

SANTÉ PUBLIQUE

Les hopitaux publics des pays d'Afrique francophone au sud du Sahara et leurs perspectives.

H. Balique

Chercheur à l'Institut de recherche pour le développement (IRD, ex-Orstom), BP 84, Bamako (Mali).

Manuscrit n°2048. "Tribune libre". Reçu le 10 mars 1999. Accepté le 3 août 1999.

Summary: Hospitals in Sub-Saharan African Countries and Their Perspectives.

Hospitals have a very important role to play within the care system of Sub-Saharan African countries, not only because they care for patients sent by other health services, but also because they participate in the training of health professionals. In spite of many reforms, they are trapped in a vicious circle, which, to be broken, means moving from too highly stratified administrative system to a system of enterprise. This system must focus on performance, while guaranteeing necessary public service.

Such change requires adopting new methods and ways of thinking for providing a complete health service for the patients, that is adequate access to quality health care. This will entail hospitals being given a free hand in their management, effective measurements of quality and expenditure evaluation being devised and supervision by the state Health department. By allowing hospitals to attract more affluent members of society, they will be better able to meet their obligations towards the poor.

Résumé :

Les hôpitaux ont un rôle majeur à jouer au sein des systèmes de soins des pays d'Afrique subsaharienne, non seulement parce qu'ils assurent la prise en charge des malades référés, mais aussi parce qu'ils participent à la formation des professionnels de santé. Malgré de multiples réformes, ils se trouvent enfermés dans un cercle vicieux dont ils ne parviennent pas à sortir. Pour y échapper, il est essentiel de procéder à une restructuration, qui les conduira à passer d'une organisation administrative reposant sur une logique réglementaire à celle d'entreprises, devant atteindre des objectifs de performance tout en garantissant la réalisation des missions de service public qui leur incombent. Un tel changement nécessitera l'adoption de nouvelles méthodes et d'un nouvel état d'esprit, qui les mettra pleinement au service des malades, en veillant à assurer l'accessibilité de tous à des soins de qualité. Il passera par l'octroi aux hôpitaux de leur autonomie de gestion, imposera la mise en place de mécanismes d'évaluation de la qualité et du coût des soins et exigera la réalisation d'une véritable tutelle de l'État. C'est par ailleurs en leur permettant d'attirer les catégories les plus aisées de la population qu'ils seront en mesure de remplir au mieux leurs obligations vis-à-vis des plus pauvres.

*hospital
management of health services
public utilities
health services
Sub-Saharan Africa*

*hôpital
gestion de service de soins
service public
système de soins
Afrique intertropicale*

Si certains hôpitaux publics des pays d'Afrique francophone au sud du Sahara offrent à leurs usagers des services satisfaisants et gèrent sainement leur développement, il s'agit cependant d'exemples limités. Rares sont en effet ceux qui assurent de façon satisfaisante leurs missions de service public et qui ne se trouvent pas dans une situation précaire tant du point de vue technique que financier. La persistance de leurs insuffisances, malgré la réalisation de nombreux projets de restructuration, a conduit à une remise en cause de leur mode d'organisation et à la formulation d'une nouvelle conception des systèmes hospitaliers.

Plusieurs pays ont déjà commencé à mettre en œuvre une réforme de leurs hôpitaux et on est en droit d'espérer que ces derniers pourront sortir prochainement de l'impasse dans laquelle ils sont enfermés et amorcer leur renaissance pour garantir la réalité du service public hospitalier.

Le constat

Lorsque les projets de réhabilitation dont bénéficient la plupart des hôpitaux arrivent à leur terme, les nouveaux équipements tombent rapidement en panne par manque de maintenance et les bâtiments remis à neuf se dégradent par manque d'entretien. Au bout de quelques années, la situation est telle que la seule issue est de partir à la recherche de nouveaux financements pour entreprendre un projet de réhabilitation supplémentaire.

La qualité des services est insuffisante; l'accueil est déficient: les malades qui ne sont pas recommandés ont souvent du mal à être pris correctement en charge, les paiements clandestins au personnel médical, paramédical et même auxiliaire sont fréquents; les produits pharmaceutiques et les consommables essentiels doivent souvent être achetés dans des pharmacies

situées en dehors de l'hôpital à des prix très élevés; la non disponibilité de la plupart des produits consommables médicaux, la non fonctionnalité de certains équipements, l'absentéisme fréquent du personnel conduisent à des pertes de temps considérables; les conditions d'hôtellerie ne sont pas satisfaisantes. Les dépenses que doivent effectuer les malades sont excessives et inappropriées : il leur faut non seulement s'acquitter des tarifs officiels, mais de plus nourrir leurs malades, acheter leurs médicaments, payer leurs examens complémentaires... Contrairement à ce que l'on est en droit d'attendre, ce sont en fait les malades les plus démunis qui payent le plus : le jeu des relations sociales conduit en effet le personnel soignant à attribuer en priorité le peu de ressources disponibles à leurs proches ou aux personnes influentes, qui sont généralement les plus aisées. Par ailleurs, les dépenses illicites sont habituelles: il faut payer pour avoir un lit, payer pour être opéré, payer pour bénéficier de certains médicaments, etc.

Les coûts de production, qui sont rarement pris en compte par la direction et par le personnel soignant, sont anormalement élevés: ignorance des paramètres économiques dans le choix des investissements; faible durée de vie des équipements par suite d'un mauvais usage et d'une insuffisance de la maintenance; utilisation de médicaments et autres consommables médicaux particulièrement coûteux; durées de séjour élevées qui résultent des nombreuses pannes, de l'absence de certains agents ou d'une mauvaise organisation du travail.

Les hôpitaux évoluent en minimisant leurs relations avec le reste du système de soins: ils ignorent dans leur fonctionnement courant les formations sanitaires périphériques et sont généralement exclus des grands programmes de lutte contre la maladie.

Les hommes et les femmes qui y travaillent ont perdu une grande partie de leur motivation: les sages-femmes et les infirmiers compensent leurs frustrations professionnelles par des absences multiples ou par des "dessous de table" et le corps médical consacre une grande partie de son temps à des activités illicites, qu'il réalise dans les cliniques et cabinets privés de la ville.

Bien des hôpitaux sont dans un état de quasi faillite permanente: ils sont en effet dans l'incapacité financière de faire face à l'ensemble de leurs charges. Leur survie n'est due qu'aux projets de réhabilitation dont ils sont périodiquement l'objet, aux appuis de partenaires divers (jumelages, ONG...) ou à des aides exceptionnelles qui résultent d'interventions politiques ponctuelles.

Pendant longtemps, les instances gouvernementales, qui sont généralement conscientes de cette situation, ont constaté le peu de résultats obtenus par les réformes et les projets qui sont arrivés à leur terme; ils ont mis leurs espoirs dans de nouveaux projets et se sont concentrés sur la recherche de nouveaux financements. Peu à même d'affronter le pouvoir des "lobbies" médicaux, elles ont cherché à gagner du temps en fermant les yeux sur de nombreuses irrégularités, qui ont contribué à maintenir les hôpitaux dans leurs insuffisances actuelles.

Les conséquences

L'offre précaire de soins qui résulte de cette situation enferme les hôpitaux publics dans un cercle vicieux qui ne fait qu'accroître leur dégradation. Les conséquences qui en résultent sont d'autant plus graves que ce sont les performances de l'ensemble du système de soins qui sont ainsi remises en cause: les formations sanitaires périphériques, qu'elles soient publiques ou privées, ne trouvent pas les struc-

tures de référence qu'exige la prise en charge correcte de nombre de leurs malades; la déficience des hôpitaux développe une image négative des formations sanitaires publiques qui rejaille sur l'ensemble du système formel de soins; les patients qui en ont les moyens se rendent préférentiellement dans les cliniques privées, laissant les autres s'en remettre aux formations de premier niveau ou se limiter aux services du secteur informel (médecine traditionnelle, pratiques clandestines...); l'encadrement clinique des étudiants en médecine ou en soins paramédicaux ne cesse de se réduire, dégradant ainsi le niveau de leur formation professionnelle.

Si les tendances ne s'inversent pas dans les années à venir, c'est l'ensemble du système de soins qui entrera dans un cycle de dégradation irréversible: les hôpitaux seront désertés par les familles aisées qui ne fréquenteront plus que les cliniques privées et finiront par n'être plus que des hospices destinés au seul hébergement des malades en fin de vie; les bailleurs de fonds refuseront de plus en plus de financer des établissements de soins, qu'ils considèrent déjà comme des gouffres sans fond, au profit des autres actions de développement; les professionnels de santé dont la formation clinique se fait dans les hôpitaux seront de moins en moins compétents et on assistera à la détérioration du système de soins, aussi bien dans le secteur public que privé.

Les causes

Cette situation ne doit pas être perçue comme le fruit d'une fatalité ou la conséquence d'un environnement économique précaire, mais doit être considérée comme le résultat de l'inadaptation des hôpitaux aux réalités d'aujourd'hui. Conçus en tant que services administratifs, toute leur organisation repose sur une logique de type réglementaire. Ils sont "administrés" et non pas "gérés".

Le contexte a en effet considérablement changé depuis la fin de l'époque coloniale pour laquelle ils avaient été conçus.

Liée à l'évolution démographique et aux changements profonds dans la situation socio-économique et culturelle des populations, la demande a fortement évolué, aussi bien d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Les techniques médicales ont par ailleurs nettement progressé. Elles nécessitent des moyens techniques de plus en plus sophistiqués, des produits pharmaceutiques de plus en plus élaborés et des compétences humaines de plus en plus pointues. Les coûts qui en résultent sont donc de plus en plus élevés.

Un blocage idéologique conduit souvent à refuser le principe qu'il existe des différences économiques et sociales entre les malades: les services offerts doivent être les mêmes pour tous, alors que l'attente des patients est très différente. Cette vision "égalitariste" de la société conduit à un nivellement vers le bas des services offerts, éloigne les catégories sociales favorisées et contribue à la détérioration globale des hôpitaux.

Les prestations fournies par l'hôpital sont conçues en dehors de toute préoccupation économique et le système de gestion des hôpitaux est encore compris pour dispenser des soins à partir de ressources mises à leur disposition et non pas pour produire des services en cherchant à optimiser les coûts et à mobiliser des ressources nouvelles.

Un premier pas a été fait par certains pays, qui ont donné à leurs hôpitaux le statut d'"établissements publics". Mais il en reste encore beaucoup qui n'ont pas été dotés de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion, alors que leur acquisition constitue une des étapes indispensables de leur restructuration. La plupart de ceux qui disposent de leur pleine capacité juri-

dique et financière n'ont pas mis en place tous les outils de gestion qu'exigent le suivi des résultats et la recherche de la performance. Rares sont ceux qui peuvent présenter et analyser le coût de leurs actes et encore moins des pathologies qui y sont traitées.

Les décisions qui sont généralement prises ne s'appuient que sur des critères d'ordre technique, administratif, politique et bien évidemment financier, et exceptionnellement sur la recherche de résultats.

L'organisation interne de certaines activités reste encore inadaptée aux contraintes d'aujourd'hui. Les équipements ne sont pas l'objet du type de gestion qu'ils nécessitent : absence de toute standardisation et multiplicité des appareillages qui proviennent de dons ; conception inappropriée de la maintenance, qui ne repose encore que sur des agents fonctionnaires polyvalents, alors que l'évolution technologique impose le recours à des entreprises spécialisées. L'absence de décision rationnelle dans ce domaine contribue à éloigner ces entreprises du marché africain et donc à entretenir le cercle vicieux de la non-maintenance.

Les prescriptions médicamenteuses souffrent d'un manque de rationalisation : médicaments fournis par l'État en quantité insuffisante et en grande partie détournés par le personnel soignant ; prescriptions de spécialités en conditionnements coûteux ; absence de liste limitative ; achats dans des pharmacies privées des médicaments prescrits ; rareté des protocoles thérapeutiques

Les ressources humaines sont insuffisamment maîtrisées : faible motivation du personnel, dont les revenus ne sont pas liés à l'obtention de résultats ; insuffisance de certaines qualifications dans de nombreux établissements ; faiblesses de la formation continue.

L'idée d'évaluation reste généralement absente du monde hospitalier : l'organisation de l'hôpital échappant à toute logique de performance, ses résultats sont considérés comme étant *a priori* satisfaisants. Si des contrôles sont parfois réalisés, il ne s'agit bien souvent que d'inspections destinées à vérifier le respect de certaines directives et surtout la bonne utilisation des crédits. L'état d'esprit qui en résulte exclut toute préoccupation de qualité et de coût des soins.

La notion de tutelle est encore théorique : lorsqu'ils disposent effectivement d'une telle fonction, les ministères concernés sont dans l'incapacité d'obtenir les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées ; si certains établissements disposent de données, ils sont dans l'impossibilité d'en vérifier la fiabilité.

Le développement des infrastructures hospitalières de chaque pays s'effectue sans prise en compte des économies d'échelle et sans se préoccuper des choix des autres pays de la sous-région.

Les solutions envisageables

Les hôpitaux sont gérables à condition de les sortir du cercle vicieux au sein duquel ils sont enfermés. Ils nécessitent pour cela une restructuration en profondeur. Les établissements qui ont su initier et mener à bien leur réforme indiquent le chemin à suivre.

D'un point de vue stratégique, cette restructuration nécessite la prise de certaines options. Il faut en effet : admettre que les prestations sanitaires produites par les hôpitaux constituent des services en termes économiques ; accepter que tout système fonctionne d'autant mieux qu'il répond aux aspirations de ses différents acteurs, à savoir, dans le cadre d'un établissement

de soins, à celles de l'État, de la direction, du personnel soignant, des malades et des familles ; abandonner la notion de "distribution de soins" pour accepter celle de "production de soins", en prenant en compte les notions de couverture sanitaire, de qualité des soins et de coût unitaire de production ; passer d'une logique de type réglementaire à une logique orientée vers la notion de performance ; passer de relations de type hiérarchique à l'exercice de la responsabilité ; cadrer avec la société actuelle en renonçant au carcan de l'idéologie égalitaire pour accepter la réalité des disparités sociales et des exigences multiples de la population ; se centrer sur la notion de service public, en définissant de façon précise le type de soins auquel l'ensemble de la population doit avoir accès et en incitant l'État à assumer les conséquences financières de ses déclarations ; redéfinir le rôle de l'administration en l'amenant à se concentrer sur des fonctions de contrôle, de régulation, d'évaluation et de conseil ; promouvoir la décentralisation technique ; mettre en place un système permettant d'assurer la maîtrise macro-économique des dépenses hospitalières et des dépenses de santé ; assurer le développement de l'hôpital dans des perspectives à long terme, s'inscrivant dans le cadre de l'évolution de l'ensemble du système de soins.

La mise en œuvre effective de ces options pourra se concrétiser par le passage du concept "d'hôpital administration" à celui "d'hôpital entreprise".

L'hôpital administration doit être entendu comme un service de l'administration publique qui dispense aux citoyens certaines prestations, en fonction des moyens qui sont mis à sa disposition et selon des procédures préalablement définies.

L'hôpital entreprise doit, quant à lui, être entendu comme un hôpital public, c'est-à-dire appartenant à l'État, ayant pour mission de contribuer au service public, tout en utilisant le mode de gestion des entreprises, c'est-à-dire en fonctionnant comme une unité économique, qui combine des facteurs de production pour satisfaire une demande exprimée à partir de besoins.

L'emploi du terme "entreprise" suscite généralement des réserves de la part des personnes préoccupées de santé publique, de progrès et de justice sociale, qui y voient le signe d'un désengagement de l'État. Ces inquiétudes ne sont pas justifiées lorsque l'hôpital garde un statut d'établissement public, évolue sous les directives et le strict contrôle de ses organes de tutelle et ne subit aucune réduction en volume de l'enveloppe budgétaire que lui accorde l'État.

Le changement réside dans le seul mode de gestion, qui doit rester conforme aux réalités des sociétés modernes en s'organisant autour de la notion de performance. C'est dans une réduction de l'enveloppe budgétaire consacrée aux hôpitaux que pourrait se voir le signe d'un éventuel désengagement de l'État.

Les missions de service public hospitalier exigent plus particulièrement : la prise en charge immédiate de toutes les situations d'urgence, sans que les questions d'argent viennent retarder la distribution des soins ; l'accessibilité aux hôpitaux de tous les malades référés, ce qui nécessite que la tarification soit compatible avec le pouvoir d'achat de la majorité de la population ; la mise en place de mécanismes de tiers payant destinés d'une part à permettre aux familles ayant des revenus réguliers de préfinancer leurs futurs besoins d'hospitalisation, d'autre part aux personnes démunies de bénéficier de la prise en charge de leurs soins ; la conduite d'activités de formation initiale et continue destinées aux professions médicales et paramédicales ; la conduite d'activités de recherche...

Quant au souci de la performance, il doit conduire à celui des meilleurs résultats aux meilleurs coûts, en répondant au mieux aux besoins de la population et à l'expression de sa demande.

Qualité des soins, niveau des tarifs, équilibre des comptes et perspectives de développement devront en être les maîtres-mots.

Cette transformation reposera sur la mise en place de nouveaux types de relations entre l'hôpital et ses partenaires. L'État devra assurer sa tutelle sur l'établissement, en vérifiant l'application de son cahier des charges et en lui apportant les ressources nécessaires à la réalisation des missions qu'il lui confie. Les usagers devront trouver une réponse satisfaisante à l'expression de leur demande, qui permettra à ceux qui le désirent de supporter le coût de meilleures conditions d'hôtellerie. Les organismes de tiers payant devront être invités à signer avec les hôpitaux des conventions qui définiront de nouveaux cahiers des charges et permettront l'accès à de nouvelles ressources.

Les décisions à prendre

Les grandes décisions à prendre devront :

- donner aux hôpitaux un statut leur accordant la personnalité juridique et l'autonomie de gestion. Ce statut devra répondre à la fois aux contraintes de "l'hôpital public", en créant des conditions permettant la réalisation des missions de service public, et aux exigences de "l'entreprise" en préservant la responsabilité de ses organes de décision et de gestion ;

- inscrire les hôpitaux dans la dynamique de décentralisation qui est en cours dans la plupart des pays. La mise en place de personnalités élues à la présidence des conseils d'administration constitue un pas qualitatif important dans l'évolution de la problématique hospitalière ;

- répondre aux réalités du "marché" en offrant des conditions d'hôtellerie en rapport avec les aspirations et les ressources des différentes catégories socio-économiques des patients. L'un des principaux défis qui s'offrent aux hôpitaux est d'attirer les malades des familles aisées en leur offrant des services compétitifs avec les cliniques privées ;

Pour maintenir la clientèle des couches sociales les plus favorisées, l'hôpital devra sans cesse chercher à "tirer vers le haut" la qualité de ses prestations, empêchant ainsi tout retour en arrière ;

- assurer l'accessibilité de tous les citoyens à des soins de qualité en apportant aux hôpitaux des subventions suffisantes pour limiter leurs tarifs ;

- permettre à l'État d'exercer véritablement sa tutelle sur l'établissement, en mettant à sa disposition les informations techniques et financières indispensables et en apprenant à son administration à passer de relations de type hiérarchique vis-à-vis des hôpitaux à celles qu'exige l'exercice d'une véritable tutelle.

Pour être suivies d'effet, ces décisions devront être mises en œuvre de façon globale et simultanée, dans le cadre d'une véritable réforme hospitalière, orchestrée au plus haut niveau de l'État. Si elles doivent résulter d'études propres à chaque pays, elles pourront se retrouver dans les propositions suivantes :

- élaboration d'une grande loi hospitalière créant l'ensemble du cadre institutionnel qu'exige la réussite d'une telle réforme et devant notamment permettre la transformation des hôpitaux en établissements publics hospitaliers, l'élaboration par chaque hôpital de "projets d'établissement" et l'exercice par l'État d'une véritable tutelle ;

- adoption de nouveaux outils de gestion, permettant aux hôpitaux de fonctionner autour de la notion de performance : mise en place d'un système d'information médicale, écono-

mique et financière comportant notamment une comptabilité analytique, permettant de mesurer et de suivre l'évolution des coûts unitaires de production des différents services (coûts par acte, coûts par service, coûts par pathologie...); large utilisation de la micro-informatique, assurant la tenue d'un dossier individuel par malade, allant de son entrée jusqu'à sa sortie, sur lequel figurera l'ensemble des informations le concernant, tant techniques et médicales que financières; développement de l'évaluation de la qualité de soins au sein des hôpitaux, qui passera notamment par l'élaboration de protocoles diagnostiques et thérapeutiques ;

- réduction des coûts par l'obligation faite à tout membre du corps médical de prescrire en dénomination commune internationale et en respectant une liste limitative de médicaments, par la standardisation des équipements, par la justification économique des investissements, par le recours à des sociétés privées pour la réalisation de certains services (maintenance, cuisine, buanderie, gardiennage...);

- création des conditions d'hôtellerie permettant d'attirer les malades : catégorisation des chambres d'hospitalisation en veillant à ce que les soins médicaux soient équivalents pour tous les malades; introduction d'un forfait par hospitalisation dans les catégories les plus modestes afin que les patients, qui envisagent de s'y rendre, sachent exactement le montant qui leur sera facturé pour l'ensemble de leur séjour; offre aux malades hospitalisés dans les catégories les plus chères de conditions d'hôtellerie et d'accueil compétitives avec celles qui sont offertes par les meilleures cliniques privées de la ville (chambres individuelles avec salle de bain, téléphone, télévision, repas provenant d'un restaurant de qualité, etc.) ;

- adoption de nouvelles modalités de gestion des hommes par la mise des fonctionnaires en position de détachement, afin de les placer sous la pleine responsabilité du directeur de l'établissement, par la réaffirmation du temps plein hospitalier, avec autorisation de réaliser des activités privées au sein de l'hôpital selon des règles précises et en toute transparence, par l'institution auprès du directeur d'une commission médicale d'établissement, ayant un véritable rôle à jouer dans le pilotage de l'hôpital pour tout ce qui concerne les aspects relatifs aux soins, par l'élaboration avec les intéressés du règlement intérieur de l'établissement, par la mise en place de plans de formation et de plans de carrière pour chaque agent de l'établissement, par l'intéressement financier de l'ensemble du personnel aux résultats liés à la bonne gestion ;

- renforcement de l'accessibilité financière de l'ensemble de la population aux hôpitaux par un soutien à la création de mécanismes de tiers payant, qui concernera d'une part le développement de l'assurance maladie dans le cadre de la mutualité, d'autre part la création d'institutions de solidarité, afin d'assurer la prise en charge des personnes démunies et de permettre la suppression de toute gratuité.

Pour assurer d'emblée une rationalisation du système qui verra ainsi le jour, il sera essentiel d'assurer la mise en place de filières de soins, qui constitueront des passages obligés pour bénéficier des mesures du tiers payant :

- réalisation des investissements selon des procédures conformes aux règles de l'entreprise. Si les "gros investissements" (programme de réhabilitation ou d'extension de l'hôpital) imposeront l'intervention de l'État avec l'appui des bailleurs de fonds, les investissements réguliers, tels que les travaux de remise en état de locaux ou les acquisitions de nouveaux équipements, nécessiteront le recours à des crédits bancaires éventuellement bonifiés. Cette innovation ne pourra se faire qu'après la mise en place d'un fonds de garantie bancaire et l'introduction d'une ligne "amortissement" dans la

comptabilité de l'hôpital, à partir de laquelle sera principalement assuré le remboursement des prêts qui lui auront été accordés ;

- formation des directeurs d'hôpitaux capables de maîtriser ce nouveau type d'établissement. Elle devra s'adresser à des personnes ayant une compétence reconnue en gestion d'entreprise, qui devront apprendre à maîtriser les particularités de l'hôpital. Elle devra être réalisée selon une "pédagogie par problèmes" et nécessitera la création de filières de formation au niveau sous-régional.

Le financement des hôpitaux

Les hôpitaux ne doivent pas rechercher l'autofinancement, mais l'équilibre de leurs comptes dans un esprit d'amélioration de la qualité, de réduction des tarifs et de développement de l'institution. Leur financement doit reposer :

- sur leurs ressources propres issues de la tarification des actes et des séjours, qui doit être définie à partir d'études précises de leurs coûts unitaires de production. Cette tarification pourra être à l'origine de pertes financières pour les catégories modestes, mais elle devra conduire à des excédents pour les catégories aisées, et provenir soit de paiements immédiats, soit de tiers payant : le paiement immédiat devra reposer, autant que faire se peut, sur le règlement à l'avance du séjour hospitalier, et le tiers payant sera accordé sur présentation d'un certificat de prise en charge crédible, qui devra provenir des organismes d'assurance maladie (mutualistes, parapublics ou privés), d'entreprises ou de caisses d'aide sociale (pour les malades reconnus par les services sociaux comme appartenant à des familles démunies) ;

- sur des subventions de l'État, qui compenseront la réalisation par l'hôpital des missions de service public qui lui seront confiées. Elles seront réalisées à travers une dotation annuelle globale, qui comprendra la part salariale des fonctionnaires détachés, la part forfaitaire liée à la maintenance des biens immobiliers et des "gros équipements" et une subvention d'équilibre destinée à maintenir les tarifs destinés aux catégories modestes au-dessous d'un certain seuil. Son montant sera déterminé chaque année par la loi de finance, en réponse aux demandes justifiées de chaque établissement. De plus, l'État devra disposer d'une ligne budgétaire spécifique pour assurer la prise en charge des urgences dont les tarifs n'auront pas pu être recouverts ;

- sur les apports des organisations d'aide au développement, qui devront être valorisés dans le tableau des opérations financières de l'hôpital sur des lignes attribuées à l'État. Ils seront réalisés à travers la prise en charge d'investissements importants, tels que les constructions et les fournitures de "gros équipements", la prise en charge de bourses de formation et l'octroi d'aides budgétaires directes.

La faisabilité financière

L'analyse des données nationales montre que, dans un des pays les plus pauvres d'Afrique, le Mali, où le PIB par habitant n'atteint pas 300 us\$ par personne et par an, le financement des hôpitaux est économiquement possible.

En effet, pour une population de l'ordre de 10 millions d'habitants, une simulation calée sur l'an 2000 (3) montre que l'économie malienne accorde 72 milliards de FCFA par an aux dépenses de santé (soit 5 % du PIB national) et que le coût récurrent de l'ensemble du système de soins, tel que le préconise l'État (amortissements et salaires compris), s'élève-

rait à 42 milliards de FCFA s'il bénéficiait d'une optimisation de sa gestion et de la qualité des soins. Selon cette étude, le coût récurrent de l'ensemble des 50 hôpitaux de 1ère référence, des 6 hôpitaux de 2ème référence et des 2 hôpitaux de 3ème référence, qui offrent un total de 5 250 lits, soit 1 lit pour 1 900 habitants, peut être estimé à 15 milliards de FCFA, soit 1 500 FCFA par personne et par an. Sur ce montant, 7,1 milliards, soit 47 %, devront être financés par les ménages, 4,8 milliards, soit 32 %, par l'État et 3,2 milliards, soit 21 %, par l'aide extérieure.

Ainsi, la charge financière que devront supporter les ménages selon une telle simulation ne représente-t-elle que 700 CFA par personne et par an, montant tout à fait compatible avec la réalité économique actuelle du pays.

S'il est vrai que de tels chiffres sont loin de pouvoir satisfaire l'ensemble des besoins de la population, ils montrent cependant que les ressources qu'exige la restructuration des hôpitaux pour qu'ils répondent au mieux à la demande actuelle sont présentes et que l'enjeu fondamental est de les mobiliser à travers une maîtrise de la gestion et de la qualité des soins.

Il n'y a par ailleurs aucune raison pour que ce qui apparaît possible au Mali ne le soit pas dans les autres pays d'Afrique francophone au sud du Sahara qui bénéficient d'une création de richesse par habitant significativement plus forte.

La tutelle de l'État

L'exercice de la tutelle nécessitera un changement profond de mentalité au sein de l'administration, qui devra passer d'une position hiérarchique à des relations contractuelles, reposant sur l'octroi de subventions et la conduite d'évaluations.

Il concernera principalement la réalisation des missions de service public, la performance de l'établissement et ses perspectives de développement.

Il nécessitera la mise en place d'une structure indépendante apportant aux organes qui en auront la charge les informations indispensables pour qu'ils puissent assurer valablement leurs fonctions. La création d'une agence chargée de l'évaluation des établissements de soins pourra répondre à cette préoccupation, en permettant aux ministères de tutelle de comparer les performances des différents établissements, de procéder à leur analyse et d'en suivre l'évolution dans le temps, apportant à chaque hôpital une évaluation de ses résultats et des conseils pour les améliorer et en effectuant des travaux de recherche et des études prospectives sur les hôpitaux et les politiques hospitalières.

Le travail de cette agence, qui devra disposer de son indépendance statutaire, sera concrétisé dans un rapport annuel sur la situation des hôpitaux, qui devra notamment être soumis au Conseil des ministres et à l'Assemblée nationale, lors des discussions du budget de la santé.

La maîtrise des dépenses hospitalières

Le coût très élevé des activités hospitalières et les risques permanents de dérive des dépenses qui leur sont liées exigent la mise en place de mécanismes régulateurs. Deux mesures peuvent en garantir la maîtrise :

- l'adoption par l'État d'une carte hospitalière nationale, qui créera le cadre au sein duquel devront être prises les décisions relatives à l'évolution de tous les hôpitaux, qu'ils appartiennent au secteur public ou privé. Cette carte devra préciser notamment la localisation et le type d'établissement, la liste des

services spécialisés autorisés, la liste des gros investissements pouvant être réalisés et, dans les établissements publics, la liste des postes de spécialistes pouvant être créés. L'élaboration de la carte hospitalière nationale exigera elle-même celle de cartes hospitalières à dimension régionale, déterminant des pôles d'excellence (par exemple la chirurgie cardiaque à Abidjan, la néphrologie à Dakar, l'ophtalmologie à Bamako...). L'existence de telles cartes permettra à l'État d'éviter les dérapages liés à des problématiques individuelles de certains professeurs d'université, qui estiment pouvoir définir eux-mêmes le développement de leur propre service. Si une telle revendication est légitime, elle doit nécessairement rester en rapport avec le cadre macro-économique au sein duquel doivent évoluer les systèmes hospitaliers ;

- la détermination d'une enveloppe globale hospitalière, qui devra contenir l'ensemble des budgets prévisionnels des hôpitaux et être inscrite dans la loi de finance. Devant être financé à partir de ressources multiples (État, collectivités locales, usagers, assurances maladies, organismes d'aide sociale, bailleurs de fonds et autres aides...), le montant de cette enveloppe devra être déterminé non seulement à partir du budget du ministère de la santé, mais aussi de l'ensemble des dépenses de santé du pays et des perspectives de croissance économique pour les années à venir. C'est à partir du montant de cette enveloppe que pourront se faire les arbitrages des organes de tutelle de chaque établissement.

La mise en œuvre des réformes

Il n'est pas un pays au sud du Sahara qui ne soit conscient des problèmes douloureux que vivent ses hôpitaux et la plupart d'entre eux ont déjà entrepris des réformes hospitalières, qui vont toutes dans le sens de l'octroi à ces établissements de leur autonomie de gestion.

Certains ont érigé leurs hôpitaux en EPA (Mali, Burkina), d'autres en EPIC (Côte d'Ivoire), d'autres enfin ont créé un statut particulier d'établissements publics de santé (Sénégal) (9). Il est essentiel que ces réformes ne se limitent pas au changement de statut et parviennent jusqu'à la mise en place de la nouvelle organisation interne et de tous les outils de gestion qu'exige l'hôpital "entreprise".

De plus, peu de pays ont osé aborder les questions relatives à la double pratique du corps médical et la plupart ne parviennent pas à s'opposer à la désertion des hôpitaux par le personnel hospitalo-universitaire au profit des cliniques privées. Par ailleurs, l'Afrique francophone au sud du Sahara souffre d'un manque considérable de spécialistes en gestion des hôpitaux.

Les réticences au changement viennent souvent d'une certaine "frilosité" qui semble résulter des difficultés rencontrées par les réformes du système hospitalier français. "Comment peut-on vouloir mesurer le coût des soins dans les pays d'Afrique alors qu'on commence à peine à y parvenir en France?", entend-on souvent dire. Or, tout laisse penser que, même s'il existe des contraintes difficiles en Afrique, elles sont dans certains pays probablement moins fortes que celles qui freinent l'évolution des hôpitaux français.

L'élément fondamental est d'avoir une vision claire du type d'hôpital que l'on souhaite promouvoir, savoir convaincre les instances politiques du pays et obtenir leur engagement. Mais il faut aussi faire preuve d'une grande subtilité pour franchir les multiples obstacles qui ne peuvent que se dresser sur le chemin de telles réformes. Il faut en effet non seulement vaincre des conservatismes et remettre en cause des situations acquises, mais aussi toucher à de nombreux intérêts...

Le succès du Réseau hospitalier pour l'Afrique, l'Océan Indien et les Caraïbes (Réshaoc) qui, trois ans après sa création à Ouagadougou en 1996, est parvenu à regrouper 17 pays francophones autour des questions relatives à la réforme hospitalière, montre qu'une nouvelle page est en train d'être tournée et que tous les espoirs sont justifiés pour sortir les hôpitaux de l'impasse dans laquelle la plupart sont enfermés (10).

Conclusion

La situation préoccupante dans laquelle se trouvent de nombreux hôpitaux d'Afrique francophone au sud du Sahara est l'objet d'une approche nouvelle de leurs modalités de gestion, qui devra les faire passer d'une logique administrative à un mode de gestion d'entreprise.

Les échecs successifs des nombreux projets de réhabilitation dont ils ont été l'objet au cours de la période écoulée ont été perçus comme le fruit de l'inadaptation totale de leur système de gestion.

La nécessité de telles réformes hospitalières en profondeur s'est imposée dans la plupart des pays. L'enjeu qui leur est attaché est considérable, car dépendent de leur réussite non seulement l'avenir des hôpitaux, mais aussi celui de l'ensemble du système de santé de ces pays.

Y parvenir exige une vision claire de la nouvelle stratégie à adopter qui devra répondre à la fois aux exigences du service public et à celles d'une véritable gestion, une conviction profonde qui permettra de dépasser les nombreuses difficultés qui seront rencontrées et une capacité à regrouper l'ensemble des acteurs concernés autour de projets communs.

Si les ressources sont limitées, elles existent : il est essentiel de savoir les mobiliser et les utiliser au mieux. L'importance des hôpitaux est telle qu'il est certain que les hommes politiques apporteront leur soutien aux mesures qu'exigera un tel changement. Mais il faudra pour cela obtenir leur confiance et savoir les convaincre.

Références bibliographiques

1. ACODESS - *La place et le rôle de l'Hôpital en Afrique. Compte rendu des journées internationales d'Abidjan*. Paris, Juin 1990, 328 p.
2. ARNAUD JO & BARSACQ G - *La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital*. Editions ESF-Entreprise moderne d'édition, Paris, 1989, 130 p.
3. BALIQUE H - *Le système hospitalier du Sénégal: analyse et perspectives*. Rapport d'expertise Ministère de la Santé - Banque Mondiale - Orstom, Dakar, 1996, 184 p.
4. BALIQUE H - *Le système de soins du Mali: analyse, perspectives nouvelles et étude prospective à moyen terme*. Thèse de Doctorat de l'Université de la Méditerranée, Marseille, 1998, 600 p.
5. CLÉMENT JM - *Essai sur l'hôpital*, Berger Levrault, Paris, 1994, 93 p.
6. COMET P - *L'Hôpital public*. Berger-Levrault, Nancy, 1965, 206 p.
7. GIRAUD A - *Évaluation médicale des soins hospitaliers*. Economica, Paris, 1992, 226 p.
8. HONORÉ B & SMASON G - *La démarche de projet dans les établissements de santé*. Privat, Toulouse, 1994, 254 p.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU SÉNÉGAL - *Réforme hospitalière : présence, lois et décrets*. Dakar, 1999, 49 p.
10. RESHAOC - *Compte rendu des IVème rencontres hospitalières internationales de Douala: la réforme hospitalière*. Publication du Réseau, Ouagadougou, 1998, 123 p.