



**EVALUATION DE LA FONCTIONNALITE ET LA GESTION  
DES HOPITAUX DE REFERENCE DE L'ESPACE CEDEAO**

**Résumé**

**Consultants  
Professeur Hervé Lafarge  
Monsieur Morris Kouamé**

**Octobre 2017**



## I - Objectifs et méthodes.

### Objectifs.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la fonctionnalité et la gestion des hôpitaux de référence de l'espace CEDEAO. Cette évaluation s'inscrit dans la démarche stratégique de l'OOAS qui vise à soutenir les pays dans leur volonté de renforcer la performance des hôpitaux. Il ne s'agissait donc pas de recenser les avancées ou les défaillances de chaque hôpital en particulier, mais d'identifier les avancées et les défaillances communes aux différents hôpitaux, justifiant l'harmonisation des réponses et les échanges d'expériences.

De plus, cette étude ne visait pas seulement à analyser les résistances que rencontrent la mise en œuvre des réformes, mais aussi à mieux comprendre l'impact des mécanismes de gouvernance qui résulte des réformes, sur la performance des hôpitaux.

Nous avons ainsi cherché à répondre à deux questions :

**1) – Au-delà des spécificités locales, la réforme est-elle en bonne voie ?**

Quels sont les obstacles à l'achèvement des réformes et comment les dépasser ?

**2) – La réforme conduit-elle les hôpitaux sur la bonne voie ?**

La gouvernance issue de la réforme, telle que l'on peut l'observer, conduit-elle l'hôpital vers une amélioration de sa capacité à répondre aux attentes des populations ?

**Méthodes.** Nous avons effectué une recherche documentaire sur l'ensemble des hôpitaux de la zone. De plus, sept pays (Nigeria, Côte d'Ivoire, Sénégal, Ghana, Burkina Faso, Cap-Vert et Guinée Conakry) ont fait l'objet d'une investigation approfondie sur le terrain.

Bien que nous n'ayons pas pu disposer de toute la documentation souhaitée, le nombre d'hôpitaux nationaux que nous avons pu étudier de près nous a permis de mettre en relief les lacunes, les forces et les faiblesses des réformes hospitalières, tant dans leur mise en œuvre que dans leur impact sur la performance des structures.

## II - Résultats.

### 1 – La réforme est-elle en bonne voie ?

Pratiquement tous les pays ont promulgué des lois et décrets érigeant l'hôpital en Etablissement public.

Pratiquement partout, quel que soit l'avancement de cette autonomie, celle-ci se heurte à :

- La volonté du ministère de la santé de maintenir l'hôpital dans son domaine d'intervention. Les affectations politiques de personnel nous semblent l'enjeu qui explique ce comportement. Ceci pourrait expliquer selon nous qu'aucun pays n'ait promulgué de statut de la fonction publique hospitalière. Mais l'attitude des pouvoirs publics imposant les gratuités selon des procédures qui doivent tout à leur faisabilité immédiate apparente et rien à la réflexion, montre que pour le ministère, l'hôpital reste un service déconcentré appliquant les directives.
- « L'omniprésence du business à l'hôpital » selon l'expression de l'un de nos interlocuteurs. Cette remarque visait tout d'abord le corps médical hospitalo-universitaire qui utilise l'hôpital pour accroître ses compétences, renforcer sa réputation, renforcer sa clientèle, utiliser le petit matériel. L'absentéisme médical et l'écœurement des patients, dégrade la qualité des soins des pauvres qui patientent dans les couloirs, rêvant de devenir moins pauvre et de fréquenter le secteur privé. Cette attitude des médecins hospitaliers, fondamentalement contraire à la déontologie, selon l'un d'eux, conforte une indiscipline générale dans l'hôpital et génère une opposition larvée contre tout système

d'information moderne. Ce dernier en effet risque d'améliorer la transparence des activités hospitalières et de leur financement.

Mais le business n'est pas l'apanage des médecins. Il se confond avec la tarification. Tout est négocié. Le patient est sûr qu'il va payer sans savoir combien. A l'inquiétude de son état de santé s'ajoute celle de l'état financier de la famille. Le règlement intérieur et la charte du malade sont affichés, en bon français et en petits caractères, ce qui les rend peu accessibles à la majorité des patients.

- La méfiance ontologique qui préside aux procédures de gestion financière de l'administration survit aisément à la réforme. Tout ordonnateur est présumé suspect : il lui faut l'aval d'un agent du trésor qui ne paiera que si la dépense est prévue. Mieux vaut dépenser comme prévu que de dépenser utilement. En cas de passation d'un marché, il est suspect de connivence. La procédure l'encadrera et prendra le temps qu'il faudra. Les ruptures d'approvisionnement en médicament et en consommables pour les équipements conduit à des achats ou à des prescriptions succédanées, à des attentes ou à un diagnostic hasardeux.
- L'absence de politique de financement cohérente. Les tentatives de rationalisation de l'allocation des subventions sont à l'état de pré-projets voir abandonnées, les ministères préférant le confort de subventions historiques. La tarification ne fait nulle part l'objet d'une politique intégrant la question de l'accessibilité financière et du tiers payant d'une part, celle de l'autofinancement des hôpitaux d'autre part. Si les CPOM respectent l'autonomie hospitalière, ils risquent de durer aussi longtemps que les priorités des PTF. Les dispositifs de FBR actuellement proposés reposent sur un dispositif complexe de mesures et de contrôles qui risque fort d'être faussé par des personnels de santé qui, s'il adhère à l'idée de prime, peuvent ne pas adhérer à l'idée de voir le respect et l'estime qu'ils méritent mesurés par un score opaque.
- L'espérance de vie sans incapacité des matériels biomédicaux est très courte. Les contrats de maintenance-fournisseurs apparaissent comme de coûteux sursis. Plusieurs facteurs se combinent pour pérenniser cette situation, dénoncée depuis très longtemps.
  - L'insuffisance de la formation de base des maintenanciers qui réduit leur capacité d'adaptation à l'innovation.
  - Le rythme du progrès médical qui accroît la nécessité d'une adaptation à l'innovation.
  - Les procédures de choix des investissements. Financé par un PTF, l'appareil sera nécessairement le plus sophistiqué, ce qui complexifie l'adaptation à l'innovation. Financé par le ministère qui ignore la notion d'amortissement et de taux de rendement interne, le choix ne tiendra compte ni du taux d'utilisation, ni des coûts récurrents, ni du coût de la maintenance, mais plutôt de la satisfaction des professionnels.
  - Le budget de maintenance préventive d'un hôpital sous financé, est la première victime des restrictions.
- L'ignorance universelle de la notion de coût de production. Les comptabilités analytiques sont rares et le besoin ne s'en fait pas ressentir. Le consensus pour estimer que les gratuités sont insuffisamment rémunérées ne repose nulle part sur l'évidence de résultats d'études. Le terme coût ne vise que la facture. L'OMS définit l'hôpital performant comme celui qui utilise au mieux ses ressources. Sans connaître le coût de ses prestations, il est difficile d'améliorer sa performance. Tous les acteurs se comportent comme si les ressources n'étaient pas rares et que l'on devait faire tout ce qui est utile. La santé n'a pas de prix.
- Une tutelle qui tarde à prendre ses responsabilités de régulateur. La tutelle technique dont les décisions sont préparées par une direction (Direction des Etablissements de santé, Direction de la Médecine Hospitalière) ne se consacre essentiellement aux contrôles de conformité aux procédures, mais rarement à la régulation stratégique des établissements.

Tous nos interlocuteurs nous ont précisé que la tutelle n'était jamais amenée à arbitrer entre les projets d'établissements, ce qui serait la principale tâche d'une instance de régulation. D'ailleurs, ces directions ne disposent pas du système d'information permettant d'estimer l'efficacité de l'allocation des subventions ni des tableaux de bord appropriés. Or si la dynamique des établissements créée par leur autonomie, les entraîne sur la pente de la génération de ressources à tout prix, le secteur hospitalier public ne remplira plus certaines de ses missions.

## 2) – La réforme conduit-elle les hôpitaux sur la bonne voie ?

La gouvernance de l'hôpital, c'est-à-dire la façon dont l'hôpital est dirigé, trouve son fondement dans les textes réglementaires et dans l'usage que l'on en fait. La gouvernance de l'hôpital met en relation essentiellement trois parties prenantes : Le ministère de la santé publique, le corps médical universitaire et l'hôpital à travers son équipe dirigeante. Chacun de ces pôles décisionnels attend des avantages de l'hôpital, et agira au sein de la gouvernance pour que l'hôpital réponde à ces attentes.

Deux types de gouvernance ont été repérés, selon les relations de pouvoir qui se tissent entre ces trois parties prenantes.

- **Un mode dual** dans lequel le pôle administratif (MSP et DG) et le pôle médical (CME) cohabitent dans l'hôpital mais s'ignorent,
- **Un mode entreprenant** dans lequel l'hôpital manifeste une dynamique organisationnelle. Ce mode entreprenant peut être décliné en trois types selon les objectifs qu'il se fixe :
  - **Le mode entreprenant universitaire** dans lequel le DG conçoit les ambitions de son organisation comme un appui à la médecine universitaire
  - **Le mode entreprenant service public** dans lequel le DG conçoit les ambitions de son organisation comme assurant un service public
  - **Le mode entreprenant générateur de revenu** dans lequel le DG oriente son organisation vers l'accroissement ses recettes propres

Les hôpitaux universitaires des pays visités se rapprochent de l'un de ces modes de gouvernance, la réalité étant cependant toujours plus complexe.

Les grands hôpitaux universitaires traditionnels (Treichville, Cocody, Yalgado Ouédraogo, Le Dantec) restent près du pôle dual comme le montre en particulier le faible potentiel de motivation (montant d'une prime annuelle égalitaire pour tous les agents, si toutes les ressources propres lui était consacré) qu'ils dégagent : (moins de 3 millions de F par agent contre 6 millions pour les hôpitaux plus autonomes, pour des raisons historiques ou en raison de leur statut dérogatoire (HPD, BCampaoré).

Si chacun de ses modes de gouvernance a des points forts et des faiblesses le moins performant est le mode dual dans lequel une administration bureaucratique met les patients à la disposition de l'université, pour qu'elle les soigne et comme supports d'enseignement et de recherche. Le plus performant est le mode entreprenant service public, dans lequel un directeur autonome dirige l'hôpital dans le sens de ses missions de service public.

***Sur la base de nos observations on peut dire que la réforme peine à autonomiser les CHU traditionnels, et que, lors que les hôpitaux acquièrent une réelle autonomie, c'est pour s'orienter vers l'hôpital entreprenant générateur de ressources. L'hôpital n'est plus un instrument au service de l'université ou du politique, mais devient un instrument au service de ses agents.***

La gouvernance qui inciterait le plus l'hôpital à la performance, comprend les mécanismes suivants :

- Autonomie du directeur vis à vis du ministère de la santé publique et de l'université
- Renforcement des instances de régulation stratégique.
- Organisation de l'hôpital en pôle où le chef de pôle devrait être un professeur titulaire ayant des responsabilités managériales ;
- Exercice privé autorisé à l'intérieur de l'hôpital et organisé de manière collective.
- Dispositifs de tiers-payant qui facilitent l'accessibilité financière des patients à l'hôpital national.

Piloter c'est corriger en permanence sa trajectoire pour arriver à destination. Le pilote dispose d'instruments qui lui donne sa position et sa trajectoire par rapport à sa destination. Or le pilote de l'hôpital ne connaît ni les pathologies qu'il traite, ni les patients qu'il soigne, ni le coût ni la qualité de ces soins, ni même l'équipe dont il disposera pour le prochain trajet, ni s'il sera encore le pilote.

Il pilote à vue. La seule chose qu'il sait, c'est la situation idéale qu'il souhaiterait atteindre, son objectif du millénaire. Avec le pilotage à vue, seuls les plus expérimentés et habiles finiront par arriver à destination.

### **Recommandations.**

Pour renforcer la performance des hôpitaux de référence, l'OOAS devrait donc inscrire ses interventions sur deux axes :

- **Conforter la dynamique de la réforme ;**
- **Conforter la régulation du système hospitalier pour éviter les dérives.**

#### **Axe stratégique 1 - Conforter la dynamique de la réforme :**

##### ***Appuyer les Etats pour parachever cette réforme***

- Elaborer un statut cadre de la fonction publique hospitalière
- Renforcer l'autonomie du directeur en facilitant la création de conseils nationaux des directeurs d'hôpitaux qui aurait à donner son avis sur la nomination des directeurs des EPS 2 et 3
- Documenter les expériences de section privée dans les services /pôles
- Elaborer un code cadre de passation des marchés adapté aux activités hospitalières

##### ***Appuyer les Etats à finaliser des outils de gestion contextualisés***

- Système d'information médicalisé (dossier médical GHM)
- Comptabilité analytique
- Fiches de poste
- Tableaux de bord
- Projets d'établissement

##### **Renforcer les compétences**

- Ecole régionale ingénieurs biomédicaux
- Manuel de la formation des Médecins chefs de services au management.

#### **Axe stratégique 2 - Conforter la régulation du système hospitalier pour éviter les dérives:**

- Réviser les normes de personnels de la carte sanitaire
- Elaborer des Guidelines pour la rationalisation du dispositif de tarification
- Documenter l'expérience d'agence du Ghana
- Créer un Observatoire régional des hôpitaux
- Faire faire un état des lieux du secteur de la médecine libérale