexte économique et politique est favorable et que l'hôpital est doté d'une certaine puissance et d'une capacité à gérer les ressources, de manière transparente et concertée, et les difficultés de recouvrement des créances.

Toutefois, FRIEDEGER S. et ses collaborateurs ont montré que les effets des méthodes de paiement direct sur la mobilisation des ressources au niveau des services de santé sont divers mais limités dans leur ensemble compte tenu de l'existence de fortes contraintes de revenu qui pèsent sur les ménages. Le paiement direct par acte et le paiement des médicaments ont un avantage pour les prestataires de soins du fait qu'ils sont basés sur l'application d'une quasi vérité des prix des inputs employés. Ils permettent ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, d'accroître les ressources des services de santé. Mais des paiements élevés peuvent avoir des effets contraires suivant le niveau de l'élasticité prix de la demande de la population.

L'OMS estime que pour résoudre ces problèmes il faut trouver des stratégies efficaces de protection sociale, prenant en compte la mutualisation des risques et les systèmes de prépaiement par rapport à la rétribution directe par le patient des prestataires de soins primaires.

Par ailleurs NYSENS estime que la micro assurance santé possède un grand potentiel en matière de financement des soins de santé et de réduction de la pauvreté en Afrique de l'Ouest.

Ces préoccupations sont prises en compte par les Objectifs du Millénaire pour le Développement qui ont prévu la mise en œuvre des programmes complets pour le secteur santé et leur intégration dans la stratégie de lutte contre la pauvreté. Ce programme doit comporter des mesures permettant d'atténuer les charges de santé de la population et surtout des pauvres.

Il apparaît à travers cette revue de littérature que le financement communautaire demeure la première et la plus importante source de financement des hôpitaux. L'analyse du budget du CHD-OP et des rapports d'exécution des budgets des années écoulées montre que les recettes propres a le poids le plus élevé des ressources du CHD-OP. Cette tendance confirme alors l'importance de ce financement. Pour nous, il est impérieux de sécuriser ces recettes potentielles et de mettre en place toutes les dispositions pour y aboutir.

2.2 APPROCHES METHODOLOGIQUES

Il s'agit dans ce paragraphe d'exposer la dimension empirique puis les approches théoriques retenues pour chaque problème spécifique.

2.2.1 Approches empiriques

Elles présentent la technique d'enquête à utiliser à travers les outils de mobilisation et de présentation des données.

2.2.1.1 Objectif de l'enquête et identification de la population mère

L'enquête vise essentiellement à vérifier les différentes hypothèses formulées dans notre travail de recherche à partir des données mobilisées.

Ainsi d'une manière spécifique nos enquêtes permettront de savoir si :

- l'inexistence de la comptabilité analytique explique la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat;
- la faible mobilisation des ressources des partenaires est due au manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital avec les partenaires;
- l'insuffisance dans le système de contrôle interne explique l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé.

2.2.1.1.1 Spécification des données à mobiliser

Les données à mobiliser sont liées à :

- la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat;
- la faible mobilisation des ressources des partenaires;
- l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé;

2.2.1.1.2 Nature de l'enquête et conception des questionnaires

L'enquête est interne à l'hôpital. Nos recherches sont faites à partir d'un questionnaire comportant des questions ouvertes et fermées conçues sur la base des problèmes spécifiques en résolution (Confère **annexe n°5** : Questionnaire d'enquête).

Les questions posées lors de nos enquêtes ont servi à recenser les informations pouvant nous permettre de connaître les vraies causes des différents problèmes spécifiques identifiés.

2.2.1.2 Echantillonnage et outils de présentation des données

2.2.1.2.1 Echantillonnage

La base de l'échantillon est constituée de tous les acteurs du système de mobilisation des ressources au CHD-OP. Il s'agit des membres statutaires du CODIR, des autres chefs de services, des responsables de divisions des services administratifs, des surveillants de services médico-techniques et du personnel de la division recouvrement et opérations bancaires.

Le choix est raisonné et tient surtout compte du degré d'implication ou de responsabilité dans le processus de mobilisation des ressources. Nous avons pour ambition d'interroger la totalité de la population mère eu égard à

leur nombre pas trop grand et pour une tendance à l'exhaustivité des opinions sur la question de la mobilisation des ressources au CHD-OP.

Tableau n°5 : Répartition de la population mère

Catégories	Effectifs
Directeur	01
Chefs services administratifs	02
Chefs services techniques	15
Surveillant général	01
Chefs divisions administratives	07
Personnel de la division recouvrement	16
Surveillants de services médico-techniques	15
Total	57

Source: Nos investigations

2.2.1.2.2 Outils de présentation des données et dépouillement

➤ Outils statistiques de présentation des données

Les résultats seront analysés en fonction de la nature des questions posées. En ce qui concerne les questions fermées, nous ferons une appréciation arithmétique tandis que pour les questions ouvertes, elles seront appréciées en fonction des opinions émises.

Pour une bonne analyse des données, quelques outils de présentation des résultats recueillis nous semblent indiqués. Au nombre de ceux-ci, on a les tableaux et les graphiques.

➤ Technique de dépouillement

Les informations recueillies auprès des enquêtés seront traitées manuellement en raison de la petite taille de notre échantillon.

2.2.2 Approches théoriques

Nous aborderons dans ce paragraphe les normes et repères d'amélioration des problèmes spécifiques et les seuils de décision permettant de vérifier les hypothèses de l'étude.

2.2.2.1 Normes et repères d'amélioration

2.2.2.1.1 Normes et repères d'amélioration liés au PS1 et au PS2

➤ Normes et repères d'amélioration liés au PS1

La détermination des coûts liés aux activités de chaque structure avec les résultats analytiques de gestion permet une meilleure allocation des ressources.

La mise en œuvre de la comptabilité analytique par les hôpitaux constitue donc la norme de l'amélioration de l'octroi des crédits budgétaires. Car ces crédits devront servir réellement de subvention d'équilibre.

➤ Normes et repères d'amélioration liés au PS2

L'insuffisance de couverture des charges de l'hôpital par les ressources internes et la subvention de l'Etat appelle la nécessité de recourir à d'autres partenaires. Les méthodes, approches, zones et domaines d'intervention diffèrent d'un bailleur à un autre et la mobilisation des ressources de ces partenaires nécessite une grande capacité de négociation. La norme d'amélioration par rapport à ce problème spécifique est basée sur :

- La connaissance des partenariats existant entre l'Etat béninois et les partenaires techniques et financiers;
- un travail d'inventaire des partenaires potentiels des structures sanitaires ;

- la connaissance des méthodes, approches, zones et domaines d'intervention de ces partenaires ;
- la rédaction de termes de référence convaincants.

2.2.2.1.2 Normes et repères d'amélioration liés au problème spécifique n°3

La proposition de l'OMS par rapport aux effets du paiement direct des prestations constitue la norme d'amélioration choisie. Ainsi le système de protection sociale faisant intervenir un tiers payant constitue la norme d'amélioration du problème d'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé. Car elle permet en effet de limiter la manipulation des fonds au niveau des services médico-techniques.

2.2.2.2 Seuils de décision

Le seuil de décision prendra en compte les données du questionnaire adressé aux responsables et personnel du CHD-OP.

2.2.2.2.1 Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°1 et de l'hypothèse n°2

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

La cause de la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat est celle qui va recueillir la plus forte fréquence relative après dépouillement des réponses aux questionnaires. Ici, le problème n'ayant que deux causes supposées, ce seuil est la fréquence supérieure à 50%.

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

La cause de la faible mobilisation des ressources des partenaires est celle qui va recueillir un pourcentage supérieur à 33,33%.

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

La cause de l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé est celle qui va recueillir une fréquence relative supérieure à 33,33%.

CHAPITRE DEUXIEME :
DE L'ORGANISATION DES ENQUETES
AUX APPROCHES DE SOLUTION

Ce chapitre est consacré à l'organisation des enquêtes, à l'analyse des résultats, à la vérification des hypothèses afin de formuler quelques approches de solutions pour une amélioration de la mobilisation des ressources financières au CHD-OP.

3.1 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

Cette section est consacrée à l'organisation des enquêtes, à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus.

3.1.1 Organisation des enquêtes et limites de l'étude

3.1.1.1 Préparation et réalisation des enquêtes

3.1.1.1.1 Préparation des enquêtes

L'enquête sera réalisée sur la base d'un questionnaire adressé à l'échantillon constitué. Le questionnaire est conçu de manière à saisir la compréhension des enquêtés sur la mobilisation des ressources financières au CHD-OP et à recueillir leurs opinions sur les causes des problèmes spécifiques.

3.1.1.1.2 Réalisation des enquêtes

L'enquête est réalisée au cours du mois de décembre 2011. Le questionnaire a été au départ envoyé à chaque personne identifiée pour être collectée après remplissage. Mais nous avons constaté lors de la collecte que certaines questions sont mal comprises. Nous avons alors procédé à l'administration du questionnaire.

Sur les 57 personnes prévues pour être interrogées, 30 ont répondu au questionnaire. Donc trente réponses ont été dépouillées et analysées.

La répartition de ce nouvel échantillon constitué de 30 individus choisis dans cette base se présente comme suit :

Tableau n°6: Répartition de l'échantillon

Catégories	Effectifs
Directeur	01
Chefs services administratifs	02
Chefs services techniques	07
Surveillant général	01
Chefs divisions administratives	07
Personnel de la division recouvrement	05
Surveillants de services médico-techniques	07
Total	30

Source: Nos investigations

3.1.1.2 Difficultés rencontrées et limites de l'étude

3.1.1.2.1 Difficultés rencontrées

La plupart du personnel administratif était occupée à préparer le budget exercice 2012 de l'hôpital. Ils étaient presque indisponibles. En dehors de ce problème de non disponibilité, nous avons rencontré peu de difficultés dans la collecte des informations.

3.1.1.2.2 Limites des données recueillies

Les réponses aux questions touchant aux faiblesses de l'enquête peuvent être biaisées pour celui qui n'accepte pas l'exercice de l'autocritique. Aussi certains enquêtés avaient peur de fournir certaines informations au risque d'être mal appréciés par les supérieurs hiérarchiques.

3.1.2 Présentation et analyse des données

3.1.2.1 Présentation et analyse des données relatives aux PS 1 et PS 2

3.1.2.1.1 Présentation et analyse des données relatives au PS 1

Question n°1 : L'Etat octroie chaque année de crédits budgétaires aux hôpitaux. Qu'est ce qui justifie selon vous la prise de cette mesure en faveur des hôpitaux ?

L'analyse des données issues des réponses aux questionnaires montre que les avis sont partagés sur la pertinence de l'octroi de ces crédits aux hôpitaux. En effet si la majorité des personnes interrogées justifient la nécessité de l'allocation de ces crédits par le caractère social de l'hôpital qui fournit des prestations à but non lucratif, d'autres pensent qu'ils ne sont pas nécessaires et qu'une bonne gestion des ressources propres suffit pour couvrir les charges de l'hôpital.

Question n° 2 : Sur quelle base l'Etat accorde-t-il ces crédits budgétaires aux hôpitaux ?

L'analyse des données fournies par les personnes ressources à qui les questionnaires ont été administrés montre que la majorité d'elles, soit 70% des personnes enquêtées, ignorent le critère d'attribution des crédits budgétaires aux hôpitaux. Une frange d'elles, soit 23,33%, estime que l'Etat vient combler le gap entre les besoins et les ressources. Le reste, soit, 6,67% déclare que cette subvention est accordée sur la base des besoins exprimés par les hôpitaux et en fonction de la consommation des crédits antérieurs.

Tableau n°7 : Opinions des enquêtés sur les critères d'octroi des crédits budgétaires

N° D'ordre	Modalités	Fréquence Absolue	Fréquence Relative en %
01	Nombre de lits disponibles dans chaque hôpital	0	0
02	Combler le gap entre les besoins et les ressources propres	7	23,33
03	Ne sait pas	21	70
04	Besoins exprimés par les hôpitaux et consommation des crédits antérieurs	2	6,67
Total		30	100

Source : Résultats de nos enquêtes

Question n° 3 : Selon vous, qu'est ce qui explique la baisse de ces crédits depuis 2009 ?

L'analyse du tableau ci- dessous montre que :

- 73 ,33% des enquêtés affirment que la non maîtrise des charges justifie la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP.
- 26,67% pensent par contre que cette baisse se justifie par la faible consommation des crédits antérieurement délégués.

L'annexe n°6 présente un graphique illustrant les opinions émises par les enquêtés sur la cause de cette baisse.

Tableau n°8: Opinions des enquêtés sur les raisons de la baisse de crédits budgétaires

N° D'ordre	Modalités	Fréquence Absolue	Fréquence Relative en %
01	Non maîtrise des charges hospitalières	22	73,33
02	Faible consommation des crédits antérieurement délégués	08	26,67

Source : Résultats de nos enquêtes

Question n°4: Que suggérez-vous pour améliorer l'allocation de crédits budgétaires au CHD-OP ?

La plupart du personnel technique enquêté n'a pas répondu à cette question. L'analyse des réponses recueillies montre que la majorité des personnes ayant répondu à cette question affirme que la mise en œuvre de la comptabilité analytique est un préalable indispensable à une meilleure attribution des crédits budgétaires aux hôpitaux. Le reste propose une consommation totale des crédits budgétaires antérieurs pour bénéficier d'une augmentation de ces crédits. Ces réponses s'accordent bien à celles enregistrées à la question précédente.

3.1.2.1.2 Présentation et analyse des données relatives au PS 2

Question n° 5 et 6: Savez-vous que des partenaires extérieurs en dehors de l'Etat peuvent allouer des ressources à l'hôpital ? Si oui, citer quelques-uns d'entre eux que vous connaissez.

Toutes les personnes enquêtées savent que des partenaires extérieurs peuvent allouer des ressources à l'hôpital. Ils ont cité entre autres partenaires : Fondation Raoul FOLLEREAU, WIESBADEN, UNICEF.

Question n° 7 et 8 : Avez-vous soumis des projets à ces partenaires pour financement ? Si oui, faites voir copies de quelques projets ?

Les réponses à ces questions montrent que la majorité des personnes enquêtées affirment que des projets ne sont jamais soumis à ces bailleurs potentiels. Ceux qui ont répondu par l'affirmation n'ont pas pu exhiber les copies des projets soumis.

Question n° 9 : Dans les prévisions budgétaires du CHD-OP, les ressources sollicitées des partenaires extérieurs sont d'un montant dérisoire et ne sont même pas souvent mobilisées. Quelle est selon vous la principale raison de cette faiblesse de mobilisation des ressources des partenaires?

Tableau n°9: Opinions des enquêtés sur les raisons de la faible mobilisation des ressources des partenaires

N° D'ordre	Modalités	Fréquence Absolue	Fréquence Relative en %
01	Difficulté d'accès aux partenaires	01	3,33
02	Manque de disponibilité des responsables de l'hôpital	01	3,33
03	Manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital	28	93,34
Total		30	100

Source : Résultats de nos enquêtes

Au regard de ce tableau, nous pouvons conclure que :

- 93,34% des enquêtés affirment que la faiblesse de mobilisation des ressources des partenaires se justifie par le manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital.
- 3,33% d'entre eux soutiennent plutôt que cette faiblesse résulte du manque de disponibilité des responsables de l'hôpital.
- 3,33% pensent enfin que la raison de cette faible mobilisation est la difficulté d'accès aux partenaires.

L'annexe n°7 présente un graphique illustrant les opinions exprimées par les enquêtés sur la cause de ce problème spécifique.

3.1.2.2 Présentation et analyse des données relatives aux PS3

Question n°10 : Quelles sont selon vous les causes de l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé ?

Tableau n°10 : Opinions des enquêtés sur les causes de l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé

N° D'ordre	Modalités	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
01	Manque de vigilance des agents « col vert »	8	26,67
02	Insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne	22	73,33
03	Manque de sanction des cas de détournement avéré	0	0
Total		30	100

Source : Résultats de nos enquêtes

L'analyse du tableau ci-dessus montre que la plupart des enquêtés, soit 73,33% d'entre eux, incriminent l'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne comme étant la cause de l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé. Ils estiment aussi que le manque de vigilance des agents au « col vert » est à une moindre mesure la cause de cet acte, car 26,67% des enquêtés l'ont choisi comme cause. Ils pensent par contre que cet acte n'est pas dû au manque de sanction des cas de détournement avéré.

L'annexe n°8 présente un graphique illustrant les opinions émises par les enquêtés sur la cause de cet acte.

3.2 ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC ET APPROCHES DE SOLUTION

3.2.1 Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Dans cette rubrique, le degré de validation des hypothèses émises est apprécié et le diagnostic est établi à partir de l'analyse des données de notre enquête.

3.2.1.1 Degré de validation des hypothèses

3.2.1.1.1 Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°1 et de l'hypothèse spécifique n°2.

➤ Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°1

L'analyse des données recueillies lors de notre enquête montre, la majorité des personnes ressources interrogées, soit 73,33% des interrogés affirment que la baisse de la subvention de l'Etat sous forme de crédits budgétaires est due à la non maîtrise des charges. C'est la cause qui a obtenu le plus grand score contre 26,67% pour la seconde cause supposée.

Nous pouvons alors dire que notre hypothèse de départ est confirmée. Nous concluons que **la non maîtrise des charges explique la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat.**

➤ Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°2

L'analyse des données recueillies lors de notre enquête montre que la majorité des personnes ressources interrogées affirment que la faible mobilisation des ressources des partenaires est due au manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital. C'est la cause qui a obtenu le plus grand pourcentage soit 93,34% contre 3,33% et 3,33% pour les deux autres causes supposées.

Nous pouvons alors dire que notre hypothèse de départ est confirmée. Nous concluons que **le manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital explique la faible mobilisation des ressources des partenaires auprès des partenaires.**

3.2.1.1.2 Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°3

L'analyse des données recueillies lors de notre enquête montre que la majorité des personnes ressources interrogées affirment que l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé est due à l'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne. C'est la cause qui a obtenu la plus forte fréquence relative soit 73,33% contre 26,67% et 0% pour les deux autres causes supposées.

Nous pouvons alors dire que notre hypothèse de départ est confirmée. Nous concluons que **l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé s'explique par l'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne.**

3.2.1.2 Synthèse du diagnostic

3.2.1.2.1 Eléments du diagnostic n°1 et du diagnostic n°2

➤ Elément du diagnostic n°1

La non maîtrise des charges explique la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat.

➤ Elément du diagnostic n° 2

La faible mobilisation des ressources des partenaires est liée au manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital auprès des partenaires.

3.2.1.2.2 Eléments du diagnostic n°3

L'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé s'explique par l'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne.

3.2.2 Approches de solution et conditions de mise en œuvre

3.2.2.1 Approches de solution

3.2.2.1.1 Solutions au PS1 et au PS2

➤ Solutions au PS1

La résolution du problème de la baisse des crédits budgétaires octroyés passe par la maîtrise des charges hospitalières et par ricochet la maîtrise des coûts des prestations hospitalières. A cet effet la division comptabilité qui a la charge de la tenue de la comptabilité générale et de la comptabilité analytique doit être redynamisée. Il faut pour ce faire :

- Assurer la formation du personnel de cette division. Cette formation devra prioriser la bonne saisie aussi bien des charges par nature que des charges par destination;

- Mettre en place et utiliser correctement les outils qui peuvent aider à mieux saisir les charges (logiciel de gestion comptable, manuel de procédure, etc.);
- Calculer les coûts des prestations hospitalières et confectionner le budget de l'hôpital sur la base de ces coûts;
- Dégager les écarts par rapport aux recettes propres;
- Défendre le budget au conseil d'administration et au ministère.

➤ Solutions au PS2

Le diagnostic relatif au problème spécifique n°2, a révélé que la cause de la faible mobilisation des ressources des partenaires est le manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital auprès des partenaires. L'acquisition de la capacité de négociation passe par la connaissance du partenaire potentiel. Cette connaissance s'acquiert en suivant les étapes ci-après :

- L'identification et la recherche des partenaires techniques et financiers:

L'hôpital doit chercher des informations sur les bailleurs (méthodologies et approches d'intervention, procédures, axes ou domaines d'intervention, zones d'intervention, ...).

- Elaboration d'un plan de mobilisation des ressources:

L'hôpital doit donner la priorité au travail de mobilisation de ressources dans son plan d'action global.

- L'identification et l'examen des différents mécanismes de mobilisation des ressources:

Chaque mécanisme a ses atouts et ses faiblesses qui doivent être pris en considération dans leur utilisation. Une fois que les forces et les faiblesses sont identifiées pour chaque mécanisme, l'hôpital doit prendre le temps de les examiner avant d'investir du temps, de l'argent et de l'énergie pour adopter un mécanisme ou un autre.

- L'accroissement de l'efficacité des rencontres avec les fournisseurs de ressources:

La plupart des bailleurs travaillent avec des institutions qui fonctionnent de façon structurée. Il est donc important de donner une bonne impression aux fournisseurs de ressources durant les rencontres.

3.2.2.1.2 Solutions au PS3

L'insuffisance dans le dispositif de contrôle interne étant la cause du problème spécifique n°3, nous proposons pour l'éradiquer de renforcer ce dispositif. Pour ce faire, il faut :

- Procéder à une évaluation du dispositif actuel ;
- Répertorier à partir de cette évaluation les défaillances de ce dispositif qui favorisent les actes de fraude;
- Identifier les mesures susceptibles de réduire ou d'éliminer ces fraudes;
- Evaluer les coûts de la mise en œuvre des différentes mesures.
- Sélectionner et mettre en œuvre les contrôles qui présentent la meilleure valeur ajoutée par rapport aux coûts induits:

Une bonne mesure doit présenter en effet un bon rapport coût-efficacité. Le CHD-OP doit alors rechercher un équilibre raisonnable entre les bénéfices attendus du contrôle interne et le coût de ce contrôle.

- Mettre en œuvre ces mesures.

Une autre solution, complémentaire à la précédente réside dans le développement des partenariats avec les sociétés d'assurance et les mutuelles de santé. Ces partenariats permettront en effet de réduire ou d'éliminer la circulation d'argent dans les services médico-techniques.

3.2.2.2 Conditions de mise en œuvre des solutions et tableau de synthèse de l'étude

3.2.2.2.1 Conditions de mise en œuvre des solutions

Nous formulons des recommandations à l'endroit des autorités tant au niveau des hôpitaux qu'au niveau du Ministère et de l'Etat. Il s'agit des suggestions pour favoriser la mise en œuvre des solutions proposées.

➤ A l'endroit des autorités du CHD-OP

Nous suggérons de:

- Mettre la question de mobilisation des ressources au cœur de leur préoccupation;
- Mettre en place une équipe pour mener cette activité;
- Allouer les moyens financiers nécessaires pour cette activité;

➤ A l'endroit du Ministère de la Santé et du gouvernement.

- A l'endroit du Ministère de la Santé
 - Soutenir les hôpitaux auprès du gouvernement dans leur demande d'appui ;
 - Accélérer l'accompagnement des structures sanitaires dans la mise en place de la comptabilité analytique ;
 - Œuvrer pour la réussite du régime d'assurance maladie universelle.
- A l'endroit du gouvernement

Les solutions proposées ne peuvent prospérer sans un minimum de conditions à remplir par l'Etat central. Il s'agit entre autre de :

-
- Volonté politique du gouvernement en faveur des hôpitaux;
 - Mettre la santé effectivement au premier plan des priorités ;
 - Accorder plus d'importance au curatif dans la politique sanitaire ;
 - Aider à réorienter les actions des partenaires en faveur du système sanitaire ;

3.2.2.2 **Tableau n°11** : Tableau de synthèse de l'étude

Niveau D'analyse	Problématique	Objectifs	Causes Supposées	Hypothèses	Causes réelles	Diagnostics	Solutions
Niveau général	Faiblesse de la mobilisation des ressources financières	Proposer les conditions d'une mobilisation optimale des ressources financières au CHD-OP.	-				
Niveaux spécifiques	1 Baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP	Déterminer les conditions d'une augmentation des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP.	- Non maîtrise des charges; -Faible consommation des crédits antérieurement délégués au CHD-OP ;	La non maîtrise des charges explique la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP	<u>Cause réelle n°1</u> Non maîtrise des charges	La non maîtrise des charges explique la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP	-Sensibilisation des acteurs de l'hôpital sur le nouveau système d'informations comptables; - Tenue effective de la comptabilité analytique.
	2 <u>Problème spécifique n°2</u> Faible mobilisation des ressources des partenaires	Définir les mécanismes de mobilisation optimale des ressources des partenaires au CHD-OP.	-Manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital ; -Manque de disponibilité des responsables de l'hôpital ; -Difficultés d'accès aux partenaires financiers	La faiblesse de mobilisation des ressources des partenaires est due au manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital.	<u>Cause réelle n°2</u> Manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital auprès des partenaires	La faiblesse de mobilisation des ressources des partenaires est due au manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital.	-Prise de connaissance des partenaires potentiels; -Accroissement de la capacité de négociation avec les partenaires; -Elaboration d'un plan de mobilisation des ressources ; -Financement du plan.
	3 Encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé ;	Identifier les moyens de protection des ressources potentielles de l'hôpital.	-Manque de vigilance des agents au « col vert » -Insuffisance dans le système de contrôle interne -Manque de sanction des cas de détournement avéré	L'insuffisance dans le système de recouvrement interne explique l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé	<u>Cause réelle n°3</u> Insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne	L'insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne explique l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé	-Renforcement du dispositif de recouvrement interne de l'hôpital. - Développement des partenariats entre l'hôpital et les sociétés d'assurance, les mutuelles de santé.

Source : Résultats de nos investigations

CONCLUSION

Le CHD-OP est le centre de référence des prestations de soins de santé dans les départements de l'Ouémé et du Plateau. Cette structure hospitalière se trouve aujourd'hui confrontée à un certain nombre de problèmes parmi lesquels la difficulté de mobilisation des ressources financières. Nos travaux de recherche sur cette problématique ont relevé les faiblesses du mécanisme de mobilisation des ressources dans cette structure à travers un état des lieux de base.

En effet de nombreux problèmes rendent non optimale la mobilisation des ressources financières. Il s'agit notamment de: la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat, la faible mobilisation des ressources des partenaires, l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé.

Les causes de ses différents problèmes sont identifiées par enquête auprès des responsables et du personnel de CHD-OP. Ainsi l'inexistence de la comptabilité analytique, le manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital, l'insuffisance dans le système de contrôle interne sont à l'origine de ces problèmes. Nous avons à cet effet suggéré quelques approches de solutions. Elles se résument en la mise en place de la comptabilité analytique de gestion, l'acquisition de la capacité de négociation, et le renforcement du contrôle interne. Les conditions de mise en œuvre de ces solutions sont suggérées. Parmi elles, la volonté des responsables de l'hôpital et l'appui renforcé du ministère de la santé s'avèrent incontournables. De même le gouvernement devra au-delà des discours accompagner réellement les hôpitaux dans le processus de mobilisation des ressources.

La mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle constitue un levier essentiel du mécanisme de mobilisation des ressources financières des hôpitaux. Il est aussi important d'envisager l'institution par l'Etat d'un système d'avance sur prestation pour l'amélioration du taux de recouvrement

des créances sur ce dernier. Toutes ces mesures permettront au système sanitaire béninois de devenir performant et de participer efficacement au développement de notre nation.

BIBLIOGRAPHIE

A- Ouvrages

- 1- LEVY, E. (1997) : « *Introduction à la gestion hospitalière* », édition Bordas, Paris, 241p.
- 2- STIERLE, F. ; KADDAR,M.; ALIHONOU E. et SCHIMIDT-ELVRY, B. (2000) : « *Financement et gestion financière du district sanitaire en Afrique subsaharienne. Conception-Stratégies-Outils-Pratiques* », édition provisoire, Deutsche Gesellschaft für, 122p.
- 3- SUBRA, H. (1971) : « *Gestion économique de l'hôpital public* », édition LGDJ Paris, 232p.

B- Mémoires

- 1- ADAHE, B. A. (1998) : « *Contribution à l'amélioration du mode de financement d'un centre hospitalier départemental en République du Bénin* »
- 2- AKPOUE, U. (2008) : « *Etude contributive pour une organisation performante du système de tarification des prestations hospitalières au CNHU-HKM* ».
- 3- DJANTA, J. (2009) : « *Contribution à l'amélioration de l'information comptable et financière au CHD-OP* ».
- 4- KOUSSEMOU C. et OMYALE P. (1986) : « *Réflexion sur le financement des dépenses de santé en République du Bénin* »

C- Textes et Règlements

- 1- Loi n°90-32 du 11 décembre 1990 portant constitution de la République du Bénin.

- 2- Décret n°90-347 du 14 Novembre 1990 portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et des Formations Sanitaires Assimilées.
- 3- Décret 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attribution, organisation et fonctionnement du ministère de la santé.
- 4- Arrêté 1995 n°903/MS/DC/DSAF/SAG du 19 avril 1995 portant arrêté d'application du décret portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et des Formations Sanitaires Assimilées ».
- 5- Règlement intérieur du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé.

D- Publications, cours, rapports et autres

- 1- AREMOU, R. (2011), cours de « *Gestion financière et budgétaire des services de santé et de l'éducation* », ENAM, AHUI.
- 2- GNASOUNOU, S. (2011), cours polycopié de « *Méthodologie de la rédaction du mémoire professionnel* », ENAM, AHUI.
- 3- HOUNSA , A. (2011), cours de « *Coût et financement de la santé* », ENAM, AHUI.
- 4- NOUNAGNON, T. (2011), cours d' « *Initiation à l'audit comptable et financier* », ENAM, AHUI.
- 5- YEDEDJI , E. (2009), cours de « *Droit de la santé* », ENAM, AHUI.
- 6- Budgets du CHD-OP exercices 2008, 2009, 2010, 2011.
- 7- Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (2007) , « *Référentiel des mémoires* », 2^{ème} édition.
- 8- Conseil interministériel sur la situation des établissements publics de santé, République du Sénégal, 2008.
- 9- IRSP – Ouidah (2004) : « *Colloque sur la Micro Assurance Santé* ». Actes du Colloque.

- 10- Répertoire des prix de référence à l'usage de l'administration publique, juin 2009, troisième version.
- 11- Répertoire des prix de référence à l'usage de l'administration publique, janvier 2011, quatrième version.

E- Sites internet

- 1- Mémoire sur la santé des Sénégalais:
http://www.walf.sn/societe/suite.php?rub=4&id_art=10343
- 2- Wikipedia.Mobilisation des ressources à l'hôpital

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe n°1 : Organigramme du CHD-OP

Annexe n°2 : Tableau comparatif des prix médians de quelques biens de consommation fréquente à l'hôpital entre 2009 et 2011

Annexe n°3 : Détermination des problématiques possibles

Annexe n°4 : Synthèse des approches théoriques par problème

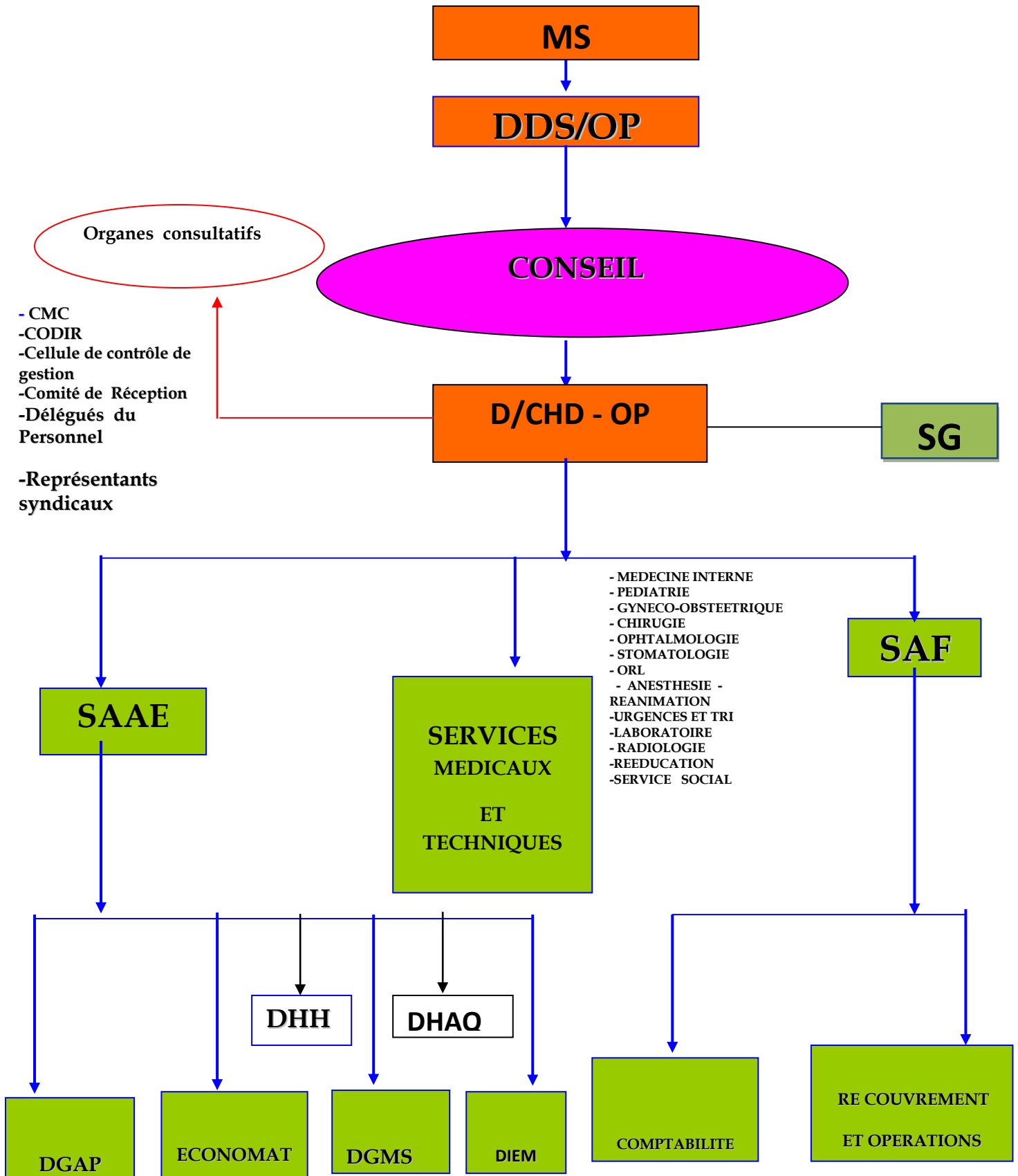
Annexe n°5 : Questionnaire d'enquête

Annexe n°6 : Graphique représentant les opinions des enquêtés sur les raisons de la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat

Annexe n°7 : Graphique représentant les opinions des enquêtés sur les raisons de la faible mobilisation des ressources des partenaires

Annexe n°8 : Graphique représentant les opinions des enquêtés sur les causes de l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé

Annexe n°1 : Organigramme du CHD-OP



Source : DGAP/CHD-OP

Annexe n°2 : Tableau comparatif des prix médians de quelques biens de consommation fréquente à l'hôpital entre 2009 et 2011

N° D'ordre	Désignation	Prix médian en FCFA	
		2009	2011
01	Gants d'examen non stérile b/100 paires	2.025	4.000
02	Groupage sérum ABO coffret/4 flacons + anti D	25.000	25.000
03	Lame bistouri chirurgie n°24UU-boite de 100	3.265	3.255
04	Lame B 1000	15.500	33.000
05	Manche de bistouri basse gamme	1.655	6.200
06	May Grunwald de 1 litre	25.000	25.250
07	Perfuseur stérile sachet de 50	12.750	12.750
08	Radio révélateur manuel poudre 22,5l	21.285	21.584
09	Sonde gastrique ch 12-40 cm	405	405
10	Stéthoscope à double pavillon pour néonatalogie	10.200	10.200
11	Tube VS Vacutainer B/100	13.000	13.000
12	Vicryl 75 cm dec 326 mm ½ C ronde (2-0)	2.460	2.915
13	Huile fludor 25 litres	15.000	15.700
14	Sucre carton de 50 paquets	17.800	25.000
15	Agrafe skrebba 23/17 paquet de 12	1.300	1.800
16	Papier A4-blanc paperline une ramette	2.765	3.000
17	Registre cadrier 5 mains	6.000	7.552
18	Blouson complet	6.000	10.500
19	Brosse lave-sol avec manche	2.600	3.800
20	Eau de javel Lacroix flacon de 1L	1.100	1.100

Source : Répertoires des prix de référence 3^{ème} et 4^{ème} éditions

Annexe n°3: Détermination des problématiques possibles

N° d'ordre	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problème général	Problématique
1	Organisation comptable	- Non élaboration des états financiers ; - Absence d'état de rapprochement bancaire ; - Absence de manuel de procédure de gestion financière.	Insuffisance dans l'organisation comptable.	Problématique d'une organisation comptable performante.
2	Mobilisation des ressources de l'hôpital	- Baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat ; - Faible mobilisation des ressources des partenaires ; - Encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé.	Faiblesse de la mobilisation des ressources financières.	Problématique de la mobilisation optimale des ressources financières au CHD-OP
3	Gestion des stocks	- Insuffisance de formation du personnel en charge de la gestion informatisée des stocks ; - Ruptures fréquentes de stocks ; - Différences dans la dénomination des produits par le responsable de la gestion informatisée et le magasinier ; - Imprécision sur le conditionnement des produits ; - Absence de rayons au niveau du magasin de stockage des vivres et fournitures de bureau.	-Insuffisance dans la gestion des stocks ;	Problématique d'une gestion efficace des stocks

Source : nos observations de stage

Annexe n°4 : Synthèse des approches théoriques par problème

Niveau Spécifique	Problème	Approche théorique retenue
1	Baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat	Approche théorique basée sur les modalités d'allocation des ressources aux hôpitaux.
2	Faible mobilisation des ressources des partenaires	Approche basée sur les partenariats existant entre l'Etat, les collectivités locales et les bailleurs de fonds.
3	Encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé ;	Approche basée sur le renforcement du recouvrement interne.

Source : Nos investigations

Annexe n°5 : Questionnaire d'enquête

Questionnaire d'enquête

Nous sommes élève en fin de formation en Administration Hospitalière Universitaire et d'Intendance au second cycle de l'Ecole d'Administration et de Magistrature. Cette fin de cycle est sanctionnée par la rédaction d'un mémoire professionnel après un stage de trois mois. Nous réalisons notre stage au CHD-OP. Cette enquête s'inscrit dans le cadre de la rédaction de notre mémoire et permettra de proposer des approches de solutions pour une amélioration de la mobilisation des ressources au CHD-OP.

Notre thème de mémoire porte sur : la contribution à l'amélioration de la mobilisation des ressources au CHD-OP.

Nous souhaiterions votre participation à cette enquête en nous consacrant un bout de votre temps à apporter des réponses au questionnaire que nous avons élaboré dans ce cadre.

Questions

Problème spécifique n°1

1- L'Etat octroie chaque année de crédits budgétaires aux hôpitaux.

Qu'est ce qui justifie selon vous la prise de cette mesure en faveur des hôpitaux ?

.....
.....

2- Sur quelle base l'Etat accorde t- il ces crédits budgétaires aux hôpitaux ?

- ☐ Nombre de lits disponibles dans chaque hôpital ;
- ☐ Combler le gap entre les besoins et les ressources propres ;
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre (à préciser)

3- Selon vous, qu'est ce qui explique la baisse de ces crédits budgétaires octroyés par l'Etat au CHD-OP depuis 2009 ?

☐ La non maîtrise des charges;

☐ Faible consommation des crédits antérieurement délégués au CHD-OP ;

4- Que suggérez-vous pour améliorer l'allocation de crédits budgétaires au CHD-OP ?

.....
.....

Problème spécifique n°2

5- Savez-vous que des partenaires extérieurs en dehors de l'Etat peuvent allouer des ressources à l'hôpital ?

☐ Oui

☐ Non

6- Si oui, citer quelques-uns d'entre eux que vous connaissez.

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

7- Avez-vous soumis des projets à ces partenaires pour financement ?

☐ Oui

☐ Non

8- Si oui, faites voir copies de quelques projets ?

9- Dans les prévisions budgétaires du CHD-OP, les ressources sollicitées des partenaires extérieurs sont d'un montant dérisoire et ne sont pas souvent mobilisées. Quelle est selon vous la principale raison de cette faiblesse de mobilisation des ressources des partenaires?

☐ Difficulté d'accès aux partenaires.

- ☐ Manque de disponibilité des responsables de l'hôpital ;
- ☐ Manque de plaidoyer des responsables de l'hôpital ;

Problème spécifique n°3

10- Quelles sont selon vous les causes de l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé ?

- ☐ Manque de vigilance des agents au « col vert » ;
- ☐ Insuffisance dans le dispositif de recouvrement interne,
- ☐ Manque de sanction des cas de détournement avéré ;

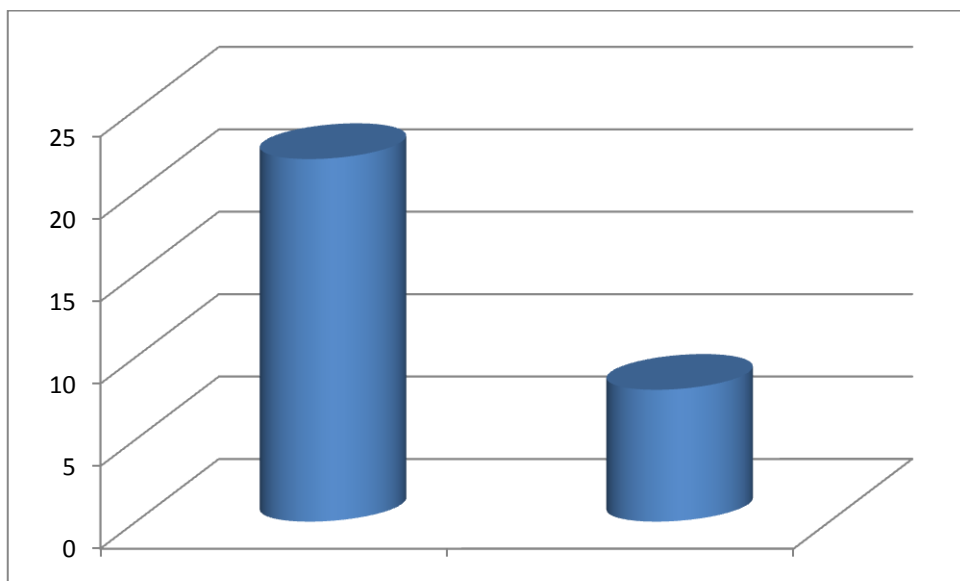
11- Que recommandez-vous à l'hôpital pour remédier à cet acte ?

.....

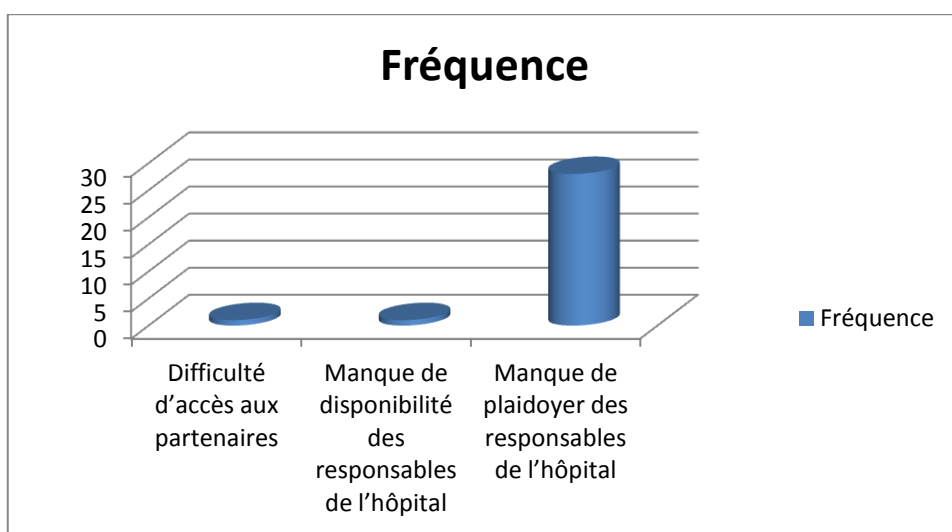
.....

Merci de votre participation

Annexe 6 : Graphique représentant les opinions des enquêtés sur les raisons de la baisse des crédits budgétaires octroyés par l'Etat



Annexe n°7 : Graphique représentant les opinions des enquêtés sur les raisons de la faible mobilisation des ressources des partenaires



Annexe n°8: Graphique représentant les opinions des enquêtés sur les causes de l'encaissement frauduleux des recettes par certains agents de santé

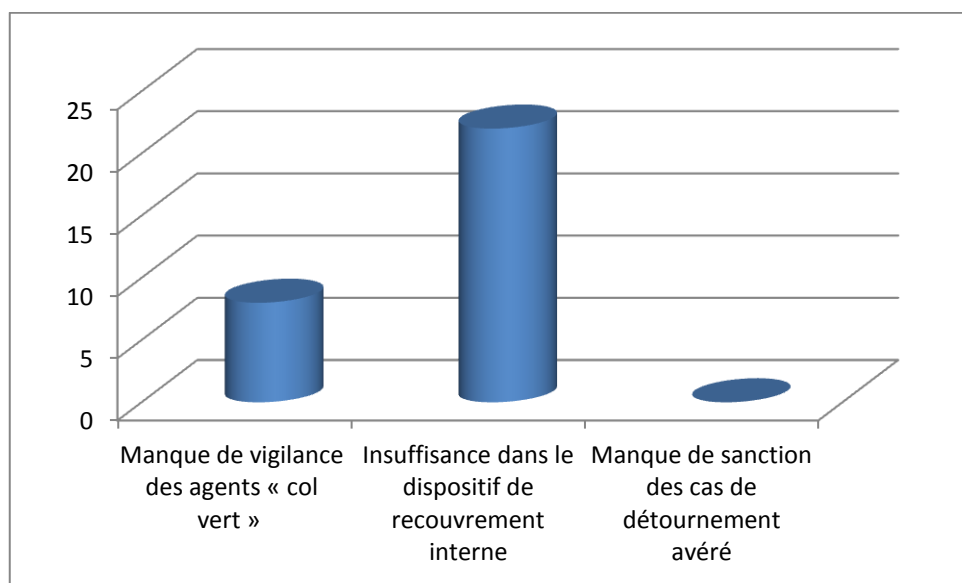


TABLE DES MATIERES

Pages

IDENTIFICATION DU JURY.....	I
DECLARATION DU CHERCHEUR.....	ii
DEDICACES	iii
REMERCIEMENT.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
GLOSSAIRE DE L'ETUDE	vii
RESUME	viii
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE INTRODUCTIF : DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	4
1.1 Observations de stage.....	5
1.1.1 Présentation générale du CHD-OP.....	5
1.1.1.1 Historique et missions.....	5
1.1.1.2 Organisation du CHD-OP.....	6
1.1.2 Etat des lieux de base.....	11
1.1.2.1 Observations de stage relatives aux activités du SAAE...	12
1.1.2.2 Observations de stage relatives aux activités du SAF.....	16
1.2 De l'inventaire des éléments de l'état des lieux à la vision globale de résolution de la problématique choisie.....	19
1.2.1 Inventaire des éléments de l'état des lieux et choix de la problématique.....	20
1.2.1.1 Inventaire des éléments de l'état des lieux	20
1.2.1.2 Choix de la problématique de l'étude et justification du sujet..	21
1.2.2 Spécification, vision globale et séquences de résolution de la problématique choisie.....	22
1.2.2.1 Spécification de la problématique choisie.....	22
1.2.2.2 Vision globale et séquences de résolution de la problématique..	23
CHAPITRE PREMIER : CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE RECHERCHE.....	25
2.1 Cadre théorique de l'étude.....	26
2.1.1 Objectifs, résultats attendus et hypothèses de l'étude.....	26
2.1.1.1 Fixation des objectifs et résultats attendus de l'étude....	26
2.1.1.2 Formulation des hypothèses et élaboration du tableau de bord de l'étude.....	28
2.1.2 Revue de la littérature.....	33
2.1.2.1 Exposé des contributions antérieures sur le PG.....	33
2.1.2.2 Exposé des contributions antérieures sur les PS.....	35
2.2 Approches méthodologiques.....	41
2.2.1 Approches empiriques.....	41

2.2.1.1	Objectif de l'enquête et identification de la population mère.....	41
2.2.1.2	Echantillonnage et outils de présentation des données.....	42
2.2.2	Approches théoriques.....	44
2.2.2.1	Normes et repères d'amélioration.....	44
2.2.2.1	Seuils de décision.....	45
CHAPITRE DEUXIEME : DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AUX APPROCHES DE SOLUTION.....		47
3.1	Collecte et analyse des données.....	48
3.1.1	Organisation des enquêtes et limites de l'étude.....	48
3.1.1.1	Préparation et réalisation des enquêtes.....	48
3.1.1.2	Difficultés rencontrées et limites de l'étude.....	49
3.1.2	Présentation et analyse des données.....	50
3.1. 2.1	Présentation et analyse des données relatives au PS1 et au PS2.....	50
3.1.2.2	Présentation et analyse des données relatives au PS3.....	54
3.2	Etablissement du diagnostic et approches de solution.....	55
3.2.1	Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.....	55
3.2.1.1	Degré de validation des hypothèses.....	55
3.2.1.2	Synthèse du diagnostic.....	57
3.2.2	Approches de solution et conditions de mise en œuvre.....	57
3.2.2.1	Approches de solution.....	57
3.2.2.2	Conditions de mise en œuvre des solutions et tableau de synthèse de l'étude.....	60
CONCLUSION		63
BIBLIOGRAPHIE.....		66
ANNEXES.....		69