

L'HÔPITAL PUBLIC EN AFRIQUE FRANCOPHONE

H. BALIQUE

Med Trop 2004; 64 : 545-551

RÉSUMÉ • Il est couramment admis que les hôpitaux ne répondent pas aux priorités des pays d'Afrique, dont les politiques de santé doivent avoir pour axe stratégique majeur la promotion des soins de santé primaires. Ils sont en effet jugés peu efficaces et sont accusés de constituer des gouffres financiers qui limitent la conduite des programmes de santé prioritaires. Longtemps mis à l'écart des grands programmes de développement sanitaire, la plupart de ces établissements vivent depuis plusieurs décennies dans une situation de crise permanente et ne parviennent pas à offrir les services attendus. Les conséquences de la situation parfois dramatique dans laquelle ils se trouvent remettent en cause non seulement l'efficacité des politiques de santé actuelles, mais aussi la survie à long terme des systèmes de santé en cours d'édification. Or, ce constat n'est pas le fruit d'une fatalité, mais le résultat de l'inadéquation des hôpitaux publics aux réalités du monde d'aujourd'hui : conçus comme des administrations, ils dispensent des prestations en dehors de toute préoccupation managériale. Une vision novatrice des systèmes de soins fait des hôpitaux des éléments clés des réseaux d'établissements de soins et préconise de les inscrire dans une réforme en profondeur des systèmes de santé, qui considère tout soin comme un « service » en termes économiques et sa disponibilité comme le fruit d'une activité de production. L'approche « entrepreneuriale » qui en résulte doit être complétée par le respect de leurs missions de service public qui nécessite l'octroi de subventions pour proposer des tarifs accessibles à la grande majorité de la population, la mise en place de mécanismes de solidarité pour assurer la solvabilité des usagers, y compris les plus démunis, et le développement des capacités d'évaluation.

MOTS-CLÉS • Gestion Hospitalière - Système de santé - Financement de la santé - Accès aux soins.

PUBLIC HOSPITAL IN FRENCH-SPEAKING AFRICA

ABSTRACT • Traditional consensus holds that hospitals are ill-suited to the healthcare priorities in Africa countries whose policies must focused mainly on promoting primary services. Indeed hospitals are generally considered as inefficient and wasteful of financial resources that could be used for more important healthcare priorities. Long excluded from major development programs, most hospital facilities have gone from crisis to crisis over the last 10 years and are now unable to provide adequate services. The sometimes dramatic state of these institutions raises serious doubt not only about the effectiveness of current healthcare policies but also about the long-term survival of the healthcare systems now being established. But this situation is not the result of fate but rather of the failure of public hospitals to adapt their organization to the realities of today's world. Indeed hospital services are provided within a purely administrative structure with total disregard for the principles of good management. A new vision for revival of healthcare systems make hospitals a key component in a network of healthcare institutions and recommends that they be included in an in-depth reform of healthcare systems that consider any healthcare act as a service in the « economic » sense of the word and its availability as the end-result of a production process. To ensure fulfillment of the public service mission of the hospital, the resulting « entrepreneurial » approach must be accompanied by appropriation of subsidies so that charges are affordable to a majority of the population, implementation of welfare programs to insure that even the poorest users have sufficient resources, and development of monitoring capabilities.

KEY WORDS • Hospital organization – Healthcare system – Healthcare funding - Access to healthcare.

Jusqu'à ce jour, l'hôpital public des pays d'Afrique Francophone occupe une place réduite dans les préoccupations de la plupart des organismes d'aide au développement.

Ce constat ne s'applique cependant qu'aux « grands hôpitaux », c'est-à-dire aux établissements situés dans les capitales et les principaux centres urbains, et ne concerne pas les « hôpitaux de district ». Ces derniers sont généralement perçus comme des « centres de santé développés », disposant d'un plateau technique et de capacités d'hospitalisation, mais partageant leurs responsabilités entre des activités de premier niveau, de santé publique et de référence.

Il est en effet admis que les « grands hôpitaux » ne répondent pas aux priorités des pays d'Afrique, dont les politiques de santé doivent avoir pour axe stratégique majeur la promotion des soins de santé primaires. Pour les économistes de la santé, ces hôpitaux sont peu efficaces en terme d'amélioration de l'état de santé des populations et constituent des gouffres financiers qui absorbent l'essentiel des ressources mobilisables et limitent ainsi la conduite des programmes de santé prioritaires.

Cette vision est confortée par de nombreuses initiatives qui ont été prises en matière de développement hospitalier et qui ont souvent conduit à la création « d'éléphants blancs », c'est-à-dire d'établissements disposant d'une infrastructure moderne et bien équipés, mais incapables de fonctionner correctement et d'assurer leur pérennité par manque de ressources.

Les conséquences de cette vision ont contribué à plaquer la plupart des hôpitaux publics d'Afrique francophone dans une véritable impasse. Marginalisés, voire exclus des

• Travail du Laboratoire de Santé Publique, (H.B., Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier) Faculté de Médecine de Marseille,

• Correspondance: H. BALIQUE, Laboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine, 27, boulevard Jean Moulin, 13385 Marseille • Fax : +33 (0) 4 91 38 44 82 •

• Courriel : hubert.balique@ap-hm.fr •

• Article sollicité.

plans de développement sanitaire, ils évoluent pour leur propre compte. Cette tendance est accentuée par le corps médical hospitalier, qui tend à amplifier cet isolement et à faire des hôpitaux où il travaille de véritables «tours d'Ivoire».

On assiste ainsi à une évolution parallèle entre deux mondes séparés par une cloison étanche :

- d'un côté, le monde hospitalier qui est censé constituer la référence scientifique. Il représente le modèle professionnel des étudiants en médecine, constitue le pôle normatif des conduites des professions médicales extrahospitalières et influence le monde politique, particulièrement sensible aux avis des professeurs d'université ;

- de l'autre côté, le monde de la santé publique qui détermine les choix stratégiques dominants en matière de santé. Il bénéficie du soutien politique et financier des organisations internationales, de la majorité des coopérations bi et multilatérales et d'un grand nombre d'organisations non gouvernementales.

Par ailleurs, la plupart de ces hôpitaux vivent depuis plusieurs décennies dans une situation de crise permanente qui ne cesse de s'aggraver au fil du temps : ne parvenant à assurer ni la motivation de leur personnel soignant ni l'équilibre de leurs comptes, ils ne sont pas en mesure d'offrir les services attendus. Les conséquences de cette situation remettent en cause non seulement l'efficacité des politiques de santé actuelles, mais aussi la survie à long terme des systèmes de soins en cours d'édification.

PLACE DES HÔPITAUX PUBLICS DANS LES SYSTÈMES DE SOINS

Une vision novatrice des systèmes de santé fait des hôpitaux publics des éléments clés de réseaux d'établissements de soins, qui doivent assurer la prise en charge hiérarchisée des problèmes de santé sous l'action régulatrice de l'Etat et de la société civile à travers ses organismes participatifs et de prévoyance sociale. Elle comble toute solution de continuité entre les centres de santé de premier niveau et les établissements de référence pour amener chacun d'eux à jouer un rôle complémentaire en fonction de leurs capacités respectives.

Les hôpitaux publics doivent assurer dans ce contexte une quadruple mission qui s'inscrit pleinement dans le champ du service public de santé :

- une mission de soins, qui les conduit à accueillir les patients référés par les autres établissements, ainsi que les cas d'urgence se présentant directement à eux ;

- une mission de formation, qui concerne aussi bien la formation initiale des étudiants que la formation continue des professionnels de santé ;

- une mission de recherche, qui devrait non seulement enrichir les connaissances universelles, mais aussi améliorer les méthodes et techniques permettant de mieux résoudre les problèmes de santé prioritaires du pays ;

- une mission de santé publique, qui les invite à participer de façon active à la conception et à la mise en œuvre des grands programmes de lutte contre la maladie, ainsi qu'à

la supervision technique des formations sanitaires publiques de moindre capacité.

Les débats qui ont opposé au cours des trois dernières décennies les soins de santé primaires aux hôpitaux n'ont plus lieu d'être. Les difficultés rencontrées dans la promotion des soins de santé primaires comme le manque d'efficacité des hôpitaux résultent en partie de cette dichotomie. Il en est de même de l'opposition également faite entre hôpitaux centraux et hôpitaux périphériques.

Le succès de toute action sanitaire résulte de la fonctionnalité de l'ensemble du système de soins qui la réalise. Si les différents constituants de ce système ont un rôle spécifique à jouer, c'est de l'optimisation de leur ajustement que dépend les performances de l'ensemble qu'ils constituent. C'est par la mise en place de réseaux de soins que pourra émerger l'offre la plus à même de répondre aux besoins des populations.

Dans une telle perspective, chaque hôpital est relié d'une part à un ensemble d'établissements de premier niveau, qui constituent le fer de lance de l'action sanitaire au niveau des aires de santé où vivent les populations, d'autre part à d'autres établissements de référence dont il reçoit les patients ou bien où il réfère ceux qui dépassent ses capacités techniques.

LE CONSTAT

Si des différences parfois considérables existent entre les hôpitaux publics des pays d'Afrique francophone, y compris à l'intérieur d'un même pays, ces établissements ne parviennent généralement pas à assurer de façon satisfaisante leurs missions de service public.

Les soins qu'ils dispensent ne sont pas toujours pertinents et ne répondent pas aux critères de qualité attendus, que ce soit dans le domaine médical et dans celui de l'accueil.

Les dépenses qu'exigent les soins hospitaliers sont si importantes par rapport au pouvoir d'achat des populations, que la majorité des familles s'abstient de tout recours à leurs services, ou au mieux retarde jusqu'au dernier moment un éventuel recours, aggravant ainsi le pronostic et le coût ultérieur des soins requis.

Après leur ouverture, les hôpitaux publics nouvellement construits ne parviennent pas à assurer la pérennité de leurs investissements et entrent rapidement dans un cycle de dégradation, qui remet en cause au bout de quelques années leurs capacités de fonctionnement et conduit bien souvent à un nouvel investissement destiné à leur consolidation, voire à leur réhabilitation.

Les catégories sociales les plus favorisées s'écartent de l'hôpital public pour recourir aux services de cliniques privées où elles retrouvent bien souvent les mêmes praticiens qu'à l'hôpital, mais où elles monnaient leur disponibilité et la qualité des prestations dont elles bénéficient.

Si les tendances actuelles se maintiennent, on assistera dans de nombreux pays à la transformation progressive des hôpitaux publics en «hôpitaux des pauvres», c'est-à-dire en hospices, n'ayant plus aucun rapport avec les impératifs scientifiques qui constituent le fondement de la médecine.

LES CONSÉQUENCES

Les conséquences de cette situation sont considérables non seulement pour les patients hospitalisés, mais aussi pour l'ensemble du système de soins du pays.

• *Du point de vue de l'offre de soins*, non seulement les hôpitaux publics ne parviennent pas à assurer de façon satisfaisante la prise en charge des cas d'urgence qui sollicitent leurs services, mais de plus ils parviennent difficilement à assurer leur rôle de référence, remettant ainsi en cause la fonctionnalité de l'ensemble du système de soins. Or, si les formations sanitaires de premier niveau que sont les centres de santé et les cabinets médicaux privés assurent l'essentiel de la couverture sanitaire et jouent un rôle majeur dans l'amélioration de l'état de santé des populations (consultations de médecine générale, consultations pré et postnatales, accouchements normaux, vaccinations, éducation pour la santé ...), leur efficacité repose sur la présence à leurs côtés d'établissements de référence capables d'assurer la prise en charge des patients dont l'affection dépasse leurs compétences.

• *Du point de vue de la formation* des ressources humaines, les étudiants qui effectuent leur stage à l'hôpital y trouvent des conditions d'exercice de leur futur métier et des exemples de pratiques professionnelles qui sont loin de correspondre à ce qui leur est enseigné dans le cadre de leur formation théorique.

La plupart des programmes d'action sanitaire doivent en conséquence corriger le manque de compétence des personnels de santé des formations sanitaires périphériques par la multiplication de recyclages aussi coûteux que peu efficaces, alors que le problème de fond se trouve à la source, c'est à dire au niveau de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion des hôpitaux au sein desquels ils ont reçu leur formation professionnelle de base et qui constituent le lieu de référence de leurs pratiques.

De plus, les hôpitaux n'occupent pas la place qui leur revient en matière de formation continue : ce sont les chefs de service qui ont simplement conscience de leurs responsabilités vis-à-vis des établissements de soins publics ou privés qui les entourent.

• *Du point de vue de la recherche*, le manque de motivation des personnels hospitaliers s'ajoute au manque de préoccupation scientifique des hôpitaux pour minimiser la place de la recherche.

Seuls, les hôpitaux à vocation universitaire donnent à la recherche une certaine dimension. Mais elle reste trop souvent limitée à des perspectives de carrière et s'inscrit rarement dans une planification concertée.

• *Du point de vue de la santé publique*, les hôpitaux sont peu associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des grands programmes de santé publique, alors qu'ils disposent de la plupart des spécialistes du pays dans les disciplines concernées. A leur isolement du reste du système de soins vient en effet s'ajouter la verticalité de ces programmes pour tenir les hôpitaux à l'écart d'activités essentielles, alors qu'ils pourraient largement contribuer à leur succès.

LES RAISONS D'UNE TELLE SITUATION

La situation parfois dramatique des hôpitaux publics d'Afrique francophone n'est pas le fruit d'une quelconque fatalité, qui repose notamment sur la pauvreté des populations, la faiblesse des crédits de l'Etat et le niveau particulièrement bas des salaires du personnel, mais le résultat de leur totale inadéquation aux réalités du monde d'aujourd'hui.

Purs produits de l'histoire coloniale, ils restent encore structurés autour des principes qui prévalaient en France au cours des années cinquante.

Conçus comme des administrations, ils continuent à dispenser des prestations en dehors de toute préoccupation managériale, alors que le contexte a profondément changé.

Lors de l'accès des pays à l'indépendance, les soins étaient considérablement moins coûteux qu'aujourd'hui. La gamme des produits pharmaceutiques de fabrication industrielle était très étroite, les équipements étaient simples et leur maintenance pouvait être assurée par des techniciens polyvalents. La pratique médicale était dominée par la clinique et les laboratoires d'analyse biologique étaient bien souvent limités à quelques matériels (microscope, centrifugeuses,...). Par ailleurs, la demande était faible, car seule une élite privilégiée avait recours à ces services. A cette époque, un médecin représentait à lui seul l'essentiel des compétences médicales et la majorité de la pathologie rencontrée pouvait être prise en charge par seulement quelques spécialistes.

Actuellement, les soins sont de plus en plus coûteux. Les antibiotiques de dernière génération, les traitements anti-hypertensifs, les médicaments de confort ont envahi les ordonnances ; les échographes se multiplient dans les formations sanitaires périphériques, tandis que les hôpitaux courent après des tables numérisées et des scanners, dont les contrats de maintenance sont particulièrement chers. Les blocs opératoires et les services de réanimation viennent alourdir toutes ces charges, tandis qu'il n'est plus un pays qui ne dispose de son centre de dialyse rénale. Et à ces sommes considérables vient s'ajouter le poids du sida.... Même si les anti-rétroviraux ont bénéficié d'une réduction considérable de leur prix d'achat, le coût total d'un cas traité reste élevé.

Compte tenu de la complexité et de l'immensité des connaissances médicales, la médecine ne cesse de se spécialiser et est entrée dans un cycle illimité de croissance des dépenses, que même des pays comme la France parviennent difficilement à maîtriser.

Un aspect important à prendre en compte dans l'évolution actuelle des sociétés d'Afrique francophone est l'émergence des classes moyennes. En effet, le développement socio-économique des pays d'Afrique nécessite la présence de compétences de plus en plus pointues, qui exigent des cycles de formation de plus en plus denses et de plus en plus larges. Or, l'éducation a un effet direct sur la demande de soins : l'intrusion de l'homme dans le monde de la science le conduit à exiger pour lui-même, pour son entourage et pour son pays l'ensemble des possibilités de soins disponibles aujourd'hui.

Cette tendance est accentuée par la télévision auxquels ont accès une majorité croissante de la population, y compris dans les zones rurales, par les échanges de plus en plus fréquents avec le monde industrialisé et surtout par l'émergence de nouvelles classes sociales qui cumulent enrichissement financier et culturel pour accroître cette nouvelle demande de soins.

Les pays qui ont cherché à limiter de façon directe cette tendance sont tombés dans le piège de la fermeture au reste du monde, et ont abouti aux effets inverses de leur discours initial qui défendait les principes de justice sociale et de développement humain.

Aucun pays ne peut aujourd'hui refuser d'apporter une réponse concrète à cette expression nouvelle de la demande, qui ne cesse de croître en fonction des effets du développement.

La très grande majorité de la population, qui vit en zone rurale ou qui s'entasse dans les quartiers périphériques des villes a certes besoin de soins efficaces, pertinents et accessibles. Mais elle a aussi besoin d'enseignants, d'ingénieurs, de vétérinaires, de commerçants, d'industriels, de médecins pour conduire son propre développement.

L'état de frustration qui caractérise chaque jour davantage les populations des pays en développement et qui aboutit notamment aux effets pervers de la mauvaise gouvernance ou d'un exode croissant des cadres vers les pays industrialisés constitue un des obstacles majeurs au processus de développement.

Soumis à la seule logique réglementaire, les hôpitaux publics évoluent en dehors de ces questions essentielles pour leur avenir en restant soumis aux aléas des bonnes volontés et des circonstances :

• *Du point de vue de la pratique médicale*, le personnel soignant utilise et prescrit comme il l'a appris, c'est-à-dire en voyant en toute limite de ses prescriptions une entrave à l'exercice de sa profession dont il veut avoir la seule maîtrise. L'Etat étant considéré comme le seul répondant de cette situation, il est jugé comme responsable de l'état de pénurie de l'hôpital public par un corps médical qui s'efforce généralement d'exercer au mieux son art malgré des conditions de travail souvent difficiles.

Non formé à la qualité des soins et à l'évaluation des pratiques médicales, il résiste aux tentatives de rationalisation de ses conduites professionnelles. Soumis aux sollicitations commerciales des laboratoires pharmaceutiques, il a beaucoup de mal à abandonner le vaste champ des spécialités pour recourir aux listes officielles en Dénomination Commune Internationale préconisées par le Ministère de la Santé.

L'absence de réponse adéquate de l'hôpital public à ses problèmes de santé conduit une part croissante de la population à s'exclure de l'hôpital en acceptant son sort comme une fatalité liée à la pauvreté de ses conditions de vie et à se tourner vers les médecines populaires en pleine expansion. Le développement des cliniques privées constitue en fait la seule perspective, qui permet aux classes sociales les plus influentes de trouver une réponse satisfaisante à leurs pro-

blèmes. Il en résulte une véritable fuite en avant qui conduit tous ceux qui le peuvent, y compris des familles aux revenus relativement modestes, à recourir au secteur privé, et aux familles les plus aisées qui ne sont toujours pas satisfaites à rechercher des soins à l'étranger.

• *Du point de vue des ressources humaines*, les affectations du personnel se font souvent au gré des circonstances, la formation continue est généralement absente et la motivation des agents hospitaliers est réduite à sa plus faible expression. Insuffisamment rémunérés, ils cherchent à compléter leurs revenus par des activités extra-hospitalières, par la recherche de paiements directs auprès des malades, par des détournements de médicaments et d'équipements, etc.

Le corps médical est particulièrement concerné par cette situation. La plupart des médecins hospitaliers, y compris les hospitalo-universitaires, consacrent une partie importante de leur temps à des activités professionnelles dans le secteur privé, laissant un vide considérable dans leur service.

• *Du point de vue financier*, les ressources de l'hôpital sont insuffisantes pour couvrir l'ensemble des charges nécessaires au bon fonctionnement, à la performance et au développement de l'établissement.

Cette situation résulte d'abord du niveau excessif des dépenses, lié à l'absence de toute préoccupation de coût, sans laquelle aucune régulation dans les prises de décisions n'est possible.

Elle résulte ensuite du mode de budgétisation, qui se limite trop souvent à une simple reconduction du budget de l'année précédente et ne répond pas aux critères d'un budget digne de ce nom, c'est-à-dire intégrant l'ensemble des charges. Ayant pour ressources principales la dotation de l'Etat dont le montant est lié à la situation des finances publiques et de recettes reposant sur une tarification arbitraire et généralement sans aucun lien avec le coût des prestations concernées, l'hôpital est dans l'incapacité de faire face à l'ensemble de ses charges.

Elle résulte de plus de l'idée totalement erronée, et pourtant largement répandue, qu'un hôpital public n'a pas à réaliser l'équilibre de ses comptes.

Elle résulte enfin de la persistance sous-jacente du principe de gratuité des soins, qui prévalait à l'époque coloniale et qui a été réaffirmé lors de l'accès à l'indépendance. Si la plupart des hôpitaux publics appliquent aujourd'hui le recouvrement des coûts, leurs tarifs sont définis en dehors de toute analyse des coûts de production des soins recherchés.

• *Du point de vue des produits pharmaceutiques*, les prescriptions sont laissées au bon vouloir des prescripteurs qui ne s'appuient que rarement sur des protocoles thérapeutiques validés. Les ruptures régulières de stocks conduisent les patients à sortir généralement de l'hôpital pour acheter des médicaments en spécialité dans les pharmacies privées qui prospèrent à proximité des établissements hospitaliers.

• *Du point de vue des infrastructures*, la maintenance n'est pas assurée et les équipements ont des pannes fréquentes et de durées de vie courtes. L'absence d'amortissement ne permet pas de renouveler les équipements en temps opportuns et conduit à de fréquentes et parfois longues ruptures d'activité.

Cependant, certains directeurs d'hôpitaux publics font la preuve qu'avec des mesures adéquates animées par une volonté de fer, il est possible de transformer de façon radicale un établissement hospitalier, mais ils atteignent rapidement leurs limites et la pérennité de leurs initiatives n'est pas assurée après leur changement d'affectation.

LES OPTIONS STRATÉGIQUES ENVISAGEABLES

Conscients de la gravité de la situation des hôpitaux et désireux de les sortir de la situation dans laquelle ils se trouvent, de nombreux pays ont initié une réforme hospitalière.

L'un des axes majeurs de ces réformes a résidé dans l'octroi aux hôpitaux de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

En leur donnant un statut d'Établissement Public, ces pays ont franchi une étape essentielle et incontournable. Cependant, une telle évolution constitue une mesure nécessaire mais pas suffisante.

Toute réforme des hôpitaux doit s'inscrire dans une réforme en profondeur du système de soins auquel ils appartiennent.

Qu'il soit curatif, préventif ou promotionnel, tout soin doit être considéré comme un « service » en termes économiques et sa disponibilité doit être perçue comme le fruit d'une activité de production.

Il doit être principalement appréhendé à travers les trois grands critères qui le caractérisent : ses qualités, son coût unitaire de production et son impact du point de vue de la santé publique.

Le mode d'établissement qui s'inscrit le mieux dans une telle perspective est celui de l'entreprise de service public. Constitué d'établissements publics et d'établissements privés liés à l'Etat par une convention de service public, il associe les avantages propres à ceux de ses dimensions qui le caractérisent.

• Sa dimension « entrepreneuriale » impose à ce type d'établissement de soins de bénéficier de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion pour disposer de la pleine capacité juridique et de la libre utilisation de ses propres ressources, des subventions qui lui sont versées ou des prêts qui lui sont accordés.

Elle lui permet également de procéder lui-même au recrutement de son personnel, de le rémunérer et si nécessaire de le remercier.

Elle exige la présence d'un système de pilotage lui permettant notamment de mesurer les indicateurs essentiels pour prendre des décisions en toute connaissance de cause et de suivre leur évolution.

Elle le conduit à amortir ses investissements pour assurer leur renouvellement en temps opportuns, en ayant recours, si nécessaire, à des emprunts bancaires.

• Sa dimension « service public » lui impose le respect d'un cahier des charges défini par l'Etat, garant du service public de santé.

Défini comme « l'accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins pertinents de qualité produits aux meilleurs coûts », le service public de santé conduit à l'octroi de subventions aux hôpitaux afin que d'une part ils disposent des ressources nécessaires à la production des services attendus, à leur pérennité et à leur développement, d'autre part ils pratiquent des tarifs compatibles avec le pouvoir d'achat de la majorité de la population.

Ces subventions, qui peuvent provenir du budget national, des budgets des collectivités décentralisées ou de l'aide internationale doivent être contractualisées, c'est à dire que leur délivrance doit être liée à l'atteinte de résultats préalablement arrêtés d'un commun accord.

L'application aux hôpitaux de tels principes doit conduire à la mise en place de dispositions statutaires et d'outils de gestion structurés autour de la notion de résultat.

- La fonction de directeur d'hôpital doit être clairement définie pour qu'il assure la pleine responsabilité de son établissement. Il doit par ailleurs disposer des outils réglementaires lui permettant de rendre compte de ses résultats et des garde-fous l'obligeant à respecter à la fois les contraintes du service public et les principes de la participation.

- L'association de représentants des usagers aux choix stratégiques au sein d'un conseil d'administration, et la réunion régulière de commissions consultatives où siègent les représentants des différentes catégories de personnel, créeront les conditions nécessaires à une gestion « ouverte » de l'établissement, où acteurs et bénéficiaires seront amenés à s'impliquer dans le processus de décision.

- L'élaboration d'une carte nationale hospitalière, sous ensemble de la carte sanitaire nationale, permettra au Ministre de la Santé d'une part de fixer à la fois le niveau à atteindre et les limites à ne pas dépasser en matière de création et d'extension des hôpitaux, d'autre part de rationaliser la répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, afin de répondre aux exigences de l'équité et des économies d'échelle.

- L'élaboration de projets d'établissement permettra d'introduire la planification à l'hôpital, de contribuer à la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs et des stratégies qui auront été retenues, et d'introduire un véritable esprit d'entreprise.

- La mise en place d'une véritable tutelle créera les garde-fous qui s'imposent à un établissement assurant une mission de service public et devant à la fois manifester sa pleine appartenance à un système de soins régulé par l'Etat et respecter les principes du management, tout en se conformant à la réglementation en vigueur. Elle nécessitera dans de nombreux pays un véritable apprentissage et un changement profond de mentalité chez des agents fonctionnaires, encore fortement imprégnés des principes de l'autorité hiérarchique.

- L'adoption de nouveaux outils de gestion permettra de répondre à la fois aux exigences de la comptabilité publique et de la comptabilité d'entreprise. Devra notamment être introduit une nouvelle comptabilité hospitalière intégrant les règles de la comptabilité en partie double et de la comp-

tabilité analytique et s'appuyant sur un plan comptable adapté aux spécificités des hôpitaux.

- Les services cliniques ou médico-techniques (laboratoire, imagerie, ...) ou les départements (regroupements de services) seront constitués en unités de gestion au sein de l'établissement.

Ces unités devront fixer leurs propres objectifs, définir leur propre projet de service, analyser leurs résultats et servir de support aux mécanismes d'intéressement des ressources humaines.

- L'introduction d'une dotation aux amortissements permettra le renouvellement en temps opportuns des équipements et des bâtiments.

- L'externalisation de certains services, comme la maintenance, la sécurité, l'hygiène, la cuisine ou la blanchisserie, permettra d'assurer des prestations de meilleure qualité à de moindres coûts.

LES GRANDS ENJEUX DES RÉFORMES HOSPITALIÈRES EN AFRIQUE

Tous les pays d'Afrique francophone ont eu ou auront à initier une réforme de leurs hôpitaux publics, afin de les sortir de l'impasse où ils se trouvent généralement et les mettre en phase avec les réalités du XXI^e siècle.

Le succès ou l'échec de ces réformes sera lié à la mise en œuvre effective de certaines dispositions essentielles :

- fixer le personnel hospitalier à l'hôpital : au-delà de la fuite des soignants à l'étranger qui doit être abordée dans un cadre plus large que celui de la seule réforme des hôpitaux, la double pratique dans le secteur privé des agents fonctionnaires des hôpitaux publics doit être impérativement maîtrisée, car aucune réforme n'obtiendra les résultats escomptés sans la présence effective à l'hôpital de soignants s'investissant de façon continue dans la prise en charge de leurs patients. Etant en fait directement lié à des questions de rémunération, cet objectif doit être réalisé d'une part par l'introduction de mesures d'intéressement aux résultats, d'autre part et surtout par celle d'un secteur « personnalisé » à l'hôpital. Cette dernière disposition qui peut être appliquée en toute transparence doit permettre aux praticiens hospitaliers de bénéficier d'une rémunération complémentaire pour la prise en charge nominale des malades qui sont prêts à s'acquitter d'une tarification supplémentaire s'ils bénéficient des services « privés » d'un praticien nommément désigné. Par une telle disposition, les praticiens qui le souhaitent pourront obtenir au sein de leur établissement les revenus complémentaires qu'ils vont chercher dans des établissements privés, au détriment du bon fonctionnement de leur service ;

- assurer une offre diversifiée d'hôtellerie sans remettre en cause le principe absolu d'identité des soins médicaux entre tous les patients : la recherche de la qualité des soins en matière d'hébergement nécessite la prise en compte de l'hétérogénéité de la demande, afin de permettre à chacun de bénéficier de conditions matérielles qui répondent aux spécificités de son attente, compte tenu de ses possibilités financières. C'est ainsi qu'en plus de la mise en place de plusieurs

catégories d'hospitalisation, pourra être décidée la création de chambres « VIP » offrant de meilleures conditions d'hôtellerie à ceux qui accepteront de supporter le prix correspondant à ce surcroît de confort ;

- promouvoir la qualité et la maîtrise du coût des soins : marqués par l'influence de la médecine française qui n'a découvert que de façon récente l'importance majeure de ces deux concepts, les hôpitaux publics d'Afrique francophone doivent en faire une des grandes priorités de leur organisation, afin qu'ils deviennent la préoccupation quotidienne de chacun de leurs agents. L'élaboration collégiale de protocoles thérapeutiques régulièrement mis à jour, le recours aux médicaments essentiels en génériques, la mise en place d'un système d'information hospitalière médicalisé s'appuyant sur une comptabilité analytique sont quelques axes essentiels de la stratégie nouvelle qui doit s'imposer partout ;

- assurer l'équilibre des comptes par des subventions contractualisées : s'il appartient aux praticiens hospitaliers et aux gestionnaires de produire de meilleurs coûts des soins de qualité, il revient au monde politique d'adapter les tarifs hospitaliers au pouvoir d'achat des populations en apportant aux hôpitaux les subventions qu'impose la recherche de l'équilibre de leurs comptes. Si à titre d'exemple il apparaît que le coût moyen d'une hospitalisation, toutes charges comprises, s'élève à 300 euros et qu'il est impossible de réduire ce coût sans remettre en cause la qualité des services correspondant et si la tutelle estime avec le conseil d'administration que ce tarif ne doit être que de 50 euros, il appartient à l'Etat d'accorder les 250 euros de subvention nécessaires pour que l'hôpital puisse assurer la couverture de l'ensemble de ses charges. L'octroi de ce type de subventions doit être réalisé dans le cadre d'un contrat annuel signé entre l'Etat et l'hôpital, sur la base d'objectifs à atteindre, de comptes prévisionnels et d'évaluations périodiques ;

- aborder de façon parallèle la mise en place d'un système de prévoyance sociale : si les subventions permettront de réduire le niveau des tarifs, l'accessibilité aux soins nécessitera la mise en place de mécanismes d'assurance maladie. Deux axes devront être envisagés : le premier permettra à chaque usager de bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle de ses frais d'hospitalisation à partir des cotisations qu'il aura versées. De par son appartenance au secteur privé non lucratif et à ses principes de liberté d'adhésion, de participation à la gestion et de non sélection des risques, l'option mutualiste apparaît comme la plus à même de répondre aux exigences de populations capables de verser régulièrement des cotisations en rapport avec leur pouvoir d'achat. Quant au second, il conduira à la création d'un « fonds national de solidarité » destiné à assurer la prise en charge des personnes démunies qui ne seront pas en mesure d'assurer le versement de la moindre cotisation ;

- obtenir une restructuration de l'aide internationale qui devra s'adapter à ces nouveaux mécanismes de financement. Elle devra d'une part apporter des subventions contractualisées à l'Etat pour lui permettre de baisser les tarifs hospitaliers en assurant l'équilibre des comptes, d'autre part contribuer au financement du fonds national de solidarité en assurant le refinancement des patients pris en charge. Une

telle approche qui conduira à des financements a posteriori assurant le paiement partiel ou total de tarifs correspondant à des soins déjà rendus, aura pour avantage de contribuer à la mise en œuvre de la réforme dans toutes ses composantes, en limitant à la fois les risques d'inadéquation des financements et de détournement de deniers publics ;

- assurer la maîtrise macroéconomique des dépenses hospitalières : compte tenu de leur importance relative et de leur propension à croître de façon continue, les dépenses hospitalières doivent impérativement être contenues dans des limites acceptables. Si des études spécifiques doivent être réalisées pays par pays, on peut cependant donner un ordre de grandeur en situant aux environs de 35 % la part des dépenses consacrées aux hôpitaux (47,8 % en France), l'ensemble des dépenses de santé du pays pouvant être situées aux environs de 5 % du PIB (9,6 % en France). Pour assurer une telle maîtrise, les pays peuvent instituer l'adoption annuelle par le parlement d'un budget global des hôpitaux, dans lequel devra s'inscrire le montant agrégé de l'ensemble des budgets hospitaliers. Il appartiendra à la tutelle de procéder aux arbitrages entre établissements ;

- promouvoir l'intégration sous régionale : le développement des hôpitaux à caractère national doit se faire dans le respect d'une carte hospitalière d'Afrique, qui demande à être élaborée. En effet, les exigences managériales liées à la maîtrise de la qualité et des coûts ne permettront qu'à peu de pays d'Afrique francophone de disposer de l'ensemble des potentialités offertes par la médecine moderne. La création de pôles d'excellence s'impose, afin de permettre l'émergence des services très spécialisés, qui permettront aux pays d'une même sous-région de partager de façon cohérente, juste et équilibrée une offre de soins spécialisée de haut niveau. C'est dans une telle perspective que devront être abordées des questions comme la chirurgie cardiaque ou la réalisation de greffes ;

- évaluer les hôpitaux : l'évaluation doit s'imposer comme une des composantes indispensables de tout système de soins. Elle doit cependant répondre à des exigences d'indépendance et de professionnalisme. Chaque pays doit s'organiser en conséquence pour confier à une structure autonome l'organisation des évaluations de ses programmes ou de ses établissements de soins. Le rapprochement de ces structures entre des pays de la même zone permettra de résoudre les problèmes posés par le nombre limité de spécialistes dans certaines disciplines et renforcera l'objectivité des évaluations dans un contexte où les relations sociales jouent un rôle majeur.

Les évaluations des hôpitaux devront porter principalement sur la qualité, le coût et l'impact des soins en terme de santé publique. Elles devront être réalisées de façon périodique. Leurs résultats devront être présentés régulièrement, par exemple tous les trois ans, au gouvernement et à l'assemblée nationale.

Le succès ou l'échec de toute réforme hospitalière ne se limite pas à son contenu, mais aussi à ses modalités de mise en œuvre. Parmi les conditions essentielles, peuvent être identifiées :

- une volonté politique affirmée reposant sur une vision claire des problèmes et des options stratégiques capables de les résoudre ;

- la conduite préalable de grands débats nationaux sur la situation actuelle des hôpitaux publics et sur les mesures à prendre pour qu'ils répondent aux besoins du pays : une large compréhension de ces dispositions aussi bien par les professionnels de santé que par les grands pôles de mobilisation des populations, que sont notamment les médias et les partis politiques, constitue une des conditions essentielles du succès de ce type de réforme ;

- l'adoption d'une grande loi hospitalière intégrant l'ensemble des dispositions juridiques nécessaires à la mise en œuvre effective des différentes options de la réforme ;

- des perspectives financières suffisantes pour la remise à niveau complète du système hospitalier.

CONCLUSION

C'est paradoxalement en ramenant les « riches » à l'hôpital public que pourra être assurée la réalisation du service public hospitalier.

C'est en inversant les tendances actuelles qui conduiront les catégories les plus favorisées de la société à recourir de façon courante aux hôpitaux publics, dans une saine concurrence avec les cliniques privées, tout en assurant l'accessibilité des catégories les plus pauvres que se jouera le succès de toute réforme hospitalière dans les pays d'Afrique francophone.

Il n'y a aucune contradiction entre la réalisation de soins d'une qualité suffisante pour attirer les classes sociales privilégiées et l'accessibilité aux hôpitaux publics des catégories les plus démunies.

Il y a simplement certaines exigences : la maîtrise de la gestion dans toutes ses composantes pour assurer la disponibilité des services requis, l'octroi de subventions pour obtenir des tarifs accessibles, la mise en place de mécanismes de solidarité pour assurer la solvabilité des usagers, y compris les plus démunis et la création de véritables capacités d'évaluation pour assurer la régulation du nouveau système ainsi constitué.

RÉFÉRENCES

- 1 - ACODESS - La place et le rôle de l'Hôpital en Afrique - Compte rendu des journées internationales d'Abidjan. Publication de l'Acodess ed, Paris, 1990, 328 p.
- 2 - BALIQUE H - Les hôpitaux publics des pays d'Afrique Francophone au Sud du Sahara et leurs perspectives. *Bull Soc Pathol Exot* 1999 ; **92** : 323-328
- 3 - CLÉMENT JM - Essai sur l'hôpital. Berger Levrault ed, Paris, 1994, 93 p.
- 4 - JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN JP - Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed, Paris, 2003, 462 p.
- 5 - RESHAOC - Compte rendu des IV^{ème} rencontres hospitalière internationales de Douala : la réforme hospitalière. Publication du Réseau ed, Ouagadougou, 1998, 123 p.