

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION
DIRECTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.

La réforme hospitalière au Sénégal : **Bilan et perspectives.**

**(Une synthèse des études et concertations sur le secteur hospitalier
et sur la réforme hospitalière au Sénégal).**

Février 2009

Plan.

Liste des abréviations

- 1. Introduction**
- 2. Contexte et justificatifs de la réforme hospitalière**
- 3. Méthodologie des évaluations de la réforme et de l'élaboration du document national d'évaluation de la réforme hospitalière.**
 - 3.1. L'évaluation par la Direction des Etablissements de Santé**
 - 3.2. La concertation sur le système hospitalier**
 - 3.3. L'évaluation par la Coopération Française**
 - 3.4. L'évaluation par la Banque Mondiale**
- 4. Rappel du processus de mise en œuvre de la réforme hospitalière**
 - 3.1. Principes et objectifs de la réforme hospitalière**
 - 3.2. Les mesures d'ordre législatif et réglementaire**
 - 3.2.1. Les textes publiés**
 - 3.3. Les mesures d'ordre gestionnaire et administratif**
 - 3.3.1. L'élaboration des outils de gestion**
 - 3.3.2. Les actions de formation et d'accompagnement**
 - 3.3.3. Les partenariats et les jumelages**
 - 3.3.4. Les projets d'établissement**
 - 3.4. Les mesures d'ordre technique**
 - 3.4.1. L'amélioration des infrastructures hospitalières**
 - 3.4.2. L'amélioration et la maintenance du plateau technique**
 - 3.5. Les limites de la mise en œuvre de la réforme hospitalière**
- 4. Résultats**
 - 4.1. Points forts et acquis de la réforme hospitalière**
 - 4.2. Points faibles et contreperformances de la réforme hospitalière**
- 5. Déterminants des contre performances de la réforme**
- 6. Recommandations (solutions et perspectives)**
 - 6.1. Mesures déjà prises à renforcer**
 - 6.2. Mesures urgentes à prendre pour améliorer la réforme**
 - 6.3. Réforme hospitalière et 2^{ème} Plan National de Développement Sanitaire**
- 7. Conclusions**
- 8. Lignes d'actions de la politique hospitalière nationale**

Bibliographie

Liste des abréviations

ANH : Agence Nationale de l'Hospitalisation

CA: Conseil d'Administration

CESAG : Centre Africain d'Etudes en Gestion

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DES : Direction des Etablissements de Santé

EPSH : Etablissement Public de Santé Hospitalier

HALD: Hôpital Aristides Le Dantec

HEAR: Hôpital d'Enfants Albert Royer

HOGG: Hôpital Général de Grand Yoff

HPD: Hôpital Principal de Dakar

MEF: Ministère de l'Économie et des Finances

MSP: Ministère de la Santé et de la Prévention

PE : Projet d'Etablissement

PNDS : Programme National de Développement Sanitaire

1. Introduction.

Dix ans après la parution des textes initiant la réforme hospitalière au Sénégal, les établissements publics de santé hospitaliers sont confrontés à une situation de crise aux aspects multiples qui se traduit par une image fortement dégradée auprès des populations, une insatisfaction des professionnels de santé et qui constitue une préoccupation majeure des plus hautes autorités de l'Etat.

Comment est-on arrivé à cette situation ? Pourquoi les mesures prises au cours de cette décennie et les importants efforts financiers consentis par l'Etat n'ont pas permis d'atteindre les objectifs initialement fixés ? Quels sont les déterminants des contreperformances observées par rapport aux objectifs de la réforme ? Quelles sont les responsabilités des différents acteurs hospitaliers ? Face à cette situation dégradée, que faut-il faire ?

Il est admis que si les principes et les objectifs initiaux de la réforme hospitalière sont bons, son application a été lente, partielle et non structurée du fait notamment d'un pilotage déficient et de déviations internes qui découlent de l'interprétation de l'autonomie de gestion des hôpitaux.

Ainsi, les différentes évaluations internes et externes ont convergé sur les problèmes majeurs ayant entravé la mise en oeuvre.

Il en ressort principalement des acquis mais aussi de sérieuses faiblesses. Le présent document se propose d'en faire la synthèse tout en participant à la réflexion, pour jeter les bases d'une politique nationale hospitalière cohérente et pour un secteur hospitalier plus performant.

L'élaboration de ce document national et toutes les évaluations de la réforme hospitalière traduisent la ferme volonté de l'Etat de mieux cerner les problèmes du système hospitalier Sénégalais afin de leur trouver des solutions idoines

2. Contexte et justificatifs de la Réforme hospitalière.

Au milieu des années 90, la situation des hôpitaux sénégalais s'était fortement dégradée. Le secteur hospitalier était caractérisé par un plateau technique obsolète, des effectifs médicaux et paramédicaux très insuffisants, des personnels démotivés, des budgets faibles, expliquant les ruptures fréquentes de médicaments et d'autres intrants, tous facteurs en cause du faible niveau de fréquentation des établissements par les populations. De plus les hôpitaux n'avaient aucune autonomie et étaient gérés comme de simples services administratifs du Ministère de la Santé et de la Prévention, donc sans aucune référence à la notion de performance. Ce contexte de bureaucratie favorisait les nombreux gaspillages et ruptures de médicaments et autres consommables, aussi les pratiques illicites des responsables et des personnels. Seule innovation, la mise en place des comités de santé (plus précisément les associations pour la promotion de la santé), qui constituaient un début d'autonomisation financière et donc de meilleure gestion des hôpitaux, mais très vite ces comités se sont retrouvés au centres de plusieurs abus, surtout en termes de détournements de fonds et de recrutement de complaisance.

Déoulant logiquement de ce constat, l'Etat du Sénégal engagea une vaste réflexion dont les conclusions sont reprises dans les rapports de Balique et Bettiga (1). Les experts proposèrent et les autorités politiques décidèrent de la thérapeutique à administrer aux hôpitaux : Réformer

profondément le système hospitalier de façon progressive et dans sa globalité en passant de l'hôpital administration à « l'hôpital entreprise » tout en réaffirmant la mission de service public que l'Etat confiait aux établissements.

3. Méthodologie des évaluations de la réforme et de l'élaboration du document national d'évaluation de la réforme hospitalière.

La réforme hospitalière et le système hospitalier Sénégalais ont fait l'objet de plusieurs évaluations ; quelles soient sous forme de concertations (forum civil, assises nationales sur la santé, concertations nationales sur le système hospitalier) ou d'études documentaires (« la réforme hospitalière 6 ans après » faite par la Direction des Etablissements de Santé, la « mission d'expertise sur l'évaluation de la réforme hospitalière au Sénégal » de la Coopération française, et la « réforme hospitalière au Sénégal : une évaluation 10 après par la Banque Mondiale). Ce présent document fait la synthèse des principales études.

3.1. L'évaluation par la Direction des Etablissements de santé.

Elle a eu lieu en Septembre 2004 et a été conduite par les éléments de la Direction des Etablissements de Santé appuyé un conseiller technique français (Mr CHOPPIN). Les techniques utilisées combinaient une analyse documentaire et des interviews d'acteurs hospitaliers. Tous les hôpitaux de Dakar et des régions ont été visités. Les enquêtes étaient de type qualitatif et quantitatif.

3.2. La concertation nationale sur le système hospitalier.

Elle a été initiée par le Premier Ministre et coordonnée par le Ministre de la Santé. Les activités ont commencé le 04 janvier 2006 par la mise en place d'un comité de pilotage, et ensuite de 03 commissions : Ressources humaines, accessibilité des soins et financement des projets d'établissements. Les commissions qui ont regroupés les principaux acteurs du système hospitalier, ont travaillé pendant 09 mois et ont déposé leurs rapports. Le rapport global a été déposé en octobre 2006.

3.3. L'évaluation par la Banque Mondiale.

Elle a eu lieu entre Avril et Mai 2008 et été conduite par deux experts de la Banque (Christophe LEMIERE et Vincent TURBAT) appuyés par les éléments de la Direction des Etablissements de Santé. Les techniques utilisées étaient l'analyse documentaire et les interviews de responsables du Ministère de la Santé et de la Prévention et d'acteurs hospitaliers. Les structures visitées ont été le Ministère de la santé (cabinet et Directions) et cinq hôpitaux sur les 20 (HALD, FANN, HOGGY, Thiès et St Louis).

3.4. L'évaluation par la Coopération française.

Elle a eu lieu en Juin 2008 et a été conduite par trois experts français (Dr J.P.BELLEFLEUR, René CAILLET et J.C.ROSE) appuyés par les éléments de la Direction des Etablissements de Santé. Les techniques utilisées étaient l'analyse documentaire et les interviews de responsables du Ministère de la Santé et de la Prévention et d'acteurs hospitaliers. Les structures visitées ont été le Ministère (Cabinet et Directions) et 04 hôpitaux (HALD, FANN, HOGGY et Diourbel).

3.1. La synthèse nationale.

Elle a eu lieu dans le 1^{er} trimestre de 2009. Un groupe restreint d'experts composé de consultants nationaux et d'agents des différentes directions du Ministère de la Santé et de La Prévention) a été mis en place et ses membres après avoir recensé les principaux documents des évaluations de la réforme, se sont retrouvés an atelier en mi-février pour faire la synthèse nationale.

L'évaluation faite par le DES a l'avantage d'être exhaustive (analyse qualitative et quantitative et tous les hôpitaux ont été visités) mais remonte à 4 ans. Les limites des dernières évaluations ont été le petit nombre d'hôpitaux ciblés. Aucune de ces études n'a intéressée les établissements non hospitaliers (la PNA, Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, le CNTS, Centre National de Transfusion Sanguine, et le SAMU, Service d'Assistance Médicale et d'Urgence), qui pourtant jouent un rôle essentiel sans l'offre de service hospitalier.

4. Rappel du processus de mise en œuvre de la réforme hospitalière

3.1. Principes et objectifs de la réforme hospitalière

La réforme hospitalière Sénégalaises s'est largement inspirée de celle de la France. L'objectif était la transformation des hôpitaux publics en établissements publics de santé (EPS) dotés de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion au sein desquels la notion de performance devait se substituer à la logique administrative. La réforme prévoit donc

- L'octroi d'une personnalité morale aux hôpitaux par la création d'un organe délibérant : le conseil d'administration présidé par des élus au niveau des régions en particulier) et la mise en place d'instances consultatives destinées à favoriser la concertation interne et à mieux associer le personnel dans la gestion de l'hôpital ;
- Le renforcement du rôle de la direction de l'hôpital qui s'appuie sur des chefs de services administratifs et financiers ;
- Un régime budgétaire et financier très proche du secteur commercial ; avec surtout la possibilité de facturer directement les prestations de soins.

Les lois sur la réforme hospitalière devaient aussi favoriser :

- le recentrage du rôle de l'Etat sur ses missions de service public et sur l'exercice de la tutelle, en utilisant les outils de contrôle et de régulation à sa disposition ou en les créant.
- la prééminence de la qualité des soins au moindre coût en tenant compte des diverses expressions de la demande.

La finalité de la réforme était donc de procéder à une restructuration du système hospitalier mais non de conduire à un désengagement de l'Etat et encore moins à une privatisation de la santé (...). La mission de service public de l'hôpital, qui lui demande de veiller à ce que chaque citoyen puisse accéder aux certaines essentiels quelque soit ses conditions de vie étaient réaffirmée à travers les articles 1^{er}, 8 et 9 de la loi 98-08 portant réforme hospitalière ().

Dans le processus de mise en œuvre de la réforme, des mesures d'ordre législatif et réglementaire d'une part, d'ordre gestionnaire et administratif d'autre part et des mesures d'ordre technique , ont été prises à des degrés divers.

3.2. Les mesures d'ordre législatif et réglementaire

3.2.1. Les textes publiés

La réforme hospitalière est consacrée par deux lois complémentaires adoptées par l'assemblée nationale le 12 février 1998. Il s'agit :

- de la loi 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière ;
- et la loi 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

Ces lois sont complétées par le décret 98-701 relatifs à l'organisation des établissements publics de santé hospitaliers et le décret 98-702 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé.

Deux arrêtés ont par la suite été pris :

- l'arrêté relatif à la carte sanitaire ;
- l'arrêté portant charte du malade dans les EPS

Des textes réglementaires importants ont déjà été préparés et introduits dans le circuit des signatures, mais sans suite à ce jour : ce sont entre autres le décret portant statut du personnel des EPS, le décret portant organisation du CHU etc.

3.3. Les mesures d'ordre gestionnaire et administratif

3.3.1. Les outils de gestion

Des procédures administratives, financières et comptables, et des outils de gestion ont été élaborés et mis en place dans tous les établissements. Leur mise en œuvre devrait théoriquement induire des pratiques plus transparentes en matière de gestion.

Les procédures et outils de gestion ont été développés par des experts du CESAG qui ont produit :

- un manuel d'organisation des hôpitaux ;
- un manuel de contrôle de la gestion des hôpitaux ;
- un manuel de procédures administratives, financières et comptables ;
- un manuel des procédures de gestion des ressources humaines ;
- des outils de gestion des ressources humaines ;
- un plan comptable hospitalier ;
- un système d'information médicale ;
- un schéma directeur informatique ;

Ces procédures et outils ont fait l'objet d'une validation à tous les niveaux par les acteurs de la réforme. Ils ont été mis en place et diffusés dans tous les EPS hospitaliers. La Direction des Etablissements de Santé a opéré jusqu'à un certain moment à la revue régulière de leur application.

Le système d'information médicale qui facilite une connaissance de l'activité et des coûts de l'offre de soins, a été mis en place dans quelques EPS pilotes, de même que la comptabilité analytique.

Le schéma directeur informatique a aussi été élaboré et a aidé à la mise en place d'un réseau au niveau d'hôpitaux pilotes : HOGGY, St Louis, Thies et Diourbel.

3.3.2. Les actions de formation et d'accompagnement

Des sessions de formation et d'accompagnement à la mise en place des outils de gestion ont été organisées, dans le cadre du programme CHANGER I (Conduire l'Hôpital A un Niveau Gagnant avec la Réforme), à l'intention des acteurs hospitaliers et ont embrassé plusieurs domaines d'activités (management hospitalier, gestion des soins infirmiers, maintenance...). Ces formations - actions comportaient un volet théorique d'acquisition de connaissances et un volet pratique de consolidation sur le terrain.

Elles se sont prolongées par le développement d'une démarche qualité dans les EPS initiée avec CHANGER II. Cette initiative se fondait sur un processus continu d'amélioration de la qualité des services des EPS et s'appuyait sur des chantiers qualité animés par des référents qualité, coordonnés par des comités de pilotage d'établissement et encadrés par un comité national de suivi.

Un plan de communication a été élaboré et quelques activités («Mercredi de la DES »: Fora d'échanges entre les acteurs du secteur hospitalier, Emissions radiophoniques sur différents aspects de la vie des hôpitaux, articles de presse) ont été mises en œuvre.

3.3.3. les partenariats et les jumelages

Tous les hôpitaux sénégalais à l'exception de Diourbel et HEAR ont été jumelés à des hôpitaux français. Ce partenariat s'est concrétisé par des échanges entre établissements qui se sont traduits par des stages de formation dans diverses disciplines de professionnels sénégalais dans des hôpitaux français mais aussi par l'envoi de matériels des partenaires français aux sénégalais. Ce partenariat positivement apprécié par les différentes parties prenantes continue toujours avec certains hôpitaux.

3.3.4. les projets d'établissements

Des projets d'établissement ont été élaborés par les hôpitaux. Ils représentent un plan stratégique de développement défini à partir d'une analyse de l'existant et de la vision que l'on veut imprimer à l'établissement. Ils ont permis de projeter l'hôpital dans l'avenir, de développer un esprit d'équipe, de susciter une motivation du personnel en l'associant à la définition de la stratégie de l'établissement.

Les PE ont été soumis aux CA des EPS avant d'être soumis au Comité national qui a statué sur la base de critères de validation bien définis. Ces critères tiennent compte en particulier de l'intégration de l'hôpital dans la politique régionale de santé.

Neuf projets d'établissement ont été approuvés par la Commission nationale de validation (PE des hôpitaux de Saint Louis, Thies, Hoggy, Tambacounda, Principal, Louga, Kaolack, Fann et Thiaroye.

Les hôpitaux de Tambacounda, Louga et Kaolack ont bénéficié d'un important appui de la Banque mondiale. Les hôpitaux de Grand Yoff, Principal et Saint Louis ont profité d'une contribution de la Coopération française au financement des projets d'établissement.

Aujourd'hui l'HALD, les hôpitaux de Pikine, Touba, Ndoum et Kolda n'ont pas encore de PE. La situation particulière de HALD (Projet de délocalisation) et peut être la manque de volonté du personnel médical ne sont pas propices à l'élaboration d'un projet médical composante principale du projet d'établissement.

Les établissements non hospitaliers (en réalité peu adaptés au statut d'EPS) ont par contre éprouvé et éprouvent toujours de sérieuses difficultés quant à l'élaboration de leur PE.

3.4. Les mesures d'ordre technique.

D'importantes mesures de construction, de réhabilitation et d'équipement des structures hospitalières ont été prises.

3.4.1. L'amélioration des infrastructures

Des constructions et réhabilitations qui ont été réalisées ou engagées sont :

- la réalisation de l'hôpital de Kolda ;
- l'achèvement des travaux de l'hôpital de Pikine ;
- l'équipement de l'hôpital de Touba ;
- la construction en cours des hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor ;
- la réhabilitation de l'hôpital de Diourbel ;
- la construction d'un bloc opératoire à Tamba et Ziguinchor ;
- les travaux de la Neurochirurgie, de l'ORL et de la Chirurgie cardiaque du CHN de Fann ;
- la construction du Centre de diagnostic et d'imagerie médicale (CDIM) de l'hôpital de Fann;
- le début de construction de l'hôpital Dalal Jamm ;
- la réhabilitation de la maternité de l'HALD
- l'aménagement et l'équipement de services à HPD, HOGGY et St Louis dans le cadre du financement de leur projet d'établissement ;

Il faut aussi noter l'appui en équipement des hôpitaux Français à leurs partenaires Sénégalais dans le cadre des jumelages inter hospitaliers. Ainsi HOGGY, St Louis, Kaolack, Tambacounda, Ziguinchor, Ndioum, Ourosogui ont bénéficié respectivement de dons importants des hôpitaux de Chartres, Lille, Antibes, Guéret, Auch etc.

Le financement des PE de Tamba, Kaolack et Louga a été réalisé par la Banque mondiale. Le financement complémentaire du PE de Tamba a été acquis auprès de la BID. De même l'UE a participé au financement du PE de St Louis.

Mais pour l'essentiel, l'Etat du Sénégal a été le principal financier des Projets d'établissement qui ont été financés à hauteur de 80%.

3.4.2. L'amélioration et la maintenance du plateau technique

Sous l'impulsion de la Direction des Infrastructures et des Equipements Médicaux (DIEM), des services techniques de maintenance ont été mis en place au niveau des hôpitaux, et les techniciens ont reçu une formation complémentaire, tout de même insignifiante pour les missions. Un crédit du Fonds Nordique de Développement dans le cadre de la lutte contre l'infection au milieu hospitalier dans les structures de santé a permis d'équiper beaucoup d'EPS (matériel de stérilisation , équipements de buanderie , de cuisine et parfois un outillage pour les services techniques de maintenance (STM)

3.4. Les limites dans le processus de mise en œuvre intégrale de la Réforme hospitalière.

On note beaucoup de facteurs qui ont été des limites à une bonne mise en œuvre de la réforme.

Sur le plan législatif et réglementaire, des textes importants prévus par la réforme n'ont pas été appliqués. Certains ont été préparés et introduits pour signatures et devaient être pris pour parachever la réforme.

Les textes introduits pour signature sont les suivants :

- le décret fixant le cadre des Conventions entre les institutions de formation, d'enseignement et de recherche, et les établissements publics de santé;
- le décret portant organisation du CHU ;
- l'arrêté interministériel relatif aux Conventions hospitalo-universitaires passées entre les établissements hospitaliers et la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie;
- l'arrêté interministériel fixant la composition, les conditions d'organisation et de fonctionnement du Comité de coordination hospitalo-universitaire;
- l'arrêté interministériel relatif aux tarifs des EPS hospitaliers ;
- Le projet de décret portant statut du personnel des EPS a été élaboré par un Comité comprenant des représentants de l'administration, des syndicats de la santé et de l'Université. Il est sur la table du SG du Gouvernement
- Le décret sur la rémunération, les avantages et indemnités des Directeurs des EPS a été adopté en comité technique interne et est introduit pour signature.

Certains textes prévus par la loi hospitalière n'ont pas encore été pris, ce sont :

- le décret fixant les conditions de participation des établissements privés de santé au Service Public ;
- le décret relatif aux critères techniques de classement des hôpitaux ;
- l'arrêté relatif aux modalités de prise en charge du personnel de santé dans les EPS ;
- l'arrêté interministériel relatif aux manuels de procédures administratives et financières ;
- l'arrêté relatif aux modalités d'évaluation interne des activités hospitalières.

Sur le plan administratif et gestionnaire, Le manuel de procédures administratives, financières et comptables n'a pas encore fait l'objet d'un arrêté conjoint du MEF et MSP.

Le système d'information médicale et la comptabilité analytique sont restés à leur phase de mise œuvre dans les EPS pilotes, et ils ne sont pas encore intégrés dans le système national d'information sanitaire.

Le schéma directeur informatique est lui aussi resté à un niveau de test dans les hôpitaux pilotes : HOGGY, St Louis, Thiès et Diourbel.

Une stratégie aussi complexe que la réforme hospitalière devait être accompagnée par un très important volet de communication pour amener tous les acteurs à comprendre son sens et son mode d'emploi ; tel n'a pas été le cas.

Sur le plan technique, logistique et de la maintenance, La situation des hôpitaux était caractérisée par une offre inadaptée et un plateau technique obsolète. En effet les projets de construction des hôpitaux n'ont pas respecté les normes définies par l'arrêté relatif à la carte sanitaire. A titre d'exemple l'hôpital de Ziguinchor construit à proximité du CHR de Ziguinchor et le projet de construction de l'hôpital de Matam qui côtoiera le CHR de Ourossogui.

Relativement à la maintenance du matériel technique et médical, il a été noté une absence politique de maintenance, de compétences techniques adéquates dans les hôpitaux, mais aussi de moyens consacrés à la maintenance aussi bien préventive que curative comme .L'option coûteuse de contractualisation qui s'est imposée a été très vite abandonnée.

Enfin sur le plan du financement des hôpitaux, la réforme s'est plutôt consacrée à l'organisation de l'offre de soins hospitaliers, les textes portant réforme hospitalière n'ayant pas pour vocation à traiter le volet financement de la demande de soins, problématique concernant l'ensemble du système de santé.

4. Résultats.

Bien que le système hospitalier soit généralement la composante la plus coûteuse d'un système de soins, c'est aussi celle qui est la plus difficile à évaluer en termes d'impact sur la santé. On peut tout de même dire qu'avec la réforme il y a eu une amélioration significative mais limitée de la réponse à la demande de santé.

4.1. Points forts et acquis

- **Tous les hôpitaux fonctionnels ont été érigés en EPS et une nouvelle organisation s'est mise en place** avec un organe délibérant (le Conseil d'administration), des organes consultatifs (la Commission médicale d'établissement et le Comité technique d'établissement) et des services tels que le Service des soins infirmiers, le Service administratif et financier, l'Agence comptable particulière, le Contrôle de gestion et l'Audit interne. Avec la mise en place des instances de gestions, est apparue une prise de conscience progressive d'un intérêt collectif à agir, un apprentissage d'une démarche participative et dialogue interne avec une formalisation des problèmes. L'association des usagers aux réflexions sur la gestion de l'hôpital a été rendue possible
- **Les missions de l'Etat sont circonscrites dans la garantie du service public hospitalier** et un contrôle qui s'exerce par l'approbation obligatoire de certaines délibérations prévues par la loi avant leur exécution.
- **Les collectivités locales, la Région et la Commune, sont impliquées dans le processus de réforme hospitalière.** Ainsi les Conseils d'administration des EPS de niveau 2 sont présidés par les présidents de Conseils régionaux et comptent en leur sein quatre personnes qualifiées par lui choisies et le Maire de la Commune d'implantation.
- **Les équipes hospitalières ont disposé assez d'outils de gestion** leur permettant de gérer efficacement leurs établissements, et des organigrammes de direction se sont progressivement étoffés et avec des cadres administratifs et de gestion formés ; sans préjuger de la qualité de ces formations ;

- **La mise en place des nouvelles procédures financières et de gestion** ont permis une meilleure visibilité dans les écritures dans les comptes des EPS et un accroissement significatif des recettes internes en particulier grâce à la mise en place du principe de la caisse unique.
- la plupart des hôpitaux fonctionnels se sont dotés **d'un projet d'établissement validé** définissant pour 5 ans les orientations stratégiques en termes d'activités médicales, soignantes et techniques et les politiques en matière de ressources humaines ; d'investissement et de soins . L'élaboration de ce document a souvent permis une bonne concertation au sein des EPSH et leur mise en œuvre a contribué à des réalisations qui sont venues moderniser et compléter les plateaux techniques de nombreux établissements.
- l'Etat sénégalais a consenti au cours de la période de mise en œuvre de la réforme **d'importants efforts en matières de subventions (fonctionnement, investissement) et de dotations en ressources humaines qualifiées** qui ont permis notamment la réalisation de certains projets d'investissement et le renforcement des équipes médicales en régions sans oublier plus récemment les initiatives de gratuités (césariennes, personnes âgées) qui ont eu des effets positifs en termes d'accessibilité.
- **La qualité globale des soins** (même s'il est difficile d'évaluer la qualité des soins hospitaliers du fait d'un manque de critères consensuels pour la mesurer objectivement), s'est améliorée si on tient compte de l'augmentation significative de **l'activité hospitalière**, la qualité des soins étant souvent le facteur essentiel pour attirer la population dans les hôpitaux. l'autre indicateur est la baisse de la durée moyenne de séjour qui est passé de 7,14 jours à 4,87 jours entre 1999 et 2006, soit 31% de diminution ().
- **La plus grande attractivité des hôpitaux, indiquée par l'augmentation de l'activité ambulatoire (consultations et examens) a été observée.** Cette attractivité peut aussi s'expliquer par la présence de personnels qualifiés recrutés par l'état.

4.2. Points faibles et contre performances.

Ils sont beaucoup plus nombreux ; et ont noms faible accessibilité, peu d'efficacité, faible qualité des services et peu d'équité avec une quasi-exclusion des pauvres.

- **L'efficacité technique des hôpitaux sénégalais est aujourd'hui relativement faible : l'indice d'efficacité technique () est de 73%**, ce qui est resté très insuffisant. Les hôpitaux de Dakar **généralement de taille excessive** sont souvent plus inefficients (avec des indices d'efficacité qui peuvent tomber à 21% comme pour Abass Ndao, ce qui signifie que près de 80% des inputs de cet hôpital sont gaspillés)
- **La majorité des hôpitaux sénégalais sont aujourd'hui proches de la cessation de paiement.** A la fin 2007, le montant total de l'endettement des établissements hospitaliers atteignait plus de 12 milliards de FCFA (). Cet endettement est le résultat de gestions déficitaires successives. L'inefficacité et les difficultés financières des hôpitaux sont très largement liées à un accroissement des dépenses de personnel, lui-même le produit (i) d'une augmentation des effectifs sans rapport avec la production, et (ii) d'un accroissement du coût salarial moyen. Les responsables de cette situation sont les directions des hôpitaux et les anciens comités (qui ont régularisé les personnels payés par les comités) et l'Etat qui a obligé les EPS payer les mêmes primes que les étatiques pour éviter des remous sociaux. Aujourd'hui beaucoup d'établissements

ont désormais une structure d'effectifs « déformée » au profit des personnels administratifs et logistiques. Par exemple, pour HOGGY, la part des emplois non cliniques (emplois administratifs, techniques et logistiques) est aujourd'hui de 34%, alors que la « norme » (hôpitaux français) serait plutôt de 22%. Cette importante masse salariale consomme en moyenne la presque totalité des ressources propres des établissements.

- **L'accroissement des pertes financières liées aux patients non solvables et aux politiques de gratuités (Plan SESAME) ; et le retard de paiement est souvent avancé comme un problème par les établissements, même si les données disponibles paraissent infirmer cette analyse.**
- **Les tarifs que les hôpitaux peuvent facturer pour leurs services ont été modifiés en 2005 sans qu'un lien avec les coûts réel des établissements n'apparaisse clairement.** Les tarifs étaient pratiquement « libres » jusqu'à cette date, quand bien même la réforme prescrit l'encadrement des tarifs. Certains établissements (notamment ceux, tel HOGGY, qui se financent en grande partie par leurs recettes propres, ont manifestement souffert de ces nouveaux tarifs (cf. HOGGY 2006). Cette structure des tarifs pousse très clairement les hôpitaux à surproduire des actes techniques (d'où une sur prescription et une sur utilisation du plateau technique), au détriment de la production clinique et de sa qualité. Plus généralement, cette structure tarifaire incite aussi les établissements à devenir des centres de diagnostic pour patients externes et à délaisser leurs activités proprement hospitalières (qui devraient pourtant être le cœur de métier d'établissements de référence).
- **Représentant environ 50% des recettes, la subvention d'exploitation est** basée sur des données historiques, qui reflètent insuffisamment l'activité réelle des établissements. L'état du Sénégal apporte environ 16 milliards (subventions de fonctionnement et salaires du personnel étatique uniquement) ; là où les hôpitaux font 14 milliards de ressources propres.
- **L'équité d'accès aux soins ne s'est pas améliorée et c'est** l'une des dimensions les plus affectées (négativement) par la réforme. L'analyse des données disponibles suggère que la proportion de pauvres fréquentant les hôpitaux est restée très faible.

Ce constat alarmant signifie-t-il l'échec de la réforme hospitalière ? Le diagnostic posé au milieu des années 90 et la thérapeutique proposée et mise en cohérence par les textes fondateurs de la réforme hospitalière étaient sans aucun doute pertinents. Des avancées incontestables ont été réalisées mais les problèmes d'aujourd'hui résultent probablement en très grande partie de l'administration trop lente et trop partielle de la thérapeutique préconisée et certainement aussi des inévitables résistances que toute réforme génère et qui constituent une difficulté supplémentaire à surmonter.

5. Déterminants des contreperformances de la RH.

La Banque Mondiale (Preker 2003) a élaboré un cadre d'analyse des réformes hospitalières, qui vise à mesurer la cohérence entre trois types d'arrangements institutionnels que l'on retrouve dans toutes les réformes hospitalières : Ces arrangements sont :

- (i) **les mécanismes de responsabilisation** permettant à l'Etat de s'assurer que les hôpitaux poursuivent effectivement les objectifs sanitaires (efficacité, efficience, équité, etc.) ; ce sont en quelque sorte les « garde-fous » du système ;

(ii) **L'espace de décision** qui, à l'inverse, correspond au degré d'autonomie managériale octroyée aux hôpitaux ; et

(ii) **les capacités de management** qui sont les capacités techniques (intellectuelles et physiques) des hôpitaux pour assumer correctement l'espace de décision qui leur est donné tout en poursuivant les objectifs tels que définis par les mécanismes de responsabilisation

Comme le montre Preker (2003), une réforme hospitalière ne peut réussir que si les trois arrangements sont cohérents. Ces mécanismes de responsabilisation, s'ils existent n'ont pas été cohérents **avec les objectifs du système de santé** :

- **Concernant l'efficacité de la réforme (c'est-à-dire sa capacité à répondre aux besoins de santé)** ; selon les textes de 1998 le Sénégal utilise la carte hospitalière comme mécanisme de responsabilisation pour garantir l'efficacité de l'offre, mais en réalité c'est plutôt l'approche de marché ou de l'expression naturelle de la demande qui a été mise en place de façon implicite : Ainsi le financement des hôpitaux a été lié à la demande et dont la charge pèse surtout sur les populations (« recettes propres ») et plus **marginale**ment sur l'Etat (**subvention d'exploitation, plan Sésame et gratuité des césariennes**).
- **Un autre mécanisme de responsabilisation, assez peu explicite dans les textes de 1998, était l'implication des conseils régionaux. Il semble ne pas avoir fonctionné.** La loi de 96 sur la décentralisation avait transféré aux collectivités locales les compétences de gestion du secteur de la santé. Ceux-ci se voyaient alors donner la présidence des conseils d'administration des hôpitaux, tandis qu'une partie de la subvention d'exploitation transitait par ces mêmes conseils régionaux (fonds de dotation). Dans les faits, alors que le mécanisme permettait théoriquement aux hôpitaux de devenir redevables (*accountable*) de leur offre de services auprès des représentants locaux, la plupart des conseils régionaux n'ont pas cherché à utiliser cette nouvelle responsabilité : les fonds de dotation sont devenus de simple compte de transfert
- **Concernant l'efficacité (i.e. productivité des hôpitaux), sur une large gamme de mécanismes de responsabilisation** (le financement à l'acte ou au séjour ; le classement annuel des hôpitaux en fonction de leur productivité, la subvention étatique récompensant les hôpitaux les plus productifs etc.), on ne peut retenir pour le Sénégal que **l'arrêté de 2005 fixant les tarifs des hôpitaux. Or non seulement l'arrêté est venu un peu tard, mais surtout le calcul des tarifs de 2005 paraît moins basé sur un souci d'efficacité que sur une volonté politique de faire baisser les tarifs**, a des fins d'amélioration de l'équité d'accès au système hospitalier. Au total, on ne peut pas identifier de véritable mécanisme de responsabilisation pour s'assurer de l'efficacité des hôpitaux. Il n'est donc pas étonnant que celle-ci se soit effondrée.
- **Concernant la viabilité financière (i.e. solvabilité et liquidité des hôpitaux), les mécanismes de responsabilisation mis en œuvre correspondent essentiellement à des contrôles budgétaires et comptables. Ils n'ont pourtant pas été mis en œuvre au Sénégal.** En théorie, ce contrôle devait être assuré par le contrôleur financier et le commissaire aux comptes. Manifestement, l'activité de ces personnes n'a pas eu l'impact espéré. De même, le contrôle budgétaire réalisé par la DES ne débouche que sur des recommandations, que les établissements sont libres de suivre ou pas.

- **Concernant la qualité (i.e. qualité technique et organisationnelle des soins), un grand nombre de mécanismes de responsabilisation peuvent être mis en œuvre (système d'accréditation, avec inspection régulière des hôpitaux et publication éventuelle des résultats ; politique d'assurance qualité ; mécanismes de plainte par les patients ; concurrence maîtrisée entre hôpitaux). A part les contrats de performance en place en 2006 aucun mécanisme spécifiquement orienté sur la qualité n'a été mis en place au Sénégal.** Il est clair que la réforme hospitalière, en transférant une partie non négligeable du financement hospitalier sur les patients, a favorisé une certaine concurrence (surtout à Dakar), mais l'impact de cette concurrence sur la qualité des soins n'a pu être appréciée faute de données sur la qualité.
- **Enfin, concernant l'équité (i.e. équité d'accès aux services hospitaliers), en dehors de certaines mesures de gratuité (plan Sésame et césariennes), aucun mécanisme global de responsabilisation n'a été mis en place pour s'assurer de l'équité d'accès au système hospitalier.**

Le deuxième arrangement institutionnel est l'espace de décision ou le degré d'autonomie managériale donnée aux hôpitaux :

- **Un pays a rarement donné un tel degré d'autonomie à ses hôpitaux.** La liberté de gestion des hôpitaux sénégalais est en effet totale, tant pour augmenter ou modifier leur activité ou case-mix (pas de carte sanitaire, ni de régime d'autorisation d'activités), pour leur politique de ressources humaines (liberté de recruter des contractuels, de fixer leurs salaires et de créer des primes), pour leur approvisionnement ou leurs investissements. On peut donc dire que le Sénégal a quasiment privatisé ses hôpitaux. Cela n'est pas en soi une mauvaise chose, si l'on garde à l'esprit qu'une privatisation doit toujours s'accompagner d'un dispositif important de contrôle. Ce dispositif existe sur les textes mais en réalité n'a pas fonctionné.
- **Les hôpitaux ont eu une très grande autonomie et en face de ces « droits » nouveaux, les « devoirs » des établissements sont très réduits.** Ils « sont dispensés de tout contrôle a priori », et le rôle du contrôleur d'Etat (dépendant de la Présidence de la République) placé dans chaque établissement est juste de veiller respect de la réglementation budgétaire. Au total, la réforme de 1998 offre un rare exemple d'autonomisation maximale (voire de quasi-privatisation), sans garde-fous.

Le troisième arrangement institutionnel représente les capacités de management (capacités techniques (intellectuelles et physiques) des hôpitaux pour assumer correctement l'espace de décision qui leur est donné tout en poursuivant les objectifs tels que définis par la réforme.

- **A l'exception notable de la gestion financière, les capacités des hôpitaux semblent avoir été adéquatement renforcées.** Bien que le bilan des formations réalisées ne fût pas disponible, il est clair que la plupart des managers hospitaliers ont reçu une formation intensive sur la stratégie hospitalière et plus particulièrement sur la méthodologie d'élaboration des projets d'établissements. En revanche, les visites effectuées dans 3 établissements amènent à douter de la capacité en gestion financière de ces mêmes équipes. Si les problématiques de la préparation budgétaire et de la comptabilité analytique semblent maîtrisées, aucune personne rencontrée n'a pu démontrer une connaissance même minimale des notions de gestion financière. Par exemple, les concepts de plans de trésorerie ou de besoin de fonds de roulement semblaient inconnus. Il est

clair que ces insuffisances ont contribué à mener les hôpitaux sénégalais dans une situation financière catastrophique.

- **La faiblesse du management hospitalier s'applique aussi bien pour les équipes de direction que les organes délibératifs et consultatifs**, en témoignent les résultats déficitaires accumulés année après année sans que les responsables en tirent des leçons et apportent des éléments de solutions.

On peut évoquer d'autres causes ou déterminants d'ordre programmatique, institutionnel et législatif et réglementaire :

- **Sur la méthode de mise en œuvre de la réforme**, le choix de transposition du modèle français de Réforme hospitalière sans une analyse de la situation et de la conjoncture locale a guidé la volonté de résoudre les dysfonctionnements antérieurs observés au niveau du système hospitalier.
- Il y a eu une **absence d'une autorité clairement identifiée de pilotage national de la réforme** : l'organisation des pouvoirs publics au plan national est faite de sorte que le système hospitalier ait face à lui beaucoup d'interlocuteurs importants dotés de compétences fermées aussi bien au sein du Ministère de la Santé que dans les autres Ministères (Finances, Fonction publique etc.)
- **La Direction des Etablissements** (créée en 2000) n'a pas eu les moyens (humains et logistiques) et les pouvoirs et leviers efficaces pour piloter tous les chantiers indispensables à une bonne mise en œuvre de la réforme. , la tutelle n'a pas été en mesure de remplir correctement pendant de nombreuses années sa mission de contrôle, d'appui et de conseil.
- **S'il y avait une programmation précise des différentes étapes de la réforme hospitalière** pour maximiser les chances de succès de celle-ci, cette programmation n'a pas été respectée et il y a pas eu une structure de pilotage des activités qu'elles nécessitent comme l'avaient recommandé les experts de l'époque.
- **Le document de politique hospitalière** qui aurait pu être un vecteur fédérateur des énergies et un instrument à la fois de planification et de communication sur la réforme n'a finalement pas été élaboré et la carte sanitaire hospitalière n'a pas rempli son rôle d'outil de planification de l'offre et de cadre de référence et de cohérence pour les projets d'établissements.
- **Les projets d'établissement, outils de planification et de programmation**, ont été en réalité des projets ambitieux d'acquisition de moyens démesurés, dans un grand malentendu avec les bailleurs de fonds, sans référence avec l'existant et le possible, sans priorisation , sans répartition raisonnable en fonction des structures (carte sanitaire), sans évaluation des savoirs et des coûts d'exploitation et de maintenance : une espèce de « lettre au Père Noël ».
- **L'inadéquation de l'arsenal juridique** : certaines dispositions des textes en vigueur ont révélé dans la pratique des difficultés d'application ou ont autorisé des dérives. Ainsi à titre d'illustration, les articles 8 et 9 du décret 98-702 permettent aux établissements de créer par délibération du conseil d'administration des postes d'agent contractuel et cette délibération est exécutoire de plein droit et à ce titre non soumise à la tutelle pour approbation.

A partir de ces constats étayés par des études et des évaluations de la DES et les travaux de la concertation nationale sur le système hospitalier (2006), un certain nombre de mesures et d'actions ont d'ores et déjà été engagées par la DES et d'autres plus structurelles ont été proposées, leur mise en œuvre éventuelle nécessitant une validation par le département ministériel.

6. Les recommandations (solutions et perspectives)

6.1. Des mesures de redressement urgentes et fortes sont nécessaires

Certaines de ces mesures ont été engagées par la DES et doivent être renforcées :

- **le toilettage des textes** : engagé voici plus de deux ans en concertation avec les représentants des organisations syndicales, ce travail a connu récemment une nouvelle impulsion et des propositions concrètes devraient assez rapidement pouvoir être présentées. Plusieurs aspects des textes législatifs et réglementaires ont été revus et corrigés compte tenu des pesanteurs enregistrées çà et là. Les amendements proposés portent sur le recrutement, l'approbation des budgets par la tutelle etc.
- **la mise en place des contrats de performance hospitalière**, traduisant la volonté du département ministériel de promouvoir une démarche de contractualisation fondée sur un objectif général d'amélioration de la performance hospitalière, la DES a élaboré en étroite collaboration avec les acteurs de terrain un modèle type de contrat de performance. Signés au cours du premier semestre 2006 après leur approbation par les différents conseils d'administration des hôpitaux, les quinze contrats de performance de première génération ont fait l'objet d'une évaluation en juillet et août 2007 qui sert de base au calcul du montant de la subvention à la performance à verser aux établissements ayant atteint un certain niveau de réalisation des objectifs contractuels.
- **la relance de la démarche qualité** : l'évaluation du programme Changer 2 ayant montré des résultats très contrastés quant à l'engagement des EPS dans la démarche qualité, la DES a initié depuis moins d'un an une nouvelle action de soutien aux établissements s'appuyant notamment sur les ressources humaines de la Division Qualité et l'apport d'expertise externe et qui vise à donner des formations correspondant davantage aux besoins des personnels des établissements (formations plus pratiques sur les outils de la qualité).
- **l'instauration de la comptabilité analytique dans les hôpitaux** : L'hôpital ne connaît pas ses coûts de production. Cette situation est évidemment dommageable pour l'établissement lui-même car il se prive d'un moyen de pilotage efficace mais aussi pour la tutelle qui ne dispose pas d'informations lui permettant de faire des comparaisons inter établissements et de mieux fonder sa stratégie de répartition de la subvention versée aux hôpitaux. C'est pour ces raisons que la DES a initié un projet d'élaboration des résultats analytiques des EPSH qui a été mis en œuvre dans cinq sites pilotes (Fann, HOGGY, St Louis, Thiès, Diourbel) en prenant comme référence les données de gestion de 2006. Il est envisagé de généraliser la méthode à l'ensemble des hôpitaux en 2008.
- Parallèlement à cette démarche sur les coûts, la DES a réinitialisé depuis plus de deux ans le **volet médicalisation du système d'information** qui devrait permettre de connaître à terme de façon plus précise l'activité hospitalière. Expérimenté au départ sur cinq sites hospitaliers, le système d'information médicale sera progressivement étendu aux autres établissements moyennant des sessions de sensibilisation et de formation des hospitaliers concernés et la création au sein des structures de cellules en charge du recueil et du traitement de l'information médicale.

- l'appui aux EPSH pour une gestion budgétaire améliorée : Pour aider les établissements à produire des documents budgétaires de meilleure qualité, la DES a élaboré en étroite collaboration avec les équipes hospitalières **un modèle type de rapport annuel de gestion**. Devraient suivre prochainement des modèles types relatifs au budget et au suivi infra annuel de l'exécution budgétaire. Par ailleurs des recommandations ont été faites aux contrôleurs de gestion dans le sens d'une meilleure implication et participation des équipes médicales et soignantes à l'élaboration du budget.
- Sur le plan de la gestion et de l'organisation, l'application des nouvelles procédures est jugée satisfaisante, toutefois les efforts doivent être poursuivis en matière de formation. L'insuffisance de personnel qualifié (personnel médical, de soins, technique et de gestion) hypothèque toute politique de développement des établissements. Le tableau de répartition du personnel éclaire sur cette réalité.

Ces différentes mesures, pour importantes et utiles qu'elles soient ne sauraient à elles seules suffire pour répondre aux difficultés de l'hôpital public au Sénégal. Il en faut d'autres, globales, qui permettront de s'attaquer à tous les maux qui ont été identifiés. Les propositions qui suivent reprennent pour l'essentiel les pistes et les orientations identifiées au mois d'août 2007 lors d'une réunion de concertation avec les directeurs d'établissements sous la présidence du ministre de la santé et de la prévention médicale.

6.2. Les mesures de redressement et d'amélioration proposées

Elles touchent principalement aux domaines identifiés comme problématiques c'est-à-dire à la tutelle, aux ressources humaines et au financement de l'offre et de la demande de soins :

- **Mieux piloter le secteur hospitalier : Renforcer la DES ou la remplacer par une Agence Nationale Hospitalière (ANH) et doter cette agence de son propre statut du personnel**, de façon à pouvoir ce personnel d'un régime indemnitaire spécifique, capable de « rivaliser » avec celui des hôpitaux. Cela permettra de réduire le turnover de personnel. □
- **Attribuer à cette Agence ou à la DES les leviers nécessaires au pilotage du secteur hospitalier**, comme l'autorisation de créations et/ou extensions d'activités, (ii) la répartition de la subvention d'exploitation, (iii) l'approbation des projets de budget hospitaliers et les projets d'établissements et l'évaluation et la nomination des directeurs d'hôpitaux, etc...
- **Garantir l'efficacité du système hospitalier : Elaborer de véritables schémas d'organisation sanitaire et définir clairement leur supériorité juridique sur les projets d'établissements hospitaliers**. Par « schémas d'organisation sanitaire », on entend ici des plans stratégiques (i) qui définissent les besoins de chaque région en structures et en personnels de santé en fonction du profil épidémiologique de ces régions et non selon des normes générales définies au niveau national, et (ii) qui concernent l'ensemble des structures de santé, quelque soit leur niveau (hôpitaux, centres de santé, cases, etc....) et quelque soit leur statut juridique (public, privé non lucratif, privé commercial). Avec ces caractéristiques, les schémas peuvent être utilisés pour adapter réellement l'offre de soins à la demande.

- **Mettre en place une procédure formalisée d'évaluation des directeurs d'établissements (par la DES ou l'ANH), avec variation des primes à la clé.** On a vu que les directeurs sont largement autonomes. Même s'ils sont théoriquement responsables auprès du Ministère et de leur conseil d'administration, aucune procédure n'existe pour leur fixer des objectifs concrets et pour évaluer leur performance. Elle est donc à mettre en place, en l'accompagnant d'un incitatif financier.
- **Restaurer une efficacité significative et pour cela former les gestionnaires des EPS en gestion financière et gestion de trésorerie.** La capacité est en effet très faible dans ces deux domaines, ce qui explique la difficulté des établissements à anticiper leurs problèmes de trésorerie.
- **Financer un plan de départs volontaires, pour assainir les effectifs des hôpitaux.** Vu la situation financière actuelle des hôpitaux, il est clair que la réduction des effectifs de personnel non-qualifié (les ex-personnels des comités de santé) ne pourra se faire au rythme des départs en retraite. Des licenciements massifs sont inévitables et doivent donc être accompagnés financièrement par l'Etat (financement de préretraites ou d'indemnités de licenciement conséquentes).
- **Exiger la préparation d'un tableau des emplois (TE), avec une budgétisation (actualisée chaque trimestre).** Le premier outil de maîtrise des effectifs est un tableau recensant les différents postes (et non les personnes) nécessaires au fonctionnement normal d'un établissement. Les recrutements doivent ensuite être faits de façon à rapprocher progressivement l'effectif existant du TE. En pratique, cela implique qu'aucun recrutement (ou affectation) ne doit pouvoir être réalisé en dépassement du tableau des emplois. Par ailleurs, il est préférable que seul le conseil d'administration soit habilité à modifier ce TE.
- **Mettre en place le statut spécial ou au moins rationaliser le système des primes.** On a vu précédemment la grande complexité et la faible cohérence du système de primes. Ce système est non seulement dangereux sur le plan financier, mais probablement peu incitatif à la performance. De plus, un des problèmes majeurs est le fait que des agents de même qualification travaillant dans un même établissement ont des statuts différents. La mise en œuvre du statut spécial réglerait ce problème, tout en offrant une opportunité de remettre à plat le système des primes. Enfin, au sein des établissements, aucune prime ne devrait être créée sans que l'incidence financière soit estimée au préalable. Le Conseil d'Administration devrait assurer ce contrôle et être donc seul habilité à autoriser la création ou la modification de primes.
- **Revoir la grille tarifaire,** sur la base d'une véritable étude de comptabilité analytique et en privilégiant la vérité des prix. En théorie, les tarifs hospitaliers sont un mécanisme de responsabilisation qui ne peut viser correctement qu'un seul objectif, celui de l'efficacité. Ils devraient donc être définis en fonction du coût réel moyen des prestations hospitalières, ce qui obligerait les établissements inefficients à rationaliser leurs coûts afin de rester rentable. L'efficacité des hôpitaux est automatiquement perturbée si les tarifs sont basés sur d'autres considérations, comme celle d'équité (i.e. avoir des tarifs bas). Il est donc impératif de revoir la grille tarifaire sur la base d'un travail d'estimation des coûts réels moyens des hôpitaux sénégalais. Ce travail de comptabilité analytique est d'ailleurs déjà en cours à la DES.
- **Répartir la subvention d'exploitation de l'Etat en fonction de l'activité réelle, afin de limiter les situations de rente.** Là aussi, la logique d'efficacité oblige à répartir la subvention de l'Etat en fonction de l'activité réelle (valorisée sur la base des coûts moyens évoqués ci-dessus) et non en

fonction de données historiques. La clé de répartition de cette subvention doit et peut rester simple.

- **Restructurer le tissu hospitalier de Dakar** en rationalisant les structures et en constituant des pôles d'excellence par spécialité (par exemple, un pôle neuro-cardio, un pôle mère-enfants, un pôle locomoteur et un pôle infectieux-général). On a vu que les hôpitaux de Dakar sont les moins efficaces. Au-delà des problèmes de sureffectifs, il est clair que ces établissements sont souvent de taille excessive et sont peu spécialisés (ce qui les empêche de bénéficier des effets de « courbe d'expérience »). Il serait donc judicieux d'explorer la possibilité de restructurer l'ensemble des établissements dakarois, de façon à créer des pôles d'excellence, de taille moyenne (200-300 lits maximum) et spécialisés par organe.
- **Planter une culture participative dans le management hospitalier.** Certains établissements (en particulier Diourbel) ont très fortement impliqué les médecins et les syndicats dans leur gestion financière. Pour cela, ils ont non seulement utilisé les instances nouvellement créées (CME et CTE), mais aussi et surtout élaboré un reporting précis, transparent et régulier de leur situation financière et mis en place une déconcentration budgétaire par services. En pratique, lorsque les personnels sont bien sensibilisés sur le lien entre production et primes, il devient beaucoup plus facile d'améliorer l'activité d'un établissement et donc sa situation financière. Ces démarches entrepreneuriales devraient être généralisées, notamment au travers d'un dispositif d'évaluation des directeurs et de formation des décideurs hospitaliers (pas seulement les directeurs).
- **Renforcer la qualité des soins : Mettre en place des mécanismes d'assurance-qualité** (procédure de plaintes, enquête annuelle de satisfaction, collecte et analyse des données sur l'origine des patients, etc.). Ils pourraient générer de véritables dynamiques d'émulation au sein des hôpitaux (comme on le voit déjà avec les contrats de performance) et permettrait donc d'améliorer la qualité organisationnelle.
- **Cibler une partie de la subvention d'exploitation pour financer des supervisions régulières des hôpitaux vers les centres de santé.** On a vu que les hôpitaux sont peu intégrés avec les centres de santé. Il est anormal que les centres de santé d'une région n'envoient pas la majorité de leurs patients référés dans l'hôpital de la région. Il est tout aussi anormal que certains centres de santé concurrencent les hôpitaux régionaux dans certaines activités (chirurgie et diagnostic). Un premier pas vers une meilleure intégration serait d'organiser une supervision formative des centres de santé par des cliniciens de bon niveau, c'est-à-dire les médecins des hôpitaux. Cela aurait bien sûr un coût, qui pourrait être financé en réservant une partie de la subvention d'exploitation à cette activité de supervision.
- **Rendre l'accès à l'hôpital plus équitable : Cibler l'usage d'une partie de la subvention d'exploitation pour la prise en charge des cas sociaux.** Même si une meilleure prise en charge des cas sociaux peut passer par la mise en place de dispositifs assurantiels (fonds d'achat, mutuelles subventionnées, etc.), une solution rapide à mettre œuvre consisterait à conditionner le versement d'une partie de la subvention de l'Etat à l'accueil d'un nombre minimal de cas sociaux. Les conditions préalables à cette mesure sont (i) l'existence d'une comptabilité analytique de niveau correct (travail en cours) et (ii) une connaissance relativement fine des besoins en soins de la population pauvre (à réaliser). Un contrôle rigoureux de l'application de cette mesure devrait être mis en place pour éviter les « faux cas sociaux ».

- **Faire plus d'efforts sur les investissements et la maintenance des équipements** et investir dans la formation des techniciens en maintenance pour protéger le matériel.
- Enfin, il conviendrait de mener une réflexion quant au contenu et aux modalités de **financement des projets d'établissements de deuxième génération** en tenant compte des acquis mais aussi des difficultés de réalisation des projets de première génération. Il faudra probablement s'orienter vers la réalisation de projets plus réalistes priorisant les objectifs structurants en lien avec les orientations stratégiques nationales et contractualiser les objectifs et les moyens. Ces PE devront intégrer **les Objectifs du Millénaire pour le Développement et les stratégies de lutte contre la pauvreté**.
- **Sur le volet financement de la demande de soins**, le financement des hôpitaux constitue une contrainte majeure de la réforme. Les subventions de l'Etat sont importantes, mais ne peuvent continuer de croître indéfiniment. L'autofinancement connaît des limites liées au quasi insolvabilité de la demande résultant de la pauvreté et aux insuffisances du régime de protection sociale. Les contributions des collectivités locales sont sinon marginales du moins nulles. L'appui des partenaires au développement est souvent assujéti à des conditionnalités.
- **Le succès de la réforme hospitalière est tributaire de la maîtrise de l'environnement social.** En ce sens la réforme hospitalière est inséparable de la réforme du système de protection sociale. Les problèmes d'accessibilité et recouvrement de coûts ne peuvent être résolus sans un assainissement du système de protection sociale. Des réflexions sont en cours au niveau du ministère et dans un cadre multisectoriel et ont déjà permis de concevoir un document pour le **développement d'un système de prévoyance sociale et de création de mécanismes de solidarité nationale pour les personnes démunies** afin d'améliorer l'accessibilité financière des soins.
- D'autres pistes devront certainement être explorées, celles du **partenariat public / privé** (notamment pour le financement des équipements lourds) ou développées s'agissant du **partenariat inter hospitalier (coopération nord / sud mais également sud / sud) ou de la coopération inter hospitalière notamment entre établissements de « proximité »** (partages de spécialistes et d'expériences dans les domaines de la gestion, de la qualité...). Mais elles ne constitueront au mieux que des apports additionnels à l'aide multiforme que l'Etat devra continuer à apporter aux hôpitaux et à la régulation du système hospitalier pour sortir de la crise et produire de façon pérenne des soins accessibles et de qualité.
- Les rapports entre la tutelle et les présidents des conseils d'administration pourraient également être davantage structurés au travers d'un cadre de coordination permettant des échanges plus réguliers.

6.3. Réforme hospitalière et perspective du PNDS

Le Sénégal entame son deuxième plan décennal de développement sanitaire (2009-2018). C'est un tournant décisif pour la politique de santé. Le Ministère trouve l'occasion de repositionner l'hôpital dans le système national et dans les stratégies internationales de développement sanitaire et de lutte contre la pauvreté. La Vision du PNDS en matière hospitalière se résume ainsi :

- La construction d'une carte hospitalière pour satisfaire les besoins des populations et réduire les inégalités en matière d'accès aux soins hospitaliers ;
- Le renforcement du parc hospitalier à tous les niveaux en particulier la construction d'hôpitaux de niveau 3 (généralistes et spécialisés) dans la région de Dakar et dans les autres régions
- La réorganisation de la carte hospitalière de la région de Dakar, avec la délocalisation de l'HALD et la création de groupes hospitaliers,
- La construction de CHR dans toutes les régions (y compris les nouvelles),
- L'érection de certains CSR en hôpitaux de niveau 1,
- La création d'hôpitaux de districts dans tous les départements ;
- La réorganisation de l'offre de services hospitaliers publics et privés aussi bien dans la région de Dakar que dans les autres régions (par les schémas régionaux d'offre de services et les pôles de compétences);
- La modernisation des hôpitaux;
- Le renforcement de la Direction des Etablissements de santé.

A terme, il y aura un parc hospitalier renforcé et moderne (près de 80 hôpitaux de tous les niveaux), donc une plus grande accessibilité aux services hospitaliers et un équilibre entre les soins hospitaliers et les soins de santé base, avec des liens fonctionnels de référence-contre référence entre ces deux niveaux qui puissent garantir la globalité et la continuité des soins. Tout ceci se fera en comptabilisant les acquis stratégiques et organisationnels de la mise en œuvre de la réforme hospitalière

L'on profitera des leçons apprises de la réforme pour assurer la conduite de la mise en place des hôpitaux de district et corriger certaines dérives. Avec ces nouveaux types, d'hôpitaux, l'Etat pourra essayer une autre forme de gouvernance par comparaison à ce que l'on connaît jusque là:

Il faudra dépolitiser les EPS et améliorer la gouvernance des hôpitaux et pour ce faire, il faudra :

- (i) *séparer* la réforme administrative et politique et la réforme hospitalière, et
 - (ii) *renforcer la responsabilisation* des professionnels de santé dans la réforme hospitalière.
- **La séparation de la réforme administrative et politique et de la réforme hospitalière est nécessaire pour dépolitiser l'hôpital autonome.** Pour dépolitiser l'hôpital autonome, il faudrait sortir de façon transitoire la gestion des hôpitaux du domaine de compétences des collectivités locales : une telle course d'action va ressembler à un retour en arrière, mais un retour en arrière nécessaire. C'était une erreur de transférer la gestion des hôpitaux aux collectivités locales à une période où les hôpitaux faisaient face à beaucoup de besoins, alors que les collectivités locales n'avaient ni les moyens financiers ni les moyens humains de prendre en charge une telle responsabilité. La phase transitoire va durer le temps qui sera nécessaire pour développer une fiscalité locale et une administration locale permettant aux collectivités locales d'avoir l'autorité de faire face à des acteurs aussi puissants que les professionnels de la santé dans un secteur où la légitimité cognitive est aussi importante que la légitimité sociopolitique.
 - En d'autres termes, **l'Etat devrait reprendre la responsabilité de la gestion des hôpitaux** et veiller de plus près à leur transformation en organisations publiques exposées au marché. Dans cette perspective, les conseils d'administration des hôpitaux seraient composés par : des anciens professionnels de la santé qui se sont illustrés par leur réputation, leur expertise médicale et leur intégrité ; des hauts fonctionnaires des institutions financières de l'Etat ayant une connaissance et

une expérience avérées des finances publiques et qui se sont illustrés pour leur intégrité ; et des capitaines d'industrie du secteur privé qui se sont illustrés par leur leadership et leur expérience du management de grandes organisations publiques exposées au marché ou de grandes entreprises du secteur privé.

- Les catégories suggérées de **membres des conseils d'administration** apporteraient aux jeunes hôpitaux autonomes de district des connaissances, une expertise et des expériences complémentaires pour parachever leur modernisation durant une phase transitoire. Il est nécessaire de continuer l'amélioration du plateau technique des hôpitaux selon non seulement une politique hospitalière définie par les autorités compétentes, mais aussi sur la base de mécanismes de financement et de programmation des investissements et des recrutements qui garantissent la pérennité financière de l'amélioration de la qualité du service hospitalier. La phase de transition serait mise à profit pour parachever le dispositif juridique et pour mettre en place et roder les systèmes de gestion de l'hôpital autonome. La composition suggérée des membres des conseils d'administration permettrait aux jeunes hôpitaux autonomes de disposer d'administrateurs qui vont leur être utile non seulement dans la direction de leur projet d'établissement respectif, mais aussi dans leur interface avec les pouvoirs publics, l'opinion publique et les partenaires extérieurs.
- **Le renforcement de la responsabilisation des professionnels de santé** dans la réforme hospitalière dans une phase transitoire est nécessaire pour assurer que la réforme est portée par les professionnels de santé. Du point de vue du processus, les professionnels de la santé devraient être désormais au cœur de toute initiative pour changer la course d'action de la réforme hospitalière. Chaque initiative de politique devrait être accompagnée par une analyse des parties prenantes pour s'assurer que les perspectives des professionnels de la santé sont pleinement intégrées dans les directions et la course d'action politique à prendre.
- Du point de vue du contenu, **il faudrait rééquilibrer les pouvoirs entre les organes de l'hôpital autonome de district en octroyant plus de pouvoirs de décision au comité médical d'établissement et aux services techniques en matière d'investissements, de recrutement du personnel, et de politique de motivation du personnel.** La politique de motivation serait définie de telle sorte que ce sont les professionnels de santé des services techniques qui fournissent des efforts pour améliorer la qualité des services et les revenus de l'hôpital et pour maîtriser les coûts qui sont récompensés pour les efforts fournis (primes basées sur les performances).
- **Ce n'est qu'après que les hôpitaux autonomes de district seraient modernisés et leurs systèmes de gestion bien établis** dans une phase transitoire qu'il faudrait envisager la substitution graduelle des professionnels de la gestion des membres des conseils d'administration par des représentants des populations et des consommateurs.

7. Conclusions

- Les hôpitaux connaissent une situation très difficile et les dysfonctionnements qui la caractérisent se multiplient et créent un sentiment d'insécurité et un manque de confiance chez les usagers. Ceci est la réalité mais si la réforme n'a pas atteint à ce jour ses objectifs prioritaires, les causes en sont multiples et les responsabilités partagées. Les hôpitaux n'ont pas encore gagné le pari de l'autonomie car ils restent peu accessibles et pour la grande majorité d'entre eux peu performants. La tutelle a mis beaucoup de temps à se structurer et elle éprouve encore des difficultés à remplir pleinement sa mission de contrôle, d'appui et de conseil. Le financement actuel de la demande de soins ne permet pas à l'immense majorité de la population un accès financier aux hôpitaux.
- Un plan d'urgence est donc devenu indispensable afin que les hôpitaux soient mieux gérés, plus performants et délivrent des soins de qualité. Il serait logique que leurs responsables rendent des comptes et soient évalués sur leurs résultats. Mais il faudra également que l'Etat remplisse pleinement son rôle par une tutelle réellement efficace et en continuant à aider les hôpitaux car cet appui est nécessaire au bon fonctionnement des structures qui même bien gérées ne pourront pas seules répondre au double défi de la qualité et de l'accessibilité.
- Le 2^{ème} PNDS peut être une occasion avec les hôpitaux de district de tester un autre type de gestion des hôpitaux sur la base des leçons apprises de l'expérience Sénégalaise de réforme, où le rôle de l'état sera plus marqué, avec des organes de gestion où de fortes personnalités publiques et des professionnels de santé pourront impliquer la marque.

8. Lignes d'actions de la politique hospitalière nationale.

1. Amélioration de l'accessibilité géographique aux services hospitaliers
2. Amélioration de l'accessibilité financière aux services hospitaliers
3. Développement des politiques spécifiques d'appui aux hôpitaux
4. Attribution à la DES de leviers efficaces de pilotage du secteur hospitalier
5. Développement des mécanismes d'une meilleure intégration de l'hôpital dans le système national de santé
6. Toilettage des textes de la réforme
7. Application intégrale des textes de la réforme
8. Amélioration de la gouvernance hospitalière
9. Amélioration des capacités managériales des acteurs hospitaliers
10. Amélioration de la qualité technique et organisationnelle des soins
11. Garantie de l'efficacité du système hospitalier
12. Garantie d'une efficience significative du système hospitalier
13. Garantie de l'équité d'accès au système hospitalier
14. Développement de la coopération inter hospitalière et du partenariat
15. Développement de la communication interne et externe

Bibliographie

1. BALIQUE Hubert, 1996, « Le système hospitalier au Sénégal : analyse et perspectives », Mai 1996.
2. BETTIGA Jean-Pierre, 1996, « Appui au secteur hospitalier du Sénégal », Octobre 1996
3. COOPER William et all, « Introduction to Data Envelopment Analysis », Springer 2006
4. Christophe Lemiere & Vincent Turbat : La réforme hospitalière au Sénégal : Une évaluation 10 ans après : Rapport final ; Banque Mondiale / AFTH2 / Juillet 2008
5. Concertations nationales sur le système hospitalier : Rapport final. Oct. 2006
6. DIOP Françoise Pathé : Une réflexion sur la crise des hôpitaux Sénégalais
7. Edouard KOPP et Bruno FLOURY : Documentation de l'expérience Sénégalaise de réforme hospitalière
8. La réforme hospitalière six ans après. MSP/DES, Septembre 2004
9. PREKER Alexander and April Harding, 2003, "Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals", Banque Mondiale.
10. Programme National de Développement Sanitaire (Ministère de la Santé et de la Prévention): 2009-2018
11. SHIPP Peter, 1998, « Workload indicators of staffing need (WISN) : a manual for implementation »,
12. WHO/HRB/98.2 1998 - The International Council of Nurses, (2004). Nurse patient ratios: fact sheet (www.icn.ch/matters_rmptratio_print.htm)-
13. WAGSTAFF Adam et Howard Barnum, "Hospital Cost Functions for Developing Countries", working paper WB 1992, WPS 1044