

# Gouvernance des Hôpitaux Publics

BÉNIN | CÔTE D'IVOIRE | SÉNÉGAL

*Tendances Régionales et Cas Pays*

Alexandre Arrobbio and Christophe Lemière

Septembre 2017

# Gouvernance des Hôpitaux Publics

## *Tendances Régionales et Cas Pays Bénin – Côte d’Ivoire – Sénégal*

Santé, Nutrition, Population (HNP)  
Gouvernance (GOV)





## Principales Abréviations et Acronymes

ACE	Agent contractuel de l'État
ACP	Agent comptable particulier
APE	Agent permanent de l'État
CDMT	Cadre de dépenses à moyen-terme
CHD	Centre hospitalier départemental
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire
CODIR	Comité de direction
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRDP	Cellule de Revue des Dépenses Publiques
CTE	Comité technique d'établissement
DAF	Direction des Affaires Financières
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DCEF	Direction de la Coopération Economique et Financière
DDS	Direction départementale de la santé
DEPS	Direction des Établissements et des Professions Sanitaires
DES	Direction des Établissements de Santé
DFR	Direction de la Formation et de la Recherche
DGB/DB	Direction Générale du Budget/Direction du Budget
DGS	Direction Générale de la Santé
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DIPE	Direction de l'Information de la Planification et de l'Évaluation
DMS	Durée moyenne de séjour
DNEHS	Direction Nationale des Établissements de Santé et de Soins
DPP	Direction de la Programmation et de la Planification
DPPS	Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel

DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction régionale de la santé
DTCP	Direction du Trésor et de la Comptabilité Publique
EPA	Établissement public à caractère administratif
EPIC	Établissement public à caractère commercial
EPN	Établissement public national
EPS	Établissement public de santé
ESPC	Établissement sanitaire de premier contact
HG	Hôpital général
IGE	Inspection Générale d'État
IGF	Inspection Générale des Finances
IGM	Inspection Générale du Ministère de la Santé
IGS	Inspection Générale de la Santé
MS	Ministère de la Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PRSS	Programme de renforcement du système de santé
PSP	Pharmacie de santé publique
PTF	Partenaires techniques et financiers
SACG	Service de l'Audit et du Contrôle de Gestion
SASED	Service d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation
SIGFIP	Système intégré de gestion des finances publiques
SNIGS	Système national d'information et de gestion sanitaires
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
WBI	Institut de la Banque mondiale

### **Équivalence Monétaire**

Taux de change en vigueur au 8 Septembre 2015

#### **Unité Monétaire      Franc CFA**

1 Dollar EU      586,860 FCFA

#### **Année Fiscale**

1er juillet – 30 juin

# Table des Matières

Principales Abréviations et Acronymes .....	iii
Remerciements.....	xi
Résumé Exécutif .....	xiii
Introduction .....	1
<b>Partie 1 : Tendances Régionales .....</b>	<b>11</b>
Chapitre 1.1 : Panorama du Secteur Hospitalier.....	13
Chapitre 1.2 : Cadre Juridique et Réglementaire.....	25
Chapitre 1.3 : Exercice de Tutelle de l'État .....	29
Chapitre 1.4 : Planification et Suivi des Performances .....	33
Chapitre 1.5 : Conseils d'Administration et Directions Exécutives ...	39
Chapitre 1.6 : Transparence Administrative et Financière .....	45
Chapitre 1.7 : Conclusion et Perspectives.....	51
<b>Partie 2 : Le Cas du Bénin .....</b>	<b>57</b>
Chapitre 2.1 : Panorama du Secteur Hospitalier au Bénin .....	59
Chapitre 2.2 : Cadre Juridique et Réglementaire .....	69
Chapitre 2.3 : Exercice de Tutelle de l'État .....	75
Chapitre 2.4 : Planification et Suivi des Performances.....	83
Chapitre 2.5 : Conseils d'Administration et Directions Exécutives ...	91
Chapitre 2.6 : Transparence Administrative et Financière.....	97
Chapitre 2.7 : Conclusion et Perspectives.....	101
<b>Partie 3 : Le Cas de la Côte d'Ivoire .....</b>	<b>107</b>
Chapitre 3.1 : Panorama du Secteur Hospitalier en Côte d'Ivoire. ...	109
Chapitre 3.2 : Cadre Juridique et Réglementaire.....	123
Chapitre 3.3 : Exercice de Tutelle de l'État .....	129
Chapitre 3.4 : Planification et Suivi des Performances.....	137

Chapitre 3.5 : Conseils d'Administration et Directions Exécutives . . .	141
Chapitre 3.6 : Transparence Administrative et Financière . . . . .	147
Chapitre 3.7 : Conclusion et Perspectives. . . . .	151
<b>Partie 4 : Le Cas du Sénégal . . . . .</b>	<b>157</b>
Chapitre 4.1 : Panorama du Secteur Hospitalier au Sénégal. . . . .	159
Chapitre 4.2 : Cadre Juridique et Réglementaire . . . . .	171
Chapitre 4.3 : Exercice de Tutelle de l'État . . . . .	179
Chapitre 4.4 : Planification et Suivi des Performances . . . . .	187
Chapitre 4.5 : Conseils d'Administration et Directions Exécutives . .	195
Chapitre 4.6 : Transparence Administrative et Financière . . . . .	201
Chapitre 4.7 : Conclusion et Perspectives . . . . .	207
 Bibliographie et Textes de Référence . . . . .	 213
Annexes. . . . .	219

## **Table des Encadrés**

Encadré 1 : Gouvernance des Entités Budgétaires et du Secteur des Entreprises et Entités Paraétatiques . . . . .	3
Encadré 2 : Standards OCDE — Gouvernance des Entreprises Publiques . . . . .	5
Encadré 3 : Dimensions du Cadre de Gouvernance du Secteur Hospitalier . . . . .	6
Encadré 4 : Dimensions de Gouvernance des Lignes Directrices de l'OCDE et du Manuel Pratique de la Banque Mondiale Adaptées au Secteur Hospitalier . . . . .	7
Encadré 5 : Réforme Hospitalière et Nouvelle Organisation Institutionnelle de l'Hôpital . . . . .	14
Encadré 6 : Organisation du Système de Santé. . . . .	17
Encadré 7 : Nombre de Structures Hospitalières dans les Pays de la Sous-Région . . . . .	17
Encadré 8 : Ratios de Personnels Soignants — Comparaisons Régionales (2010/2011) . . . . .	19
Encadré 9 : Incitations Financières en Guinée. . . . .	20
Encadré 10 : Statistiques Sanitaires et Hospitalières . . . . .	21
Encadré 11 : Statut Juridique et Autonomie de Gestion — Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal . . . . .	26
Encadré 12 : Statut Juridique et Autonomie de Gestion — Pays de la Sous-Région . . . . .	27
Encadré 13 : Différents Modèles d'Organisation de la Tutelle. . . . .	30

Encadré 14 : Exercice de Tutelle – Bénin, Côte d’Ivoire et Sénégal . . .	31
Encadré 15 : Retours d’Expériences des Projets d’Établissements (PE) dans la Sous-Région . . . . .	35
Encadré 16 : Contrat de Performance au Mali . . . . .	36
Encadré 17 : Suivi des Performances – Bénin, Côte d’Ivoire et Sénégal . . . . .	37
Encadré 18 : Organes de Gestion des Hôpitaux . . . . .	40
Encadré 19 : Responsabilités des Conseils d’Administration . . . . .	41
Encadré 20 : Leadership et Gestion des Hôpitaux . . . . .	43
Encadré 21 : Standards de l’OCDE sur la Diffusion des Informations . . . . .	46
Encadré 22 : Transparence Administrative et Financière – Bénin, Côte d’Ivoire et Sénégal . . . . .	49
Encadré 23 : Bonnes Pratiques en Matière de Gouvernance des Entreprises Publiques et Entités Paraétatiques . . . . .	52
Encadré 24 : Défis Communs aux Trois Pays de l’Etude. . . . .	53
Encadré 25 : Pyramide Sanitaire au Bénin . . . . .	63
Encadré 26 : Rappel sur l’Organisation Pyramidale du Secteur de la Santé au Bénin . . . . .	70
Encadré 27 : Difficultés d’Application des Textes : Cas de l’Hôpital de Comé au Bénin . . . . .	74
Encadré 28 : Régime de Tutelle des Hôpitaux au Bénin . . . . .	76
Encadré 29 : Organigramme du Ministère de la Santé au Bénin. . . . .	77
Encadré 30 : Composition de la Direction Nationale des Établissements de Santé et de Soins. . . . .	78
Encadré 31 : Recommandations de l’Évaluation Rapide du Système de Santé au Bénin. . . . .	86
Encadré 32 : Objectifs du PARZS au Bénin . . . . .	87
Encadré 33 : Cadre de Mise en Œuvre du FBR au Bénin . . . . .	88
Encadré 34 : Composition des Conseils d’Administration/de Gestion au Bénin . . . . .	92
Encadré 35 : Mise en Place de la Démarche Qualité à l’Hôpital HOMEL au Bénin . . . . .	95
Encadré 36 : Bonnes Pratiques en Matière de Gouvernance d’Entités Paraétatiques. . . . .	101
Encadré 37 : Cadre de Gouvernance Hospitalière au Bénin. . . . .	103
Encadré 38 : Défis en Matière de Gouvernance Hospitalière au Bénin . . . . .	105
Encadré 39 : Objectifs et Axes Stratégiques du Projet de Réforme en Côte d’Ivoire . . . . .	111



Encadré 40 : Poids du Secteur Santé dans le Budget de l'État en Côte d'Ivoire .....	113
Encadré 41 : Pyramide Sanitaire en Côte d'Ivoire .....	114
Encadré 42 : Capacités Litières et Ressources Humaines des Hôpitaux en Côte d'Ivoire, 2013 .....	116
Encadré 43 : Passage de la Gratuité Totale à la Gratuité Ciblée en Côte d'Ivoire .....	118
Encadré 44 : Pharmacie de Santé Publique en Côte d'Ivoire : Défis... ..	120
Encadré 45 : Composition des Ressources Financières des Hôpitaux en Côte d'Ivoire, 2013 .....	120
Encadré 46 : Budget d'Investissement et Exploitation dans les EPN en Côte d'Ivoire .....	121
Encadré 47 : Régime de Tutelle des Hôpitaux en Côte d'Ivoire .....	130
Encadré 48 : Organigramme du Ministère de la Santé en Côte d'Ivoire .....	132
Encadré 49 : Composition des Conseils/Comités de Gestion en Côte d'Ivoire .....	142
Encadré 50 : Organigramme du CHU de Yopougon.....	144
Encadré 51 : Bonnes Pratiques en Matière de Gouvernance d'Entités Paraétatiques.....	151
Encadré 52 : Cadre de Gouvernance du Secteur Hospitalier en Côte d'Ivoire .....	153
Encadré 53 : Défis en Matière de Gouvernance Hospitalière en Côte d'Ivoire .....	154
Encadré 54 : Budget Alloué aux EPS au Sénégal, 2009–2015 .....	161
Encadré 55 : Pyramide Sanitaire au Sénégal .....	163
Encadré 56 : Plan SESAME au Sénégal.....	166
Encadré 57 : Ressources Financières des EPS au Sénégal.....	168
Encadré 58 : Problématique des Primes au Sein des EPS au Sénégal.....	169
Encadré 59 : Établissement Public de Santé : le Cas de la France.....	173
Encadré 60 : Mission de Service Public au Sénégal .....	175
Encadré 61 : Régime de Tutelle des EPS au Sénégal.....	180
Encadré 62 : Organigramme du Ministère de la Santé au Sénégal... ..	181
Encadré 63 : Politique Nationale de Maintenance au Sénégal.....	183
Encadré 64 : Objectifs et Orientations Stratégiques du PNDS au Sénégal.....	188
Encadré 65 : Contrat de Performance Hospitalière au Sénégal.....	191
Encadré 66 : Extrait des Conclusions du Conseil Interministériel des EPS .....	192

Encadré 67 : Attributions de la Commission Médicale d'Établissement au Sénégal. ....	198
Encadré 68 : Dispositif de Contrôle au Sein des EPS au Sénégal . . . .	200
Encadré 69 : Rapport de l'Inspection Générale de l'État au Sénégal. ....	204
Encadré 70 : Cadre Comptable Ouest-Africain . . . . .	205
Encadré 71 : Bonnes Pratiques en Matière de Gouvernance d'Entités Paraétatiques . . . . .	207
Encadré 72 : Cadre de Gouvernance des EPS Après la Réforme Hospitalière au Sénégal . . . . .	209
Encadré 73 : Défis en Matière de Gouvernance Hospitalière au Sénégal. ....	211

## **Table des Graphiques**

Graphique 1 : Dépenses de Santé dans les Pays de la Sous-Région, 2013 . . . . .	15
Graphique 2 : Évolution du Budget Alloué à la Santé – Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal . . . . .	16
Graphique 3 : Poids du Budget Santé dans le Budget de l'État au Bénin . . . . .	61
Graphique 4 : Composition des Ressources Financières des Hôpitaux au Bénin, 2012 . . . . .	62
Graphique 5 : Répartition du Personnel dans les Hôpitaux au Bénin, 2012/2013 . . . . .	65
Graphique 6 : Répartition Statutaire des Effectifs – HOMEL, Porto Novo et Savalou, 2012/2013. . . . .	65
Graphique 7 : Fréquentation des Services de Santé, Accouchements Assistés et Césariennes au Bénin . . . . .	66
Graphique 8 : Composition Statutaire des Effectifs des Hôpitaux en Côte d'Ivoire . . . . .	116
Graphique 9 : Fréquentation des Hôpitaux et Accouchements Assistés en Côte d'Ivoire . . . . .	118
Graphique 10 : Structure des Emplois dans les Hôpitaux Fann et Principal, 2013 . . . . .	164
Graphique 11 : Répartition Statutaire du Personnel au Sénégal, 2011 . . . . .	165
Graphique 12 : Occupation des Lits et Nombre de Consultations Externes au Sénégal . . . . .	166
Graphique 13 : Évolution du Budget du Ministère de la Santé au Titre des Dépenses Salariales. ....	167

## Table des Annexes

Annexe 1 : Echantillons : Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal . . . . .	221
Annexe 2 : Indicateurs Hospitaliers et Mesure de la Performance : Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal . . . . .	223
Annexe 3 : Cadre Juridique : Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal . . . . .	225
Annexe 4 : Organisation de la Tutelle : Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal . . . . .	226
Annexe 5 : Zones Sanitaires au Bénin . . . . .	228
Annexe 6 : Organisation du Système de Santé au Bénin . . . . .	229
Annexe 7 : Indicateurs de Santé et Indicateurs Hospitaliers au Bénin . . . . .	230
Annexe 8 : CNHU-HKM au Bénin : Présentation et Modifications Statutaires. . . . .	232
Annexe 9 : FBR au Bénin : Indicateurs Quantitatifs et Qualitatifs . . .	234
Annexe 10 : Standards de l'OCDE sur la Transparence et la Diffusion d'Informations . . . . .	236
Annexe 11 : Mécanisme de Transmission d'Information au Bénin . . . .	238
Annexe 12 : Régions Médicales et Districts Sanitaires au Sénégal . . .	239
Annexe 13 : Liste des Établissements Publics de Santé au Sénégal . .	240
Annexe 14 : Indicateurs Hospitaliers, Indicateurs de Santé au Sénégal. . . . .	242
Annexe 15 : Processus d'Élaboration des CPOM au Sénégal . . . . .	245

## Remerciements

La Banque mondiale aimerait saluer l'étroite et fructueuse collaboration avec les Gouvernements béninois, ivoirien et sénégalais sans lesquels la préparation de ce rapport n'aurait pas été possible. L'équipe aimerait notamment remercier les parties prenantes du secteur hospitalier dans les trois pays pour leur soutien, leur disponibilité et leurs conseils tout au long du processus. Elles comprennent les ministères et institutions au niveau central (ministères de la Santé et Directions des hôpitaux, ministères des Finances, Inspections générales, Cours et Chambres des comptes) ; les différents intervenants au niveau des hôpitaux (directions, conseils d'administrations, commissions consultatives)<sup>1</sup>.

Cette étude a été menée conjointement par les départements *Santé, Population, et Nutrition, et Gouvernance de la Banque mondiale*, conduite par M. Christophe Lemièrre (Spécialiste Principal Secteur Santé), ainsi que M. Alexandre Arobbio (Chef d'unité, Gouvernance). En outre, l'équipe était composée de M. Immanuel Steinhilper (Spécialiste, Secteur Public), Mme Charlotte Suc (Consultante), M. Pierre Ménard (Consultant), M. Gilles de Pas (Consultant), et M. Renaud Beauchard (Consultant).

Cette étude a également bénéficié du soutien fort des directions pays et secteur de la Banque mondiale. L'équipe aimerait en particulier remercier les directeurs pays Mme. Louise Cord, Mme. Vera Songwe, M. Pierre Frank Laporte et M. Ousmane Diagana, ainsi que Mme. Trina Haque et M. Gaston Sorgho, Chef d'unité Secteur Santé, région Afrique, pour leurs orientations stratégiques et appuis.

Enfin, l'équipe tient à remercier la Governance Partnership Facility (GPF) pour l'appui financier qui a permis la préparation de l'étude.

---

1 Les rapports pays présentent des remerciements détaillés.



# Résumé Exécutif

**Cette étude, réalisée avec les parties prenantes de différents pays, présente une analyse de la gouvernance des hôpitaux publics au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal.** Préparée en étroite collaboration avec les autorités et autres parties prenantes du secteur de la santé, l'étude fournit un état des lieux des pratiques de gouvernance des hôpitaux au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal. Elle présente pour chaque pays un panorama du secteur hospitalier, suivi de l'analyse de cinq dimensions de gouvernance<sup>2</sup>. Des conclusions abordant les défis en matière de gouvernance et les potentielles mesures de réformes clôturent les analyses. La première partie de cette publication, qui présente les tendances dans les pays de l'étude et la sous-région, est suivie des trois diagnostics pays selon la même structure d'analyse.

**L'étude est basée sur les *Lignes Directrices de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)* et le *Manuel Pratique (« Toolkit »)* de la Banque mondiale sur la gouvernance des entreprises publiques.** L'analyse a été réalisée à partir de la méthodologie

---

2 Cadre légal et réglementaire ; fonction de tutelle de l'État ; suivi des performances ; conseils d'administration & directions exécutives ; transparence et diffusion de l'information.

d'analyse des entreprises publiques de l'OCDE (OCDE 2015a<sup>3</sup>), et suit la structure du *Manuel Pratique* de la Banque mondiale sur la gouvernance des entreprises publiques (Banque mondiale 2014a). Un questionnaire, développé sur la base d'une adaptation de la méthodologie au secteur de la santé, a permis la collecte de données au niveau des directions centrales et au niveau des hôpitaux. L'analyse de gouvernance inclut une revue du cadre légal et réglementaire, de l'organisation de la tutelle, de la planification et du suivi des performances, des conseils d'administration et autres instances de l'hôpital, et de la transparence et la diffusion d'informations.

**L'analyse montre comment les arrangements de gouvernance peuvent interagir avec la performance des hôpitaux publics.** L'expérience montre que les arrangements de gouvernances peuvent avoir des effets de levier sur la performance des hôpitaux, à la fois financière et en termes de prestation de service public. Premièrement, un suivi régulier des hôpitaux par la consolidation des informations au niveau de la tutelle améliore la transparence du secteur et permet d'en évaluer les tendances en temps réels. Deuxièmement, des contrôles interne et externe effectifs concourent à une gestion optimale des finances publiques et à la performance financière des hôpitaux. Troisièmement, la mise en place de mécanismes de redevabilité entre les hôpitaux et l'État permet de clarifier les engagements réciproques des parties prenantes en matière hospitalière, et d'accroître la transparence des hôpitaux envers l'État et les citoyens. Enfin, le renforcement des tutelles en les dotant des compétences et personnels favorables à un suivi accru favorise une gestion efficace du secteur.

**Depuis 2000, la mortalité maternelle a baissé et le nombre de naissances assistées par un personnel qualifié est en hausse dans la sous-région.** Les statistiques sanitaires et hospitalières témoignent du rôle grandissant joué par les hôpitaux publics dans la prestation des soins de santé en Afrique occidentale. Depuis 2000, l'espérance de vie des femmes à la naissance a progressé de 8 ans en Afrique Sub-Saharienne, et de six ans en moyenne dans les trois pays de l'étude. Le taux de mortalité maternelle a diminué de 26 % dans la sous-région<sup>4</sup>. Dans les trois pays, le pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié est en moyenne en hausse de 10 % entre 2001/01 et 2011/12<sup>5</sup>. L'évolution de ce taux est particulièrement

---

3 Le rapport est basé sur les versions antérieures des *Lignes Directrices* de l'OCDE (2005) et des *Principes de Gouvernement d'Entreprise* de l'OCDE (2004), qui ont été mis à jour en 2015 (Cf. Bibliographie).

4 Les données incluent : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo.

5 World Development Indicators, Banque mondiale. Disponibles à : <https://donnees.banquemondiale.org/data-catalog/world-development-indicators>.

positive au Bénin (24 %) ; et au Sénégal (13 %) entre 2000/01 et 2011/12 ; mais reste plus difficile à apprécier en Côte d'Ivoire, compte tenu de la crise politique qui a déstabilisé le système de soin sur cette période.

**Le secteur hospitalier représente un poids financier significatif dans les pays de l'étude et pourrait présenter un risque budgétaire.** Bien que la part des budgets des ministères de la Santé octroyée aux hôpitaux soit difficile à évaluer de manière exacte, elle reste parmi les plus gros postes de dépenses de santé, représentant plus de 30 % du budget<sup>6</sup>. Compte tenu du poids financier qu'ils représentent, les hôpitaux pourraient présenter un risque budgétaire, en particulier dans un contexte de transmission et de consolidation des informations limitées.

## **Cadre de Gouvernance du Secteur Hospitalier dans les Pays de l'Etude**

### **Cadre Juridique et Réglementaire**

**La loi définit le statut des hôpitaux, l'organisation de la tutelle, les relations entre l'État et les hôpitaux, le mandat des conseils d'administration et les règles relatives au contrôle.** Dans les trois pays, les textes prévoient les arrangements de gouvernance pour le secteur hospitalier. Tandis que le Sénégal a fait l'objet d'une loi portant réforme hospitalière, le secteur hospitalier au Bénin et en Côte d'Ivoire est défini dans plusieurs textes.

**L'autonomie de gestion des hôpitaux est généralisée au Sénégal et partielle en Côte d'Ivoire et au Bénin.** Les réformes hospitalières depuis la fin des années 1980 ont marqué une transition vers l'autonomie des hôpitaux. Un consensus s'est progressivement formé sur les avantages de l'autonomie : dans le contexte hospitalier, l'autonomie offrirait aux structures une plus grande flexibilité dans leur gestion quotidienne et leur permettrait de mieux répondre aux besoins des patients. En 1998, le Sénégal a mis en place une réforme hospitalière, adoptant un statut harmonisé pour les hôpitaux, devenus des établissements publics dotés de l'autonomie de gestion. Au Bénin et en Côte d'Ivoire, une partie des hôpitaux est dotée de l'autonomie de gestion, tandis que l'autre dépend du ministère de la Santé<sup>7</sup>. Ces deux pays ont initié des réflexions en matière de réforme hospitalière.

---

6 Estimation basse, selon les données disponibles.

7 Le terme « ministère de la Santé » a été utilisé tout au long de l'étude pour désigner : le « ministère de la Santé » du Bénin, le « ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida » de la Côte d'Ivoire et le « ministère de la Santé et de l'Action Sociale » du Sénégal.



## Exercice de Tutelle de l'État

**Les autorités de tutelles rencontrent des défis de fragmentation et de capacités limitées.** Ces défis sont expliqués en partie par le contexte pays et le mode d'organisation de la tutelle. Au Bénin, la tutelle des hôpitaux est « décentralisée<sup>8</sup> », c'est-à-dire qu'elle relève du ministère de la Santé, à travers la Direction Nationale des Établissements de Santé et de soins (DNEHS). Cette direction, récemment créée, ne semble être dotée des moyens pour assurer le pilotage du secteur. En conséquence, plusieurs autres directions centrales sont responsables des décisions, ce qui crée une fragmentation de la tutelle. En Côte d'Ivoire et au Sénégal, la tutelle est duale, partagée entre le ministère de la Santé (tutelle technique) et le ministère des Finances (tutelle financière)<sup>9</sup>. En l'absence d'une direction en charge du secteur en Côte d'Ivoire, la tutelle est divisée entre différentes directions centrales, ce qui crée des chevauchements de mandats. Au Sénégal, bien que la tutelle soit dotée d'une direction spécifique, ses capacités limitées ne lui permettent pas d'assurer efficacement le suivi du secteur.

## Planification et Suivi des Performances

**La planification est limitée, et peu d'établissements élaborent des stratégies hospitalières à moyen-terme.** De façon générale, s'il existe une planification sectorielle nationale<sup>10</sup>, les hôpitaux n'élaborent pas de stratégies hospitalières (« projets d'établissement »). En pratique, quelques projets d'établissement ont été réalisés, mais n'ont pas été renouvelés ou ont peu aboutis. Les hôpitaux préparent un plan de travail annuel, mais cette planification de court terme n'est pas considérée comme une stratégie hospitalière.

**La mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et de financement basé sur les résultats (FBR) a créé un contexte favorable au suivi du secteur, mais le suivi des performances reste variable.** Au Bénin et au Sénégal, la mise en place de certaines mesures comme le FBR ou les CPOM a créé un environnement favorable au suivi des performances. Bien que non généralisés, ces dispositifs incluent un suivi régulier via des indicateurs prédéfinis. Néanmoins, si le FBR fait l'objet d'un

---

8 Dans un modèle de type décentralisé, la supervision est du ressort du ministère sectoriel.

9 Il existe un troisième modèle, dit « centralisé », dans lequel un ministère central unique, généralement le ministère des Finances ou le Trésor, est responsable de la supervision du secteur. Le modèle centralisé est de plus en plus reconnu comme étant une bonne pratique en matière de gouvernance des entreprises publiques.

10 Politique Nationale de Santé (PNS) ; Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

suivi rigoureux, les CPOM accusent un défi de collecte d'information qui en limite l'évaluation. La Côte d'Ivoire, encore dans les effets de la crise, fait face à d'importants défis de suivi du secteur.

## **Conseils d'Administration**

**Les conseils d'administration ne parviennent pas à réaliser les objectifs prévus par les textes.** Si les textes prévoient que les conseils d'administration<sup>11</sup> sont les organes délibérants des hôpitaux, ils restent limités dans l'accomplissement de leur mission. Au Bénin et en Côte d'Ivoire, le pouvoir décisionnel apparaît fortement retenu au niveau de la tutelle, et semble laisser peu de place à l'autonomie et au relai communautaire, en particulier dans les hôpitaux périphériques. Au Sénégal, les conseils d'administration sont perçus tantôt comme de véritables organes de gestion, mais sont parfois aussi assimilés à des « chambres d'enregistrement » des décisions de la direction de l'hôpital sans délibération.

## **Transparence Administrative et Financière**

**Le secteur hospitalier est fragilisé par une transparence limitée, exacerbée par l'absence de système d'information hospitalier.** Premièrement, la transmission des informations des hôpitaux vers les autorités de tutelle est limitée. Les données transmises accusent parfois de longs délais, et ne sont parfois pas transmises du tout. Deuxièmement, ce manque de transmission freine le suivi du secteur au niveau central, où la consolidation de l'information selon une fréquence régulière n'est pas systématique. Troisièmement, les différents systèmes de contrôles internes et externes sont inégalement mis en œuvre. Quatrièmement, la fiabilité du système d'information est réduite par son caractère manuel. Hormis quelques expériences pilotes, les hôpitaux ne possèdent pas de système d'information hospitalier, et le traitement des données se fait de façon manuelle, en particulier au niveau des structures périphériques. La collecte d'information soulève ainsi des questions de fiabilité et le manque de standardisation des données transmises rend la consolidation difficile.

---

<sup>11</sup> Ils sont aussi appelés conseils de gestion ou comités de gestion, selon le pays et le type d'hôpital.

## Principaux Défis Identifiés

### Bénin

**Hormis le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) qui dispose d'une véritable autonomie de gestion, les hôpitaux dépendent du ministère de la Santé.** Les hôpitaux, qui sont en principe dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, possèdent en réalité différents degrés d'autonomie et le ministère de la Santé exerce une autorité forte. A l'exception du CNHU, l'administration hospitalière apparaît peu déconcentrée : ressources humaines, élaboration budgétaire, orientation d'activité, investissements et équipements relèvent de l'administration centrale. Cette situation, qui crée peu d'incitations à la performance, contribue à des défis de motivation des personnels et limite les hôpitaux dans leur gestion opérationnelle.

**La direction en charge de la tutelle des hôpitaux possède un pouvoir de décision réduit et ne semble pas en position de piloter le secteur hospitalier.** En dépit de l'existence de la DNEHS, la tutelle apparaît fragmentée entre plusieurs directions centrales, et les décisions concernant le secteur n'émanent généralement pas de la DNEHS. Ces autres directions centrales, qui sont plus établies et qui possèdent davantage de capacités et ressources, se chargent de la fonction de tutelle dans leur domaine.

**Il existe un recueil de données, mais la fiabilité de l'information est parfois questionnable, en particulier au niveau des structures périphériques.** S'il n'existe à ce jour pas de système d'information hospitalier au Bénin, un recueil des données d'activités existe. La collecte est assurée par la Direction de la Programmation et de la Prospective, au moyen du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS), avec la publication annuelle de statistiques sanitaires. Si la publication de cet annuaire présente un intérêt pour analyser l'évolution de l'état de santé de la population et du système de santé, de nombreuses données collectées sont sujettes à caution, dans la mesure où la plupart des transferts d'informations se font de façon manuscrite.

### Côte d'Ivoire

**Le cadre juridique des hôpitaux ne prévoit pas le statut d'autonomie pour tous les hôpitaux, ce qui limite les capacités d'action de certaines structures.** Certains hôpitaux sont des établissements publics nationaux (EPN) structurés sous la forme d'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) dotés de l'autonomie financière ; d'autres sont des

services en régie sans personnalité juridique. En pratique, ces statuts ne semblent pas toujours adaptés aux structures de soins. Par exemple, l'absence d'autonomie de certains hôpitaux, qui signifie une forte présence de la tutelle dans la gestion quotidienne des établissements, peut réduire l'efficacité de l'offre de soins.

**En l'absence d'une direction des hôpitaux, la tutelle est fragmentée.**

L'absence d'une direction en charge du secteur hospitalier crée, à travers l'implication de différents services et directions centrales du ministère de la Santé et du ministère des Finances, le chevauchement des mandats et réduit l'action globale de la tutelle.

**Le secteur hospitalier est fragilisé par une faible application des règles relatives à la transparence et à la diffusion d'information.** Bien qu'il existe une certaine remontée d'information des hôpitaux vers les services centraux, la transmission de ces données est variable selon les établissements. De plus, l'absence de système d'information médical intégré limite la transmission et la standardisation des données. Enfin, l'absence d'harmonisation et de consolidation des informations financières et médicales au niveau central empêche l'analyse de la performance du secteur en termes de prestation de service public et pourrait présenter un risque budgétaire pour l'État.

## Sénégal

**Le secteur hospitalier est doté d'un cadre légal exhaustif, mais l'application limitée des textes a positionné les établissements publics de santé (EPS) dans une situation juridique incertaine.** L'application des textes de la réforme n'apparaît pas exhaustive. Par exemple, certaines mesures d'accompagnement de la réforme prévues par les textes comme l'instauration d'outils de gestion n'ont pas été prises.

**L'action de la tutelle est affectée par sa fragmentation et ses capacités limitées.** La réforme hospitalière a instauré une tutelle impliquant le ministère de la Santé et le ministère des Finances, mais il existe peu d'incitations à des communications régulières entre ces deux autorités. En pratique, ces interactions limitées réduisent l'action globale de la tutelle et conduisent au renouvellement automatique des dotations. De plus, la tutelle technique, exercée par la Direction des Établissements de Santé (DES), ne dispose pas des moyens capacitaires nécessaires pour assurer pleinement le suivi du secteur. Enfin, cette situation est exacerbée par le positionnement institutionnel de la DES qui ne semble pas lui conférer l'autorité et de la visibilité requises au pilotage optimal du secteur.

**Le secteur hospitalier connaît un respect limité des règles relatives à la transparence et à la diffusion d'information.** Les EPS ne transmettent pas systématiquement et dans les délais requis les informations financières et non-financières à la DES. L'insuffisance du système d'information médical limite encore cette transmission. Les bases de données existantes établies par la DES font apparaître des manques et des interruptions dans l'information. En conséquence, la publication de rapports consolidés sur les tendances du secteur par la DES est erratique.

# Introduction

## Justification de l'Étude

**Conformément à leur mandat, les hôpitaux publics poursuivent des objectifs de service public et se doivent de fournir un accès aux services de santé à la population.** Premièrement, à travers le service public hospitalier, l'État assure la prise en charge des patients et la mise à disposition des meilleurs soins possibles. Deuxièmement, il garantit l'égalité pour tous dans l'accès aux services essentiels. Troisièmement, il veille à la continuité de ces soins en assurant la liaison entre les différentes structures de soins et les professionnels de santé, en fonction des spécialisations et des moyens disponibles.

**La performance des hôpitaux publics est essentielle à une prestation large et efficace des soins publics de santé.** Le secteur hospitalier est essentiel au développement économique et social des pays, dans la mesure où il représente la porte d'entrée des services sanitaires, notamment pour les populations vulnérables ; et joue un rôle important dans la formation des personnels. Le fonctionnement efficace de ce secteur complexe, qui comprend différents types d'établissements (nationaux; départementaux et régionaux ; et locaux), est primordial pour assurer une prestation large des services de santé.

**Compte tenu de leur importance, les dépenses de santé et du secteur hospitalier pourraient présenter un risque budgétaire.** Dans les pays de la sous-région<sup>12</sup>, les dépenses totales (publiques et privées) de santé atteignent en moyenne 6 % du PIB en 2013 (Organisation Mondiale de la Santé, OMS 2013). Plus spécifiquement, la part des budgets des ministères de la Santé octroyée aux hôpitaux reste parmi les plus gros postes de dépenses de santé. Or, le financement des hôpitaux publics reste fortement dépendant des subventions de l'État. En conséquence, en l'absence d'un cadre de gouvernance fort, l'ampleur financière du secteur hospitalier pourrait entraîner un risque budgétaire.

**Restaurer un cadre propice à la performance des hôpitaux est essentiel à la réalisation d'un service public efficace et à la satisfaction des usagers.** Une gestion plus performante des hôpitaux publics augmenterait la satisfaction des usagers tout en assurant la légitimité de l'État dans son rôle de prestataire de services essentiels à toutes les catégories de la population.

**La mise en place d'un cadre de gouvernance<sup>13</sup> efficace est considérée comme un élément clef de l'amélioration de la performance du secteur.** Face à l'importance des hôpitaux publics, il existe un consensus des parties prenantes sur la nécessité d'améliorer la performance des hôpitaux à travers leur cadre de gouvernance. Un cadre de gouvernance fort pourrait contribuer à une meilleure prestation des services de santé en quantité et en qualité ; et à un suivi efficace des finances du secteur. Ce cadre inclut les dimensions suivantes : le cadre légal et la mise en œuvre du principe d'autonomie, l'organisation de la tutelle de l'État, le suivi budgétaire et des performances, le rôle des conseils d'administration et des autres instances, la transparence et la diffusion d'information.

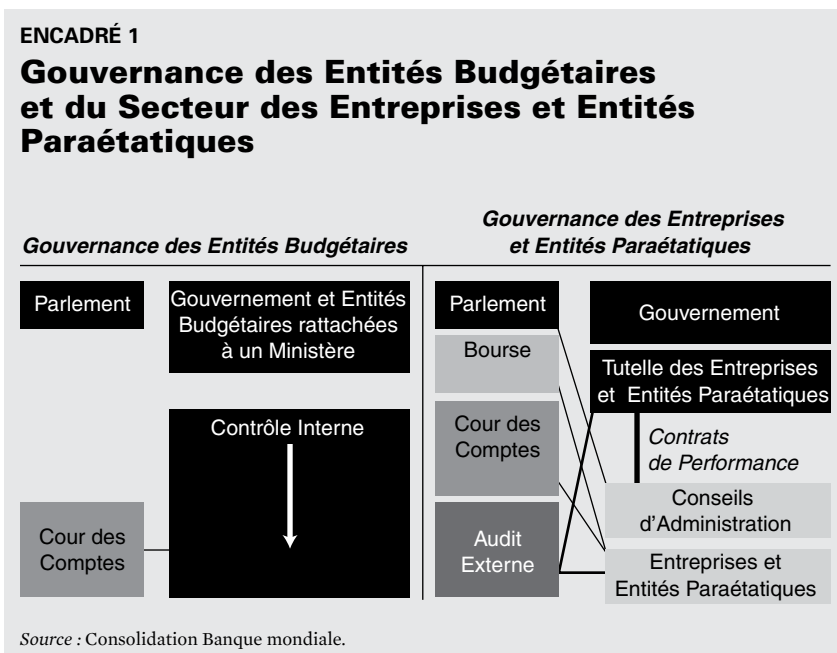
## **Cadre Conceptuel : Analyse de la Gouvernance du Secteur Hospitalier**

**Les entreprises et entités paraétatiques, à l'image de certains hôpitaux publics, ont un cadre de gouvernance distinct des entités budgétaires.** D'une part, les entités budgétaires, qui sont des unités verticalement intégrées à un ministère, restent sujettes aux règles de subordination

<sup>12</sup> Les données incluent Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo (OMS 2013).

<sup>13</sup> La gouvernance peut être définie comme « l'ensemble des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'un État, d'une institution ou d'une organisation qu'elle soit publique ou privée, régionale, nationale ou internationale ». Institut de Recherche sur la Gouvernance et l'Economie des Institutions (<http://www.irgei.org/>).

hiérarchique, et ne sont dotées d'aucune autonomie de gestion. Le contrôle de ces entités est réalisé à travers le contrôle interne de l'État, et par la Cour des comptes. A l'opposé, les entreprises et entités paraétatiques fonctionnent selon un principe d'autonomie de gestion qui leur confère un pouvoir de décision propre, à l'instar d'une entreprise privée. Elles sont dotées d'un conseil d'administration, qui représente le pouvoir supérieur de la structure et d'une direction qui en assure la gestion quotidienne. Cette autonomie est accompagnée de mécanismes de redevabilité entre l'État et les entreprises et agences à travers, par exemple, des contrats de performance. Enfin, les règles relatives au contrôle sont plus complexes, moins directes, et peuvent notamment comprendre la réalisation d'audits indépendants (encadré 1).



**La gouvernance des hôpitaux s'organise soit selon un modèle d'unité budgétaire rattachée au ministère de la Santé, soit selon un modèle de structure autonome.** Historiquement et dans de nombreux pays, les hôpitaux étaient organisés selon un modèle de gouvernance verticalement intégré au ministère de référence. Dans ce modèle que certains pays ont conservé pour tout ou partie de leurs hôpitaux, les structures sont dépourvues de toute autonomie, et appliquent des directives centrales. Le modèle alternatif propose un statut d'autonomie de gestion pour les hôpitaux, dans lequel les hôpitaux sont administrés par un conseil d'administration et gérées par une



direction qui assurent le fonctionnement opérationnel sous la supervision stratégique d'une tutelle qui suit et contrôle les structures.

**Les réformes hospitalières mises en place dans de nombreux pays pendant les trente dernières années montrent une tendance vers l'autonomisation des hôpitaux.** Que ce soit dans la région Afrique ou dans d'autres régions du monde, de nombreuses réformes hospitalières ont vu le jour depuis la fin des années 1980. Elles ont marqué une transition vers la mise en œuvre, parfois généralisée, de l'autonomie des hôpitaux. Un consensus s'est progressivement formé sur les avantages du statut autonome des hôpitaux, qui semble adapté aux structures de soins. En effet, il sous-entend une plus grande marge de manœuvre pour les hôpitaux dans leur gestion quotidienne, ce qui leur permet de mieux répondre aux besoins.

**Les hôpitaux publics autonomes fonctionnent selon une gouvernance proche de celle des entreprises publiques.** De par leur statut juridique et leur fonctionnement, les hôpitaux autonomes sont assimilables aux entreprises publiques et entités paraétatiques. Les processus de réformes des hôpitaux publics ont en effet mis en place une structure de gouvernance similaire aux entreprises publiques, incluant : des organismes de tutelle ; des mécanismes de redevabilité et de suivi des performances ; des systèmes de contrôles et d'audits externes spécifiques ; et des corps de décision tels que les conseils d'administration.

**Similaires aux défis rencontrés par les entreprises publiques, les défis de performances des hôpitaux autonomes relèvent souvent de problèmes de gouvernance.** Ces défis sont en effet souvent liés aux règles sous-jacentes qui gouvernent les relations entre les directeurs et l'État propriétaire, plutôt qu'à des facteurs exogènes ou spécifiques au secteur. Ces problèmes de gouvernance incluent l'existence de mandats contradictoires, l'absence de propriétaires clairement identifiables, l'insuffisance du suivi des performances et des systèmes de redevabilité, le risque de politisation des conseils d'administration et des directions, le manque de pouvoir décisionnel des hôpitaux dans la gestion opérationnelle, et des pratiques de diffusion de l'information limitées.

### **Méthodologie : *Lignes Directrices de l'OCDE et Manuel Pratique de la Banque Mondiale sur la Gouvernance des Entreprises Publiques* (« Toolkit »)**

**Compte tenu de la similarité des défis, l'étude adapte et applique la méthodologie d'analyse de la gouvernance des entreprises publiques au secteur hospitalier.** Le cadre et les pratiques de gouvernance du secteur

## ENCADRÉ 2

### **Standards OCDE — Gouvernance des Entreprises Publiques**

**Garantir aux entreprises publiques un cadre juridique et réglementaire efficace :** Le cadre juridique et réglementaire dans lequel les entreprises publiques exercent leurs activités doit garantir des règles du jeu équitables sur les marchés où les entreprises publiques et celles du secteur privé sont en concurrence, afin d'éviter les distorsions du marché.

**L'État actionnaire :** L'État doit se comporter en actionnaire éclairé et actif et définir une stratégie actionnariale claire et cohérente de manière à garantir que le gouvernement des entreprises publiques est exercé de façon transparente et responsable, avec tout le professionnalisme et l'efficacité nécessaires.

**Egalité de traitement entre les actionnaires :** L'État et les entreprises publiques doivent reconnaître les droits de tous les actionnaires et, conformément aux Principes de gouvernement d'entreprise de l'OCDE, veiller à ce qu'ils bénéficient d'un traitement équitable et d'un accès équivalent aux informations sur l'entreprise.

**Relations avec les parties prenantes :** L'État doit conduire une politique actionnariale prenant pleinement en compte les responsabilités des entreprises publiques vis-à-vis des parties prenantes et obliger les entreprises publiques à rendre compte des relations qu'elles entretiennent avec les parties prenantes.

**Transparence et diffusion de l'information :** Les entreprises publiques doivent observer des normes de transparence rigoureuses conformément aux Principes de gouvernement d'entreprise de l'OCDE.

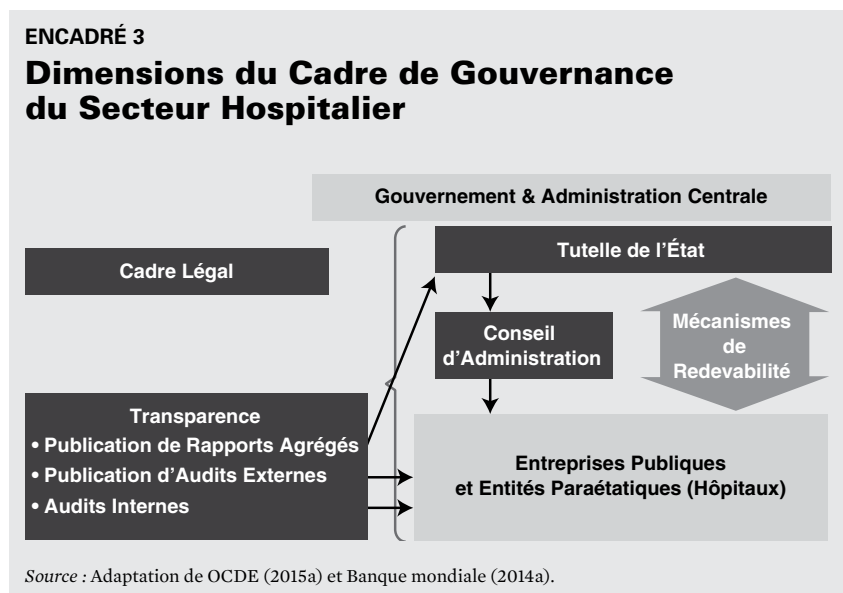
**Responsabilités du conseil d'administration d'une entreprise publique :** Le conseil d'administration d'une entreprise publique doit avoir les pouvoirs, les compétences et l'objectivité nécessaires pour assurer sa fonction de pilotage stratégique et de surveillance de la direction. Le conseil d'administration doit agir en toute intégrité, et être responsable des décisions qu'il prend.

*Source : OCDE (2015a).*

hospitalier peuvent être analysés au regard de la méthodologie d'analyse de la gouvernance des entreprises publiques : les *Lignes Directrices* de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE 2015a, encadré 2) et le *Manuel pratique* (« *Toolkit* ») de la Banque mondiale sur la gouvernance des entreprises publiques (Banque mondiale 2014a).

**L'expérience montre qu'un système de gouvernance efficace des entreprises et entités paraétatiques est associé à une bonne performance du secteur.** En réponse aux défis de gouvernance présentés précédemment, de nombreux pays ont pris des mesures concrètes afin d'améliorer leurs opérations et activités. Ces mesures comprennent notamment : l'adaptation du cadre légal ; le renforcement des tutelles étatiques en les dotant des compétences et personnels nécessaires au suivi optimal du secteur ; le suivi accru du secteur y compris à travers le développement de nouveaux mécanismes de redevabilité (contrats de performances) ; l'amélioration des processus de recrutement et du fonctionnement des conseils d'administration ; le renforcement de la transparence à travers une transmission accrue des informations relatives aux hôpitaux vers la tutelle.

**Plusieurs « bonnes pratiques » en matière de gouvernance des entreprises et entités paraétatiques peuvent se transposer aux hôpitaux publics, en particulier aux hôpitaux autonomes.** L'étude met l'accent sur les dimensions de gouvernance suivantes: le cadre juridique et réglementaire, l'exercice de tutelle de l'État, le suivi des performances de l'activité, l'action des conseils d'administration, la transparence et la diffusion d'information. Ces dimensions de gouvernance sont applicables au secteur hospitalier (encadré 3)<sup>14</sup>, et sont au cœur de l'analyse proposée dans les sections suivantes (encadré 4).



14. Les parties liées au traitement équitable des actionnaires et aux relations avec les parties prenantes, moins concernées par le secteur hospitalier, ne font pas l'objet de l'étude.

#### ENCADRÉ 4

### Dimensions de Gouvernance des Lignes Directrices de l'OCDE et du Manuel Pratique de la Banque Mondiale Adaptées au Secteur Hospitalier

Dimension de Gouvernance	Adaptation au Secteur Hospitalier
Un cadre juridique et réglementaire efficace	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quel statut pour les hôpitaux ? (établissement autonome, service en régie).</li><li>• Les hôpitaux ont-ils une autonomie de gestion ?</li></ul>
Organisation de la fonction d'actionnaire de l'État	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quel est le modèle d'organisation de la tutelle ?</li><li>• Existe-t-il une direction des hôpitaux?</li></ul>
Suivi du risque budgétaire et des performances	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comment s'organise le suivi du secteur ?</li><li>• Existe-t-il une contractualisation entre les hôpitaux et la tutelle ?</li></ul>
Des conseils d'administration efficaces	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quel est le processus de sélection membres ? Quels sont les profils ?</li><li>• Quel est le mandat des conseils d'administration ?</li><li>• Quels sont les liens avec la direction ?</li></ul>
Transparence et diffusion d'information	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les informations remontent-elles efficacement des hôpitaux vers les autorités de tutelle ?</li><li>• Existe-t-il des rapports consolidés sur le secteur, réalisés par la tutelle ?</li><li>• Existe-il des dispositifs de contrôles, internes et externes, et selon quelle fréquence sont-ils réalisés ?</li></ul>

Source : Banque mondiale (2014a).

## Objectifs de l'Étude

**L'objectif de cette étude est d'analyser la gouvernance du secteur hospitalier au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal à la lumière de la méthodologie des entreprises publiques, afin d'en identifier des opportunités de renforcement.** Sur la base des *Lignes Directrices* de l'OCDE et du *Manuel Pratique* (« Toolkit ») de la Banque mondiale sur la gouvernance des entreprises publiques, cette étude est destinée à établir une analyse multi-pays des pratiques de gouvernance des hôpitaux au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal. D'une part, elle vise à identifier les tendances régionales ainsi que les principaux défis rencontrés. D'autre part, elle cherche à mettre en évidence des opportunités de renforcement du système de gouvernance qui pourraient avoir des effets de levier sur la performance des hôpitaux.

## Audience

**Les rapports s'adressent principalement aux Gouvernements des pays concernés, et pourraient ensuite cibler d'autres parties prenantes.**

L'étude s'adresse d'abord aux Gouvernements de l'étude : elle propose une base de connaissances sur la gouvernance du secteur hospitalier et son lien avec la performance des hôpitaux publics. Ils pourraient ensuite cibler un public plus large de parties prenantes, dont les ministères sectoriels, les directions des hôpitaux et les conseils d'administration, la Cour des comptes et le Parlement.

## Échantillon et Données

**Trois pays de l'Afrique de l'Ouest ont été choisis pour réaliser cette étude : le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Sénégal.** Les pays ont été sélectionnés sur la base des engagements de la Banque mondiale dans le secteur hospitalier. Des retours d'expérience des pays de la sous-région et des références aux « bonnes pratiques » ont été utilisés à titre d'exemples dans le rapport sur les tendances régionales. L'étude pourrait également informer de nouvelles activités de la Banque dans ce domaine.

**Les échantillons d'hôpitaux ont été sélectionnés dans chacun des pays en concertation avec les directions en charge des hôpitaux.** En raison de contraintes de temps et du grand nombre de structures, un échantillon d'hôpitaux a été sélectionné pour chacun des pays. Les hôpitaux retenus ont été choisis en concertation avec les directions centrales des ministères de la Santé (annexe 1).

**Les informations recueillies proviennent de recherches préparatoires et des missions conduites en collaboration avec les Gouvernements.** Les informations collectées proviennent de différentes sources, incluant les ministères de la Santé, les ministères des Finances, les hôpitaux, les organes de contrôle et d'audit interne des États, et les Cours des comptes. Plus spécifiquement, ce rapport s'appuie sur : (i) les statistiques sanitaires disponibles ; (ii) des entretiens avec les professionnels des hôpitaux, des directions et services centraux des ministères de la Santé et des Finances, et des services déconcentrés ; (iii) des visites d'hôpitaux, comprenant différents types de structures<sup>15</sup>.

**La collecte de données a été réalisée sur la base de questionnaires ouverts au niveau des directions centrales et au niveau des hôpitaux.**

---

15. Les échantillons incluent au moins un établissement privé à titre de comparaison.

A partir d'une adaptation au secteur hospitalier des méthodologies d'évaluation de la gouvernance des entreprises publiques de l'OCDE et de la Banque mondiale, un questionnaire a été développé. Le questionnaire a été complété lors d'entretiens avec les parties prenantes : services centraux, hôpitaux (directions, commissions, conseils d'administration), instances de contrôle. Ces entretiens ont permis de développer un panorama du secteur et d'en identifier les défis spécifiques. De plus, ils ont permis d'analyser les modèles de gouvernance des hôpitaux dans les cinq dimensions de gouvernance retenues.

## **Structure des Rapports**

**La publication contient 4 parties, composée des *Tendances Régionales* et de trois diagnostics pays.** Les principaux résultats ont été assemblés et commentés dans les *Tendances Régionales* (partie 1), qui décrivent en parallèle un ensemble de pratiques dans les pays de la sous-région. Cette vise à présenter, au travers des points de divergences et de convergence, les tendances principales du secteur hospitalier au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, ainsi que dans la région. Trois diagnostics décrivant et analysant la gouvernance des hôpitaux au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal sont ensuite présentés (parties 2, 3, 4). Enfin, une partie dédiée aux références et aux annexes conclut l'étude.

**Afin de faciliter la lecture et les comparaisons, les quatre parties du rapport suivent la même structure, conformément aux cinq dimensions de gouvernance retenues.** Cette structure inclut une analyse :

- de l'organisation, de la taille, de la performance du secteur hospitalier, ainsi que des principaux défis rencontrés (Panorama) ;
- du cadre juridique et réglementaire ;
- du rôle de l'État dans sa fonction de tutelle ;
- de la planification sectorielle, des mécanismes de suivi des performances et de suivi budgétaire ;
- des conseils d'administration, de la direction exécutive et des autres instances de l'hôpital telles que les commissions consultatives et les organes de contrôle ;
- des pratiques en matière de transparence et de diffusion d'information.





PARTIE 1

# **Tendances Régionales**





## CHAPITRE 1.1

# Panorama du Secteur Hospitalier

## Contexte et Évolution du Secteur Hospitalier

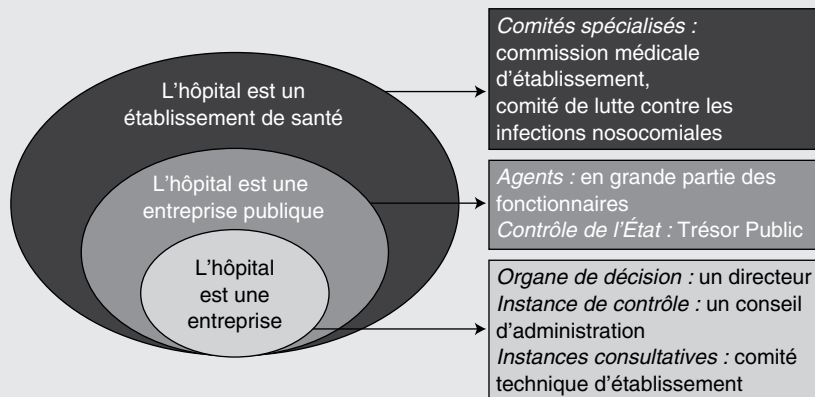
**En réponse aux défis de performances rencontrés par les hôpitaux, un mouvement de réformes hospitalières s'est développé en Afrique et ailleurs depuis les années 80.** Ces réformes, qui se poursuivent encore aujourd'hui, trouvent leurs origines dans les performances limitées des hôpitaux : inefficacité, faible qualité des soins, gaspillages, pertes, attractivité limitée pour les personnels, faible accessibilité aux soins, en particulier pour les plus pauvres. La remise en cause du modèle traditionnel de gouvernance hospitalière a soulevé des réflexions sur la réorganisation du secteur et sur la gestion des structures afin de les rendre plus aptes à répondre à leur mission de service public.

**Les réformes engagées ont généralement privilégié le principe d'autonomie des hôpitaux, faisant de l'hôpital une structure assimilable à celle de l'entreprise.** Dans de nombreux pays, la réforme hospitalière a doté les hôpitaux d'une indépendance accrue par l'introduction d'une autonomie de gestion, opérationnelle et financière. En termes d'organisation hospitalière, cette autonomie s'est traduite par une organisation institutionnelle

rapprochant les hôpitaux de la structure d'entreprise (encadré 5). A ce titre, ils sont administrés par un conseil d'administration, dirigés par une direction et sont dotés d'organes consultatifs tels que le comité technique d'établissement (CTE). De plus, de façon similaire à une entreprise publique, les ressources humaines sont en partie composées de fonctionnaires, et les activités sont contrôlées par le Trésor Public. Enfin, le caractère spécifique de la santé se traduit par l'introduction de comités consultatifs spécialisés tels que la commission médicale d'établissement (CME), ou encore le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

#### ENCADRÉ 5

### Réforme Hospitalière et Nouvelle Organisation Institutionnelle de l'Hôpital



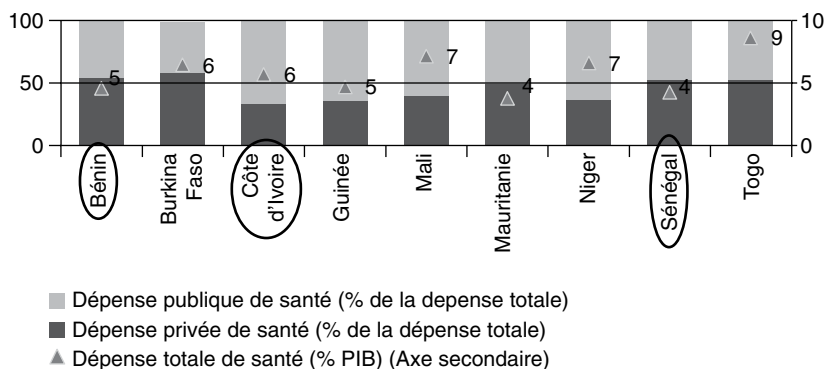
Source : De Kervasdoué (2015), adaptation Banque mondiale.

## Ressources Financières, Matérielles et Humaines

### Ressources Financières

**Bien que les États participent activement au financement de la santé, les ménages africains restent en moyenne les premiers financeurs de la santé.** Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les dépenses totales de santé représentent en moyenne 6 % du PIB dans la région sub-saharienne (graphique 1) en 2013. Ces dépenses de santé sont à la fois prises en charge par l'État (dépense publique), et par la sphère privée. La sphère privée inclut la partie de l'assurance maladie (qui reste faible) et le reste à charge pour les ménages, dont le montant est supérieur à 90 %.

**GRAPHIQUE 1 : Dépenses de Santé dans les Pays de la Sous-Région, 2013**



**Décomposition de la Dépense Privée de Santé, 2013**

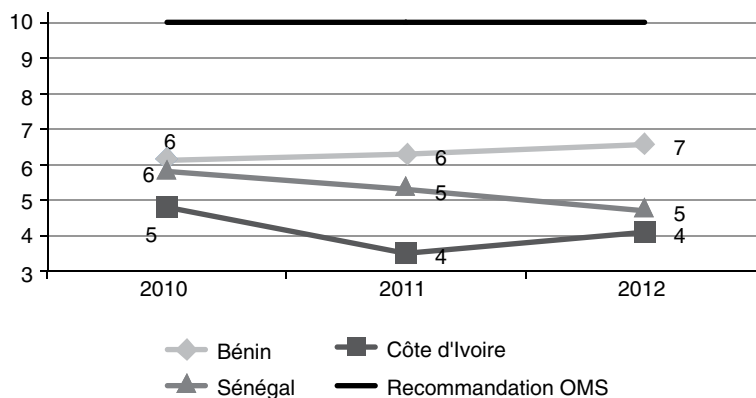
	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Mauritanie	Niger	Sénégal	Togo
Montant déboursé (% dépense privée)	89	83	77	88	100	91	84	77	85
Assurance privée (% dépense privée)	11	3	5	1	—	5	1	21	4

Source : OMS (2013).

**La participation des États au secteur de la santé dans les pays de l'étude représente en moyenne 5 % du budget national.** La part du financement de la santé pris en charge par l'État varie selon les pays. Sur le plan de l'effort budgétaire, le Bénin consacre la plus grande partie du budget à la santé (environ 6 %) (graphique 2). Alors que les dépenses de santé accusent une légère baisse au Sénégal entre 2010 et 2012, l'année 2012 montre la reprise de la Côte d'Ivoire. Il est à noter que ces chiffres restent en deçà de la recommandation de l'OMS, qui est de 10 %.

**Le caractère autonome de certains hôpitaux permet à ces derniers de générer et de disposer de ressources propres.** Au Bénin, les ressources générées par l'activité des hôpitaux sont intégralement reversées au niveau central, sauf dans le cas du Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU), seul à bénéficier du principe d'autonomie. En Côte d'Ivoire, seuls les hôpitaux ayant le statut d'établissement public national (EPN) peuvent générer des ressources propres. Pour les autres hôpitaux, le pays est dans un schéma proche

**GRAPHIQUE 2 : Évolution du Budget Alloué à la Santé — Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal**



Source : Consolidation Banque mondiale des lois de finances.

de l'organisation béninoise mais veut s'inscrire dans une réforme hospitalière. Au Sénégal, les établissements publics de santé (EPS) sont autonomes. Ils facturent les prestations de soins et perçoivent directement les recettes qui en découlent. De plus, ils peuvent décider de leur cadre d'emploi et ont la possibilité d'investir sous réserve de leur capacité financière.

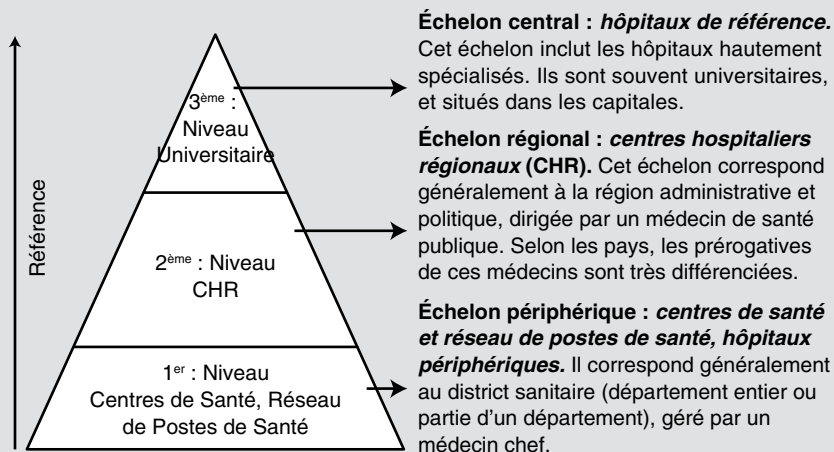
### Infrastructures et Équipements

**Les hôpitaux sont organisés selon une structure pyramidale avec trois degrés de spécialisation en fonction des niveaux d'équipements et des plateaux techniques.** Dans les trois pays de l'étude, la structure du système de santé comporte trois échelons (encadré 6) : (i) l'échelon périphérique, comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé, ainsi que les hôpitaux du premier niveau ; (ii) l'échelon régional comprenant un centre hospitalier régional (CHR) qui constitue une structure de recours régionale ; (iii) l'échelon central, où se situent les hôpitaux de référence hautement spécialisés<sup>16</sup>. Ces échelons fonctionnent selon un système de référence/contre-référence et de continuité des soins : les liaisons entre les structures en fonction de leur degré de compétences permettent une prise en charge adaptée. Cette organisation est généralement liée au découpage administratif du territoire, mais la couverture n'est pas toujours complète (encadré 7).

<sup>16</sup> Ils sont le plus souvent universitaires et situés dans la capitale, sauf en Côte d'Ivoire où les CHU sont à Abidjan et Bouaké et non dans la capitale politique Yamoussoukro.

## ENCADRÉ 6

### Organisation du Système de Santé



Source : Consolidation Banque mondiale des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS).

## ENCADRÉ 7

### Nombre de Structures Hospitalières dans les Pays de la Sous-Région

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Niger	Sénégal	Togo
<b>Découpage Administratif</b>	6 départements, 34 Zones Sanitaires	12 districts, 30 régions	7 régions, 33 préfectures	8 régions, 42 districts	14 régions, 50 districts	6 régions, 35 districts
Nombre d'hôpitaux	<b>36</b>	<b>89</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	<b>31</b>	<b>44</b>
Tertiaire : central	4	4	2	3	10	3
Secondaire : régional	5	85	4	6	11	6
Primaire : périphérique	27	—	34	33	10	35

Source : Consolidation Banque mondiale des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS).

**Des difficultés de mise en œuvre de la pyramide sanitaire existent dans les trois pays.** Il existe en pratique des chevauchements de prise en charge entre les différents échelons. Plusieurs explications sont avancées pour expliquer cette situation : (i) les hôpitaux de 3<sup>ème</sup> niveau sont saturés par des demandes de soins de 1<sup>er</sup> ou de 2<sup>ème</sup> niveau venant de patients vivant à proximité, en particulier dans les métropoles comme Abidjan et Dakar ; (ii) l'insuffisance des plateaux techniques des hôpitaux de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> niveaux; (iii) les transferts des patients qui ne sont pas réalisés, en l'absence de mode de transport adapté et accessible.

**Si certains hôpitaux possèdent des infrastructures et un plateau technique opérationnels, beaucoup sont dans un état d'obsolescence important.** Certains hôpitaux disposent d'infrastructures très bien maintenues. Il s'agit par exemple de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant à Cotonou (HOMEL, Bénin) qui, malgré un plateau technique peu sophistiqué, est engagé dans une politique qualité rigoureuse. C'est aussi le cas de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire), de l'hôpital principal de Dakar, avec une offre plus diversifiée, ou encore de l'hôpital du Grand Yoff (Sénégal) et de plusieurs établissements de santé privés à but non lucratif. A l'opposé, de nombreux établissements restent dans un état de délabrement parfois avancé, fonctionnant avec du matériel obsolète.

**La maintenance des équipements et des infrastructures reste globalement limitée, et ce dans les trois pays.** La problématique est générale et les explications évoquées sont nombreuses : (i) des parcs d'équipements disparates et non standardisés ; (ii) des ingénieurs bio-médicaux en faible nombre dans les effectifs hospitaliers ; (iii) l'éloignement géographique des firmes produisant les appareils ; (iv) les insuffisances techniques des représentations locales des marques ; (v) le défaut de financement de la maintenance préventive. De plus, au Bénin et en Côte d'Ivoire, la centralisation de la gestion des équipements au niveau d'une direction du ministère ne permet pas de mettre en place un service de maintenance adapté, ce qui conduit à de fréquentes inadaptations du matériel.

**A l'échelle de la sous-région, le secteur de la santé accuse un déficit de personnel qualifié.** Avec en moyenne 0,1 médecin et 0,56 infirmière et aide-soignant pour 1 000 personnes, les ratios de personnels soignants dans les pays de l'étude se situent en deçà de la moyenne régionale, de 0,2 et 1,1 respectivement. A titre de comparaison, les régions de l'Afrique du Nord et Moyen-Orient et de l'OCDE ont été incluses (encadré 8).

**Ce déficit est très marqué dans le secteur hospitalier et entraîne une démotivation des personnels.** L'appréciation exacte de ce déficit reste toutefois délicate, car il existe des glissements de fonctions avec des tâches médicales assurées par les infirmiers, voire par des agents moins qualifiés et

## ENCADRÉ 8

**Ratio de Personnels Soignants — Comparaisons Régionales (2010/2011)**

/1000 Personnes	Bénin	Côte d'Ivoire	Sénégal	Burkina Faso	Guinée	Mali	Mauritanie	Afrique Sub-Saharienne	OCDE	Afrique du Nord et Moyen-Orient
Infirmières et Aides-Soignants	0,8	0,5	0,4	0,6	0,0	0,4	0,7	1,1	8,8	2,5
Médecins	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	2,9	1,6

Source : World Bank Indicators, Banque mondiale.

parallèlement, des prestations de soins (telles que les toilettes des patients, la distribution des médicaments, la surveillance . . .) assurées par les accompagnants, non soignants. Même s'il n'est pas toujours fondé, ce sentiment de déficit global est présent dans l'ensemble des pays et entraîne une forte démotivation des personnels.

**Les contextes politico-économiques expliquent en partie ce défaut de personnel.** Au Bénin, le gel des recrutements lié au programme d'ajustement a limité les capacités d'embauches jusqu'en 2008. L'intégration à la fonction publique en 2008 d'une vague d'agents non qualifiés a creusé le déficit en personnel spécialisé, comblé par le recrutement de prestataires de services. La décennie de troubles politiques qu'a connue la Côte d'Ivoire a créé une crise de confiance dans les hôpitaux publics. Afin d'y répondre, le Gouvernement a entrepris des mesures de recrutements et de revalorisations salariales dès 2014. Au Sénégal, la réforme hospitalière a conduit à des titularisations massives de personnels, mais souvent peu qualifiés, créant un déficit de personnel médical et paramédical.

**Certains hôpitaux ont mis en place des mécanismes d'incitation pour pallier les défis de double emploi public/privé et d'absentéisme.** Le faible niveau de rémunération des agents est souvent désigné comme une cause principale de la démotivation du personnel. Afin d'y répondre, certains pays ont mis en place des mécanismes d'incitation, comme en Guinée (encadré 9) et au Sénégal, sous forme de primes. Cependant, le caractère non viable de ces primes a fortement déstabilisé les finances des EPS sénégalais. En réponse à l'attractivité limitée du public, la double pratique publique/



#### ENCADRÉ 9

### Incitations Financières en Guinée

En Guinée, le ministère de la Santé a mis au point un système d'incitations financières indexées sur le montant des recettes propres mobilisées par l'hôpital. Pour éviter que ces dépenses ne pèsent trop sur les autres secteurs prioritaires financés par les recettes propres de l'hôpital (paie des contractuels, rachat de médicaments...), leur montant ne doit pas excéder 30 % des recettes. L'allocation de la prime n'est pas automatique mais est basée sur une évaluation mensuelle portant sur l'assiduité, la ponctualité et l'exécution des consignes dans les services. Cette prime est basée sur des indicateurs d'activité et non de qualité du service rendu. En 2003, les primes de motivation, qui ont mobilisé 17,6 % des recettes générées par les hôpitaux, représentaient 3,6 % des charges totales. Les salaires des personnels consomment 34 % des ressources des hôpitaux.

*Source : World Bank Institute (2005).*

privée des médecins est fortement répandue, soulevant des questions d'éthique et de présence effective au travail. L'absentéisme, qui est parfois très important, notamment en Côte d'Ivoire, constitue un problème majeur pour la crédibilité du système hospitalier.

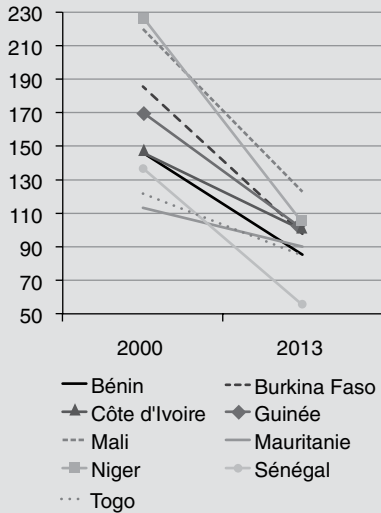
### Performance en Termes de Prestation de Soins

**Globalement, les statistiques sanitaires sont en progression dans la région sur la dernière décennie.** Notamment, l'espérance de vie à la naissance des femmes est en hausse de huit ans, et les statistiques de mortalité maternelle sont globalement en progrès dans la sous-région sur la dernière décennie. Malgré cette tendance positive dans la région, certains pays montrent des progrès plus lents. La Côte d'Ivoire, qui a traversé une décennie de crise et vécu une perte de confiance dans le service public hospitalier, présente des progrès moins marqués. Toutefois, si le pays présente une tendance inverse (encadré 10), il affichait un niveau plus bas que certains pays de la sous-région en début de période.

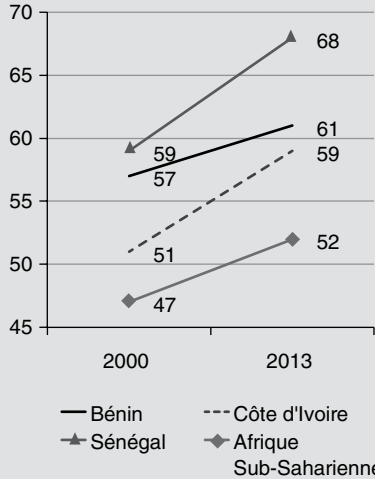
ENCADRÉ 10

**Statistiques Sanitaires et Hospitalières**

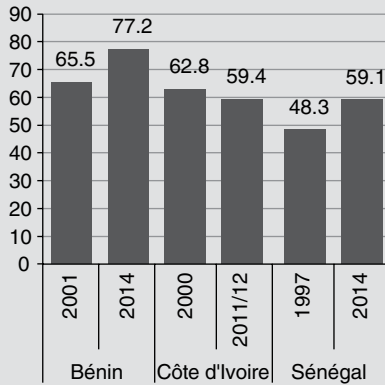
**Ratio de mortalité maternelle  
(/100 000 naissances vivantes)**



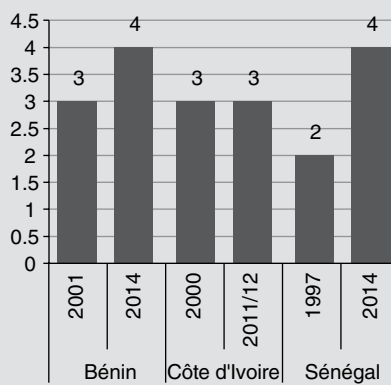
**Espérance de vie des femmes  
à la naissance  
(2000–2013)**



**% de naissances assistées  
par un personnel qualifié**



**% de naissances par césarienne**



Sources : World Bank Indicators, Banque mondiale ; ministères de la Santé ; OMS.

**Les indicateurs d'accouchements assistés et de césariennes témoignent également de l'augmentation du taux de recours.** L'évolution d'indicateurs de santé comme la croissance du nombre d'accouchements assistés ou l'augmentation, parfois excessive, du taux de césarienne témoigne de l'amélioration de la performance hospitalière, notamment au Bénin et au Sénégal (encadré 10). Une liste d'indicateurs additionnels est présentée en annexe 2.

**Les mesures d'accessibilité ont joué un rôle dans cette évolution.** Ces mesures concernent généralement les personnes fragiles dont l'identification est aisée : parturientes, enfants de 0 à 5 ans, personnes âgées (plan SESAME au Sénégal), ou insuffisants rénaux. Elles visent parfois aussi les personnes en situation de précarité sociale, mais se heurtent à des difficultés dans l'appréciation du caractère « d'indigence ». La Côte d'Ivoire a tenté pendant un temps court après la crise postélectorale une gratuité totale des soins hospitaliers ; puis a instauré une gratuité ciblée.

**Les capacités litières, pour 10 000 habitants, sont inégalement développées selon les pays de l'étude, trois au Sénégal, quatre en Côte d'Ivoire et cinq au Bénin<sup>17</sup>.** Cet indicateur reste néanmoins qu'un élément de l'offre hospitalière, et l'inventaire précis des plateaux techniques donnerait une image complémentaire intéressante<sup>18</sup>. Il ressort des visites d'établissements qu'à l'inverse de la capacité litière, les établissements au Sénégal et en Côte d'Ivoire ont en règle générale des plateaux techniques plus développés que ceux du Bénin. C'est le cas de l'imagerie, des lits de réanimation, ou des blocs opératoires.

**Les démarches initiées en termes de politique qualité sont également à prendre en compte dans la performance des hôpitaux, mais les indicateurs restent limités.** Des démarches de certification ont été initiées dans plusieurs hôpitaux. De plus, la création de comités d'hygiène tels que les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est effective dans de nombreux établissements. Pour autant, il y a peu de politiques qualité clairement identifiables et de démarches d'accréditation recensées dans les hôpitaux visités, hormis la démarche des 5S<sup>19</sup> (méthode de rationalisation comprenant cinq actions: débarrasser, ranger, nettoyer, standardiser, éduquer), dont la diffusion générale dans certains établissements est très positive. Le financement basé sur les résultats (FBR), à travers ses cibles d'indicateurs, prend également en compte la notion de qualité. De façon

---

17 Ministères de la Santé du Bénin, de la Côte d'Ivoire et du Sénégal.

18 Il n'a pu être obtenu dans le temps imparti aux missions sur site.

19 Les 5S sont une méthode d'organisation basée sur 5 mots japonais : *seiri, seiton, seiso, seiketsu, et shitsuke* signifiant débarrasser, ranger, nettoyer, standardiser et éduquer.

générale, bien que des démarches qualité soient initiées dans les établissements, il existe peu d'indicateurs permettant de mesurer leur évolution.

## **Performance Financière et Risque Budgétaire**

**De façon générale, le niveau d'information financière consolidée disponible reste limité et pourrait présenter un risque.** La consolidation des informations financières au niveau des tutelles reste limitée. Les hôpitaux ne transmettent pas systématiquement leurs états financiers à la tutelle, ou avec d'importants retards. Ce défaut de suivi et de contrôle au niveau central, qui limite l'analyse des tendances globales, pourrait présenter un risque budgétaire et endommager la viabilité financière des hôpitaux.

**Les hôpitaux autonomes ne sont pas toujours en mesure de générer les ressources propres suffisantes à leur fonctionnement et dépendent de la subvention de l'État.** Les hôpitaux autonomes ont deux types de financement : les ressources propres générées par l'établissement (facturation des activités et revente des médicaments) ; et la subvention de l'État. Pour des raisons différenciées (politiques de gratuités généralisées, pression liée à la masse salariale...), ces hôpitaux ne parviennent pas toujours à générer un niveau de ressources suffisant à leur fonctionnement, et restent dépendants de la subvention de l'État, générant un risque budgétaire.

**Au Bénin et en Côte d'Ivoire, les hôpitaux ont peu de marge de manœuvre budgétaire, en raison de la centralisation des arbitrages.** Bien que les hôpitaux doivent élaborer un plan de travail annuel (PTA) et un budget prévisionnel, le budget alloué par le ministère coïncide peu avec les demandes. Le budget alloué peut comprendre des financements d'équipements ou d'infrastructures mais ces attributions ne s'inscrivent pas dans le cadre d'expression des besoins.

**Le déséquilibre financier quasi-général des hôpitaux publics contraste avec la situation des établissements privés à but non lucratif.** A la différence des cliniques privées, les établissements à but non lucratifs ont des tarifs identiques ou très proches de ceux du public. Tout en assurant eux-mêmes le paiement des salaires, ces établissements (c'est le cas de ceux faisant partie de l'échantillon) parviennent à maintenir un équilibre budgétaire. Leur complète autonomie de gestion financière et sans doute de façon plus déterminante encore l'autorité réelle de leur direction exécutive pour la gestion des ressources humaines sont des éléments d'explication de leur efficacité.

**Au Sénégal, un risque budgétaire émane de l'endettement des hôpitaux et de la volatilité de la masse salariale.** L'endettement des EPS est

important, et il existe une pression liée à la masse salariale, due à la titularisation d'agents peu qualifiés au moment de la réforme hospitalière. La majorité des ressources générées sont utilisées à des fins de paiement de salaires et primes, ce qui représente un risque pour les établissements et les empêche de libérer des capacités d'autofinancement nécessaires à des projets d'investissement.

**Les politiques de gratuités créent un risque budgétaire en Côte d'Ivoire et au Sénégal.** Le Sénégal a mis en place un ensemble de mesures de gratuité, dont l'avance faite par les EPS fait l'objet d'un remboursement ultérieur par l'État. Le retard de paiements par l'État créé des arriérés, ce qui impacte la trésorerie des structures. En Côte d'Ivoire, la mise en place des mesures de gratuités a déstabilisé le système de financement des hôpitaux, qui comprend le commerce de médicaments. La disparition des revenus liés à leur revente a fortement réduit les ressources des hôpitaux.

**Le secteur hospitalier est marqué par une planification limitée, en particulier de projets d'investissement.** De façon générale, les hôpitaux ne conçoivent pas de stratégies hospitalières, appelées « projets d'établissement ». La planification hospitalière se limite principalement à des plans de travail annuels (PTA), mais ne mettent pas en place de réflexion stratégique à moyen-terme. Seul le Sénégal a expérimenté les projets d'établissement, mais jugés irréalistes, ils n'ont pas été renouvelés. L'une des conséquences principales de l'absence de stratégie hospitalière est la faiblesse des investissements au sein des hôpitaux. Cette situation contribue ainsi au non-renouvellement des équipements et à l'absence de développement des plateaux techniques.

## CHAPITRE 1.2

# Cadre Juridique et Réglementaire

### Des Cadres Juridiques Hétérogènes

**Dans les pays de l'étude, les hôpitaux ont différentes formes juridiques et ne sont pas tous dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière.** Au Bénin, certains hôpitaux prennent la forme d'offices à caractère social, culturel et scientifique, personnes morales jouissant en principe de l'autonomie de gestion ; d'autres sont semi-autonomes. En Côte d'Ivoire, certains hôpitaux sont des établissements publics nationaux (EPN), personnes morales dotées de l'autonomie financière, structurés sous forme d'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). A l'inverse, les formations sanitaires publiques sont des services en régie dépourvu de toute autonomie de gestion. Au Sénégal, la réforme hospitalière a donné à tous les hôpitaux le statut d'établissement public de santé (EPS), personnes morales, autonomes. L'annexe 3 présente la liste des textes applicables.

**L'autonomie est effective dans tous les hôpitaux au Sénégal et dans une certaine mesure au Bénin et en Côte d'Ivoire.** Au Bénin, les hôpitaux se trouvent en pratique plus proches des services déconcentrés de l'État que d'établissements autonomes. L'hôpital universitaire (CNHU) semble être la seule structure jouissant véritablement de l'autonomie financière : la

subvention dont il bénéficie ne représente que 12 % de ses ressources, et 90 % de son personnel est directement rémunéré par lui. Les autres hôpitaux sont peu autonomes, et les décisions en matière d'emploi et d'investissement restent du ressort des autorités de tutelle. En Côte d'Ivoire, l'autonomie existe à travers la structure d'EPIC mais paraît inadaptée, car les hôpitaux ne parviennent pas à générer les ressources prévues (60 %). A l'inverse, les centres hospitaliers régionaux (CHR) et hôpitaux généraux (HG), qui sont des services en régie dépourvus d'autonomie, semblent être limités dans leur gestion opérationnelle. Au Sénégal, l'autonomie des hôpitaux se constate effectivement à tous les niveaux. L'encadré 11 résume les statuts des hôpitaux ainsi que le degré d'autonomie qui leur est octroyé<sup>20</sup>.

#### ENCADRÉ 11

### Statut Juridique et Autonomie de Gestion — Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal

	Statut Juridique des Hôpitaux	Degré d'Autonomie de Gestion*
<b>Bénin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espace hospitalo-universitaire et hôpitaux de zone : Offices à caractère social et scientifique</li> <li>• Centres hospitaliers départementaux : établissement sanitaire public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Degré 1</b> : seul le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) possède une réelle autonomie ;</li> <li>• <b>Degré 1</b> : une semi-autonomie est prévue par les textes, mais les décisions restent essentiellement du ressort du ministère.</li> </ul>
<b>Côte d'Ivoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissements publics nationaux (EPN) : établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC)</li> <li>• Hôpitaux de zone et centres hospitaliers départementaux : services en régie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Degré 1</b> : les EPN du type centre hospitalier universitaire sont autonomes mais dépendent en pratique de l'État</li> <li>• <b>Degré 0</b> : dépendent des services du ministère</li> </ul>
<b>Sénégal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissement publics de santé (EPS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Degré 2</b> : autonomie généralisée</li> </ul>

Source : Textes et entretiens. \*Degrés 0-2 : 0 : Pas d'autonomie ; 1 : faible autonomie ; 2 : forte autonomie.

20 Selon une échelle arbitraire de trois degrés destinée à différencier les niveaux d'autonomie.

**A l’instar du Sénégal, plusieurs pays de la sous-région ont privilégié l’autonomie, en créant un statut d’établissement public hospitalier ou à caractère sanitaire.** Comme au Sénégal, certains pays, mentionnés dans l’encadré 12, ont amorcé une réforme hospitalière et créé une nouvelle catégorie d’établissement public, à caractère hospitalier, proche parfois à la structure d’établissement public à caractère administratif (EPA).

**ENCADRÉ 12**

**Statut Juridique et Autonomie de Gestion —  
Pays de la Sous-Région**

	<b>Statut Juridique des Hôpitaux</b>	<b>Autonomie de Gestion</b>
<b>Guinée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initialement, tous les hôpitaux publics : établissements publics à caractère sanitaire.</li> <li>• Dans un deuxième temps, les hôpitaux préfectoraux sont redevenus des services détachés relevant du ministère.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui, sauf hôpitaux préfectoraux, l’autonomie a été retirée.</li> </ul>
<b>Burkina Faso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les hôpitaux publics : établissements publics à caractère administratif (EPA).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui.</li> </ul>
<b>Mali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les hôpitaux publics : établissements publics hospitaliers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui.</li> </ul>
<b>Mauritanie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpitaux nationaux : établissements publics à caractère administratif (EPA).</li> <li>• 2 hôpitaux régionaux : établissements publics à caractère administratif (EPA).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui.</li> </ul>
<b>Tchad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les hôpitaux publics : établissements publics hospitaliers, établissements publics à caractère administratif (EPA).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui.</li> </ul>

Source : World Bank Institute (2005) ; Consolidation Banque mondiale des lois portant réforme hospitalière.



## **Défis Liés au Cadre Juridique des Hôpitaux**

**Bien qu'il existe des dispositions réglementaires, des difficultés d'application des textes se traduisent par une gouvernance hospitalière pas toujours conforme au cadre légal institué.** Dans le cas du Bénin, la multiplication des textes rend l'application et le suivi difficiles. Concernant la Côte d'Ivoire, certaines orientations ne peuvent être appliquées faute de décrets d'application, comme l'illustre le cas de la loi en matière de décentralisation, ou la difficulté de mise en place de certaines prérogatives liées aux commissions consultatives. Enfin, au Sénégal, le manque d'application effective des textes entraîne certaines difficultés de mise en œuvre de la réforme. L'autonomie ainsi acquise sur le plan juridique tarde ainsi à être appliquée dans les faits ou est soumise à des contraintes externes lourdes.

**Les expériences en matière d'autonomie ont soulevé la question de sa généralisation à toutes les structures, y compris périphériques.** Si le principe d'autonomie n'a pas été remis en cause, les évaluations de la réforme hospitalière au Sénégal ont montré que si l'autonomisation avait été une évidence pour les structures centrales et régionales, elle soulevait plus de questions pour les structures périphériques, en tout cas à un tel degré. Par exemple, en Guinée, ce même défi avait amené les autorités à renoncer à l'autonomie des hôpitaux préfectoraux.

## CHAPITRE 1.3

# Exercice de Tutelle de l'État

### Cadre Conceptuel

**L'exercice de tutelle fait référence au modèle d'organisation dans lequel s'inscrit l'action de l'État vis-à-vis des hôpitaux.** A l'échelle de la sous-région, l'exercice de tutelle de l'État dans le domaine de la santé s'exerce à travers deux modèles : « dual », dans lequel la supervision est partagée entre le ministère des Finances (tutelle financière) et le ministère de la Santé (tutelle technique) ; ou « décentralisé », dans lequel la supervision relève entièrement du ministère sectoriel (encadré 13).

### Organisation de la Tutelle

**La tutelle au Bénin est exercée par le ministère de la Santé via la Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS).** Elle est, selon les textes, le pivot de la tutelle hospitalière. Dotée de 18 personnes, elle coordonne, en relation avec les autres directions, l'activité hospitalière. Au niveau déconcentré, elle est relayée par les directions départementales de la santé (DDS).

## ENCADRÉ 13

**Différents Modèles d'Organisation de la Tutelle**

	<b>Responsabilité</b>	<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>	<b>Exemples</b>
<b>Modèle Centralisé</b>	Supervision centrée : institution unique (ministère des Finances, agence spécifique).	Définition claire des objectifs, des priorités et des responsabilités du Gouvernement. Concentration sur efficacité et efficience.	Risque d'une concentration trop excessive sur les aspects financiers.	—
<b>Modèle Dual</b>	Supervision partagée : ministère sectoriel et institution « centrale ».	Bon équilibre entre les considérations financières, la réglementation et les politiques publiques.	Responsabilité limitée, autorité partagée.	<b>Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Guinée.</b>
<b>Modèle Décentralisé</b>	Supervision par le ministère sectoriel.	Connaissance spécifique du secteur.	Risque budgétaire et manque d'informations agrégées.	<b>Bénin, Mali, Mauritanie, Tchad.</b>

Sources : OCDE (2015a), Banque mondiale (2014a) ; World Bank Institute (2005).

**En Côte d'Ivoire et au Sénégal, la tutelle est partagée entre le ministère des Finances et le ministère de la Santé.** En Côte d'Ivoire, elle implique : (i) la Direction Générale du Budget du ministère des Finances (supervision économique et financière) ; et (ii) différentes directions centrales du ministère de la Santé (supervision technique). Au niveau déconcentré, elle est relayée par les directions départementales et régionales de la santé. Au Sénégal, la tutelle est partagée entre : (i) la Direction du Budget et la Direction de la Coopération Economique et Financière du ministère des Finances (supervision financière) ; et (ii) la Direction des établissements de santé (DES) du ministère de la Santé (supervision technique), qui est l'interlocuteur principal et la tutelle des hôpitaux.

**Seuls le Bénin et le Sénégal possèdent une direction en charge de la supervision des hôpitaux.** L'encadré 14 présente leur mandat. Au Bénin, sa création a fait l'objet de plusieurs révisions ces dernières années, dont la dernière modification a donné naissance à la DNEHS, composée de 18 personnes. Au Sénégal, sa création est le résultat de la réforme hospitalière de 1998, qui prévoyait la supervision du secteur par une Direction des Établissements de Santé (DES) composée de 20 personnes, trois étant dévolues au suivi des établissements publics.

ENCADRÉ 14

**Exercice de Tutelle — Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal**

	Modèle de Tutelle	Direction des Hôpitaux	Effectifs	Responsabilités
<b>Bénin</b>	<b>Décentralisé :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ministère de la Santé</li> </ul>	<b>OUI :</b> Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS/MS)	DNEHS : 18	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir et concevoir la politique nationale des établissements ;</li> <li>Définir les normes et standards des soins curatifs ;</li> <li>Coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre de la politique nationale des établissements hospitaliers et de soins ;</li> <li>Collaborer avec les établissements hospitaliers et de soins ;</li> <li>Collaborer avec la DIEM (infrastructures, équipements médico-techniques et maintenance hospitalière).</li> </ul>
<b>Côte d'Ivoire</b>	<b>Dual :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ministère de la Santé</li> <li>ministère des Finances</li> </ul>	<b>NON :</b> Prévu par la réforme à venir	—	En l'absence d'une direction en charge des hôpitaux, les responsabilités de supervision sont partagées en diverses directions centrales au ministère de la Santé.
<b>Sénégal</b>	<b>Dual :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ministère de la Santé</li> <li>ministère des Finances</li> </ul>	<b>OUI :</b> Direction des Établissements de Santé (DES/MS)	DES : 20 Division des EPS : 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elabore, suit et évalue la mise en œuvre de la politique en matière hospitalière ;</li> <li>Veille à l'accomplissement des missions des EPS ;</li> <li>Chargée de la réglementation, de l'appui et du contrôle des cliniques et cabinets privés et assure la promotion de leur participation au service public de santé.</li> </ul>

Source: Consolidation Banque mondiale. L'annexe 4 détaille le nom des directions impliquées dans la tutelle des hôpitaux.

## Défis Liés à l'Exercice de Tutelle

**Au Bénin, compte tenu des capacités et de l'autorité limitées de la direction des hôpitaux, l'essentiel des décisions relatives au secteur n'émanent pas d'elle.** La DNEHS ne possède pas la notoriété et l'autorité nécessaires à son exercice de tutelle. En conséquence, la tutelle est fragmentée entre plusieurs directions centrales qui jouent ce rôle au détriment de la DNEHS. Dans la pratique, les décisions concernant le secteur émanent des

directions impliquées dans la tutelle : la Direction de la Programmation et de la Planification ; la Direction des Ressources Financières et du Matériel ; la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et du Maintenance ; la Direction des Ressources Humaines.

**La Direction des Hôpitaux au Sénégal fonctionne avec des capacités limitées.** Avec un effectif de 20 personnes, dont 3 dédiés à la division des établissements publics de santé, et un budget limité, la DES n'est pas placée dans une position lui permettant de piloter la politique hospitalière. Dans ces conditions, exacerbées par son positionnement secondaire dans l'organigramme du ministère de la Santé, la DES reste limitée dans son action de tutelle.

**En l'absence d'une direction en charge des hôpitaux en Côte d'Ivoire, la tutelle est dispersée au sein du ministère de la Santé.** Elle apparaît ainsi très concentrée au niveau du ministère de la Santé et hiérarchique. La création d'une direction en charge des hôpitaux était à l'étude dans le cadre d'une réforme hospitalière.

## CHAPITRE 1.4

# Planification et Suivi des Performances

### Cadre de Planification

**La réflexion et les décisions stratégiques incluent l'élaboration d'une carte sanitaire, dont la mise en œuvre se fait à travers différents outils juridiques tels que la contractualisation et les régimes d'autorisation.**

Le Bénin a élaboré une carte sanitaire reposant essentiellement sur des critères de réponse aux besoins sanitaires de la population. Bien que son développement ait été freiné par les capacités budgétaires, la mise en œuvre de cette carte sanitaire a conduit à la création de nouveaux établissements<sup>21</sup>. Au Sénégal, un premier projet de carte sanitaire a été élaboré en 2002, et une mise jour a été réalisée mais n'a pas à ce jour été validée, ni mise en œuvre.

**Autre composante de planification, les stratégies hospitalières – appelées « projets d'établissement » – sont développées de façon limitée.** La planification hospitalière pluriannuelle s'organise dans des « projets

---

21 Il en est ainsi du nouveau centre hospitalier de Djijja – Agbanizou dans la région du Zou dont la construction est aujourd'hui achevée mais dont la mise en service n'est pas assurée faute de ressources humaines à y affecter.

d'établissement », sur 5 ans. Axe clef de la réforme hospitalière sénégalaise, la réflexion stratégique a été initiée dans tous les EPS. S'il existe un consensus sur l'apport positif de ces projets, leur aspect disproportionné, combiné à un manque de financement, a conduit à leur non-renouvellement. Les expériences des pays voisins montrent que le cas sénégalais n'est pas isolé (encadré 15). Au Bénin et en Côte d'Ivoire, peu d'hôpitaux élaborent de telles stratégies.

**Afin de pallier l'absence de renouvellement des projets d'établissement, le Sénégal a développé, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).** Mis en place ces dernières années, les CPOM ont permis aux établissements bénéficiaires de réaliser des investissements ciblés. Ceux-ci ont renforcé leur offre de soins et leurs recettes, en investissant dans des équipements d'imagerie et de laboratoire, générateurs de ressources. Ils leur ont permis de réinvestir dans le plateau technique selon une planification plus cohérente que dans le cadre de coopération bilatérale ou d'organisations non gouvernementales. Si beaucoup d'établissements bénéficient de ces coopérations, elles s'inscrivent rarement dans un développement cohérent et coordonné des établissements.

## **Suivi des Performances : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens et Financement Basé sur les Résultats**

**La mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou de financement basé sur les résultats (FBR) a permis l'insertion de mécanismes de redevabilité.** Dans la mesure où ils reposent sur un accord entre les hôpitaux et l'État, ces dispositifs permettent de renforcer les mécanismes de redevabilité entre ces différents acteurs. Bien qu'ils ne couvrent qu'une partie des hôpitaux, ils mettent en place des routines de communication favorisant un suivi régulier, en termes financiers et en termes d'activités. Ces mécanismes d'incitation à la performance se sont mis en place dans certains pays ayant opté pour l'autonomie des hôpitaux, comme au Mali (encadré 16).

## ENCADRÉ 15

## Retours d'Expériences des Projets d'Établissements (PE) dans la Sous-Région

	Objectifs et Composantes	Leçons Tirées
<b>Burkina Faso</b>	Le PE définit, <i>sur la base des orientations médicales, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers et obstétricaux, de l'enseignement et de la recherche, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion, du système d'information.</i> Il comprend : un projet médical, un projet des soins infirmiers et obstétricaux, un projet social, un projet managérial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart des hôpitaux du Burkina ont initié des démarches stratégiques de type projet médical, projet d'établissement.</li> <li>• Seuls quelques-uns ont réussi à finaliser leur projet d'établissement, la plupart des projets étant restés au niveau des plans d'actions.</li> </ul>
<b>Guinée</b>	Les objectifs comprennent : le renforcement de la logique médicale ; une ouverture accrue sur l'environnement pour situer l'établissement dans l'offre de soins globale et pour mieux connaître la demande et les besoins ; une réorientation des ressources financières de l'hôpital vers la réalisation d'objectifs clairement définis et non vers l'exécution d'activités routinières ; une dynamique participative ; l'élaboration de projets de services pour responsabiliser les chefs d'unité ; l'intégration et le décloisonnement des différents projets.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance de baliser les choix des établissements en leur fournissant des documents relatifs au programme national (investissement) ;</li> <li>• Besoin d'un accompagnement externe ;</li> <li>• Besoin de temps pour l'élaboration, afin que le projet soit accepté par tous ;</li> <li>• Donner les moyens de mise en œuvre ;</li> <li>• Les PE doivent faire l'objet d'un financement dans le cadre d'un fond d'investissement qui pourrait être alloué selon des critères précis.</li> </ul>
<b>Mali</b>	<i>Le projet d'établissement définit les objectifs de l'établissement dans le domaine médical, des soins infirmiers et obstétricaux, de l'accueil des malades et de leur famille, de la politique sociale, de la gestion, du système d'information, de l'hygiène et de la sécurité, de la formation et de la recherche. Le projet d'établissement qui doit être compatible avec le plan national de développement sanitaire et social, détermine les moyens matériels et financiers, ainsi que les ressources humaines dont l'établissement doit disposer pour atteindre ses objectifs.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leur élaboration a mis en évidence les difficultés d'ordre budgétaire qui entravent la modernisation rapide et la maintenance des infrastructures hospitalières (mise en conformité des constructions et des équipements aux exigences légitimes des malades, disponibilité de consommables médicaux, amélioration des méthodes de gestion, intéressement des équipes hospitalières aux résultats financiers dégagés par leur activité).</li> <li>• En 2004, la mise en œuvre des PE est identifiée comme défi majeur.</li> </ul>

Source : World Bank Institute (2005).



#### ENCADRÉ 16

### Contrat de Performance au Mali

- Inclus un ensemble d'incitations liées à la performance, pour changer les comportements et les pratiques.
- Inclus une ligne budgétaire spécifique destinée à couvrir les subventions particulières attribuées aux hôpitaux.
- La subvention extrabudgétaire ne peut pas se substituer au budget ordinaire ni à l'investissement.
- Elle est allouée aux hôpitaux sur la base de leur performance mesurée par plusieurs indicateurs :
  - Nombre de jours de rupture de stocks de médicaments,
  - Degré de satisfaction des usagers,
  - Degré de conformité aux normes portant sur les dossiers médicaux, etc.
- Des points sont attribués à chaque hôpital sur la base des indicateurs sélectionnés.
- Ces points permettront de déterminer si l'hôpital peut percevoir la subvention et si oui, quel en sera le montant (plus le nombre de points est élevé, plus la subvention est importante).

Source : OMS (2008).

**Au Sénégal, la réforme projetait la mise en place d'une gestion axée sur les résultats.** Ainsi, une politique nationale de contractualisation a vu le jour en 2006. Non renouvelée dans un premier temps, l'importance de la dette des EPS a poussé le Gouvernement à reprendre la contractualisation à travers les CPOM. Une 2<sup>ème</sup> génération de contrats a ainsi été instaurée en 2011, prévoyant des domaines à évaluer, assortis de critères d'évaluations et d'indicateurs de résultats (encadré 17). L'initiative rencontre un succès et est positivement perçue à la fois par les EPS et la tutelle, mais présente en pratique des défis en matière de suivi des indicateurs.

**Tandis que le financement basé sur les résultats (FBR) a vu le jour en 2010 au Bénin, sa mise en œuvre est prévue en Côte d'Ivoire.** Au Bénin, constatant la faiblesse du financement basé sur les entrées, la volonté de la mise en place d'une gestion axée sur les résultats s'est traduite par l'introduction du FBR en 2010 (encadré 17). La performance est jugée à travers une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Ces contrats prévoient en outre

## ENCADRÉ 17

**Suivi des Performances — Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal**

	Bénin	Côte d'Ivoire	Sénégal
<b>Outils</b>	FBR, depuis 2010.	FBR: prévu.	CPOM, 2 <sup>ème</sup> vague.
<b>Couverture</b>	Initialement dans 5 zones sanitaires, étendues à 8 autres.	1 <sup>ère</sup> expérience prévue dans 4 districts sanitaires.	1 <sup>ère</sup> vague: 2006, 15 EPS 2 <sup>ème</sup> vague: 2011, 6 EPS supplémentaires.
<b>Durée</b>			<b>5 ans</b>
<b>Indicateurs</b>	OUI : Indicateurs quantitatifs et qualitatifs.		OUI: critères d'évaluation et indicateurs de résultats.
<b>Suivi et Reporting</b>	OUI : Transmission de rapports quantitatifs contrôlé indépendant ; suivi rigoureux des indicateurs.		OUI : transmission des informations financières et médicales (format standardisé).
<b>Défis</b>			Le suivi des indicateurs des CPOM reste limité.

Source : Consolidation Banque mondiale.

la transmission régulière de rapports, ainsi que des contrôles par des équipes indépendantes. Le FBR est à l'étude en Côte d'Ivoire dans le cadre d'une réforme hospitalière. Il projette d'améliorer le système de redevabilité au sein du système hospitalier, et se place dans un contexte de réforme du système de gestion des finances publiques.

## **Systemes d'Information**

**Dans les trois pays, les systèmes d'information hospitaliers apparaissent encore quasi inexistant.** Un seul exemple de système d'information intégré a pu être constaté dans un hôpital de zone au Bénin, développé à partir d'un logiciel adapté localement. Dans les autres établissements, si les équipements informatiques sont relativement nombreux, il n'existe pas de système d'information, ni de dossier médical informatisé. Cette insuffisance ne permet pas d'avoir une vision objective et exhaustive de l'activité des établissements, ni de disposer d'une aide à la décision.



## CHAPITRE 1.5

# Conseils d'Administration et Directions Exécutives

**Dans les trois pays, les hôpitaux sont structurés selon une organisation impliquant des acteurs décisionnels, exécutifs, consultatifs et de contrôle.** Les hôpitaux sont administrés par un conseil d'administration, organe délibérant. La direction exécutive assure pour sa part l'administration et la direction générale. Elle est assistée par les chefs des services médico-techniques ainsi que des instances de conseil (commission médicale d'établissement; comité technique d'établissement<sup>22</sup>; ou des cellules abordant l'hygiène ou la qualité). Enfin, les hôpitaux font l'objet d'un contrôle des agents comptables ou contrôleurs budgétaires, agents détachés du ministère des Finances (encadré 18).

---

<sup>22</sup> La commission médicale d'établissement est aussi appelée commission médicale consultative ; et le comité médical d'établissement est aussi appelé conseil d'établissement selon les pays et le niveau d'établissement.

**ENCADRÉ 18****Organes de Gestion des Hôpitaux**

Instance de Décision	Instances d'Exécution et de Suivi	Instances Consultatives	Instances de Contrôle
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseil d'administration/ conseil de gestion/ comité de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direction exécutive</li> <li>Services administratifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commission médicale d'établissement/consultative</li> <li>Comité technique d'établissement/conseil d'établissement</li> <li>Autres (comité de direction, commission d'hygiène et de sécurité, cellules qualité)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrôle de gestion</li> <li>Contrôle financier</li> </ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.

## Conseils d'Administration

**Les textes prévoient le profil des membres, la durée des mandats et la fréquence des réunions des conseils d'administration<sup>23</sup>.** Les hôpitaux, quelle que soit leur taille, sont dotés d'un conseil d'administration (appelés aussi conseil de gestion ou comité de gestion) dont les textes prévoient leur organisation et leur fonctionnement. Ils sont composés des représentants des ministères de tutelle (Santé, Finances, Education) en représentation directe ou déconcentrée ; de représentants du personnel ; des élus des collectivités locales. La composition des membres peut également inclure les tradi-praticiens et les intervenants de la zone sanitaire dans le cas du Bénin. En Côte d'Ivoire, elle inclut aussi le directeur de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires, un représentant des assurances privées, et un représentant de l'Assurance Maladie Universelle.

**Le pouvoir des conseils d'administration est à géométrie variable.** Bien que les textes prévoient qu'ils soient l'organe délibérant, les pratiques montrent que leur efficacité est limitée en raison de plusieurs facteurs, dont : la perception qu'en ont les acteurs, considérés tantôt comme des « chambres d'enregistrement » sans délibération, tantôt comme de véritables décideurs ; ou la fréquence réduite des réunions. Egalement, leur composition est parfois décriée : au niveau central, composés des institutions et ministères concernés, ils semblent parfois éloignés des réalités opérationnelles. Ce

<sup>23</sup> Les conseils d'administration sont aussi appelés conseil de gestion ou comité de gestion selon le pays et le type d'hôpital.

## ENCADRÉ 19

### Responsabilités des Conseils d'Administration

- Revoir et guider la stratégie de l'entreprise, ses principaux plans d'action, sa politique de risque, ses budgets annuels et programmes d'activité, définir ses objectifs de résultats, assurer la surveillance de la mise en œuvre de ces objectifs et des résultats de l'entreprise, contrôler les principales dépenses d'équipement, acquisitions et cessions d'actifs.
- Surveiller les pratiques véritables de la société en matière de gouvernance d'entreprise et procéder aux changements qui s'imposent.
- Recruter les principaux dirigeants, déterminer leurs rémunérations, suivre leurs activités et, le cas échéant, les remplacer et préparer les plans de succession.
- Aligner les rémunérations des principaux dirigeants et des administrateurs avec les intérêts à long terme de la société et de ses actionnaires.
- S'assurer de la mise en place d'une procédure clairement définie et transparente pour la nomination et l'élection des administrateurs.
- Surveiller et gérer les conflits d'intérêt pouvant survenir entre la direction, les administrateurs et les actionnaires, y compris les abus de biens sociaux ou les abus commis dans le cadre de transactions avec des parties liées.
- S'assurer de l'intégrité des systèmes de comptabilité et de communication financière de la société, notamment de l'indépendance de la vérification des comptes ; s'assurer que l'entreprise soit dotée de dispositifs de contrôle adéquats, en particulier de dispositifs de gestion des risques, de contrôle financier et opérationnel ; s'assurer du respect du droit et des normes applicables.
- Surveiller le processus de diffusion de l'information et de communication de l'entreprise.

Source: OCDE (2015b).

phénomène apparaît néanmoins moins marqué au niveau périphérique, où les usagers sont plus représentés au conseil d'administration. L'encadré 19 rappelle les « bonnes pratiques » de l'OCDE relatives au fonctionnement des conseils d'administration.

**La démarche de décentralisation, reflétée dans la composition des conseils d'administration, présente des résultats mitigés.** Au Bénin, des représentants des habitants sont présents au niveau des conseils d'administration des hôpitaux de district. Au Sénégal, la présidence du conseil d'administration des hôpitaux régionaux est assurée, hors de Dakar, par le président

élu du conseil régional. Si l'expérience béninoise est perçue assez positivement comme une force de proposition ; au Sénégal, la présence d'élus locaux dans les conseils d'administration est mal perçue par la direction. Elle peut en effet favoriser des conflits d'intérêts à travers la défense de certains intérêts sans prendre suffisamment en compte les besoins de santé et la nécessité d'équilibre budgétaire.

## **Directions Exécutives**

**L'autorité effective des directeurs apparaît limitée.** Au Bénin et en Côte d'Ivoire, les décisions d'investissement, la gestion des ressources humaines et a fortiori la réflexion stratégique ne leur appartiennent pas. Leur capacité d'intervention sur les comportements déviants est très réduite, compte-tenu du statut protecteur des agents titulaires des hôpitaux. Au Sénégal, dans le cadre du statut d'autonomie, les directeurs, sous réserve d'accord de leur conseil d'administration, exercent pleinement leur autorité. Pour autant, leurs marges de manœuvre sont également limitées par : (i) les pressions politiques et syndicales auxquelles ils sont soumis ; (ii) par l'important endettement des établissements, (iii) par l'absence de marge budgétaire pour réaliser des investissements et assurer une correcte maintenance des équipements.

**Les compétences et profils des gestionnaires hospitaliers font débat entre les tenants d'un cursus en gestion hospitalière et les partisans d'une formation médicale initiale.** En Côte d'Ivoire, la direction des CHU est réglementairement assurée par un médecin, professeur d'université. Dans les autres établissements ivoiriens, comme au Bénin et au Sénégal, les postes de direction, s'ils sont souvent tenus par des administrateurs, peuvent être assumés par des médecins ayant souvent suivi une filière de santé publique. La question des compétences des directeurs d'hôpitaux, analysée par l'OMS (2009), est présentée en encadré 20.

## **Commissions Consultatives**

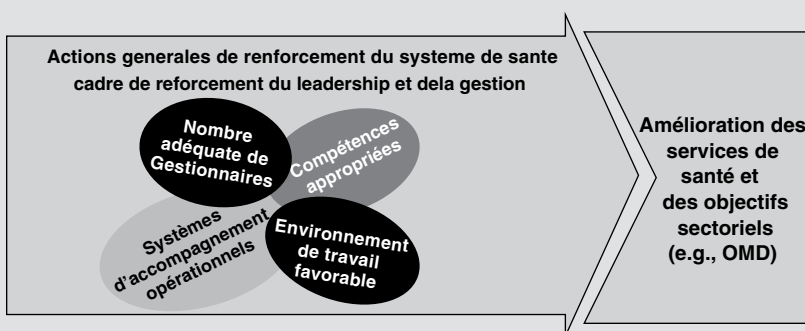
**Les commissions médicales d'établissement (CME) existent dans les trois pays et sont consultées sur l'organisation et la planification médicale ; la promotion et l'évaluation de la qualité des soins.** La CME élabore et conduit la politique médicale de l'hôpital, en collaboration avec la direction, et est garante de la qualité des soins. Elle est notamment consultée sur l'aménagement et la répartition des services techniques, les dépenses d'entretien, l'achat et la distribution du matériel technique, les

## ENCADRÉ 20

### Leadership et Gestion des Hôpitaux

Ce cadre s'interroge sur les conditions nécessaires à un leadership optimal et une gestion optimale, et montre qu'une bonne direction et une bonne gestion exigent un équilibre de quatre facteurs :

- Un nombre suffisant de gestionnaires, disponibles à tous les niveaux du système de santé ;
- Des gestionnaires ayant les compétences appropriées ;
- Des systèmes d'accompagnement fonctionnels et efficaces ;
- Un environnement de travail favorable.



**Concernant le profil et les missions des directeurs, l'étude, réalisée sur un échantillon d'établissements en Ethiopie, au Ghana, et en République Unie de Tanzanie, a révélé que :**

- Les directeurs des pays en développement sont souvent des professionnels de santé qui ont également pris des rôles de direction.
- Les directeurs des trois pays viennent d'horizons divers et comprennent : des médecins, des infirmières, des assistants médicaux, des administrateurs de la santé, des pharmaciens et des agents de santé.
- Les médecins forment habituellement la majeure partie des directeurs aux niveaux national et provincial. Il existe encore des écarts considérables entre les pays.
- Beaucoup de directeurs ne sont pas des directeurs à temps plein, mais jouent le double rôle dans l'exécution de leurs tâches cliniques habituelles (médecins, infirmières ou pharmaciens) et les tâches de gestion. L'ampleur et le temps alloué à chaque rôle n'est pas bien délimité, mais ce double rôle semble être assez commun dans l'étude de cas des pays.

Source: OMS (2009).



médicaments, les réactifs et les consommables médicaux. Elle est composée de tous les médecins, chirurgiens, dentistes et pharmaciens exerçant dans l'établissement.

**Le rôle effectif des commissions consultatives n'a pas atteint les objectifs attendus.** Au Bénin, le rôle de ces commissions est à géométrie variable selon les hôpitaux. Alors qu'elles sont effacées dans certains, elles semblent avoir plus de prérogatives dans d'autres. En Côte d'Ivoire, les entretiens réalisés auprès des présidents de CME montrent que ces dernières paraissent fonctionner mais souvent à minima. Au Sénégal, supposées apporter un soutien à la décision en matière de soins, les CME participent faiblement à la réflexion stratégique des EPS, et se limitent souvent à l'expression de revendications catégorielles.

## CHAPITRE 1.6

# Transparence Administrative et Financière

### Publication des Rapports

**La publication des rapports d'activité et des états financiers par les hôpitaux est généralement limitée.** En dépit d'un certain nombre d'obligations juridiques, peu d'établissements semblent afficher des systèmes de publication efficaces et transparents. Les rapports d'activité annuels, ainsi que les états financiers sont transmis dans certains cas avec de lourds délais, et ne sont parfois pas transmis du tout. L'encadré 21 présente les standards de l'OCDE en matière de diffusion d'information.

**La centralisation des informations hospitalières au niveau du ministère de la Santé existe, mais la fiabilité des données recueillies n'est pas garantie.** Il existe une centralisation des données financières et non financières au niveau du ministère dans chacun des pays. Mais la pertinence des données recueillies, leur régularité, leur exhaustivité et leur fiabilité peuvent être insatisfaisantes. D'une part, la transmission des informations ne se fait pas toujours selon un mécanisme standard, ce qui peut entraver la consolidation d'information au niveau de la tutelle. D'autre part, la plupart des hôpitaux traitent l'information de façon manuelle. Compte-tenu des éléments

#### ENCADRÉ 21

### **Standards de l'OCDE sur la Diffusion des Informations**

#### **Principes de l'OCDE sur la gouvernance d'entreprise**

Un régime de gouvernance d'entreprise doit garantir la diffusion en temps opportun d'informations exactes sur tous les sujets significatifs concernant l'entreprise, notamment la situation financière, les résultats, l'actionnariat et la gouvernance de cette entreprise. La diffusion doit porter (sans être limitée à) sur :

1. Le résultat financier et le résultat d'exploitation de l'entreprise.
2. Les objectifs de l'entreprise.
3. Les principales participations au capital et les droits de vote.
4. La politique de rémunération des administrateurs et des principaux dirigeants, ainsi que les données relatives aux administrateurs portant notamment sur leurs qualifications, leur processus de sélection, leur appartenance au conseil d'administration d'autres sociétés et le fait qu'ils soient considérés comme indépendants par le conseil d'administration.
5. Les transactions effectuées avec des parties liées.
6. Les facteurs de risque prévisibles.
7. Les questions intéressant les salariés et les autres parties prenantes.
8. Les structures de gouvernance et de politique de l'entreprise, et en particulier le contenu de tout code ou de toute stratégie de gouvernement d'entreprise rédigée par la société et sur le processus permettant de mettre en œuvre ce code ou cette stratégie.

#### **OCDE – Lignes Directrices sur le gouvernement d'entreprise des entreprises publiques**

Les entreprises publiques devraient observer des normes de transparence rigoureuses conformément aux *Principes* de gouvernance d'entreprise de l'OCDE. Les entreprises publiques doivent publier des informations significatives sur toutes les questions décrites dans les *Principes* de gouvernance d'entreprise de l'OCDE et doivent en outre s'attacher à celles qui concernent plus spécifiquement l'État actionnaire et le grand public.

1. Une déclaration claire sur les objectifs de l'entreprise et un rapport sur leur réalisation ;
2. La structure du capital et la répartition des droits de vote de chaque entreprise ;
3. Les facteurs de risque significatifs, ainsi que les mesures prises pour y faire face ;
4. Les aides financières éventuelles, notamment les garanties reçues de l'État et les engagements pris par l'État pour le compte des entreprises publiques ;
5. Toute transaction significative avec des parties apparentées.

Source: OCDE (2015a, b).

réunis, il est difficile de produire un suivi analytique par pathologie et une tarification à l'activité exacte.

**La publication régulière de rapports consolidés est variable dans les pays de l'étude.** Au Bénin, la tutelle publie annuellement un annuaire des statistiques sanitaires. En Côte d'Ivoire, la consolidation d'information est limitée, dans un contexte post-crise. Au Sénégal, le dernier rapport consolidé de la DES sur les EPS date de 2009.

## Contrôle Interne

**Dans les trois pays, les hôpitaux sont soumis au contrôle de l'État<sup>24</sup>.** Il inclut : (i) l'Inspection Générale de la Santé (Côte d'Ivoire, Bénin) qui, placée sous l'autorité du ministère de la Santé, procède à tout contrôle administratif, financier et technique des hôpitaux ; (ii) l'Inspection Générale de l'État (Sénégal<sup>25</sup>) qui, placée sous l'autorité du président de la République, répond à des demandes spécifiques des autorités ; (iii) l'Inspection Générale des Finances (Côte d'Ivoire) qui assure le contrôle de la budgétisation des

---

<sup>24</sup> L'application des systèmes de contrôle n'a pas pu être vérifiée en détail durant les missions.

<sup>25</sup> Le secteur hospitalier sénégalais a fait l'objet d'un contrôle en 2013.

crédits par la Direction des Affaires Financières du ministère de la Santé. Ces différents dispositifs sont inégalement mis en œuvre selon les pays.

## **Contrôle Externe**

**Le contrôle externe des hôpitaux est inclus dans le mandat de la Cour des comptes dans les trois pays.** Le contrôle par la Cour des comptes<sup>26</sup> comprend notamment un contrôle juridictionnel des comptes ainsi qu'un contrôle de gestion des établissements. Dans le cas du Bénin, le contrôle est élargi à un audit d'attestation de performance du ministère de la Santé, qui prépare annuellement un rapport de performance. Au Sénégal, la Cour des comptes a récemment réalisé un rapport sur le service des urgences.

**Certains établissements sont en outre soumis à des audits de commissaires aux comptes.** Les hôpitaux sont, au Bénin et au Sénégal, soumis à un contrôle de commissaires aux comptes, qui procèdent, à travers des audits annuels, à la vérification approfondie des comptes. L'encadré 22 présente un récapitulatif des procédures en termes de transparence administrative et financière dans les trois pays.

---

26 Chambre des comptes dans les cas du Bénin et de la Côte d'Ivoire.

## ENCADRÉ 22

## Transparence Administrative et Financière — Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal

	Normes Comptables	Transmission des Rapports Financiers et d'Activités (Hôpitaux)	Rapports Consolidés (Tutelle)	Système d'Information Médical	Audit Externe
Bénin	SYSCOHADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission des informations non systématique ;</li> <li>• Délais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport annuel des statistiques sanitaires (dont les hôpitaux).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information traitée sur support papier ;</li> <li>• Hormis une expérience pilote à Savalou.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chambre des comptes ;</li> <li>• Commissaires aux comptes.</li> </ul>
Côte d'Ivoire	Comptabilité publique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission des informations non systématique ;</li> <li>• Délais.</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information traitée sur support papier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chambre des comptes.</li> </ul>
Sénégal	SYSCOHADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission des informations non systématique ;</li> <li>• Délais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport consolidé sur le secteur hospitalier, mais irrégulier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information traitée sur support papier (système d'information prévu par la réforme mais non mis en œuvre).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cour des comptes ;</li> <li>• Commissaires aux comptes.</li> </ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.



## CHAPITRE 1.7

# Conclusion et Perspectives

**Cette revue des cadres de gouvernance des hôpitaux publics au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal a permis d'analyser les arrangements existants au regard des « bonnes pratiques » de gouvernance des entreprises publiques et entités paraétatiques.** L'encadré 23 récapitule ces « bonnes pratiques » pour les principales dimensions de gouvernance des entreprises publiques et entités paraétatiques analysées dans cette étude.

**Les principaux défis identifiés dans les trois pays portent sur : le cadre légal et l'autonomie des hôpitaux ; l'organisation de la tutelle ; la transparence.** Les défis en matière de cadre légal portent sur son application, ainsi que les difficultés de mise en œuvre de l'autonomie des hôpitaux. En matière de tutelle, les difficultés clefs portent sur l'organisation, la fragmentation, le positionnement institutionnel, et les capacités de l'autorité de tutelle. Enfin, les défis liés à la transparence incluent la transmission limitée des informations des hôpitaux vers la tutelle, et la consolidation limitée des tendances du secteur (encadré 24).



## ENCADRÉ 23

## Bonnes Pratiques en Matière de Gouvernance des Entreprises Publiques et Entités Paraétatiques

Dimensions de Gouvernance	Bonnes Pratiques
<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre légal clair couvrant l'ensemble du « secteur » des entreprises publiques et entités paraétatiques.</li> <li>• Définition du statut juridique des entités.</li> </ul>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désignation d'une entité spécialisée au niveau de l'État assurant un suivi efficace et régulier de la performance financière et non-financière du secteur.</li> <li>• Tendance internationale vers une centralisation de la fonction de tutelle dans une seule structure pour assurer un suivi global et cohérent de l'ensemble des entités (« modèle centralisé »).</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des mandats et objectifs.</li> <li>• Développement d'indicateurs de performance financiers et non-financiers.</li> <li>• Elaboration d'accords de performance entre l'État (tutelle) et les entités.</li> <li>• Suivi et évaluation de la performance des entreprises publiques et entités paraétatiques.</li> </ul>
<b>Conseils d'Administration (CA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection transparente et méritocratique des membres des CA.</li> <li>• Spécialisation professionnelle et indépendance des membres des CA.</li> <li>• Concentration sur le rôle principal du CA : organe autonome responsable des décisions stratégiques au niveau de l'entité et du suivi de la direction exécutive.</li> <li>• Principe d'autonomie des CA assurant à la fois une redevabilité forte envers l'État actionnaire (tutelle) et l'autonomie de gestion au quotidien par la direction de l'entreprise publique ou entité paraétatique.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles et critères clairs en matière d'information financière et non-financière.</li> <li>• Publication de rapports annuels consolidés sur le secteur par la tutelle.</li> <li>• Publication régulière de rapports d'audit externe indépendant.</li> <li>• Contrôle interne effectif.</li> </ul>

Source : OCDE (2015a), Banque mondiale (2014a), consolidation Banque mondiale.

**L'étude a permis d'identifier des opportunités de renforcement prioritaires susceptibles de générer des effets de leviers sur la performance des hôpitaux.** Si les rapports pays (parties 2, 3, et 4) présentent plus en détail les opportunités de renforcement du cadre de gouvernance selon le contexte du pays, les *Tendances Régionales* visent à présenter les dimensions prioritaires, communes aux trois pays. Ces opportunités communes convergent vers trois dimensions de gouvernance et pourraient avoir des

**ENCADRÉ 24**

**Défis Communs aux Trois Pays de l'Étude**

	<b>Bénin</b>	<b>Côte d'Ivoire</b>	<b>Sénégal</b>
<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre légal fragmenté dans plusieurs textes, rendant application et suivi difficiles.</li> <li>• Semi-autonomie et autonomie théoriques pour les hôpitaux régionaux et périphériques, respectivement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés d'application du cadre juridique.</li> <li>• Structure d'EPIC inadaptée aux EPN.</li> <li>• Hôpitaux régionaux (CHR) et généraux (HG) parfois désavantagés par l'absence d'autonomie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption non-exhaustive des textes d'application de la réforme.</li> </ul>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction dépourvue de capacité de décision.</li> <li>• Implication de plusieurs directions du ministère de la Santé dans la tutelle des hôpitaux, rendant cette fonction fragmentée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'une direction dédiée aux hôpitaux.</li> <li>• Tutelle fragmentée entre différentes directions centrales.</li> <li>• Existence de chevauchements de mandats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactions limitées entre les deux ministères de tutelle (Santé et Finances).</li> <li>• Capacités limitées de la tutelle (DES) en matière de ressources humaines, formation du personnel, et ressources budgétaires.</li> <li>• Coordination limitée entre la DES et les autres acteurs au sein du ministère de la Santé.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de l'information variable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de contrôle des commissaires aux comptes.</li> <li>• Contexte de post-crise avec un contrôle encore limité.</li> <li>• Transmission des informations des hôpitaux vers la tutelle limitée.</li> <li>• Absence de publication annuelle sur le secteur.</li> <li>• Publication et consolidation des informations limitée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission non systématique des rapports d'activité et des états financiers.</li> <li>• Consolidation limitée au niveau de la tutelle.</li> </ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.

effets de levier importants sur la performance des hôpitaux : le cadre légal et réglementaire, la tutelle de l'État, et les effets de levier importants sur la performance des hôpitaux : le cadre légal et.

## **Cadre Juridique et Réglementaire**

**La répartition des rôles et des responsabilités des parties prenantes dans un cadre juridique clair et effectif optimiserait le fonctionnement du secteur.** L'application effective d'un cadre légal clairement défini à travers la présentation détaillée des différents organes intervenant dans la gouvernance des hôpitaux (tutelle, conseil d'administration, direction exécutive, organes consultatifs, organes de contrôle internes et externes), et de leurs mandats respectifs pourrait être une première étape vers l'amélioration de la gouvernance. Cette étape semble reconnue comme étant un prérequis essentiel au fonctionnement optimal du secteur. Ce partage des responsabilités pourrait prendre en compte différents paramètres liés au système de gouvernance des hôpitaux tels que : les régimes d'autorisation, la stratégie, la gestion des ressources humaines et financières, le traitement de l'information, la qualité, le contrôle.

**L'organisation de la gouvernance des hôpitaux selon un modèle d'autonomie pourrait pallier le défi de responsabilisation des hôpitaux.** Une responsabilisation accrue des hôpitaux, via un statut autonome accompagné d'une tutelle forte et de mécanismes de suivi et de contrôle, semble avoir des effets positifs sur leur performance. Maintenir le caractère public des structures, tout en renforçant leur capacité d'initiative pourrait créer un contexte favorable à une meilleure affectation des ressources et à la dynamisation des hôpitaux, en les encourageant à s'adapter aux spécificités de la demande sur leur territoire. Dans ce sens, l'expérience du Sénégal semble avoir positivement responsabilisé les hôpitaux à travers une configuration dans laquelle la tutelle se concentre sur un rôle de suivi et de contrôle stratégique du secteur, avec des objectifs de gestion opérationnelle définis par des contrats de performance, responsabilisant les hôpitaux vis-à-vis de l'État et du public.

## **Tutelle du Secteur Hospitalier**

**Le renforcement des capacités humaines et financières des tutelles leur permettrait d'assurer plus efficacement leur rôle de supervision et de suivi du secteur.** Ceci est particulièrement important dans le cadre de l'autonomie des hôpitaux qui nécessite, en contrepartie, une présence forte

de la tutelle : celle-ci doit s'assurer de la cohérence globale du système hospitalier, de son intégration dans le système de santé, et du respect des missions fondamentales du service public de santé. L'expérience sénégalaise a soulevé l'importance d'une supervision au niveau de l'administration centrale suffisamment forte et légitime. L'autonomie, qui a modifié en profondeur le système et les relations entre l'État et les hôpitaux, a accru l'importance du rôle de tutelle de l'État, qui nécessite des capacités financières et humaines suffisantes pour piloter la politique hospitalière et assurer un suivi efficace des structures. Un renforcement des capacités des tutelles, qui restent faiblement dotées en ressources humaines et opérant avec des budgets limités, appuierait leur autorité et leur crédibilité.

**Une communication et une coordination renforcées entre les services centraux de tutelle renforceraient l'action de la tutelle.** Les interactions limitées entre les différentes parties prenantes (ministères, directions, services centraux) peuvent mener à une fragmentation de la tutelle. Cette situation peut ainsi contribuer à des décisions non concertées entre les autorités de tutelle, ainsi qu'à des chevauchements dans les rôles et mandats des parties prenantes. Une coordination accrue et des interactions fréquentes entre les directions rendraient le suivi global du secteur plus efficace et aurait un effet positif sur la performance des tutelles<sup>27</sup>.

## Transparence

**Restaurer une communication régulière entre les hôpitaux et l'État renforcerait le niveau d'informations au niveau de la tutelle et pourrait ainsi réduire le risque budgétaire associé au secteur.** Il existe à ce jour peu d'informations sur le secteur hospitalier, et l'information disponible ne fait pas systématiquement l'objet d'analyses consolidées auprès des entités de tutelle. Restaurer un cadre propice à la transmission des informations relatives aux hôpitaux renforcerait la transparence du secteur, à travers, notamment, l'organisation de routines de communication et le développement des outils appropriés permettant la collecte cohérente et fiable de données. D'autre part, l'actualisation régulière de l'information au niveau de la tutelle permettrait un suivi efficace du secteur et réduirait le risque budgétaire lié. Cette information pourrait inclure des informations financières et budgétaires ainsi que des données d'activité pour chaque hôpital, faisant

---

<sup>27</sup> Concernant la Côte d'Ivoire, la création envisagée d'une Direction des Hôpitaux pourrait, de façon complémentaire, limiter la fragmentation de la tutelle ainsi que les chevauchements de mandats, et faciliterait un suivi optimal du secteur. Ce point est plus détaillé dans le rapport-pays.

l'objet d'une publication au niveau de la tutelle. Enfin, cette collecte d'information pourrait être renforcée par la mise en place progressive de systèmes d'information hospitaliers, qui faciliteraient la gestion de l'information dans un contexte plus standardisé. Cette information serait enfin contrôlée par des audits indépendants réalisés selon une fréquence régulière.

**La mise en place d'une contractualisation entre les hôpitaux et la tutelle renforcerait la responsabilisation des acteurs et maintiendrait un contrôle central fort.** L'amélioration de la fréquentation hospitalière passe par des améliorations qualitatives et la responsabilisation des gestionnaires et des médecins des structures. A cet effet, la mise en place d'une contractualisation, entre d'une part la tutelle et d'autre part, les hôpitaux, pourrait être un élément d'accompagnement des deux premières mesures (discutées précédemment) et contribuerait à leur renforcement. Elle pourrait se faire par la mise en place de contrats de performance, prévoyant des cibles de performance contrôlées par la transmission régulière d'informations clés sur les structures, contenant des indicateurs financiers et d'activité.



PARTIE 2

## **Le Cas du Bénin**



## CHAPITRE 2.1

# Panorama du Secteur Hospitalier au Bénin

### Contexte et Historique du Secteur Hospitalier

**A l'instar de nombreux pays africains, le Bénin a participé à plusieurs initiatives dans le domaine de la santé dans les années 1970–80.** D'abord, à travers l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) contenue dans la déclaration d'Alma Ata (1978) et réaffirmée lors de la conférence de Ouagadougou (2008), dont les principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Le pays a également souscrit à l'Initiative de Bamako, en 1987, qui met l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé, soutenant ainsi la mise en œuvre du programme élargi de vaccination intégré aux SSP.

**L'organisation hospitalière telle que connue aujourd'hui prend racine dans les années 1990.** Durant cette période, une nouvelle Constitution est adoptée et le cadre réglementaire des hôpitaux s'organise. Le statut juridique des hôpitaux est défini dans un ensemble de textes, et le découpage territorial en zones sanitaires est mis en place en 1995.

**Afin de pallier les insuffisances du financement des hôpitaux, le Gouvernement a lancé le financement basé sur les résultats (FBR) en 2010.**



Le FBR permet de tracer l'évolution de la gestion financière et de l'activité des structures, au moyen d'indicateurs et de cibles de suivi des performances, et de verser le financement associé. Il contribue ainsi au renforcement de la performance du secteur.

**Face au manque de moyens des hôpitaux, l'opération « 120 jours pour équiper les hôpitaux et centres de santé du Bénin » a été lancée en 2012.**

Cette opération était une initiative du ministre de la Santé, née des constats indiquant que le secteur hospitalier était affecté, entre autres, par la vétusté et l'insuffisance des matériels médicaux ; et la démotivation du personnel médical.

### **Perspectives de Réformes Envisagées par le Gouvernement**

**Le Gouvernement envisage plusieurs mesures portant principalement sur l'accès au système de santé et à la planification de l'offre hospitalière.** Ces initiatives, susceptibles de modifier à la fois la demande de soins et l'offre hospitalière, incluent :

- **Le renforcement de l'accessibilité financière**, avec la mise en place du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) selon un engagement pris par le président de la République, actuellement en test dans certaines zones ;
- **L'évolution du dispositif hospitalo-universitaire**, avec l'extension de l'espace hospitalier universitaire (EHU) aux hôpitaux de Porto-Novo et d'Abomey-Calavi et la généralisation dans cet espace des conditions préférentielles d'emplois des hospitalo-universitaires ;
- **L'intéressement aux résultats**, dans le cadre du Programme de Renforcement du Système de Santé (PRSS). Ce dernier vient d'obtenir le soutien du Fonds mondial, ce qui devrait permettre sa généralisation à la majorité des zones sanitaires pour les 3 ans à venir ;
- **La planification stratégique**, avec un projet d'élaboration, en complément de la carte sanitaire, d'une carte hospitalière selon une conception normative et centrale ;
- **Le projet de création d'un hôpital de référence régional**, destiné prioritairement aux pathologies justifiant actuellement des évacuations, et ce dans le cadre d'un partenariat public privé (PPP) dont le portage privé n'apparaît pas à ce jour identifié ;
- **La mise en gestion privée sous contrat de structures hospitalières nouvellement construites**, comme l'hôpital de zone de Djidja dans le Zou, même si jusqu'à présent aucun partenaire privé n'a fait acte de candidature.

## Ressources Financières, Matérielles et Humaines

### Ressources Financières

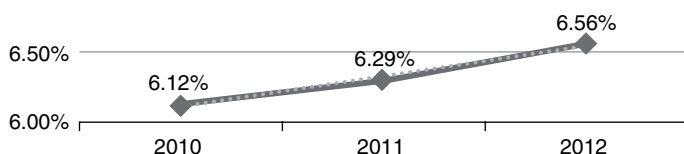
**La part de la santé dans le budget de l'État a connu une légère croissance entre 2010 et 2012, passant de 6,12 % à 6,56 % du budget.** Avec 58 milliards de FCFA, le montant engagé en 2012 est le plus élevé (graphique 3). Il reste en pourcentage du budget de l'État inférieur à l'engagement d'Abuja en 2000 de 15 % et à la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 10 %.

**Selon le dernier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), les hôpitaux consomment environ 30 % des ressources allouées au secteur de la santé.** 55 % et 14 % sont dédiés aux centres de santé et à l'administration générale, respectivement (République du Bénin 2009).

**Le financement des hôpitaux est de type hybride : il inclut une subvention de l'État et les ressources propres.** L'hôpital a 3 sources de financement : (i) une subvention de fonctionnement de l'État ; (ii) les recettes de la prestation de soins ; (iii) le bénéfice sur la revente de médicaments. La part relative de ces ressources est variable selon les établissements. Ainsi, le budget du CHD de Porto Novo est assuré à 57 % par ses recettes propres (prestations et ventes de médicaments), l'hôpital de zone de Savalou à 75 %, le CNHU à 77 % (graphique 4). L'hôpital privé de Ménontin fonctionne pratiquement sans aucune aide de l'État, en assumant entièrement le salaire de son personnel et les frais divers tels que l'eau et l'électricité.

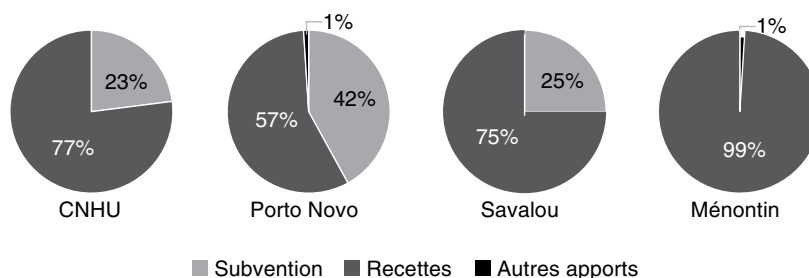
**Le financement de la santé au Bénin reste largement à charge des ménages et les mesures de protection sociale ne bénéficient qu'à un faible pourcentage de la population.** D'après les comptes de la santé (République du Bénin 2013), les ménages assurent en 2013 40 % des dépenses de santé. De plus, moins de 20 % de la population bénéficie des modalités de protection sociale, en comptant les ayants droits. Il s'agit d'une part des fonctionnaires, qui bénéficient d'une prise en charge par l'État dont le remboursement aux hôpitaux est différé ; et d'autre part, des employés des entreprises

**GRAPHIQUE 3 : Poids du Budget Santé dans le Budget de l'État au Bénin**



Source : République du Bénin, Ministère de la Santé.

**GRAPHIQUE 4 : Composition des Ressources Financières des Hôpitaux au Bénin, 2012**



Source : Rapports d'activité des hôpitaux, consolidation Banque mondiale.

privées qui cotisent à des mutuelles de santé<sup>28</sup>. Néanmoins, l'allègement du poids financier reste faible puisque la majorité des mesures de protection sociale ne couvre que les petits risques (consultation curative primaire, consultation pré/post natale, accouchement normal, médicaments essentiels) qui sont pris en charge au niveau des dispensaires, centres de santé d'arrondissement et communaux.

**Le reste à charge pour le patient inclut différents types de frais.** Il inclut : (i) les médicaments et consommables ; (ii) les compléments d'entretien du patient ou de ces accompagnants ; (iii) les surplus tarifaires officiels comme la surtaxe pratiquée par des établissements privés à but non lucratif pour la prise en charge des césariennes gratuites, justifiée par l'insuffisance des remboursements de la prestation<sup>29</sup> ; (iv) les paiements occultes tels que les pourboires et les dessous de table : ceux-ci seraient particulièrement fréquents et importants dans le service public.

## Infrastructures et Équipements

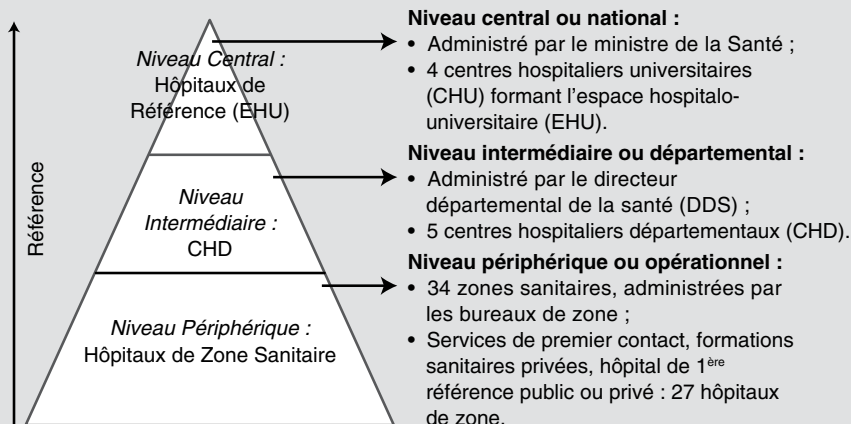
**Les hôpitaux sont organisés selon une pyramide sanitaire incluant trois niveaux de spécialisation et d'équipement.** Les niveaux de soins sont organisés selon un système de référence et contre-référence afin d'assurer la continuité des soins entre les niveaux, compte-tenu des techniques et des moyens de prise en charge (encadré 25):

- **Niveau central** : composé des hôpitaux disposant d'un plateau technique performant et de ressources humaines qualifiées, tels que les centres

<sup>28</sup> Elles existent depuis les années 1990. En 2010, leur nombre était estimé à 201, par rapport à 11 en 1997.

<sup>29</sup> Son coût réel serait de 135 000 FCFA alors que le tarif de remboursement de l'État n'est que de 100 000 FCFA.

## Pyramide Sanitaire au Bénin



Source : Politique Nationale de Santé (PNS), consolidation Banque mondiale.

hospitaliers universitaires (CHU), placés sous la coordination du ministère de la Santé ;

- **Niveau intermédiaire :** composé des centres hospitaliers départementaux (CHD), coordonnés par les directions départementales de la santé (DDS) ;
- **Niveau périphérique :** composé des structures de premier contact, coordonnées par les bureaux de zone.

**Ces niveaux suivent le découpage du territoire organisé en zones sanitaires.** Elles sont au nombre de 34 (annexe 5) et leur constitution repose sur 5 critères : population, accessibilité géographique, affinité socioculturelle des populations, disponibilité en structures sanitaires, et conformité avec le découpage administratif. En 2013, 27 des 34 zones sanitaires disposaient d'un hôpital théoriquement doté des ressources appropriées. En pratique, tous ces établissements ne sont pas fonctionnels, certains hôpitaux de zone et certains CHD manquent de ressources humaines adaptées, sont insuffisamment équipés ou non-fonctionnels.

**Le Bénin compte au total 36 hôpitaux.** Ils incluent 27 hôpitaux de zone (HZ) au niveau périphérique, 5 centres hospitaliers départementaux (CHD) au niveau intermédiaire et les 4 centres hospitaliers universitaires (CHU) formant l'espace hospitalier universitaire (EHU) au niveau central (annexe 6).

**La médecine traditionnelle joue également un rôle dans l'offre de soins.** Dans le cadre de la promotion de la médecine traditionnelle, le ministère de la Santé œuvre à la valorisation des ressources thérapeutiques locales. A ce titre, des guérisseurs traditionnels peuvent être représentés au conseil d'administration. La pharmacopée et la médecine traditionnelle occupent ainsi une grande place dans l'offre de soins.

**Des projets sont envisagés pour répondre à l'insuffisance des plateaux techniques, qui provoquent des transferts de patients à l'étranger.** Certains patients, porteurs de pathologies ne pouvant être prises en charge sur place en raison de l'insuffisance du plateau technique et/ou des compétences médicales spécialisées, sont souvent transférés vers des établissements étrangers. Ainsi est née l'idée de la création d'un hôpital de référence nationale. Il est envisagé que cet établissement, actuellement à l'état de projet, relève d'un partenariat public-privé (PPP).

**Les infrastructures existantes et les équipements sont marqués par un faible développement technique.** Pour prendre quelques exemples, le pays ne possède à ce jour aucune IRM, n'a pas d'équipements de coronarographie, n'a pas de réanimation néo-natale. Certaines spécialités, comme par exemple la médecine nucléaire, ne possèdent pas d'équipement, alors que des spécialistes ont été formés à l'étranger.

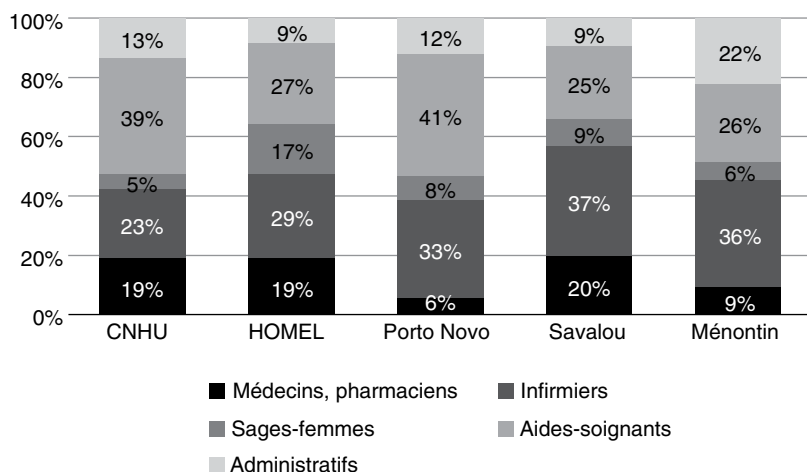
## Ressources Humaines

**Le personnel hospitalier comprend du personnel médical, para-médical et administratif.** Le poids du personnel administratif est approximativement de 20 % sauf dans l'hôpital privé de Ménontin et de façon plus surprenante au CHD de Porto Novo. A l'inverse, les ressources médicales sont particulièrement élevées (22 %) à Ménontin et restent inférieures à 14 % dans le public y compris au CNHU (graphique 5).

**L'État est le premier employeur des hôpitaux.** Si la répartition statutaire est variable selon les hôpitaux, le personnel hospitalier est en majorité du personnel de l'État (graphique 6), à l'exception de l'hôpital privé de Ménontin ; et de l'HOMEL qui applique une politique de qualité de prestation et recrute sur fonds propres du personnel qualifié.

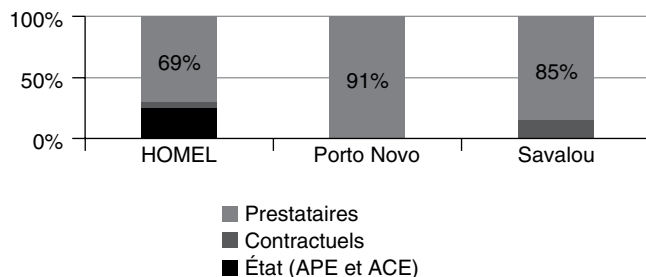
**De façon générale, les hôpitaux disent manquer de personnel, et en particulier de personnel qualifié.** Le ratio effectif/nombre de lits est compris entre 1 et 1,7. L'HOMEL fait exception, les soins de la mère et du nouveau-né exigeant plus de personnel. Le personnel soignant qualifié dans l'ensemble du système de santé est inférieur aux recommandations de l'OMS avec 8,6 agents/1000 habitants contre les 25 recommandés. D'autre part, la répartition géographique des personnels est fortement inégale.

**GRAPHIQUE 5 : Répartition du Personnel dans les Hôpitaux au Bénin, 2012/2013**



Source : Rapports d'activité des hôpitaux, consolidation Banque mondiale.

**GRAPHIQUE 6 : Répartition Statutaire des Effectifs — HOMEL, Porto Novo et Savalou, 2012/2013**



Source : Rapports d'activité des hôpitaux, consolidation Banque mondiale.

**Au-delà du déficit quantitatif, des difficultés de gestion et de mobilisation des ressources humaines sont rencontrées.** Parmi elles : (i) des conditions d'emploi jugées peu attractives ; (ii) des conditions d'intégration des personnels contractuels des hôpitaux au sein de la fonction publique non satisfaisantes ; (iii) l'impossibilité pour les hôpitaux de sanctionner les agents n'assurant pas correctement leur service (certains agents ne rejoignent pas leur poste lorsqu'ils sont nommés en périphérie); (iv) la pratique d'activités privées aux dépens du service public hospitalier. L'extension des mesures d'intéressements aux résultats à la majorité des hôpitaux de zone et aux CHD devraient permettre de lutter contre ces dysfonctionnements.

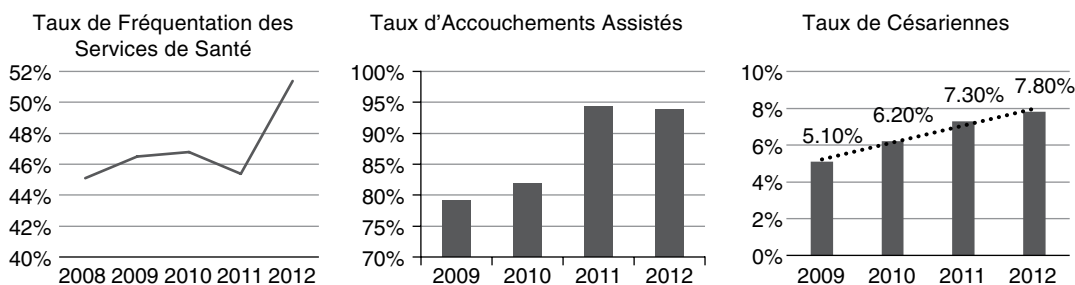
## Performance en Termes de Prestation de Soins

**Les statistiques sanitaires<sup>30</sup> montrent une activité en croissance entre 2008 et 2012.** Le taux de fréquentation des services de santé (rapport du nombre de patients sur la population globale) a augmenté de 13 % entre 2008 et 2012. Egalement, la croissance des taux d'accouchements assistés et de césariennes témoignent de l'amélioration de la confiance des usagers dans le système de santé (graphique 7). L'annexe 7 fournit une analyse détaillée de ces indicateurs.

**Les indicateurs d'activité hospitalière font également état d'une croissance de l'occupation des services passant de 30 % à 57 % entre 2010 et 2012.** Cette tendance de l'occupation des services a pu être constatée dans la plupart des établissements visités, dont l'HOMEL, les CHD et les hôpitaux de zone à l'exception de celui de Ouidah sans doute desservi par une situation assez excentrée par rapport à son bassin de population.

**Si l'augmentation d'activité globale est incontestable, elle semble assez différenciée entre les hôpitaux privés et les établissements publics.** Les hôpitaux privés paraissent, à l'image de l'hôpital de Ménontin, en limite de capacité, tandis que les taux actuels d'occupation des établissements publics présentent d'importantes capacités disponibles : c'est le cas au CNHU où les capacités litières et le plateau technique n'apparaissent pas saturés. A titre d'exemple, le scanner 16 barrettes récemment installé pourrait sans difficulté faire 3 ou 4 fois plus d'examens qu'il n'en fait<sup>31</sup>.

**GRAPHIQUE 7 : Fréquentation des Services de Santé, Accouchements Assistés et Césariennes\* au Bénin**



Source : Statistiques sanitaires, ministère de la Santé, République du Bénin. \* Données nationales.

30 Les statistiques présentées font référence aux statistiques sanitaires annuelles préparées par le ministère de la Santé. Elles concernent le système de santé dans son ensemble.

31 Prévision de 2 000 examens annuels pour une activité moyenne pour ce type d'appareil de plus de 8 000. ANAP (2010).

**Le renforcement de l'accessibilité aux soins, comme la gratuité des césariennes ou le régime d'assurance maladie universelle, explique en partie la croissance de la fréquentation des services.** Alors que la gratuité des césariennes est pratiquement généralisée, le régime d'assurance maladie universelle est en période de test. Ce dernier vise à régler, réguler, et coordonner les mécanismes de couverture du risque de maladie existant à l'échelle nationale. Il devrait être généralisé afin de permettre une gratuité de la prise en charge dans les structures publiques, sous condition d'adhésion et de paiement régulier des cotisations. Il est envisagé que les personnes vulnérables ne paient pas les cotisations.

## Performance Financière

**La procédure d'élaboration du budget et de validation des dépenses semble bien suivie.** Le processus, dont les étapes incluent avis des services, arbitrage, traduction financière des souhaits et présentation au conseil d'administration pour validation, est décrit de façon scrupuleuse et conformément aux textes. Le poids de la direction de l'hôpital est indéniable dans l'élaboration budgétaire, faite en collaboration avec le chef du Service des Affaires Administratives et Economiques, le chef du Service des Affaires Financières, et en concertation avec le président de la commission médicale et l'infirmier général. La composition du conseil d'administration permet au représentant du ministère de la Santé de s'assurer que l'hôpital respecte la politique sanitaire du pays. De plus, dans les hôpitaux de zone, la présence de représentants de la communauté permet de défendre des adaptations du budget.

**L'exécution du budget n'est pas toujours conforme au montant budgété, en particulier dans les hôpitaux de zone.** Dans les hôpitaux centraux et départementaux, les budgets exécutés se rapprochent des montants budgétés. C'est le cas du CHD de Porto Novo, où le résultat d'exploitation s'élève à 1 123 millions de FCFA de recettes en 2012, pour une projection budgétaire de 1 200 millions de FCFA. Des écarts plus importants sont en revanche relevés dans certains hôpitaux de zone, expliqués par des mouvements sociaux qui ont perturbé la fréquentation des hôpitaux<sup>32</sup>.

**L'approvisionnement en médicaments est le premier poste de dépenses.** Les achats constituent la charge principale des dépenses, dont la

---

<sup>32</sup> Il est à noter, comme cause d'écart potentiel, la confusion entre le « souhaité » et le « réalisable ». C'est le cas de l'hôpital de Ouidah dont le montant 2014 a été fixé à 750 millions de FCFA de recettes (contre 500 millions de FCFA en 2013) avec 250 millions de FCFA de prévision d'investissements (contre 50 millions de FCFA en 2013) sans que soient précisées les sources de financement.



pharmacie pour une part importante (58 % à Savalou). Cet achat engendre néanmoins un revenu proportionnel, dans la mesure où leur dispensation et le stock sont bien gérés.

**Le financement basé sur les résultats (FBR) a renforcé le suivi des performances financières des hôpitaux.** Ce mécanisme liant incitations financières et résultats accroît la responsabilisation et la motivation des hôpitaux et de leur personnel. Les effets attendus sont l'augmentation de la production des services de santé et la qualité des prestations par le suivi d'indicateurs et de cibles. Les hôpitaux de zone ont été soumis à la vérification mensuelle des prestations qu'ils déclarent et à l'évaluation de la qualité des soins et services depuis 2012.

**Les investissements restent limités.** Les projets d'investissements restent modestes (de l'ordre de 8 % des ressources pour le CNHU et le CHD de Porto Novo) et la contribution de l'État aux gros investissements l'est tout autant.

**La faiblesse de l'investissement explique en partie le niveau des infrastructures et de l'équipement.** Dans les hôpitaux visités, les infrastructures et équipements connaissent un faible développement technique. Nombreux sont les établissements qui ne disposent pas d'équipements de base pour assurer une prise en charge satisfaisante.

## CHAPITRE 2.2

# Cadre Juridique et Réglementaire

## Cadre Juridique du Secteur de la Santé et Décentralisation

**La protection de la santé de la population béninoise est assurée par l'État.** L'article 8 de la Constitution prévoit que l'État assure à tous ses citoyens l'égal accès à la santé, à travers le développement d'un secteur public hospitalier géré par la puissance publique destiné à assurer une offre publique de soins à coût réduit.

**La réforme de l'administration du territoire de 1999 a créé le département et opéré un transfert de compétences en matière de santé à la commune.** La loi N°97-028 du 15 janvier 1999 a réorganisé l'administration du territoire en trois volets : le découpage territorial, la déconcentration administrative et la décentralisation. Le découpage territorial a porté le nombre de départements de 6 à 12. La déconcentration administrative a permis le transfert de responsabilités et de pouvoirs au profit des départements ; et la décentralisation a mené à la dévolution par l'État de responsabilités au profit de la commune. En matière de santé, ces pouvoirs comprennent la réalisation, l'équipement, la réparation et l'entretien des centres publics de santé au niveau de l'arrondissement du village ou du quartier de ville. En revanche, la loi ne transfère à la commune aucun pouvoir sur leur gestion.

**Cette réforme s'est accompagnée d'une réorganisation du secteur de la santé en trois niveaux.** L'organisation du système de santé repose sur trois niveaux, à la fois sur le versant des soins et sur le versant administratif (encadré 26, partie 2.1 ; annexe 6).

**ENCADRÉ 26**

**Rappel sur l'Organisation Pyramidale du Secteur de la Santé au Bénin**

	Périphérique	Intermédiaire	Central
Versant Administratif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bureau de zone sanitaire (34 ZS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 directions départementales de la santé (DDS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministère de la Santé.</li> <li>Directions centrales.</li> </ul>
Versant Soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital de zone (HZ).</li> <li>Formations sanitaires de premier recours (centre de santé de commune, et d'arrondissement, formations sanitaires privée, unités villageoises de santé).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 centres hospitaliers départementaux (CHD).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centres hospitaliers universitaires (EHU).</li> </ul>

Source : Textes réglementaires.

**La gestion et les prises de décision sont conduites par les tutelles respectives de l'État, centrale ou déconcentrée :**

- **Au niveau de la zone sanitaire (ZS)**, le conseil de gestion de l'hôpital, le comité de santé et l'équipe d'encadrement de la ZS administrent l'hôpital et la ZS. L'équipe d'encadrement de la ZS est dirigée par le médecin coordonnateur de zone et comprend plusieurs cadres sanitaires, administratifs, financiers et techniques. Le bureau de zone rend compte à la direction départementale de la santé (DDS).
- **Au niveau intermédiaire**, la coordination est effectuée par le directeur départemental de la santé (DDS), chargé d'adapter les orientations stratégiques nationales aux spécificités régionales, de contrôler des normes et de fournir un appui technique aux équipes d'encadrement des ZS.

La pertinence de cet échelon intermédiaire n'est pas évidente pour les hôpitaux, dans la mesure où les directeurs, souvent médecins de santé publique, ne sont pas toujours au fait des problématiques hospitalières.

- **Au niveau central**, niveau de la conception et des décisions en matière de politique de développement sanitaire, le Cabinet du ministre, le Secrétariat général et les directions centrales assurent la coordination d'ensemble.

## Structure Juridique des Hôpitaux

### Statuts des Hôpitaux

**Les centres hospitaliers départementaux (CHD) ont le statut d'établissement semi-autonome.** Selon le décret N°90-347 du 14 novembre 1990, le CHD, dont l'organe délibérant est le conseil d'administration (CA) est présidé par le représentant du ministre de la Santé et ne dispose que d'une autonomie réduite en matière d'investissement et d'emploi.

**Les autres hôpitaux sont structurés sous la forme d'Offices à caractère social, culturel et scientifique.** Création de la loi N°94-009, les Offices publics à caractères social, culturel et scientifique sont dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

**L'hôpital de zone est doté de la personnalité morale et jouit en principe de l'autonomie de gestion.** Placé sous la double tutelle administrative et technique du ministère de la Santé, l'hôpital de zone jouit, aux termes du décret N°2002-0113 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone, de l'autonomie de gestion. Administré par un organe délibérant dénommé conseil de gestion dont les membres sont nommés par arrêté du ministre de la Santé, l'hôpital de zone public ne dispose cependant que d'une faible autonomie de gestion, dès lors que les décisions en matière d'emploi et d'investissement sont très largement prises par les autorités de tutelle.

**Le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) et quelques autres formations sanitaires sont organisés suivant un statut spécifique.** Le CNHU a connu plusieurs modifications de statut depuis 1962, dont la dernière date d'août 2012 (annexe 8). Le CNHU est la seule formation sanitaire publique disposant d'une véritable autonomie de gestion, qui se reflète à la fois dans la composition de son budget et dans la composition de son personnel. La subvention de l'État ne représente que 12 % des ressources, et près de 90 % du personnel est conventionné et rémunéré directement par l'hôpital.

**En réalité, les hôpitaux ont un régime juridique plus proche de services déconcentrés de l'État que d'établissements autonomes.** Hormis le

CNHU, qui dispose d'une réelle autonomie financière, la gestion des hôpitaux publics dépend directement du ministère de la Santé ou de la subdivision administrative qui le représente, la DDS. Le directeur de l'hôpital et la majeure partie des personnels sont nommés directement par le niveau central. Les présidents des conseils d'administration aux niveaux central et intermédiaire sont des représentants du ministère de la Santé. L'investissement est géré depuis une direction centrale du ministère de la Santé et de ses relais déconcentrés, et les règles des finances publiques de l'État s'y appliquent.

## Régime d'Emploi

**Le personnel hospitalier reste essentiellement du personnel d'État.** Les hôpitaux publics emploient selon les textes quatre types de personnel, recrutés aux niveaux central et local: les deux premières, composées des agents de l'État, sont majoritairement représentées ; alors que les deux dernières font l'objet d'une intégration progressive à la fonction publique et sont de moins en moins répandues :

- **les agents permanents de l'État (APE) :** les APE sont régis par les statuts particuliers de leurs corps et l'appréciation de leur productivité ne peut se faire que suivant les normes et procédures de la fonction publique. Parmi les APE figurent les enseignants de la faculté des sciences de la santé qui ont une double activité d'enseignement et de soins mais qui relèvent uniquement du ministère de l'Enseignement Supérieur. Cette double appartenance pose le problème de l'autorité du ministère de la Santé sur leur activité soignante ;
- **les agents contractuels de l'État (ACE) :** les ACE sont recrutés par le ministère de la Fonction Publique (MFP) sur des contrats de deux ans renouvelables et gérés par le MFP. Les ACE peuvent devenir agents permanents après une période de service de quatre ans ;
- **les agents contractuels engagés dans le cadre d'un programme spécial appelé « Mesure sociale » :** ce sont des postes financés par l'État, à partir de ressources allouées dans le cadre des mesures sociales prises par le Gouvernement en 2000. Leur situation administrative est précaire, dans la mesure où le renouvellement des contrats l'année suivante dépend de la disponibilité de crédits affectés à cette fin ;
- **les agents contractuels engagés grâce à des fonds communautaires :** ils sont recrutés par les formations sanitaires sur les ressources issues de la politique de recouvrement des coûts, pour combler le déficit en agents de l'État. Sur le plan contractuel, ils relèvent de l'autorité directe du comité de gestion du centre de santé ou du médecin-chef.

## Comptabilité

### **Le décret du 14 novembre 1990 relatif à la gestion et au financement des formations sanitaires rassemble les règles comptables et budgétaires.**

Ce décret demeure en application malgré un grand nombre de réformes. Il établit notamment une nomenclature budgétaire et comptable par référence au plan comptable national. En outre, il confie au responsable de structure, ordonnateur principal du budget, la charge d'établir une comptabilité des dépenses engagées, faisant fi de la distinction ordonnateur/comptable.

**La comptabilité est confiée à un agent comptable sous l'autorité de la direction de l'hôpital.** La loi N°94-009, suivie des décrets réglementant les différents statuts des formations sanitaires, sont venus imposer la nomination par le ministère des Finances sur proposition du ministère de tutelle d'un agent comptable. En revanche, l'agent comptable est placé sous l'autorité de la direction générale de la formation sanitaire.

**Le régime comptable appliqué est le SYSCOHADA.** La comptabilité de l'hôpital de zone et du CHD est tenue suivant les principes et normes internationales intégrées dans le SYSCOHADA, par un agent comptable. L'hôpital doit tenir une comptabilité d'engagement et non de paiement seulement, les écritures s'appuient sur des pièces justificatives valides, les enregistrements se font chronologiquement dans des comptes retenus dans le plan comptable, et les arrêtés sont mensuels. Le traitement comptable est assuré par le chef du Service aux Affaires Administratives et Financières (C/SAF). Il procède à l'imputation des pièces comptables, à l'enregistrement des pièces dans les journaux manuels, il saisit à l'informatique les imputations comptables et imprime le brouillard de saisie. Le C/SAF édite la balance générale mensuelle et analyse les comptes mois par mois.

**Au CNHU, le traitement comptable est assuré par un agent comptable public rattaché au directeur général.** Nommé par le ministre des Finances sur requête du ministre de la Santé, l'agent comptable a le statut d'agent comptable public astreint à la prestation de serment devant la juridiction compétente et à la constitution d'un cautionnement. L'agent comptable est directement rattaché au directeur général, non au ministère des Finances.

**Il n'existe pas d'harmonisation des présentations comptables, et les hôpitaux n'ont pas de système intégré de gestion comptable et administrative.** Nonobstant le plan comptable SYSCOHADA qui définit la nomenclature des principaux comptes, le traitement comptable n'est pas harmonisé dans les sous comptes, de sorte que la présentation comptable varie considérablement selon les hôpitaux. En outre, il n'existe pas de systèmes de gestion financière et de gestion des ressources humaines standardisés. Les systèmes comptables diffèrent sensiblement d'un établissement à un autre, allant du

plus simple traitement manuel à des traitements informatisés plus ou moins parcellaires. Seuls deux hôpitaux de zones, dont celui de Savalou, utilisent un système de gestion informatisé intégré.

## **Défis Liés au Cadre Légal et Réglementaire**

**Le cadre juridique est dispersé dans de nombreux textes, ce qui rend le suivi de l'application difficile.** Bien que des lois, des dispositions réglementaires, des politiques et des plans stratégiques exhaustifs aient été adoptés, le cadre juridique souffre d'un éparpillement et d'une multiplicité de régimes, nuisant à la sécurité juridique de la gouvernance des hôpitaux, et rendant les interventions des acteurs difficilement lisibles.

**Les défauts relevés lors des précédents diagnostics concernant l'application des lois et règlements demeurent.** Il a été évoqué au cours des entretiens une application incomplète des lois et réglementations, due à une volonté politique limitée d'appliquer la réglementation en vigueur, à des questions de capacités des différents acteurs, ou encore à l'insuffisance de ressources matérielles et humaines, notamment dans les corps d'inspection comme l'Inspection Générale du Ministère. Les difficultés d'application des textes sont illustrées dans le rapport d'évaluation de la gestion de l'hôpital de zone de Comé (encadré 27).

### **ENCADRÉ 27**

#### **Difficultés d'Application des Textes : Cas de l'Hôpital de Comé au Bénin**

- Absence de mise en place de certaines instances ;
- Non-conformité des actes administratifs par rapport aux textes ;
- Mise en œuvre non permanente des directives d'exemption et de gratuité des prestations ;
- Absence de mise aux normes des catégories professionnelles et absence d'outils de gestion ;
- Absence de contre-référence ;
- Faible développement du système d'information sanitaire, lié aux insuffisances de la production, diffusion et utilisation de l'information ;
- Démarche d'assurance qualité des soins non effective ;
- Absence de plan de formation du personnel, et de processus d'amélioration continue de la qualité des prestations.

Source : Ahanhanzo, Ouédraogo et Saisonou (2014).

## CHAPITRE 2.3

# Exercice de Tutelle de l'État

### Organisation de la Tutelle

**La tutelle des hôpitaux est assurée par le ministère de la Santé.**<sup>33</sup> La loi N°94-009 prévoit que les Offices sont soumis au contrôle du ministre de tutelle (encadré 28). Il l'exerce essentiellement pour vérifier si les objectifs fixés pour les Offices sont conformes aux orientations définies par le Gouvernement et s'assure de la qualité de la gestion de l'Office. Il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. L'article 3 du décret N°90-347 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux prévoit que le CHD est placé sous la tutelle du ministre de la Santé.

**A l'échelon central, la tutelle est divisée entre différentes directions ministérielles et à l'échelon local entre les DDS et les zones sanitaires.**

Au niveau central, la tutelle technique est exercée par le truchement de plusieurs directions techniques et centrales, tandis que la tutelle financière est exercée principalement par la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM). A l'échelon départemental et de la zone sanitaire, la tutelle

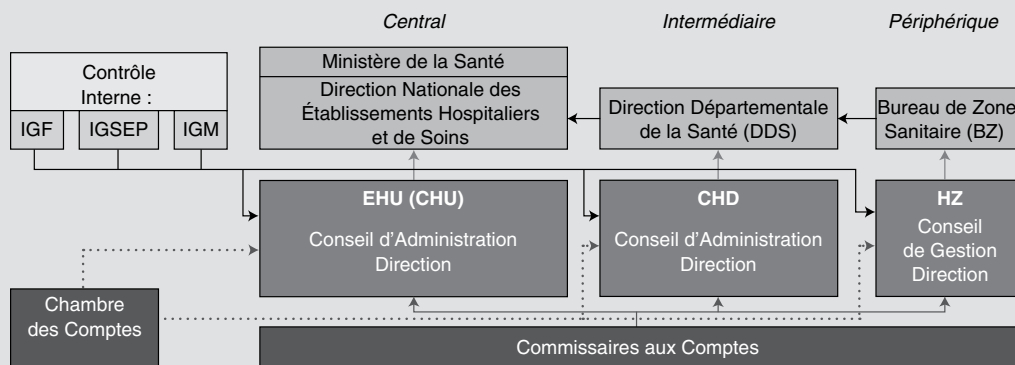
---

<sup>33</sup> En termes de gouvernance des entreprises publiques, cette configuration est considérée comme « modèle décentralisé », dans la mesure où il est sous l'autorité d'un ministère sectoriel.



## ENCADRÉ 28

### Régime de Tutelle des Hôpitaux au Bénin



Sources : Consolidation Banque mondiale. \*IGF : Inspection Générale des Finances ; IGSEP : Inspection Générale des Services et Emplois Publics ; IGM : Inspection Générale du Ministère ; EHU : Espace hospitalier universitaire.

est assurée par les directions départementales de la santé et par les bureaux de zone (encadré 29).

**La tutelle du ministère de la Santé s'exerce notamment au moyen de la transmission des délibérations de l'organe décisionnel aux autorités de tutelle.** Les textes prévoient la transmission d'un rapport circonstancié des délibérations des réunions du conseil d'administration des hôpitaux des niveaux central et intermédiaire à la tutelle. Le ministre de la Santé dispose alors d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur l'approbation, la suspension ou l'annulation des délibérations, après quoi elles deviennent exécutoires. Concernant les hôpitaux de zones, il s'agit d'une transmission simple non assortie d'un pouvoir de suspension, d'annulation ou d'approbation.

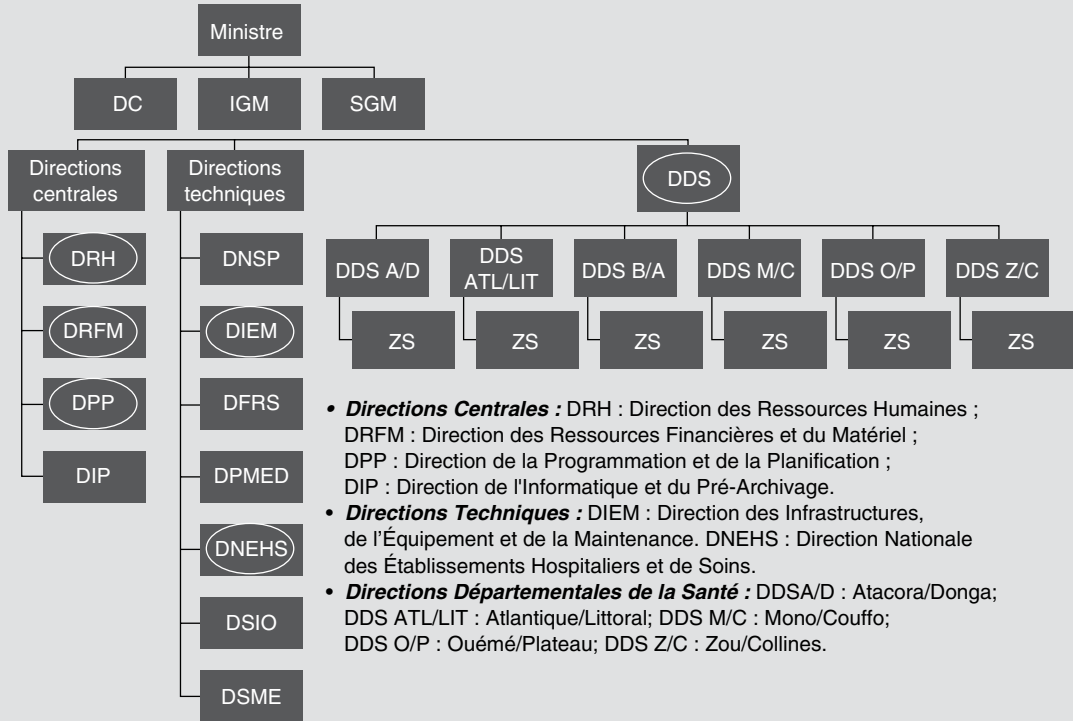
#### Direction des Hôpitaux : DNEHS

**La Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS) coordonne, en relation avec les autres directions, l'activité hospitalière.** Créée en 2005 sous la dénomination de Direction des Hôpitaux, la DNEHS est, selon les textes, le pivot de la tutelle hospitalière. Elle est chargée de :

- définir et concevoir la politique nationale des établissements hospitaliers et de soins ;
- définir les normes et standards des soins curatifs ;
- coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre de la politique nationale des établissements hospitaliers et de soins ;

ENCADRÉ 29

## Organigramme du Ministère de la Santé au Bénin



Source : Site du ministère de la Santé, <http://beninmoh.eu5.org/index1.html>.

- collaborer avec les établissements hospitaliers et de soins ;
- collaborer avec la DIEM pour tout ce qui concerne les infrastructures, les équipements médico-techniques et la maintenance hospitalière ;
- collaborer avec les ministères de l'Enseignement Supérieur, de l'Enseignement Secondaire et Technique en ce qui concerne la formation de base du personnel de santé.

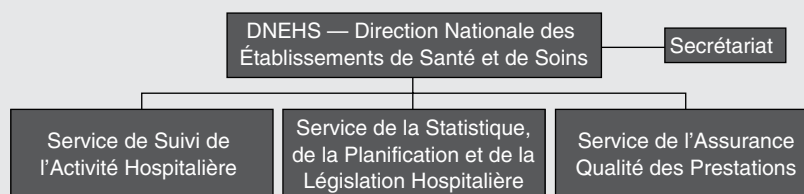
**La DNEHS est subdivisée en différents services.** Suivant un organigramme redéfini par arrêté du 9 décembre 2013, soit seulement un peu plus d'un an après la refonte de l'organigramme de tout le ministère dont la DNEHS, elle est composée (encadré 30) :

- d'un secrétariat ;
- d'un Service de Suivi de l'Activité Hospitalière (SSAH) ;

- d'un Service de la Statistique, de la Planification et de la Législation Hospitalière (SSPLH), qui regroupe le Service des Établissements Hospitaliers (SEH) et le Service de la Législation Hospitalière et des Soins (SLHS) qui continuent à opérer selon les règles précédant la refonte de l'organigramme ;
- un Service de l'Assurance Qualité des Prestations (SAQPS).

#### ENCADRÉ 30

### Composition de la Direction Nationale des Établissements de Santé et de Soins



Source : Textes et entretiens.

**Le Service de la Statistique, de la Planification et de la Législation Hospitalière (SSPLH) a en charge l'activité de planification et de suivi statistique, ainsi que l'organisation, la supervision et le contrôle des activités hospitalières des hôpitaux publics.** Le SSPLH, reflet de la DPP au sein de la DNEHS auquel il incombe notamment de coordonner l'élaboration des projets hospitaliers, a dans ses attributions l'essentiel du travail de tutelle. Il inclut la mise en œuvre de la politique nationale hospitalière, l'organisation du service public hospitalier, la supervision de la gestion des hôpitaux, l'institutionnalisation des nouvelles thérapeutiques, le contrôle du respect des normes et de la législation, la contractualisation avec le secteur privé et le suivi de l'activité et de l'application de la carte sanitaire hospitalière.

**La DNEHS ne dispose ni de la visibilité institutionnelle ni des moyens pour remplir le rôle qui lui est confié par les textes.** La DNEHS, avec seulement un effectif de 18 agents sur environ 500 pour tout le ministère de la Santé, se trouve dans une position peu visible institutionnellement et est en manque de capacités pour remplir sa mission. De fait, le rôle de coordonnateur que lui donnent les textes est réduit à un rôle d'appui d'autres directions ayant un pouvoir décisionnel plus important. Les hôpitaux ne connaissent pas bien la DNEHS. Peu lui transmettent leur budget après adoption par les

organes délibérants, ni leurs rapports d'activité. La coordination avec la DIEM est pour l'essentiel à sens unique. En outre, la tutelle technique, en ce qui concerne les soins infirmiers et obstétriques, échappe à la DNEHS et incombe à la Direction des Soins Infirmiers et Obstétriques. Il en est de même pour les ressources humaines sous la houlette de la Direction des Ressources Humaines.

## **Rôle des Autres Directions Centrales et Techniques**

**La véritable direction de tutelle technique est la Direction de la Programmation et de la Planification (DPP).** Responsable de la gestion du processus de planification du ministère<sup>34</sup>, la DPP (direction centrale) est, avec la DRFM, le centre névralgique de la tutelle. Elle est chargée, entre autres : (i) de la collecte, du traitement et de la diffusion de l'information nécessaire à la définition et au suivi de la politique de santé ; (ii) de l'élaboration du plan stratégique et du plan opérationnel du secteur ; (iii) du suivi et de l'évaluation du budget programme ; (iv) et de la mobilisation des financements. La DPP est de fait la direction de pilotage de tout le secteur, y compris des hôpitaux. C'est elle qui est destinataire de la collecte statistique provenant des hôpitaux qu'elle intègre dans l'annuaire statistique sanitaire. C'est la DPP, conjointement avec la DRFM, qui prépare chaque année le rapport de performance du ministère de la Santé, contenant une synthèse de ce qui a été mis en œuvre dans le secteur.

**La DPP pilote le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire béninois (SNIGS).** Outil fondamental de planification du secteur, le SNIGS a été mis en place en 1990 et dépend de la DPP. Il est chargé de recueillir des informations portant sur :

- **la gestion du système de santé** : ressources humaines, équipements et matériels, produits pharmaceutiques et données financières ;
- **les services de soins du système de santé** : nombre et types de consultations effectuées, incluant le diagnostic et les traitements prescrits associés, hospitalisations, interventions chirurgicales, activités diagnostiques (services de biologie, d'imagerie médicale et de transfusion), données de surveillance, notamment celles associées aux maladies transmissibles importantes ;
- **les services de soins infantiles et maternels, de planification familiale et de nutrition proposés par le système de santé.**

---

34 Décret portant attributions, organisation et fonctionnement du ministère de la Santé.

**La tutelle financière est assurée par la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM).** La DRFM, ordonnateur délégué du ministère de la Santé, est l'organe de conception, d'application et de contrôle des règlements, normes et procédures en matière de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles du ministère de la Santé. Elle est chargée :

- d'établir et faire appliquer les règles, normes et procédures de gestion des ressources budgétaires, financières et matérielles applicables à toutes les structures centrales et déconcentrées du ministère de la Santé ;
- d'assurer l'administration comptable et financière de l'ensemble des crédits et financements mis à la disposition du ministère, en tenir la comptabilité analytique et contrôler la gestion des unités déconcentrées ;
- de mobiliser et suivre l'utilisation optimale des ressources financières en collaboration avec la DPP ainsi qu'avec les autres directions du ministère de la Santé ;
- de centraliser les besoins, l'acquisition et la répartition des ressources matérielles ;
- de coordonner la préparation et l'établissement des projets de budget du ministère de la Santé en collaboration avec la DPP, les directions centrales, techniques et départementales ;
- d'assister le ministre aux conférences budgétaires et participer, aux côtés des directions centrales, techniques et départementales, à toutes les réunions ou travaux traitant des questions relatives aux ressources budgétaires, financières et matérielles du ministère ;
- de suivre l'exécution financière des contrats des marchés publics.

**La Direction des Ressources Humaines (DRH) assure la gestion stratégique et administrative du personnel de l'État mis à disposition du ministère de la Santé.** La DRH s'occupe de la gestion et du suivi des carrières, de la prévision et du recrutement ; du contentieux ; et des affaires disciplinaires. En l'absence d'un service des ressources humaines au sein de la DNEHS, la DRH du ministère de la Santé pilote la politique de ressources humaines pour tout le secteur hospitalier. La politique d'incitation et d'avancement est décidée au niveau central.

**La Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance (DIEM) met en œuvre la politique d'investissement du ministère de la Santé dans les hôpitaux publics.** La DIEM est chargée de la conception, du suivi et de l'évaluation des activités de génie civil (construction, réhabilitation et entretien). Elle est également chargée de la gestion et de la maintenance des équipements médico-techniques du ministère de la Santé, et joue un rôle essentiel en matière d'investissement. La DIEM opère avec

un effectif de près de 50 agents incluant des agents placés dans les Services d'Infrastructures, d'Équipements et de Maintenance (SIEM) des DDS et des correspondants de maintenance dans les bureaux de zone.

## **Défis Liés à la Tutelle des Hôpitaux**

**L'action de la tutelle est fragilisée par sa fragmentation.** Le ministère de la Santé et ses démembrements déconcentrés assurent la tutelle du secteur public hospitalier. Cependant, les directions centrales impliquées dans la tutelle fonctionnent comme des ministères à part entière, en tout cas dans les rapports avec la DNEHS. Il en résulte une définition et une mise en œuvre de la politique hospitalière menée à partir d'un sommet fragmenté dans un contexte d'échange d'informations limité entre les organes décisionnels des hôpitaux et le ministère de la Santé.

**Mal connue, la DNEHS n'a pas sa place de leader dans la tutelle des hôpitaux.** De récente création, la DNEHS ne possède pas encore la notoriété nécessaire au pilotage du secteur, ce qui renforce la fragmentation de la tutelle.



## CHAPITRE 2.4

# Planification et Suivi des Performances

## Cadre de Planification

### Cadre de Planification dans le Secteur de la Santé

**L'objectif général du ministère de la Santé est contenu dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui prévoit un système de santé performant en 2025.** Pour parvenir à cet objectif, cinq orientations ont été identifiées : (i) la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention et la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins ; (ii) la valorisation des ressources humaines ; (iii) le renforcement du partenariat dans le secteur, et la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale ; (iv) l'amélioration du mécanisme de financement du secteur ; (v) le renforcement de la gestion du secteur (République du Bénin 2009).

**Le PNDS souligne l'intention de mettre en place un système de gouvernance lié aux résultats.** L'amélioration de la gouvernance et de la gestion des ressources dans le secteur de la santé est prévue dans deux orientations : l'amélioration du mécanisme de financement et le renforcement de la gestion du secteur. Pour y parvenir, l'instauration « d'un système



de gestion fondée sur la culture de la performance, du sens de la responsabilité et axé sur les résultats » est envisagée.

**Concernant la politique hospitalière, le développement hospitalier est un aspect clef du PNDS.** Pour améliorer la qualité des prestations, le PNDS prévoit :

- la création de centres spécialisés ;
- le développement de la communication hospitalière ;
- le développement d'un partenariat entre l'hôpital et les collaborateurs externes ;
- la mise en place d'un système efficace de gestion des informations hospitalières et de suivi-évaluation de la satisfaction de la clientèle ;
- la gestion efficiente des ressources ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de développement des plateaux techniques hospitaliers ;
- la révision et le complément des outils de gestion des équipements ;
- la mise en place d'un système de redéploiement du matériel dans les hôpitaux ;
- l'élaboration, l'application et l'évaluation des nouvelles normes et standards pour les infrastructures et équipements des hôpitaux publics et privés ;
- le développement de stratégies de maintenance adaptées ;
- la mise en place d'un programme de maintenance préventive dans les hôpitaux ;
- la gestion efficiente des urgences obstétricales.

**Ce développement hospitalier est envisagé dans une « réforme hospitalière ».** Elle prévoit les axes d'intervention suivants : (i) une révision réglementaire avec l'élaboration ou l'actualisation des textes, sans que les orientations soient à ce jour arrêtées ; (ii) la mise en place d'un système de complémentarité verticale et horizontale entre les formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux ; (iii) la construction de pôles d'excellence dans le sous-secteur hospitalier.

**Le PNDS souligne l'importance de la valorisation des ressources humaines.** Le PNDS est accompagné d'un Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé 2009–2018 dans lequel il est prévu l'amélioration de la planification ; le renforcement des effectifs et des compétences des personnels ; le renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de ressources humaines en santé ; et le développement de la recherche sur les ressources humaines.

**La valorisation des résultats est un aspect central du Projet de Renforcement du Système de Santé (PRSS).** Il vise à accroître la responsabilisation et la motivation des hôpitaux et des personnels, et concourt à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Il couvre actuellement 29 zones sanitaires. Le projet combine primes à la performance, investissements et assistance technique à travers un contrat liant incitations financières et résultats.

### **Planification Hospitalière au Niveau des Établissements**

**Les hôpitaux élaborent une planification à court terme dans un document intitulé plan de travail annuel (PTA).** Celui-ci est centré sur l'année en cours et n'envisage pas une programmation pluriannuelle. A l'exception d'une expérience soutenue par la coopération bénino-belge et menée dans quelques établissements, les hôpitaux n'élaborent pas de projet médical, ni de stratégie hospitalière (« projet d'établissement »), ni de plan directeur. Cette situation est notamment due à une maîtrise limitée de leur développement et de leur capacité de financement.

**La planification pluriannuelle est limitée par un pouvoir de décision réduit en matière d'investissements et de ressources humaines.** Les directions des hôpitaux envisagent difficilement l'évolution de leur offre de soins ou de leur plateau technique dans la mesure où une part significative de leur budget d'investissement dépend peu d'elles. Elles sont limitées dans la planification de la formation et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dans la mesure où les recrutements et affectations sont décidés au niveau central. Leur marge de manœuvre repose sur la mobilisation de financement communautaire.

### **Suivi des Performances : Financement Basé sur les Résultats (FBR)**

**Une évaluation du système de santé avait identifié en 2006 les faiblesses du système de financement basé sur les entrées, qui ne motivait pas suffisamment le personnel de santé à utiliser les ressources disponibles pour atteindre les résultats escomptés.** L'évaluation recommandait en réponse la mise en œuvre d'une série de mesures destinées à opérer une transition vers la gestion basée sur les résultats, détaillées dans l'encadré 31.

#### ENCADRÉ 31

### **Recommandations de l'Évaluation Rapide du Système de Santé au Bénin**

- **Créer un système contractuel de transfert des ressources incluant des obligations de résultats correspondant aux objectifs du système de santé.** Ces transferts de ressources peuvent prendre la forme de « contrats internes », entre le ministère de la Santé et les établissements de santé publics de la zone sanitaire concernée, ou de « contrats externes » avec des structures privées. À ce niveau, le financement basé sur la performance favorise la motivation pour l'obtention de résultats, non pas à l'échelle individuelle mais au niveau de l'équipe ou de l'établissement.
- **Définir des mesures de motivation et de dissuasion qui inciteront le personnel à adopter les comportements appropriés.** Outre les mécanismes d'instauration de contrat, d'autres facteurs de motivation peuvent être élaborés pour encourager le personnel à accepter des postes en périphérie ainsi que des mesures dissuasives en cas de refus. Ceci implique également de mettre en œuvre des sanctions en cas de comportement inapproprié des agents de santé, de garantir l'application systématique des sanctions, de décentraliser l'autorité de sanction et de renforcer les systèmes d'audit et de surveillance.
- **Clarifier la définition de l'organisation des prestations de services.** La création de mesures de motivation et de dissuasion pour encourager les bons comportements et la performance suppose une définition plus explicite de ce qu'est une « bonne organisation des prestations de services », ainsi que la spécification de normes déterminant ce qui doit être fait dans un établissement de santé et avec quel type de personnel. Ceci suppose une vision claire de ce qui se passe au niveau du point de prestation de services, de sorte que les priorités au niveau local correspondent aux besoins réels de la population.

Source : Adeya et al. (2007).

**Le Bénin et ses partenaires techniques et financiers (PTF) ont pris l'engagement d'expérimenter le financement basé sur les résultats (FBR).** En 2010, le Gouvernement et ses PTF ont signé un accord compact ayant pour objet d'harmoniser les procédures, la budgétisation, et le suivi-évaluation, en se basant sur les principaux plans nationaux<sup>35</sup>. Cet accord, mis en œuvre dans le cadre du PRSS, prévoit de mettre en œuvre le FBR dans les 34 zones sanitaires (ZS) du pays avec l'appui de différents PTF: la coopération technique belge (cinq ZS), la Banque mondiale (huit ZS), Gavi (quatre ZS) et le Fonds mondial (dix-sept ZS).

**Le FBR a démarré à Comé en 2010 puis a été progressivement étendu.** Une première expérience de « primes à la performance » a ainsi été engagée en 2010 dans la zone sanitaire (ZS) de Comé avec l'appui de la coopération belge. Elle a ensuite été étendue dans le cadre du Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires du Mono-Couffo et de l'Atacora-Donga (PARZS) en 2012. Le FBR a finalement été officiellement lancé en janvier 2014 dans les cinq ZS appuyées par le PARZS (encadré 32).

#### ENCADRÉ 32

### Objectifs du PARZS au Bénin

- contribuer à la mise en œuvre du PNDS à travers la mise en place d'un système de santé local performant dans les 5 ZS et les 2 DDS ; et
- assurer un appui stratégique et technique aux ZS et assurer une communication efficace entre le niveau central (MS) et le niveau périphérique (ZS) ; et ce au niveau des directions départementales de la santé.

Source : PARZS.

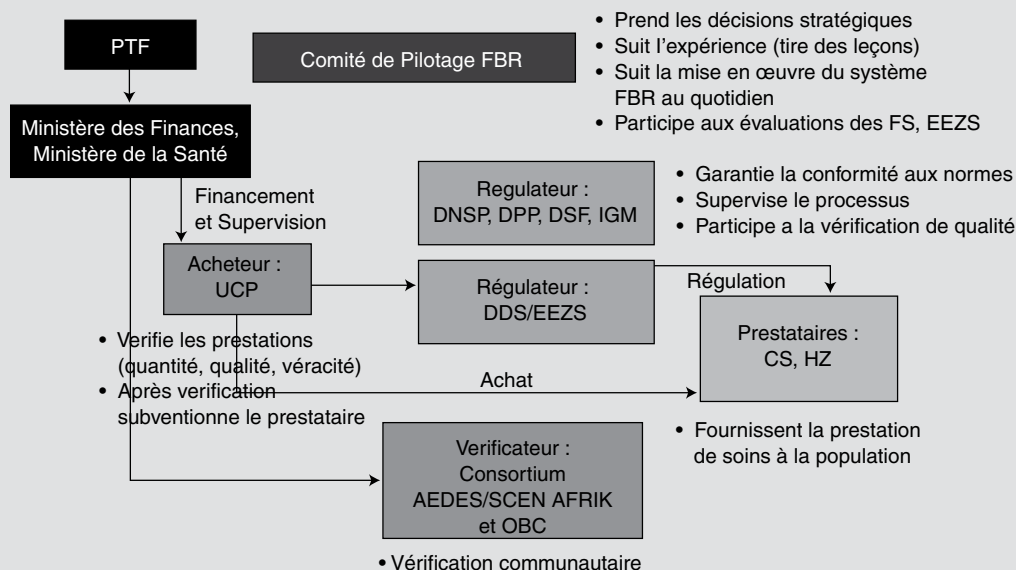
**Sur le financement de la Banque mondiale, le PRSS consacre 18 millions de dollars au volet FBR.** Au total, huit zones sanitaires regroupant 189 formations sanitaires sont concernées par le FBR.

**Le FBR s'inscrit dans un cadre de gouvernance séparant les différentes fonctions du programme.** Le cadre de mise en œuvre (encadré 33) sépare les fonctions de régulation, de prestation, de contractualisation et vérification, de paiement des fonds et de renforcement de la voix de la communauté.

35 PNDS 2009–2018, Plan Triennal de Développement 2010–2012 et Cadre de Dépenses à Moyen-Terme 2010–2012.

ENCADRÉ 33

## Cadre de Mise en Œuvre du FBR au Bénin



Source : République du Bénin, ministère de la Santé (2014). EEZS: Équipe d'encadrement de la zone sanitaire. UCP: Unité de coordination de programme.

**La performance est jugée sur la base d'indicateurs de résultats, quantitatifs et qualitatifs.** Les premiers visent à récompenser les formations sanitaires en fonction de leur charge de travail, tandis que les seconds ont pour objectif d'éviter une « course à la production », au détriment de la qualité des soins. La liste des indicateurs retenus pour les hôpitaux est présentée en annexe 9.

**Le contrat de financement prévoit la soumission de rapports mensuels par les hôpitaux et des contrôles exercés par des équipes indépendantes.** Concernant les indicateurs quantitatifs, un contrôle de cohérence entre les résultats constatés et les registres de l'établissement est effectué, ainsi qu'une vérification que l'activité enregistrée dans un registre a bien été réalisée (visites au domicile des patients à partir d'un échantillon aléatoire). S'agissant des indicateurs qualitatifs, le ministère de la Santé s'assure qu'ils sont mesurés trimestriellement par des équipes indépendantes à partir d'une liste de contrôle, et qu'ils font l'objet d'une contre-vérification de façon

semestrielle à partir d'un échantillon aléatoire d'établissements, par visites surprises (enquêtes patients sortants, contrôles des stocks et registres).

## **Défis Liés au Financement Basé sur les Résultats**

**Des défis de mise en œuvre se posent dans le cadre de l'exécution du programme FBR.** Parmi ces défis, on peut relever de façon non limitative :

- la nécessité de faire évoluer les indicateurs ;
- la mutualisation des bonnes pratiques ;
- la nécessité de revoir les dispositions du cadrage concernant les nouvelles structures de régulation ;
- la nécessité d'associer les autres ministères sectoriels à l'action de pérennisation.

**Le choix d'affectation des crédits du FBR soulève la question de sa pérennisation lors du retrait des PTF.** Le programme FBR prévoit que les crédits FBR peuvent être affectés à deux grandes catégories de dépenses : (i) un maximum de 50 % des fonds FBR pour des primes aux personnels de santé ; (ii) un minimum de 50 % du crédit pour des dépenses de fonctionnement et d'équipement. Concernant les dépenses de personnels, il est prévu qu'il s'agisse d'une prime récompensant la performance collective et non individuelle, dont la répartition entre agents est fonction de leur catégorie professionnelle, de leur salaire de base et du niveau de responsabilité. Dans l'hypothèse d'un retrait ou d'une réduction des PTF, l'absence de pérennisation des incitations salariales risquerait d'entraîner des tensions sociales.



## CHAPITRE 2.5

# Conseils d'Administration et Directions Exécutives

### Conseils d'Administration/Conseils de Gestion

**L'organe de décision est le conseil d'administration (CA) pour le CNHU, les CHU et les CHD.** Les principaux ministères concernés y siègent, en représentation directe ou déconcentrée, et le représentant du ministère de la Santé en assure la présidence. Des représentants des élus des collectivités locales et de la communauté y siègent. Les tradi-praticiens sont également intégrés à la réflexion sanitaire par leur participation au CA. Il est à noter la participation délibérative au CA du directeur du CHD ou de l'HOMEL, le positionnant ainsi comme juge et partie des propositions qu'il présente.

**Les hôpitaux de zone sont administrés par un conseil de gestion (CG).** Il est composé des représentants des collectivités locales, des structures et intervenants contribuant au développement et au fonctionnement de la zone sanitaire (encadré 34). Les membres sont nommés par arrêté du ministre de la Santé sur proposition des institutions qu'ils représentent. Le mandat est d'une durée de trois ans renouvelable une fois. C'est un représentant de la communauté, via une association, qui est élu à la présidence du CG.



ENCADRÉ 34

## Composition des Conseils d'Administration/de Gestion au Bénin

<p>CHU-CNHU Conseil d'Administration — CA</p>	<p>CHD Conseil d'Administration — CA</p>	<p>Hôpitaux de Zone Conseil de Gestion — CG</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• le représentant du ministre chargé de la Santé (président).</li> <li>• le représentant du ministre de l'Enseignement Supérieur (vice-président).</li> <li>• le représentant du ministre des Finances.</li> <li>• le représentant du ministre du Travail.</li> <li>• le représentant des tradi-thérapeutes élus par ses pairs.</li> <li>• le président de la commission médicale d'établissement (CME).</li> <li>• deux représentants élus du personnel.</li> <li>• le maire de la commune abritant le siège social du CHU, ou son représentant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le représentant du ministre de la Santé (président).</li> <li>• le représentant du ministre des Entreprises (vice-président).</li> <li>• le directeur départemental de la santé.</li> <li>• le directeur du CHD.</li> <li>• le receveur des Finances.</li> <li>• le représentant du préfet départemental.</li> <li>• le directeur départemental du travail et des affaires sociales.</li> <li>• le directeur départemental du plan et de la statistique.</li> <li>• un représentant des populations.</li> <li>• un représentant du ministre de la Justice.</li> <li>• le président de la commission médicale consultative (CMC).</li> <li>• deux représentants du personnel du CHD dont un administratif.</li> <li>• un représentant des partenaires au développement.</li> <li>• un représentant des guérisseurs traditionnels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le représentant du directeur départemental de la santé publique.</li> <li>• un président de comité de gestion de circonscription sanitaire de commune.</li> <li>• un sous-préfet actuel ou un maire de future commune.</li> <li>• un représentant des bailleurs de fonds désigné en leur sein.</li> <li>• un représentant des ONG actives dans le domaine de la santé.</li> <li>• un représentant du secteur privé social élu en son sein.</li> <li>• un représentant du secteur privé libéral élu en son sein.</li> <li>• deux représentants du personnel élus en assemblée générale.</li> </ul>

Sources : République du Bénin, textes réglementaires.

**Les conseils d'administration/gestion (CA/CG) sont investis des pouvoirs leur permettant d'agir au nom de l'établissement.** Le mandat des CA/CG inclut, entre autres : (i) la définition de la politique générale de l'établissement ; (ii) le contrôle de la gestion financière ; (iii) l'examen du budget prévisionnel et des comptes et bilans des exercices écoulés ;

(iv) l'autorisation d'exercer toute action judiciaire. Pour les CHU, ce mandat est élargi à l'examen et l'adoption de la création ou de la suppression de postes hospitalo-universitaires et non hospitalo-universitaires. Pour les hôpitaux de zone, un plan stratégique de l'établissement doit être élaboré, conformément au plan de développement de la zone sanitaire.

**Le pouvoir décisionnel apparaît centralisé au niveau de la tutelle et laisse peu de place au relais communautaire.** Les conseils de gestion des hôpitaux de zone, où les communautés sont représentées, présentent dans les faits une autonomie limitée. De plus, le manque de perspectives ou de projections à moyen-terme limite la réflexion stratégique. L'hôpital est ainsi limité par ses moyens et priorise son activité en fonction de ses contraintes de fonctionnement à court terme.

## Directions Exécutives

**Le directeur coordonne les activités et dirige le développement de l'hôpital.** Nommé par arrêté du ministre de la Santé, il : (i) exécute les décisions prises par le CA/CG à qui il rend compte et qui le contrôle ; (ii) met en œuvre les décisions du CA/CG ; (iii) est l'ordonnateur du budget de l'hôpital et veille à son exécution en recettes et en dépenses ; (iv) a autorité sur le personnel employé par l'hôpital ; (v) représente l'hôpital vis-à-vis des tiers ; (vi) assiste avec voix consultative aux délibérations du CA/CG. Responsable du développement de l'hôpital dans le cadre des politiques et des programmes définis par le CA/CG, il prépare et soumet chaque année au CA/CG le programme des activités et un chronogramme d'exécution pour l'exercice suivant.

**Le directeur s'appuie sur une équipe dont la composition varie selon la catégorie de l'hôpital.** Ainsi, dans un CHD, l'équipe de direction est composée du chef du Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE), du chef du Service des Affaires Financières (SAF), et du chef des Services Médico-techniques. Elle inclut également l'infirmier général dans le cas de l'hôpital de zone ; et du DRH dans le cas des CHU et du CNHU.

**Le directeur reste vulnérable aux aléas d'influence.** Il est administrateur de l'administration hospitalière pour qui 5 années d'expériences dans la santé publique sont requises. S'il est nommé par arrêté ministériel pour une durée officielle de 5 ans, le contexte relationnel ou politique peut l'amener à être muté à un autre poste sans recours aucun.

## **Autres Instances : Conseil et Contrôle**

### **Comité de Direction**

**Le comité de direction (CODIR) réunit des personnels médicaux, d'encadrement et de gestion et est consulté sur un large éventail de problématiques.** Présidé par le directeur, il est composé de l'équipe de direction et de deux représentants élus du personnel (cas des CHD). Y assiste également le président de la CMC. Selon les textes, il examine toutes les questions relatives à « l'organisation générale du travail, aux effectifs du personnel, aux statuts, à la qualité des soins, à l'hygiène, à la sécurité, à la salubrité des services, [. . .] est consulté sur [. . .] l'élaboration du budget et la politique générale de l'établissement ». Il se réunit une fois par mois en session ordinaire ; il peut être convoqué en session extraordinaire à la demande du directeur général ou de la majorité de ses membres ; et se réunit tous les trois mois en session élargie aux chefs de services hospitaliers et aux surveillants des services médico-techniques.

### **Commission Médicale d'Établissement (CHU-CNHU) ou Consultative (CHD et HZ)**

**Les attributions de la CMC/CME portent sur la gestion des activités de santé et le fonctionnement des services médico-techniques.** Elle est obligatoirement consultée sur l'aménagement et la répartition des services techniques, les grosses dépenses d'entretien, l'achat et la distribution du matériel technique, les médicaments, les réactifs et les consommables médicaux. Elle est composée de tous les médecins, chirurgiens, dentistes et pharmaciens, ou leurs représentants élus par leurs pairs exerçant dans l'établissement (cas du CNHU). Son président, généralement le chef des Services Médico-techniques, est élu par ses membres (CHD et hôpitaux de zone), ou par l'ensemble des hospitalo-universitaires parmi les chefs de service (CNHU). Le directeur assiste aux délibérations de la CME/CMC avec voix consultative, qui se réunit en séance ordinaire au moins une fois par trimestre et en session extraordinaire à la demande de son président ou de la majorité de ses membres.

**Dans la pratique, les commissions médicales apparaissent effacées.** Au CNHU, la CME fonctionne peu. A Ménontin, il n'y a pas de telle commission dans la mesure où elle fait double emploi avec la réunion de personnel. Elle semble avoir plus de prérogatives à l'HOMEL puisqu'elle donne un avis sur la nomination des responsables des services techniques et les recrutements médico-techniques. Elle établit également les tarifs des prestations à

soumettre au CA, et examine les contrats dans le cadre de l'activité privée des médecins.

### **Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS)**

**Organe consultatif non obligatoire, la CHS semble supplantée par le CODIR.** La CHS est un organe technique de contrôle, de traitement et de promotion dans tout ce qui a trait à l'hygiène et la salubrité, l'évacuation des déchets, la sécurité des personnes et des biens et l'amélioration de l'environnement du travail. La CHS est composée des responsables du personnel médical et paramédical, du chef du Service des Affaires Administratives et Economiques, d'un représentant élu du personnel et dans le cas des CHD du responsable départemental de l'hygiène et de l'assainissement. La CHS est souvent supplantée par le CODIR, et ce dans la plupart des domaines dans lesquels elle intervient.

**Suite à une directive ministérielle, il existe dans tous les hôpitaux un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).** Son activité est inégale selon les établissements, certains l'évoquant spontanément comme un acteur d'amélioration de la qualité des soins, d'autres ne la citant que peu. Quelques établissements ont en revanche développé d'autres initiatives dont la méthode des 5S (HOMEL).

### **Cellules Qualité**

**Des « cellules qualité » ont été mises en place dans certains hôpitaux à leur initiative.** C'est le cas des CHD d'Abomey et de Porto Novo et de l'HOMEL, qui fait figure de pilote en ce domaine puisqu'il est engagé dans le

#### **ENCADRÉ 35**

#### **Mise en Place de la Démarche Qualité à l'Hôpital HOMEL au Bénin**

- Sensibilisation des principaux responsables et de tout le personnel de l'HOMEL à la culture de la qualité ;
- Formation et sensibilisation de tous les responsables au « Système Management de la Qualité » ;

*(encadré continue à la page suivante)*

### ENCADRÉ 35 *continu*

- Désignation d'un Responsable Qualité ;
- Désignation de l'équipe de pilotage de la démarche qualité par le Responsable Qualité (10 membres) ;
- Réexamen de l'organigramme avec introduction de la « Cellule Qualité » ;
- Formation des responsables à l'élaboration des documents qualité ;
- Élaboration progressive des documents qualité et validation par le comité de pilotage ;
- Formation de l'équipe de pilotage du projet à l'audit interne qualité et d'autres responsables ;
- Elaboration du cahier des charges de l'équipe de pilotage ;
- Mise en œuvre, suivi des processus et validation par le comité de pilotage des procédures élaborées au niveau de chaque secteur de l'HOMEL ;
- Elaboration et suivi régulier des indicateurs qualité pour chaque processus identifié: indicateurs d'efficacité et indicateurs de maîtrise ;
- Elaboration, mise en œuvre et suivi d'un plan de formation du personnel ;
- Réunion hebdomadaire du comité de pilotage ;
- Réalisation des audits internes ;
- Participation aux audits externes, propositions et suivi des actions correctives et préventives ;
- Réalisation de revues de direction (semestre).

Source : Extraits de Dossouvi et Vodounon (non daté).

système de gestion de la qualité depuis 2003 (encadré 35). Il est le 1<sup>er</sup> hôpital de la zone UEMOA à être certifié ISO 9001.<sup>36</sup>

## Organes de Contrôle de l'Établissement

**Une cellule de contrôle de gestion est présente dans les CHD et à l'HOMEL.** Elle fournit à la direction les informations permettant d'analyser et de suivre l'évolution de chaque service et de l'établissement. Elle peut effectuer, par exemple, des contrôles inopinés des caisses. Elle n'a pas pour autant une vocation de contrôle financier global.

<sup>36</sup> Organisation Internationale de Normalisation (ISO) : <https://www.iso.org/fr/iso-9001-quality-management.html>.

## CHAPITRE 2.6

# Transparence Administrative et Financière

### Publication des Rapports

**Le décret N°90-343 du 14 novembre 1990 détermine les obligations déclaratives à la charge des formations sanitaires publiques.** Ce décret fait obligation, entre autres, à ces établissements d'élaborer un budget prévisionnel soumis au vote du conseil d'administration (CA) ou conseil de gestion (CG) sur proposition du directeur de l'hôpital. Le budget doit faire l'objet d'une approbation par l'autorité de tutelle avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice auquel il se rapporte. En outre, à la clôture de l'exercice, l'ordonnateur doit établir un compte administratif retraçant les opérations de dépenses et de recettes de l'ordonnateur principal, comportant le rappel des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes du budget.

**Le décret N°90-347 du 14 novembre 1990 est venu préciser le régime des CHD.** Il prévoit la mise en place d'une cellule de contrôle de gestion qui permet de fournir à la direction et aux responsables les informations internes indispensables à une gestion prévisionnelle et une gestion budgétaire saine. Elle donne des informations économiques, financières et statistiques

permettant de situer l'évolution d'un service ou d'en apprécier les résultats, et aide les services à établir leur budget. En outre, le décret prévoit à la charge de la direction dans les deux mois suivant la fin de l'exercice l'obligation d'établir l'inventaire, le compte de résultat, le bilan et le rapport d'activité, transmis au commissaire aux comptes qui dispose d'un mois pour les examiner.

**La loi N°94-009 prévoit un certain nombre d'obligations déclaratives à la charge des Offices à caractères social, culturel et scientifique, assorties de sanctions pénales.** Le directeur doit dresser à la clôture de l'exercice l'inventaire des éléments du bilan, arrêter les comptes de résultats et de bilan et préparer un rapport écrit sur la situation de l'Office et son activité pendant l'exercice écoulé. Il doit ensuite fournir au conseil d'administration (CA) les comptes de résultats et le bilan de l'exercice écoulé. Une fois approuvé par le CA, celui-ci doit soumettre au Gouvernement l'inventaire, les comptes de résultats, le bilan, les comptes d'exploitation prévisionnels et le budget d'investissement prévisionnel pour accord. L'inexécution des obligations déclaratives à la charge des organes de gestion opérationnelle et stratégique est sanctionnée par des peines d'amendes et d'emprisonnement.

**Les textes les plus récents font obligation à la direction générale d'établir dans les trois mois qui suivent la fin de l'exercice le rapport d'activité et les états financiers.** Qu'il s'agisse des hôpitaux de zone (décret N°2002-0113 du 12 mars 2012) ou du CNHU (décret N°2012-300 du 28 août 2012), le directeur a l'obligation de soumettre, dans les trois mois qui suivent la fin de l'exercice : l'inventaire, le compte de résultat, le bilan et le rapport d'activité, qui doivent être transmis au commissaire aux comptes puis approuvés par le CA/CG avant la fin du quatrième mois suivant la fin de l'exercice. Étonnamment, la même obligation déclarative est faite à l'agent comptable (décret N°2012-300) s'agissant de l'inventaire, des comptes de résultat et du bilan, mais le CA a jusqu'à la fin du sixième mois pour procéder à l'approbation des comptes arrêtés par l'agent comptable.

**Les formations sanitaires sont reliées au Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP), qui permet de connaître à tout moment l'état des engagements.** Ce lien permet de connaître en temps réel l'état des engagements.

**La communication des données sanitaires se fait à travers le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) piloté par la DPP.** L'annexe 9 présente le système de transmission des informations, précisant le type utilisé (format papier ou informatisé). L'informatisation des données étant limitée dans les hôpitaux, notamment en périphérie, des questions de fiabilité de l'information recueillie se posent.

**En matière de système d'information hospitalier, des initiatives prometteuses sont en cours de déploiement.** L'expérience pilote de Savalou envisage une solution intégrée comprenant à la fois un dossier médical informatisé avec prescription médicamenteuse intégrée, une informatisation de la facturation, et une gestion pharmaceutique informatisée.

**Des rapports d'activité mensuels sont transmis par le bureau de zone à la DDS.** Chaque mois, le bureau de zone, dont un représentant siège au comité de direction de la DDS, transmet à celle-ci un rapport d'activité de la zone (annexe 11).

**Les obligations déclaratives ne sont pas respectées uniformément et la sincérité des déclarations est contestable.** Il ressort des entretiens que l'application des obligations déclaratives par les hôpitaux est à géométrie variable. Plusieurs formations communiquent irrégulièrement, voire pas du tout leurs rapports annuels d'activités.

**Le manque d'harmonisation des données disponibles limite les exercices de comparaison.** Si le CNHU et les CHD ont des services financiers et administratifs conséquents, ils sont plus fragiles dans les hôpitaux de zone. Le manque de standardisation dans la présentation des rapports ne facilite pas l'obtention systématique d'indicateurs significatifs pour l'ensemble du secteur.

**Compte tenu de l'irrégularité de la transmission des rapports d'activité, la fiabilité des informations consolidées au niveau de la DPP peut être sujette à caution.** Chaque année, la DPP prépare un certain nombre de rapports consolidés portant sur l'ensemble du secteur. Elle publie ainsi un annuaire des statistiques et un rapport de performance qui est transmis à la Chambre des comptes. Cependant, en raison de l'irrégularité des informations communiquées depuis la base, la fiabilité et la sincérité des informations utilisées par la DPP pour préparer ces rapports est parfois sujette à caution.

## **Contrôle Interne**

**Le cadre de contrôle interne du secteur est le même dans tous les hôpitaux publics.** Les hôpitaux sont soumis au contrôle du ministre de tutelle qui l'exerce pour vérifier si les objectifs fixés sont conformes aux orientations définies par le Gouvernement. Le ministre des Finances exerce quant à lui un contrôle de la qualité de la gestion des hôpitaux publics et diligente dans ce cadre des inspections et des audits. Les corps d'inspection internes exerçant des contrôles sont l'Inspection Générale des Finances (IGF), l'Inspection Générale des Services et Emplois Publics et l'Inspection Générale du



Ministère de la Santé (IGM). En outre, il existe dans chaque ministère sectoriel un délégué du contrôle financier, correspondant de la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique, effectuant un contrôle de gestion en amont en s'assurant de la réalité des dépenses engagées.

**L'Inspection Générale du Ministère (IGM) effectue des inspections en exécution du plan de mission de l'IGE et sur saisine du ministre de la Santé.** Placée sous l'autorité directe du ministre de la Santé, l'Inspection Générale du Ministère est chargée d'une mission permanente de vérification et de contrôle de la gestion administrative, financière et technique de l'ensemble des services centraux, déconcentrés, et des organismes sous tutelle du ministère de la Santé. L'IGM est saisie soit en exécution du plan de mission qui est un programme harmonisé avec l'IGE et planifie des missions pour l'année, soit sur saisine du ministre de la Santé. Dans ce dernier cas, l'IGM peut décider le cas échéant qu'il n'y a pas lieu à inspection par décision motivée.

## **Contrôle Externe**

**La Chambre des comptes exerce un contrôle externe des hôpitaux :** Elle réalise :

- ***un audit d'attestation de performance du ministère de la Santé :*** annuellement, le ministère prépare un rapport de performance qu'il transmet à la Chambre des comptes. Cette dernière rend un rapport de contrôle et de performance préparé sur la base de missions conduites par des auditeurs au ministère de la Santé et auprès des structures de remontée de l'information (DDS et bureaux de zone) ;
- ***un contrôle juridictionnel du budget de l'État :*** la Chambre des comptes effectue annuellement un programme de vérification en exécution à partir duquel est effectuée une programmation des audits à effectuer dans des institutions ayant perçu des deniers publics ;
- ***un contrôle de gestion :*** la Chambre des comptes délivre la déclaration générale de conformité des comptes et tous les autres certificats de concordance.

**Les hôpitaux sont soumis à des audits de commissaires aux comptes.** Les hôpitaux sont audités par deux commissaires aux comptes qui procèdent deux fois par an à une vérification approfondie des comptes de trésorerie et une fois par an à une vérification approfondie de tous les comptes de l'établissement.

## CHAPITRE 2.7

# Conclusion et Perspectives

**L'étude du cadre de gouvernance des hôpitaux a permis de faire ressortir ses points forts ainsi que ses opportunités de renforcement.** L'analyse du cadre de gouvernance des hôpitaux a permis de le mettre en perspective avec les « bonnes pratiques » présentées dans la méthodologie d'analyse des entreprises publiques et entités paraétatiques (encadré 36).

### ENCADRÉ 36

#### **Bonnes Pratiques en Matière de Gouvernance d'Entités Paraétatiques**

Dimensions de Gouvernance	Bonnes Pratiques
<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cadre légal clair couvrant l'ensemble du « secteur » paraétatique.</li><li>• Définition du statut juridique des entités.</li></ul>

*(l'encadré continue à la page suivante)*

**ENCADRÉ 36** *continu*

<b>Dimensions de Gouvernance</b>	<b>Bonnes Pratiques</b>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désignation d'une entité spécialisée au niveau de l'État assurant un suivi efficace et régulier de la performance financière et non-financière du secteur.</li> <li>• Tendance internationale vers une centralisation de la fonction de tutelle dans une seule structure pour assurer un suivi global et cohérent de l'ensemble des entités (« modèle centralisé »).</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des mandats et objectifs.</li> <li>• Développement d'indicateurs de performance financiers et non-financiers.</li> <li>• Elaboration d'accords de performance entre l'État (tutelle) et les entités paraétatiques.</li> <li>• Suivi et évaluation de la performance des entreprises publiques.</li> </ul>
<b>Conseils d'Administration (CA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection transparente et méritocratique des membres des CA.</li> <li>• Spécialisation professionnelle et indépendance des membres des CA.</li> <li>• Définition claire des rôles respectifs de la tutelle, des CA (organe autonome responsable des décisions stratégiques et du suivi de la direction exécutive) et de la direction exécutive.</li> <li>• Principe d'autonomie des CA assurant à la fois une redevabilité forte envers l'État actionnaire (tutelle) et l'autonomie de gestion au quotidien par la gestion de l'entité paraétatique.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles et critères clairs d'information financière et non-financière.</li> <li>• Publication de rapports annuels consolidés sur le secteur par la tutelle.</li> <li>• Publication régulière de rapports d'audit externe indépendant.</li> <li>• Contrôle interne effectif.</li> </ul>

Source : OCDE (2015a), Banque mondiale (2014a), consolidation Banque mondiale.

## Gouvernance Gérée par le Ministère de la Santé

**Le Bénin a fait le choix d'une gouvernance des hôpitaux essentiellement gérée par les services centraux du ministère de la Santé et semble privilégier ce modèle de gestion.** Si la législation prévoit que les hôpitaux sont dotés d'une (partielle) autonomie de gestion, les pratiques montrent que les hôpitaux béninois ont une marge de manœuvre limitée en matière de décision. De façon générale, l'administration centrale maintient à son niveau la majorité des décisions, que ce soit en termes de réflexion stratégique ou de choix en matière d'investissements et de ressources humaines. Si le Gouvernement envisage des évolutions à travers une « réforme hospitalière », telle que mentionnée dans le PNDS, le maintien d'un cadre de gouvernance piloté au niveau du ministère semble privilégié (encadré 37).

### ENCADRÉ 37

#### Cadre de Gouvernance Hospitalière au Bénin

<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Différents statuts selon le type d'hôpital.</li><li>• Différents degrés d'autonomie pour les hôpitaux.</li></ul>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tutelle pilotée par le ministère de la Santé.</li><li>• Existence d'une direction en charge des hôpitaux depuis 2005 (DNEHS).</li></ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planification sanitaire sectorielle : Politique Nationale de Santé, Plan National de Développement Sanitaire.</li><li>• Programme de Renforcement du Système de Santé (PRSS).</li><li>• Politique hospitalière à court terme : plan de travail annuel.</li><li>• Suivi des performances accru avec le financement basé sur les résultats (FBR).</li></ul>
<b>Conseils d'Administration (CA)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existence de conseils d'administration (CA) ou conseils de gestion (CG), à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</li><li>• Les textes prévoient les profils des membres, la durée des mandats, la fréquence des réunions.</li></ul>

*(l'encadré continue à la page suivante)*

### ENCADRÉ 37 *continu*

#### **Transparence Administrative et Financière**

- Rapports annuels de statistiques sanitaires ; données centralisées au niveau de la Direction de la Programmation et de la Planification du ministère de la Santé.
- Système d'information sanitaire.
- Système d'information hospitalier mis en place dans un nombre limité d'hôpitaux.
- Contrôles internes et externes en place.

Source : Consolidation Banque mondiale.

## **Défis Identifiés en Matière de Gouvernance Hospitalière**

**Les principaux défis susceptibles de réduire la performance du secteur portent sur la responsabilisation des hôpitaux, la coordination de la tutelle, et les mécanismes de redevabilité.** Les hôpitaux disposent d'un niveau de responsabilité limité, leur mission étant généralement restreinte à de la gestion courante. Cette situation entraîne des effets importants de démotivation sur le personnel hospitalier. En outre, la tutelle, fragmentée entre diverses directions centrales, est affectée par une coordination limitée : les différentes parties prenantes, incluant en principe la Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS), ne paraissent pas interagir selon une fréquence et des objectifs prédéfinis. Ceci se répercute sur la DNEHS qui ne possède pas les informations relatives au secteur de façon systématique, ce qui l'affaiblit dans l'exercice de ses missions. Enfin, la transmission rigoureuse des informations selon une fréquence régulière n'est pas généralisée, et la qualité de l'information est parfois sujette à caution (encadré 38).

**Une responsabilisation accrue des hôpitaux, accompagnée d'une tutelle forte et de mécanismes de contractualisation permettrait d'améliorer leur performance.** Maintenir le caractère public des hôpitaux, tout en renforçant leur responsabilisation, pourrait permettre de mieux affecter les ressources et de les dynamiser en les encourageant à s'adapter aux spécificités de la demande de soins sur leur territoire. Les hôpitaux, dotés d'une autonomie dans leur gestion opérationnelle, pourraient développer une capacité d'initiative et améliorer leur performance, tandis que les décisions stratégiques pourraient être prises en charge par le niveau central.

ENCADRÉ 38

## Défis en Matière de Gouvernance Hospitalière au Bénin

<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre légal fragmenté dans plusieurs textes, rendant l'application et le suivi difficiles.</li> <li>• Autonomie limitée pour les hôpitaux régionaux et périphériques.</li> </ul>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DNEHS dépourvue de capacité de décision.</li> <li>• Implication de plusieurs directions du ministère de la Santé dans la tutelle des hôpitaux, rendant cette fonction fragmentée.</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie hospitalière pluriannuelle limitée (pas de « projets d'établissement »).</li> </ul>
<b>Conseils d'Administration (CA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CA/CG limités dans la réalisation de leurs missions.</li> <li>• Les décisions relèvent essentiellement de l'administration centrale, limitant le niveau d'autonomie et de prise de décision des hôpitaux.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission des informations des hôpitaux vers la tutelle non systématique.</li> <li>• Qualité de l'information variable (traitement papier généralisé dans les hôpitaux).</li> </ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.

Dans un tel schéma, la tutelle se concentrerait sur un rôle de suivi et de contrôle du secteur, avec des objectifs définis par des contrats de performance, responsabilisant ainsi les hôpitaux vis-à-vis de l'État et du public.

**Une communication et une coordination améliorées entre les directions du ministère de la Santé renforceraient l'action de la tutelle, et en particulier de la DNEHS.** L'existence de plusieurs directions centrales impliquées dans la tutelle du secteur hospitalier tend à en rendre la coordination difficile. Les interactions limitées entre les parties prenantes concourent à des décisions non concertées, qui ne coïncident pas nécessairement avec les besoins réels des hôpitaux. Cette communication limitée a pour effet de limiter l'information sectorielle détenue par la DNEHS, ce qui réduit sa capacité d'action. Une coordination accrue entre les directions rendrait le suivi global du secteur plus efficace et aurait un effet positif sur la

performance de la DNEHS. De plus, une plus forte reconnaissance institutionnelle de la DNEHS la renforcerait en tant que tutelle et consoliderait son action de pilotage du secteur hospitalier.

**La mise en œuvre de mécanismes de redevabilité renforcerait la communication entre l'État et les hôpitaux, et maintiendrait un contrôle fort de la tutelle.** La mise en place de mécanismes de redevabilité tels que des contrats de performance entre d'une part la tutelle, représentée par la DNEHS, et d'autre part, les hôpitaux, serait un élément essentiel d'accompagnement des deux premières mesures. Ces mécanismes pourraient inclure une transmission régulière d'information par les hôpitaux à la DNEHS, qui permettrait à cette dernière d'assurer le suivi de la gestion opérationnelle.



PARTIE 3

## **Le Cas de la Côte d'Ivoire**





## CHAPITRE 3.1

# Panorama du Secteur Hospitalier en Côte d'Ivoire

### Contexte et Historique du Secteur Hospitalier

**Compte-tenu de la situation sanitaire du pays, la médecine moderne et tropicale s'est développée en marge de la médecine traditionnelle.** Au début du 19<sup>ème</sup> siècle, un système de santé centralisé s'organise. A cette époque, la situation sanitaire dégradée (mortalité infantile, malnutrition, paludisme, fièvre jaune) facilite le développement de la médecine tropicale. L'accès à cette médecine moderne restant néanmoins réservé à une population aisée, une importante partie de la population reste proche de la médecine traditionnelle.

**Les premières politiques de gratuités des années 60 ont laissé place à l'approche des soins de santé primaires (SSP).** Les politiques du « tout gratuit » des années 60 se sont rapidement révélées non viables dans un contexte économique fragile et fortement dépendant. Les États Généraux de la santé de 1984 ont amorcé les premiers ajustements institutionnels et organisationnels, mais n'ont pas été accompagnés d'une véritable politique de soins. Ainsi, le Gouvernement a développé, à partir de 1992-1993, l'approche

des soins de santé primaires (SSP)<sup>37</sup>, assortie d'une déclaration de politique et d'un plan d'action, incluant la politique de médicaments essentiels et la participation communautaire.

**Le cadre juridique des hôpitaux prend forme à la fin des années 90, distinguant les établissements autonomes et non autonomes.** Les hôpitaux de seconde référence (centre hospitalier universitaire, CHU) sont des établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC), alors que les hôpitaux de première référence (centre hospitalier départemental, CHR et hôpital général, HG) sont des services en régie de l'État sans autonomie de gestion. En parallèle, la mise en place des districts sanitaires (1994) amorce la décentralisation de l'administration sanitaire.

**Les réformes du début des années 2000 se sont révélées infructueuses dans un contexte de fracture politique qui a affectée la fréquentation des hôpitaux.** Certaines réformes comme le transfert de compétences aux collectivités territoriales ou l'introduction de l'Assurance Maladie Universelle ont été votées dans les années 2000. Mais la situation qu'a connue le pays durant cette décennie n'a pas permis à ces lois d'atteindre les objectifs escomptés. Le coup d'État de 2002, la partition du pays, puis la crise post-électorale de 2011 ont bouleversé le pays et bloqués l'usage des services de santé. Cette situation a contribué à la déliquescence du système de santé (pillage de nombreux hôpitaux, abandon de postes par près de 50 % des agents, embargo sur les médicaments et le matériel médical, non-fonctionnalité des systèmes de surveillance médicale et épidémiologique) et à sa sous-utilisation par la population.

## **Perspectives de Réformes Envisagées par le Gouvernement**

**Le Gouvernement envisage une réforme hospitalière destinée à redynamiser le secteur.** Selon le document de réforme, l'objectif général est de revitaliser le service public hospitalier afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des populations. Trois objectifs spécifiques viennent le compléter : (i) améliorer la gouvernance et le pilotage de l'hôpital ; (ii) améliorer la motivation des personnels de santé à l'hôpital ; (iii) améliorer la qualité de l'offre de soins à l'hôpital. Ces transformations réorganiseraient le système de gouvernance des hôpitaux, rendrait à l'hôpital public son attractivité et redonnerait aux professionnels de santé une

---

37 La stratégie des soins de santé primaires, précurseur de l'initiative de Bamako (1987) a été formulée en 1978 à la Conférence d'Alma Ata, qui avait identifié les soins de santé primaires comme étant la clé de la réduction des inégalités en matière de santé. Cette stratégie s'inscrivait dans l'objectif de « santé pour tous en 2000 ».

#### ENCADRÉ 39

### **Objectifs et Axes Stratégiques du Projet de Réforme en Côte d'Ivoire**

**L'objectif général de la réforme hospitalière en Côte d'Ivoire consiste à revitaliser le service public hospitalier afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des populations.**

- ***Améliorer la gouvernance et le pilotage de l'hôpital :***
  - Niveau tertiaire: développement d'un nouveau statut des EPN les faisant évoluer vers un plus grand degré d'autonomie de gestion ;
  - Niveau secondaire : Définition d'un nouveau statut pour les établissements sanitaires non EPN conférant une autonomie de gestion et la personnalité juridique ;
  - Infrastructurel/plateau technique : mise aux normes des établissements sanitaires.
- ***Améliorer la motivation des personnels de santé à l'hôpital***
  - Elaboration du répertoire des emplois ;
  - Elaboration du référentiel des compétences ;
  - Développement d'un système d'évaluation de la performance ;
  - Proposition de texte portant statut particulier des personnels du secteur de la santé.
- ***Améliorer la qualité de l'offre de soins à l'hôpital***
  - Réorganisation des services ;
  - Informatisation des services médicaux ;
  - Amélioration de la prise en charge du malade.

*Source : République de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé (2014a).*

motivation pour dispenser des soins de qualité (République de Côte d'Ivoire 2014 ; encadre 39).

**Le projet de réforme prévoit un élargissement de l'autonomie des hôpitaux et une valorisation des ressources humaines.** Si le projet de réforme a connu plusieurs versions, deux axes semblent faire consensus : l'autonomie, qui à travers la modification du cadre juridique serait élargie à tous les hôpitaux ; et la responsabilisation du personnel. Les modalités de mise en œuvre et leur priorisation font toutefois l'objet de débat. Certaines parties prenantes proposent l'évolution du statut des agents de santé, avec une distinction entre la fonction publique d'État et la fonction publique hospitalière. D'autres envisagent prioritairement de réviser le statut d'EPIC

qu'ont actuellement les établissements publics nationaux (EPN), et de donner une personnalité juridique aux autres établissements.

**Au chapitre des ressources humaines, deux mesures ont été décidées et budgétées en 2014.** La première est une revalorisation salariale des personnels de santé qui atteindrait pour certaines catégories jusqu'à 60 % d'augmentation. La deuxième porte sur une vague de recrutement de plus de 4 000 agents, soit une augmentation de près de 20 % des professionnels de santé.

## **Ressources Financières, Matérielles et Humaines**

### **Ressources Financières**

**Entre 2010–2012, environ 4 % du budget national était consacré au secteur de la santé.** Ce pourcentage reste toutefois en deçà de la norme de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) qui est de 15 %.

**En 2012, 27 % du budget du ministère de la Santé était destiné au fonctionnement des structures sanitaires.** Les chiffres présentés dans l'encadré 40 concernent l'ensemble des structures sanitaires et non pas exclusivement les hôpitaux. Ils ne tiennent pas compte des charges dites « d'administration centrale », qui comptabilisent les salaires de tous les agents du ministère de la Santé, et les dépenses centralisées telles que les abonnements en eau, électricité et téléphone du ministère<sup>38</sup>.

**Les hôpitaux autonomes sont en principe financés à hauteur de 40 % par la subvention et à hauteur de 60 % par les ressources propres.** Les établissements publics nationaux (EPN) ont deux sources de financement : (i) une subvention de fonctionnement de l'État (40 %) ; et (ii) des ressources propres liées aux prestations de soins et à la vente de médicaments (60 %, dont 15 % pour la motivation du personnel). Ces ressources incluent : les recettes des activités médicales, paramédicales et médico-techniques<sup>39</sup> ; la vente des carnets de santé et les recouvrements effectués dans le cadre de conventions avec des organismes publics ou privés.

### **Infrastructures et Équipements**

**L'organisation hospitalière s'inscrit dans un modèle pyramidal incluant trois niveaux de spécialisation.** Les niveaux correspondent à différents degrés d'équipements, de plateaux techniques et de prise en charge. Cette

---

38 Les données disponibles ne permettent pas d'estimer le poids effectif de la dépense hospitalière.

39 Consultations, hospitalisations, actes, examens cliniques et paracliniques.

## ENCADRÉ 40

**Poids du Secteur Santé dans le Budget de l'État en Côte d'Ivoire**

En Millions de FCFA	2010 (Collectif Budgétaire)	2011 (Collectif Budgétaire)	2012 (projet de Budget)
Budget de l'État	2 481 000	3 050 000	3 160 000
Dépenses de Santé	118 644	105 592	128 929
<b>Dépenses de Santé dans le Budget de l'État</b>	<b>4,8 %</b>	<b>3,5 %</b>	<b>4,1 %</b>
Dépenses Courantes	92 697	91 252	105 184
Administration Centrale	66 227	58 716	70 314
<b>Structures Sanitaires (hors personnel) → En % des Dépenses de Santé</b>	<b>26 471 22 %</b>	<b>32 536 31 %</b>	<b>34 870 27 %</b>
Dépenses d'Investissements	<b>25 947</b>	<b>14 340</b>	<b>23 744</b>
Administration	1 266	578	564
Construction et Équipements	24 681	13 762	23 181

Source : République de Côte d'Ivoire, Ministère de l'Economie et des Finances, Projet de budget (2012).

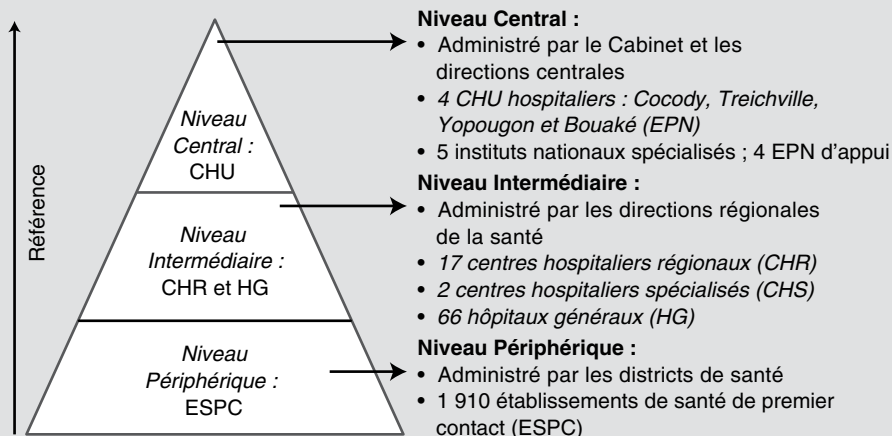
organisation est en principe liée au découpage administratif, avec les hôpitaux les plus spécialisés au niveau central (capitale). Un système de référence et de contre-référence permet la continuité des soins entre les niveaux compte-tenu des techniques et des moyens de prise en charge.

**Ces trois niveaux incluent 4 centres hospitaliers universitaires (CHU), 17 centres hospitaliers régionaux (CHR), 2 centres hospitaliers spécialisés et 66 hôpitaux généraux (HG).** Le niveau central est composé des établissements de la 2<sup>ème</sup> référence et comprend 4 CHU : Cocody, Treichville, Yopougon et Bouaké. Il compte aussi 5 instituts nationaux spécialisés<sup>40</sup> et 4 établissements publics nationaux d'appui<sup>41</sup>. Le niveau intermédiaire est celui de la première référence et comprend 17 CHR, 2 centres hospitaliers spécialisés, et 66 HG. Enfin, le niveau périphérique comprend les

40 Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA).

41 Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

## Pyramide Sanitaire en Côte d'Ivoire



Source : République de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé, Consolidation Banque mondiale.

établissements sanitaires de premiers contact (ESPC) tels que les centres de santé ruraux, les centres de santé urbains et urbains spécialisés, et les formations sanitaires urbaines (encadré 41).

**L'organisation pyramidale apparaît peu efficiente à Abidjan où les CHU sont contraints de prendre en charge tout type de soin dans le cadre d'une activité non programmée.** En l'absence de régulation en amont, et compte tenu de l'accès libre aux hôpitaux de référence, des demandes de soins de gravité très inégales se présentent à l'accueil des services d'urgence hospitaliers.

**L'offre publique de soins est complétée par le secteur sanitaire privé à but lucratif, le secteur confessionnel et les associations à base communautaire.** Le secteur privé comprend des polycliniques, des cliniques, des centres et cabinets médicaux, des officines de pharmacie et infirmeries privées, soit plus de 2 000 établissements de santé privés pour lesquels des autorisations de conformité sont en cours. Avec une cinquantaine d'établissements, le secteur confessionnel et les associations/organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins. Certains établissements privés servent même de référence au service public de proximité et

obtiennent des résultats remarquables, à la fois en termes de qualité des soins<sup>42</sup>, et en termes de performance financière<sup>43</sup>.

**L'état des infrastructures et équipements et le manque de maintenance ne permettent pas une prise en charge optimale.** Les hôpitaux, qui avaient connu un développement dans les années 80–90, apparaissent délabrés, et certaines infrastructures sont très obsolètes. C'est le cas du CHU de Treichville avec une conception pavillonnaire sur un large terrain d'assiette sans liaison fonctionnelle adaptée entre les unités, ou le CHR de Yamoussoukro qui s'est développé sur un site très exigu où les possibilités d'évolution apparaissent limitées. De plus, les hôpitaux ne disposent pas des équipements nécessaires à une prise en charge efficace : les plateaux techniques sont peu développés ou inexistantes, et font rarement l'objet de maintenance.

## Ressources Humaines

**Le personnel des hôpitaux inclut du personnel médical, paramédical, technique et administratif.** Les effectifs sont répartis, à l'image du CHU de Yopougon<sup>44</sup>, en :

- personnel médical : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ;
- personnel paramédical : infirmiers, sages-femmes, techniciens de labo et biomédicaux ;
- personnel technique : chauffeurs, aides-soignants, brancardiers, pompiers ;
- personnel administratif : les administrateurs, agents de bureau, attachés administratifs, secrétaires, assistants sociaux, éducateurs.

**A l'exception des formations privées, la majeure partie des effectifs est du personnel de l'État.** Pour les CHU de Treichville et Yopougon, ce chiffre s'élève à 83 %, et est légèrement plus bas pour les CHR ou HG (Dimbokro, Bingerville), qui semblent avoir des effectifs contractuels plus élevés (graphique 8).

**Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2013–2015 prévoit l'instauration d'une fonction publique hospitalière.** Le PNDS souligne la nécessité de la mise en place d'un cadre institutionnel adéquat en vue d'une gestion efficiente des ressources humaines en santé, notamment par l'instauration d'une fonction publique hospitalière.

---

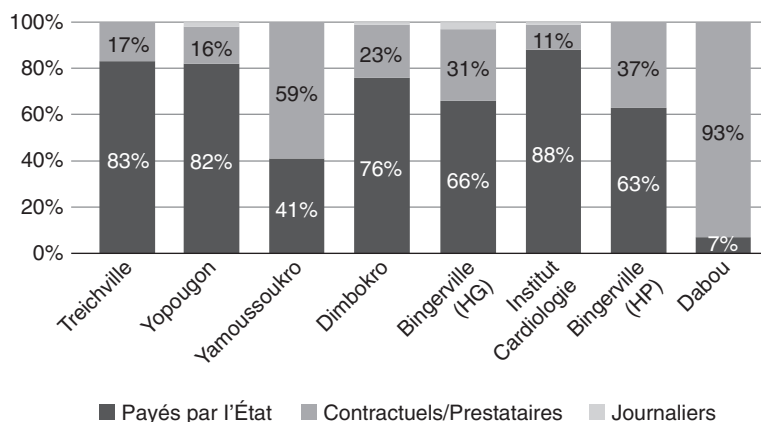
42 Taux de mortalité maternelle égal à 0 en 1993 à la clinique Don Orione à Anyama sur 1 500 accouchements.

43 Deux établissements visités parviennent à un équilibre économique en pratiquant des tarifs très proches de ceux du service public hors des systèmes de gratuité.

44. CHU de Yopougon, rapports d'activité.



**GRAPHIQUE 8: Composition Statutaire des Effectifs des Hôpitaux en Côte d'Ivoire**



Source : Rapports d'activité des hôpitaux, consolidation Banque mondiale.

**Les effectifs par lit, plus élevés dans les CHU, reflètent la concentration géographique des personnels de santé sur Abidjan.** Alors que les effectifs par lit sont de 3–4 pour les CHU de Treichville et de Yopougon, ce chiffre n'atteint que 1–2 au niveau des CHR et HG (encadré 42). Ce déséquilibre important dans la répartition géographique du personnel avait déjà été identifié en 2011 dans la Politique Nationale de Santé (PNS) qui soulignait une part importante des personnels dans les régions du Sud et Abidjan.

**ENCADRÉ 42**

**Capacités Litières et Ressources Humaines des Hôpitaux en Côte d'Ivoire, 2013**

Hôpitaux	CHU Treichville	CHU Yopougon	CHR Yamoussoukro	CHR Dimbokro	HG Bingerville (2012)	Hôpital Psychiatrique Bingerville	Dabou Assimilé HG
Nombre de lits actifs	394	354	128	80	15	130	96
Effectif	1 245	1 416	254	107	125	117	177
Effectif/lit	3	4	2	1	8	1	2

Source : Rapports d'activité des hôpitaux, consolidation Banque mondiale.

**De façon générale, les hôpitaux évoquent un manque de personnel, notamment de spécialistes et d'infirmiers.** Les besoins exprimés incluent principalement : médecins gynécologues, pédiatres, chirurgiens, médecins réanimateurs anesthésistes (hôpital de Bingerville) ; personnels spécialisés pour des unités telles que l'ORL, la réanimation, l'ophtalmologie (CHU de Yopougon) ; ainsi que des Infirmiers Diplômés d'État.

**L'éthique au travail des personnels de santé, en premier lieu des médecins, est sévèrement jugée par la population.** Le secteur connaît une réelle crise morale des personnels. Les paiements occultes ou les détournements de patientèle au profit des structures privées (le cumul du double exercice public/privé est très répandu à Abidjan) ne sont pas rares et sont sévèrement jugés par la population.

## **Performance en Termes de Prestation de Soins**

**La perte de confiance de la population dans le système de santé publique apparaît importante.** Il ressort des entretiens différentes causes : faiblesse de la qualité de l'accueil et des soins, paiements occultes même en cas de gratuité ciblée, insuffisances du plateau technique, démotivation des personnels, non-disponibilité des médicaments et des consommables.

**En réponse à la faible fréquentation du système de santé, des mesures de gratuité ont été temporairement instaurées.** Afin de redynamiser le secteur, une exemption de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires<sup>45</sup> a été instaurée en 2011, à titre exceptionnel et pour une période de 45 jours. Le manque de ressources financières ayant conduit à l'échec de cette gratuité totale, le Gouvernement a par la suite opté pour des mesures de gratuité ciblée, transition vers la couverture maladie universelle (CMU). Les populations bénéficiaires sont les non-assujettis sociaux et les populations démunies, en particulier les mères et les enfants. Elles concernent l'accouchement et la césarienne, les pathologies fréquentes chez les enfants de 0 à 5 ans, le traitement du paludisme et les 48 premières heures des urgences médico-chirurgicales (encadré 43).

**Bien que la gratuité totale ait relancé un temps l'activité hospitalière avec une forte demande de soins, elle a rapidement révélé ses limites.** Les hôpitaux ne pouvant fournir les médicaments et consommables

---

45 Établissements sanitaires publics, para-publics et communautaires conventionnés.

#### ENCADRÉ 43

### Passage de la Gratuité Totale à la Gratuité Ciblée en Côte d'Ivoire

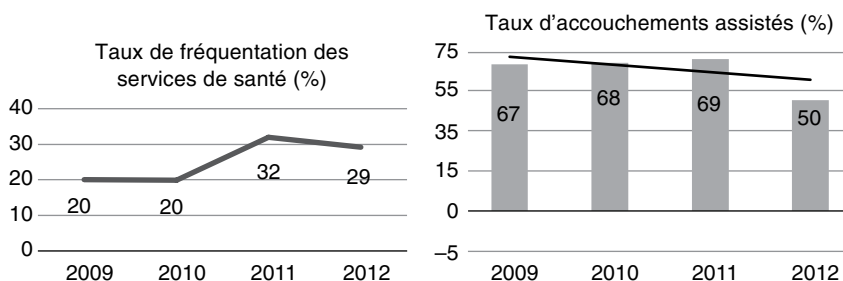
Bien que salubre, des difficultés ont émaillé la mise en œuvre de la mesure exceptionnelle d'exemption de paiement (avril à octobre 2011). En attendant l'instauration de la CMU pour la prise en charge optimale de la santé des populations, le Conseil a décidé l'application de mesures transitoires :

- Instauration de la *gratuité sélective ciblée* aux non-assujettis sociaux et aux populations démunies, en particulier au couple mère-enfant ;
- Poursuite de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne, ainsi que des pathologies les plus fréquentes chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- Instauration de la gratuité des urgences chirurgicales et de certaines pathologies (paludisme), et un abattement de 30 % sera appliqué à tous les actes médicaux dont le coût est supérieur à 1 000 FCFA.

Source : République de Côte d'Ivoire, Communiqué du Conseil des Ministres (2012).

nécessaires à une gratuité effective, cette hausse ne s'est pas maintenue durablement. Les insuffisances des prestations avec l'absence de médicaments, la non-fonctionnalité des plateaux techniques ou le défaut de prise en charge expliquent partiellement le recul de la fréquentation dès 2012 (graphique 9).

**GRAPHIQUE 9 : Fréquentation des Hôpitaux et Accouchements Assistés en Côte d'Ivoire**



Source : République de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé.

**Le nombre d'accouchements assistés et le taux global de césariennes sont peu élevés.** La chute de ce dernier, constatée en 2012, est difficile à expliquer dans la mesure où elle survient alors que la situation politique était stabilisée et les mesures de gratuité effectives. Le développement de l'offre privée et l'avantage concurrentiel qu'elle présente sont peut-être pour partie responsables de cette évolution.

## **Performance Financière**

**La procédure d'élaboration du budget et de validation des dépenses semble correctement suivie aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.** Le processus, dont les étapes incluent : avis des services, arbitrage, traduction financière des souhaits et présentation au conseil/comité de gestion (CG) pour validation, est décrit de façon scrupuleuse et conformément aux textes. Le poids de la direction est indéniable dans l'élaboration budgétaire faite en collaboration étroite avec le Service des Affaires Financières en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement et l'infirmier général. La composition du CG permet au représentant du ministère de s'assurer que l'établissement respecte la politique sanitaire du pays. Dans les CHR, le projet de budget est présenté au préfet, puis discuté et validé en CG avant transmission au ministère de la Santé.

**L'approvisionnement en médicaments est le poste clé des dépenses.** Les achats de médicaments et dispositifs médicaux constituent une charge majeure pour les établissements. Néanmoins, cet achat engendre un revenu proportionnel si la dispensation et le stock sont bien gérés. Le dispositif repose sur un dépôt-vente, dont les recettes sont directement versées à la Pharmacie de Santé Publique (PSP), et l'établissement en conserve théoriquement 10 %.

**La Pharmacie de Santé Publique (PSP) a souffert des conséquences de la gratuité des soins.** La PSP, qui a déjà fait face à des difficultés de retards et d'incomplétudes de livraison, a été affaiblie par la gratuité des soins. Cette dernière a créé une situation dans laquelle les hôpitaux étaient dans l'impossibilité d'honorer la PSP, et la PSP dans l'impossibilité de livrer tous les produits sollicités. L'élévation de la PSP en association à but non lucratif devrait permettre à celle-ci d'être plus performante (encadré 44).

#### ENCADRÉ 44

### Pharmacie de Santé Publique en Côte d'Ivoire : Défis

La Pharmacie de Santé Publique (PSP) avait jusqu'à présent un statut d'EPN. Elle a connu une faillite complète, accélérée par les mesures de gratuité. Les pharmacies hospitalières qu'elle était censée approvisionner ne disposaient que de peu de médicaments avec de fréquentes et prolongées ruptures d'approvisionnement. Une reconversion de la PSP en association sans but lucratif pourrait lui permettre une plus grande autonomie de fonctionnement, associée à une nouvelle organisation des pharmacies hospitalières, différenciée selon le type d'établissement. Dans certains cas, il s'agirait de dépôt-vente de la PSP, dessaisissant ainsi les établissements de cette prérogative et d'une partie des recettes afférentes.

Source : Entretiens.

**La dépendance des hôpitaux à la subvention de l'État pourrait présenter un risque budgétaire.** La principale raison serait la gratuité des soins, qui a entraîné un flux de patients tout en privant les hôpitaux des recettes liées à la revente des médicaments et intrants. Les hôpitaux, n'ayant plus de rentrées propres, n'ont plus eu les moyens de gérer les intrants dans la logique du recouvrement des coûts. En outre, la réduction de 30 % des tarifs des structures sanitaires a réduit d'autant plus les rentrées financières (encadré 45).

#### ENCADRÉ 45

### Composition des Ressources Financières des Hôpitaux en Côte d'Ivoire, 2013

Millions FCFA	CHU Treichville	CHR Yamoussoukro	CHR Dimbokro	HG Bingerville (2012)	ICA*	Hôpital Psychiatrique Bingerville
Recettes propres	334	76	7	37	973	11
Subvention exploitation	5 290	248	154	36,5	2 041	167

Source : Rapports d'activité des hôpitaux, consolidation Banque mondiale. \*ICA : Institut Cardiologique d'Abidjan.

**L'État a apporté des compensations mais elles ne couvrent pas le manque à gagner.** De plus, le faible attrait des hôpitaux publics et leur fréquentation limitée ne permet pas d'envisager des recettes importantes. Enfin, l'offre de soins s'est également détériorée, avec des bâtiments vétustes ou des équipements en panne.

**Le système de gestion des recouvrements des hôpitaux en régie limite leur capacité d'action.** La totalité des recouvrements est versée au Trésor qui en dispose ainsi :

- 65 % pour l'établissement : fonctionnement (50 %), intéressement du personnel (15 %) ;
- 35 % pour le Trésor public (20 %) et pour le Fonds d'Action Sanitaire (15 %).

Le Trésor règle les prestations et dépenses de l'hôpital conformément au budget. Il n'y a pas de caisse d'avance pour les imprévus, ce qui laisse peu de marge de manœuvre aux hôpitaux.

**Le manque d'investissement dans le secteur public hospitalier contribue à l'attractivité des cliniques privées.** Les projets d'investissements restent modestes et la contribution de l'État aux gros investissements l'est tout autant (encadré 46). En comparaison, les structures privées bénéficient d'un renouvellement des investissements, d'une meilleure organisation de la maintenance, et d'un approvisionnement régulier en consommables. Ce fonctionnement plus performant du secteur privé participe à son attractivité pour les professionnels de la santé (médecins) qui, tout en restant officiellement à temps plein dans l'hôpital public, consacrent la majorité de leur temps à un exercice dans ces structures privées.

#### ENCADRÉ 46

### Budget d'Investissement et Exploitation dans les EPN en Côte d'Ivoire

Millions FCFA	CHU Treichville 2013	CHU Yopougon 2011	Institut Cardologique d'Abidjan 2013
Exploitation	6 413	4 164	2 962
Investissement	942	1 921	812

Source : Rapports d'activité des hôpitaux, consolidation Banque mondiale.



## CHAPITRE 3.2

# Cadre Juridique et Réglementaire

## Cadre Juridique du Secteur de la Santé

### **La protection de la santé est en droit assurée prioritairement par l'État.**

L'article 7 de la Constitution prévoit que l'État assure à tous ses citoyens l'égal accès à la santé. Cette disposition trouve son expression notamment dans le développement d'un secteur hospitalier géré par la puissance publique destiné à assurer une offre publique de soins à coût réduit.

**La réforme de l'administration du territoire a opéré un transfert de compétences en matière de santé aux collectivités territoriales, mais les décrets d'application n'ont pas été pris.** La loi N°2003-208 du 07 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'État aux collectivités territoriales a prévu le transfert aux régions, départements, districts et communes de :

- l'élaboration et la mise en œuvre des plans régionaux, départementaux, de districts et de ville en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité ;
- l'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire nationale ;



- la construction, la gestion et l'entretien des centres hospitaliers régionaux (région), des hôpitaux généraux (départements et districts) ;
- l'adoption de mesures de prévention en matière d'hygiène.

Cependant, la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé n'est pas effective, faute d'adoption des décrets d'application. De fait, l'organisation du secteur public hospitalier demeure sous le giron de l'État et de ses représentations.

**Le secteur est organisé selon un modèle pyramidal comportant un volet administratif et un volet opérationnel.** Le volet opérationnel est défini dans le décret N°96-876 du 25 novembre 1996, complété par l'arrêté N°028 du 8 février 2002 qui structure le système de soins de santé<sup>46</sup>. D'autre part, le versant administratif est composé :

- **du niveau central** : qui a pour fonction l'élaboration de la politique en matière de soins et la détermination des orientations stratégiques des différents niveaux du système de santé ;
- **du niveau déconcentré** : qui concerne la coordination des stratégies nationales dans les régions par les 20 directions régionales (niveau intermédiaire) supervisant les activités des 82 districts sanitaires (niveau périphérique) dirigés par les équipes de district supervisées par un médecin chef de district ou directeur de département ;
- **du niveau décentralisé** : qui est constitué des EPN assurant des missions d'appui, de formation et de recherche<sup>47</sup>.

## Structure Juridique des Hôpitaux

### Statuts des Hôpitaux

**Les CHU sont des établissements publics nationaux (EPN) hospitaliers structurés sous la forme d'EPIC, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière.** Le régime juridique des EPN est une création de la loi N°98-388 du 2 juillet 1998 fixant les règles générales des EPN et portant création de catégories d'établissements publics. Les EPN jouissent de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie financière mais ne peuvent accomplir aucun acte étranger à leur objet. Placés sous la double tutelle financière du ministère de l'Economie et des Finances et technique du ministère de la Santé et de l'Action Sociale par le décret N°2001-650 du

<sup>46</sup> Comme décrit dans la partie 3.1.

<sup>47</sup> Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Laboratoire National de la Santé Publique (INFAS), Institut National de Santé Publique (INSP), Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)

19 octobre 2001 portant organisation et fonctionnement des CHU, les EPN hospitaliers sont les 4 CHU de Cocody, Treichville, Yopougon et Bouake. Administrés par un organe délibérant dénommé conseil de gestion, composé essentiellement de représentants du Gouvernement et présidé par le ministre de la Santé, les EPN hospitaliers sont des établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) devant générer 60 % de leur budget de fonctionnement<sup>48</sup>.

**Les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les hôpitaux généraux (HG) sont des services en régie sans personnalité juridique et sans autonomie financière.** Ils sont réglementés par le décret N°98-379 du 30 juin 1998 portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'EPN. Les CHR et HG sont des services administratifs de l'État placés sous la tutelle administrative du ministère de la Santé, sans personnalité juridique. De ce fait, ils ne disposent pas d'autonomie de gestion, ni de la possibilité d'utiliser les ressources financières qu'ils génèrent pour assurer leur fonctionnement ou effectuer des investissements.

## Régime d'Emploi

**Les hôpitaux publics emploient principalement des fonctionnaires mais font également appel à des agents contractuels.** Les agents contractuels, qui ne concernent que le personnel administratif, sont recrutés soit auprès de prestataires de services agréés par le ministère des Finances qui a en charge l'organisation des recrutements, soit par des programmes de santé publique, soit sur ressources propres (cas des EPN). Le recrutement d'agents contractuels permet de compenser l'inadéquation de la dotation en personnel. La répartition des fonctionnaires et des agents contractuels varie suivant les structures.

## Normes Comptables et de Gestion

**La gestion comptable est accomplie suivant les règles de la comptabilité publique.**

- **EPN**: la gestion financière et comptable des EPN hospitaliers fait intervenir le directeur comme ordonnateur et deux niveaux de contrôle (exécution du budget et comptabilité). Le directeur engage les dépenses sous le

---

<sup>48</sup> L'autre forme d'EPN prévue par la loi de 1998 est l'établissement public administratif (EPA) dont les ressources proviennent essentiellement de dotations et de subventions du budget de l'État, de subventions d'organismes publics ou privés.

contrôle du contrôleur budgétaire qui est un fonctionnaire du ministère des Finances. Représentant du ministre, il assure le contrôle de la régularité des dépenses engagées par l'ordonnateur. Les opérations financières sont exécutées par un agent comptable public affecté dans les locaux de l'EPN mais qui n'appartient pas aux structures organisationnelles de l'EPN et a un double rôle de payeur et de caissier. Les fonds des EPN hospitaliers sont des deniers publics, gérés selon les règles de la comptabilité publique.

- **CHR et HG** : les fonds recouverts dans le cadre de la tarification des actes de santé sont gérés par un régisseur de recettes et un régisseur d'avances, nommés par le ministre de l'Economie et des Finances, lesquels sont placés sous le contrôle technique du comptable public de la circonscription de rattachement. Le contrôle des opérations financières de l'établissement est exercé par les services compétents du ministère de la Santé et du ministère des Finances.

**Il n'existe pas de système de comptabilité analytique et de comptabilité matière.** Régi par le règlement général de la comptabilité publique, le système comptable n'a pas permis la mise en place d'un plan comptable hospitalier. Sans comptabilité analytique et matière tenant compte des spécificités de l'offre publique hospitalière, il est difficile de prévoir une tarification favorisant une adéquation entre le coût réel et le tarif facturé.

## **Défis Liés au Cadre Légal et Réglementaire**

**Le cadre juridique fixé connaît des difficultés d'application.** Certaines orientations définies par le législateur ne peuvent être appliquées faute de décrets d'application, comme l'illustre le cas de la loi de décentralisation de 2001 organisant des transferts de compétences en matière de santé aux régions, départements, districts et communes. Parfois, les textes sont inexécutés : le document d'orientation sur la réforme hospitalière (République de Côte d'Ivoire, 2014a) établit d'ailleurs un constat sévère de l'inapplication des textes qui nourrirait une « corruption aggravée » et une « impunité face aux fréquents comportements déviants observés (détournement des malades, consultations privées des malades, ventes parallèles de médicaments et de consommables) ».

**L'absence de personnalité morale des CHR et HG réduit la marge de manœuvre des hôpitaux.** Ces hôpitaux sont des services déconcentrés du ministère de la Santé dont la gestion dépend directement de celui-ci ou de la subdivision administrative qui le représente : les directeurs et les personnels

sont nommés directement par le niveau central et les règles des finances publiques de l'État s'y appliquent. Ce modèle implique que le niveau central retient la gestion et le contrôle des pratiques hospitalières et l'allocation des fonds publics. Compte tenu des spécificités des structures hospitalières, ce type de modèle peut entraîner une inefficacité de l'offre de soins.

**La structure d'EPIC semble inadaptée aux EPN.** Devant générer 60 % de leur budget de fonctionnement — ce qu'aucun hôpital structuré sous la forme d'EPIC ne parvient à réaliser — ce statut réduit leur autonomie, et semble inadapté à la mission de service public à caractère social des EPN hospitaliers, d'autant que ceux-ci font parfois face à de lourdes procédures de gestion financière. La Banque mondiale note que l'autonomie des EPN « reste faible, voire inexistante en matière de gestion des ressources humaines et financières. Cela est bien sûr lié au fait que la majeure partie des personnels de santé diplômés sont fonctionnaires. Ceci implique que leur carrière est entièrement gérée au niveau central. Même pour les personnels contractuels, les embauches doivent être contrôlées par le ministère de l'Economie et des Finances » (Banque mondiale, 2010).

**L'articulation entre le secteur public et privé n'est pas contractualisée dans un cadre précis.** Faute d'une contractualisation encadrée par des objectifs clairs et précis, il n'existe pas de collaboration ou de partenariat entre le secteur public et privé.

**La réforme hospitalière projetée veut réviser le cadre juridique et réglementaire.** Le document de réforme prévoit notamment que les hôpitaux auront désormais la personnalité juridique et l'autonomie financière, alors que le rôle de l'État sera de définir les objectifs et les orientations de la politique de santé.



## CHAPITRE 3.3

# Exercice de Tutelle de l'État

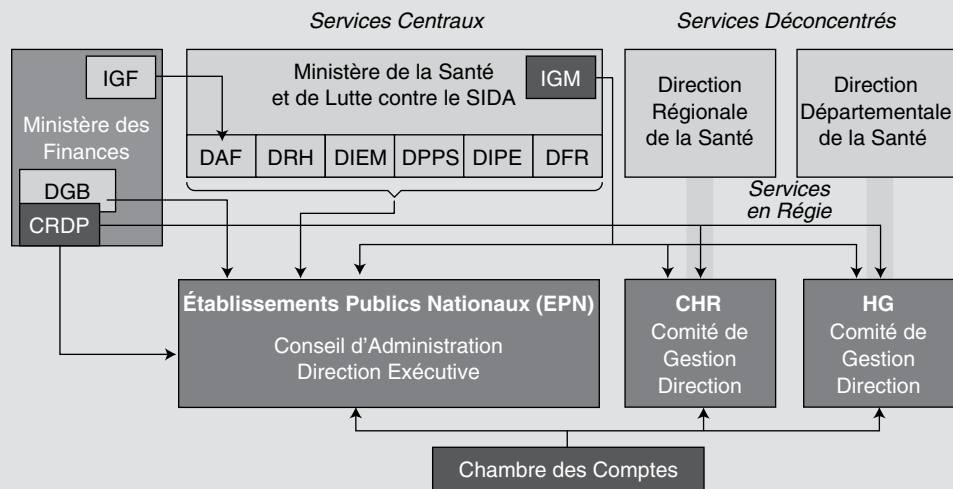
### Modèle d'Organisation de la Tutelle

**L'organisation de la tutelle diffère selon les types d'hôpitaux.** Pour les hôpitaux ayant le statut d'EPN, elle est conjointement assurée par le ministère des Finances (tutelle financière) et le ministère de la Santé (tutelle technique). Les CHR et les HG sont des services en régie du ministère de la Santé et dépendent des tutelles déconcentrées représentées par les directions régionales de la santé (DRS) et les directions départementales de la santé (DDS), comme illustré dans l'encadré 47.

### Établissements Publics Nationaux

**La tutelle technique des EPN est assurée au niveau central par le ministère de la Santé et la tutelle financière par le ministère de l'Economie et des Finances.** L'article 6 de la loi N°98-388 fixant les règles générales relatives aux EPN développe cette organisation. L'article 8 prévoit que la coordination de l'ensemble des actions nécessaires à l'exercice de la tutelle technique et de la tutelle économique et financière est exercée par le ministre de tutelle économique et financière. Au titre de cette coordination, le

## Régime de Tutelle des Hôpitaux en Côte d'Ivoire



Source : Consolidation Banque mondiale.

ministre veille à l'exercice effectif de la tutelle sur l'établissement dans le strict respect de son autonomie.

**La tutelle économique et financière est assistée d'une commission de suivi de la coordination de la tutelle.** La loi N°98-388 prévoit à son article 9 la création d'une commission de suivi afin d'assister le ministre de tutelle économique et financière dans l'exercice de ses attributions de coordination de la tutelle. La commission agit comme organe de régulation du secteur économique et juridique constitué par les EPN, et est destinée à permettre l'exercice effectif et efficace de leurs missions, dans le respect des règles et des contraintes des finances publiques. La commission intervient notamment sur :

- la création, la transformation, la scission ou la fusion d'EPN ;
- la dissolution et la liquidation d'EPN ;
- l'analyse et la formulation de propositions adaptées à la résolution des difficultés posées par l'application de la réglementation en vigueur.

**La tutelle économique et financière est essentiellement concentrée entre les mains de la Direction Générale du Budget (DGB) et de ses démembrements.** C'est la DGB qui établit la répartition des dotations

budgétaires des EPN et elle du ministère de la Santé. Assistée notamment de la Cellule de Revue des Dépenses Publiques (CRDP), qui effectue des audits organisationnels et financiers des EPN, la DGB assure l'essentiel de la tutelle économique et financière des EPN.

## **Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et Hôpitaux Généraux (HG)**

**Les CHR et HG sont des services en régie hiérarchiquement placés sous la supervision des directions régionales et départementales de la santé :**

- **Directions régionales de la santé (DRS) :** le niveau régional comporte 20 directions régionales sanitaires chargées de la coordination et de l'appui aux régions et districts sanitaires en relation avec la Direction Générale de la Santé et le Service d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation (SASED). Ce niveau est garant de la mise en œuvre de la politique nationale de santé au niveau régional, de la coordination des activités menées dans les districts sanitaires, ainsi que de l'encadrement technique, administratif et logistique des districts en collaboration avec les collectivités territoriales ;
- **Directions départementales de la santé (DDS) :** la direction de district, dirigée par une équipe cadre de district, est l'unité opérationnelle du système de santé regroupant l'ensemble des structures sanitaires sur son secteur géographique. Elle est en charge de la planification et de l'organisation des activités nécessaires à la prise en charge des besoins de la population.

## **Une Tutelle Fragmentée en l'Absence d'une Direction des Hôpitaux**

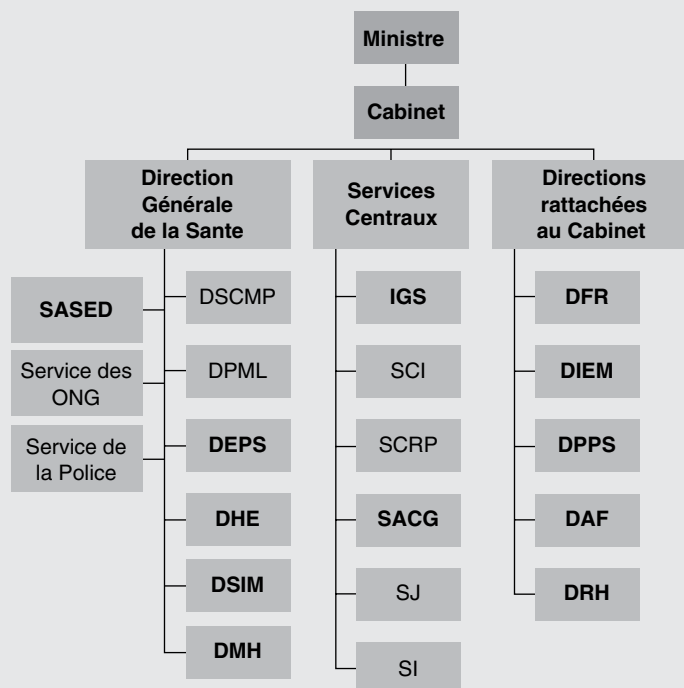
**La réforme prévoit l'établissement d'une direction de référence chargée de la tutelle des hôpitaux, actuellement inexistante.** Il existe actuellement dans l'organisation du ministère une incertitude sur l'organisation hospitalière, notamment en ce qui concerne la direction de référence des EPN. Il est projeté de créer une Direction de la Médecine Hospitalière (publique) dans le cadre de la réforme hospitalière, ainsi qu'une Direction des Soins Infirmier et Maternels.

**Au sein du ministère de la Santé, un certain nombre de directions centrales et de services interviennent dans la tutelle.** La tutelle technique est exercée par le truchement de plusieurs directions et services techniques et centraux identifiés en caractères gras dans l'organigramme du ministère, présenté dans l'encadré 48.



#### ENCADRÉ 48

### Organigramme du Ministère de la Santé en Côte d'Ivoire



Source : Site du ministère de la Santé, <http://www.sante.gouv.ci/>.

**La Direction des Affaires Financières (DAF) a un rôle important en matière budgétaire et de mobilisation des ressources.** Chargée de la préparation du budget annuel du ministère, la DAF est l'organe décisionnel s'agissant de la répartition des dotations des hôpitaux, qu'il s'agisse des EPN ou des CHR et HG. Elle est en outre chargée de suivre la passation des marchés initiés par les structures du ministère.

**La Direction des Ressources Humaines (DRH) est chargée de la programmation et du contrôle des effectifs, et de la gestion des carrières.** La DRH décide notamment de la dotation en personnel au profit des hôpitaux. C'est elle qui détermine l'allocation des ressources humaines pour tous les établissements, relayée dans les CHR et les HG par les directions régionales et départementales de la santé.

**La Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) est chargée de la normalisation, la planification et la maintenance des infrastructures et équipements.** La DIEM est chargée d'une mission d'élaboration des normes et standards des bâtiments et des équipements, y compris des normes de sécurité ; de la programmation des investissements ; du suivi et du contrôle des programmes de construction et d'entretien des infrastructures ; de la maintenance des infrastructures et des équipements. Dotée de 70 personnes à l'échelon central, la DIEM est relayée dans quatre régions sur 20 par des Centres Régionaux d'Équipement, du Matériel et de Maintenance (CREMM). La DIEM procède ponctuellement à des acquisitions de matériels destinés aux hôpitaux, mais ces acquisitions ne constituent qu'une infime partie de l'équipement du secteur. Le dernier PNDS (2013–15) prévoit la création de trois CREMM à Abidjan, Bouaké et Korhogo et une réforme de la DIEM « pour lui permettre d'assurer le leadership dans la réalisation, la gestion et la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires ».

**La Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS) planifie les réformes et coordonne la réflexion stratégique.** Dotée d'un effectif de quatre personnes, la DPPS assure la planification stratégique du secteur et la réflexion prospective. C'est elle qui élabore le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et la Politique Nationale de Santé (PNS) avec la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE). C'est la DPPS qui établit la planification stratégique des EPN.

**La Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE) assure la collecte et le traitement de la statistique pour tout le secteur, et est chargée de l'élaboration de la carte sanitaire.** Gestionnaire central du Système d'Information de Gestion (SIG), la DIPE collecte, traite et diffuse les statistiques sanitaires qu'elle compile dans un rapport annuel sur la situation sanitaire nationale. Elle est en outre en charge de la préparation de la carte sanitaire et du répertoire des établissements sanitaires. Elle assiste la DPPS dans la préparation du PNDS et de la PNS.

**La Direction de la Formation et de la Recherche (DFR) est chargée de la planification et de l'identification des besoins en matière de formation.** Avec un effectif de 23 personnes, elle programme les formations dispensées par des prestataires externes. Si le texte portant organisation du ministère de la Santé prévoit que sa compétence s'étend à la formation initiale, elle n'intervient en pratique qu'au niveau de la formation continue.

**L'Inspection Générale de la Santé (IGS) a une double mission de contrôle et d'appui du secteur.** Chargée par le décret portant organisation du ministère de la Santé d'une double mission de contrôle et d'appui, l'IGS

procède à tout contrôle administratif, financier et sanitaire des hôpitaux et veille à la diffusion et à l'application de la législation, de la réglementation et des directives. Elle est composée de 25 inspecteurs appuyés par 7 personnes avec un budget annuel de 75 milliards de FCFA (2013).

**Le Service de l'Audit et du Contrôle de Gestion (SACG) est chargé de l'audit et du contrôle de gestion des hôpitaux.** Doté de 3 administrateurs et un attaché, le SACG est en charge du suivi quotidien de la gestion et pilote un certain nombre de conseils qui se réunissent trimestriellement (bilan de gestion au premier trimestre, examen du budget à venir au deuxième trimestre, bilan de gestion à mi-parcours au troisième trimestre et problématiques particulières au quatrième trimestre). Le SACG collecte des informations administratives, financières, patrimoniales et concernant le personnel au moyen d'un questionnaire détaillé dont elle compile les résultats dans un rapport d'évaluation, le cas échéant complété par des inspections sur le terrain qu'il programme par échantillonnage.

**La Direction Générale de la Santé (DGS) veille à l'application de la réglementation relative à l'organisation des établissements sanitaires.** La DGS exerce ses attributions par le truchement de directions centrales placées sous son autorité. Ainsi, la Direction des Établissements et des Professions Sanitaires (DEPS) a un rôle de veille de la réglementation relative aux professions de santé. Elle définit, suit et contrôle les normes relatives aux établissements sanitaires publics et privés, et a aussi un rôle important de veille de la qualité.

**Le Service d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation (SASED) accompagne les collectivités territoriales et les structures déconcentrées.** Rattaché à la DGS, le SASED assiste les directions régionales et départementales de la santé en matière de planification et d'organisation du suivi-évaluation des activités sanitaires. Il assure une mission de promotion de la qualité, prépare des outils de gestion (manuel de directives, guide de supervision du système national de santé publique) et de formation pour le bon fonctionnement des services. En complément de la DPPS, qui établit la planification stratégique des EPN, le SASED assure la planification au niveau déconcentré via des réunions de planification, afin d'adapter la politique de l'hôpital aux exigences de la planification nationale (PNDS, PNS).

## Défis Liés à la Tutelle

**La tutelle des hôpitaux est fragmentée entre plusieurs directions et services centraux avec des chevauchements de mandats.** L'existence de deux directions et d'un service d'appui en charge de la planification, ou encore des corps d'inspection et de contrôle dont les attributions se chevauchent illustre ce défi. De plus, la tutelle est paradoxalement omniprésente et peu au contact de la réalité opérationnelle : elle reste centrale et hiérarchique, avec une faible remontée de l'information depuis les services extérieurs et des EPN dotés de peu d'autonomie décisionnelle.

**Le projet de réforme prévoit de créer une direction en charge des hôpitaux.** Il est projeté de créer une Direction de la Médecine Hospitalière, ainsi qu'une Direction des Soins Infirmier et Maternels. Combinée à une autonomie des hôpitaux et à la condition que la nouvelle direction ait une visibilité institutionnelle et des moyens adéquates, cette direction pourrait recentrer la tutelle autour de considérations de stratégie nationale plutôt que de gestion opérationnelle et créer une flexibilité pour les hôpitaux leur permettant de mettre en place une politique d'investissement.



## CHAPITRE 3.4

# Planification et Suivi des Performances

## Cadre de Planification

### Cadre de Planification dans le Secteur de la Santé

**Dans le cadre de la reconstruction du pays, une Politique Nationale de Santé a été élaborée et opérationnalisée dans le Plan National de Développement Sanitaire 2012–2015.** En 2011, le Gouvernement a renouvelé la Politique Nationale de Santé (PNS) en tenant compte du nouvel environnement socio-économique du pays et des orientations politiques du secteur. Elle vise à définir les objectifs prioritaires ainsi que les orientations stratégiques en matière de santé, dont la mise en œuvre se fait à travers le PNDS.

**Le PNDS prévoit de « garantir à tous les citoyens un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays ».** Dans la lignée de celui qui l'a précédé mais qui avait eu peu d'effets compte tenu de la situation politique du pays, ce nouveau PNDS a 5 objectifs: (i) renforcer la gouvernance du secteur et le leadership du ministère de la Santé ; (ii) améliorer l'offre de soins et l'utilisation des services de santé de qualité ; (iii) améliorer la santé maternelle et celle des enfants de

moins de 5 ans ; (iv) renforcer la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales ; (v) renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité (République de Côte d'Ivoire 2012).

**Cet objectif est traduit en 4 orientations stratégiques plus ciblées et spécifiques.** Celles-ci comprennent : (i) une évolution réglementaire du cadre institutionnel et de gestion pour améliorer l'efficacité du secteur, la coordination, la gouvernance et la prise de décision grâce à une information sanitaire de qualité ; (ii) une amélioration de l'offre de soins par la réhabilitation des structures existantes, le renforcement des plateaux techniques et la construction de nouvelles structures dans les zones insuffisamment desservies ; (iii) une meilleure disponibilité et une meilleure accessibilité aux médicaments, vaccins, produits sanguins ; (iv) une meilleure disponibilité des ressources humaines spécialisées.

**Le Gouvernement envisage une réforme hospitalière dont le document de projet souligne les facteurs bloquants du bon fonctionnement des hôpitaux.** Le document cite le défaut de plateau technique, l'absence de continuité de prise en charge, l'insuffisance des ressources financières, le défaut de maintenance des équipements, la pénurie de médicaments, et la démotivation des personnels, conduisant à une désaffectation des hôpitaux. Ce document évoque même une « quasi faillite du système hospitalier » due à « une mauvaise gouvernance [ . . . ], l'insuffisance dans l'organisation des soins, les mauvaises conditions de vie du malade à l'hôpital, la vétusté des infrastructures et des équipements médicaux, les ruptures fréquentes de médicaments » (République de Côte d'Ivoire 2014a).

## **Planification Hospitalière au Niveau des Établissements**

**Les stratégies hospitalières (« projets d'établissement ») sont peu répandues.** Les hôpitaux ne disposent ni de projet médical formalisé, ni de plan directeur, sauf de façon ciblée dans le cadre d'un projet de réhabilitation et en l'absence de maîtrise de leur développement et de leur capacité de financement. Le projet d'établissement, qui représente la politique pluriannuelle de l'hôpital, est pourtant inscrit comme sujet de délibération du conseil de gestion des CHU. Le CHU de Treichville a formalisé un projet d'établissement 2011–2015 comportant différents volets (médical, de soins, d'équipement, de qualité, d'hygiène et social), mais a été limité à la fois par les bouleversements post-électoraux et par des contraintes financières.

**Disposant de peu de marge de manœuvre, les directions des hôpitaux sont plus à même de jouer un rôle de gestion courante que de planification à moyen terme.** Elles ne peuvent envisager d'évolution de leur offre de soins ou de leur plateau technique dans la mesure où une part

importante du budget d'investissement ne dépend pas d'elles. Il est également difficile de planifier la formation et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, puisque les recrutements et affectations sont décidés au niveau central. La marge de manœuvre des hôpitaux repose exclusivement sur la mobilisation du financement communautaire dans le cadre fixé par la tutelle.

## **Suivi des Performances : Transition vers la Gestion Axée sur les Résultats**

**En vue d'expérimenter le financement basé sur les résultats, des analyses situationnelles du système de santé avaient été réalisées, identifiant les faiblesses du secteur.** Parmi celles-ci, on peut relever :

- la faiblesse du pouvoir régulateur de l'État en raison de « l'insuffisance des activités de vérification, de contrôle et d'évaluation du système » ;
- l'absence de participation communautaire effective dans les comités de gestion ;
- une allocation inefficace des ressources à l'intérieur du secteur ;
- la faible redevabilité des gestionnaires vis-à-vis de l'État et des populations induite par le financement basé sur les entrées ;
- la concentration des ressources humaines dans les grandes zones urbaines en raison d'une absence de motivation des personnels de santé ;
- des infrastructures inégalement réparties sur le territoire et mal entretenues ;
- un système de référence peu fonctionnel ;
- une trop grande discontinuité des stocks pharmaceutiques ;
- la non-application des directives par les personnels de santé ;
- une faible disponibilité de l'information permettant la prise de décision.

**Le suivi des performances du secteur public hospitalier subit les conséquences de la faible capacité des autorités de tutelle.** Compte tenu de la fragmentation de la tutelle, le ministère de la Santé n'a pas les capacités de suivi-évaluation suffisantes pour assurer effectivement le suivi des performances. Dans l'état actuel des choses, le suivi des performances est réparti entre la DIPE, chargée d'un rôle de planification et de collecte des données, et le SACG, mais cette dimension a été minimisée, comme en témoigne les déclassements successifs du SACG dans l'organigramme du ministère, passé du rang de direction générale à direction centrale, puis service autonome, pour finalement devenir un service central.



**La reconduction annuelle quasi systématique des dotations et l'absence d'indexation sur les performances réduit encore davantage les incitations.** Les dotations sous forme de subvention sont décidées par la Direction des Affaires Financières (DAF) et ne sont pas indexées sur la performance ou l'augmentation des recouvrements, entraînant une incitation négative à la performance au niveau des hôpitaux.

**Le PNDS, réalisé selon une approche de gestion axée sur les résultats, identifie les goulots d'étranglements du système de santé.** Le PNDS a été élaboré selon l'approche de la gestion axée sur les résultats (GAR) pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. L'utilisation d'outils de modélisation comme le « Country Health Policy Process » a permis d'identifier les goulots d'étranglements du système de santé aussi bien au niveau de l'offre de services qu'au niveau de la demande. En vue de compléter cette analyse, le ministère de la Santé a fait réaliser une enquête au niveau des directions régionales et départementales de la santé qui a permis d'identifier « les goulots relatifs à la disponibilité des intrants essentiels, des ressources humaines, à l'accessibilité géographique, à l'utilisation et à la couverture adéquate (continuité) ».

**Le PNDS prévoit en outre des actions concrètes pour améliorer la redevabilité du système hospitalier.** Il prévoit la collecte, dans le cadre du système intégré de gestion, de données de routine et de surveillance épidémiologique. Il prévoit de renforcer le système de supervision et de suivi à chaque niveau de la pyramide sanitaire au moyen d'un plan régulier de suivi des activités de santé. Cependant, les outils de suivi prévu par le PNDS (plans d'actions) demeurent pour l'essentiel théoriques.

**Une première expérience de financement basé sur les résultats (FBR) est prévue avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF).** Un projet pilote dans quatre districts sanitaires est prévu sur financement conjoint de l'État et de la Banque mondiale, dont la formulation est reprise dans un document de stratégie nationale de financement basé sur la performance.

**Les initiatives en matière de transition vers une gestion axée sur les résultats devraient venir renforcer les efforts de réforme en cours du système de gestion des finances publiques.** Le Gouvernement s'est engagé dans un processus de réformes de la gestion des finances publiques dans la continuité desquelles l'introduction de la gestion basée sur les résultats devra s'inscrire. Cette orientation se traduit par l'introduction du cadre des dépenses à moyen-terme (CDMT) comme élément central de la programmation budgétaire, modifiant ainsi les rôles assignés aux acteurs des niveaux centraux, intermédiaires et périphériques de la pyramide sanitaire. En introduisant la gestion axée sur les résultats, cette orientation se traduit par la désignation du ministre de la Santé comme ordonnateur principal du budget, et la nomination de responsables de programme ordonnateurs délégués.

## CHAPITRE 3.5

# Conseils d'Administration et Directions Exécutives

### Conseils/Comités de Gestion

**Les EPN sont placés sous le contrôle et l'autorité d'un conseil de gestion qui veille à la bonne exécution des missions confiées à l'hôpital.** Le conseil de gestion des EPN est composé d'au moins huit membres. Ses missions incluent le contrôle, la préparation, l'exécution du budget et l'examen du compte financier. Il se réunit quatre fois par an, et peut être doté d'un conseil scientifique qui assiste le président dans certaines décisions. Les CHU rendent compte directement au cabinet du ministre de la Santé.

**Les CHR et les HG sont administrés par un comité de gestion.** Leur mandat inclut: approuver le plan d'action annuel de l'établissement; approuver le règlement intérieur; émettre des avis sur le bon fonctionnement de l'établissement ainsi que sur le projet de budget financé par l'État; suivre l'exécution du budget; approuver le budget de l'établissement financé par les ressources propres et suivre son exécution; examiner et approuver le rapport d'activité annuel.

**La composition des conseils/comités de gestion diffère selon les hôpitaux.** Les principaux ministères concernés siègent au conseil de gestion en représentation directe. Au sein des comités de gestion, la société civile est fortement représentée : conseil municipal, chefs de quartier, associations des femmes, jeunes. La tutelle est représentée dans sa dimension déconcentrée par le préfet et le directeur régional de santé publique. Le directeur (ou le médecin-chef) et les présidents des commissions médicales y assistent avec voix consultative (encadré 49).

**Les attributions des conseils des hôpitaux laissent dans les faits peu de place à l'initiative.** La réglementation définit clairement le mandat des

#### ENCADRÉ 49

### Composition des Conseils/Comités de Gestion en Côte d'Ivoire

CHU : Conseil de Gestion	CHR, HG : Comité de Gestion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• le ministre chargé de la Santé Publique, président ;</li> <li>• le ministre chargé de l'Enseignement Supérieur ;</li> <li>• le ministre chargé de la Défense ;</li> <li>• le ministre chargé de l'Economie et des Finances ;</li> <li>• le ministre chargé de la Fonction Publique ;</li> <li>• le ministre chargé des Affaires Sociales ;</li> <li>• le maire de la commune du siège ;</li> <li>• le directeur de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires ;</li> <li>• un représentant des compagnies d'assurances privées ;</li> <li>• un représentant de l'Assurance Maladie Universelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le préfet, président ;</li> <li>• deux représentants désignés par le conseil municipal en son sein ;</li> <li>• le directeur régional de la santé publique ;</li> <li>• le trésorier départemental ;</li> <li>• deux représentants du personnel, l'un issu du corps médical, l'autre du reste du personnel ;</li> <li>• deux représentants des femmes ;</li> <li>• deux représentants des jeunes ;</li> <li>• deux représentants des chefs de quartier.</li> </ul>

Source : Textes et entretiens.

comités de gestion (CG) des EPN ; par exemple, tout projet nouveau doit être présenté, discuté et validé par le CG avant de pouvoir être mis en œuvre. Au niveau des CHU, le CG peut, selon le texte, délibérer sur les tarifs des prestations, l'affectation des résultats d'exploitation, les transformations des services, les emplois, les accords d'association et de coopération, les acquisitions d'immeuble, les emprunts. Mais en pratique, ces acteurs semblent avoir un pouvoir d'action limité. Dans le cas des CHR et HG, les comités de gestion exercent leurs fonctions sous l'autorité hiérarchique du directeur départemental ou régional de la santé. Globalement, le pouvoir décisionnel est très concentré au niveau de la tutelle.

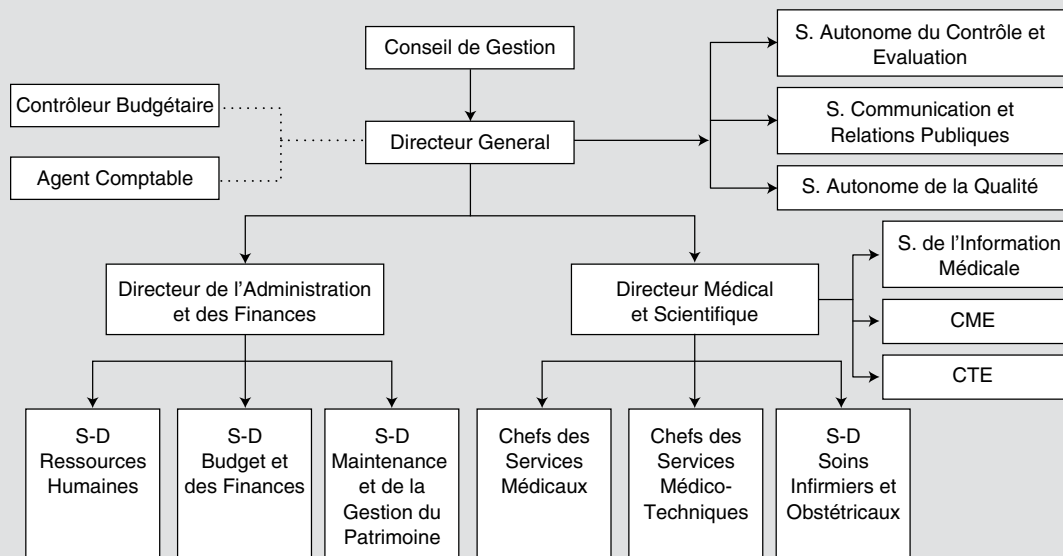
## Directions Exécutives

**L'EPN est dirigé par un directeur qui assure l'administration et la direction générale de l'hôpital sous le contrôle du conseil de gestion.** Nommé par décret sur proposition du ministre de la Santé, le directeur est l'ordonnateur principal et assure l'administration et la direction générale de l'hôpital. La direction exécutive dirige tous les services sous le contrôle du conseil de gestion. Pour les CHU, la direction générale doit être assurée par un professeur de médecine.

**Concernant les CHR et les HR, le directeur est responsable de l'administration et de la direction générale de l'hôpital sous l'autorité hiérarchique du directeur départemental de santé.** Il est nommé par arrêté du ministre de la Santé. Selon les textes, son mandat inclut (i) l'établissement du plan annuel et du plan directeur ; (ii) l'établissement du règlement intérieur ; (iii) la veille à la bonne exécution des activités ; (iv) la gestion des ressources humaines mises à la disposition de l'établissement ; (v) la préparation du budget.

**Pour assurer sa mission, le directeur est accompagné d'une équipe de direction sous le contrôle du comité/conseil de gestion.** Pour les CHU, l'équipe inclut le directeur médical et scientifique, le directeur de l'administration et des finances (DAF). Il est à noter que la fonction de directeur des ressources humaines est assurée par le directeur et le responsable administratif et financier, en particulier pour le recrutement et la gestion des contractuels. Dans certains EPN, les directeurs s'appuient également sur les responsables de services (encadré 50).

## Organigramme du CHU de Yopougon



Source : CHU de Yopougon ; Abréviations : S-D : sous-directeur ; S. : service.

## Autres Instances : Conseil et Contrôle

### Commissions et Comités des CHU

Les CHU sont dotés de deux commissions que sont la **commission médicale d'établissement (CME)** et la **commission technique d'établissement (CTE)**. Les commissions se concentrent sur les questions relatives à l'organisation générale de l'hôpital, à son financement, au fonctionnement des services, à la qualité des prestations, à l'effectif et aux capacités du personnel, à la salubrité et la sécurité. La CME est présidée par un médecin élu parmi les chefs de services qui est ensuite nommé directeur médical et scientifique. La CTE regroupe les surveillants des unités de soins et des représentants des catégories du personnel, et élit son bureau en son sein.

**Alors que la CME se réunit régulièrement, la CTE ne semble pas se réunir selon la périodicité prévue par les textes.** Ces organes sont censés se réunir tous les trimestres. En pratique, les réunions mensuelles des

services se substituent souvent aux réunions de la CME. La CTE ne se réunit que lors de circonstances particulières.

**La CME et la CTE sont appuyées par des comités techniques en fonction des besoins en expertise des hôpitaux, mais ceux-ci se réunissent rarement.** Les comités se concentrent sur les aspects opérationnels d'un domaine particulier : médicament, matériel médical, urgences, hygiène et lutte contre les infections nosocomiales. Ils se réunissent peu, à l'exception du comité de lutte contre des infections nosocomiales (CLIN)<sup>49</sup>. Si un comité ou organe de travail doit être mis en place, il doit être présenté et justifié au comité de gestion pour validation par ce dernier.

### **Commission Médicale Consultative et Conseil d'Établissement (CHR et HG)**

**Pour les CHR et HG, la commission médicale consultative (CMC) est chargée d'émettre des recommandations sur le fonctionnement de l'hôpital.** La CMC se réunit au moins quatre fois par an et est composée du médecin-chef, du surveillant général et des chefs des services médico-techniques. Elle est obligatoirement consultée sur : (i) le plan directeur des programmes d'investissement ; (ii) le programme d'activités ; (iii) l'organisation et le fonctionnement des services ; (iv) le règlement intérieur ; (v) l'application de la politique du médicament ; (vi) le budget et les comptes de l'établissement ; (vii) les questions liées à la déontologie et la qualité des soins.

**Le conseil d'établissement examine les questions liées à la valorisation du personnel et donne des avis en matière d'hygiène et de sécurité.** Il est chargé d'informer le personnel sur l'organisation et le fonctionnement de la structure, les questions d'hygiène et de sécurité, et est censé se réunir une fois par an. Il est composé du directeur, des membres de la CMC et d'un représentant des catégories professionnelles de l'hôpital.

### **Organes de Contrôle**

**Dans les EPN, un contrôle est effectué par les agents détachés du ministère de l'Économie et Finances (MEF).** Les agents détachés du MEF

---

<sup>49</sup> S'il existe peu de politiques qualité identifiables ni de démarches d'accréditation dans les hôpitaux visités, il existe des CLIN dans de nombreux établissements ; et des démarches de certification ont été initiées.

assurent un suivi de bonne application du cadre légal. Le contrôleur budgétaire exerce le contrôle sur l'exécution du budget de l'hôpital, et l'agent comptable exécute les opérations financières conformément aux dispositions de la loi.

**Les CHU sont dotés d'un Service Autonome du Contrôle et de l'Évaluation (SACE).** Rattaché au directeur, le SACE, créé par le décret 2001-650 du 19 octobre 2001, est chargé du suivi et du contrôle de la bonne application des procédures et de la bonne utilisation des ressources.

## CHAPITRE 3.6

# Transparence Administrative et Financière

### Publication des Rapports

**La transparence et la publication des rapports sont limitées au sein du secteur hospitalier.** Malgré un certain nombre d'obligations juridiques, peu d'hôpitaux affichent de véritables systèmes de publication transparents. Les règles et pratiques de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) sur la transparence et l'information sont rappelées en annexe 10.

**Le régime fiscal, budgétaire et comptable des hôpitaux publics emprunte à l'environnement juridique général de l'État.** Les CHR et HG appliquent les mêmes règles comptables que les services déconcentrés de l'État et les EPN sont assujettis aux règles budgétaires et comptables des services administratifs de l'État. Les règles d'annualité, de légalité, de spécialité, d'unité, et d'équilibre y ont cours. Il en est de même concernant les procédures de recouvrement des recettes et d'exécution des dépenses dominées par le principe que le ministère de l'Economie et des Finances est l'ordonnateur unique du budget.



**La loi N°98-388 du 2 juillet 1998 détermine les principales règles budgétaires et comptables à la charge des EPN.** La loi N°98-388 du 2 juillet 1998 fixant les règles générales relatives aux EPN fait obligation à ces derniers d'élaborer un budget prévisionnel avant la fin du troisième mois de l'exercice en cours. Celui-ci est soumis à l'examen du conseil de gestion qui arrête le budget avant la fin du quatrième mois et le transmet au ministre de tutelle économique et financière. En outre, dans les trois mois suivant la clôture de l'exercice, l'agent comptable doit produire un compte financier transmis au directeur pour visa ainsi qu'au contrôleur budgétaire. Dans ce même délai, le directeur de l'hôpital doit établir un rapport annuel d'activité et le contrôleur budgétaire établit un rapport spécial sur l'exécution du budget. Au plus tard huit jours après les trois premiers mois de l'exercice en cours, le directeur transmet au conseil de gestion le compte financier, le rapport d'activité et le rapport spécial sur le budget pour vérification et observation. Dans les huit jours suivant la réunion du conseil de gestion, l'agent comptable transmet à la Direction du Trésor et de la Comptabilité Publique (DTCP) le compte financier, auquel sont joints le rapport d'activité et le rapport spécial sur l'exécution du budget. La DTCP transmet le tout à la Chambre des comptes au plus tard avant la fin du sixième mois.

**Le décret N°98-379 est venu préciser le régime des hôpitaux opérés en régie.** Le décret N°98-379 du 30 juin 1998 portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'EPN prévoit que le budget prévisionnel, préparé par le directeur de l'hôpital, doit être soumis au comité de gestion après avis de la CMC, puis transmis par voie hiérarchique au ministre de la Santé. En matière d'exécution du budget, le directeur officie en qualité d'administrateur délégué de crédit pour les CHR et HG. L'exécution du budget est contrôlée par le comité de gestion qui examine trimestriellement la régularité et le niveau de l'exécution des recettes et des dépenses. Les fonds recouverts dans le cadre de la tarification des actes de santé sont gérés par un régisseur de recettes et un régisseur d'avances, nommés par le ministère de l'Economie et des Finances et placés sous le contrôle du comptable public de la direction départementale de la santé publique de rattachement.

**Le respect de l'exécution des règles comptables et budgétaires est facilité par des systèmes de gestion intégrée.** Le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) en cours dans les hôpitaux en régie et le réseau informatique de comptabilité intégrée dans les EPN permettent d'exercer une veille au respect des règles et principes. Les opérations de dépenses y sont conduites selon les phases de l'engagement, de la liquidation, de l'ordonnancement et du paiement, sauf à considérer les procédures exceptionnelles de régularisation pour les dépenses sans engagement et en

régie. Dans la phase du paiement, des titres de paiement sont émis par l'ordonnateur.

**Des rapports d'activité mensuels, trimestriels et annuels sont transmis par voie hiérarchique pour les CHR et HG.** Chaque mois, les directions des HG transmettent leur rapport d'activité à la direction départementale de la santé qui compile les données statistiques et les transmet à la Direction Régionale de la Santé (DRS) en principe au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour du mois. Pour les CHR, le rapport est transmis directement à la DRS. Cette dernière, qui n'est pas équipée d'un logiciel permettant de faire la compilation des statistiques, transmet les données brutes à la Direction de l'Information du Ministère (DIPE).

**La disponibilité et la fiabilité des données sont inégales selon les hôpitaux et le caractère non standardisé des informations limite les exercices de consolidation.** Les hôpitaux ne fournissent pas leurs statistiques de manière systématique et régulière, et le traitement manuel des données soulève des questions de fiabilité de l'information. De plus, l'absence d'harmonisation des présentations des rapports financiers ou d'activité ne permet pas l'obtention systématique d'indicateurs significatifs et limite la consolidation des données.

## Contrôle Interne

**L'Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (IGSLS) exerce une mission d'inspection des hôpitaux et veille à la diffusion et l'application de la réglementation.** Placée sous l'autorité directe du ministre, l'IGSLS procède à tout contrôle administratif, financier et sanitaire des établissements sanitaires et services relevant du ministère de la Santé, et veille à la diffusion et à l'application de la législation, de la réglementation et des directives. L'IGSLS procède à des inspections inopinées sur le terrain diligentées par le cabinet du ministre. Elle est en outre le destinataire des plaintes des usagers du secteur public hospitalier. L'IGSLS siège au conseil de gestion. Récemment, 15 inspecteurs de l'IGSLS ont été formés à l'audit basé sur les risques. Au cours de l'année 2013, l'IGSLS a procédé à 66 inspections d'établissements sanitaires sur 75 programmées.

**L'Inspection Générale des Finances (IGF) assure le contrôle de la budgétisation des crédits par la Direction des Affaires Financières (DAF) du ministère de la Santé.** Chargée de surveiller le bon emploi des ressources publiques des ministères et des établissements sous tutelle, l'IGF effectue, sur instruction du ministre de l'Economie et des Finances (MEF), toute opération d'inspection jugée nécessaire. Concernant le secteur

hospitalier, le contrôle de l'IGF est concentré sur la Direction des Affaires Financières du ministère de la Santé, exerçant les fonctions d'ordonnateur délégué du MEF. L'IGF a le pouvoir d'inspecter les EPN, et vient de compléter une enquête au CHU de Yopougon.

**La Cellule de Revue des Dépenses Publiques (CRDP) a pour mission de réaliser a posteriori des revues de dépenses publiques.** Composée d'inspecteurs-auditeurs ayant rang de directeur d'administration centrale, la CRDP, placée au sein de la Direction Générale du Budget et des Finances, est chargée d'évaluer a posteriori l'exécution des dépenses par les services de l'État, y compris les hôpitaux en régie et les EPN. Elle effectue des revues générales, sectorielles ou transversales de dépenses publiques permettant une évaluation ex-post des dépenses de l'État. En outre, la CRDP peut être sollicitée pour effectuer toute mission de contrôle a posteriori sur saisine du ministre en charge de l'Economie et des Finances ou du directeur général du Budget et des Finances. Ces missions visent à analyser et à évaluer les dépenses publiques afin d'en apprécier la gestion, s'assurer de leur bonne exécution et leurs impacts. Un rapport et une note de synthèse consacrent toujours une mission effectuée par la CRDP. Lorsque l'évaluation met en évidence des dysfonctionnements, le rapport de mission formule des recommandations appropriées aux autorités de tutelle afin d'y remédier dans un plan d'actions opérationnel. La CRDP a audité la plupart des EPN hospitaliers. Les audits constituent à la fois des audits financiers et organisationnels.

## **Contrôle Externe**

**La Chambre des comptes exerce un contrôle juridictionnel et un contrôle de gestion des institutions publiques.** Son mandat inclut un contrôle juridictionnel des comptes des comptables publics et un contrôle de gestion des organismes publics et parapublics. Jusqu'à présent, l'accent en matière de contrôle de gestion de la Chambre des comptes a davantage été placé sur le contrôle des collectivités (conseils régionaux et mairies) et les contrôles touchant le secteur public hospitalier n'ont portés que sur des questions périphériques (gestion des déchets médicaux). Il est cependant prévu que la Chambre des comptes s'intéresse plus particulièrement au secteur public hospitalier.

## CHAPITRE 3.7

# Conclusion et Perspectives

**L'étude du cadre de gouvernance des hôpitaux a permis de faire ressortir ses points forts ainsi que ses opportunités de renforcement.** L'analyse a permis de mettre le cadre de gouvernance des hôpitaux en perspective avec les « bonnes pratiques » présentées dans la méthodologie d'analyse des entreprises publiques et entités paraétatiques (encadré 51).

### ENCADRÉ 51

#### **Bonnes Pratiques en Matière de Gouvernance d'Entités Paraétatiques**

Dimensions de Gouvernance	Bonnes Pratiques
<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cadre légal clair couvrant l'ensemble du « secteur » paraétatique.</li><li>• Définition du statut juridique des entités.</li></ul>

*(l'encadré continue à la page suivante)*

**ENCADRÉ 51** *continu*

<b>Dimensions de Gouvernance</b>	<b>Bonnes Pratiques</b>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désignation d'une entité spécialisée au niveau de l'État assurant un suivi efficace et régulier de la performance financière et non-financière du secteur.</li> <li>• Tendance internationale vers une centralisation de la fonction de tutelle dans une seule structure pour assurer un suivi global et cohérent de l'ensemble des entités (« modèle centralisé »).</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des mandats et objectifs.</li> <li>• Développement d'indicateurs de performance financiers et non-financiers.</li> <li>• Elaboration d'accords de performance entre l'État (tutelle) et les entités paraétatiques.</li> <li>• Suivi et évaluation de la performance des entreprises publiques.</li> </ul>
<b>Conseils d'Administration (CA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection transparente et méritocratique des membres des CA.</li> <li>• Spécialisation professionnelle et indépendance des membres des CA.</li> <li>• Définition claire des rôles respectifs de la tutelle, des CA (organe autonome responsable des décisions stratégiques et du suivi de la direction exécutive) et de la direction exécutive.</li> <li>• Principe d'autonomie des CA assurant à la fois une redevabilité forte envers l'État actionnaire (tutelle) et l'autonomie de gestion au quotidien par la gestion de l'entité paraétatique.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles et critères clairs d'information financière et non-financière.</li> <li>• Publication de rapports annuels consolidés sur le secteur par la tutelle.</li> <li>• Publication régulière de rapports d'audit externe indépendant.</li> <li>• Contrôle interne effectif.</li> </ul>

Source : OCDE (2015a), Banque mondiale (2014a), consolidation Banque mondiale.

## Un Secteur Marqué par la Crise

**Le modèle de gouvernance des hôpitaux en place depuis la fin des années 1990 a été affecté par les troubles politiques et connaît un important défi de performance.** Ce modèle prévoit des hôpitaux structurés, selon les cas, sous forme d'EPIC ou de services en régie. Ils ne sont pas tous dotés de l'autonomie financière. Le modèle définit également la tutelle des établissements autonomes, qui ne mentionne pas l'existence d'une direction en charge des hôpitaux. En outre, les textes prévoient des dispositions en matière de transmission et de diffusion d'information. Malgré ce cadre de gouvernance existant (encadré 52), les pratiques montrent que le secteur public hospitalier

### ENCADRÉ 52

#### Cadre de Gouvernance du Secteur Hospitalier en Côte d'Ivoire

<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure d'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) pour les établissements publics nationaux (EPN).</li> <li>• Absence de personnalité morale pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les hôpitaux généraux (HG) : services en régie.</li> </ul>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutelle duale pour les EPN : ministère de la Santé (tutelle technique) et ministère des Finances (tutelle financière).</li> <li>• Tutelle technique des EPN (MS) s'exerce via différentes directions centrales.</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification sectorielle : Politique Nationale de Santé, Plan National de Développement Sanitaire.</li> <li>• Planification stratégique essentiellement centralisée.</li> <li>• Planification hospitalière à court terme : plan de travail annuel.</li> <li>• Transition vers une gestion axée sur les résultats.</li> </ul>
<b>Conseils d'Administration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence de conseils/comité de gestion (CG) dans les structures, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</li> <li>• Textes réglementaires définissant le profil des membres, le mandat, la fréquence des réunions.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôles : interne et Chambre des comptes en place selon les textes.</li> </ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.

rencontre d'importants défis de performance. Les hôpitaux souffrent des effets des troubles politiques qui ont significativement affecté le système de santé publique et créé une perte de confiance des usagers.

## Défis Identifiés en Matière de Gouvernance Hospitalière

Les principaux défis identifiés par l'étude portent sur la mise en œuvre de l'autonomie, la tutelle de l'État, et la transparence administrative et financière. Le diagnostic a permis d'identifier des opportunités de renforcement du secteur, qui sont dans la lignée des options de réformes

### ENCADRÉ 53

#### Défis en Matière de Gouvernance Hospitalière en Côte d'Ivoire

<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le cadre juridique connaît des difficultés d'application.</li> <li>• La structure d'EPIC semble inadaptée aux EPN.</li> <li>• Les CHR et les HG sont parfois désavantagés par l'absence d'autonomie.</li> </ul>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'une direction spécialement dédiée aux hôpitaux.</li> <li>• Tutelle des EPN fragmentée entre différentes directions centrales.</li> <li>• Existence de chevauchements de mandats.</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie hospitalière limitée (peu de « projets d'établissement »).</li> <li>• Suivi des performances limité.</li> </ul>
<b>Conseils d'Administration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conseils/comités de gestion sont en place, mais limités dans la réalisation des missions qui leur sont confiées.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de contrôle des commissaires aux comptes.</li> <li>• Contexte de post-crise avec un contrôle encore limité.</li> <li>• Transmission des informations des hôpitaux vers la tutelle limitée.</li> <li>• Absence de publication annuelle sur le secteur.</li> <li>• Publication et consolidation des informations limitée.</li> </ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.

proposées par le Gouvernement (encadré 53). Ces points portent notamment sur une réflexion sur l'élargissement de l'autonomie au-delà des EPN, et la mise en place d'une direction dédiée aux hôpitaux afin de pallier la fragmentation de la tutelle. D'autre part, les troubles politiques ont déstabilisé le secteur et réduit la capacité des hôpitaux et des autorités de tutelle à transmettre l'information, créant des défis en matière de transparence et de consolidation d'information.

**La création d'une direction en charge des hôpitaux limiterait la fragmentation de la tutelle ainsi que les chevauchements de mandats, et faciliterait un suivi optimal du secteur.** Avec une visibilité institutionnelle et des moyens suffisants, l'existence d'une telle direction pourrait recentrer la tutelle, actuellement dispersée entre différentes directions centrales. Cette fragmentation, qui entraîne chevauchements de missions, ne permet pas un suivi efficace du secteur. La mise en place de cette direction permettrait de replacer les considérations de stratégie nationale, de suivi et de contrôle au niveau central, et de limiter les interférences dans la gestion opérationnelle des hôpitaux. Elle permettrait ainsi, dans le contexte d'autonomie des hôpitaux, de libérer les marges de manœuvres nécessaires aux hôpitaux pour la mise en place d'une politique d'investissements.

**Une réflexion sur l'autonomie des hôpitaux au regard des bonnes pratiques et des expériences étrangères pourrait être une première étape vers un élargissement progressif de l'autonomie en Côte d'Ivoire.** Engager une réflexion sur l'autonomisation des hôpitaux avec l'ensemble des parties prenantes serait une première étape vers une extension de l'autonomie aux CHR et HG. Évaluer les bonnes pratiques dans le domaine hospitalier et les expériences des pays de la sous-région permettrait d'analyser les bénéfices d'un tel statut, notamment pour les hôpitaux périphériques. Cette révision de la structure juridique aurait notamment le potentiel de responsabiliser les hôpitaux, et leur permettrait de percevoir des ressources propres. Cet élargissement pourrait le cas échéant se faire progressivement, dans un premier temps avec les centres hospitaliers régionaux. Dans ce schéma, la révision du cadre statutaire devrait être accompagnée de mécanismes clairs de redevabilité entre les hôpitaux et l'État.

**Restaurer une communication régulière entre les hôpitaux et l'État est une étape essentielle à l'amélioration des performances.** Il existe à ce jour peu d'information sur le secteur hospitalier, et l'information disponible ne fait pas l'objet d'analyses consolidées auprès de la tutelle. Le contexte de crise en Côte d'Ivoire a exacerbé cette situation et soulevé des questions concernant la fiabilité des données. Restaurer un cadre propice à la transmission des informations hospitalières renforcerait le suivi du secteur et diminuerait le risque budgétaire associé. Dans un premier temps,



l'instauration d'une culture de la performance à travers l'organisation de routines de communication renforcerait la transparence du secteur. Ce cadre de communication pourrait être ensuite élargi à la mise en place d'outils de suivi comme un système d'information hospitalier, qui faciliterait une transmission d'information systématique et standardisée.



PARTIE 4

## **Le Cas du Sénégal**



## CHAPITRE 4.1

# Panorama du Secteur Hospitalier au Sénégal

### Contexte et Historique du Secteur Hospitalier

**Jusqu'à 1998, les hôpitaux au Sénégal étaient rattachés à l'administration centrale et présentaient de faibles performances.** Avant la réforme hospitalière de 1998, les hôpitaux n'avaient pas d'autonomie de gestion et appliquaient des directives centrales. Dans un contexte d'absence d'objectifs de santé clairs, de procédures formalisées de gestion, d'infrastructures dégradées et d'équipements bio-médicaux vétustes, cette configuration s'est traduite par de faibles performances en termes de fréquentation et de qualité des soins.

**Afin de restaurer la performance des hôpitaux, le Gouvernement a entrepris une réforme hospitalière en 1998, avec un objectif d'autonomie.** La réforme a ciblé l'ensemble des hôpitaux, des plus importants (les centres hospitaliers universitaires à Dakar), aux plus modestes en zone rurale. Ils sont devenus des établissements publics de santé (EPS), personnes morales de droit public spécialisées, dotées d'un patrimoine propre, et placées sous la double tutelle du ministère des Finances et du ministère de la Santé. Leur autonomie financière leur permet de facturer directement les prestations de soins. La réforme, dans ses objectifs comme dans sa mise en

œuvre, s'est traduite par un transfert de la gouvernance hospitalière au profit des EPS, fonctionnant selon un modèle de gouvernance d'entreprise. Une dimension de décentralisation est également présente puisque la présidence du conseil d'administration est assurée, hors de Dakar, par le président élu du conseil régional.

**L'adhésion des hôpitaux et des personnels à la réforme a été initialement inégale avec des résistances fortes.** Certains chefs de services d'hôpitaux, situés principalement à Dakar, ont longtemps résistés à la mise en œuvre de la réforme. En ce qui concerne les partenaires sociaux, ils ont joué un rôle auprès des directions des hôpitaux pour obtenir la titularisation des personnels souvent sous-qualifiés, ce qui a impacté la charge salariale sans répondre aux besoins en personnel qualifié.

**Des difficultés de mise en œuvre ont freiné le processus de réforme.** Parmi elles, (i) l'insuffisance de préparation et d'accompagnement de la réforme ; (ii) l'incapacité des services de la tutelle technique (ministère de la Santé) à assurer un suivi et un contrôle adaptés des EPS ; (iii) le manque de coordination des ministères de tutelle dans ce suivi ; (iv) des instances telles que le conseil d'administration ou la commission médicale d'établissement jouant imparfaitement leur rôle.

**Malgré ces difficultés, certains apports de la réforme font aujourd'hui consensus, notamment sur le plan organisationnel et sur le principe d'autonomie.** Si la pertinence du statut d'EPS pour les structures au niveau périphérique n'apparaît pas évidente pour les services de la tutelle technique, le point clef de la réforme qu'est l'autonomie des EPS n'est pas remis en question. De nombreux éléments perçus positivement ressortent : (i) une meilleure synergie médico-administrative ; (ii) une gestion participative ; (iii) une certaine mise en concurrence des EPS, qui les a dynamisés ; (iv) une gestion plus opérationnelle des EPS grâce à la proximité du Trésor, représenté dans les hôpitaux par un agent comptable particulier (ACP). Par ailleurs, les outils de gestion tels que les manuels de procédures ont facilité la mise en œuvre de la réforme.

## **Perspectives de Réformes Envisagées par le Gouvernement**

**Sans remettre en question les orientations de la réforme de 1998, le ministère de la Santé envisage des ajustements concernant les EPS périphériques, la tutelle et la planification hospitalière.** Les modifications des textes porteraient notamment sur les points suivants :

- les EPS périphériques passeraient sous un régime communal : si l'autonomie des EPS n'est pas remise en question, la pertinence du statut d'EPS pour les structures au niveau périphérique n'apparaît pas évidente pour les services de la tutelle technique ;

- le maire deviendrait le président du conseil d'administration de l'EPS périphérique installé sur sa commune ;
- un directeur adjoint serait nommé dans tous les EPS ;
- un projet de carte hospitalière deviendrait une composante de la carte sanitaire pour l'ensemble des EPS.

## Ressources Financières, Matérielles et Humaines

### Ressources Financières

**En moyenne depuis 2009, le Gouvernement a alloué 5 % de son budget au secteur de la santé.** Ce chiffre, en légère baisse depuis 2009, est en deçà de la recommandation de l'OMS, qui préconise un taux de 10 %.

**En 2011 et 2012, plus de 30 % du budget du ministère de la Santé était consacré à la subvention des hôpitaux et à leur budget de fonctionnement.** Bien que la part globale du budget allouée aux hôpitaux soit difficile à évaluer, les données disponibles permettent d'estimer la proportion de la subvention, qui s'élève à environ 10 % du budget du ministère de la Santé (2011 et 2012), et le montant attribué au fonctionnement des EPS, qui s'élève en moyenne à 20 % sur 2009–2013 (encadré 54).

#### ENCADRÉ 54

### Budget Alloué aux EPS au Sénégal, 2009–2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Budget ministère de la Santé (MS)/ Budget de l'État	5,6%	5,8%	5,3 %	4,7 %	4,9 %	4,7 %	4,7 %
Subvention aux EPS/ Budget MS <sup>50</sup>	—	—	10 %	10 %	—	—	—
Budget de Fonctionnement des EPS <sup>51</sup> /Budget MS	20 %	20 %	22 %	21 %	21 %	—	—

Source : République du Sénégal, ministère de l'Economie et des Finances, ministère de la Santé, Lois de Finances 2009–2014.

50 Données disponibles uniquement pour 2011 et 2012.

51 Incluant : Budget Personnel Salaires ; Budget Personnel Motivation ; Budget Fonctionnement (DAGE).

**Le financement des hôpitaux est hybride et comprend, en plus de la subvention de l'État, les recettes de la prestation de soins et de la vente de médicaments.** Les subventions incluent : la subvention de l'État, versée directement aux EPS par le ministère de la Santé par tranches trimestrielles ; la subvention de la région, déterminée chaque année par le conseil régional pour les hôpitaux régionaux ; la subvention municipale dont l'enveloppe est définie par le conseil municipal et dont le montant octroyé relève de la responsabilité du maire. De plus, et compte-tenu du statut autonome des EPS, ces derniers perçoivent les recettes des prestations de soins, examens et hospitalisations selon la tarification de l'hôpital.

**Les modalités actuelles d'affectation de la subvention de l'État sont reconnues comme n'étant pas satisfaisantes.** Les EPS n'ont pas la justification de la répartition de la subvention d'État entre les structures et ne trouvent pas qu'elle prenne en considération leurs besoins, l'activité ou l'évolution de l'offre de soins. Un atelier s'est tenu pour traiter de cette question et définir des critères objectifs d'affectation. Faute de pouvoir appréhender actuellement le critère d'activité<sup>52</sup>, la subvention a été, cette année, reconduite à l'identique.

## **Infrastructures et Équipements**

**Les hôpitaux sont organisés selon un système pyramidal avec trois échelons de prise en charge correspondant à des niveaux de compétences techniques.** Ces trois niveaux forment la pyramide sanitaire, basée sur le découpage du territoire en régions médicales et districts sanitaires (annexe 12). Ces échelons correspondent à différents niveaux d'équipements, de plateaux techniques et de spécialités. Le principe de référence et contre-référence permet d'établir des liaisons entre les échelons afin de permettre une prise en charge adaptée et une continuité des soins d'un niveau à un autre. Ces échelons ont par ailleurs une correspondance sur le versant administratif : l'administration centrale (cabinet et services rattachés), le niveau intermédiaire (régions médicales) et le niveau périphérique (districts sanitaires).

**Le Sénégal compte 31 EPS répartis sur ces trois niveaux de spécialisation :**

- ***l'échelon central*** : il compte 10 EPS hospitaliers et 4 EPS non-hospitaliers. Leur vocation s'étend sur l'ensemble du territoire national, en raison de leur haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie. Il s'agit du 3<sup>ème</sup> niveau de référence.

---

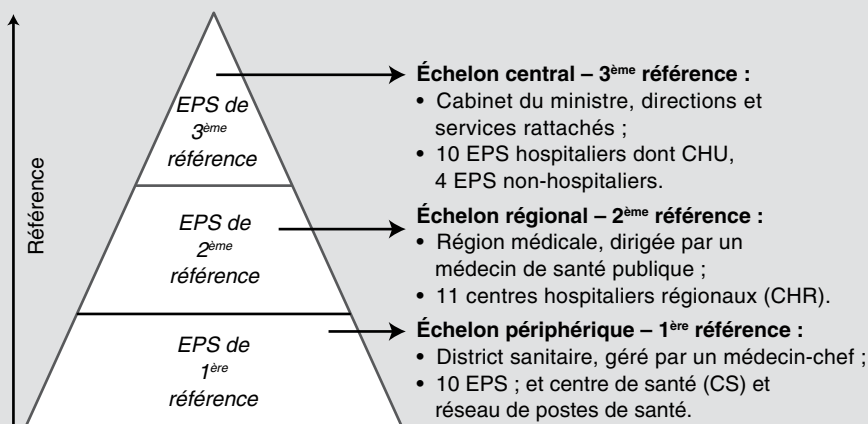
52 En attendant la mise en place des critères reposant sur les résultats de la comptabilité analytique et du système d'information médicale, le critère basé sur les journées d'hospitalisation a été retenu.

- ***l'échelon régional*** : il compte 11 centres hospitaliers régionaux (CHR), qui dispensent des prestations de médecine, de chirurgie générale, d'obstétrique, des soins d'urgence et des soins spécialisés à caractère médical, chirurgical ou psychiatrique. Ils constituent le 2<sup>ème</sup> niveau de référence pour les formations sanitaires de leur zone de couverture.
- ***l'échelon périphérique*** : il compte 10 EPS, et représente le premier niveau de référence pour les formations sanitaires. Situés au bas de la pyramide sanitaire, ils dispensent des prestations de médecine générale, de chirurgie générale et obstétrique, et des soins d'urgence (encadré 55, annexe 13).

**L'état des infrastructures hospitalières est inégal, et la maintenance des équipements fait souvent défaut.** De nombreux bâtiments hospitaliers apparaissent délabrés ou obsolètes, y compris dans les établissements hospitalo-universitaires de Dakar. Par exemple, le CHU Le Dantec présente une structure pavillonnaire dégradée avec des bâtiments étroits, ce qui ne permet pas d'envisager une évolution vers une conception hospitalière moderne. Le défaut de suivi et de maintenance des équipements apparaît assez général. Les établissements disposent rarement de service de bio-maintenance à même d'intervenir sur des équipements hétérogènes du fait de conditions d'acquisition différenciées (dons, occasions, attribution du ministère) et pour lesquels les contrats de maintenance sont rarement en cours de validité.

#### ENCADRÉ 55

### Pyramide Sanitaire au Sénégal



Source : République du Sénégal, Ministère de la Santé, consolidation Banque mondiale.



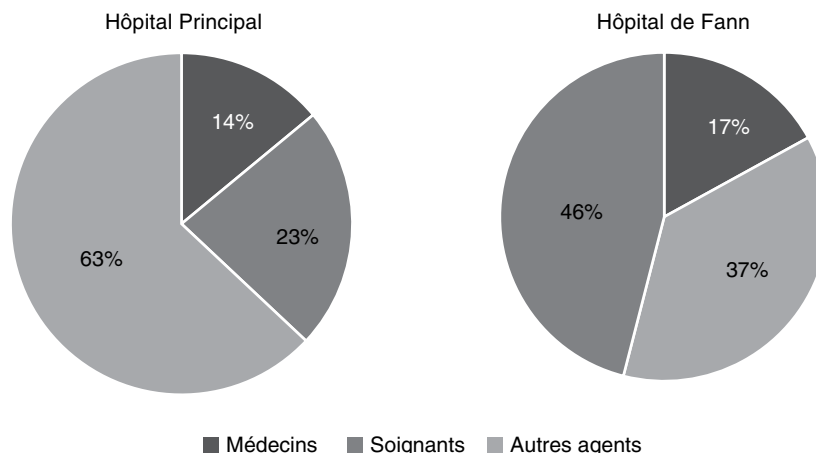
## Ressources Humaines

**L'effectif total des EPS s'élève à plus de 6 700<sup>53</sup> personnes en 2012, comprenant du personnel médical, paramédical et administratif et technique.** Les médecins représentent 11 % de cet effectif, le personnel paramédical 48 %, et les autres personnels, incluant le personnel administratif et technique, 41 %.

**La structure des emplois entre personnel médical et personnel administratif est disparate.** Cette disparité s'illustre parmi les EPS à capacité comparable, comme Fann et Principal. Elle porte d'abord sur l'effectif médical : 98 médecins (Fann) contre 156 (Principal). De plus, le personnel administratif et technique semble surreprésenté par rapport au personnel soignant : la proportion de l'effectif des « autres agents » composés de personnel administratif et technique varie de 37 % (Fann) à 63 % (Principal) (graphique 10). Enfin, il ressort des entretiens une insuffisance dans l'effectif en infirmiers diplômé d'État, et dans l'encadrement qualifié par une école des cadres.

**D'importantes disparités dans les effectifs par lits ont été constatées.** Les effectifs par lit varient ainsi de 3,3 agents par lit pour l'hôpital Principal à 1,5 agent par lit pour Thiès et St-Louis (CHR), mais aussi pour Fann (CHU à Dakar).

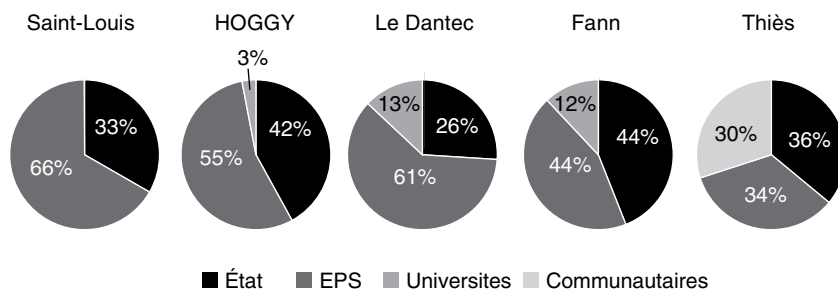
**GRAPHIQUE 10 : Structure des Emplois dans les Hôpitaux Fann et Principal, 2013**



Source : République du Sénégal, ministère de la Santé, consolidation Banque mondiale.

53 Ce chiffre fait référence aux EPS suivants : Abass Ndao, FANN, HALD, HEAR, HOGGY Diourbel, Kaolack, Kolda, Louga, Ndioum, Ourossogui, Principal, Saint-Louis, Tamba, Thiès, Ziguinchor, Touba, Thiaroye.

**GRAPHIQUE 11 : Répartition Statutaire du Personnel au Sénégal, 2011**



Source : République du Sénégal, ministère de la Santé, consolidation Banque mondiale.

**Le poids respectif des agents de l'État, des contractuels, et des ressources mises à disposition par l'université ou les collectivités locales est variable selon les types d'EPS.** Les statistiques disponibles montrent que la part des agents recrutés par les EPS eux-mêmes varie de 34 % (Thiès) à 66 % (Saint-Louis). La part représentée par le personnel enseignant atteint un peu plus de 10 % pour les CHU ; et la part d'agents communautaires à l'hôpital de Thiès représente presque un tiers du personnel (graphique 11).

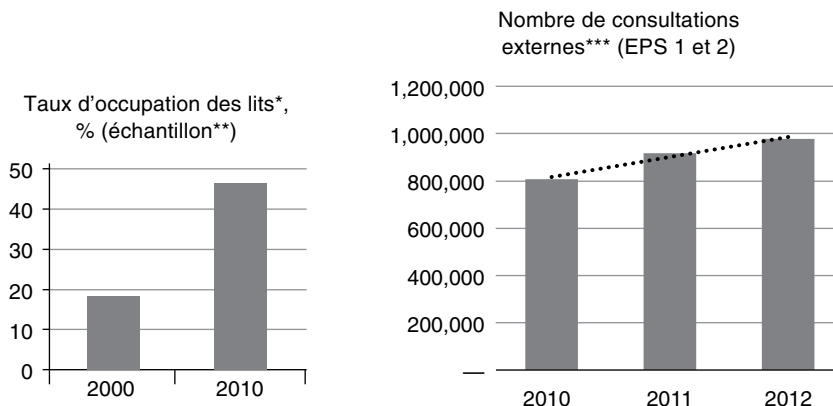
## Performance en Termes de Prestation de Soins

### L'amélioration de l'utilisation des services hospitaliers depuis les années 2000 montre un regain de confiance de la part de la population.

Qu'il s'agisse du taux d'occupation des lits, du nombre de consultations ou du taux d'hospitalisation, le Sénégal a connu, à la suite de la réforme, une amélioration de l'utilisation de ses services hospitaliers (graphique 12). Les EPS de l'échantillon affichent un taux d'occupation des lits deux fois plus élevé par rapport à 2000 (49 % en 2010 contre 21 % en 2000). Également, les files d'attente, l'occupation des services d'hospitalisation et du service des urgences, ou encore l'activité des blocs accouchements et opératoires témoignent de l'augmentation des activités hospitalières. L'annexe 14 présente un ensemble détaillé d'indicateurs.

**Les mesures favorisant l'accessibilité des personnes fragiles, qui se sont multipliées ces dernières années, expliquent en partie cette hausse de l'activité.** Actuellement, ces mesures offrent une gratuité pour : (i) les patients de plus de 60 ans dans le cadre du programme « SESAME » (encadré 56) ; (ii) les parturientes devant bénéficier d'une césarienne ; (iii) les insuffisants rénaux ; et (iv) dans des conditions de prise en charge dépendant des EPS eux-mêmes, les indigents. Ces gratuités ne portent

## GRAPHIQUE 12 : Occupation des Lits et Nombre de Consultations Externes au Sénégal



Source : République du Sénégal, ministère de la Santé, consolidation Banque mondiale. \*Le taux d'occupation des lits renseigne le degré d'utilisation des lits disponibles durant l'année. \*\*L'échantillon contient les établissements suivants : Hôpital Principal de Dakar, Hoggy, Le Dantec, Fann, Abass Ndao, Saint-Louis, Thiès. \*\*\*Les consultations externes correspondent aux consultations ambulatoires.

### ENCADRÉ 56

#### Plan SESAME au Sénégal

- Création d'un système d'assistance en faveur des personnes de nationalité sénégalaise âgées de 60 ans.
- Donne accès à la gratuité ou à la réduction des prestations médicales sur l'ensemble du territoire, sur présentation de la carte nationale d'identité.
- Un comité est créé pour assurer la promotion, le suivi et l'évaluation du système « sésame ».

Source : Décret N°2008-381 Instituant un système d'assistance « sésame ». Journal Officiel. Extraits.

toutefois que sur les frais d'hospitalisation. Les frais pharmaceutiques restent en règle générale à la charge des patients à l'exception du seul établissement où ces frais sont intégrés dans les tarifs pratiqués, à savoir l'hôpital Principal. L'application de ces mesures est inégale et génère des créances importantes pour les EPS. De nouveaux régimes de gratuité sont actuellement à l'étude, comme la prise en charge des moins de 5 ans et la couverture maladie universelle (CMU).

**Le développement de certaines politiques qualité joue également un rôle dans l'amélioration du service de santé.** La méthode la plus

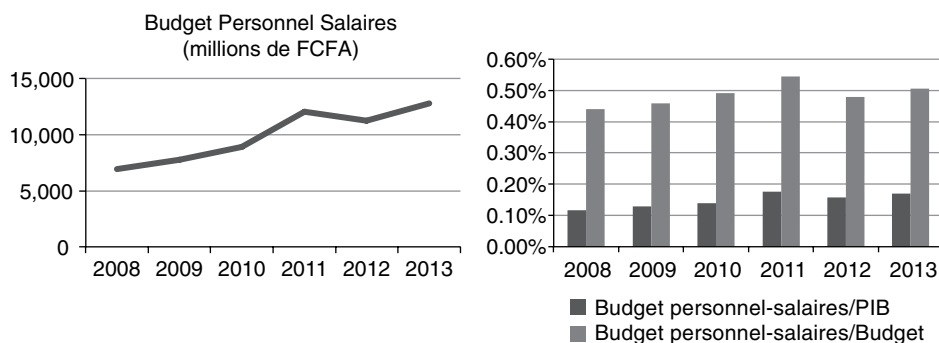
développée dans les EPS est la méthode des 5S, visant à l'amélioration continue des tâches par le débarrasage, le rangement, le nettoyage, l'ordre et la rigueur. Elle connaît une forte diffusion et un vrai succès. D'autre part, des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) sont effectifs dans de nombreux hôpitaux. Un comité national des CLIN a même été constitué. Les démarches d'hémovigilance ou de matériovigilance semblent en revanche avoir été peu engagées jusqu'à présent. En matière de certification, deux exemples ont été notés : le laboratoire de l'hôpital d'Abass Ndao ; et l'hôpital Principal, qui recherche une certification ISO pour l'ensemble de l'établissement.

## Performance Financière et Risque Budgétaire

**Selon le budget, les dépenses salariales du personnel relevant du ministère de la Santé ont augmenté de 83 % entre 2008 et 2013.** Elles ont aussi connu une croissance relativement au PIB et au budget avec un ratio salaires/PIB passant de 0,12 % à 0,17 % entre 2008 et 2013 et un ratio salaires/budget national passant de 0,44 % à 0,50 % (graphique 13).

**La charge salariale du personnel recruté par les EPS est telle qu'elle contraint ces derniers à utiliser la subvention pour payer les salaires, ce qui crée un risque budgétaire.** Dans la plupart des EPS, la masse salariale représente une part notable de la charge de fonctionnement : elle est de l'ordre de 60 à 80 %, à l'exception de l'hôpital Le Dantec (40 %) ou l'hôpital Principal (52 %). En conséquence, les EPS puisent dans la subvention pour répondre à la charge salariale, ce qui crée une dépendance vis-à-vis de l'État et un risque budgétaire. Cette problématique a été identifiée par l'Inspection Générale de l'État (IGE) dans un rapport de 2013, notant : « aucun EPS ne peut payer les salaires avec ses ressources propres » (encadré 57).

**GRAPHIQUE 13 : Évolution du Budget du Ministère de la Santé au Titre des Dépenses Salariales**



Source: République du Sénégal, ministère de la Santé, consolidation Banque mondiale, PIB: World Economic Outlook (WEO), IMF.

## Ressources Financières des EPS au Sénégal

EPS	Ressources Propres (RP) Recouvrées	Ressources Totales (RP + Subventions)	Masse Salariale	Salaires/ RP	Salaires Ressources Totales
	FCFA	FCFA	FCFA	(%)	(%)
Fann	138 339 889	2 441 202 838	1 060 747 920	674,42	43,45
Abass Ndao	404 082 590	1 874 885 619	937 779 940	232,07	50,01
Saint Louis	695 492 105	1 528 976 566	750 393 702	107,89	49,07
Thiès	653 725 422	1 722 119 369	758 229 063	115,98	44,02
Le Dantec	2 332 991 787	4 896 991 179	1 909 547 635	81,76	38,95

Source : République du Sénégal (2013).

**Cette augmentation significative de la masse salariale s'explique en partie par la titularisation des agents à la suite de la réforme.** La réforme hospitalière a contraint les EPS à recruter du personnel jusqu'alors en statut précaire, bénévole ou payé à la tâche, avec automatiquement une hausse conséquente de leur rémunération.

**Les modalités de motivation sous forme de primes contribuent également au poids de la masse salariale.** La prime d'intéressement mensuelle est à hauteur de 25 % des recettes prévues, et la motivation spéciale trimestrielle est fixée à 150 000 FCFA/agent. D'autres motivations existent selon les EPS : prime de motivation, remise de médaille, fête des retraités, agent du mois (hôpital Le Dantec). La mise en place de ces primes, qui s'est fait au détriment de leur viabilité financière (encadré 58), a amputé les ressources des EPS et diminué la marge de manœuvre pour assurer à bien le fonctionnement courant.

**Le délai des remboursements des mesures de gratuité impacte l'équilibre financier des EPS.** Dans le cadre de la politique sociale décidée par l'État, les hôpitaux prennent gratuitement en charge les personnes âgées, les accouchements par césarienne, et les personnes indigentes. Selon l'IGE, la dette à recouvrer au titre de ces éléments s'élevait en 2009 à 1 883 million de FCFA pour le plan SESAME, 755 millions de FCFA pour la prise en charge des personnes malades indigentes et 113 millions de FCFA pour les césariennes. En y ajoutant la dette de l'État au titre des imputations budgétaires, s'élevant à 1 335 millions de FCFA, ces programmes ont considérablement

#### ENCADRÉ 58

### Problématique des Primes au Sein des EPS au Sénégal

Pour attirer ou retenir leur personnel, les établissements ont créé des primes :

- plus de 67 % des dépenses de personnel sont consacrées aux primes et indemnités, la plus importante a été celle de l'intéressement (environ 37 % des dépenses de personnel).
- L'intéressement devrait théoriquement être fonction des recettes des établissements. Il est en réalité versé de façon fixe aux personnels sans que le lien avec les recettes réelles soit toujours garanti.
- Dans une fourchette allant de 0 à 25 %, chaque établissement avait la possibilité de fixer le pourcentage des recettes propres qui seraient reversées sous forme d'intéressement au personnel. La plupart des établissements ont choisi le taux maximal (25 %), sans même étudier au préalable son réalisme.
- Les établissements ont souvent créé des primes faisant double emploi avec celle de l'État.

Source : Lemiere et al. (2012).

grévée la marge budgétaire des EPS, la dette de l'État envers les EPS s'élevant au total en 2013 à 4,2 milliards de FCFA (IGE 2013).

**Nonobstant l'engagement de l'État de s'acquitter régulièrement des sommes dues, les EPS continuent à en porter le poids.** Lors du conseil interministériel du 5 mai 2008, l'État avait pris l'engagement de procéder au paiement régulier des sommes dues aux hôpitaux au titre des imputations budgétaires ou d'autres prestations (plan SESAME et césariennes), le préalable étant que les EPS améliorent leur système de facturation et de recouvrement des recettes. Dans les faits, l'État continue à s'acquitter de façon irrégulière des sommes dues, ce qui crée des difficultés de trésorerie pour les hôpitaux et un risque budgétaire.

**Les politiques de gratuités posent en parallèle des défis particuliers de mise en œuvre.** Le plan SESAME prévoit que l'intégralité de la prise en charge des personnes âgées est assurée par l'État. Il n'y a pas de distinction entre les personnes âgées bénéficiant d'une couverture médicale et celles qui n'en disposent pas. Bien souvent, la facture d'une personne âgée ayant par exemple une couverture médicale partielle ou totale est intégralement imputée à l'État, au titre du plan SESAME. D'autre part, tous les EPS

ne facturent pas systématiquement les césariennes à l'État. : certains EPS considèrent que les césariennes sont couvertes par les subventions d'exploitation.

**Il existe une lourde dette fiscale à la charge des EPS.** Selon l'IGE, la dette fiscale des EPS s'élevait en 2009 à 3 milliards de FCFA, ainsi, une compensation croisée EPS/État basée sur l'année 2009 ne générerait que 917 millions de FCFA au profit des EPS. Néanmoins, la dette actuelle des EPS est sans commune mesure par rapport à ce montant : la dette du seul HOGGY est évaluée à 7 milliards FCFA.

**Début 2000, les EPS ont initié une réflexion stratégique à moyen terme, mais elle n'a pas aboutie et les investissements n'ont pas eu lieu.** Faute de financement dédié, et jugés disproportionnés, ces « projets d'établissement », n'ont pas pu être mis en œuvre ou être renouvelés. Prévus par la réforme, ils comprenaient un projet médical, un projet de soins, un projet social, voire un projet de système d'information. Les difficultés de gestion des EPS ne leur ont pas permis de dégager une capacité d'auto-financement pour leur mise en œuvre, et compte tenu de leur solvabilité incertaine, ils n'ont pas pu accéder au système bancaire.

**Les investissements ont toutefois été relancés grâce aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et au financement des partenaires.** Certaines rénovations — voire même la création de nouveaux services — ont pu être réalisées, via des budgets dédiés à une évolution spécifique, dans le cadre d'un contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou du financement ciblé d'un partenaire de coopération bilatérale ou décentralisée.

## CHAPITRE 4.2

# Cadre Juridique et Réglementaire

### **Situation Avant la Réforme Hospitalière**

**Avant la réforme, les hôpitaux étaient des services déconcentrés de l'État gérés directement par celui-ci.** La gestion des hôpitaux dépendait directement du ministère de la Santé : le directeur de l'hôpital et le personnel étaient nommés directement par l'administration centrale, et les règles des finances publiques de l'État s'y appliquaient.

**Pour introduire une dimension de participation communautaire dans la gestion des hôpitaux, le Sénégal avait expérimenté les comités de santé.** Dans le cadre d'une expérience menée à partir de 1976 dans la banlieue de Dakar, puis élargie en 1983, une participation communautaire avait été instituée via des associations de promotion de la santé, et des comités de santé. Traduisant la double volonté de faire participer les populations aux soins en payant leurs consultations et de les associer à la gestion de l'action sanitaire, les comités de santé ont permis au secteur hospitalier de bénéficier de ressources nouvelles et d'introduire dans l'hôpital une dimension de contrôle des coûts.

**Les comités de santé, objets d'abus, ont montré leurs limites, entraînant la mise en place d'un processus de réforme en profondeur.**



Soumis à partir de 1992 à la réglementation régissant les associations et dotés de statuts types, les comités de santé, dotés d'une autonomie limitée, ont cependant fait l'objet d'abus dans la gestion des recrutements et des fonds. En prenant acte, le Gouvernement a engagé une consultation en 1996, laquelle devait aboutir au processus de réforme de 1998.

## **L'Émergence des Établissements Publics de Santé : la Réforme de 1998**

### **Statut des Hôpitaux et Mission de Service Public**

**La réforme de 1998 a marqué un choix net en faveur de l'autonomie des hôpitaux en créant le statut d'« établissements publics de santé » (EPS).**

Les deux lois du 2 mars 1998, N°98-08 portant réforme hospitalière et N°98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé (EPS), statut inspiré du droit français (encadré 59), ont opéré des changements majeurs en faveur de l'autonomie des hôpitaux publics. Complétées par les décrets N°98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des établissements publics de santé hospitaliers et N°98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des EPS, les textes de 1998 se caractérisent par quatre orientations majeures :

- les hôpitaux sont des EPS, personnes morales de droit public spécialisées, dotées d'un patrimoine propre ;
- les EPS sont placés sous la tutelle financière du ministère des Finances et sous la tutelle technique du ministère de la Santé ;
- les organes de gestion des EPS sont le conseil d'administration, qui définit la politique de l'établissement et ses orientations, et la direction de l'hôpital, qui assure la gestion quotidienne et exécute les décisions du conseil d'administration ;
- les EPS bénéficient d'une autonomie financière leur permettant de facturer les prestations de soins.

**A côté des EPS, la loi de 1998 portant réforme hospitalière a créé deux autres statuts d'établissements hospitaliers : militaire et privé.** En marge des EPS, la loi prévoit des établissements hospitaliers militaires (« EHM ») participant au service public, et des établissements hospitaliers privés sans but lucratif et à but lucratif.

**La loi portant réforme hospitalière opère une classification des EPS en fonction de leurs spécificités et par zones d'intervention.** En application de l'article 2.1 de la loi N°98-08 portant réforme hospitalière, il est prévu

## Établissement Public de Santé : le Cas de la France

**La création d'un établissement public de santé (EPS) réduit la lourdeur administrative, augmente la souplesse de gestion et favorise une plus forte responsabilité et implication des personnels.**

**Ses organes de gestion sont composés:**

- **d'un organe délibérant** : le conseil d'administration (CA), composé de représentants des collectivités territoriales, du personnel, de personnalités qualifiées, de représentants des usagers et des organismes de financement. Le CA définit la politique générale de l'établissement et vote le budget.
- **d'un organe exécutif** : il maîtrise la technicité et peut jouer un rôle prépondérant dans les orientations de l'établissement. Il est dirigé par un directeur (issu du corps de direction des hôpitaux) nommé, après avis du président du CA, par le ministre de la Santé.

**Son fonctionnement repose sur trois grands principes :**

- **l'autonomie** : permet d'avoir des organes de gestion, des biens, des moyens juridiques, matériels, financiers propres. L'autonomie financière est capitale pour que l'EPS puisse disposer des moyens nécessaires sans être dépendant de l'autorité de tutelle.
- **la spécialité** : confie à l'EPS une mission précisant la nature des activités qu'il doit conduire (statuts). Il ne peut pas intervenir dans d'autres domaines.
- **le rattachement** : permet à la collectivité de création d'exercer un contrôle de tutelle sur l'établissement, (approuver le budget et les décisions importantes). Ce rattachement peut être plus ou moins important. Les établissements publics de santé sont soumis à la tutelle des pouvoirs publics:
  - les comptables des établissements publics de santé sont des comptables du Trésor public (séparation entre l'ordonnateur et le comptable);
  - le budget est obligatoirement soumis à l'agence régionale hospitalière qui peut demander les modifications qu'il estime nécessaire;
  - les EPS sont soumis au code des marchés publics;
  - les décisions du CA doivent être approuvées par l'autorité de tutelle.

*Source: De Roodenbeke & Perrot (2005).*

trois niveaux d'EPS (Partie 4.1), définis à l'article 3. Suivant leur localisation et leurs caractéristiques techniques ou administratives, les EPS sont dénommés centre hospitalier national, centre hospitalier régional ou centre hospitalier communal.

**La loi définit le service public hospitalier qui incombe aux EPS, aux établissements hospitaliers militaires (EHM) et aux établissements privés qui ont demandé à y participer.** La loi portant réforme hospitalière pose que la mission de service public comporte non seulement la dispense de soins, mais aussi des missions de prévention, de formation et de recherche. Elle est assurée par les EPS et les EHM, mais la loi prévoit que les établissements privés peuvent demander à y participer. La mission de service public, essentiellement définie aux articles 8 et 9 de la loi N°98-08 (encadré 60), repose sur trois principes fondamentaux :

- la continuité des services ;
- l'égalité pour tous dans l'accès aux soins essentiels ;
- la mise à disposition des meilleurs soins possibles.

## Régime d'Emploi

**Le personnel des EPS est soumis à des régimes d'emploi différents. Il comprend :**

- des agents relevant du statut de la fonction publique, dont les directeurs des EPS, qui sont des agents de hiérarchie A nommés par décret après avis du conseil d'administration ;
- des agents relevant du statut du personnel enseignant des universités ;
- des agents contractuels recrutés par l'hôpital et régis par le Code du travail ;
- des agents contractuels, dits décisionnaires, mis à la disposition de l'EPS par l'État et rémunéré par lui ;
- des agents mis à la disposition de l'établissement par les collectivités locales ;
- des agents mis à la disposition de l'établissement dans le cadre des accords de coopération.

La loi N°98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des EPS prévoyait que les statuts existant au moment de la réforme avaient vocation à s'appliquer de façon transitoire jusqu'à l'adoption d'un statut spécial pour le personnel des EPS. Cependant, la réforme des statuts n'a pas été réalisée.

## ENCADRÉ 60

### **Mission de Service Public au Sénégal**

#### ***Le service public hospitalier prévoit :***

- un accès équitable aux soins pour tous ;
- un accueil jour et nuit, en urgence si nécessaire ;
- une prise en charge ou transfert du patient dans un autre établissement adapté ;
- l'établissement d'un diagnostic et la dispense de soins préventifs, curatifs et de réadaptation ;
- la continuité des soins, en liaison avec les autres structures de soins.

#### ***Également, le service public hospitalier participe à :***

- l'enseignement universitaire et postuniversitaire ;
- la formation continue des praticiens ;
- la recherche médicale, odontostomatologie, pharmaceutique et psychologique ;
- la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la recherche en soins infirmiers et obstétricaux ;
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
- l'organisation de l'aide médicale d'urgence conjointement avec les personnes et les services concernés ;
- la mise en œuvre de toute activité s'inscrivant dans le cadre des priorités de santé publique définies par le ministre chargé de la Santé ;
- la prise en charge de la population pénitentiaire dans des conditions fixées par voie réglementaire.

*Source : Loi N°98-08 portant réforme hospitalière.*

## **Réglementation en Matière de Marchés Publics**

**Les EPS doivent se conformer aux règles prévues par la réglementation des marchés publics.** L'article 12 de la loi N°98-12 prévoit que les règles de passation des marchés conclus par les EPS sont fixées conformément à la réglementation en vigueur. Or, selon l'article 2 du code des marchés publics, entrent dans le champ d'application du code tous les établissements publics.

## Régime Comptable

**La comptabilité des EPS est tenue suivant les règles de la comptabilité publique par un agent comptable public.** Bien qu'ils soient des structures spécialisées, les EPS fonctionnent, au plan financier et comptable, comme des établissements publics à caractère administratif. À ce titre, les biens et services qu'ils fournissent sont mis à la disposition du public à des prix couvrant, en principe, les charges de leur production, à l'instar d'une régie financière. La chaîne des recettes et dépenses fait intervenir deux acteurs principaux :

- le directeur général, administrateur des crédits, qui prend l'initiative des dépenses, les liquide et ordonne leur paiement ;
- l'agent comptable personnalisé (ACP), qui assure le recouvrement des recettes, le règlement des dépenses et la confection des états financiers de chaque EPS. L'ACP, correspondant du Trésor, transmet les états financiers au Conseil d'État dans les huit mois suivant la clôture de l'exercice, après les avoir soumis au préalable à l'approbation du conseil d'administration. L'ACP relève de l'autorité du Trésorier Général mais doit respecter les règles internes d'organisation et de fonctionnement de l'EPS.

**Le plan comptable ne reflète pas la spécificité des flux financiers propres à un établissement de soins.** Le plan comptable utilisé est le plan comptable SYSCOADA appliqué à tous les établissements publics. Les chapitres comptables sont les mêmes pour tous les EPS, mais l'intitulé et la nature des sous comptes sont du ressort de chaque EPS, sans harmonisation aucune d'un EPS à l'autre. La présentation générale par typologie de dépenses ne permet pas d'avoir une vision plus spécifiquement hospitalière par nature de dépenses. Lors du Conseil Interministériel des EPS de mai 2008, l'absence de régime financier pour les EPS avait été pointée, et il avait été demandé que le ministère de la Santé, en relation avec le ministère de l'Economie et des Finances, déclenche la procédure d'élaboration d'un régime financier pour les EPS.

**A l'exception de l'hôpital Principal, les EPS ne tiennent pas de comptabilité analytique et n'ont pas de système intégré de gestion comptable.** Il n'existe pas de système standardisé de gestion financière : les systèmes comptables des EPS diffèrent sensiblement d'un hôpital à un autre, allant du plus simple traitement manuel à des traitements informatisés plus ou moins parcellaires. Seul l'hôpital Principal utilise un système de gestion informatisé intégré.

## **Défis Liés à l'Effectivité du Cadre Juridique**

**Malgré un cadre légal bien défini et complet, l'application limitée des textes a positionné les hôpitaux dans une situation juridique incertaine.** La réforme hospitalière de 1998 a initié des changements importants dans le cadre de gouvernance des hôpitaux en les dotant d'un nouveau statut et de l'autonomie de gestion. Néanmoins, toutes les dispositions accompagnant la réforme n'ont pas été adoptées de façon exhaustive, ce qui a positionné les EPS dans une situation juridique incertaine. Par exemple, des outils tels que le système d'information prévu par la réforme ou le statut du personnel des EPS n'ont pas vu le jour. Censés renforcer l'autonomisation des hôpitaux, l'absence de ces outils de gestion ont conduit à des défis de gestion importants.



## CHAPITRE 4.3

# Exercice de Tutelle de l'État

### Un Modèle d'Organisation Dual

**La tutelle des EPS est exercée conjointement par le ministre des Finances, et le ministre de la Santé.** La tutelle technique des EPS est exercée par la Direction des Établissements de Santé (DES) du ministère de la Santé, et la tutelle financière est exercée par le ministère des Finances (encadré 61).

**La tutelle des EPS régionaux et périphériques est assurée par le gouverneur de la région d'implantation.** Le gouverneur est une autorité déconcentrée de l'État. La tutelle technique et la tutelle financière sont assurées respectivement par le médecin-chef de région et le contrôleur régional des finances, placés sous l'autorité du gouverneur de région. Toutefois, l'agent comptable rapporte directement à la Direction du Trésor au ministère des Finances.

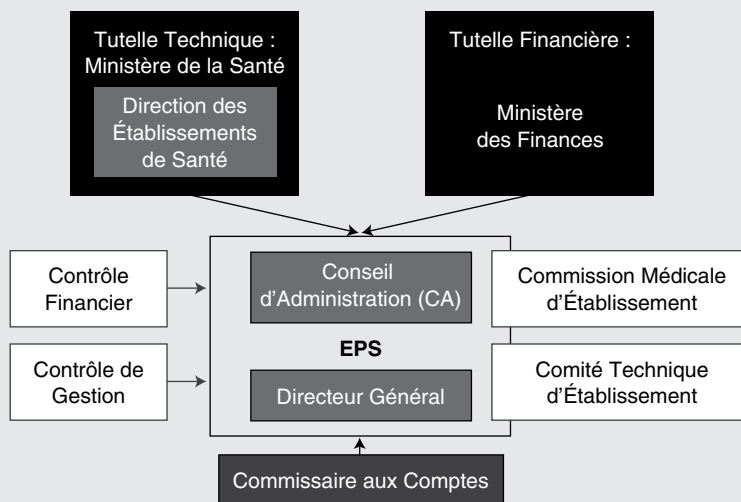
#### Tutelle Financière : Ministère des Finances

**Partagée entre la Direction de la Coopération Economique et Financière (DCEF) et la Direction du Budget (DB) du ministère des Finances,**



## ENCADRÉ 61

### Régime de Tutelle des EPS au Sénégal



Source : Consolidation Banque mondiale.

**la tutelle financière a pour principal objet la détermination de la dotation du secteur.** Elles préparent les inscriptions dans le budget de l'État des dotations respectivement allouées aux investissements et à l'exploitation. Elles se fondent à cette fin sur les états financiers communiqués par les agents comptables particuliers (ACP) et sur les informations communiquées par la tutelle technique. La DCEF et la DB participent à la validation des CPOM.

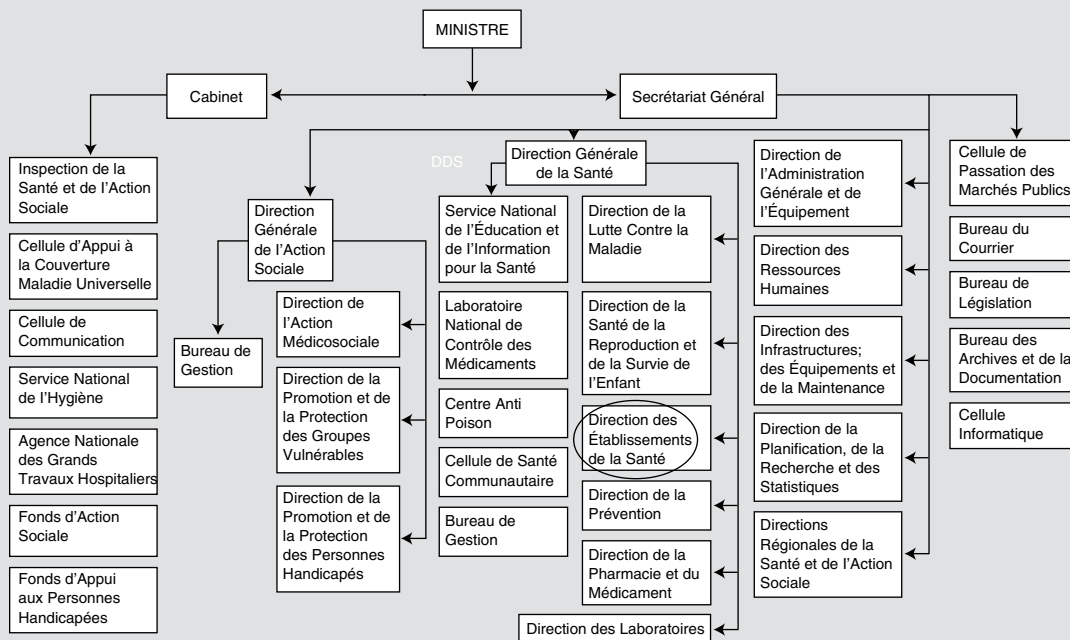
**L'approbation des budgets des EPS diffère entre les EPS de niveau 3 et de niveau 1 et 2.** Les budgets des EPS de niveau 3 (niveau central) font l'objet d'une transmission directe au ministère des Finances, alors que les budgets des établissements de niveau 1 et 2 (niveaux périphérique et intermédiaire) adressent leur budget au gouverneur de région pour approbation.

#### Tutelle Technique : Direction des Établissements de Santé

**La tutelle technique est exercée par le ministère de la Santé par le truchement de la Direction des Établissements de Santé (DES).** Logée au sein de la Direction Générale de la Santé (encadré 62), la DES a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique de l'État en

## ENCADRÉ 62

### Organigramme du Ministère de la Santé au Sénégal



Source : Site internet du ministère de la Santé, <http://www.sante.gouv.sn/>.

matière hospitalière et d'établissements de santé. La DES veille à l'accomplissement des missions des EPS et des formations sanitaires spécialisées. Elle est en outre chargée de la réglementation, de l'appui et du contrôle des cliniques et cabinets privés et assure la promotion de leur participation au service public de santé. La DES est composée de : (i) la Division des Établissements Publics de Santé ; (ii) la Division des Établissements Privés de Santé ; (iii) la Division de la Réglementation et du Contentieux ; (iv) la Division du Suivi et de l'Évaluation ; (v) le Bureau de gestion.

**La DES est en charge de la répartition de la subvention aux EPS et du suivi de la performance.** La DES joue un rôle clef dans le pilotage de la politique nationale hospitalière car c'est elle qui répartit entre les EPS la dotation budgétaire allouée au secteur de la santé. En outre, elle détermine l'éligibilité des EPS concernant la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et évalue leur exécution.

**La DES opère avec des effectifs et des moyens modestes.** En 2013, la DES fonctionnait avec un budget de 100 millions de FCFA et un effectif d'environ 20 personnes.

**Au sein de la DES, la Division des EPS est le pivot de la tutelle technique.** Cette division est dotée d'un effectif de 3 personnes et d'un budget de 8 millions de FCFA (2013). Afin d'assurer la prise en charge globale et continue des populations et d'améliorer les complémentarités entre les acteurs de la santé du secteur public, différentes missions lui sont confiées:

- veiller au bon fonctionnement des EPS ;
- les assister dans l'élaboration des projets d'établissement, des budgets prévisionnels et des états financiers ;
- identifier les besoins en matériels de l'offre publique hospitalière ;
- concevoir les actions de planification de cette offre de soins.

### **Rôle des Directions Transversales d'Appui dans la Tutelle des EPS (Ministère de la Santé)**

**La Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) assure aussi un rôle dans l'élaboration du budget des EPS.** La DAGE est une direction transversale située au même niveau hiérarchique que les deux directions générales du ministère de la santé. Chargée d'une mission de coordination de l'élaboration du budget du ministère, la DAGE est l'interlocuteur du ministère des Finances s'agissant de la dotation globale du secteur, et définit avec la DES les critères d'allocation des subventions annuelles des EPS.

**La Direction des Infrastructures et des Équipements Médicaux (DIEM) est chargée de veiller aux infrastructures et à leur maintenance.** Chargée de la mise en œuvre de la politique d'acquisition du ministère de la Santé, la DIEM est placée au même niveau que la DAGE. Elle est responsable de la bonne exécution de la politique en matière de conception des infrastructures, du suivi de leur exécution ainsi que du choix des équipements et du contrôle de leur installation. La DIEM intervient en tant que maître d'ouvrage délégué dans les projets immobiliers du secteur public de santé et assure l'acquisition de gros équipements (scanners, IRM, mammographes) destinés aux EPS. Gérant un budget d'investissement de 30 milliards de FCFA selon le budget prévisionnel 2014, la DIEM alloue ces dernières années environ 1,5 milliard de FCFA à l'achat d'équipements médicaux pour les EPS et contribue ainsi à la modernisation de leurs plateaux techniques. La DIEM est en outre chargée de la mise en œuvre de la politique nationale de maintenance dans le secteur de la santé (encadré 63).

### ENCADRÉ 63

## Politique Nationale de Maintenance au Sénégal

**Objectif général :** La maintenance a pour objectif général de garantir la pérennité, le fonctionnement et la sécurité des investissements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

**Objectifs spécifiques :** L'atteinte de cet objectif général passera par les objectifs spécifiques ci-dessous :

- élaborer des normes et des procédures relatives aux acquisitions (infrastructures, équipements, dons) ;
- mettre en place les normes et procédures relatives aux acquisitions (infrastructures, équipements, dons) ;
- renforcer les compétences techniques et managériales des professionnels ainsi que celles des acteurs concernés dans l'application de ces normes et procédures ;
- assurer la vulgarisation et l'application de ces normes et procédures auprès de tous les acteurs concernés ;
- disposer d'une banque de données en infrastructures et équipements relative au patrimoine du secteur ;
- mettre en place des services décentralisés de maintenance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- assurer la mise en œuvre et le suivi de la politique de maintenance.

**Stratégies :** Les stratégies à développer concernent :

- la mise en place d'un cadre réglementaire de coordination/concertation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- la création d'une base de données du patrimoine national (équipements et infrastructures sanitaire) ;
- le respect des normes et des procédures relatives aux acquisitions (infrastructures, équipements, dons) ;
- la mise en œuvre d'une politique de formation continue des techniciens de maintenance et des utilisateurs ;
- la mise en œuvre d'un plan de supervision et d'évaluation des projets de maintenance.

*Source :* République du Sénégal, Politique de maintenance des infrastructures, des installations et des équipements des structures de santé au Sénégal.

**La Direction des Ressources Humaines (DRH) a pour mission la formation, la gestion et la promotion du personnel du ministère de la Santé.** La DRH veille à une bonne coordination dans le recrutement et la gestion des personnels de santé et d'action sociale par l'État, les collectivités locales, les établissements de santé et les comités de santé, ainsi qu'à l'application de la réglementation concernant les établissements publics et privés de formation professionnelle en santé et action sociale. Elle met en place des politiques de promotion et de dialogue social en rapport avec les partenaires sociaux. Elle est chargée :

- de développer des politiques de gestion prévisionnelle des effectifs et des emplois ;
- d'élaborer et de suivre l'exécution des actes de gestion du personnel du ministère de la Santé, conformément à la réglementation ;
- d'élaborer et de mettre en œuvre les plans de formation.

## **Défis Liés à l'Organisation de la Tutelle**

**L'intégration limitée des tutelles financière et technique résulte d'une faible communication entre les ministères de tutelle.** Bien que le ministère de la Santé et le ministère des Finances jouent tous les deux un rôle dans l'allocation des ressources aux EPS, ils ne semblent pas se réunir selon une fréquence régulière, ce qui concourt à des reconductions automatiques des dotations.

**Les modes d'intervention de la tutelle financière ne permettent pas d'arbitrage financier en fonction des besoins de santé.** Bien que les instances centrales et déconcentrées de contrôle financier siègent au conseil d'administration, la tutelle financière est essentiellement exercée par des services centraux. Il n'existe, en dehors des dépenses d'eau, d'électricité et de gaz, aucune réglementation organisant un cadre d'exercice de la tutelle financière permettant de mieux déterminer les ressorts financiers du pilotage d'une politique nationale hospitalière. Ceci contribue à la reconduction annuelle des budgets, détachée des besoins réels et des nécessités locales de l'offre de santé.

**La tutelle technique est affaiblie par son manque de moyens et son positionnement institutionnel.** Avec des effectifs limités, un budget faible, et un positionnement secondaire au sein de l'organigramme du ministère de la Santé, la DES n'est pas en mesure de traiter l'information permettant de mettre en place une stratégie du secteur public hospitalier.

**En l'absence des outils stratégiques de gestion prévus par la réforme, la DES se concentre davantage sur la mise en place des EPS et de leur organisation que de leur fonctionnement.** En l'absence : (i) d'un système d'information permettant en temps réel d'acquérir une connaissance de l'activité et des coûts de l'offre de soins ; (ii) de l'autorité pour faire appliquer la carte sanitaire ; (iii) de réels projets d'établissement ; la DES est placée dans une position de navigation à vue. Souffrant d'une faible attractivité par rapport aux EPS eux-mêmes, les cadres préfèrent être affectés dans les EPS plutôt qu'au niveau de la tutelle.

**Compte tenu de ses faiblesses structurelles, la DES est limitée dans sa tâche de répartition de l'enveloppe dévolue aux EPS.** Un atelier s'est tenu en 2012 avec l'objectif de définir et proposer des critères d'allocation budgétaires aux EPS. La synthèse des travaux a retenu cinq critères : niveau de l'EPS (70 %), pauvreté (10 %), performance (5 %), éloignement (5 %) et population (10 %). Définis comme provisoires, ces critères ne sont pas opérationnels et compte tenu de la carence des informations communiquées à la DES, ils maintiennent le *statu quo ante* en vigueur qui consiste à reconduire annuellement les budgets du précédent exercice.



## CHAPITRE 4.4

# Planification et Suivi des Performances

### Cadre de Planification

#### Planification dans le Secteur de la Santé

**Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) est le document de référence en matière de planification sanitaire.** Le PNDS projette les grandes orientations stratégiques du ministère sur 10 ans, dont la mise en œuvre se fait à travers deux outils opérationnels que sont le cadre de dépenses à moyen-terme, qui permet de fixer un cadre de programmation pluriannuelle et d'exécution budgétaire sur trois ans, et le plan de travail annuel (PTA).

**Le dernier PNDS 2009–2018 est la réponse aux enjeux soulignés par le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP).** Ce dernier consacre son axe 2 à l'accélération de la promotion de l'accès aux services sociaux de base. Le PNDS est pour sa part décliné en quatre objectifs et 11 orientations stratégiques (encadré 64).



## ENCADRÉ 64

**Objectifs et Orientations Stratégiques du PNDS au Sénégal**

Objectifs du PNDS	Orientations Stratégiques
<b>Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles.</li> </ul>
<b>Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la promotion de la santé ;</li> <li>• Renforcement de la prise en charge des cas ;</li> <li>• Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte.</li> </ul>
<b>Renforcer durablement le système de santé.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des ressources humaines ;</li> <li>• Renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance ;</li> <li>• Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux ;</li> <li>• Renforcement du système d'information et de la recherche.</li> </ul>
<b>Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de la gestion axée sur les résultats ;</li> <li>• Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;</li> <li>• Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.</li> </ul>

Source : République du Sénégal (2009).

**Après des premières évaluations de la réforme de 1998, le PNDS prévoit le renforcement de la réforme hospitalière.** Alors que les premiers effets de la réforme hospitalière de 1998 se montrent mitigés, le PNDS fait état d'une situation « préoccupante pour les usagers, le personnel de santé et les autorités sanitaires et politiques » (République du Sénégal 2009). Le PNDS prévoit ainsi certains renforcements de la réforme hospitalière par l'instauration d'une politique hospitalière. Les orientations annoncées par le PNDS sont : (i) le renforcement du contrôle et de la régulation par la tutelle ;

(ii) l'amélioration de la gestion administrative, financière et comptable ;  
(iii) le renforcement de l'offre de soins et services hospitaliers ;  
(iv) l'amélioration de la qualité des services et de la performance ; (v) le développement de la communication.

**Une carte sanitaire a été élaborée en 2008.** Selon les termes de la loi N°98-08, la carte sanitaire avait pour objet « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ». Elle devait en outre être « établie sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales, après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins ». Un premier projet de carte sanitaire avait été élaboré en 2002, après l'adoption des projets d'établissement. Une nouvelle carte sanitaire a été préparée en 2008.

**Le système national d'information de santé prévu par la loi n'a pas été mis en place.** La loi N°98-08 prévoit que « les EPS hospitaliers mettent en œuvre une politique d'évaluation de leurs activités et des coûts de l'offre, qui s'intègre dans le système national d'information de santé ». Cependant, ce système n'a pas été mis en place.

## **Planification Hospitalière au Niveau des EPS**

**La politique hospitalière se traduit dans un document de planification pluriannuelle appelé « projet d'établissement ».** Le projet d'établissement représente la stratégie de l'hôpital à moyen terme : selon la loi N°98-08, les projets d'établissement sont prévus pour une durée maximale de cinq ans. Ils doivent définir, sur la base d'orientations médicales proposées par la commission médicale d'établissement (CME), les objectifs généraux de l'établissement et de la recherche, de la politique sociale, de la formation, de la gestion et du système d'information. Devant être compatibles avec la carte sanitaire, les projets d'établissement doivent déterminer les capacités d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'hôpital doit disposer pour réaliser ses objectifs.

**Les premiers projets d'établissement, issus de la réforme hospitalière, ont vu le jour en 2000 dans tous les EPS.** Les établissements avaient entrepris ces projets en collaboration avec des cabinets de conseil. Elaborés pour des périodes de cinq ans, ils incluaient un projet médical, un projet de soins, un projet social et un projet de système d'information.

**Malgré certains apports reconnus au niveau des EPS, ces projets d'établissement, jugés irréalistes, n'ont pas été reconduits.** Malgré de

fortes résistances exprimées au départ, leur élaboration a souvent permis la construction d'une vision partagée, l'implication des personnels de par leurs contributions au processus, ou encore la mise en place d'une démarche participative comme nouvel outil de gestion et de gouvernance. Néanmoins, certaines défaillances dans l'élaboration de ces projets ont aussi été clairement identifiées, à savoir : (i) une ambition démesurée en investissements ; (ii) l'insuffisance de préparation et d'accompagnement ; (iii) le démarrage simultané de toutes les structures sans échelonnement dans le temps ; (iv) la défaillance de l'État et des bailleurs à financer les projets. Finalement, ces projets n'ont pas été reconduits.

#### **Les EPS élaborent annuellement un plan de travail annuel (PTA).**

Mis en place à l'initiative du ministère de la Santé, les PTA représentent l'outil de suivi et de planification à court terme de l'activité des EPS. Ils s'inscrivent dans les orientations sanitaires du PNDS, tout en répondant aux problématiques locales.

**Les PTA ne semblent pas perçus avec la même importance au niveau de la tutelle et au niveau des EPS.** Alors que la DES semble accorder un intérêt particulier aux PTA, les EPS font part d'un certain scepticisme vis-à-vis de cet exercice qu'ils n'évoquent que peu. Par ailleurs, l'intégration des PTA, réalisée au niveau de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques du ministère est globale, alors qu'il pourrait être pertinent de la faire aussi spécifiquement pour le secteur hospitalier au niveau de la DES.

## **Suivi des Performances**

**L'État a complété la réforme en se dotant d'une politique nationale de contractualisation introduisant la gestion fondée sur les résultats.** Les mesures d'accompagnement pour modifier l'image de l'hôpital public s'étant jusqu'alors révélées insuffisantes, les autorités ont décidé d'introduire des mesures plus incitatives permettant de lier une partie des ressources versées par l'État aux hôpitaux sous forme de subventions à l'atteinte de certains objectifs, définis d'un commun accord avec les responsables hospitaliers. Cette orientation s'est traduite dans le document de politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé de 2004. Fondée sur le projet d'établissement, la politique de contractualisation avait pour objet d'opérer une transition vers une gestion axée sur les résultats. L'un des outils privilégiés par le document de politique nationale de contractualisation était les contrats de performance, fixant des objectifs à atteindre en contrepartie de ressources supplémentaires allouées par l'État au vu des résultats atteints.

**Des contrats de performance de première génération ont été conclus, mais n'ont pas été poursuivis après la première évaluation.** Dans un premier temps, en concertation avec les acteurs de la réforme, la DES a élaboré un modèle de contrat type définissant les domaines à contractualiser, les critères et les indicateurs de résultats retenus, les engagements respectifs des hôpitaux et de l'État (encadré 65). En 2006, des contrats dits de première génération ont été signés avec 15 EPS après approbation de leur conseil d'administration. Une première évaluation a été réalisée en 2007, à partir d'une méthode d'audit sur place à partir d'une fiche standardisée de recueil des informations et d'une grille d'évaluation permettant de traduire les résultats obtenus. Au terme de cette évaluation, les EPS jugés performants avaient reçu une enveloppe budgétaire complémentaire comprise entre 37 et 75 millions de FCFA en 2008. Les contreparties budgétaires n'ayant pu être mises en œuvre, la première tentative de gestion des résultats par des contrats de performance a pris fin prématurément.

**Après une évaluation soulignant la dette structurelle des EPS en 2008, le Gouvernement a ordonné la reprise de contrats de performance.** Faisant suite à une évaluation de la réforme hospitalière en 2008, laquelle avait pointé le déficit chronique de la gestion des EPS, le

#### ENCADRÉ 65

### **Contrat de Performance Hospitalière au Sénégal**

Les travaux préparatoires à l'élaboration des contrats de performance, notamment le choix des sujets, des critères et indicateurs, ont fait l'objet d'une large concertation avec la communauté hospitalière. [...] Les résultats de l'évaluation ont servi de base au calcul de la subvention à la performance à verser en 2008 aux établissements ayant vérifié les conditions d'éligibilité. En dépit des limites et des insuffisances constatées dans le contenu des contrats et dans leur mise en œuvre, ils ont eu un impact positif :

- en termes opérationnels, ils ont constitué dans certains cas un puissant levier pour mieux faire travailler ensemble les équipes ; et lorsque les résultats ont été moins probants, entraîné des remises en question ;
- au niveau institutionnel, ils ont permis de jeter les bases d'une nouvelle organisation de la relation de tutelle entre le ministère et les hôpitaux publics.

*Source : Extrait de Gueye and Kopp (2009).*

#### ENCADRÉ 66

### Extrait des Conclusions du Conseil Interministériel des EPS

- des charges de fonctionnement disproportionnées, en particulier celles relatives aux frais de personnel ;
- des personnels médicaux et soignants insuffisants à côté de personnel non qualifié pléthorique ;
- des dettes aux fournisseurs très élevées ;
- une soutenabilité financière compromise ;
- une dégradation constante de la qualité de la prise en charge ;
- des difficultés chroniques de recouvrement ;
- l'absence de mécanismes de contrôle par la tutelle ;
- l'insatisfaction des usagers, des professionnels de la santé et des autorités de l'État.

Source : Conseil interministériel des EPS (2008).

Gouvernement avait, lors d'un Conseil Interministériel en 2008 (encadré 66), approuvé une série de directives concernant les EPS. L'une de ces directives concernait la mise en place de plans d'apurement des dettes des hôpitaux, et une autre réclamait un arbitrage des subventions d'investissement tenant compte des priorités sanitaires nationales et des missions de service public assignées aux EPS. L'un des outils privilégiés par cette dernière directive étaient les contrats de performance.

**Des contrats de seconde génération, dits contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ont été signés avec un certain nombre d'hôpitaux à partir de 2011.** Dans le cadre de la politique nationale de contractualisation, le ministère de la Santé a conclu des CPOM en 2011, 2012, puis 2013 avec une série d'hôpitaux (incluant Fann, Albert Royer, Touba, Thiès, Saint-Louis).

**S'agissant de l'évaluation des performances, la DES a prévu un certain nombre de domaines assortis de critères et d'indicateurs.** Dans un document d'orientation, la DES a fixé un certain nombre de domaines devant être couverts par les CPOM, lesquels sont assortis de critères d'évaluation constatés par des indicateurs de résultats<sup>54</sup>. Tenant compte des leçons des contrats de performance de première génération, la DES a introduit des

54 L'annexe 16 rappelle le processus d'élaboration des CPOM.

critères déclencheurs destinés à pallier les difficultés que rencontrent les autorités de tutelle à obtenir les rapports d'activité trimestriels.

**Cependant, les CPOM souffrent du même déficit de fiabilité de l'information et des contraintes capacitaires de la tutelle.** Constituant des ressources additionnelles pour les hôpitaux, les CPOM peuvent contribuer à l'efficacité des hôpitaux si les critères retenus sont satisfaits. Cependant, compte tenu de contraintes capacitaires et du manque de transmission d'une information précise, la tutelle n'est pas à même de vérifier la sincérité de l'information transmise par les EPS. En conséquence, elle ne possède pas les informations relatives à la performance nécessaires à la mise à disposition de ressources additionnelles.

## **Défis Liés à la Planification et au Suivi des Performances**

**Les projets d'établissement n'ont pas été l'outil de planification stratégique et opérationnelle escompté au moment de la réforme.** Bien que des projets d'établissement de première génération aient été préparés entre 2000 et 2002, faute de cohérence, ils n'ont pas atteint les objectifs de planification escomptés ni pour la tutelle ni pour les EPS. S'agissant de l'hôpital Le Dantec, aucun projet d'établissement n'avait été adopté en raison de l'opposition du corps médical à la réforme.

**Le manque d'informations financières consolidées et d'un système d'information efficace limite le suivi financier.** Au-delà des défis institutionnels et de capacités, le suivi financier est rendu difficile par l'insuffisance de données fiables, la communication limitée des informations financières et la capacité limitée de la DES à traiter l'information. En outre, faute d'un système d'information informatisé intégré, il n'existe pas de système en place pour identifier et suivre de façon cohérente les informations manquantes.

**Le suivi des performances est affecté par une interaction limitée entre la DES et les EPS sous son contrôle.** La DES connaît des difficultés dans l'exercice de son autorité sur les EPS sous sa tutelle. Il apparaît qu'un certain nombre d'EPS ne communiquent pas systématiquement leurs états financiers et leurs prévisions budgétaires à la DES de façon régulière et en temps opportun. L'information émanant des conseils d'administration et des rapports financiers n'atteint la DES qu'au terme de longs délais et dans certains cas pas du tout. Ne disposant pas de moyens de coercition, la DES se trouve de fait dans une situation ne lui permettant pas d'exercer effectivement son contrôle.

**Le peu de données disponibles n'est pas utilisé pour analyser la performance financière des entités du secteur hospitalier.** La DES effectue peu d'analyse significative de la performance budgétaire et financière des EPS. Ainsi, le seul rapport annuel consolidé des EPS date de 2009. En l'absence d'analyse sur les risques existants et leur évolution potentielle selon différents scénarios, la DES ne peut raisonnablement quantifier les résultats des EPS.

## CHAPITRE 4.5

# Conseils d'Administration et Directions Exécutives

### Conseils d'Administration

**Le conseil d'administration est l'innovation principale de la réforme et représente le pouvoir supérieur de l'hôpital.** L'autonomie des EPS s'est traduite par l'instauration de conseils d'administration (CA) jouant le rôle de décideur. Les textes portant réforme hospitalière prévoient les modalités d'organisation du CA : profils des membres, nomination, durée de mandat, fréquence des réunions, quorum ou encore les sujets relevant de son autorité. La direction et le personnel sont responsables devant le CA.

**Le conseil d'administration est composé des parties prenantes de la santé issues des différents niveaux de la pyramide sanitaire:**

- le personnel, dont le représentant est élu par ses pairs ;
- les organes consultatifs de gestion : la commission médicale d'établissement ;
- les usagers, à travers les associations de consommateurs ;
- les tutelles des ministères des Finances, de la Santé et des Forces Armées (dans le cas de l'hôpital militaire) ;



- la tutelle régionale (conseil régional) dans le cadre de la décentralisation ;
- la collectivité locale de l'établissement ;
- l'université pour les établissements à vocation universitaire.

Le directeur et l'agent comptable particulier (ACP) participent aux travaux du conseil d'administration avec voix consultative.

**Dans les faits, le poids relatif des membres semble diverger du souhait initial de la réforme de responsabiliser les usagers et le personnel.**

La part réservée aux représentants de l'administration et des collectivités locales, ainsi qu'aux personnalités qualifiées semble prépondérante par rapport à celle des usagers et du personnel.

**Le conseil d'administration approuve des décisions prises par l'EPS concernant les ressources et les prestations.** Il valide les décisions de l'EPS, dont les prérogatives sont larges en matière de détermination des prix des prestations (tarification dans une fourchette établie par le ministère), d'affectation des ressources financières de fonctionnement (dans le budget selon les résultats d'exploitation), d'investissements et de ressources humaines (recrutement, rémunération, affectation, à l'exception du personnel de l'État). Il se prononce également sur les projets et le fonctionnement (règlement intérieur) de l'hôpital.

**Pour les décisions stratégiques, les délibérations du conseil d'administration requièrent l'approbation de la tutelle.** Certaines décisions stratégiques<sup>55</sup> ne deviennent exécutoires qu'après approbation des autorités de tutelle et ce dans un délai de 30 jours. Néanmoins, ces décisions ne font en pratique pas l'objet d'un diagnostic approfondi, les approbations de la tutelle étant généralement perçues comme automatiques.

**Les conseils d'administration ont un pouvoir et une autonomie à géométrie variable.** Le pouvoir des conseils d'administration repose sur la capacité de chacun des acteurs à bien remplir son rôle, que ce soit par l'appréhension des enjeux et la compréhension des sujets techniques, que par l'intégrité de sa fonction. Dans certains établissements, le conseil d'administration est considéré comme un véritable acteur de gestion associé aux décisions concernant le suivi des plans d'activités, de l'exécution budgétaire, des projets ; et se réunit tous les trimestres. Dans d'autres, il fonctionne comme une chambre d'enregistrement ne se réunissant que deux fois par an.

---

55. Orientations stratégiques et projets d'établissement, programmes pluriannuels d'action et d'investissement, budgets et comptes prévisionnels, tarif des prestations, emprunts, conventions de coopération et accords entre les établissements. Source : Décret 98-8-26 portant organisation administrative et financière des EPS.

## Directions Exécutives

**Le directeur représente l'EPS et en assure la gestion générale.** Nommé par décret, après avis du conseil d'administration, le directeur représente l'hôpital en justice et est tenu d'exécuter les délibérations du conseil d'administration et les décisions de la tutelle. Il organise la gestion et le règlement intérieur de l'établissement.

**Le directeur a la responsabilité du bon fonctionnement de l'hôpital et de la qualité de ses prestations.** A cet effet, il développe une politique managériale, administre et gère le personnel. Ordonnateur du budget, il établit chaque année les comptes prévisionnels et veille à leur exécution.

**Les directeurs des EPS présentent des profils diversifiés.** Certains sont des praticiens de la santé, alors que d'autres ont des profils de gestionnaires. Certains sont issus du terrain, d'autres sont de jeunes diplômés du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG). Ces différences de profils impliquent que les directeurs n'ont pas systématiquement la formation d'administrateur, ni l'expérience de la gestion hospitalière. Afin d'y remédier, une proposition d'institutionnaliser un « parcours d'apprentissage » basé sur la prise de postes successifs au sein des services administratifs et du personnel a été présentée.

**Le chef du Service Administratif et Financier et les chefs des services techniques appuient le directeur de l'hôpital.** La gestion administrative et comptable est assurée par : (i) le chef du Service Administratif et Financier (SAF) ; (ii) le contrôleur de gestion ; (iii) le contrôleur financier. Sur le plan des ressources humaines, est désigné un directeur des ressources humaines. Au plan technique, l'hôpital est doté d'un service des soins infirmiers sous la responsabilité d'un technicien supérieur de santé ou d'un cadre infirmier nommé par le directeur et faisant partie de l'équipe de direction.

**La multiplication des postes tend à renforcer le poids de l'administratif.** Si ces fonctions ont lieu d'être assurées, leur prise en charge par un agent pour chacune se traduit par un alourdissement de la charge administrative qui peut paraître justifiée pour les EPS 2 et 3 (niveaux intermédiaire et central), mais pas nécessairement pour les EPS 1 (niveau périphérique).

## Autres Instances

### Commission Médicale d'Établissement (CME)

**Régie par le décret N°98-701, la commission médicale d'établissement (CME) est l'organe d'aide à la décision en matière de soins.** Composée de

#### ENCADRÉ 67

### Attributions de la Commission Médicale d'Établissement au Sénégal

Préparation avec le Directeur	Emission d'Avis sur
<ul style="list-style-type: none"><li>• projet médical d'établissement ;</li><li>• organisation des activités médicales et médicotechniques ;</li><li>• orientations/mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité ;</li><li>• plans de formation continue des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et leur mise en œuvre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• le projet d'établissement ;</li><li>• le projet de budget, les tarifs des prestations, les comptes, les programmes liés aux travaux/équipements, créations/suppressions/transformations des installations et les aspects techniques et financiers des activités médicales/odontologiques/pharmaceutiques ;</li><li>• le règlement intérieur ;</li><li>• le tableau des emplois du personnel médical, le tableau des emplois permanents et contractuels, les plans de formation intéressant notamment les personnels paramédicaux, les modalités d'une politique d'intéressement ;</li><li>• les conventions concernant les activités médicales et universitaires ;</li><li>• la nomination des chefs de service.</li></ul>

Source : Décret n°98-701 du 26 Août 1998 relatif à l'organisation des EPS Hospitaliers.

l'ensemble des chefs de services médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, et de trois représentants des Corps des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes élus par leurs pairs, la CME est consultée sur l'organisation et la planification médicale, la promotion de la qualité des soins et de son évaluation au sein de l'EPS. L'encadré 67 présente les attributions de la CME. Le président est élu parmi les chefs de services par les membres de la commission.

**Le fonctionnement actuel de la CME ne reflète pas la dimension de la mission qui lui est attribuée.** La CME semble parfois plus associée à une chambre de revendications qu'à un réel partenaire du directeur concernant le fonctionnement de l'établissement et le développement quantitatif et qualitatif de l'activité de soins. Les réunions de la CME n'incluent ainsi pas toujours la participation du directeur.

## **Comité Technique d'Établissement (CTE)**

**Le comité technique d'établissement (CTE) est une instance d'information et de consultation du personnel.** Le CTE, composé d'un représentant de chaque catégorie du personnel désigné par ses pairs et présidé par le directeur, est consulté sur des problématiques telles que l'hygiène, la sécurité, le projet d'établissement, les programmes relatifs aux travaux et aux équipements, les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, la lutte contre les infections nosocomiales, la politique générale de formation du personnel, les modalités d'une politique d'intéressement. Il se réunit au moins deux fois par an.

**Les missions du CTE semblent remises en question car perçues comme redondantes avec d'autres réunions.** Il ne semble pas se réunir selon la fréquence prévue par les textes, les réunions étant perçues par la direction comme redondantes avec les réunions de personnel, de service ou de la commission hygiène et sécurité. Le personnel souhaiterait que le CTE soit représenté au sein du conseil d'administration – au même titre que la CME – et que sa présidence revienne à un membre élu par ses pairs et non plus automatiquement au directeur comme c'est le cas actuellement.

## **Organes de Contrôle au Sein de l'Établissement**

**Un dispositif de contrôle régulier propre à l'EPS est en place incluant un contrôleur de gestion et un contrôleur financier.** Le contrôleur de gestion est chargé de faire le point régulièrement sur l'exécution du budget et la situation de la trésorerie. Il rend compte au directeur. Par ailleurs, le contrôleur financier (ACP) est chargé du suivi des activités et du contrôle permanent de la gestion financière. Agent comptable du Trésor, il est garant de la bonne application de la réglementation et des procédures. Il dépend hiérarchiquement du directeur de l'hôpital, mais rend compte au Trésor (encadré 68).

**Le positionnement de l'agent comptable particulier est parfois source de conflit.** La séparation ordonnateur-comptable, par l'installation de l'agent comptable est pertinente mais soulève certaines difficultés. Alors que la proximité fonctionnelle de l'agent comptable est appréciée car elle permet une plus grande facilité de transmission d'information, l'autorité de l'agent comptable combinée à sa relation hiérarchique avec le directeur peut être source de conflit.

#### ENCADRÉ 68

### **Dispositif de Contrôle au Sein des EPS au Sénégal**

**Il est institué une cellule de contrôle de gestion qui est chargée, pour le compte du directeur :**

- de faire le point régulièrement sur l'exécution du budget et sur la situation de la trésorerie ;
- de présenter trimestriellement un rapport sur la gestion de l'établissement ;
- de suivre en permanence l'évolution des effectifs et de la masse salariale ;
- d'apporter par le contrôle budgétaire et toute investigation particulière les informations financières nécessaires à la direction pour la prise de décisions.

**Le contrôleur financier est chargé du suivi des activités et du contrôle permanent de la gestion financière ; il :**

- assure le contrôle soit par lui-même, soit par un contrôleur d'État placé sous son autorité ;
- veille au respect par l'établissement de la réglementation qui lui est applicable ;
- formule un avis sur les programmes d'investissement des établissements et sur les projets de comptes prévisionnels, préalablement à leur présentation au conseil d'administration ;
- adresse des rapports périodiques sur les activités et sur la situation financière de l'établissement qu'il contrôle, qui sont communiqués au président de la République, aux ministres de tutelle, à l'Inspection Générale d'État, au président du conseil d'administration et au directeur de l'établissement.

*Source : Décret 98-8-26 Organisation administrative et financière des EPS (Articles 23 et 24).*

## CHAPITRE 4.6

# Transparence Administrative et Financière

### Publication des Rapports

**La transparence et la publication des rapports des EPS vers la tutelle sont limitées.** Malgré un certain nombre d'obligations juridiques, peu d'EPS affichent de véritables systèmes de publication transparents. Les standards de l'OCDE sur la transparence et l'information sont rapportés en annexe 10.

**La loi N°98-702 prévoit un certain nombre d'obligations déclaratives à la charge du contrôle de gestion.** L'article 23 prévoit que la cellule de gestion est chargée :

- de faire le point sur l'exécution du budget et sur la situation de la trésorerie ;
- de présenter trimestriellement un rapport sur la gestion de l'établissement ;
- de suivre en permanence l'évolution des effectifs et de la masse salariale ;
- d'apporter par le contrôle budgétaire et toute autre investigation particulière les informations financières à la direction pour la prise de décision.

L'article 16 de la loi N°98-08 dispose que les EPS mettent en œuvre une politique d'évaluation de leurs activités et des coûts de l'offre de soins qui s'intègre dans un système national d'information de santé.

**Les obligations déclaratives à accomplir par l'ordonnateur sont réglementées dans un décret de 2011.** Le décret N°002980 du 7 avril 2011 réglemente les principes budgétaires applicables dans tous les établissements publics. Il en résulte ce calendrier :

- **mois d'octobre** : les services compétents de l'ordonnateur (la cellule de gestion) élaborent les premières esquisses budgétaires comprenant les estimations de recettes propres, les charges nouvelles induites par les décisions envisagées ou l'application de dispositions législatives ou réglementaires ;
- **20 novembre de l'année N-1** : le projet de budget définitif ou les comptes prévisionnels sont soumis à l'organe délibérant ;
- **au plus tard le 10 décembre de l'année N-1** : les budgets ou comptes prévisionnels sont arrêtés par l'organe délibérant et ne deviennent exécutoires qu'après approbation.

**L'ordonnateur doit en outre établir des rapports trimestriels d'activité, un rapport annuel de gestion, et des états financiers.** Ils doivent être remis à la direction au plus tard le 31 mars. En outre, les états financiers doivent être établis et transmis à l'ACP – relais de la tutelle financière – et à la DES au plus tard le 30 juin.

**Ces obligations déclaratives ne sont pas respectées uniformément et la sincérité des déclarations est contestable.** Plusieurs EPS communiquent irrégulièrement, voire pas du tout leurs rapports trimestriels d'activité et leurs rapports annuels de gestion. Ceci est en partie corrigé par les CPOM, dans lesquels il est prévu que les rapports d'activité soient un critère déclencheur à l'exécution du contrat, mais seuls 11 EPS disposent actuellement d'un CPOM. En outre, faute d'une capacité suffisante de la tutelle, qui n'effectue pas d'inspections sur place, la sincérité des informations reste sujette à caution. Ceci a été confirmé lors de l'entretien avec la Cour des comptes.

**Les EPS ne tiennent pas de comptabilité matière.** A l'exception de l'hôpital Principal, les EPS ne tiennent pas à jour d'inventaire du matériel disponible, encore moins de suivi dans la maintenance. Il n'existe aucune procédure de relevé des incidents et accidents de matériel (matériovigilance), ou de tableaux de bord de consommation du petit matériel (seringues, compresses, coton, alcool) qui, lui-même, n'est pas disponible en quantité suffisante. Les services des urgences ne disposent pas d'un stock de consommables pour le matériel médical afin d'éviter les ruptures.

**Enfin, la DES et la tutelle financière ne divulguent pas d'information consolidée sur les EPS.** Ni la DES, ni la tutelle financière ne produisent périodiquement de rapport consolidé sur les EPS à destination du public et du Parlement. Le seul rapport annuel consolidé publié par la DES date de 2009.

## Contrôle Interne

**Le cadre de contrôle interne dans le secteur est composé des systèmes en place dans les hôpitaux et des interventions des organes de contrôle de l'État.** Les mandats respectifs de l'Inspection Générale de l'État (IGE)<sup>56</sup> et de l'Inspection Générale des Finances (IGF)<sup>57</sup> incluent les EPS. Ces inspections travaillent sur des programmes annuels et répondent à des demandes spécifiques d'inspection de leurs autorités de supervision respectives. En outre, les EPS doivent développer leur propre système de contrôle interne.

**Dans son rapport public sur l'état de la gouvernance et de la reddition des comptes, l'IGE pointe un certain nombre de dysfonctionnements dans les EPS.** L'IGE dresse un bilan sévère de la gestion des EPS dans son rapport présenté dans l'encadré 69.

**Le contrôle interne de la régularité des opérations financières de l'EPS est assuré par un agent comptable particulier (ACP).** En charge du règlement des dépenses, du recouvrement des recettes et de la confection des états financiers, l'ACP est un correspondant du Trésor à qui il transmet pour visa les états financiers dans les huit mois suivant la clôture de l'exercice après les avoir soumis à l'approbation du conseil d'administration. Tenu d'observer les règles de fonctionnement interne de l'EPS, l'ACP est personnellement et pécuniairement responsable des opérations dont il est chargé et est tenu, au moment de sa prise de fonction, à la constitution de garanties et à la prestation d'un serment. Justiciable disciplinairement de la Cour des comptes, l'ACP exerce un contrôle de la régularité formelle des opérations financières des ordonnateurs, excluant toute appréciation sur l'opportunité.

---

56 L'Inspection Générale de l'État est sous la responsabilité du président de la République et responsable de l'inspection générale de l'administration.

57 L'Inspection Générale des Finances (IGF), placée sous l'autorité d'un coordonnateur, est chargée de contrôler dans les services publics, entreprises du secteur parapublic et personnes morales de droit privé bénéficiant du concours financier de la puissance publique, quels que soient leur domaine d'activité et leur lieu d'implantation, l'application des lois et règlements qui en régissent le fonctionnement financier et comptable.



#### ENCADRÉ 69

### Rapport de l'Inspection Générale de l'État au Sénégal

La réforme hospitalière entreprise en 1998 avait érigé certains hôpitaux et autres structures sanitaires en établissements publics de santé (EPS), dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. L'objectif était de permettre à ces entités :

- de dégager suffisamment de ressources pour couvrir l'ensemble de leurs charges de fonctionnement ;
- de financer, sur fonds propres, une certaine partie de leurs programmes d'investissement.

[ . . ] l'évolution exponentielle des problèmes et leur complexité croissante ont eu, entre autres conséquences, l'inadaptation rapide du cadre juridique initial de ces entités :

- certains programmes n'ont pas totalement répondu aux attentes des personnes destinées à en bénéficier c'est le cas du « plan Sésame, conçu pour assurer la gratuité des accouchements par césariennes ;
- la fonction dite de « service », qui devait permettre aux EPS de générer des ressources propres susceptibles de soulager leur budget, s'est transformée en « services privés », ce qui devrait amener les autorités politiques à procéder à un réajustement institutionnel des EPS ainsi qu'à une redéfinition et une réorientation claires de leurs missions ;
- À cela s'ajoutent d'autres lacunes constatées dans leur gestion : le non-respect des règles de la comptabilité des matières ou les difficultés de la mise en œuvre d'une comptabilité analytique.

Source : République du Sénégal (2013).

**Le contrôle interne s'effectue en application des principes arrêtés par le règlement général de la comptabilité publique et selon le plan comptable SYSCOHADA.** Le régime comptable est celui de la comptabilité publique, réglementée par le décret N°2011-1880 de 2011. Mais les rubriques comptables sont établies selon la nomenclature du plan comptable du Système Comptable Ouest-Africain (SYSCOA), qui met en œuvre l'Acte uniforme relatif au droit comptable prévu dans le Traité de l'OHADA (encadré 70).

#### ENCADRÉ 70

### Cadre Comptable Ouest-Africain

Pour l'essentiel, les obligations des entreprises et des entités du secteur financier (banques, compagnies d'assurance, etc.) en matière de comptabilité et d'audit sont contenues dans les lois et règlements de l'UEMOA et dans les textes de l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires (OHADA, qui regroupe 17 pays, francophones pour la plupart). Les normes d'audit sont les seuls éléments qui sont régis par des lois nationales. Les normes comptables applicables par l'ensemble des entreprises au Sénégal sont contenues dans le Système Comptable Ouest-Africain (SYSCOA), développé au milieu des années 1990 sous l'impulsion de la BCEAO. Avant même sa mise en application, le SYSCOA a été intégré dans le Système Comptable de l'OHADA (SYSCOHADA), qui lui est strictement identique.

*Source : Banque mondiale (2005).*

## Contrôle Externe

**La Cour des comptes exerce un contrôle externe des EPS.** Elle exerce un contrôle juridictionnel des comptes et un contrôle administratif de la gestion des EPS. Ce contrôle est basé sur un calendrier établi annuellement prévoyant une sélection des entités à contrôler.

**La Cour des comptes a contrôlé en 2013 les services des urgences.** Par la suite, elle a rendu son premier rapport thématique sur la gestion des urgences dans les EPS.

**Les EPS sont soumis à des audits de commissaires aux comptes définis dans la législation OHADA, en conformité avec les normes nationales réglementant l'audit financier.** Le commissaire aux comptes est nommé par le conseil d'administration pour une durée couvrant trois exercices.



## CHAPITRE 4.7

# Conclusion et Perspectives

**L'étude du cadre de gouvernance des hôpitaux au Sénégal a permis de faire ressortir ses points forts ainsi que ses opportunités de renforcement.** L'analyse a permis de mettre le cadre de gouvernance des EPS en perspective avec les « bonnes pratiques » présentées dans la méthodologie d'analyse des entreprises publiques et entités paraétatiques (encadré 71).

### ENCADRÉ 71

#### **Bonnes Pratiques en Matière de Gouvernance d'Entités Paraétatiques**

Dimensions de Gouvernance	Bonnes Pratiques
<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cadre légal clair couvrant l'ensemble du « secteur » paraétatique.</li><li>• Définition du statut juridique des entités.</li></ul>

*(l'encadré continue à la page suivante)*

**ENCADRÉ 71** *continu*

<b>Dimensions de Gouvernance</b>	<b>Bonnes Pratiques</b>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désignation d'une entité spécialisée au niveau de l'État assurant un suivi efficace et régulier de la performance financière et non-financière du secteur.</li> <li>• Tendance internationale vers une centralisation de la fonction de tutelle dans une seule structure pour assurer un suivi global et cohérent de l'ensemble des entités (« modèle centralisé »).</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des mandats et objectifs.</li> <li>• Développement d'indicateurs de performance financiers et non-financiers.</li> <li>• Elaboration d'accords de performance entre l'État (tutelle) et les entités paraétatiques.</li> <li>• Suivi et évaluation de la performance des entreprises publiques.</li> </ul>
<b>Conseils d'Administration (CA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection transparente et méritocratique des membres des CA.</li> <li>• Spécialisation professionnelle et indépendance des membres des CA.</li> <li>• Définition claire des rôles respectifs de la tutelle, des CA (organe autonome responsable des décisions stratégiques et du suivi de la direction exécutive) et de la direction exécutive.</li> <li>• Principe d'autonomie des CA assurant à la fois une redevabilité forte envers l'État actionnaire (tutelle) et l'autonomie de gestion au quotidien par la gestion de l'entité paraétatique.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles et critères clairs d'information financière et non-financière.</li> <li>• Publication de rapports annuels consolidés sur le secteur par la tutelle.</li> <li>• Publication régulière de rapports d'audit externe indépendant.</li> <li>• Contrôle interne effectif.</li> </ul>

Source: OCDE (2015a), Banque mondiale (2014a), consolidation Banque mondiale.

## Cadre de Gouvernance Basé sur l'Autonomie des EPS

**L'autonomie des hôpitaux, résultant de la réforme de 1998, a instauré un cadre de gouvernance adapté aux structures hospitalières.**

L'autonomie des hôpitaux avait pour but de les doter du pouvoir décisionnel nécessaire à leur pilotage (encadré 72). La mise en œuvre de cette autonomie de gestion s'est accompagnée d'un ensemble de mesures qui ont réorganisé le secteur et ont renforcé le cadre de gouvernance des hôpitaux :

- la redéfinition du cadre légal régissant le secteur hospitalier, avec l'élévation du statut des hôpitaux au rang d'établissements publics de santé (EPS), dotés de la personnalité juridique ;
- l'organisation de la tutelle des EPS, partagée entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances, selon un régime dual ;

### ENCADRÉ 72

#### Cadre de Gouvernance des EPS Après la Réforme Hospitalière au Sénégal

<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application généralisée du principe d'autonomie des hôpitaux.</li> <li>• Elévation du statut des hôpitaux : établissement public de santé (EPS).</li> <li>• Cadre légal complet.</li> </ul>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutelle duale mise en place par la réforme : ministère de la Santé (tutelle technique) et ministère des Finances (tutelle financière).</li> <li>• Création d'une Direction des Établissements de Santé (DES), en charge du secteur.</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification sectorielle : Plan National de Développement Sanitaire, cadre de dépense sectoriel à moyen-terme.</li> <li>• Première vague de projets d'Établissement.</li> <li>• Plans de travail annuels (PTA) et préparation budgétaire.</li> <li>• Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (certains EPS).</li> </ul>

*(l'encadré continue à la page suivante)*

## ENCADRÉ 72 *continu*

<b>Conseils d'Administration (CA)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existence de CA dans les EPS.</li><li>• Composition diversifiée et aspects de décentralisation pris en compte.</li><li>• Les textes définissent les conditions générales relatives aux membres du CA, au mandat du CA, à la fréquence des réunions.</li></ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Publication sectorielle de la DES sur la performance du secteur hospitalier (2009).</li><li>• Transmission (partielle) des informations à la DES.</li><li>• EPS soumis à des contrôles internes (ministère des Finances) et externes (Commissaires aux comptes, Cours des comptes).</li></ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.

- la définition des rôles et responsabilités de chacune des parties prenantes (tutelle ; EPS, conseils d'administration & directions ; organes consultatifs ; organes de contrôle) ;
- la mise en place d'instances stratégiques (conseils d'administration), et consultatives ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de mécanismes de redevabilité, avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

## Défis Identifiés en Matière de Gouvernance Hospitalière

**La mise en œuvre complète de la réforme, associée à un renforcement de la tutelle et une transparence accrue, amélioreraient la performance du secteur hospitalier au Sénégal.** Si la réforme hospitalière a organisé les fondations d'un cadre de gouvernance conduit par le principe d'autonomie, certains défis, résumés dans l'encadré 73, ont affecté le processus global de réforme. Les défis majeurs incluent une application incomplète des textes de réforme ; les capacités limitées de la tutelle ; et la transmission d'information incomplète. L'adoption de mesures répondant à ces défis permettrait d'améliorer la redevabilité des acteurs et la performance du secteur.

**L'application plus exhaustive des textes de la réforme de 1998 paracheverait sa mise en œuvre.** Si la réforme hospitalière a fait des hôpitaux des structures autonomes, l'application des mesures prévues par la

ENCADRÉ 73

## Défis en Matière de Gouvernance Hospitalière au Sénégal

<b>Cadre Légal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption non-exhaustive des textes d'application de la réforme.</li> </ul>
<b>Exercice de Tutelle de l'État</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactions limitées entre les deux ministères de tutelle.</li> <li>• Capacités limitées de la DES en matière de ressources humaines, formation du personnel, et ressources budgétaires.</li> <li>• Coordination limitée entre la DES et les autres acteurs au sein du ministère de la Santé.</li> </ul>
<b>Planification et Suivi des Performances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système d'information intégré pour les EPS prévu par la réforme et non mis en place.</li> <li>• Projets d'établissement non renouvelés.</li> </ul>
<b>Conseils d'Administration (CA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La représentation des usagers et du personnel au sein des CA ne reflète pas les aspirations initiales de la réforme de donner à ces groupes un rôle plus important dans la prise de décision.</li> </ul>
<b>Transparence Administrative et Financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformité limitée des EPS en matière de régularité et d'exhaustivité des états financiers et rapports d'activité transmis à la DES.</li> <li>• Consolidation limitée au niveau de la tutelle.</li> </ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.

réforme n'a pas été systématique. L'adoption de l'ensemble des textes de mise en œuvre de la réforme et son application exhaustive permettraient aux différents acteurs de disposer de tous les outils de suivi et de pilotage du secteur prévus par la réforme.

**Des interactions accrues entre les autorités de tutelle permettraient un renforcement de la fonction de tutelle et une amélioration de la redevabilité.** La fragmentation de la tutelle, résultant de décisions non-concertées au niveau des volets technique et financier, réduit son efficacité. Restaurer une communication régulière entre les acteurs impliqués optimiserait les décisions, notamment en matière de dotation et de répartition de la subvention allouée au secteur.

**En outre, la Direction des Établissements de Santé (DES), qui assure la tutelle technique, nécessiterait un renforcement de capacités.** Avec des moyens capacitaires adéquats et encadrée par mécanismes de



redevabilité clairs, la DES — et plus particulièrement la Division des Établissements Publics de Santé — serait davantage en mesure d'assurer un suivi spécifique des EPS, et notamment les tendances et les risques associés secteur.

**Enfin, une transmission accrue des informations financières et non financières des EPS avec la DES renforcerait le suivi des performances du secteur et diminuerait le risque budgétaire.** Dans le contexte actuel de transfert à la fois limité et incomplet de l'information, la tutelle n'est pas en mesure de fournir des rapports annuels réguliers sur les tendances du secteur. Renforcer la relation de reddition des comptes et les mécanismes de contrôle pourrait avoir un effet bénéfique sur le secteur. Un partage accru des informations dans un cadre clair défini conjointement par les EPS et la tutelle permettrait, par exemple, de suivre de façon précise les procédures de remboursement des gratuités, mais aussi d'autres sources de risque pour l'État, comme la masse salariale, volatile et sujette à la hausse. L'instauration d'une culture de la performance en encourageant les EPS à fournir les informations financières auditées et non-financières réduirait ce risque. Cette culture de la performance pourrait être progressivement élargie à la mise en place d'un système d'information hospitalier partagé entre les EPS piloté par la DES.

## Bibliographie et Textes de Référence

- Adeya, Grace, Alphonse Bigirimana, Karen Cavanaugh, et Lynne Miller Franco. 2006. « Évaluation rapide du système de santé du Bénin ». Agence des États-Unis pour le développement international. Rapport disponible à : [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadj104.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadj104.pdf). Consulté le 18 octobre 2017.
- Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). 2010. « Imagerie — Scanner / IRM: rapport de benchmark ». Paris : ANAP.
- Ahanhanzo, Yolaine Glèlè, Landaogo Soutongonoma Lionel Ouédraogo, et Jacques Saizonou. 2014. « Performance d'un hôpital de zone sanitaire au Bénin: un exemple de modèle d'évaluation ». *The Pan African Medical Journal* 18 (63).
- Ambassade de France au Sénégal. "Compétences transférées par ordre de la collectivité locale–Région, Commune, Communauté Rurale." Disponible à : [http://www.resacoop.org/sites/default/files/documents/zoompays/ZoomSenegal\\_ComptencesTransfresCollect.pdf](http://www.resacoop.org/sites/default/files/documents/zoompays/ZoomSenegal_ComptencesTransfresCollect.pdf). Consulté le 17 octobre 2017.
- Balique, Hubert. 1996. *“Le système hospitalier du Sénégal: analyse et perspectives.”* Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Dakar, République du Sénégal.
- Banque mondiale. 2010. « Santé, Nutrition et Population, Rapport Analytique Santé Pauvreté ». Washington, DC: Banque mondiale. Disponible à : <http://documents.worldbank.org/curated/en/448331468234288071/République-de-Côte-d-Ivoire-Santé-Nutrition-et-Population-Rapport-Analytique-Santé-Pauvreté>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2014a. *Corporate Governance of State-Owned Enterprises: A Toolkit*. Washington, DC: Banque mondiale. Disponible à : <http://documents.worldbank.org/curated/en/228331468169750340/Corporate-governance-of-state-owned-enterprises-a-toolkit>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2014b. *Corporate Governance of State-Owned Enterprises in Latin America: Current Trends and Country Cases*. Washington, DC: Banque mondiale. Disponible à : <https://www.openknowledge.worldbank.org/handle/10986/19983>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . n.d. World Development Indicators. Washington, DC: Banque mondiale. Disponible à : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>. Consulté le 17 octobre 2017.

- Barry, Ismahel Abdoul. n.d. « Effet de l'autonomie sur la performance des hôpitaux publics: cas du centre hospitalier universitaire de COCODY ». Dakar: Centre Africain d'Études Supérieures en Gestion (CESAG). Disponible à : [http://bibliotheque.cesag.sn/gestion/documents\\_numeriques/MO141DSES08.pdf](http://bibliotheque.cesag.sn/gestion/documents_numeriques/MO141DSES08.pdf). Consulté le 18 octobre 2017.
- De Kervasdoué, Jean. 2015. "L'Hôpital." Série *Que sais-je*. Paris: Presses universitaires de France.
- Dossouvi, J. Brahi, et Dr. J.A. Vodounon. n.d. « Mise en place d'une démarche qualité : Expérience de l'hôpital de la mère et de l'enfant-Lagune (HOMEL) de Cotonou ». Présentation Power Point disponible à : <http://slideplayer.fr/slide/504421/>.
- Gueye, Mame Abdoulaye, et Jacques Edouard Kopp. 2009. « Le contrat de performance hospitalière: l'expérience sénégalaise ». *Santé Publique* 2009/1 (21): 77–87. DOI 10.3917/spub.091.0077.
- Harding, April, et Alexander S. Preker. 2000. « *Understanding Organizational Reforms: The Corporatization of Public Hospital* ». Santé, Nutrition, Population. Washington, DC: Banque mondiale.
- Institut de Recherche sur la Gouvernance et l'Économie des Institutions, Site internet: <http://www.irgei.org/>. Consulté le 17 octobre 2017.
- Lemiere, Christophe, Vincent Turbat, et Juliette Puret. 2012. *A Tale of Excessive Hospital Autonomy: An Evaluation of the Hospital Reform in Senegal*. HNP Discussion Paper. Washington, DC: Banque mondiale. Disponible à : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13665/728380WPOSeneg09021020120Box371927B.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consulté le 17 octobre 2017.
- Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE). 2005. *Gouvernement d'entreprises des entreprises publiques: panorama des pays de l'OCDE*. Paris: OCDE. Disponible à : <http://www.oecd.org/fr/daf/ae/gouvernance-desentreprisespubliques/gouvernementdentreprisepanoramadespaysdelocde.htm>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2010a. *Transparence et responsabilité : guide pour l'État actionnaire*. Paris: OCDE. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264056640-en>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2010b. *Réforme de la gouvernance des entreprises publiques: Panorama de l'évolution récente*. Paris: OCDE. Disponible à : [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/CA/SOPP\(2010\)1/FINAL&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/CA/SOPP(2010)1/FINAL&docLanguage=Fr). (accessed September 21, 2017).
- . 2015a. *Lignes directrices sur le gouvernement d'entreprise des entreprises publiques*. Paris: OECD. Disponible à : <http://www.oecd.org/corporate/guidelines-corporate-governance-SOEs.htm>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2015b. *Principes de gouvernement d'entreprise de l'OCDE*. Paris: OCDE. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264236882-en>. Consulté le 17 octobre 2017.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2006, 2011, 2014. *Données de l'Observatoire de la santé mondiale*. Genève: OMS. Disponible à : [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/fr/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/fr/). Consulté le 17 octobre 2017.

- . 2008. « Consultation on Strategic Contracting in Health Systems ». Synthesis of the Meeting, Geneva, 9–11 January 2008. Genève: OMS. Disponible à : [http://who.int/contracting/Synthesis\\_EN\\_WEB.pdf](http://who.int/contracting/Synthesis_EN_WEB.pdf). Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2009. « Who Are Health Managers? Case Studies from Three African Countries ». *Human Resources for Health Observer*, Issue No. 1. Genève: OMS. Disponible à : [http://www.who.int/hrh/resources/hrh\\_observer/en/](http://www.who.int/hrh/resources/hrh_observer/en/). Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2013. National Health Accounts. Genève: OMS. Disponible à : <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/fr>. Consulté le 17 octobre 2017.
- Perrot, Jean, et Eric de Roodenbeke, eds. 2005. *La contractualisation dans les systèmes de santé: Pour une utilisation efficace et appropriée*. Paris: Karthala.
- République du Bénin. 2006. « Analyse de la situation actuelle de la gestion des hôpitaux au Bénin ». Direction des Hôpitaux, Ministère de la Santé, Cotonou: République du Bénin.
- . 2006. « Mission hospitalière sur le système de contrôle de gestion dans les hôpitaux de huit départements du sud du Bénin ». Direction des Hôpitaux, Ministère de la Santé, Cotonou : République du Bénin.
- . 2009. « Plan National de Développement Sanitaire 2009–2018 ». Cotonou : République du Bénin. Disponible à : <http://www.sante.gouv.bj/documents/PNDS.pdf>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2011. « Plan de réforme des hôpitaux et établissements de soins du Bénin à l’horizon 2015 ». Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS). Ministère de la Santé, Cotonou : République du Bénin.
- . 2011, 2012, 2013. « *Annuaire des Statistiques Sanitaires* ». Direction de la Programmation et de la Planification (DPP), Ministère de la Santé, Cotonou : République du Bénin.
- . 2013. “Distribution of Health Expenses by Health Care Provider.” Direction de la Programmation et de la Planification (DPP), Ministère de la Santé, Cotonou : République du Bénin.
- . 2014. « Document de cadrage du financement basé sur les résultats ». Projet de Renforcement du Système de Santé (PRSS). Ministère de la Santé, Cotonou : République du Bénin.
- . n.d. « Les projets-programmes > PRSS – Projet de Renforcement du Système de Santé ». Site du ministère de la Santé. Disponible à : <http://www.sante.gouv.bj/spip.php?article31>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . Financement basé sur les résultats (FBR), Portail. Disponible à : <http://beninfbr.org>. Consulté le 17 octobre 2017.
- République du Burkina Faso. 2011. « Plan National de Développement Sanitaire 2011–2020 ». Ouagadougou: République du Burkina Faso. Disponible à : [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country\\_Pages/Burkina\\_Faso/Burkina\\_Faso\\_National\\_Health\\_Strategy\\_2011-2020\\_French.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Burkina_Faso/Burkina_Faso_National_Health_Strategy_2011-2020_French.pdf). Consulté le 17 octobre 2017.
- République de Côte d’Ivoire. 2011. « Politique Nationale de Santé ». Abidjan: République de Côte d’Ivoire.

- . 2012. Communiqué du Conseil des Ministres, 18 Janvier. Abidjan: République de Côte d'Ivoire.
- . 2012. Budget Provisoire 2012. Abidjan: République de Côte d'Ivoire.
- . 2012. « *Plan National de Développement Sanitaire 2013–2015* » Ministère de la Santé. Abidjan: République de Côte d'Ivoire.
- . 2013. « *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2010–2012* ». Direction Générale de la Santé, Direction de l'Information, Ministère de la Santé.
- . 2014a. « *Document d'orientation sur la réforme hospitalière en Côte d'Ivoire* », Document de réforme. Ministère de la Santé. Abidjan: République de Côte d'Ivoire.
- . 2014b. « *Stratégie nationale de financement basé sur la performance en Côte d'Ivoire* ». Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé. Abidjan: République de Côte d'Ivoire.
- République de Guinée. 2001. « *Plan Stratégique de Développement Sanitaire* ». Ministère de la santé publique. Version finale. Disponible à: <http://www.srp-guinee.org/download/sp-pnds-2001-plan-strategie-sante.pdf>. Consulté le 17 octobre 2017.
- République du Niger. 2011. « *Plan de Développement Sanitaire, PDS 2011–2015* ». Secrétariat général, Ministère de la Santé Publique. Niamey : République du Niger. Disponible à: [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Niger/pds\\_2011-2015\\_final\\_adopte\\_-\\_cm\\_27\\_janv\\_2011.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Niger/pds_2011-2015_final_adopte_-_cm_27_janv_2011.pdf). Consulté le 17 octobre 2017.
- République du Sénégal. 2004. « *La réforme hospitalière six ans après* ». Ministère de la Santé, Direction des Établissements de Santé, Septembre. Dakar: République du Sénégal.
- . 2005. « *Rapport sur l'application des normes et des codes (ROSC – Report on the Observance of Standards and Codes)* ». Washington, DC: Banque mondiale. Disponible à: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/389111468113082922/pdf/465360FRENCH0E1legal0rosclaalsen1fre.pdf>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2006. « *Document Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté II, 2006–2010* ». Dakar: République du Sénégal. Disponible à: <http://siteresources.worldbank.org/INTSENEGALINFRENCH/Resources/DSRP-II.pdf>. Consulté le 17 octobre 2017.
- . 2008. « *Rapport introductif au Conseil Interministériel sur le système hospitalier, Sénégal* » Conseil Interministériel, Avril. Dakar: République du Sénégal.
- . 2009. « *Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2009–2018* ». Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Dakar: République du Sénégal.
- . 2010. « *Rapport Global, Direction des Établissements de Santé, 2009* ». Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Dakar: République du Sénégal.
- . 2011. « *Politique de Maintenance des Infrastructures, des Installations et des Équipements des Structures de Santé du Sénégal* ». Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction de l'Infrastructure, de l'Équipement et de la Maintenance. Dakar: République du Sénégal.

- . 2012. « Guide de gestion du Plan Annuel de Travail, destiné aux centres de responsabilité du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ». Première Edition, septembre. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Dakar: République du Sénégal.
  - . 2013. « Rapport public sur l'état de la gouvernance et la reddition des comptes ». Inspection Générale d'État (IGE), juillet. Dakar: République du Sénégal.
- République du Togo. 2012. « *Plan National de Développement Sanitaire du Togo (PNDS): 2012–2015* ». Lomé: République du Togo. Disponible à: [www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/togo\\_annex3\\_national\\_health\\_development\\_plan\\_2012\\_2015.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/togo_annex3_national_health_development_plan_2012_2015.pdf). Consulté le 17 octobre 2017.
- République Islamique de Mauritanie. n.d. « Politique Nationale Hospitalière ». Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.
- World Bank Institute (WBI). 2005. « Politique hospitalière et financement de l'hôpital en Afrique ». Washington, DC: WBI, World Bank Institute.
- Zongo, M., J. Capochichi, P. Gandaho, I. Takpara, et Y. Coppieters. 2009. « *Une gestion managériale des structures hospitalières du Bénin* ». *Médecine Tropicale* 69(1): 56–58.

## Liste des textes de référence par pays

### Bénin

- Décret N°90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées.
- Loi N°94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractères social, culturel et scientifique.
- Décret N°2012-300 du 28 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement centres hospitaliers universitaires du Bénin.
- Décret N°2012-422 06 novembre 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou maga (CNHU-HKM).
- Décret N°2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone.
- Lois de Finances Initiales/Révisées.

### Côte d'Ivoire

- loi N°98-388 du 2 juillet 1998 fixant les règles générales relatives aux EPN et portant création de catégories d'établissements publics et abrogeant la loi N°80-1070 du 13 septembre 1980.
- Décret N°2001-650 du 19 octobre 2001 portant organisation et fonctionnement des CHU de Cocody, Treichville, Yopougon et Bouake.

Décret N°98-379 du 30 juin 1998 portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'Établissement Public National.

Lois de Finances Initiales/Révisées.

## **Sénégal**

Loi N°98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.

Loi N°98-12 du 2 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Établissements Publics de Santé (« EPS »).

Décret d'application N° 98-701 du 26 Août 1998 relatif à l'organisation des établissements publics de Santé Hospitaliers.

Décret d'application N°98-702 du 26 Août 1998 portant organisation administrative et financière des Établissements Publics de Santé.

Décret N°2008-381 du 7 Avril 2008 instituant un système d'assistance « SESAME » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus.

Lois de Finances Initiales/Révisées.

## **ANNEXES**





## ANNEXE 1

# Echantillons : Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal

	EPS	Niveau	Tutelle — Échelon Administratif de Supervision	Localisation
<b>Bénin</b>	<b>CNHU Hubert K. Maga</b>	Référence nationale	DNHES	Cotonou
	<b>HOMEL — Hôpital de la mère et de l'enfant</b>	Hôpital spécialisé	DNHES/DDS Atlantique-Littoral	Cotonou
	<b>CHD de l'Ouémé</b>	Centre Hospitalier Départemental	DDS Ouémé-Plateau	Porto Novo
	<b>CHH du Zou</b>	DDS Zou-Collines CHD	DDS ZOU-Collines	Abomey
	<b>Hôpital Menontin</b>	Hôpital privé de zone	DDS Atlantique-Littoral	Cotonou 5
	<b>Hôpital de Savalou</b>	Hôpital de zone	DDS Zou-Collines	Savalou
	<b>Hôpital de Ouidah</b>	Hôpital de zone	DDS Atlantique-Littoral	Ouidah

*(continue à la page suivante)*

	<b>EPS</b>	<b>Niveau</b>	<b>Tutelle — Échelon Administratif de Supervision</b>	<b>Localisation</b>
<b>Côte d'Ivoire</b>	<b>CHU de Yopougon</b>	EPN	Ministère	Abidjan
	<b>Hôpital de Yamoussoukro</b>	CHR	DRS	Yamoussoukro
	<b>CHU de Treichville</b>	EPN	Ministère	Abidjan
	<b>Hôpital de Dimbokro</b>	CHR	DRS	Dimbokro
	<b>Hôpital de Dabou</b>	Hôpital privé	DDS	Dabou
	<b>Centre médical don Orione</b>	Hôpital privé	DRS Abidjan 2	Anyama
	<b>Institut de Cardiologie (ICA)</b>	EPN	Ministère	Abidjan
	<b>Hôpital psychiatrique</b>	CH	DRS Abidjan	Bingerville
	<b>CHG de Bingerville</b>	CHG	DRS Abidjan	Bingerville
<b>Sénégal</b>	<b>Hôpital Principal de Dakar</b>	3	Ministère des Forces Armées	Dakar
	<b>Hoggy</b>	3	Ancien établissement privé-MSAS	Dakar
	<b>Le Dantec</b>	3	MSAS-MF	Dakar
	<b>Fann</b>	3	MSAS-MF	Dakar
	<b>Abass Ndao</b>	3	Hôpital municipal	Dakar
	<b>Saint-Louis</b>	2	Service déconcentré du MSAS	Régional
	<b>Thiès</b>	2	Service déconcentré du MSAS	Régional

Source : Consolidation Banque mondiale.

## ANNEXE 2

# Indicateurs Hospitaliers et Mesure de la Performance : Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal

**La fréquentation des hôpitaux publics est en croissance, particulièrement au Sénégal et au Bénin sur les 10 dernières années.** Les hôpitaux ne sont pas pour autant saturés avec des taux d'occupation qui dépassent rarement les 60 % des capacités disponibles. Historiquement plus faible en Côte d'Ivoire, très réduite pendant les années 2000, la fréquentation des hôpitaux publics a été transitoirement augmentée par les mesures de gratuité totale. Elle a connu depuis une baisse sensible.

**L'augmentation du taux d'occupation a été retrouvée dans les hôpitaux visités, alors que la durée moyenne de séjour aurait dans le même temps diminuée.** Dans cette analyse, un biais est néanmoins à signaler. Il concerne la comptabilité des patients en attente de prise en charge : certains établissements conditionnent toute prise en charge hospitalière, en particulier chirurgicale à la garantie d'une avance du paiement des soins par le patient, lequel attend dans les services une aide familiale pour assumer cette prise en charge.

**Les indicateurs de performance du secteur hospitalier concordent avec les indicateurs de santé publique comme la mortalité maternelle et infantile et l'espérance de vie, en particulier au Bénin et au Sénégal.**

Les deux pays qui ont les taux les plus élevés de fréquentation du système hospitalier, d'accouchements assistés ou encore de césarienne, à savoir le Sénégal et le Bénin ont aussi les mortalités maternelles et infantiles les plus basses et les espérances de vie les plus élevées. En ce qui concerne la Côte d'Ivoire, la situation de crise qu'elle a traversée explique en partie les résultats plus défavorables.

**Le contexte général a un impact sur la performance hospitalière mais n'est pas le seul élément d'explication aux performances limitées du système de santé en Côte d'Ivoire.** Le concept de performance hospitalière est multidimensionnel. Les indicateurs de résultats tels que les taux de mortalité, défavorables pour la Côte d'Ivoire ne sont pas dû qu'au fonctionnement hospitalier. En dépit de la crise majeure qu'elle a connue, la Côte d'Ivoire dispose d'une offre de soins très développée. Ses performances hospitalières sont néanmoins moins bonnes que celles du Sénégal et du Bénin.

**Des biais dans l'analyse de la performance hospitalière sont à prendre en compte.** En l'absence de système d'information sur la mortalité et la morbidité de décès par tranches d'âge et par pathologie, et en dehors de la fréquentation du système de santé, les indicateurs de performance disponibles portent sur la santé de la mère et de l'enfant, ne prenant pas compte la prise en charge des maladies dégénératives. Ceci étant précisé, il apparaît clairement que pour un investissement moindre, les systèmes de santé sénégalais et béninois obtiennent des résultats sanitaires plus favorables que le système ivoirien. Tout élément de contexte mise à part, il existe incontestablement une différence de performance des systèmes hospitaliers entre les trois pays.

## ANNEXE 3

# Cadre Juridique : Bénin, Côte d'Ivoire et Sénégal

Pays	Textes de Référence
<b>Bénin</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Loi N°94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractères social, culturel et scientifique ;</li><li>• Décret N°2012-300 du 28 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement centres hospitaliers universitaires du Bénin ;</li><li>• Décret N°2012-422 06 novembre 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou maga (CNHU-HKM) ;</li><li>• Décret N°90-347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et des formations sanitaires assimilées ;</li><li>• Décret N°2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone.</li></ul>
<b>Côte d'Ivoire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Loi N°98-388 du 2 juillet 1998 fixant les règles générales relatives aux EPN et portant création de catégories d'établissements publics et abrogeant la loi N°80-1070 du 13 septembre 1980 ;</li><li>• Décret N°2001-650 du 19 octobre 2001 portant organisation et fonctionnement des CHU de Cocody, Treichville, Yopougon et Bouake ;</li><li>• Décret N°98-379 du 30 juin 1998 portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'Établissement Public National.</li></ul>
<b>Sénégal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Loi N°98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière ;</li><li>• Loi N°98-12 du 2 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Établissements Publics de Santé (« EPS ») ;</li><li>• Décret d'application N° 98-701 du 26 Août 1998 relatif à l'organisation des établissements publics de Santé Hospitaliers ;</li><li>• Décret d'application N°98-702 du 26 Août 1998 portant organisation administrative et financière des Établissements Publics de Santé.</li></ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.

## ANNEXE 4

# Organisation de la Tutelle : Bénin, Côte d’Ivoire et Sénégal

	Tutelle	Direction des Hôpitaux	Directions Impliquées dans la Tutelle
<b>Bénin</b>	Centralisée MS	Oui : DNEHS	<p><b>Volet technique : ministère de la Santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction nationale des établissements hospitaliers et de soins — DNEHS</li> <li>• Direction de la programmation et de la planification — DPP</li> <li>• Direction des ressources humaines — DRH</li> <li>• Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance — DIEM</li> </ul>
			<p><b>Volet financier : ministère de la Santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction des ressources financières et du matériel — DRFM</li> </ul>

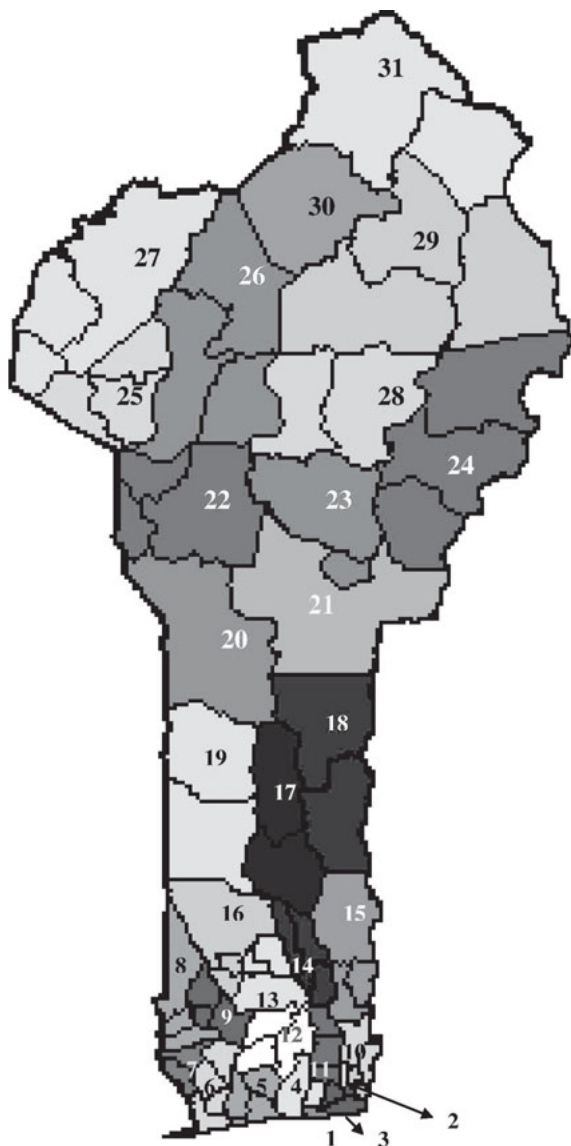
	Tutelle	Direction des Hôpitaux	Directions Impliquées dans la Tutelle
<b>Côte d'Ivoire</b>	Duale MS/MF	Non, en projet	<p><b>Volet technique : ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction des affaires financières – DAF</li> <li>• Direction des ressources humaines – DRH</li> <li>• Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance — DIEM</li> <li>• Direction de la prospective, de la planification et des stratégies — DPPS</li> <li>• Direction de l'information de la planification et de l'évaluation — DIPE</li> <li>• Direction de la formation et de la recherche — DFR</li> <li>• Service d'audit et du contrôle de gestion — SACG</li> <li>• Direction générale de la santé — DGS</li> <li>• Service d'appui aux services extérieurs et à la décentralisation — SASSED</li> </ul>
			<p><b>Volet financier : ministère des Finances</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction générale du budget — DGB</li> </ul>
<b>Sénégal</b>	Duale MS/MF	Oui, DES	<p><b>Volet technique : ministère de la Santé et de l'Action Sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction des établissements de santé — DES</li> <li>• Direction de l'administration générale et de l'équipement — DAGE</li> <li>• Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance — DIEM</li> <li>• Direction des ressources humaines — DRH</li> </ul>
			<p><b>Volet financier : ministère des Finances</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction de la coopération économique et financière — DCEF</li> <li>• Direction du budget — DB</li> </ul>

Source : Consolidation Banque mondiale.



## ANNEXE 5

# Zones Sanitaires au Bénin



1. Cotonou 1 & 4
2. Cotonou 2 & 3
3. Cotonou 5
4. Cotonou 6
5. Missérété/A vrankou/Adjarra
6. Porto-Novo/Sèmè-Kpodji/Aguégués
7. Abomey-Calavi/Sô-Ava
8. Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito
9. Comè/Bopa/Grand-Popo/Houéyogbé
10. Lokossa/Athiémé
11. Aplahoué/Dogbo/Djakotomey
12. Klouékanmè/Lalo/Toviklin
13. Sakété/Ifangni
14. Adjohoun/Dangbo/Bonou
15. Allada/Toffo/Zè
16. Bohicon/Za-Kpota/Zogbodomey
17. Covè/Ouinhi/Zagnanado
18. Pobè/Kétou/Adja-Ouèrè
19. Djidja/Abomey/Agbangnizoun
20. Dassa-Zoumè/Glazoué
21. Savè/Ouèssè
22. Savalou/Bantè
23. Bassila
24. Tchaourou
25. Djougou/Ouaké/Péhunco
26. N' dali/Parakou
27. Nikki/Pèrèrè/Kalalé
28. Natitingou/Boukoumbé/Toucountouna
29. Kouandé/Ouassa-Péhunco/Kérou
30. Tanguiéta/Cobly/Matéri
31. Bembèrèkè/Sinendé
32. Kandi/Gogounou/Ségbana
33. Banikoara
34. Malanville/Karimama

Source : République du Bénin, Ministère de la Santé.

## ANNEXE 6

# Organisation du Système de Santé au Bénin

Niveau	Structure	Institution Hospitalière et Socio-Sanitaire	Spécialité
<b>Central ou national</b>	Ministère de la Santé Publique (MSP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU-HKM)</li> <li>• Centre National de Pneumo-phtisiologie</li> <li>• Centre National de Psychiatrie</li> <li>• Hôpital de la Mère et de l'Enfant des Lagunes (HOMEL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine</li> <li>• Pédiatrie</li> <li>• Chirurgie</li> <li>• Gynéco obstétrique</li> <li>• Laboratoire</li> <li>• O.R.L.</li> <li>• Ophtalmologie</li> <li>• Autre spécialité</li> </ul>
<b>Intermédiaire ou départemental</b>	Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine</li> <li>• Pédiatrie</li> <li>• Chirurgie</li> <li>• Gynéco obstétrique</li> <li>• Laboratoire</li> <li>• O.R.L.</li> <li>• Ophtalmologie</li> <li>• Autre spécialité</li> </ul>
<b>Périphérique</b>	Zone Sanitaire (ZS) (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital de Zone (HZ)</li> <li>• Centre de Santé de Commune (CSC)</li> <li>• Centre d'Action de la Solidarité et d'Évolution de la Santé (CASES)</li> <li>• Formations Sanitaires Privées</li> <li>• Centre de Santé d'Arrondissement (CSA)</li> <li>• Maternité dispensaire</li> <li>• Unité Villageoise de Santé (UVS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine générale</li> <li>• Chirurgie d'urgence</li> <li>• Gynéco-obstétrique</li> <li>• Alphabétisation</li> <li>• Loisirs</li> <li>• Radiologie</li> <li>• Laboratoire</li> <li>• Pharmacie</li> <li>• Dispensaire</li> <li>• Maternité</li> <li>• Pharmacie ou dépôts pharmaceutiques</li> <li>• Soins</li> <li>• Accouchements</li> <li>• Caisse de pharmacie</li> </ul>

## Indicateurs de Santé et Indicateurs Hospitaliers au Bénin

**Taux de fréquentation :** Les statistiques disponibles montrent que les services de santé connaissent une activité en croissance même si cette progression est un peu erratique. Cette croissance apparaît dans le taux de recours aux services de santé correspondant au rapport du nombre de consultants sur la population globale. Il présente de grandes disparités selon le secteur géographique, et ce sans rapport direct avec l'urbanisation ou la sociologie puisque ce ratio atteint 116 % sur la zone sanitaire de Tchaourou, dans le Borgou alors qu'il n'est que de 23,8 % à Klouékanmé, dans le Couffo. Ce rapport de 1 à 5 fait émettre des doutes sur la fiabilité de certaines données statistiques.

**Taux d'accouchements assistés et taux de césarienne :** L'évolution du taux d'accouchements assistés (par un médecin ou une sage-femme) entre 2009 et 2012 témoigne de l'augmentation de la référence au système de santé et donc de la confiance croissante de la population dans le schéma de prise en charge pouvant conduire à une prise en charge hospitalière. Le taux de césarienne est également en croissance, régulière même s'il demeure inférieur au taux cible de l'OMS. Cette évolution est certainement en rapport avec la politique de gratuité de la césarienne, dont la gestion de ce programme par une agence permet un correct et rapide remboursement aux établissements

sous réserve qu'ils n'omettent pas d'en faire les demandes, ce qui serait parfois le cas.

**Prise en charge des urgences :** Le développement de la prise en charge des urgences existe dans certains établissements. Il s'est traduit par la mise en place d'une sectorisation, d'un renfort de la médicalisation et du développement des protocoles de prise en charge. Il existe notamment au CNHU, à l'HOMEL ou encore au niveau du secteur pédiatrique du CHD Zou. Cette organisation des soins n'est pas encore généralisée et beaucoup d'établissements ne sont pas, sur ce chapitre, conformes aux standards en vigueur.

**Taux d'occupation des lits :** Les indicateurs d'activité hospitalière font état d'une croissance sur ces dernières années du taux d'occupation des lits, passant de 30 % à 57 % entre 2010 et 2012. Cette constatation globale de l'occupation des services a pu être constatée dans la plupart des établissements visités. Elle est particulièrement notable dans le seul hôpital de zone privé en contrat avec l'État, faisant partie de l'échantillon qui tourne à pleine capacité. Elle est également effective à l'HOMEL, dans les CHD visités et dans les hôpitaux de zone à l'exception de celui de Ouidah sans doute desservi par une situation assez excentrée par rapport à son bassin de population. Le cas du CHNU est plus difficile à analyser. Si son taux d'occupation est réputé proche de 70 %, il présente également une durée moyenne de séjour (DMS) élevée (7,5 jours) qui ne correspond pas aux standards de prise en charge. Le différé de prise en charge des patients (en attendant des garanties de prise en charge financière), qui apparaît couramment pratiqué dans cet établissement, peut expliquer ces résultats.

## ANNEXE 8

# CNHU-HKM au Bénin : Présentation et Modifications Statutaires

### **Présentation**

Créé le 30 octobre 1962 pour une capacité de 350 lits, l'Hôpital "350 lits" est devenu Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou depuis le 10 janvier 1973. Il a pris le statut d'Office à caractère social et scientifique le 13 mai 1991 et est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. A la mort du Premier Président de la République, son Excellence Hubert Koutoukou MAGA sous le mandat duquel l'hôpital a vu le jour, il a été baptisé CNHU Hubert K. MAGA.

### **Modifications Statutaires**

- Loi N°62-36 du 30 octobre 1962 portant création de l'Hôpital de Cotonou et dotant cet Établissement Public de l'Autonomie Financière ;
- Décret N°465/PR/MSPAS du 02 novembre 1962 portant Organisation de l'Hôpital de Cotonou sous forme d'Établissement Public Autonome ;
- Décret N°490/PR/MSPAS du 21 décembre 1966 érigeant l'Hôpital de Cotonou en Centre National Hospitalier ;

- Décret N°366/PR-MSPAS du 27 novembre 1968 modifiant le décret N°465/PRIMSPAS du 02 novembre 1962 portant organisation de l'Hôpital de Cotonou sous forme d'Établissement Public Autonome ;
- Décret N°73-8 du 10 janvier 1973 portant organisation et création du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou ;
- Décret N°91-77 du 13 mai 1991 portant approbation des statuts du Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou ;
- Loi N°94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractères social, culturel et scientifique ;
- Décret N°2012-300 du 28 août 2012 portant Attribution, Organisation et Fonctionnement des Centres Hospitaliers Universitaires ;
- Décret N°2012-422 du 06 novembre 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM).

*Source* : Site Internet du CNHU, <http://www.cnhu-hkm.org/>.

## ANNEXE 9

# FBR au Bénin : Indicateurs Quantitatifs et Qualitatifs

### Indicateurs de Résultat Quantitatifs

<b>Indicateurs FBR Hôpital</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TBC* bactériologiquement confirmé ;</li><li>• TBC bactériologiquement confirmé traité et guéri ;</li><li>• Intervention chirurgicale en service de gynécologie-obstétrique et en chirurgie ;</li><li>• Accouchement dystocique effectué chez les parturientes référées des centres de santé ; Cas de césarienne ;</li><li>• Contre référence de l'hôpital arrivée au CS ;</li><li>• Femme enceinte séropositive et initiée au traitement ARV**;</li><li>• Enfant éligible et initié au traitement ARV au cours du mois ;</li><li>• Client sous traitement ARV suivi pendant les 6 premiers mois ;</li><li>• Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités ;</li><li>• Paludisme simple chez les enfants de 0 à 5 ans ;</li><li>• Paludisme simple chez la femme enceinte ;</li><li>• Paludisme grave chez les enfants de 0 à 5 ans ;</li><li>• Paludisme grave chez la femme enceinte.</li></ul>
------------------------------------	---

\* TBC: Tuberculose \*\* Antirétroviral

## Indicateurs de Résultats Qualitatifs

Ensemble des Composantes	Nombre d'Indicateurs Composites
Indicateurs généraux	10
Suivi évaluation et SNIGS	9
Hygiène, environnement et stérilisation	11
Consultation externe/urgence et mise en surveillance	13
Maternité	5
Consultation prénatale	14
Planification familiale	9
Vaccinations et suivi des nourrissons	10
Lutte contre le VIH	11
Tuberculose et lèpre	4
Laboratoire	6
Petite chirurgie/pansement	5
Gestion des médicaments	8
Gestion financière	10
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>

Source : République du Bénin, ministère de la Santé, FBR, document de cadrage (2013).



## ANNEXE 10

# Standards de l'OCDE sur la Transparence et la Diffusion d'Informations

### **Principes de l'OCDE sur la Gouvernance d'Entreprise**

Un régime de gouvernance d'entreprise doit garantir la diffusion en temps opportun d'informations exactes sur tous les sujets significatifs concernant l'entreprise, notamment la situation financière, les résultats, l'actionnariat et la gouvernance de cette entreprise. La diffusion de ces informations doit porter, (sans être limitée à) sur :

1. Le résultat financier et le résultat d'exploitation de l'entreprise.
2. Les objectifs de l'entreprise.
3. Les principales participations au capital et les droits de vote.
4. La politique de rémunération des administrateurs et des principaux dirigeants, ainsi que les données relatives aux administrateurs portant notamment sur leurs qualifications, leur processus de sélection, leur

- appartenance au Conseil d'Administration d'autres sociétés et le fait qu'ils soient considérés comme indépendants par le conseil d'administration.
5. Les transactions effectuées avec des parties liées.
  6. Les facteurs de risque prévisibles.
  7. Les questions intéressant les salariés et les autres parties prenantes.
  8. Les structures de gouvernance et de politique de l'entreprise, et en particulier sur le contenu de tout code ou de toute stratégie de gouvernement d'entreprise rédigée par la société et sur le processus permettant de mettre en œuvre ce code ou cette stratégie.

## **OCDE — Lignes Directrices sur le Gouvernement d'Entreprise des Entreprises Publiques**

Les entreprises publiques devraient observer des normes de transparence rigoureuses conformément aux Principes de Gouvernance d'Entreprise de l'OCDE.

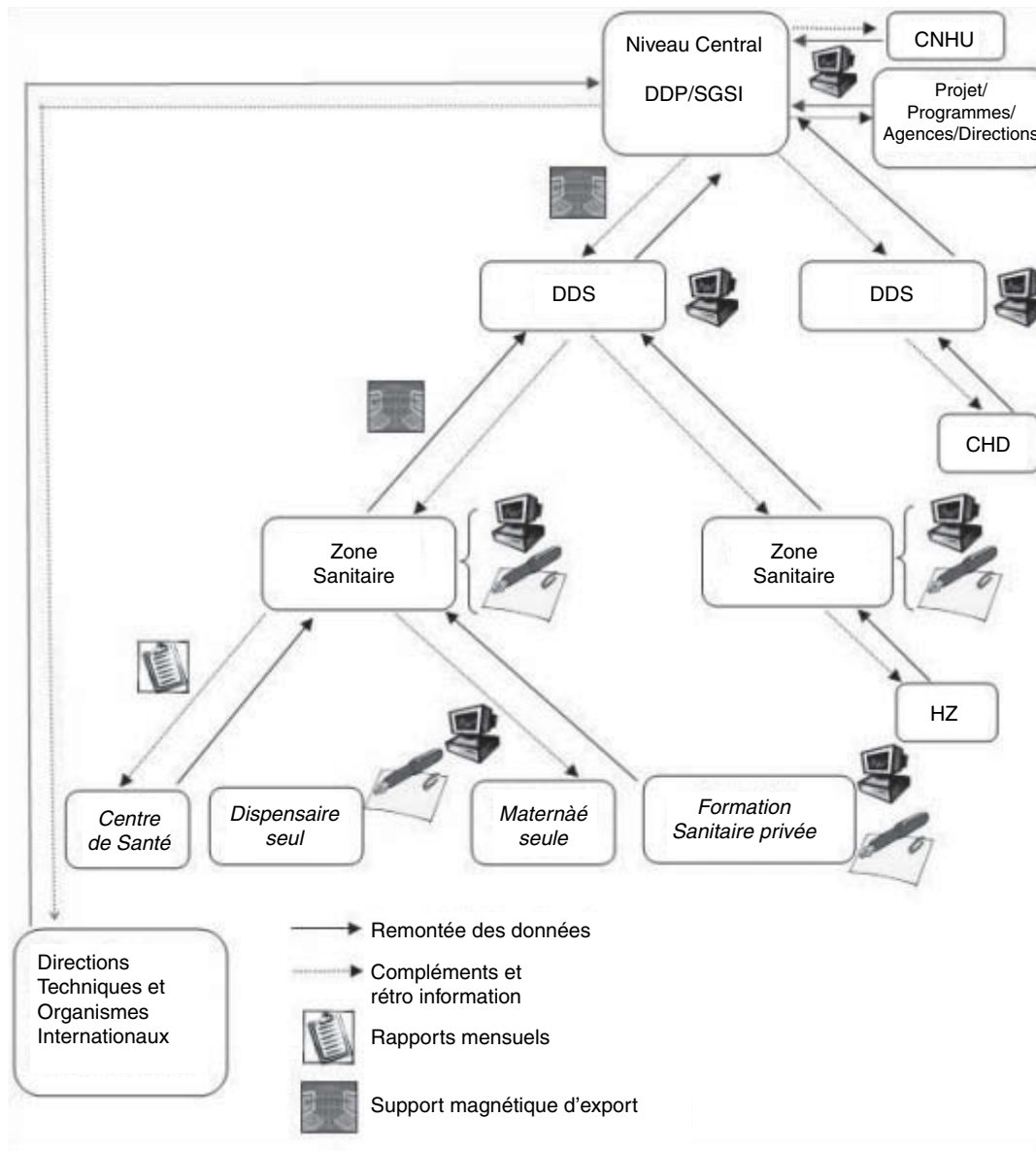
Les entreprises publiques doivent publier des informations significatives sur toutes les questions décrites dans les Principes de gouvernance d'entreprise de l'OCDE et doivent en outre s'attacher à celles qui concernent plus spécifiquement l'État actionnaire et le grand public. A titre d'exemple, il conviendra de rendre publics :

1. Une déclaration claire sur les objectifs de l'entreprise et un rapport sur leur réalisation ;
2. La structure du capital et la répartition des droits de vote de chaque entreprise ;
3. Les facteurs de risque significatifs, ainsi que les mesures prises pour y faire face ;
4. Les aides financières éventuelles, notamment les garanties reçues de l'État et les engagements pris par l'État pour le compte des entreprises publiques ;
5. Toute transaction significative avec des parties apparentées.

*Source* : OCDE.

ANNEXE 11

# Mécanisme de Transmission d'Information au Bénin



Source : République du Bénin, ministère de la Santé, Annuaire des statistiques sanitaires.

## ANNEXE 12

# Régions Médicales et Districts Sanitaires au Sénégal



Source : République du Sénégal, ministère de la Santé, PND 2009–2018.

## ANNEXE 13

# Liste des Établissements Publics de Santé au Sénégal

### EPS III

Centre Hospitalier d'Enfants Albert ROYER  
Hôpital Abass NDAO  
Centre Hospitalier Aristide Le DANTEC  
Centre Hospitalier de FANN  
Hôpital Principal de Dakar  
Centre Hospitalier de Pikine  
Hôpital de Thiaroye  
Hôpital Général de Grand Yoff  
Matlaboul Fawzeini de Touba  
Hopital d'Enfants de DIAMNIADIO  
*Dala Jamm de Guédiawaye (Ouverture Fin 2014)*

### EPS II

Centre Hospitalier Régional Amadou Sakhir Ndjeguene de Thiès  
Centre Hospitalier Régional Amadou Sakhir MBAYE de Louga

Centre Hospitalier Régional Lt Cl Mamadou DIOUF de Saint-Louis  
Centre Hospitalier Régional de NDioum  
Centre Hospitalier Régional de Ourossogui  
Centre Hospitalier Régional Heinrich Lubkë de Diourbel  
Centre Hospitalier Régional de Matam ouverture 2014  
Centre Hospitalier Régional El Hadji Ibrahima NIASSE de Kaolack  
Centre Hospitalier Régional de Tambacounda  
Centre Hospitalier Régional de Kolda  
Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor  
*Hôpital de la paix de Ziguinchor (Ouverture 2014)*  
*Centre Hospitalier Régional de Fatick (Ouverture Aout 2013)*

### **EPS I**

Institut d'Hygiène Sociale (IHS)  
Roi Baudoïn de Guédiawaye  
Youssou Mbargane Diop de Rufisque  
Touba Ndamatou  
EPS 1 de Linguère  
Kaffrine EPS 1  
Richard Toll EPS 1  
Sédhiou EPS 1  
Mbour EPS 1  
Tivaouane EPS 1

### **EPS Non Hospitaliers**

Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)  
Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO)  
Service d'Assistance Médicale des Urgences (SAMU)  
Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)  
Centre Talibou Dabo: non encore érigé

### **Établissements Privés avec Convention**

Hôpital Saint Jean de DIEU  
Hôpital de NINEFESHA  
Hôpital BARTHIMEE de Thiès  
Centre hospitalier de l'Ordre de Malte

*Source : République du Sénégal, ministère de la Santé, DES.*

## Indicateurs Hospitaliers, Indicateurs de Santé au Sénégal

**Taux d'occupation des lits :** la croissance de l'activité hospitalière, avec un taux d'occupation des lits deux fois plus élevé qu'en 2000, traduit un regain de confiance de la population dans le système hospitalier. Les taux d'occupation des lits ont plus que doublés depuis le début des années 2000 dans presque tous les EPS visités (49 % en 2012 versus 21 % en 2000). Au-delà de l'évolution de la demande de soins relative à la croissance démographique et aux capacités financières des ménages portées par une croissance économique favorable (+5 % en 2013), cette croissance de l'activité est appréciable, d'autant que dans le même temps l'offre de soins privée s'est elle aussi développée. Il est difficile d'affirmer que cette évolution est directement liée à la réforme hospitalière mais on peut néanmoins penser que celle-ci a constitué un contexte favorable à cette évolution positive.

**Consultations externes :** le nombre de consultations externes a augmenté d'environ 21 % entre 2010 et 2012. Une activité réelle a été constatée, dont témoignent les files d'attente, l'occupation des services d'hospitalisation visités ou encore l'activité des blocs accouchements ou opératoires. Les données d'activité agrégées des EPS 1 et 2, qu'il convient d'analyser avec

prudence dans la mesure où il y a eu une importante rétention d'informations suite à un conflit social avec les agents en charge de la transmission de ces données, confortent néanmoins cette analyse avec une croissance notable de l'activité externe (+ 21 %). Également, les activités de consultations au titre des urgences connaissent aussi une très forte augmentation, ce qui en fait pour la Direction Générale de la Santé (DGS) une problématique prioritaire.

**Taux d'hospitalisation :** les taux d'hospitalisation présentent de fortes disparités géographiques avec un taux de 61 % pour Dakar et sa banlieue, contre 36 % en milieu rural. Ce taux d'occupation est beaucoup plus conséquent sur Dakar et sa banlieue – où il atteint 61 % – que dans les CHR hors Dakar où ce taux n'est que de 36 %. Différents éléments peuvent expliquer cette différence significative. Parmi ceux-ci, sont évoqués: (i) l'attractivité des établissements hospitalo-universitaires (CHU) ; (ii) l'accessibilité des établissements en milieu urbain dense ; (iii) le plateau technique plus conséquent de certains de ces établissements ; (iv) les spécialités de référence nationale ; et (v) la solvabilité de la population. Le cadre physique des établissements de la région de Dakar et l'organisation des soins n'apparaissent en revanche pas comme des spécificités et des avantages concurrentiels déterminants au profit des établissements dakarois, bien au contraire.

**Durée Moyenne de Séjour (DMS) :** l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS)<sup>58</sup> a une certaine pertinence. Le résultat global pour 2012 de 5,0 jours de DMS peut être considéré comme favorable d'autant que l'on constate une réduction par rapport à 2010 où il était de 5,7 jours. Cette DMS apparaît particulièrement faible dans les hôpitaux hors Dakar puisqu'elle est de 3,4 jours. La part dans les séjours hospitaliers de l'activité de la maternité explique sans doute ceci.

**Taux de mortalité hospitalière :** il est également recueilli dans les statistiques nationales et se révèle assez stable, autour de 6,5 % en 2012, contre 6,7 % en 2010.

**Taux de mortalité :** on retrouve un taux de mortalité plus défavorable dans les hôpitaux de Dakar (8,4 %) que dans les CHR (4,6 %), ce qui illustre le rôle de référence des hôpitaux de la capitale.

**Taux d'infection nosocomiale :** Le taux d'infection nosocomiale est recueilli dans certains établissements par l'intermédiaire des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) mais les résultats agrégés de cet indicateur n'ont pu être recueillis.

---

58. Nombre de journées d'hospitalisation dans l'année rapporté au nombre de séjours.



**Capacités litières :** Les capacités litières autorisés des EPS 2 et 3 ne sont pas saturées selon les statistiques disponibles. Il convient néanmoins de noter qu'une partie des capacités litières autorisées ne sont pas installées en raison selon les cas : (i) de dégradation des locaux d'hospitalisation devenus insalubres ou dangereux (exemple de l'hôpital Le Dante) ; (ii) de projet de réhabilitation hospitalière en cours pour l'amélioration du plateau technique (exemple du CHR de St-Louis).

## ANNEXE 15

# Processus d'Élaboration des CPOM au Sénégal

Domaines	Critères	Indicateurs
<b>Qualité des soins et des services/Démarche qualité</b>	Mise en place et évaluation d'un des cinq chantiers qualité avec une (ou des) procédure(s) écrite(s), validée(s), mise(s) en œuvre et évaluée(s)	Existence d'un chantier qualité mis en œuvre et évalué
	Ouverture d'un nouveau chantier suivant le processus standard	Nouveau chantier ouvert avec Procès-verbal de réunion
<b>Qualité des soins et services/Méthode 5S KAIZEN TQM</b>	Mise en place ou réactualisation du cadre institutionnel (Comité 5S, Sous-comité 5S avec composition, missions et fonctionnement)	Note de service de mise en place du comité et de nomination des responsables
	Existence d'un comité 5S (QIT) <ul style="list-style-type: none"><li>• Composition</li><li>• Attribution</li><li>• Fonctionnement</li></ul>	Note de service de création du comité

*(continue à la page suivante)*

<b>Domaines</b>	<b>Critères</b>	<b>Indicateurs</b>
	Nomination d'un président Comité 5S et d'un adjoint (avec missions et attributions)	Note de service de nomination
	Elaboration et Mise en place d'un plan d'action global	Existence d'un plan d'actions validé
	Mise en place des procédures et protocoles	Protocoles et procédures validés
	Evaluation interne effectuée et résultats diffusés	Existence d'un rapport d'évaluation
<b>Qualité des soins et des services/Accueil</b>	Evaluation du fonctionnement du service ou de la structure d'accueil	Existence d'un rapport d'évaluation
<b>Qualité des soins et des services/Hygiène et Infections nosocomiales</b>	Existence d'un plan d'actions validé par la CME, la Direction et délibéré en conseil d'administration comprenant un programme de surveillance, un programme de formation des personnels	Existence d'un plan d'actions validé et délibéré
	Réunions trimestrielles du CLIN tenues régulièrement	Existence des Comptes rendus de réunions
	Mise en place d'un protocole choisi parmi les thèmes prioritaires définis par le niveau central	Existence d'un Protocole écrit, validé et mis en place
<b>Qualité des soins et des services/Qualité des soins</b>	Evaluation de deux protocoles thérapeutiques relatifs à la prise en charge de deux affections parmi les dix les plus courantes dans l'établissement	Existence des rapports d'évaluation
<b>Qualité des soins et des services/Hôtellerie/Draps</b>	Instauration d'un suivi de l'utilisation des draps par les services Vérifications régulières des dotations sur place.	Existence d'une fiche mensuelle de suivi Existence d'une fiche trimestrielle de vérification sur place des dotations de draps dans les services
	Mise en place d'un circuit du linge	Existence d'un protocole ou procédure validée

Domaines	Critères	Indicateurs
<b>Amélioration continue de la qualité/La Relation à l'utilisateur</b>	Réalisation d'au moins une enquête de satisfaction auprès des usagers au cours de l'année	Enquête réalisée et résultats analysés
	Réalisation d'au moins une enquête thématique et spécifique de satisfaction auprès des usagers (gestion de la file d'attente, de la restauration etc.)	Enquête réalisée et résultats analysés
	Réalisation d'une enquête de satisfaction auprès du personnel au cours de l'année	Enquête réalisée et résultats analysés
<b>Des principes de bonne gouvernance hospitalière</b>	Tenue de réunion de coordination régulière de la Direction	
	Tenue des conseils d'administration	Existence d'un procès-verbal de réunion
	Tenue des réunions de CME/CCE	Existence de compte rendu de réunion
	Tenue des réunions du CTE	
Tenue d'une assemblée générale d'information et de partage avec tout le personnel	Rapport de l'assemblée élaborée et disponible	
<b>Gestion administrative, financière et comptable</b>	Elaboration et transmission des rapports trimestriels de suivi budgétaire	Rapport trimestriel transmis selon le canevas et en respect des délais
	Réalisation et transmission du rapport annuel de gestion	Rapport annuel transmis selon le canevas et en respect des délais (au plus tard le 31 Mars de l'année en cours)
	Finalisation de la comptabilité analytique hospitalière (5 hôpitaux pilotes)  <b>Ou</b> Réalisation d'une première expérimentation de la comptabilité analytique hospitalière (autres établissements)	Retraitement des résultats de l'année N-1 au plan analytique et rapport transmis au niveau central au plus tard le premier trimestre de l'année N  Exercice de retraitement des résultats N-1 réalisé par l'établissement et restitué à la tutelle au plus tard le dernier trimestre de l'année N

(continue à la page suivante)

Domaines	Critères	Indicateurs
	Elaboration et mise en œuvre d'un plan de maîtrise des dépenses	Existence d'un plan de maîtrise des dépenses
	Elaboration et mise en œuvre d'une politique de maîtrise de la masse salariale et des effectifs	Masse salariale à maintenir à un taux de 35 à 65 % Existence d'un plan de formation, d'une GPEC et au besoin d'un plan social
<b>Système d'information hospitalière</b>	<b>Critère « déclencheur » : Complétude et promptitude de la transmission des rapports trimestriels d'activité</b>	Rapports complets et transmis dans les délais (au plus tard à la fin du mois qui suit la fin du trimestre demandé)
<b>Système d'information médicalisée (SIM)</b>	<b>Critères distinctifs selon le niveau d'engagement de l'établissement dans la démarche</b>	
	Taux d'exhaustivité du remplissage des RUM (90 %) (établissements pilotes et établissements formés)	Indicateurs de résultats à personnaliser en fonction du taux d'exhaustivité du remplissage des RUM propre à chacun des 5 établissements
	<b>Autres établissements :</b> Fonctionnalité de la cellule d'information médicalisée (CIM)	Existence d'une CIM fonctionnelle (production des RUM et rétro information des services)

Source : République du Sénégal, ministère de la Santé, DES.

Porte d'entrée du système de santé, le secteur hospitalier public est essentiel au développement économique et social d'un pays. A travers lui, l'État assure sa mission de service public et permet à la population, en particulier aux personnes vulnérables, de bénéficier d'une prise en charge. La contrepartie de cette prise en charge est importante. Ces dernières années, les dépenses totales de santé ont atteint en moyenne 6 % du PIB en Afrique de l'Ouest et la part des budgets des ministères de la Santé octroyée aux hôpitaux reste significative. Une gouvernance efficace du secteur hospitalier est ainsi nécessaire à une utilisation optimale des ressources et une offre de soins de qualité. Cette étude s'intéresse au cadre de gouvernance du secteur hospitalier public au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal. Elle est basée sur la méthodologie d'analyse de la gouvernance des entreprises publiques, les *Lignes Directrices* de l'OCDE et le *Manuel Pratique* (« *Toolkit* ») de la Banque mondiale, adaptée au secteur hospitalier. L'analyse couvre une revue du cadre légal et réglementaire, de l'organisation de la tutelle, de la planification et du suivi des performances, des conseils d'administration et autres instances de l'hôpital, et de la transparence et la diffusion de l'information. L'étude expose les tendances régionales ainsi que les principaux défis rencontrés. En parallèle, elle cherche à identifier des opportunités de renforcement de la gouvernance des hôpitaux qui pourraient avoir un effet de levier sur la performance et aboutir à une prestation large et efficace des services de santé.