

**RÉPUBLIQUE DU SENEGAL**  
\*\*  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ACTION SOCIALE**  
\*\*  
**Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH)**  
\*\*

**LE SYSTÈME HOSPITALIER  
DU SÉNÉGAL**

**ANALYSE ET PERSPECTIVES**

**Docteur Hubert BALIQUE**

**MCU/PH-Chargé de Recherche à l'ORSTOM**

**Mai 1996**

**ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE, L'ÉVALUATION  
ET LA FORMATION CONTINUE (AREFOC)**

### *Avant propos*

*Le consultant a limité son étude aux questions strictement liées au secteur hospitalier, laissant aux autres équipes le soin de traiter les aspects relatifs à la formation, au développement de l'assurance maladie ou au financement de la santé.*

*Privilégiant le constat sur le terrain et les échanges avec les principaux acteurs, sa démarche a été essentiellement d'ordre stratégique, cherchant à poser un diagnostic et à identifier les mesures qui permettront aux hôpitaux de trouver leur place dans le plan décennal de développement sanitaire en cours de préparation.*

*Ce document a été conçu pour susciter un débat et faciliter une prise de décision.*

# SYNTHESE

\*\*

1- Les hôpitaux devront occuper une place importante dans les orientations de la politique de santé du Sénégal pour les 10 années à venir.

Bien qu'ils disposent d'atouts importants, on assiste depuis plusieurs années à la remise en cause progressive de leur place dans le système de soins.

Malgré l'importance des ressources humaines et financières qui sont mises à leur disposition, ils rencontrent par ailleurs de plus en plus de difficultés à maintenir leur niveau de technicité.

Le mouvement des couches sociales les plus favorisées de la population vers des établissements « couteux » comme l'Hôpital Principal ou les établissements privés, témoigne d'une évolution qui, si elle se prolonge, aboutira à ce que les hôpitaux publics ne reçoivent plus que les couches sociales les plus défavorisées: l'inéquité qui en résultera dans l'accès aux soins conduira à la remise en cause du secteur public hospitalier.

2- Si les solutions aux problèmes de santé prioritaires passent nécessairement par la promotion des soins de santé primaires, leur mise en oeuvre exige qu'ils s'appuyent sur un système de soins dont les hôpitaux représentent un élément essentiel.

Ils constituent d'abord les établissement de référence des postes et centres de santé, sur lesquels reposent en grande partie la mise en oeuvre de la politique de santé du pays.

Ils constituent ensuite le lieu de formation clinique des médecins et des agents paramédicaux et déterminent les conduites de l'ensemble du personnel soignant, qu'il travaille dans le secteur public ou privé.

Ils représentent enfin le socle scientifique sur lequel reposera l'avenir de la médecine sénégalaise au cours du XXIème siècle.

De plus, un certain réalisme conduit à penser que le développement nécessite non seulement que le système de soins réponde aux besoins essentiels de l'ensemble de la population, mais aussi que les couches privilégiées de la société, qui déterminent une part importante de l'avenir économique du pays, puissent bénéficier d'un environnement médical conforme à leur demande et à leur pouvoir d'achat.

3- Les hôpitaux du Sénégal se trouvent aujourd'hui dans une impasse qui résulte de leurs difficultés à s'adapter aux changements du monde en général et du Sénégal en particulier. En effet, leur organisation n'a pas été l'objet de grandes modifications depuis une époque où on parlait encore de gratuité des soins.

Mise à part la création des comités de santé qui leur ont permis de mettre en place le recouvrement des coûts, ils fonctionnent toujours selon les principes fondamentaux d'une administration: leur logique est d'ordre règlementaire et ne fait aucune référence à la notion de performance; le personnel qui y travaille est invité à faire ce qu'il peut avec ce qu'il a; le malade est soumis aux aléas des circonstances et doit se contenter de ce qu'on lui donne. Leurs ressources étant insuffisantes pour équilibrer leurs comptes, ils ne parviennent pas à assurer la maintenance de leurs équipements et doivent compter sur les appuis de l'aide extérieure pour éviter leur dégradation.

Une telle conception confine l'hôpital dans une position qui l'écarte de toute rationalité économique et s'oppose à toute prise de responsabilité par les directeurs et les professionnels de santé.

4-Si un tel système a pu donner des résultats probants à une époque où la demande était limitée, où l'aide extérieure était relativement consistante, où la technique médicale était peu développée, où le coût des soins était moins élevé, ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Les réalités de cette fin de XXème siècle imposent d'aborder la santé dans sa dimension économique. Les soins ne doivent plus être considérés comme de simples tâches à exécuter, mais comme le résultat d'un processus de production. Les usagers ne doivent plus être perçus comme de simples bénéficiaires, mais comme des personnes capable d'exprimer une demande. Cette conception nouvelle exige l'émergence d'un nouveau type d'établissement, qui résultera du passage de l'hôpital « administration » à l'hôpital « entreprise ».

Il est cependant impératif que cette évolution se fasse dans la réaffirmation des missions de service public de l'Etat, qui doit veiller à ce que chaque citoyen puisse accéder en toutes circonstances aux soins indispensables.

La maîtrise de ce processus de changement doit nécessairement s'inscrire dans une réforme profonde du système hospitalier, qui doit être conduite de façon progressive et dans sa globalité.

5-Cette réforme devra être structurée autour de certains principes fondamentaux:

- La responsabilisation de la direction de l'hôpital, qui doit être capable d'assurer le respect d'un cahier des charges, en s'appuyant sur des méthodes propres à la gestion d'entreprise,

- La responsabilisation des médecins par rapport à leur service,

- La mobilisation de l'ensemble du personnel autour d'objectifs communs, propres à l'établissement,

- Le recentrage de l'Etat sur ses missions de service public et sur l'exercice de sa tutelle, en jouant un rôle de contrôle et de régulation,

- La préminence de la qualité et du coût des soins, en tenant compte des diverses expressions de la demande,

- La maîtrise des dépenses hospitalières au sein de l'ensemble des dépenses de santé.

6-La réforme du système hospitalier sénégalais doit d'abord conduire à la définition d'un nouveau type d'hôpital, qui devra être structuré autour de la notion de performance à travers notamment les points suivants:

1-Octroi aux hôpitaux d'un statut d'Etablissement Public Hospitalier.

Disposant de la personnalité morale et de l'autonomie financière, ils recevront de l'Etat une mission de service public hospitalier. Ce nouveau statut s'inscrira dans le processus de décentralisation que conduit le Sénégal et mettra des élus des collectivités territoriales à la présidence de leur conseil d'administration.

2-Obligation pour chaque hôpital d'élaborer son Projet d'Etablissement.

Cette démarche devra non seulement mobiliser l'ensemble du personnel de l'hôpital autour d'objectifs communs, définis en termes de qualité des soins et de maîtrise des coûts, mais aussi justifier les besoins de financement de l'hôpital pour atteindre les objectifs fixés.

3-Adoption d'un mode de gestion d'entreprise par l'hôpital, qui devra être en mesure d'optimiser la production de ses services en fonction de la demande et des coûts de production. Cela nécessitera notamment:

- le mise en place d'un système d'information médicale et financière.

D'emblée informatisé, il devra permettre à l'établissement de disposer de l'ensemble des données nécessaires pour procéder aux études qu'exige toute prise de décision. La mise en place d'une comptabilité analytique permettra une connaissance détaillée de tous les coûts de production.

- la création d'une cellule d'analyse de gestion au sein de l'hôpital,

-l'ouverture auprès d'une banque d'un compte d'amortissement, devant permettre le renouvellement des équipements et éventuellement des bâtiments,

-l'autorisation de recours aux crédits bancaires, afin que l'hôpital dispose à tout moment de la trésorerie nécessaire à son bon fonctionnement. Pour être applicable, cette mesure nécessitera la création d'un Fonds de Garantie de l'Etat.

4-Mise en position de détachement des agents de l'hôpital appartenant à la fonction publique.

5-Octroi à l'hôpital d'une dotation budgétaire globale, qui lui permettra d'assurer ses missions de service public. La prise en charge des urgences devra en constituer un des éléments essentiels.

6-Mise en place d'une Commission Médicale d'Etablissement, dont le président sera le collaborateur immédiat du Directeur. Elle devra être consultée sur toutes les questions relatives aux soins et devra assurer la promotion de l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'établissement.

7-Recours au secteur privé pour assurer la maintenance des équipements: les contrats devront être signés avec des entreprises présentes au Sénégal et capables d'assurer la maintenance complète et immédiate des produits livrés.

8-Définition de l'hôpital local. Ce nouveau type d'établissement hospitalier résultera de l'évolution de certains centres de santé de districts, par la mise en place d'un plateau technique, justifié par des considérations d'ordre géographique et démographique. Les hôpitaux du Sénégal seront donc répartis en 3 catégories: hôpitaux nationaux, généraux et locaux.

9-Affirmation du temps plein hospitalier pour l'ensemble du personnel soignant (y compris les agents bi-appartenants), avec autorisation de traiter un clientelle privée au sein de l'établissement, selon des modalités permettant à l'hôpital d'en garder la maîtrise.

10-Diversification des possibilités d'hébergement des malades, avec création au sein des hôpitaux d'une clinique offrant des conditions d'hôtellerie comparables à celles des cliniques privées.

11-Généralisation de l'utilisation des médicaments génériques en conditionnement hospitalier, à partir d'une pharmacie hospitalière assurant elle même son réapprovisionnement au meilleur coût.

12-Possibilité de regroupement des hôpitaux en syndicat interhospitalier,

13-Prise en charge des dépenses d'hospitalisation des personnes démunies par des mécanismes de tiers payant, organisés autour des comités de santé et fonctionnant avec l'appui d'un service social restructuré.

7-La réforme du système hospitalier doit ensuite conduire à la définition du nouveau rôle de l'Etat:

1-Maîtrise par l'Etat des dépenses du secteur hospitalier:

.par l'élaboration d'un carte nationale hospitalière déterminant les grandes caractéristiques de chaque établissement,

.par l'approbation des projets d'établissements et des budgets d'investissement et de fonctionnement de chaque établissement,

.par le respect d'un enveloppe globale, figurant dans la loi de finance, qui devra contenir l'ensemble des dépenses hospitalières du pays.

2-Transfert de l'exercice d'une direction administrative à celui d'une tutelle: cette évolution nécessitera un changement profond de mentalité de la part des agents de l'administration, qui devront passer d'attitudes de type hiérarchique à la maîtrise des fonctions de contrôle et de régulation.

3-Prise en charge des conséquences financières de sa mission de service public hospitalier. Cette disposition concernera plus précisément:

.la compensation financière de la prise en charge des urgences, dont le recouvrement des coûts n'aura pas pu être assuré,  
 .la prise en charge de l'entretien des "gros" investissements et du salaire de base des professionnels de santé (médecins, infirmiers,...)  
 .l'attribution d'une subvention d'équilibre, destinée à maintenir les tarifs dans certaines limites.

4-Création d'une Agence Nationale Hospitalière, qui permettra à l'Etat et aux autres organismes concernés par le financement des dépenses hospitalières (IPM, mutuelles, sécurité sociale,...) d'obtenir les informations nécessaires sur les performances des différents hôpitaux. Ayant un statut indépendant de la tutelle, cette agence devra produire un rapport annuel qui devra être présenté en Conseil des Ministres et devant l'Assemblée Nationale. S'appuyant sur les possibilités nouvelles de la microinformatique, elle pourra accéder de façon instantanée à l'ensemble des informations disponibles au niveau de chaque hôpital.

8-La réforme devra être conçue avec l'idée d'une totale complémentarité entre le système hospitalier et le système de soins périphériques.  
 Pour y parvenir, les relations entre l'hôpital et les responsables des régions médicales et des districts sanitaires devront être parfaitement définies.

9-La mise en oeuvre de la réforme hospitalière devra débiter par le lancement de 4 grands chantiers:

1-L'élaboration d'une grande Loi hospitalière qui créera l'assise institutionnelle du futur système hospitalier. Enoncé du service public hospitalier, définition du nouveau statut des hôpitaux, création de l'Agence Nationale Hospitalière,... constitueront certains de ses éléments.

2-L'élaboration de la carte hospitalière nationale. Officialisée par décret, elle déterminera les grandes caractéristiques de chacun des hôpitaux publics. Cette carte, qui devra être périodiquement réactualisée, devra tenir compte d'une carte hospitalière sous régionale, qui précisera les divers pôles d'excellence qui devront être créés en Afrique de l'Ouest. Les nouveaux investissements devront également tenir compte de la présence des établissements privés, afin d'utiliser au mieux l'ensemble du potentiel technique existant. Ils pourront être associés par convention à la réalisation du service public hospitalier.

3-La réalisation des projets d'établissement, dont la mise au point devra être confiée à la Cellule d'analyse de gestion de l'Hôpital Principal, en attendant la création de l'Agence Nationale Hospitalière. Une phase expérimentale sera d'abord limitée à 4 établissements, pour être ensuite étendue à l'ensemble des hôpitaux du pays.

4-La création d'une filière de formation des directeurs d'hôpitaux pour l'Afrique de l'Ouest.

10-La mise en oeuvre de la réforme devra être programmée sur une durée minimale de 5 ans. D'ici là, la réalisation d'un programme à court terme devra permettre aux hôpitaux de trouver une réponse transitoire aux problèmes urgents qui se posent à eux.

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p.7
1-CONSTATS.....	p 7
1-1-Le point de vue des différents acteurs.....	p 7
1-2-Les faits.....	p 10
2-ANALYSE	
2-1-Que penser de la situation actuelle des hôpitaux ?.....	p 19
2-2-Que penser de la place des hôpitaux dans le système de soins ?.....	p.20
2-3-Que penser de l'avenir des hôpitaux ?.....	p 22
2-4-Que penser du projet de CHU ?.....	p 23
3-PROPOSITIONS	
3-1-Les choix d'ordre politique.....	p 24
3-2-Les choix d'ordre technique.....	p 25
3-2-1-Le nouveau type d'hôpital.....	p.25
3-2-2-Le projet d'établissement.....	p.34
3-2-3-Le nouveau rôle d'hôpital au sein du système national de soins.....	p.35
3-2-4-Le nouveau rôle de l'Etat vis à vis de l'hôpital.....	p.36
3-2-5-L'Agence Nationale Hospitalière.....	p.37
4-MISE EN OEUVRE	
4-1-Les différents chantiers.....	p.40
4-1-1-La Loi hospitalière.....	p.40
4-1-2-La carte hospitalière.....	p.42
4-1-3-L'élaboration de projets d'établissement.....	p.44
4-1-4-La formation à la gestion des hôpitaux.....	p.45
4-2-Mesures d'accompagnement.....	p.47
4-3-Programme.....	p.48
	**
ANNEXES	
Annexe 1: Les hôpitaux du Sénégal.....	p.50
Annexe 2: Tableaux chiffrés.....	p.60
Annexe 3: Informations sur les 14 hôpitaux visités.....	p.70
Annexe 4: Liste des documents consultés.....	p.176
Annexe 5: Termes de référence.....	p.179
Annexe 6: Personnes rencontrées .....	p.181

## **INTRODUCTION:**

-S'il est certain que la promotion des soins de santé primaires constitue la grande priorité des actions de santé publique, il est de plus en plus évident qu'une place croissante devra être accordée dans les années à venir au secteur hospitalier.

S'il est également vrai que les dépenses effectuées dans le secteur hospitalier ont une efficacité bien inférieure celle des sommes utilisées pour la promotion des soins de santé primaires, il faut admettre que la performance d'un système de soins reste fortement liée à celles de son secteur hospitalier.

L'intérêt porté par le Ministère de la Santé du Sénégal au secteur hospitalier constitue une étape indispensable dans la formulation de ses stratégies nationales pour les 10 années à venir.

-La mission, qui a été réalisée du 5 Mars au 5 Avril 1996, a permis la visite de 14 hôpitaux sur les 17 que compte le pays. Elle a par ailleurs permis de procéder à un large tour d'opinion auprès d'une centaine de personnes directement concernées par la politique hospitalière, en particulier des conseillers du Ministre de la santé, des Professeurs d'Université, des chefs de service, des directeurs d'hôpitaux, des médecins chefs de région médicale, des médecins chefs de district, des représentants des Comités de Santé des Hôpitaux,...

### **1-CONSTATS:**

Si les hôpitaux du Sénégal sont parfois l'objet de jugements sévères, les compétences des médecins qui y travaillent ne sauraient être remises en cause: de façon générale, lorsqu'ils disposent des moyens requis pour s'occuper d'un malade, leurs résultats thérapeutiques sont conformes à ce qui peut être attendu.

Le Sénégal dispose en effet d'un corps médical compétent, formé selon les principes académiques de la tradition médicale française, par un corps professoral de grande valeur, et d'hôpitaux ayant bénéficié d'investissements importants.

#### **1-1-Le point de vue des différents acteurs:**

Il apparaît évident que l'hôpital ne répond, de façon générale, ni à l'attente de la population, ni aux exigences du corps médical qui y professe, ni aux espoirs de la politique de santé du pays. L'hôpital actuel ne satisfait donc personne.

##### **1-1-1-Pour les malades:**

-Les malades qui en ont la possibilité évitent de se rendre dans les Hôpitaux Publics pour rechercher les services de l'Hôpital Principal, d'une clinique privée ou de l'Hôpital St Jean de Dieu de Thiès.

A Dakar, les hôpitaux appartenant au CHU reçoivent cependant une partie de cette clientèle « favorisée », qui vient bénéficier du plateau technique et des compétences de certains Professeurs d'Université. Elle est alors reçue dans des « cabines » qui offrent des conditions d'hôtellerie plus confortables, mais plus chères que celles qui sont destinées aux malades « ordinaires ». Il arrive parfois que des patients quittent la clinique privée où ils sont hospitalisés pour se rendre dans un hôpital et y subir des examens paracliniques, voire même des soins particuliers, avant de regagner la clinique où ils sont hébergés.

Dans les régions, ces personnes se font hospitaliser dans les « cabines » dont disposent également les hôpitaux régionaux et départementaux ou se rendent à Dakar.

Ainsi, l'hôpital présente-t-il la double image d'une structure techniquement compétente, mais destinée essentiellement, par ses conditions d'hôtellerie, aux catégories sociales les moins favorisées.

-Une distinction doit être faite entre les malades recommandés et ceux qui ne le sont pas. Les « recommandés » sont des parents des agents de l'hôpital ou des personnes ayant avec eux des relations privées (amis, voisins,...). Le contrat social qui les lie à leurs « répondants » exige qu'ils quittent l'hôpital satisfaits, c'est à dire en estimant qu'ils ont bénéficié au cours de leur séjour de tout ce qui pouvait leur être accordé. Leur statut de « recommandés » les fait sortir de l'anonymat et leur apporte la sollicitude de l'ensemble du personnel.

- .on les place dans une chambre confortable,
- .on demande des nouvelles de leur santé; on leur rend visite plusieurs fois par jour,
- .on leur parle aimablement, sans autoritarisme,
- .on leur donne les médicaments qui sont disponibles,
- .on ne les fait payer que lorsque c'est inévitable et on ne leur demande pas de « dessous de table ».
- .s'ils sont nourris, ils ont droit aux plats les mieux garnis,
- .etc...

Ils bénéficient en fait de ce qui devrait être assuré à chaque malade: attention, considération, respect de la personne et de ses droits,...

A l'inverse, celui qui n'est pas « recommandé » est victime de son anonymat et son sort est laissé aux hasards de la vie. Si la chance lui sourit, il peut être l'objet de la sollicitude de certains agents.

Si ce n'est pas le cas, il essaiera d'obtenir par l'argent les services dont il voudra bénéficier.

Mais dans tous les cas, le malade repose sur l'aide de sa famille, car c'est elle qui lui apporte tout ce dont il a besoin: elle le lave, le nourrit, l'habille, change ses draps, achète les médicaments qui lui sont prescrits, le surveille jour et nuit, etc...

-Au delà de ces distinctions, le malade trouve à l'hôpital des conditions d'hospitalisation généralement précaires:

.l'hospitalisation est chère: le malade doit non seulement s'acquitter des tarifs fixés par le Comité de Santé de l'Hôpital, mais aussi acheter la plupart des médicaments qui lui sont prescrits. Dans les régions, la présence de médicaments essentiels présentés sous leur dénomination commune internationale et vendus dans les pharmacies hospitalières selon les principes de l'Initiative de Bamako permet de réduire de façon significative le coût des ordonnances, mais à Dakar, l'essentiel des produits doit être acheté dans les pharmacies privées de la ville. Les frais d'acheminement du malade de son domicile à l'hôpital sont généralement élevés et les nombreux déplacements de la famille reviennent également très cher.

.l'état des salles d'hospitalisation dépend des rénovations dont a bénéficié l'établissement: si elles sont récentes, elles sont encore en excellent état (Hôpital de St Louis, Hôpital de Kaolack, clinique chirurgicale de l'Hôpital Le Dantec,..), sinon, elles sont souvent dégradées (Hôpital de Djourbel, service de dermatologie de l'Hôpital Le Dantec,...).

.les cuisines et la buanderie sont hors d'usage dans la plupart des établissements. Le matériel relativement sophistiqué dont elles ont été équipées est généralement en panne: la cuisine est donc faite au charbon de bois et la lessive à la main.

Fort heureusement, les familles tiennent à nourrir elles mêmes leurs malades, réduisant de façon très significative les besoins réels en nourriture de l'établissement.

Quant à la buanderie, elle se limite généralement au lavage des blouses et des champs du bloc opératoire. En effet, les familles s'occupent du linge personnel de leur malade et très peu d'hôpitaux disposent de draps.

#### 1-1-2-Pour les médecins hospitaliers:

-L'hôpital constitue le lieu privilégié de leur pratique professionnelle. Ils y trouvent le cadre technique et la réputation qu'ils recherchent.

Ils se plaignent cependant de ne pas bénéficier des conditions minimales qu'exige leur art: manque de matériel, manque de consommables, manque de médicaments, etc...

Ils considèrent l'absence ou la non fonctionnalité de certains équipements comme une des principales entraves à la conduite de leurs activités.

-Le manque de ressources humaines est unanimement dénoncé.

A Dakar, ce sont surtout les infirmiers qui font défaut: ceux qui partent à la retraite, qui décèdent ou qui sont affectés à un autre poste ne sont pas remplacés. Des tâches essentielles sont confiées à des agents formés « sur le tas ».

Dans les régions, au manque d'infirmiers s'ajoute celui de médecins. Ceux qui sont en poste, se plaignent de l'incapacité de l'État à fournir les chirurgiens, anesthésistes, pédiatres ou gynécologues dont a fortement besoin leur établissement.

-Les médecins se plaignent également de l'insuffisance de leur rémunération. Une disposition réglementaire leur permet d'effectuer des consultations privées au sein de l'hôpital deux demi journées par semaine. Malgré cela, et en dehors de toute légalité, la plupart d'entr'eux ont leur propre clientèle à l'extérieur de l'établissement, qu'ils suivent généralement dans des cliniques privées.

-Ils apprécient fortement le Comité de Santé, qui a permis à leur établissement de résoudre certains de ses problèmes. Mais les plus favorables à cette institution sont les médecins dont le service dispose de son propre comité: ils peuvent utiliser de façon très souple les sommes qu'il leur permet de recouvrer.

-Ils regrettent de ne pas être suffisamment associés par le Ministère de la santé à la conception et à la mise en oeuvre de la politique de santé. Ils considèrent que les grandes déclarations politiques et les principaux bailleurs de fonds ne s'intéressent qu'à la promotion des actions de santé publique. Estimant que le travail qu'ils effectuent dans des conditions difficiles n'est pas reconnu et est parfois même dénigré, nombre d'entr'eux se sentent frustrés.

#### 1-1-3-Pour les directeurs d'hôpitaux:

-La plupart des Directeurs estiment avoir des responsabilités limitées au sein de l'établissement qu'ils dirigent.

.le personnel leur est envoyé et retiré sans qu'ils aient à donner leur avis,  
 .ils ne sont pas en mesure de faire appliquer les moindres sanctions et d'accorder les moindres « encouragements »,

.l'utilisation du peu de crédits qui leur est accordé est déterminée à l'avance. Ils sont insuffisants et ne leur permettent pas de résoudre les nombreux problèmes qui se posent à leur établissement,

.ils sont dans l'incapacité d'assurer une maintenance correcte de leurs équipements,

.leur approvisionnement dépend essentiellement de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, dont les retards et ruptures de stock sont fréquents,  
 .ils se plaignent du manque constant de personnel.

-Tous les directeurs sont favorables aux Comités de Santé. Ils constituent pour eux une formule souple, qui leur apporte des ressources importantes et faciles à utiliser. Ils espèrent cependant un changement de statut des hôpitaux, qui leur donnera de réelles responsabilités. Ils lient cependant la résolution de leurs problèmes à la venue de bailleurs de fonds et au démarrage de nouveaux projets, qui leur permettront de sortir du cercle vicieux dans lequel ils considèrent qu'ils sont enfermés.

#### 1-1-4-Pour les responsables du Ministère de la Santé:

Le dysfonctionnement des hôpitaux grève considérablement le bon fonctionnement du système de soins et compromet la réussite d'ensemble de la politique de santé du pays:

.les centres de santé rencontrent de très grandes difficultés pour référer les malades qui dépassent leurs compétences, en particulier les césariennes.

.ils évoluent à l'écart de la politique nationale de santé et leurs médecins refusent d'appliquer certains principes essentiels, comme la prescription de médicaments essentiels sous leur dénomination commune internationale.

Le soutien technique apporté à la région médicale par les médecins de l'hôpital de St Louis est par contre fortement apprécié. Ils se rendent en effet de façon régulière dans les hôpitaux départementaux et dans les centres de santé pour y effectuer des consultations spécialisées et participer à la formation continue du personnel.

#### 1-1-5-Pour les organisations internationales et les bailleurs de fonds:

Même s'ils ne sont pas tous prêts à intervenir dans le secteur hospitalier, ils admettent la nécessité d'une approche nouvelle, qui devra mettre l'accent non plus sur le seul environnement architectural et technique mais aussi sur la gestion et la qualité des soins.

#### 1-2-Les faits:

L'étude des différents établissements du Sénégal permet de constater les faits suivants:

##### 1-2-1-Les missions de service public hospitalier ne sont pas suffisamment assurées:

Dans le cadre des grandes missions qui lui sont confiées, l'Etat doit assurer celle de « service public » qui lui demande de veiller à ce que chaque citoyen puisse accéder à certains services essentiels, quel que soit ses conditions de vie.

Dans le domaine de la santé, la mission de service public 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.

Elle met l'accent sur 4 points essentiels:

.la disponibilité permanente d'un service minimum dans un espace géographique donné (accessibilité physique à un « paquet minimum d'activités »)

- .le traitement de toutes les urgences (obligation d'assistance à toute personne en danger)
- .le respect de tarifs accessibles à la très grande majorité de la population (accessibilité financière)
- .la prise en charge des familles démunies (refus de l'exclusion).

Une partie de cette mission est confiée aux hôpitaux à travers la mission de « service public hospitalier ».

\* En ce qui concerne l'accessibilité physique, on peut considérer que les 17 hôpitaux dont dispose le Sénégal garantissent un accès permanent aux soins hospitaliers à la grande majorité de la population.

Cependant, le système hospitalier ne remplit pas correctement sa mission en ce qui concerne certaines zones isolées du pays (telles que les districts sanitaires de Kédougou ou de Bakel). Dans le contexte actuel du Sénégal, les distances qui séparent encore de nombreuses communes rurales d'un bloc opératoire fonctionnel remettent en cause le respect du principe d'accessibilité.

\* En ce qui concerne le traitement des urgences, on doit admettre que leur prise en charge n'est pas correctement assurée.

A Dakar, en cas d'urgence, il faut se rendre à l'hôpital Principal pour bénéficier d'une prise en charge effective et de qualité. Cet hôpital militaire accueille tout malade qui peut être considéré comme une urgence, et le traite avant l'engagement de toute procédure financière.

En dehors de cet établissement, les services d'urgences des hôpitaux publics ne disposent généralement pas de l'organisation ni du minimum nécessaire pour agir efficacement: pas de médicaments (il faut aller les acheter en pharmacie), pas de médecin (c'est souvent un infirmier qui est de permanence), pas d'examen paraclinique (il n'y a pas de service de garde au laboratoire ou à la radiologie),....Le malade traîne pendant de longues heures, en espérant que sa constitution lui permettra d'atteindre le lever du jour...

De façon assez courante, une personne hospitalisée le Vendredi soir qui précède un Lundi férié doit attendre le Mardi matin pour obtenir tous les soins qu'exige son état.

\* En ce qui concerne l'accessibilité financière, les dépenses des malades liées aux hospitalisations sont excessives et non prévisibles.

Lorsqu'un malade est hospitalisé, il doit compter sur de consistantes économies, sur une famille aisée, sur de solides amitiés ou sur la confiance d'un éventuel créancier.

Contrairement à une idée communément admise, ce ne sont pas les soins de 1er niveau qui posent les plus difficiles problèmes de financement aux familles, mais les soins hospitaliers.

En effet, la très grande majorité des personnes qui se rendent dans un poste de santé parviennent à trouver les quelques 1000 à 2000 F CFA qu'exige leur traitement. La somme est en effet accessible, même à des familles aux revenus modestes. S'ils n'y parviennent pas, leur entourage (parents, voisins, amis,...) les aidera. Au pire, ils contracteront une dette auprès d'un petit commerçant.

Par contre, une hospitalisation pose des problèmes de financement beaucoup plus difficiles à résoudre.

Après avoir supporté les dépenses liées à la fréquentation d'une formation de 1er niveau (poste ou centre de santé), les familles doivent louer un véhicule pour conduire leur malade à l'hôpital, s'acquitter des frais d'examen, payer les frais d'intervention, acheter les médicaments et produits prescrits; il faut aussi nourrir le malade et son accompagnant, donner un peu d'argent au brancardier pour avoir un lit bien placé, s'acquitter de nouveaux frais d'examens,

acheter de nouvelles ordonnances, etc... Il n'est pas rare non plus qu'un chirurgien laisse traîner un malade qui souffre d'une affection chronique (prostate, hernie,...) en attendant le paiement d'une somme souvent importante..

Au total, ce sont parfois plusieurs centaines de milliers de FCFA qui sont englouties dans une seule hospitalisation.

Il n'est donc pas surprenant que de nombreux malades ne cherchent même pas à se rendre à l'hôpital, par crainte de ne pas pouvoir supporter l'ensemble des dépenses qu'exigera leur hospitalisation: la difficulté n'est pas seulement liée au montant total des dépenses mais également au fait de ne pas savoir à l'avance à combien il s'élèvera.

\* En ce qui concerne l'exclusion, une certaine proportion de familles démunies s'interdit tout recours aux hôpitaux. Une première expérience les ayant convaincu que l'hôpital est hors de leur portée, elles s'en remettent à Dieu et à la tradition, pour obtenir la guérison de leurs malades.

### 1-2-2-Les hôpitaux ne sont pas l'objet d'une gestion au sens propre du terme

Le système de gestion des hôpitaux est en rapport avec leur statut de service administratif. Il est organisé selon les principes de l'administration publique, dont les 2 principaux rouages sont la hiérarchie et le règlement.

\* L'organisation interne:

-Les responsabilités du directeur d'hôpital sont fortement limitées.

Bien que parfaitement conscient des problèmes qui se posent à l'établissement dont il a la charge, il ne dispose pas des moyens institutionnels pour les corriger.

Sa marge de manoeuvre est en effet étroite.

Dans le domaine financier, le budget qui lui est alloué est déjà pratiquement consommé à son arrivée

Dans le domaine des ressources humaines, ses relations avec le personnel soignant ne dépendent que de la bonne volonté de chacun. Le personnel étant sous la gestion directe du Ministère de la fonction publique, ses affectations se font et se défont sans lui. De plus, il ne dispose pas d'aucune possibilité réelle de sanction et n'est pas en mesure de distribuer des encouragements.

-Les règles du jeu au sein de l'hôpital étant peu définies, ce sont en fait les chefs de service qui prennent les décisions essentielles et organisent leur département selon leur propre logique.

La création de comités de santé par services a conduit certains établissements de Dakar à une véritable balkanisation, allant jusqu'à créer des « hôpitaux dans l'hôpital »: leurs médecins chefs gèrent leur service d'une façon totalement indépendante, pour ne pas dire privée: c'est eux qui fixent le montant de leurs tarifs, qui décident de l'utilisation des fonds qu'ils ont recueilli, qui négocient le développement de leur département. La direction est généralement mise devant le fait accompli

Cette attitude du corps médical traduit un sens aigu des responsabilités, de la part de médecins qui doivent faire des prouesses pour améliorer le niveau de leurs prestations.

Mais elle révèle leur tendance à oublier qu'ils évoluent dans des hôpitaux publics, qui sont soumis à des règles administratives précises et dont dépend le devenir de leur propre service.

**\* Les ressources humaines:**

**-Les effectifs sont largement déficitaires:**

.A Dakar, les hôpitaux souffrent principalement d'un manque aigu d'agents paramédicaux. Des soins exigeant des compétences rigoureuses sont souvent confiés à des personnes n'ayant pas les qualifications requises.

.Dans les régions, ils manquent aussi bien de médecins que d'infirmiers. Si le Ministère ne parvient pas à assurer une répartition rationnelle entre Dakar et la périphérie, c'est tout autant pour des raisons propres aux dysfonctionnements de l'administration que par insuffisance de planification des ressources humaines.

Il faut cependant signaler que plusieurs études techniques portant sur l'identification des besoins viennent d'être réalisées. Elles devront permettre la mise en oeuvre d'une nouvelle politique des ressources humaines.

**-Le corps médical minimise son temps de présence à l'hôpital pour aller travailler dans des établissements privés concurrents, avec toutes les conséquences que cela comporte.**

**-Le personnel hospitalier est dans son ensemble peu motivé. L'absentéisme est important, les horaires officiels de travail sont peu respectés. L'esprit d'équipe au sein des établissements semble rare.**

**\* L'approvisionnement en médicament:**

**-Si les crédits accordés par l'État aux achats de médicaments sont très nettement insuffisants pour répondre aux besoins des malades hospitalisés, les fréquentes ruptures de stock dont souffre la PNA contribuent à limiter le rôle de la dotation officielle dans l'approvisionnement en médicaments des hôpitaux.**

Cette situation est atténuée par l'autorisation qui permet aux hôpitaux d'acheter auprès de fournisseurs privés 25 % du montant des crédits « médicaments » de l'État et par la liberté dont disposent les Comités de Santé de s'approvisionner auprès du fournisseur de leur choix, si les produits ne sont pas disponibles à la PNA.

**-Le manque de médicaments dans les pharmacies hospitalières conduit les malades à acheter leurs ordonnances dans les pharmacies privées où le prix de revient des ordonnances en spécialités est en moyenne 4 fois plus élevé que les prescriptions équivalentes qui sont rédigées dans la liste des médicaments essentiels formulés sous leur nom générique.**

Cet excès non justifié de dépenses a des conséquences extrêmement graves, tant sur le fonctionnement de l'hôpital que sur les conduites des familles.

**-Le caractère archaïque du système actuellement en place au Sénégal doit être considéré comme le principal responsable des problèmes d'approvisionnement dont souffrent les hôpitaux. Il est aggravé par la prescription en spécialités des médecins hospitaliers, qui constitue un obstacle important à la rationalisation des soins et à la réduction des coûts.**

**\* La maintenance:**

**-Le manque de maintenance constitue également un des grands problèmes dont souffrent les hôpitaux. Bien qu'il soit perçu par tous, aucun établissement n'est parvenu à le maîtriser. Même les hôpitaux qui viennent d'être l'objet d'une restructuration complète (Hôpital de St Louis, Hôpital de Kaolack) commencent à avoir des problèmes lorsque leurs équipements tombent en panne.**

Le cas le plus éloquent est celui de l'Hôpital de Djourbel. Considéré autrefois comme un hôpital modèle, il se trouve aujourd'hui dans un tel état de dégradation qu'il nécessite une réhabilitation complète.

-Les causes de cette situation sont évidentes:

.l'absence de carte hospitalière conduit à des choix d'équipements inappropriés,  
 .les donateurs sont soumis au respect de critères qui leur sont propres dans l'acquisition des équipements (origine limitée de produits, recours à certaines procédures d'appel d'offre,...): il en résulte une multiplication des marques et des modèles qui rend impossible toute maintenance performante,

.le mode de gestion administrative des équipements ignore la notion d'amortissement et ne permet donc pas leur renouvellement en temps opportun. Les hôpitaux continuent à travailler avec des équipements obsolètes, dont les pièces de rechange ne sont parfois plus disponibles sur le marché.

Par ailleurs, ce mode de gestion conduit à l'acquisition d'équipements qui ne permettent pas de générer les sommes suffisantes pour financer leur maintenance.

-Les conséquences de cette situation sur la qualité des services sont majeures. Les équipements étant en panne, il en résulte des diagnostics imprécis, un manque de sécurité lors des interventions chirurgicales, de mauvaises prises en charge des urgences, des augmentations des durées de séjour, une démotivation du personnel,...A ces insuffisances thérapeutiques s'ajoutent des pertes économiques importantes.

-Pour corriger cette situation, chaque hôpital dispose d'une équipe consistante de techniciens de maintenance et d'une dotation budgétaire représentant 10 % de ses crédits de fonctionnement. Mais même si les membres de cette équipe faisaient preuve de la motivation nécessaire, ils seraient incapables de répondre à la réalité des besoins de maintenance. En effet, les progrès technologiques actuels ne laissent plus de place aux techniciens polyvalents qui pouvaient autrefois tout réparer.

\* La gestion financière:

-Aucun des établissements visités ne dispose des outils indispensables pour assurer la gestion d'établissements aussi complexes que des hôpitaux. S'ils sont parfois en mesure de chiffrer les activités réalisées et les dépenses engagées, aucun d'entr'eux n'est en mesure d'évaluer le coût des services qu'il produit, ni de justifier par des données fiables les décisions qu'il prend.

-La gestion financière des crédits de l'État se limite à la stricte application des règles propres aux finances publiques. Celle des Comités de Santé se résume à la réalisation de dépenses au jour le jour.

\* L'information médicale:

Elle est réduite à sa plus simple expression. Seuls, certains services tiennent à jour des dossiers pour chaque malade, mais ils ne sont conçus que pour servir de mémoire en cas d'hospitalisation ultérieure et non pas pour être l'objet d'une quelconque exploitation.

\* La qualité et le coût des soins:

Les soins ne sont l'objet d'aucune évaluation. Leur niveau varie selon les aléas liés aux hommes et aux circonstances et ne résulte d'aucune véritable maîtrise, alors qu'ils constituent la clé de voûte de tout système hospitalier.

-En ce qui concerne la qualité des soins, elle reste encore une préoccupation très marginale du corps médical qui n'a pas été formé à son évaluation. On assiste cependant à son émergence progressive dans certains services des hôpitaux de Dakar.

-Quant à la notion de « coût des soins », elle est tout autant ignorée. Certains professeurs ont certes commencé à s'y intéresser à travers des directions de thèses, mais il s'agit encore d'une attitude timide. Pour beaucoup, le devoir d'un médecin est encore de soigner son malade, sans se préoccuper de questions financières.

Or, le coût des soins hospitaliers est excessivement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la population sénégalaise.

En ce qui concerne les charges « visibles »:

.le choix des médicaments n'est soumis au respect d'aucune liste limitative: un médecin prescrit le produit qui lui convient, même s'il s'agit d'une molécule qui n'a jamais fait ses preuves thérapeutiques ou s'il en existe une beaucoup moins chère ayant la même efficacité.

.la majorité des médicaments sont acquis en conditionnement individuel et sous des noms de spécialités: si cela s'avère incontournable pour des produits de découverte récente, rien ne justifie l'achat de ceux qui ne sont plus protégés par une licence d'exploitation.

.les durées d'hospitalisation sont souvent excessives: des malades occupent inutilement des lits, en attendant des examens de laboratoire, la réparation d'un échographe, le retour d'un médecin parti en mission, ou pour d'autres raisons inexplicables...

.la productivité du personnel est faible: le temps de travail effectif moyen de chaque agent représente une faible proportion du temps normalement requis

.le choix des équipements est lié à ceux qui les offrent. Or les donateurs se préoccupent souvent d'avantage de leur geste que de ses conséquences. Il en résulte des surcoûts importants, liés notamment à l'impossibilité d'assurer une maintenance rationnelle.

En ce qui concerne les charges invisibles:

.l'entretien insuffisant des bâtiments et des équipements accélère leur dégradation et réduit leur durée de vie: le coût des travaux de réhabilitation ou de reconstruction qui en résulte est largement supérieur à celui d'un entretien normal. Cette situation est en partie liée au fait que les bailleurs de fonds sont à même de financer une réhabilitation, mais sont l'impossibilité de financer (en dehors des aides budgétaires) des charges de maintenance.

.le manque de travail en équipe et le non intéressement du personnel sont à l'origine d'attitudes individuelles qui constituent la source de gaspillages, de négligences du bien commun, ou de retards dans la conduite de traitements,...

.la non disponibilité de certains équipements conduit à des « errances thérapeutiques » ou à de mauvais résultats, dont les conséquences financières sont considérables pour le malade comme pour la collectivité.

1-2-3-Le seul véritable changement est venu de la création des Comités de Santé:

Les Comités de Santé des Hôpitaux s'inscrivent dans la dynamique des Associations pour la Promotion de la Santé (APS) qui a été initiée par le Sénégal à la fin des années 70. Conçues de

façon pragmatique à partir de l'expérience de Pikine, elles sont désormais régies par des textes juridiques précis qui fixent les statuts types et les obligations des nouvelles institutions.

La personnalité morale et l'autonomie financière dont ils disposent en font l'outil de recouvrement des coûts de services administratifs, qui restent soumis aux principes des finances publiques (unicité de caisse, non affectation des recettes aux dépenses,...). Leur impact sur le financement des hôpitaux est considérable: les montants recouverts par certains établissements dépassent 100 millions de FCFA

Composés en principe de représentants des Comités de Santé de district, les Comités de Santé des Hôpitaux constituent l'outil de la participation des populations à la gestion de ces établissements. Leur bureau doit travailler en étroite collaboration avec leur direction pour améliorer leur fonctionnement.

Dans les faits, on peut constater:

- .que les bureaux n'ont pas toujours la composition requise: certains d'entr'eux ne regroupent que des agents hospitaliers,
- .que le rôle des Comités de Santé se limite très souvent au seul recouvrement des coûts,
- .que l'existence de ces comités dilue les responsabilités au sein de l'hôpital et compromet ainsi ses performances.
- .qu'ils facilitent les emplois de complaisance (multiplication des postes de vendeurs de tickets ou de médicaments,...) et les détournements d'argent,
- .qu'ils assurent le salaire de médecins spécialistes et de techniciens supérieurs dont la présence au sein des hôpitaux est indispensable pour assurer leur bon fonctionnement.

On peut aussi se demander où sont les limites d'un système qui laisse des personnes n'ayant pas les compétences ni la qualification requises encaisser des fonds parapublics. La manipulation dans un hôpital public de sommes très importantes sans implication du Ministère des finances pose problème...

-Ainsi peut on dire que tant que les hôpitaux n'auront pas acquis un statut leur donnant la personnalité morale et donc la possibilité d'utiliser leurs propres recettes, les Comités de Santé auront un rôle majeur à jouer. Mais cette situation doit être considérée comme transitoire et ne doit pas trop durer....

#### 1-2-4-L'Etat joue un rôle limité:

Le rôle que joue l'État au sein du système hospitalier est paradoxal. En effet:

- d'un point de vue financier, son apport aux hôpitaux est très important.
  - .il met à leur disposition l'ensemble du personnel fonctionnaire qui y travaille,
  - .il leur accorde d'importantes lignes de crédit (médicaments, eau-électricité-téléphone, fonctionnement, carburant, maintenance,...), qui représentent 29 % du budget du Ministère de la santé,
  - .il contribue largement au financement de leurs investissements, que ce soit à travers ses propres ressources ou grâce à l'intervention de bailleurs de fonds,
  - .il renonce aux recettes que pourraient apporter au trésor public les produits de la tarification.

-d'un point de vue technique, ses interventions sont mineures:

.le Ministère de la Santé ne dispose pas des informations qu'exigent les prises de décisions éclairées: les données qui lui sont fournies par les hôpitaux sont purement formelles et ne permettent qu'une connaissance superficielle des réalités.

Aucune comparaison ne pouvant être faite entre différents établissements, le Ministère de la Santé n'est pas en mesure de porter un jugement objectif sur la performance d'un hôpital donné.

.ni l'évaluation de la qualité des soins, ni la recherche d'une maîtrise des coûts ne s'inscrivent dans le champ de ses préoccupations fondamentales.

.les directives sont rares; le cahier des charges est mal défini.

-d'un point de vue hiérarchique, le Ministère de la Santé rencontre de grandes difficultés pour prendre des mesures essentielles, telles que l'affectation réelle d'agents à l'intérieur du pays ou l'application de sanctions (les décisions d'affectation des fonctionnaires relèvent directement du Ministère chargé de la fonction publique). De plus, l'appartenance au Ministère de l'Éducation Nationale du personnel hospitalo-universitaire et des crédits afférents au CHU, isole une grande partie du système hospitalier de son champ de décision, contribuant ainsi à dissoudre d'avantage des responsabilités déjà peu définies.

\* Au niveau des hôpitaux régionaux, le médecin chef de région n'est pas en mesure d'assumer ses fonctions de président de la commission médico-administrative que lui accorde les textes. Dans aucun des hôpitaux visités, cette instance qui devrait avoir un rôle majeur dans la coordination des activités entre l'hôpital et le reste du système régional de soins, ne se réunit.

#### 1-2-5-Les hôpitaux qui relèvent du CHU posent des problèmes particuliers:

-Les 3 grands hôpitaux que sont Le Dantec, Fann et Albert Royer, sont l'objet d'une situation particulière, qui résulte de leur appartenance au Centre Hospitalier-Universitaire de Dakar.

La plupart des médecins qui y travaillent relèvent du Ministère de l'Éducation Nationale et ne reçoivent du Ministère de la Santé qu'une simple indemnité. Ils bénéficient par ailleurs de crédits qui proviennent également du Ministère de l'Éducation Nationale.

L'emploi du terme « CHU » pour les désigner ne fait qu'accentuer une certaine confusion dans les relations entre les médecins hospitalo-universitaires et le Ministère de la Santé.

La situation qui en résulte est d'autant plus grave qu'ils représentent le « noyau dur » du système de soins sénégalais.

-Un projet de restructuration du CHU est en cours de discussion. Il propose de fondre la Faculté de Médecine et les 3 grands hôpitaux de Dakar dans un seul établissement public.

#### 1-2-6-Les hôpitaux n'occupent pas la place qui leur revient au sein du système de soins:

-L'importance des hôpitaux au sein du système de soins sénégalais est considérable:

Ils ont toujours bénéficié d'un apport très important en termes de ressources. Ils sont en effet à l'origine d'une forte proportion des dépenses générales de l'économie sénégalaise et des dépenses publiques dans le domaine de la santé.

.ils bénéficient des compétences des membres les plus titrés des professions médicales: le corps enseignant compte 251 personnes, dont 171 médecins,

.ils concentrent en leur sein une très grande partie des ressources humaines dont dispose le Ministère de la santé,

.ils orientent à leur profit une part considérable des investissements réalisés dans le secteur de la santé: de 1991 à 1995, les bailleurs de fonds ont investi 16,8 milliards de F dans le secteur hospitalier.

Ils ont également été l'objet de très nombreuses études, qui traduisent toutes l'intérêt que l'État porte aux hôpitaux.

-Or, on peut constater que malgré tout cela, ils continuent à évoluer en dehors des orientations prioritaires de la politique de santé du pays et qu'ils sont rarement l'objet de grandes décisions.

Cette situation est probablement due à des excès dans la défense des soins de santé primaires qui ont conduit à minimiser le rôle des hôpitaux dans la recherche des objectifs de « santé pour tous ».

Au lieu d'une franc dialogue, s'est souvent développé un climat de polémiques stériles entre un grand nombre de médecins hospitaliers et les gens de santé publique.

Alors qu'hôpitaux et services de santé de base sont les éléments d'un même système de soins et que chacun des deux souffre grandement des déficiences de l'autre, aucune stratégie nationale n'a permis jusqu'à ce jour de les appréhender comme un tout.

-Cette situation est lourde de conséquences pour l'image et le fonctionnement de l'ensemble du système de soins.

## 2-ANALYSE:

### 2-1-Que penser de la situation actuelle des hôpitaux ?

\* La situation des hôpitaux ne doit pas être considérée comme le fruit d'une fatalité, mais comme le résultat d'une inadaptation de leur système de gestion aux réalités actuelles.

-Les hôpitaux du Sénégal se trouvent dans une impasse, qui résulte de leur blocage sur le passé et de leurs difficultés à évoluer.

On doit en effet constater qu'ils n'ont été l'objet d'aucun véritable changement dans leur conception et dans leur organisation depuis bien longtemps.

Les nombreuses initiatives qui ont été prises ont été le fruit d'engagements d'individus et non pas d'un système.

Or, au cours de ces dernières années, la médecine a bénéficié de très grands progrès et la société sénégalaise a profondément changé.

.la médecine s'est enrichie de connaissances nouvelles; elle a acquis des médicaments puissants et elle est devenue beaucoup plus technique et beaucoup plus collective: si autrefois la valeur du diagnostic et du traitement résultait des compétences d'un seul homme, le succès médical est aujourd'hui le fruit du travail d'équipes, constituées de techniciens de haut niveau, appartenant à plusieurs disciplines et utilisant des équipements techniques sophistiqués.

.les coûts des diagnostics et des traitements sont devenus très élevés et ne sont plus du tout comparables à ce qu'ils étaient auparavant. Ils exigent le recours à des économies d'échelle qui conduisent à des productivités élevées et à des durées de séjour de plus en plus courtes.

.plus aucun pays n'est en mesure de garantir la gratuité des soins à partir des seules finances publiques. Le développement de l'assurance maladie sous toutes ses formes est une nécessité pour permettre le financement de systèmes aussi coûteux.

.la maintenance des équipements exige des compétences très spécialisées et de très haut niveau, qui n'ont plus rien à voir avec la polyvalence des techniciens d'hier.

.le marché mondial est devenu un espace incontournable pour acquérir des produits de qualité au meilleur coût,

.la fin des monopoles et le recours à la concurrence s'imposent,

.l'évaluation de la qualité et du coût des soins sont des exigences, qui doivent éclairer chaque prise de décision.

Mais malgré cela, il reste de plus en plus évident que le développement du système hospitalier exige un Etat toujours aussi puissant et de plus en plus présent, mais dont le rôle dans le domaine des services est d'avantage celui de régulateur que d'opérateur.

-Cette absence d'évolution des hôpitaux peut être attribuée à 2 facteurs essentiels:

.d'une part à l'importance majeure accordée à la promotion des soins de santé primaires par la politique nationale et à la faible prise en compte des hôpitaux dans la formulation de cette politique,

.d'autre part à la tendance au conservatisme du corps professoral, qui, à l'instar de ce que l'on observe dans de nombreux pays, n'a pas joué un rôle moteur dans une nouvelle réflexion sur l'hôpital.

Le résultat a été une ignorance réciproque entre le monde de l'hôpital et celui des soins de santé primaires, qui a été renforcée par un mode de pensée dominant, qui considère comme « politiquement incorrect » toute défense de l'hôpital.

\* Si les hôpitaux du Sénégal ont su préserver jusqu'à ce jour une certaine efficacité, c'est grâce:

- .aux compétences du corps professoral de la faculté de Médecine,
- .à l'appui régulier des bailleurs de fonds, qui ont contribué au financement de plusieurs grands projets de restructuration hospitalière,
- .à l'importance des crédits publics dont ils ont toujours bénéficié,
- .à l'importance des dépenses qu'ont consacré les ménages aux hospitalisations.

\* Simple services d'une administration centrale, les hôpitaux sont conçus pour appliquer des directives qui leur sont transmises et pour utiliser les crédits qui leur sont alloués. Leur directeur n'est bien souvent qu'une courroie de transmission entre le Ministère et les professionnels de santé. Sa responsabilité s'efface lorsque les notes de service qui lui avaient été transmises ont été respectées ou qu'il a informé sa hiérarchie de ses difficultés. Le manque de médicaments, les pannes de certains équipements, les dégradations sont rappelés sans cesse dans tous les rapports qu'il transmet au Ministère de la santé, mais les ressources nécessaires n'étant pas suffisantes pour y remédier, aucune observation ne peut lui être faite. Les salaires du personnel étant peu élevés (comme ceux de la très grande majorité des fonctionnaires sénégalais), il est difficile de reprocher à des agents leurs absences ou leurs manquements à des principes fondamentaux. La logique strictement administrative, qui caractérise les hôpitaux n'accorde aucune place à la notion de performance, dont dépendent les intérêts du malade.

On peut penser par ailleurs qu'une des causes essentielles du dysfonctionnement des hôpitaux est lié à un manque d'esprit d'équipe. Chaque agent semble y évoluer pour son propre compte, sans avoir le sentiment que, médecin, infirmier ou manoeuvre, il a un rôle essentiel à jouer. Or il est rare que des travailleurs investissent seuls dans une dynamique de changement: ils sentent bien que le changement concerne l'ensemble des acteurs et que non seulement leurs efforts seront vains s'il tentent quelque chose, mais que de plus il leur sera reproché de « vouloir donner des leçons aux autres » ou de « chercher à se faire remarquer ». Les raisons profondes de cette situation peuvent être trouvées dans le manque de formation managériale des directeurs d'hôpitaux et plus particulièrement dans l'absence de projet commun au sein du même établissement.

De plus, le corps professoral hospitalier n'a pas été initié aux principes de l'évaluation de la qualité des soins et de la notion de coûts de la santé.

Le seul vrai changement dont a bénéficié l'hôpital est la création des Comités de Santé des Hôpitaux. En contournant les règles des finances publiques, le comité de santé a permis non seulement à l'hôpital de bénéficier de ressources nouvelles, mais aussi à l'ensemble de son personnel de découvrir la notion de coût. Le fait de devoir recouvrer des fonds et de décider de leur utilisation a conduit nombre d'entr'eux à s'ouvrir au monde de la gestion et ainsi, sans le savoir, à faire un premier pas sur le chemin de la performance. Le fait de ne plus dépendre du Ministère pour recruter un agent indispensable, pour faire réparer un climatiseur ou pour acquérir des réactifs manquant, a fortement contribué à faire accepter les principes de l'hôpital de demain.

## **2-2-Que penser de la place des hôpitaux dans le système de soins ?**

L'isolement des hôpitaux sénégalais au sein du système de soins du pays a des conséquences qui sont loin d'être négligeables:

**-En ce qui concerne les hôpitaux eux mêmes:**

Conçus pour accueillir essentiellement des malades qui leur sont référés par les formations périphériques, leurs activités sont le reflet du bon fonctionnement de ces structures. Les insuffisances, dont souffrent encore les réseaux de postes et centres de santé, conduisent à leur engorgement par des malades dont les affections ne justifient pas le plateau technique et les grandes qualifications dont ils disposent. Au lieu de se concentrer sur des activités spécialisées, qui exigent de leur part une amélioration constante de leurs compétences et de la qualité de leurs services, ils se laissent enliser dans des activités de routine qui expliquent certaines de leurs difficultés.

Le coût moyen par malade des activités hospitalières étant plus élevé que celui des centres de santé, les arguments qui considèrent le recours aux hôpitaux comme un luxe inutile se trouvent justifiés.

**-En ce qui concerne la politique de santé publique:**

.l'efficacité des établissements de soins de 1er niveau est liée à celle des hôpitaux. En effet, les malades qui dépassent les compétences des centres de santé doivent y être référés. C'est ainsi qu'un des objectifs essentiels des consultations prénatales est d'identifier les grossesses à risque pour les référer vers un établissement équipé d'un bloc opératoire, afin que celles qui le nécessitent y soient éventuellement césarisées.

.les hôpitaux sont le creuset des conduites des professionnels de santé: ils constituent la référence, sur laquelle cherchent à s'aligner l'ensemble des praticiens de la santé, qu'ils soient médecins ou infirmiers. C'est ainsi qu'en ce qui concerne la mise en oeuvre de la politique des médicaments essentiels, aussi longtemps que les hôpitaux prescriront des spécialités, les médecins et infirmiers de la périphérie continueront à sous estimer les DCI et les usagers à s'en méfier.

Il en est de même dans le domaine de la gestion, de l'asepsie, des relations médecin-malade.

.la formation initiale et continue du personnel soignant est liée à la performance des hôpitaux. Toute faiblesse dans ce domaine remettra en cause tout le fonctionnement du système de soins, tant public que privé, dans les années à venir: c'est en effet dans les hôpitaux que les médecins apprennent à communiquer avec un malade, à l'examiner, à le traiter, et que les infirmiers apprennent à effectuer les soins infirmiers. De l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux dépendra celle des établissements de 1er niveau.

.la non maîtrise de leurs dépenses ont des conséquences financières très lourdes sur l'évolution des budgets destinés à la santé publique. Toute réhabilitation hospitalière prive la périphérie de ressources qui lui seraient fort utiles.

\* Cette situation peut évoluer car elle est perçue et regrettée par l'ensemble du corps médical, qu'il s'agisse des médecins hospitaliers ou des responsables de la santé publique.

Il faudra pour cela:

.formuler des stratégies de développement sanitaire à long terme, qui devront être structurées autour du développement du système national de soins, en y intégrant les hôpitaux. C'est en effet de la performance et de la viabilité de ce système que dépendra la possibilité de conduire avec succès des programmes prioritaires.

.donner aux hôpitaux les moyens juridiques et les ressources nécessaires pour qu'ils puissent assumer en toutes responsabilités leurs missions,

.clarifier les relations qui doivent exister entre les responsables de circonscriptions médicales et les directeurs d'hôpitaux,

.associer les responsables administratifs à la planification des hôpitaux et les responsables hospitaliers (directeur, médecins,...) à la planification nationale, régionale ou locale.

.développer les capacités d'évaluation du système de soins en général et des hôpitaux en particulier afin de donner au Ministère de la Santé une pleine maîtrise de la mise en oeuvre de sa politique.

### 2-3-Que penser de l'avenir des hôpitaux?

\* L'hôpital sénégalais doit être l'objet d'une nouvelle conception, qui doit répondre aux réalités du XXIème siècle.

-Les prestations hospitalières (consultations, hospitalisations, actes médico-chirurgicaux, examens paracliniques,...), tout comme l'ensemble des prestations de santé de 1er niveau (vaccinations, consultations de SMI-PF,...), doivent être considérées comme des « services » en termes économiques. Même si leur finalité est éminemment sociale, ils résultent d'activités de production, qui exigent elles même la consommation d'intrants et la réalisation de dépenses. Ils sont susceptibles de générer des ressources, à condition qu'ils soient capables de répondre aux spécificités de la demande.

L'établissement qui les produit, doit être organisé selon des principes permettant d'optimiser au mieux les différents paramètres de cette production et les contraintes liées à cette demande, à savoir ceux d'une entreprise.

Passer de « l'hôpital administration » à « l'hôpital entreprise » devra constituer le fondement de la réforme.

-Cependant, la nature particulière de l'hôpital exige que « l'entreprise hospitalière » évolue dans un cadre parfaitement maîtrisé.

Il faut en effet qu'il puisse bénéficier de mécanismes régulateurs. Ils concernent à la fois:

.l'État, qui doit à la fois veiller à la mise en oeuvre de sa politique de santé publique et à assumer ses missions de service public,

.les usagers, qui, dans l'optique actuelle de décentralisation et de participation, doivent être associés à la gestion de leur propre développement,

.les organismes payeurs (Caisse de Sécurité Sociale, Instituts de Prévoyance Maladie, mutuelles, assurances,...) qui, par l'importance croissante qu'ils ont à prendre, exigent d'être associés aux grandes décisions.

\* Le Sénégal doit donc entreprendre une réforme en profondeur de sa politique hospitalière, dont les grands axes comprendront:

-la transformation des hôpitaux en Établissements Publics disposant de la personnalité morale et l'autonomie financière

-un renforcement du rôle de l'État, qui devra veiller à ce que l'évolution de l'hôpital autonome:

.se fasse en cohérence avec les orientations de la politique sanitaire du pays,

.garantisse la réalisation des missions de service public qui lui incombent,

.respecte le cadre juridique et macro-économique qui préside aux destinées du pays,

.s'inscrive dans une dynamique d'évaluation de la qualité et du coût des soins et de maîtrise des dépenses de santé.

\* Les grandes caractéristiques de cette réforme seront non pas de conduire à un désengagement de l'État du domaine social, par le fait d'une omnipotence de l'économie, mais

au contraire de procéder à un réajustement du système hospitalier.

Ses options stratégiques essentielles devront être:

- de responsabiliser la direction et le personnel technique des hôpitaux, afin qu'ils soient en mesure d'assumer au mieux la mission médicale qui leur est confiée,
- de renforcer le rôle régulateur de l'État, afin que, grâce aux outils juridiques et financiers dont il disposera, il veille à ce que l'hôpital remplisse au mieux ses missions de service public hospitalier.

Pour réaliser cette fonction de régulation, l'État devra bénéficier des informations et des analyses techniques nécessaires à la prise de décision, qui devront être l'émanation d'une institution indépendante et compétente.

La réussite de cette réforme dépendra par ailleurs:

- .du renforcement de la politique de promotion des soins de santé primaires,
- .du développement de l'assurance maladie, selon des formules qui devront accorder une place importante à la mutualité.
- .de la poursuite d'une politique de formation des professionnels de santé (médecins, infirmiers,...)
- .à la création d'un système de tiers-payant pour la prise en charge des frais d'hospitalisation des malades démunis.

#### 2-4-Que penser du projet de CHU ?

L'idée de fondre les hôpitaux de Dakar et la Faculté de Médecine au sein d'un seul établissement public ne semble pas souhaitable pour deux raisons:

-elle va dans le sens d'une déresponsabilisation des directeurs d'établissement et d'un renforcement de la bureaucratie.

L'évolution souhaitable doit au contraire donner le maximum de responsabilités aux directeurs d'hôpitaux, afin qu'ils puissent assumer parfaitement la gestion de leur établissement.

-elle s'appuie sur une vision inappropriée du Centre Hospitalo-Universitaire qui confond le CHU avec les établissements de soins qui le composent. Or un CHU n'est que l'organe institutionnel qui permet la gestion d'une convention librement signée entre la Faculté de Médecine, qui a une vocation de formation et de recherche, et les hôpitaux, qui ont une vocation de soins.

L'adhésion au CHU doit être ouverte à tout hôpital, service hospitalier et même établissement privé qui dispose des ressources humaines et des conditions techniques nécessaires pour participer aux missions de formation et de recherche qui sont les siennes.

Ce n'est donc pas le CHU qui doit être l'objet d'une réforme, mais le système hospitalier proprement dit. Il est cependant nécessaire que la Convention Hospitalo-Universitaire soit l'objet d'une révision.

### **3-PROPOSITIONS:**

Face à cette situation, il appartient au Gouvernement Sénégalais d'entreprendre une réforme en profondeur de son système hospitalier.

Celle ci sera difficile, car elle devra toucher à des intérêts privés ou corporatistes, à des habitudes et à des façons de penser. Elle ne manquera donc pas de soulever de nombreuses réactions conservatrices. La réussite de sa mise en oeuvre exigera qu'elle soit non seulement préparée dans les moindres détails, mais également discutée avec tous les groupes concernés.

Cette réforme reposera:

- .sur des choix d'ordre politique
- .sur des choix d'ordre technique.

#### **3-1-Les choix d'ordre politique:**

\* Ils concernent la nécessité de donner à la politique de santé un double objectif:

- .un objectif dans le domaine de la santé publique au sens strict du terme,
- .un objectif dans le domaine du développement socio-économique.

-L'objectif de santé publique est certainement le plus important. C'est lui qui a guidé le Sénégal jusqu'à ce jour. Il correspond aux objectifs de l'OMS: "amener l'ensemble de la population au meilleur état de santé possible". C'est autour de lui qu'a été construite la stratégie de promotion des soins de santé primaires et ses stratégies annexes que sont le PEV ou l'IB.

-L'objectif de développement peut sembler moins noble, mais il est incontournable: le développement socio-économique du Sénégal, dont dépend le niveau de santé des populations, exige la présence d'un système de soins capable d'accompagner le pays dans son entrée dans le XXIème siècle.

Il est en effet nécessaire que les sénégalais qui ont atteint un certain niveau de vie et dont la présence est indispensable au développement socio-économique du pays puissent être soignés conformément à leur attente.

Il faut par ailleurs admettre que, pour qu'un système se développe, il faut qu'il soit promu par une force qui l'oblige à se dépasser.

\* La conjugaison de ces deux objectifs dans la formulation d'une seule stratégie globale de développement sanitaire s'impose, afin de créer un équilibre entre une force qui tend simplifier les actions de santé pour leur permettre de toucher l'ensemble de la population et une force qui tend à les pousser vers des soins en rapport les progrès de la médecine.

Cet absence d'équilibre dans l'expression des politiques nationales explique pour une grande part les difficultés qui ont été rencontrées par de nombreux pays dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires.

La question fondamentale sera pour le Ministère de la Santé de définir les éléments de cet équilibre et de s'y maintenir. Il devra pour cela s'appuyer d'une part sur la maîtrise des dépenses de santé, et notamment des dépenses hospitalières, d'autre part sur l'évolution de la situation sanitaire et de l'accès aux soins.

### 3-2-Les choix d'ordre technique:

Cette nouvelle politique devra être structurée autour de 5 axes principaux:

- définir un nouveau type d'hôpital,
- lier le développement des hôpitaux à des projets d'établissement,
- redéfinir la place de l'hôpital au sein du système national de soins
- redéfinir le rôle de l'État vis à vis de l'hôpital
- créer un observatoire du système hospitalier.

#### 3-2-1-Le nouveau type d'hôpital:

##### 1-Statut:

L'hôpital devra être érigé en Établissement Public Hospitalier disposant de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Organisé autour de la notion de performance, il devra assurer l'équilibre de ses comptes et poursuivre son développement, tout en participant à la réalisation du service public hospitalier.

Ce nouveau type d'établissement public s'impose, car les statuts d'établissement public à caractère administratif (EPA) ou à caractère industriel et commercial (EPIC) ne correspondent pas aux spécificités des établissements de soins.

Un tel statut pourra contenir des éléments essentiels de la vie de l'hôpital parmi lesquels on peut envisager:

.la présence d'un Conseil d'Administration (CA) composé de représentants des usagers: il pourra s'agir de délégués des comités de santé de District, d'élus des collectivités locales, de représentants d'associations de défense des consommateurs, d'associations de malades, etc.... Sa présidence devra être confiée à un élu des Collectivités Territoriales.

Pour informer et être informés, tout en évitant d'être « juge et partie », les représentants de la Tutelle assisteront aux réunions du CA à titre consultatif.

.la présence d'une Commission Médicale d'Établissement (CME), composée de tous les chefs de service (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes). Son président, élu en son sein, sera le premier collaborateur du directeur de l'Hôpital. L'avis de la commission sera requis pour toutes les questions relatives à la pratique médicale au sein de l'établissement.

##### 2-Le Comité de Santé de l'Hôpital::

Le nouveau type de statut des hôpitaux ne justifiera plus la présence des comités de santé, qui devront donc être supprimés.

Un EPH disposera en effet de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, et son conseil d'administration sera composé des représentants de la population.

Cette évolution permettra de clarifier les différentes fonctions et d'éviter ainsi les conflits de compétence, qui sont source d'irresponsabilité: à la CME reviendra l'élaboration des propositions techniques, au CA reviendront les grandes prises de décisions et à la direction reviendra la mise en cohérence et l'exécution.

Par ailleurs, les personnes qui le souhaiteront pourront se regrouper dans des associations de défense des usagers et participer ainsi à la gestion de leur hôpital, dans la limite des places qui leur seront réservées au sein du CA.

Le personnel employé par les Comité de Santé de l'Hôpital pourra alors être recruté par le nouvel hôpital, qui signera des contrats en tant qu'employeur. La situation juridique de ces agents, qui pour l'instant, évolue en dehors du droit, s'en trouvera donc clarifiée.

### 3-Types d'hôpitaux et fonctions:

Les hôpitaux devront être répartis en 3 types: des hôpitaux nationaux, des hôpitaux généraux et des hôpitaux locaux.

Ces termes sont proposés pour éviter toute référence à une subdivision territoriale, qui conduirait chaque région à exiger son hôpital régional et chaque département son hôpital départemental.

Les tendances de la médecine moderne conduisent en effet à une concentration des plateaux techniques et des compétences dans un nombre limité d'établissements.

Cette évolution doit être limitée par 2 facteurs: l'accessibilité des populations qui doit toujours être assurée et le nombre de lits qui doit rester en deça de certaines limites, afin de préserver les relations humaines au sein de l'établissement.

-les hôpitaux nationaux seront situés à Dakar et assureront des soins de 1er, 2ème et 3ème référence.

Ils seront par excellence les hôpitaux du CHU. Leurs services de 3ème référence pourront avoir une vocation sous régionale au niveau de l'Afrique de l'Ouest.

-les hôpitaux généraux seront situés dans certains chefs lieux de région et assureront des services de 1ère et 2ème référence. Ils devront regrouper les grandes spécialistes (médecine interne, chirurgie, réanimation, ophtalmologie, gynécologie,...) et disposer d'un plateau technique correspondant.

-les hôpitaux locaux seront situés dans certains chefs lieux de district sanitaire et assureront des services de 1ère référence. Ils mettront à la disposition de ces districts le plateau technique indispensable (bloc opératoire, laboratoire, radio, échographie) et des capacités d'hospitalisation.

Il appartiendra à des études techniques et financières qui conduiront à l'élaboration de la carte hospitalière nationale de déterminer le statut de chaque établissement. Il faut admettre à priori que certains hôpitaux régionaux ne seront pas érigés en hôpitaux généraux, mais en hôpitaux locaux et que tous les centres de santé de district n'ont pas vocation à devenir des hôpitaux locaux.

### 4-Décentralisation:

-La décentralisation administrative constituera un cadre privilégié pour la nouvelle politique hospitalière, qui s'inscrit elle même dans le cadre d'une décentralisation technique:

.l'hôpital national pourra en effet intégrer le patrimoine de la collectivité territoriale correspondant à la Communauté Urbaine de Dakar. Le Maire actuel pourra assurer la Présidence de son Conseil d'Administration.

.l'hôpital général pourra intégrer le patrimoine de sa région d'implantation et son CA pourra être présidé par le Président du Conseil Régional.

.l'hôpital local pourra intégrer le patrimoine de sa commune d'implantation et son CA pourra être présidé par le Maire.

Tous pourront bénéficier de subventions provenant de leur collectivité de rattachement.

-La décentralisation du budget de l'État pourra conduire au transfert à la région ou à la commune d'une partie du financement des salaires et à l'entretien du patrimoine.

Il est par contre souhaitable que les financements relatifs aux missions de service public hospitalier et les subventions d'équilibre destinées à contenir les tarifs restent à la charge du budget national. Ils s'inscrivent en effet dans le cadre de la solidarité nationale.

Rien n'interdira cependant à une collectivité décentralisée d'y ajouter sa propre contribution, à travers une subvention particulière.

#### 5-Gestion:

L'hôpital devra bénéficier d'une comptabilité d'entreprise (comptabilité en partie double, comptabilité analytique,...) qui lui permettra de maîtriser l'évolution de ses activités, de ses charges et de ses produits, ainsi que de connaître à tout moment le coût unitaire de ses prestations et les performances de son système de production (services hospitaliers, éléments du plateau technique, ressources humaines,...).

Ses organes de gestion seront totalement informatisés (gestion des activités, des ressources humaines, des équipements, des finances, etc...)

#### 6-Système d'information médicale et financière:

Il devra s'appuyer sur un système informatisé de recueil et d'analyse des informations médicales et financières relatives à chaque malade hospitalisé.

Ce système reposera sur un réseau qui regroupera autour d'un serveur central les micro-ordinateurs dont sera équipé chaque service.

Un dossier informatique individuel doté d'un numéro d'identification sera ouvert pour chaque malade hospitalisé. Y seront enregistrés de façon continue ses caractéristiques individuelles, ses signes et symptômes, les examens qui lui auront été faits et leurs résultats, les hypothèses ou décisions diagnostiques dont il aura été l'objet, les actes thérapeutiques qu'il aura subis, toutes les ordonnances qui lui auront été remises, etc...

Chaque hôpital devra disposer de sa propre cellule d'analyse interne de gestion, qui aura notamment pour fonctions:

-de procéder à l'analyse:

- .des affections traitées, dans leur dimension épidémiologique,
- .des besoins médicaux
- .des résultats thérapeutiques,
- .du déroulement des hospitalisations,
- .des coûts par pathologie, par service, par acte médical,
- .etc...

-de soumettre des rapports techniques à l'analyse du Conseil Médical d'Établissement,

-de réaliser des études prospectives, selon des hypothèses liées à des modifications de l'offre de soins (tarifs, équipements, champ d'activités, etc...)

#### 7-Qualité des soins:

Elle devra devenir une des préoccupations majeures des personnels soignants.

Il appartiendra à la Commissions Médicale d'Établissement de promouvoir l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'hôpital.

La contribution des professeurs de la Faculté dans le développement de la qualité des soins au Sénégal sera essentielle.

**\* Ressources humaines:**

Le personnel travaillant dans les hôpitaux devra être géré par un statut spécial des agents des Établissements Publics Hospitaliers. Les fonctionnaires y seront affectés dans le cadre d'une procédure de détachement.

Le personnel médical sera soumis aux principes du temps plein hospitalier, avec interdiction de traiter une clientèle privée en dehors de l'établissement: les praticiens titulaires seront cependant autorisés à recevoir des malades privés et à les traiter dans le cadre de la clinique que pourra créer chaque établissement hospitalier et selon des modalités définies par la Loi. Des postes d'attachés des hôpitaux pourront être accordés à des médecins extra-hospitaliers (non fonctionnaires), qui souhaiteront exercer une partie de leur temps de travail à l'hôpital.

**9-Départementalisation:**

Chaque service disposera d'un certain degré d'autonomie interne, au sein de l'hôpital sous la responsabilité de son chef de service.

Si les paiements des hospitalisations et des actes seront effectués dans une caisse unique pour l'ensemble de l'hôpital, l'origine des recouvrements et la répartition des dépenses entre les différents services seront parfaitement connus, permettant à chaque chef de service de défendre l'augmentation de ses ressources ou la nécessité de nouveaux investissements à la lumière de ses propres résultats.

Le chef de service devra développer un esprit d'équipe au sein de son service, en cherchant à structurer les tâches et préoccupations de chacun autour de la prise en charge du malade et du concept d'évaluation de la qualité et du coût des soins.

Grâce au micro-ordinateur qui le reliera au réseau de l'établissement, chaque service pourra assurer le suivi de tous ses malades et de ses propres performances, en termes de profil épidémiologique, de résultats thérapeutiques, de coût des soins, de médicaments consommés, etc.... Cette évolution nécessitera une formation de l'ensemble des médecins au « management » d'un service hospitalier.

**10-Budget:**

Il est essentiel que chacun comprenne que cette évolution de l'hôpital ne traduira en aucune façon un retrait quelconque de l'État. Il continuera en effet à bénéficier de subventions importantes, qui lui seront accordées sous la forme d'une dotation budgétaire globale.

Cette dotation résultera du regroupement de 4 rubriques:

- .la masse salariale correspondant aux postes budgétaires des fonctionnaires détachés,
- .les dépenses d'entretien des bâtiments et de certains gros équipements,
- .la prise en charge des urgences, dont le paiement n'aura pas été assuré,
- .une subvention d'équilibre devant permettre le maintien d'une tarification accessible au pouvoir d'achat de la plupart des familles sénégalaises.

Chaque hôpital devra publier chaque année un rapport annuel et une proposition de budget, qui devront justifier la subvention d'équilibre demandée. Ces 2 documents seront élaborés par le directeur de l'Hôpital. Ils seront présentés devant la Commission Médicale d'Établissement avant d'être soumis à l'approbation du Conseil d'Administration.

Par ailleurs, l'État pourra, de façon directe ou par l'intermédiaire de bailleurs de fonds, participer au financement des investissements qu'exigera le développement de ses hôpitaux (travaux de construction ou de réhabilitation, achats d'équipements, etc...)

### 11-Investissements:

-Chaque hôpital devra se doter d'un compte d'amortissement auprès d'une banque, afin d'assurer le renouvellement de son patrimoine mobiliers et immobiliers.

Il procédera lui même à la détermination de ses investissements et notamment au choix de ses équipements, dans le respect de la carte hospitalière nationale et de son projet d'établissement. Il achètera ses équipements selon une procédure faisant appel à la concurrence.

-Pour permettre le développement d'un réseau de fournisseurs suffisamment étoffé, il sera proposé aux bailleurs de fonds qui auront à fournir des équipements d'introduire dans le cahier des charges la maintenance complète de ces équipements pendant une durée correspondant à leur amortissement comptable.

### 12-Emprunts:

-Pour réaliser des investissements urgents et d'un montant limité (réparation de bâtiments, renouvellements d'équipements), l'hôpital sera autorisé à effectuer des emprunts auprès d'une banque de la place.

Il devra pour cela convaincre sa banque en lui présentant un dossier qui devra montrer la solidité financière de l'hôpital et comment les intérêts et le principal pourront être remboursés dans les délais fixés.

S'il obtient le feu vert de la banque, celle ci pourra exiger la garantie d'une autre banque qui suppléera l'hôpital en cas de défaillance.

Il appartiendra donc au Ministère de la Santé de mettre en place un Fonds de Garantie, dont la mobilisation sera conditionnée à l'avis favorable d'un organisme compétent (tel que l'Agence Nationale Hospitalière).

### 13-Maintenance:

Chaque hôpital disposera d'une équipe réduite qui sera chargée de la maintenance. Sa fonction essentielle ne sera pas d'effectuer des réparations, mais d'assurer la gestion des bâtiments et des équipements et de faire appel à des entreprises spécialisées pour réaliser des activités de maintenance courante ou effectuer les travaux d'entretien et les réparations qui auront été identifiés.

Une formation au bon usage et à l'entretien des équipements sera par ailleurs assurée pour chaque agent utilisateur, avec l'aide des fournisseurs en matériel hospitalier concernés.

Le recours exclusif à des entreprises présentes au Sénégal contribuera à l'homogénéisation des équipements, facilitera la maintenance et réduira les délais d'immobilisation.

Pour permettre le rajeunissement des équipements, chaque hôpital pourra assurer la vente des matériels qui auront été amortis, dans le respect des règles en la matière.

*(\*) Le Ministère de la Santé devra contrôler le professionnalisme des fournisseurs d'équipements biomédicaux, afin d'écarter les « prête-nom » et les maisons n'ayant pas les compétences requises. L'aptitude à pouvoir assurer lui même la maintenance de ses équipements constituera pour un fournisseur la meilleure garantie.*

#### 14-Références:

En dehors des urgences, les décisions d'hospitalisation devront être prises au cours de consultations. La vocation d'un hôpital étant de recevoir avant tout des malades référés, le respect d'un tel principe exigera que les malades ne disposant pas d'un document de référence valide s'acquittent d'un tarif de consultation externe plus élevé. Cette mesure, qui incitera les malades à se rendre d'abord dans des établissements de 1er niveau (postes et centres de santé, cabinets privés,...), permettra aux malades qui le souhaitent de bénéficier d'une consultation de 1ère intention à l'hôpital.

#### 15-Urgences:

La prise en charge des urgences constitue une des limites du système de recouvrement des coûts. Elle exige que toute personne dont la vie ou l'intégrité physique est en danger soit considérée comme une urgence et bénéficie en conséquence d'une prise en charge immédiate, sans que le moindre financement préalable ne soit exigé d'elle.

La procédure financière qui conduira au recouvrement ne sera engagée que lorsqu'elle ne risquera pas de compromettre le pronostic. L'État assumera dans le cadre de sa mission de service public hospitalier les conséquences financières d'une telle disposition.

L'urgence nécessite en effet une organisation particulière, qui ouvre la porte à des abus, mais qui s'impose dans le cadre du service public. Cette mesure concerne autant les riches que les pauvres: une personne aisée qui est renversée dans la rue peut en effet se retrouver sans papier, sans argent et sans conscience à l'hôpital. Et l'absence de traitement spécial des problèmes d'urgence peut mettre sa vie en danger.

Lorsqu'une décision de césarienne a été prise, toute parturiente doit pouvoir être opérée sans perdre le moindre instant: les exigences de ce type d'intervention ne permettent pas d'attendre qu'ait été trouvé l'argent nécessaire pour acquérir les produits exigés ou que soit acquitté le montant d'un quelconque forfait.

#### 16-Pharmacie hospitalière:

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques et autres consommables médicaux sera exclusivement assuré en médicaments génériques sous conditionnement hospitalier. Ils seront acquis directement par l'hôpital à partir de ses ressources propres et en respectant les principes de la concurrence. La pharmacie hospitalière délivrera à chaque malade (ou à son accompagnant) les produits qui lui auront été prescrits. Cependant, les services dont les activités exigent la disponibilité permanente de certains produits disposeront de leur propre armoire à pharmacie.

Il s'agira notamment des services d'urgence, des blocs opératoires, des services de réanimation, des laboratoires et des services d'imagerie médicale. Les produits nécessaires à leur réapprovisionnement seront remis sur bon de commande au major du service, qui devra justifier chaque jour l'utilisation qui en aura été faite, en précisant notamment le numéro d'identification des malades qui en auront bénéficié.

L'enregistrement informatique de chaque ordonnance et de chaque bon de commande permettra une gestion immédiate des stocks et de la trésorerie correspondante, ainsi qu'une attribution continue des produits consommés aux dossiers de chaque malade et de chaque service bénéficiaire.

En attendant que le système de tarification puisse intégrer la fourniture des médicaments, la restructuration de la pharmacie hospitalière devra débuter par l'introduction d'une cession contre paiement aux malades des produits prescrits.

#### 17-Hôtellerie:

La mission de service public hospitalier exigeant que les soins soient réalisés dans des conditions identiques pour tous les individus, une différenciation devra cependant être faite quant à l'hôtellerie. Les malades pourront ainsi choisir entre 3 catégories.

.une catégorie « ordinaire », qui offrira aux malades des chambres à plus de 2 lits non climatisées. Elle reposera sur la tarification de base de l'hospitalisation et des prestations.

.une catégorie « cabine », qui offrira aux malades des chambres climatisées à 2 lits. Elle exigera, en plus de la tarification de base, un supplément pour la chambre.

.une catégorie « clinique », qui sera regroupée dans un seul bâtiment. Non seulement il devra s'agir de chambres individuelles, climatisées, avec salle de bain particulière et équipées d'une télévision et d'un téléphone, mais de plus les conditions d'hôtellerie devront y être tout à fait comparables à celles des meilleures cliniques privées de la place. Elle exigera une facturation spéciale pour chaque journée d'hospitalisation et pour chaque acte réalisé (examen clinique, examen paraclinique, intervention chirurgicale,...) et le montant de chaque tarif dans cette catégorie devra obligatoirement être supérieur aux coûts de revient complets, c'est à dire y compris l'ensemble des salaires et des amortissements.

#### 18-Activités privées:

Les médecins hospitaliers seront autorisés à recevoir des malades privés à l'hôpital, en compensation de leur présence permanente au sein de l'établissement.

Ils disposeront pour cela de quelques demi journées pour réaliser leurs consultations et de la possibilité de faire hospitaliser leurs malades dans la clinique de l'établissement.

Cependant, les tarifs seront officialisés et les paiements se feront à la caisse centrale de l'hôpital. Une part des sommes correspondantes sera répartie entre tous les agents participants à ces activités (biologistes, infirmiers,...)

Chaque médecin recevra périodiquement (par exemple à la fin de chaque mois) le montant correspondant à ses émoluments.

#### 19-Cuisine:

L'apport de repas aux malades par leur famille devra être officiellement reconnu et une distinction devra être faite dans la tarification entre les malades « nourris » et les « non nourris ».

Les hôpitaux pourront aménager des hangars spécialement conçus à cet effet et les mettre à la disposition des familles qui demanderont à préparer elles mêmes les repas de leurs malades.

Ils pourront également sous traiter la préparation des repas auprès d'opérateurs privés, qui pourront soit travailler au sein de l'établissement, soit apporter des repas tout préparés.

Le recours à des restaurants privés pourra être envisagé pour les malades nourris en catégorie « clinique ».

#### 20-Buanderie:

Les hôpitaux pourront également sous traiter les activités de buanderie à des opérateurs privés, qui pourront travailler au sein ou à l'extérieur de l'établissement.

L'accès à des aires de lavage pourra être ouvert aux familles qui le souhaiteront pour qu'elles puissent laver leur linge au sein de l'établissement.

#### 21-Familles des malades:

La présence des familles auprès des malades doit être facilitée, dans le respect des contraintes techniques propres à chaque service de santé. C'est ainsi que, bien évidemment, la présence des accompagnants ne sera pas autorisée dans les services de réanimation et dans les salles de réveil.

#### 22-Facturation:

Les hôpitaux devront être invités à adopter une tarification forfaitaire de leurs hospitalisations en catégorie ordinaire.

Un forfait hospitalier devra permettre de demander au malade un seul et unique montant lors de son entrée à l'hôpital, quel que soit la durée de son séjour, médicaments et actes médicaux compris. Il devra tenir compte dans un premier temps des disparités entre services (médecine, chirurgie, obstétrique,...).

La détermination du montant des forfaits sera effectuée une fois par an et sera soumise à l'avis du Conseil d'Administration et de la tutelle

Les principaux avantages du forfait hospitalier sont:

- .de permettre au malade ou à sa famille de savoir à l'avance à combien lui reviendra son séjour à l'hôpital. Son besoin n'est pas de connaître le coût réel de l'intervention qu'il devra subir, mais d'être certain qu'au cours de son hospitalisation, il n'aura pas à effectuer de dépenses qui n'avaient pas été annoncées auparavant.

- .de limiter les risques de facturation parallèle: une large information par les média permettra aux usagers de refuser les sollicitations irrégulières dont ils pourront être l'objet.

- .de faciliter le tiers payant par les organismes d'assurance maladie (IPM, mutuelles, assurances privées,...) ou d'aide sociale.

- .de permettre le suivi des coûts par le personnel de l'hôpital, les pouvoirs publics, les usagers,... et donc de contribuer au bon fonctionnement des mécanismes de régulation du système hospitalier.

Cependant, la mise en place des forfaits sera délicate. Elle devra donc être progressive et prudente. Elle exigera en effet une maîtrise de la comptabilité analytique, des entrées et sorties de tous les malades, de la distribution des médicaments (qui devront être remis directement au malade et non pas au personnel soignant), de la qualité des soins (analyse des prescriptions), etc... Elle constituera donc un des enjeux des projets d'établissements.

En attendant la mise en oeuvre d'un tel système, le principe des facturations des actes, des journées et des ordonnances sera maintenu.

Quel que soit le système de paiement qui sera appliqué, le principe de l'avance sera généralisé. Seuls les malades ayant fourni un document attestant leur réelle prise en charge (parmi lesquels figureront les bénéficiaires de l'aide sociale) en seront dispensés.

#### 23-Personnes démunies:

Le principe de gratuité des soins (ou de sous facturation) dans les hôpitaux devant être exclu, toute personne qui ne sera pas en mesure de payer ses frais d'hospitalisation devra bénéficier d'une prise en charge par une institution de tiers payant.

Une personne démunie qui souhaite bénéficier de l'aide sociale devra en faire la demande auprès du service social de l'hôpital où elle est reçue.

Un premier interrogatoire permettra de vérifier que son dossier est bien recevable.

Elle devra pour cela déclarer de façon formelle qu'elle ne dispose ni des ressources, ni des biens, ni de l'entourage familial lui permettant de prendre en charge ses frais d'hospitalisation. Si son dossier est accepté, le service social lui remettra un certificat de prise en charge et elle pourra être hospitalisée en catégorie "ordinaire".

Le service social de l'hôpital adressera une demande de prise en charge à son homologue du district de résidence du malade. Si ce dernier estime recevable la demande, il contactera le comité de santé du district qui devra réaliser une enquête. Si le dénuement de la personne est admis, le service social du district en informera celui de l'hôpital, qui lui fera parvenir en retour la facture correspondante.

Pour pouvoir faire face à ces dépenses, le comité de district devra gérer un compte bancaire destiné à l'aide sociale qui devra être distinct de son compte courant. Il lui appartiendra de solliciter sa commune ou sa communauté rurale d'appartenance pour obtenir des subventions. Avant de prendre une décision, le conseil communal pourra, s'il le souhaite, juger du sérieux de chacun des dossiers d'aide sociale qui auront été retenus l'année précédente.

Le comité de district pourra également solliciter des fonds privés, auprès d'ONG caritatives, de grands commerçants ou de migrants... Les périodes de Ramadan ou de Carême pourront être l'occasion de quêtes destinées à alimenter le compte d'aide sociale.

Le recours aux comités de santé de district est préférable à une gestion directe de l'aide sociale par les collectivités décentralisées. Il permet en effet de limiter les risques de clientélisme politique et donne à l'État la possibilité d'assurer à la fois un contrôle rigoureux du compte de ces comités et d'identifier ceux qui nécessitent réellement son aide financière.

Il appartient en effet à l'État de rester, par ses subventions, un des instruments privilégiés de la solidarité nationale.

#### 24-Contentieux:

Les malades dont les frais d'hospitalisation n'auront pas été réglés (par exemple, les demandes d'aide sociale dont le dossier aura été rejeté), seront l'objet d'une procédure spéciale auprès des juridictions compétentes.

La création d'un service de contentieux communs à plusieurs hôpitaux pourra être envisagé dans le cadre des syndicats interhospitaliers

#### 25-Formation:

Elles concerneront tous les hôpitaux.

-La formation des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes devra se situer dans le cadre du Centre Hospitalo-Universitaire, qui assurera la gestion de la convention reliant la faculté et des établissements de soins.

Le réflexion qui est actuellement en cours sur l'avenir du CHU ne devra pas modifier son statut, mais procéder à la révision de la convention. Il faudra notamment veiller:

à permettre l'intégration de certains hôpitaux généraux dans le CHU. Ce pourrait être le cas de l'Hôpital de St Louis, qui pourra ainsi bénéficier de l'affectation d'un personnel hospitalo-universitaire,

à ce que de simples services hospitaliers ou des cliniques privées puissent être intégrés dans le CHU.

.à développer au sein du CHU la fonction d'évaluation des formations.

-La formation des autres personnels (sages femmes, infirmiers,...) se fera dans le cadre de conventions particulières qui seront signées entre les différents établissements et les écoles spécialisées.

### 3-2-2-Le projet d'établissement:

-Chaque hôpital devra élaborer son Projet d'Établissement, qui devra être conçu pour une durée déterminée et être périodiquement réactualisé. Le contenu de ce projet devra s'inscrire dans le respect de la carte hospitalière nationale.

Chaque projet devra être soumis à l'approbation du Conseil d'Administration et du Ministre de la Santé, après avis de l'Agence Nationale Hospitalière.

-Un projet d'établissement résultera d'une démarche de planification, qui, partant de la réalité d'aujourd'hui, permettra de projeter l'hôpital dans l'avenir.

Il devra notamment comprendre:

- .une description détaillée de l'hôpital, de son fonctionnement et de ses résultats en terme de qualité des soins et de santé publique,

- .une analyse poussée de ses performances en terme de productivité et de rendement, ainsi qu'en terme de coût unitaire de ses différents services, répartis par pathologie et par unités de production,

- .une identification des problèmes à résoudre pour améliorer son fonctionnement et ses performances,

- .une description des stratégies proposées,

- .une description détaillée du projet de création, de renforcement ou de restructuration de l'établissement,

- .un chiffre de ce projet en ce qui concerne les ressources humaines, matérielles et financières,

- .une présentation du système de pilotage de ce projet et notamment du système d'information qui en sera le principal support,

- .une présentation des objectifs qui devront être atteints par l'établissement à différentes échéances: ils devront être notamment formulés en termes d'activités, d'efficacité, de productivité, de rendement, de coûts unitaires,...

- .une simulation des comptes prévisionnels de l'établissement pour les 5 ans à venir selon au moins 3 hypothèses (favorable, défavorable et intermédiaire).

\* L'élaboration d'un projet d'établissement qui sera réalisée sous la coordination du Directeur de l'hôpital, devra bénéficier de l'aide de l'Agence Nationale Hospitalière qui mettra à sa disposition des documents d'appui méthodologique.

Elle devra débuter par une analyse détaillée des problèmes qui se posent à l'hôpital et se dérouler en 3 temps:

- élaboration d'un projet dans chaque service,

- élaboration de 3 sous projets: un sous projet médical, un sous projet "soins infirmiers" et un sous projet "accueil des malades".

- élaboration du projet d'établissement proprement dit.

Une fois achevé, le projet devra être soumis à l'avis du Conseil d'Administration, avant d'être transmis à l'organe de tutelle pour obtenir son approbation.

\* Les enjeux du projet d'établissements seront à la fois internes et externes:

-Au sein de l'hôpital, il permettra:

- .de développer un esprit d'équipe au sein de chaque service et de l'hôpital,
- .de créer une cohérence entre les différents services,
- .de susciter une motivation de l'ensemble des agents en les associant à la réalisation d'une oeuvre commune (chacun sera invité à faire ses propres propositions) et en leur faisant percevoir les exigences d'un hôpital performant,
- .d'identifier les ressources exigées,
- .de prendre en compte toutes les contraintes et tous les atouts qui entraveront ou faciliteront sa mise en oeuvre.
- .d'étudier la faisabilité technique, financière et humaine de toutes les propositions,

-A l'extérieur de l'hôpital, il permettra:

- .aux activités hospitalières de s'inscrire dans une perspective de santé publique en prenant en compte les contraintes liées à l'environnement socio-économique, géographique, historique et sanitaire.
- .à la tutelle de veiller à ce que l'hôpital s'insère dans le cadre des contraintes fixées par l'État (respect de la carte hospitalière nationale et intégration au sein de l'enveloppe globale des dépenses hospitalières autorisées).

### 3-2-3-Le nouveau rôle de l'hôpital au sein du système national de soins:

-L'hôpital aura pour missions:

- .d'assurer le rôle d'établissement de référence pour les formations sanitaires ne disposant pas des compétences de même niveau,
- .de collaborer étroitement avec les professionnels de santé qui lui référeront leurs malades. Ces praticiens devront disposer d'une « blouse à l'hôpital », qui leur permettra de suivre les soins donnés à leurs patients, en contribuant ainsi à l'humanisation de l'établissement, au succès thérapeutique et à leur propre formation continue.
- .d'effectuer des missions d'appui technique auprès des formations sanitaires situées dans son entourage. Le personnel spécialisé de l'hôpital devra se rendre périodiquement dans les formations sanitaires qui en auront effectué la demande pour réaliser des activités spécialisées auprès de malades convoqués à une date indiquée (par exemple pour une intervention ophtalmologique ou pour une fibroscopie). Il profitera de ces déplacements pour organiser des séances de formation continue destinées au personnel soignant. Il appartiendra aux structures bénéficiaires de supporter les charges liées à ces déplacements.
- .de participer à la formation des professionnels de santé.

L'intégration des hôpitaux nationaux, de certains hôpitaux généraux et de certains services au sein du CHU renforcera le rôle du système hospitalier dans la formation initiale, continue et spécialisée des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes

La signature de conventions entre l'ensemble des hôpitaux et les écoles de formation sanitaire le renforcera en ce qui concerne les agents paramédicaux (techniciens supérieurs, infirmiers, sages femmes,...) et auxiliaires.

Chaque hôpital devra disposer de postes d'accueil permettant au personnel soignant qui travaille dans les formations sanitaires périphériques de bénéficier régulièrement de stages de formation continue.

-La mission fondamentale de l'hôpital concernera la réalisation du service public hospitalier qui consistera à assurer l'accueil effectif de l'ensemble des malades qui lui sont adressés.

Cette mission devant faire partie du cahier des charges de l'Établissement Public Hospitalier, elle nécessitera que l'État octroie à l'hôpital les ressources financières correspondantes.

### 3-2-4-Le nouveau rôle de l'État vis à vis de l'hôpital:

-Bien qu'il reste producteur de services à travers ses hôpitaux qui appartiennent au domaine public, l'État devra se concentrer sur ses fonctions de régulation. Il devra plus particulièrement:

- .veiller à la qualité des soins et à leur production au meilleur coût,
- .garantir la cohérence du développement du système hospitalier, par rapport à l'ensemble du système de soins,
- .assurer l'équité dans l'accès aux soins de l'ensemble de la population résidant au Sénégal.

-Devenu Établissement Public, l'hôpital ne sera plus placé sous l'autorité hiérarchique du Ministère de la santé, mais sous sa tutelle.

Cette notion de tutelle nécessitera l'émergence d'un nouvel état d'esprit au sein de l'administration, qui devra respecter son autonomie en veillant notamment:

- à ce qu'il occupe la place qui lui revient au sein du système de soins du pays,
- à ce qu'il assure au mieux les missions de service public hospitalier qui lui auront été confiées,
- à ce que soit assurée la maîtrise des dépenses de santé.

-L'exercice de cette tutelle sera répartie entre les différents niveaux de l'État déconcentré:

- .au représentant de l'Etat pour la Communauté Urbaine de Dakar reviendra la tutelle des hôpitaux nationaux,
- .aux gouverneurs de région reviendra la tutelle des hôpitaux généraux,
- .aux préfets devra revenir la tutelle des hôpitaux locaux.

Cet exercice comprendra:

- .a priori, l'approbation périodique des projets d'établissement et l'acceptation des budgets annuels,
- .a posteriori, l'approbation des comptes et des rapports d'activités,
- .de façon permanente, le contrôle du cahier des charges définissant les missions de service public hospitalier.

Intervenant sur « le fonds », l'exercice de la tutelle se distinguera des tâches d'inspection, qui se préoccupent davantage de la "forme" et consistent à vérifier l'application effective de la législation et des textes réglementaires.

-En donnant leur autonomie de gestion aux hôpitaux, l'État devra être en mesure d'éviter les dérapages qui peuvent conduire à la croissance excessive des dépenses hospitalières au sein de l'ensemble des dépenses de santé.

Pour garantir sa maîtrise du développement du système hospitalier, l'État devra disposer de 2 instruments privilégiés:

- .l'élaboration et la mise à jour périodique d'une carte hospitalière nationale.
- .la détermination d'un montant global des dépenses hospitalières autorisées pour l'année à venir.

-De plus, pour qu'il soit en mesure de jouer son rôle avec efficacité, l'État devra bénéficier d'une information complète et scientifiquement valable, sur le fonctionnement et les

performances de chaque hôpital, qui devra également être à la disposition des autres instances régulatrices du système hospitalier, que sont les organismes de financement (IPM, mutuelles, assurances privées,...) et de défense des usagers (associations de défense des consommateurs,...).

Il sera pour cela nécessaire de créer une institution indépendante, qui devra avoir un statut d'agence.

-N'étant pas en mesure d'assurer l'ensemble des dépenses de santé, l'État devra par ailleurs favoriser l'émergence et le développement d'institutions de financement des services de santé. Les uns interviendront dans le domaine de l'assurance maladie et les autres dans celui de l'aide sociale.

Il assurera ainsi une certaine équité sur l'ensemble du territoire et auprès des différentes couches sociales, en apportant des réponses pragmatiques aux moins favorisés, sans remettre en cause les exigences de bonne gestion d'un établissement autonome.

### 3-2-5-L'Agence Nationale Hospitalière:

#### \* Mission de l'Agence:

L'Agence Nationale Hospitalière devra mettre à la disposition de l'Etat et des autres organismes de financement des hôpitaux une connaissance fiable et précise du système hospitalier.

Ces principaux domaines de compétence seront la gestion, la qualité des soins et l'étude de la couverture sanitaire.

#### \* Résultats attendus:

Cette Agence devra permettre:

- l'amélioration de la performance des hôpitaux (amélioration de la qualité des soins, réduction des coûts,...)
- l'intégration cohérente des hôpitaux dans le système de soins,
- la maîtrise de l'évolution des dépenses hospitalières,
- la rationalisation des apports financiers de l'État et des bailleurs de fonds aux hôpitaux
- une meilleure connaissance de la problématique hospitalière et de ses perspectives.

#### \* Statut:

L'Agence Nationale Hospitalière devra bénéficier de la personnalité morale et de l'autonomie financière et fonctionner sous la double tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Économie et des Finances.

#### \* Organisation:

L'agence comprendra:

- un Conseil d'Administration, qui sera composé de personnalités représentatives des institutions et organismes concernés par le bon fonctionnement et le financement des hôpitaux: Assemblée Nationale, collectivités locales, organismes de protection sociale, mutuelles, associations de défense des consommateurs,...

Pour ne pas être à la fois juge et partie, les représentants des pouvoirs publics participeront aux activités du CA à titre consultatif.

Afin de permettre l'aboutissement de ses recommandations, la présidence du CA sera confiée à une personnalité nommée par Décret.

-une Direction, qui sera confiée à un technicien compétent dans le domaine de l'évaluation des activités hospitalières. Son mandat devra être limité dans le temps, mais renouvelable.

-Une équipe technique, qui sera composée de spécialistes de haut niveau et de praticiens en poste de responsabilité. Elle regroupera:

.des agents permanents. Il s'agira d'experts dans les différents domaines qui concourent au fonctionnement et à la gestion des établissements de soins, à savoir des gestionnaires d'entreprise, des juristes, des médecins de santé publique, des économistes, des socio-anthropologues,...

.des agents temporaires. Il s'agira notamment de professeurs d'université qui viendront apporter leurs compétences pendant des périodes de courte durée.

\* Ouverture de l'Agence sur l'extérieur:

Pour garantir l'objectivité et l'indépendance de l'Agence, il est souhaitable qu'elle soit ouverte à des experts d'autres pays.

La participation de spécialistes étrangers aux activités de l'Agence permettra d'élever le débat sur les hôpitaux à sa dimension internationale et de jeter les bases d'une coopération entre pays dans le domaine des politiques hospitalières.

\* Cahier des charges:

-L'Agence devra publier une fois par an un document portant sur « la situation des hôpitaux publics du Sénégal et leurs performances ». Il devra comprendre un état descriptif et analytique de chaque hôpital, un état comparatif de la performance des différents établissements, et des recommandations susceptibles d'améliorer la performance du réseau hospitalier dans un esprit d'équité et de développement durable.

C'est ainsi qu'elle pourra publier le coût comparatif des césariennes sur l'ensemble du territoire sénégalais, en précisant leurs modalités techniques de réalisation et leurs résultats ou qu'elle pourra regrouper pendant quelques mois un groupe d'urologues de divers pays, afin qu'ils réalisent avec l'aide des permanents de l'agence (médecins de santé publique, économistes,...) une évaluation de la prise en charge des fistules vésico-vaginales.

Le champ de l'Agence devra être ouvert aux établissements privés, qui seront associés dans l'avenir à la réalisation du Service Public Hospitalier.

-Elle devra diriger des travaux de recherche sur la performance des hôpitaux en terme de qualité des soins et de gestion.

-Elle devra apporter son appui technique aux hôpitaux qui le demandent.

-Elle devra enfin contribuer à la formation des ressources humaines dans le domaine de la qualité des soins et de la gestion des hôpitaux.

**\* Modalités de travail:**

L'Agence sera en connexion informatique permanente avec le serveur central de chaque hôpital. Ses experts seront ainsi en mesure de pénétrer, depuis leurs bureaux de Dakar, au sein de chaque établissement. Soumise au respect du secret professionnel et du devoir de réserve, elle pourra accéder à tout moment à l'ensemble des informations sur le patrimoine, les ressources humaines, les activités, le fonctionnement, les charges et les produits de chaque hôpital.

**\* Devenir des travaux de l'Agence:**

Pour qu'il soit suivi d'effets et compte tenu de l'importance des hôpitaux au niveau macro-économique (plusieurs dizaines de milliards de F), le rapport statutaire de l'Agence devra être présenté en Conseil des Ministres et devant l'Assemblée Nationale, lors des discussion sur le budget de la santé.

Il appartiendra par ailleurs au Président de son Conseil d'Administration d'user de ses influences pour en faire aboutir les conclusions.

**\* Ressources:**

L'Agence devra recevoir une dotation budgétaire annuelle de l'État, qui lui permettra d'assurer son fonctionnement de base et de remplir ses missions principales. Elle pourra également obtenir des ressources complémentaires, qui pourront provenir, par exemple, du paiement de ses activités auprès d'établissements non associés à la réalisation du Service Public Hospitalier (cliniques privées ou mutualistes,...) ou à l'étranger (missions d'expertise, évaluations,...). Des financements extérieurs permettront sa mise en place et devront assurer ses coûts de fonctionnement pendant ses premières années d'existence.

**\* Évaluation:**

L'Agence devra être l'objet d'une évaluation externe périodique, par une équipe indépendante désignée par le Président de l'Assemblée Nationale.

## **4-MISE EN OEUVRE:**

### **4-1-Les différents chantiers:**

-A court terme, la mise en oeuvre de cette nouvelle politique nécessitera l'ouverture de 4 grands chantiers:

- .la rédaction d'une proposition de Loi hospitalière
- .l'élaboration d'une carte hospitalière,
- .l'élaboration des premiers projets d'établissement,
- .la mise en place d'une filière de formation des directeurs d'hôpitaux pour l'Afrique de l'Ouest.

-A moyen terme:

- .la création de l'Agence Nationale Hospitalière,
- .l'élaboration d'autres projets d'établissement,

-A long terme:

- .la réhabilitation ou la construction d'établissements.

#### **4-1-1-La Loi hospitalière:**

L'ensemble de la question hospitalière devra être l'objet d'une seule Loi, portant sur tous les éléments qui déterminent le fonctionnement des hôpitaux et être à l'origine d'un grand débat parlementaire, qui permettra de résoudre certaines questions fondamentales.

1-Cette proposition de Loi devra d'abord annoncer les grands options de la politique hospitalière (service public, qualité des soins, humanisation des hôpitaux, maîtrise des dépenses de santé,...) et définir la notion de « service public hospitalier » (continuité, accès pour tous,...).

2-Elle devra ensuite définir un nouveau statut d'Établissement Public Hospitalier, qui aura notamment pour grandes caractéristiques:

- .l'octroi d'une personnalité morale et d'une autonomie financière,
- .un conseil d'administration composé d'élus des collectivités territoriales et de représentants des usagers,
- .la création d'une Commission Médicale d'Établissement,
- .l'utilisation d'une comptabilité d'entreprise,
- .la présence d'un système d'information médicale et financière,
- .l'existence de plusieurs catégories d'hospitalisation,
- .l'attribution d'une dotations budgétaire globale,
- .l'obligation d'assumer la mission de service public hospitalier,
- .l'obligation, lorsque c'est possible, de fournir leurs médicaments aux malades hospitalisés, et de n'utiliser que des médicaments présentés sous leur dénomination commune internationale et en conditionnement hospitalier,
- .l'obligation de transparence vis à vis de l'Agence Nationale Hospitalière.
- .les modalités relatives aux paiements de taxes et à la fiscalité.
- .la possibilité de signatures de conventions dans le cadre de la formation des professionnels de santé, qu'ils soient médecins (dans le cadre du CHU), paramédicaux ou auxiliaires, et d'appuis techniques aux autres établissements de soins (centres de santé,...).

3-Elle devra préciser le statut du personnel des EPH:

- .détachement de l'ensemble du personnel fonctionnaire, dont le salaire sera versé à l'hôpital à travers sa dotation budgétaire globale,
- .obligation du temps plein hospitalier pour les agents fonctionnaires (interdiction de l'exercice privé en dehors de l'hôpital),
- .autorisation pour le personnel médical de traiter des malades privés à l'intérieur de l'hôpital, dans des conditions précises,
- .création de postes d'attachés des hôpitaux,
- .dispositions statutaires particulières destinées au personnel contractuel (plan de carrière,...)
- .droit de l'ensemble du personnel à une formation permanente,
- .possibilité de versement de primes d'encouragement liées aux résultats économiques de l'établissement.
- .etc...

4-Elle définira le classement des hôpitaux en 3 catégories:

- .hôpitaux nationaux, qui dépendront de la Communauté Urbaine de Dakar,
- .hôpitaux généraux, qui seront reliés à une ou plusieurs régions administratives,
- .hôpitaux locaux, qui seront rattachés à un ou plusieurs districts sanitaires.

5-Elle devra définir le cadre général d'évolution du secteur hospitalier:

Les hôpitaux autonomes devront évoluer dans le respect d'un cadre général, défini par décret, qui exigera:

- la publication périodique (par exemple tous les 3 ans) d'une carte hospitalière, définissant les grandes caractéristiques auxquelles devront se conformer les hôpitaux,
- l'adoption annuelle d'une enveloppe globale des dépenses hospitalières autorisées, dont le montant ne devra pas être dépassé par l'ensemble des budgets prévisionnels des hôpitaux sénégalais.

Cette mesure s'inscrit dans une volonté de maîtrise des dépenses de santé et de rationalisation des dépenses liées aux hôpitaux par rapport à l'ensemble des dépenses de santé.

6-La création d'une Agence Nationale Hospitalière, qui jouera le triple rôle d'observatoire du système hospitalier, de « cours des comptes » des hôpitaux et d'institut de recherche sur la problématique hospitalière.

7-La création de syndicats interhospitaliers:

Les hôpitaux qui le souhaitent pourront se regrouper en syndicat interhospitalier, afin de gérer ensemble des problèmes communs.

Cette disposition de la Loi permettra aux hôpitaux de Dakar, de créer ensemble un « syndicat interhospitalier » qui pourra s'appeler par exemple « Hôpitaux de Dakar ». Disposant de la personnalité morale, il pourra être piloté par un Conseil d'Administration regroupant des représentants de chaque hôpital membre et assurer la gestion de multiples domaines:

- .gestion d'une centrale d'achat pour les équipements, les produits pharmaceutiques et les autres consommables,
- .gestion d'un service commun chargé du contentieux,
- .gestion d'un service d'ambulance autonome,
- .organisation du samu et des urgences,
- .organisation des transferts de malades ou de prélèvements biologiques, afin de spécialiser les différents hôpitaux et créer les économies d'échelle qu'exige une meilleure technicité et la baisse des coûts,

- .gestion de services techniques communs (système d'élimination des déchets hospitaliers, assistance informatique, ...)
- .gestion d'une caisse d'amortissement commune, facilitant la gestion de la trésorerie.
- .organisation d'une bourse d'échange entre hôpitaux des ressources humaines ou des équipements,
- .etc...

#### 8-La création d'un Fonds de Garantie pour les Investissements Hospitaliers:

Une fois que leur projet de réhabilitation ou de construction aura été achevé, les hôpitaux pourront solliciter des prêts auprès du système bancaire, afin de contribuer au financement de certains investissements approuvés par la Tutelle. L'établissement pourra déposer une demande de crédit auprès d'une banque, accompagnée d'un dossier technique et financier approprié. Si la banque est prête à en assurer le financement, elle pourra solliciter une garantie bancaire, auprès du Fonds, qui soumettra le dossier à l'avis préalable d'organismes compétents, tels que l'Agence Nationale Hospitalière.

Certains bailleurs de fonds pourront être invités à la constitution et à la gestion de ce fonds.

#### 4-1-2-La carte hospitalière:

-Son élaboration devra constituer la première étape du processus qui conduira à l'élaboration de projets d'établissement, dont dépendra la réalisation des nouveaux investissements dans le domaine de la santé.

-Elle devra définir de façon précise:

- .le type d'hôpital par localité retenue (national, général, local)
- .la nature des services,
- .le nombre de lits par établissement et leur répartition par catégorie (en particulier le nombre de lits autorisés dans la clinique),
- .la composition du plateau technique, notamment en ce qui concerné la présence des « gros équipements »,
- .la liste d'ensemble des postes destinés aux professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages femmes,...).

-Son élaboration sera confié à une équipe de médecins spécialistes, de gestionnaires hospitaliers, d'économistes de la santé, de médecins de santé publique. Elle devra nécessairement impliquer au maximum les professeurs de la Faculté de Médecine.

-En ce qui concerne les hôpitaux nationaux, certains aspects de la carte hospitalière seront sous tendus par l'élaboration préalable d'une carte hospitalière de la sous région. Cette carte déterminera la répartition de différents pôles d'excellence entre les différents pays d'Afrique de l'Ouest. En effet, si l'Afrique a besoin de services de pointe, certains d'entr'eux ne pourront se justifier qu'à l'échelle de la sous région. Sinon, ils ne parviendront pas à trouver les ressources nécessaires à leur fonctionnement et deviendront des gouffres pour les finances publiques ou des échecs retentissants.

C'est ainsi que si Abidjan constitue déjà un pôle d'excellence en cardiologie. Dakar pourrait le devenir dans les domaines de la néphrologie (Le Dantec), de la neurologie (Fann), de la traumatologie et de l'urgence (Grand Yoff).

Cette carte sous régionale nécessitera des études techniques, économiques et financières qui permettront de trancher ou de définir des échéances évitant des prises de décision inconséquentes.

Une des premières études pourrait concerner le problème de l'épuration extra-rénale des malades souffrant d'insuffisance rénale chronique, dont le développement nécessite l'élaboration urgente d'une stratégie sous régionale. Plusieurs pays de la sous région envisagent en effet de créer leur propre service de rein artificiel, alors que le coût de revient par malade et par an est supérieur à 15 millions de F (à raison de 100 000 F par séance) et qu'une telle technique exige un traitement à vie.

-En ce qui concerne les établissements de Dakar, la présence de l'Hôpital Grand Yoff constitue un atout considérable qui permettra probablement la maîtrise de la couverture sanitaire du Sénégal en hôpitaux nationaux sans avoir à augmenter de façon significative le nombre total de leurs lits. Un juste redéploiement des services entre Le Dantec, Fann et Grand Yoff permettra au Sénégal de disposer d'un ensemble complet et cohérent de services de 2ème et 3ème référence, sans trop alourdir les charges récurrentes du système hospitalier.

Une décision particulière devra être prise au sujet de l'Hôpital des Enfants Albert Royer. Il est souhaitable qu'il redevienne un département de l'Hôpital de Fann, en lui garantissant une autonomie interne qui protégera les acquis considérables dont il dispose aujourd'hui. Il est en effet peu rationnel de devoir assurer le fonctionnement de 2 directions, de 2 laboratoires, de 2 radio, etc...à quelques centaines de mètres de distance et dans une même cour.

Le schéma de spécialisation des hôpitaux de Dakar auquel on peut dès à présent penser est le suivant:

- à Le Dantec, pathologie abdominale et thoracique,
- à Fann, pathologie du système nerveux, pathologie de l'enfant, pathologie infectieuse,
- à Grand Yoff, orthopédie et traumatologie, urgences et réanimation, services spécialisés (dermatologie,...).

Par contre, l'agglomération de Dakar nécessite la présence d'au moins 6 hôpitaux locaux. L'un d'entr'eux pourra être constitué par l'Hôpital Abass Ndao. Les 4 autres pourraient résulter de l'extension des centres de santé développés existants (Guédiawaye, ...)

Enfin, la possibilité de transformer l'Hôpital Psychiatrique de Thiaroye en hôpital local devrait être étudiée. Cette initiative aurait le double avantage d'offrir un lieu de 1ère référence à la population vivant dans cette zone géographique (M'Bao,...) et d'imposer une restructuration de l'hospitalisation psychiatrique au Sénégal. Le lieu de « décantation » que constitue un tel hôpital pour les malades souffrant d'une affection psychiatrique chronique ne représente certainement pas la solution idéale à un tel problème. Meilleure formation des médecins généralistes à la psychiatrie, restructuration du service de psychiatrie de l'Hôpital de Fann, ouverture d'unités psychiatriques dans chaque hôpital général, création de villages thérapeutiques où les malades chroniques pourront avoir une vie active et rémunératrice, tout en bénéficiant des potentialités de la psychiatrie traditionnelle du Sénégal,...sont quelques unes de pistes qui pourront être explorées avec les spécialistes de cette question.

La présence de ces hôpitaux locaux dans l'agglomération de Dakar permettra de faciliter l'accès des populations aux services indispensables que sont les hospitalisations courantes. Cette solution est à la fois une exigence humaine (qui aura un impact important sur l'image et donc sur la fréquentation des établissements de soins) et une exigence financière (non seulement les coûts de l'hospitalisation seront plus bas, mais de plus, les familles feront des économies considérables sur les frais de déplacement et de nourriture qu'imposent les hospitalisations à la pointe de Dakar).

Par ailleurs, les conditions d'hospitalisation y seront plus favorables (meilleure humanisation des hôpitaux d'une centaine de lits par rapport aux grands) et les Hôpitaux nationaux, déchargés d'une grande partie des 1ères références, pourront se concentrer sur leurs missions de 2ème et 3ème référence qui justifient l'importance de leur plateau technique, de leurs crédits et du haut niveau de leurs ressources humaines.

-En ce qui concerne l'intérieur du pays, la carte hospitalière pourra envisager la création de 5 grands pôles régionaux qui devront bénéficier d'un hôpital général. Il s'agit de Kaolack pour le centre, de St Louis pour le Nord, Ziguinchor pour le Sud, Tambacounda pour l'Est et de Thiès pour l'Ouest.

Ils exigeront la présence d'un plateau technique parfaitement opérationnel et des spécialistes nécessaires pour pouvoir le faire fonctionner.

Au delà de ces grands pôles spécialisés, le Sénégal devra disposer d'un réseau d'une douzaine d'hôpitaux locaux. Certains étant déjà présents (Djourbel, Louga, Dioum et Ourossogui), on devra envisager la création d'environ 8 autres hôpitaux locaux dans des localités parmi lesquelles on peut citer Bakel, Kédougou, Linguère, Vélingara, Kolda, Mbour, Kounguel, ... Il devra s'agir de petits établissements de moins de cents de lits, qui devront résulter si possible de l'extension des centres de santé de district existants.

Chacun de ces établissements devant disposer d'un chirurgien, cette option mettra un terme aux débats entre des Professeurs de la Faculté de Médecine et le Ministère de la santé sur l'opportunité de former des médecins généralistes à la chirurgie.

La géographie du Sénégal devrait permettre à ces hôpitaux locaux d'assurer une couverture convenable en blocs opératoires du territoire. L'octroi d'une dizaine de bourses de formation en chirurgie à des médecins sénégalais permettra d'apporter une réponse satisfaisante aux problèmes d'accès aux soins chirurgicaux essentiels (césariennes, hernies, ...) dans un délai de 5 ans.

La création de ces hôpitaux locaux nécessitera parfois d'attribuer de nouveaux locaux aux équipes de santé publique des districts sanitaires. L'autonomie de gestion de ces établissements exige en effet qu'ils soient physiquement détachés d'une instance qui participera à l'exercice de leur tutelle.

-Il faut enfin préciser que, lors de son élaboration, la carte hospitalière devra tenir compte des établissements privés, avant d'envisager la réalisation de nouveaux investissements.

La création de tout nouveau lit hospitalier ou l'extension de tout plateau technique devra en effet s'appuyer sur l'ensemble du potentiel existant, en considérant que la mission de service public consiste pour l'Etat à garantir l'accès aux soins et non pas à produire lui-même l'ensemble des soins.

C'est ainsi que la carte sanitaire devra tenir compte des établissements existants (comme l'hôpital St Jean de Dieu à Thiès) et des établissements en cours de construction (comme l'hôpital de Touba).

#### 4-1-3-L'élaboration de projets d'établissement:

\* Le projet d'établissement constituera le document technique et financier sur lequel devra reposer l'ensemble de l'organisation et du développement de chaque hôpital.

Son objectif fondamental devra être non seulement de décrire et de chiffrer les actions envisagées, mais aussi de montrer le bien fondé des décisions proposées en terme d'efficacité, d'efficience et de viabilité à long terme de l'entreprise hospitalière.

C'est ainsi qu'aucun projet de création ou de restructuration ne pourra être envisagé sans la présentation préalable d'un projet d'établissement convainquant.

L'élaboration et le pilotage d'un tel projet reposeront sur la mise en place préalable d'un système informatisé d'information médicale et financière. Ils devront s'appuyer sur le recueil préalable d'au moins une année complète de données.

\* La première étape dans la réalisation de ce chantier devra être confiée à la cellule d'analyse de gestion de l'Hôpital Principal, qui s'est déjà lancée dans la mise en place de son propre système d'information. L'Hôpital Principal constitue en effet un modèle en matière hospitalière; il dispose dès à présent de la plupart des compétences requises et de la motivation qu'exige la réussite d'un tel travail.

L'activité de cette cellule devra débiter par la rédaction d'un premier document méthodologique devant permettre l'élaboration par chaque hôpital de son projet d'établissement. Elle devra bénéficier pour cela de l'appui de personnes ressources (provenant du Nord comme du Sud) ayant de grandes compétences dans ce domaine.

La première expérience de la cellule devra porter sur un nombre réduit d'hôpitaux, qui serviront de test à la mise au point du contenu et de la méthode.

Quatre établissements peuvent être proposés. Il s'agit des hôpitaux de St Louis, Kaolack, Grand Yoff et Ziguinchor.

\* La deuxième étape sera l'évaluation externe par des équipes indépendantes ayant les compétences requises, des premiers projets qui auront été finalisés. Leurs conclusions pourront conduire à la correction des projets initiaux, après d'éventuels arbitrages par le Ministère de la Santé.

\* La troisième étape sera la publication d'un second document méthodologique, la formation des autres équipes hospitalières à la mise en place de leur système d'information médicale et financière et l'élaboration de leur projet d'établissement.

\* Une fois achevé et approuvé, chaque projet sera soumis à l'avis de l'Agence Nationale Hospitalière, avant d'être adressé au Ministère de la Santé pour décision. Les projets retenus pourront être présentés aux différents bailleurs de fonds qui auront manifesté leur intérêt pour procéder à la réalisation de certains d'entr'eux.

#### 4-1-4-La formation à la gestion des hôpitaux:

\* Le quatrième chantier concernera principalement la création d'une filière de formation des directeurs d'hôpitaux.

Le nouveau type d'hôpital dont disposera le Sénégal exigera en effet un profil très particulier des directeurs d'Hôpitaux, qui devront être des gestionnaires de haut niveau.

-Le besoin de créer cette filière s'impose, car d'une part la formation à l'étranger (par exemple à l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes (ENSP) ne permet pas de développer une pédagogie par problèmes portant sur les spécificités de l'hôpital sénégalais, d'autre part les filières présentes (CESAG) forment des gestionnaires d'établissements de soins, qui ne correspondent pas au profil souhaité.

-Le recrutement des candidats devra se faire sur la base d'un concours, qui permettra de sélectionner des diplômés titulaires d'une maîtrise ayant une qualification et des compétences solides en économie et en gestion d'entreprise. Les médecins et administrateurs n'en seront pas exclus à condition qu'ils fassent la preuve de leurs compétences dans ces domaines.

Il est essentiel que ce concours ne soit pas réservé aux seuls agents de la fonction publique, mais ouvert à tous ceux qui présenteront le niveau prérequis. L'accès à la fonction publique devra par contre être garanti aux titulaires du diplôme de sortie qui seront l'objet d'un recrutement.

-La formation pourra être programmée sur une période de 2 ans, dont un an de formation théorique et un an de stage pratique dans des hôpitaux. Le diplôme de gestionnaire d'hôpital sera délivré aux candidats ayant satisfait aux exigences d'un examen rigoureux, par un jury composé de personnalités compétentes dans le domaine de la gestion hospitalière.

-S'adressant à des candidats déjà formés à la gestion d'entreprise, la formation théorique devra être conçue selon les principes de la pédagogie par problèmes.

Les étudiants pourront par exemple être répartis en plusieurs groupes et étudier sur le terrain les problèmes que pose la gestion des infrastructures, des ressources humaines, des finances, etc.. Ils auront à participer à des expertises et à des évaluations, à assister à des conseils d'administration, à dialoguer avec les membres de commissions médicales d'établissement, etc...

Une riche documentation devra être mise à leur disposition pour qu'ils puissent assurer leur propre autoformation. Des voyages d'études à l'étranger devront leur permettre de prendre le recul nécessaire quant à la situation de leur propre pays.

-Pour mettre en place une telle filière, un appui consistant d'écoles spécialisées dans le domaine de la gestion hospitalière s'imposera. L'ENSP de Rennes devrait occuper une place importante dans ce dispositif, qui pourrait également bénéficier de l'appui d'universités francophones. Un délai de parrainage d'une dizaine d'années doit être considéré comme nécessaire pour garantir la qualité de la formation et pour aboutir à la constitution d'un corps enseignant ayant le niveau requis.

-A priori, le CESAG semble présenter un certain nombre d'avantages qui permettraient de lui confier cette formation.

- .il s'agit d'une école de gestion à proprement parler,
- .son corps professoral est en mesure d'assurer une grande partie des enseignements (droit, comptabilité,...)
- .il dispose d'une expérience dans le domaine de la gestion des établissements de soins,
- .il bénéficie d'une assise institutionnelle solide (la BCEAO)
- .il est immédiatement opérationnel, tant en ce qui concerne son organisation, ses ressources humaines et ses locaux que son centre de documentation.

Le choix de l'Ecole Nationale d'Administration et de la Magistrature (ENAM) pourrait être également envisagé, mais son essence « administrative » semble en contradiction avec le désir de rompre avec l'hôpital « administration » pour promouvoir l'hôpital « entreprise ».

-Si l'on estime à 3 gestionnaires les besoins d'un hôpital national, à 2 ceux d'un hôpital général et à 1 ceux d'un hôpital local, si l'on considère également que des établissements privés recruteront leurs directeurs parmi les diplômés de cette formation, on peut estimer à plus de 60 les besoins du Sénégal en gestionnaires d'Hôpitaux. La vocation sous régionale de la filière

permet d'y ajouter au moins 150 gestionnaires dont ont besoin des pays comme le Mali, la Guinée, la Mauritanie, etc...

\* Au delà de cette filière, il s'avérera nécessaire de développer des programmes destinés aux collaborateurs immédiats des directeurs, aux médecins hospitaliers, aux responsables des soins infirmiers.... Des formations de courte durée devront être prévues. Il est souhaitable qu'elles puissent être réalisées selon des modalités à mi temps, au sein même des hôpitaux.

#### **4-2-Mesures d'accompagnement:**

##### 4-2-1-La formation de spécialistes

-L'ensemble du système hospitalier souffre de difficiles problèmes de ressources humaines. S'il est vrai que d'importantes mesures doivent être prises au sein des hôpitaux pour améliorer l'utilisation de ceux qui sont présents, une planification des ressources humaines s'impose.

-Les études réalisées sur les besoins en ressources humaines du Ministère de la Santé devront permettre le lancement d'un premier plan de formation des divers spécialistes, qu'il s'agisse des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes ou des professions paramédicales (anesthésie, réanimation, radiologie,...)

L'élaboration de la carte hospitalière permettra de procéder à un premier réajustement de ce plan, en déterminant de façon plus complète et plus précise les besoins des établissements existants et de ceux qui devront être ouverts dans les années à venir.

-Ce plan de formation exigera la mise en place de bourses de spécialisation, qui seront ouvertes aux étudiants sénégalais. Leur obtention devra être liée à un concours et à l'obligation de servir l'Etat pendant une durée déterminée.

##### 4-2-2-L'élaboration d'un programme à court terme:

-L'élaboration des projets d'établissement nécessitant un délai de plusieurs années, il s'avérera nécessaire de procéder à la réalisation d'un programme à court terme pour soutenir les hôpitaux pendant cette phase de transition.

Un recensement systématique des besoins de chaque hôpital devra donc être fait et chiffré. Sauf cas particulier, il devra s'appuyer sur le niveau actuel de l'établissement et devra exclure toute extension importante de ses capacités techniques.

Ce programme devra être réalisé en accord avec les différents bailleurs de fonds, afin qu'ils puissent en soutenir l'exécution.

-Une priorité sera accordée à la restructuration des pharmacies de tous les hôpitaux, y compris ceux qui appartiennent au CHU. Elle devront être en mesure de fournir à tous les malades hospitalisés des produits de qualité au meilleur prix possible.

Tous les produits qui ne sont plus protégés par une licence devront être présentés sous leur dénomination commune internationale.

Chaque hôpital devra disposer d'un stock convenable de médicaments, qui devront être cédés au malade selon des modalités de tarification définies au niveau national.

En attendant que les hôpitaux aient acquis leur autonomie de gestion, le renouvellement de ces médicaments devra être réalisée par le Comité de Santé.



# ANNEXES

# ANNEXE 1

\*\*

## Les hôpitaux du Sénégal:

\*\*

### 1-Le système de soins sénégalais:

#### 1-1-Présentation générale:

\* Le territoire sénégalais est divisé en 42 districts sanitaires, qui sont organisés autour d'un centre de santé de district, tenu par un médecin, qui assure une fonction de référence et une fonction de santé publique.

Les soins de 1er niveau sont assurés par des infirmiers fonctionnaires dans des postes de santé et parfois dans des maternités rurales.

Les districts sont regroupés en 10 régions, entre lesquelles sont répartis 8 hôpitaux publics.

Dakar compte 8 hôpitaux dont 2 relevant du Ministère des Forces Armées.

**Tableau 1: Les différents établissements de soins en 1994 (26)**

TYPES DE SOINS	PUBLIC	PRIVE SANS BUT LUCRATIF	PRIVE A BUT LUCRATIF
Soins tertiaires	4 hôpitaux universitaires 1 Hôpital général 2 Hôpital militaires 1 Hôpital municipal 8 Hôpitaux régionaux et départ	1 hôpital sans but lucratif (St Jean de Dieu)	
Soins secondaires	49 centres de santé de District 25 centres de santé militaires		25 polycliniques (dont 19 à Dakar)
Soins primaires	516 postes de santé 11 postes de santé militaires 59 postes de santé municipaux 1409 cases de santé 485 maternités rurales	85 postes de santé (68 catholiques, 13 Croix Rouge) 30 formations sanitaires d'entreprises	47 postes de santé 32 infirmeries 150 cabinets privés 247 pharmacies privées 250 dépôts de médicaments 14 laboratoires de diagnostic

Sources: Réf.15

Chaque formation sanitaire publique bénéficie de la présence d'un Comité de Santé. Composé de représentants des populations, il participe à la gestion de l'établissement, en lui apportant notamment les avantages liés à sa personnalité morale.

\* Aux côtés du secteur public se situe un secteur privé qui est concentré dans les villes et particulièrement dans l'agglomération de Dakar.

Il regroupe:

-des établissements privés à but lucratif, composés de 150 cabinets et 25 cliniques, dont la capacité totale est de l'ordre de 500 lits. Ils représenteraient 7,8 % des recours des malades (voir tableau n°2).

-des établissements privés sans but lucratif, qui regroupent l'hôpital St Jean de Dieu de Thiès et 47 postes de santé confessionnels. Ils constitueraient 4,8 % des recours.

-des formations sanitaires d'entreprise, comprenant 32 infirmeries. Ils seraient à l'origine de 3,1 % des recours.

**Tableau 2: Répartition des malades ayant eu recours à des soins en dehors de chez eux.**

TYPE D'ÉTABLISSEMENT	%
Poste de santé ou dispensaire MSPAS	50,5
Hôpital ou Centre de Santé MSPAS	24,6
Établissement confessionnel ou ONG	7,8
Médecin privé	4,8
Formation sanitaire d'entreprise	3,1
Pharmacien privé	0,5
Tradipraticien	6,4
Autres	2,2
Total	99,9

Source: Réf.36

\* Enfin, un secteur informel est partagé entre un secteur traditionnel (6,4 % des recours), qui s'appuie sur la richesse du patrimoine culturel du peuple sénégalais et un secteur clandestin, qui occupe le vide laissé par le secteur formel (2,2 % des recours). Ce dernier regroupe les pratiques illicites à domicile d'agents qualifiés (infirmiers, sages femmes,...), les ventes de médicaments "sur le trottoir" et les activités clandestines de "charlatans", qui profitent de la détresse ou du manque d'information des populations.

Les chiffres du tableau n°2 semblent sous estimés en ce qui concerne le recours aux tradipraticiens et aux offres clandestines de soins, dont l'importance dépasse probablement 10 % des recours.

### 1-2-Les dépenses de santé:

Sur un PIB de 2 340 milliards de F en 1989, le montant total des dépenses de santé a été estimé à 47,8 milliards soit environ 2 % de la richesse nationale.

**Tableau 3: Les dépenses de santé du Sénégal en 1989.**

Secteur	Catégorie	MONTANT	%
Secteur hospitalier	CHU	2,08	4,4
	Hôpitaux régionaux	3,32	6,9
	Autres hôpitaux	5,66	11,8
	Sous total	11,06	23,1
Non hospitalier	Districts MSAS	10,34	21,6
	Dispensaires	1,56	3,3
	Sous total	11,9	24,9
Secteur privé	Médecine privée	4	8,4
	Cliniques privées	3	6,3
	Sous total	7	14,6
Pharmacie		13,18	27,6
Formation/gestion		4,66	9,7
Total		47,8	100

Source: Réf.36, tableau n°5 (en milliards de FCFA)

Ce sont les ménages qui assurent le financement de l'essentiel de ces dépenses, puisqu'elles en supportent plus de 40 %, laissant moins de 32 % aux dépenses publiques de santé.

**Tableau n°4: Financement de la santé par sources en 1989**

CATÉGORIE	MONTANT	%
Secteur public	15,13	31,7
Assist. extérieure	8,38	17,5
Entreprises modernes	4,8	10,0
Ménages	19,49	40,8
Total	47,8	100

Source: Réf.36, tableau n°1

Si l'essentiel des dépenses des ménages (48 %) sont destinées aux achats de médicaments, 22,5 % passent par le circuit de l'assurance maladie. Dominée par les Instituts de Prévoyance Maladie (53 000 salariés), l'IPRES (60 000 retraités) et les assurances privées (15 000 assurés par 8 compagnies), elle concerne environ 500 000 personnes.

**Tableau n°5: Les dépenses des ménages dans le domaine de la santé en 1989**

NATURE	CATÉGORIE	MONTANT	%
Assurance maladie	Primes	2,61	13,4
	Quotes parts	1,77	9,1
	Sous total	4,38	22,5
Recouvrement		0,99	5,1
Prestations de soins	Hôpitaux/cliniques	1,97	10,1
	Dispensaires/médecins	2,8	14,4
	Médicaments	9,35	48,0
	Sous total	14,12	72,4
Total		19,49	100

Source: Réf.36, tableau n°4

### 1-3-Les ressources humaines:

Le Ministère de la Santé est soumis à l'encadrement des dépenses publiques qui contrôle de façon rigoureuse l'accès à la fonction publique.

On a assisté au cours des dernières années à une baisse des effectifs qui résulte du non remplacement des départs à la retraite et des décès.

Un recrutement de 400 fonctionnaires par an et pendant 5 ans a été annoncé.

**Tableau 6: Ressources humaines dans le secteur de la santé**

QUALIFICATIONS	PUBLIC	PRIVE	TOTAL	
Médecins	424	149	573	
Pharmaciens	40	134	174	
Dentistes	27	31	58	
Paramédicaux	Infirmiers DE	905	55	960
	Sages femmes	464	16	480
	Agents sanitaires	1035		1035
	Autres	1259		1259
Auxiliaires	Aides soignants	574		574
	Autres	212		212
Support	661		661	
Total	5601	385	5986	

Source: Réf.36, Tableau 3.

Le rythme de sortie de la Faculté est de l'ordre de 60 docteurs en médecine par an.

## 2-Les hôpitaux:

### 2-1-Présentation générale:

Le Sénégal compte actuellement 17 hôpitaux, dont 6 se trouvent à Dakar et 11 à l'intérieur du pays. Ils regroupent un total de 3 819 lits, soit 1 lit pour 1 882 habitants.

Tableau n°7: Présentation des hôpitaux du Sénégal

ZONE	HÔPITAL	TYPE D'HOPITAL	LITS	POPUL.	
Dakar	Le Dantec	CHU	802		
	Fann		320		
	Albert Royer		120		
	Thiaroye		108		
	Principal	Militaire	628		
	Abass Ndao	Municipal	132		
	Grand Yoff	Non déterminé	250		
	Cliniques	Privé	500		
	Sous total		2860		2028026
Hors Dakar	St Louis	Régional	258	779649	
	Dioum	Départemental	100		
	Ourossogui	Départemental	76		
		Sous total St Louis	434	779649	
	Louga	Régional	115	551927	
	Kaolack	Kaolack	Régional	363	935735
				Fatick	0
		Sous total Kaolack	363	1501962	
	Diourbel	Régional	119	768730	
	Tambacounda	Régional	90	449866	
	Ziguinchor	Ziguinchor	Régional	122	466832
				Kolda	0
		Sous total Kolda	122	1167383	
	Thies	Thies	Régional	216	1067744
		St Jean de Dieu	Privé sans but lucratif	100	
		Sous total Thiès	316	1067744	
		Sous total hors Dakar	1559	6287261	
Total			4419	8315287	

Source: Annexe statistique, tableaux 26

Tous les hôpitaux publics ont encore un statut de service administratif et sont directement rattachés à la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE).

## 2-2-Capacités d'hospitalisation:

Ainsi que le montre le tableau n°8, la répartition de la population par lit entre les différentes régions est très inégale.

La région la plus favorisée est celle de la Communauté Urbaine de Dakar qui dispose d'1 lit pour 859 habitants. Il faut cependant rappeler qu'elle partage ses lits avec les malades provenant de l'ensemble du pays.

C'est ensuite la région de St Louis, qui dispose d'un lit pour 1 796 habitants. Ce ratio résulte de la présence sur son territoire de 2 hôpitaux départementaux, dont l'existence est liée à sa configuration géographique particulière.

La région la plus démunie est celle de Ziguinchor, qui, avec la région de Kolda, ne compte qu'1 lit pour 9 569 habitants.

**Tableau 8: Ratio Habitants/lit**

RÉGIONS	HAB/LIT
Ziguinchor	9569
Diourbel	5913
Tambacounda	4999
Thies	3379
Louga	4377
Kaolack	5711
<i>Sénégal</i>	<i>2530</i>
St Louis	1796
<i>Dakar</i>	<i>709</i>

*Source: Annexe statistique, tableau 24*

Les capacités d'hospitalisation sont très inégalement utilisées. Les hôpitaux étudiés peuvent être regroupés en 3 catégories:

-des hôpitaux bien utilisés (Principal, Albert Royer et St Jean de Dieu): leur taux d'occupation des lits (TOL) est supérieur à 70 %, leur durée moyenne de séjour (DMS) est inférieure à 10 jours et leur coefficient de rotation des lits (CRL) est supérieur à 30.

-des hôpitaux utilisés au dessous de leurs capacités (Ziguinchor, Fann, St Louis et Thiès): leur TOL est compris entre 49 et 79 % (la valeur élevée de certains de leurs DMS qui est parfois supérieure à 19 jours a conduit à minimiser leur TOL).

-des hôpitaux fortement sous utilisés (Djourbel, Kaolack, Louga et Dioum): leur TOL est inférieur à 42 %.

**Tableau 9: Bilan des hospitalisation en 1995**

HÔPITAUX	LITS	HOSPITALISES	JOURNEES	TOL	DMS	CRL
Principal	661	24321	218821	91%	9,00	36,8
Albert Royer	131	7083	40186	84%	5,67	54,1
St Jean de Dieu	97	3371	25948	73%	7,70	34,8
Ziguinchor	107	1643	30710	79%	18,69	15,4
Fann	279	3777	74223	73%	19,65	13,5
St Louis	262	7406	52607	55%	7,10	28,3
Thiès	242	6820	43572	49%	6,39	28,2
Diourbel	115	972	17098	41%	17,59	8,5
Kaolack	315	2645	37736	33%	14,27	8,4
Louga	126	2849	14843	32%	5,21	22,6
Dioum	106	1752	12081	31%	6,90	16,5
Total	2441	62639	567825	64%	9,07	25,7

Source: visite sur le terrain.

### 2-3-Ressources humaines:

Les hôpitaux souffrent d'un manque important de ressources humaines.

A Dakar, cette situation concerne essentiellement le personnel paramédical.

Dans les régions, ce sont à la fois les médecins et le personnel paramédical qui font défaut.

Cette situation a pu être modérée par l'intervention des comités de santé, qui ont partout procédé à des recrutements d'agents sous contrats.

\* Il est cependant nécessaire de préciser que malgré ce manque évident d'agents, des réserves de productivité peuvent être identifiées dans la plupart des établissements. Elles reposent essentiellement sur une meilleure organisation interne, sur une meilleure formation et sur une plus grande motivation.

De plus, un renforcement des postes et centres de santé dans la localité d'implantation devrait permettre de réduire les activités de 1er niveau et de libérer le personnel soignant, qui pourrait ainsi récupérer du temps pour se concentrer à des activités de référence.

**Tableau 9: Productivité du personnel**

DESIGNATION	H.P	S.JEAN	ST.LO	LOUG	KAOL	DJOUR	ZIGUI	THIES	DIOUM
Consult./méd.	2068	2106	3239	2046	5489	1592	2639	6222	5866
interv./chirg		242	986	324	854		459	837	849
accouc/sage fem.	122	139	450	145	189	176	66		131

Source: Visite sur le terrain

## 2-4-Ressources financières:

### -Dépenses de santé:

Ainsi que le montre le tableau n°3, les dépenses réalisées dans le secteur hospitalier étaient estimées en 1989 à 11,06 milliards de F, soit 23 % de l'ensemble des dépenses de santé du pays. Ce chiffre doit être corrigé à la hausse, car s'y ajoute une partie des 13,18 milliards de F que représentent les achats dans des pharmacies privées de médicaments prescrits à des malades hospitalisés.

### -Budget du Ministère de la Santé:

En 1995, les hôpitaux ont représenté 29 % du budget du Ministère de la Santé (hors sécurité sociale)

**Tableau 11: Place des hôpitaux dans le budget du Ministère de la Santé 1995 (Hors S.S)**

CHAPITRES	HOPITAUX	ADMIN.CENTRAL E	REG.& DISTRICTS	TOTAL
541: PERSONNEL	2497776	5729066	1188055	9414897
542: MATERIEL	1598257	1758890	1112393	4469540
544: TRANSFERTS	25000	249644	47450	322094
TOTAL	4121033	7737600	2347898	14206531
%	29%	54%	17%	100%

Source: *Projet de Loi de finance 1996 (Réf.20)*

L'examen du tableau 12 montre que les affectations budgétaires destinées aux hôpitaux sont très inégalement réparties entre les régions.

Si on prend le critère "population", on peut constater que c'est la région de Ziguinchor qui est la moins favorisée: sa dotation par habitant est 4 fois moins élevée que celle de St Louis.

Si on prend le critère "lit", la part de Kaolack représente 40 % de celle de Tambacounda.

**Tableau 12: Variations des affectations budgétaires aux hôpitaux entre les régions**

REGIONS	BUDGET/HAB.	REGIONS	BUDGET/LIT
Dakar	1156	Tamba	1892322
St Louis	648	Louga	1535325
Sénégal	416	Ziguinchor	1460131
Tamba	379	Thies	1372417
Louga	351	Diourbel	1262854
Thies	278	St Louis	1163876
Diourbel	214	Sénégal	1052468
Kaolack	179	Dakar	819514
Ziguinchor	153	Kaolack	742680

Source: *Réf.25.*

La structure des affectations budgétaires entre Dakar et les régions est homogène: les dépenses en personnel en représentent 61 %, les dépenses de fonctionnement 23 % et les dépenses de médicaments 15 %

**Tableau 13: Constitution des affectations budgétaires destinées aux hôpitaux en 1995**

CHAPITRES	DAKAR	%	REGIONS	%	TOTAL	%	%
541: PERSONNEL	1404184	60%	1093592	62%	2497776	61%	61%
542: MATERIEL	939625	40%	658632	37%	1598257	39%	
-Fonctionnement	475405	51%	484632	74%	960037	60%	23%
-Médicaments	464220	49%	174000	26%	638220	40%	15%
544: TRANSFERTS	0	0%	25000	1%	25000	1%	1%
TOTAL	2343809	100%	1777224	100%	4121033	100%	100%
%	57%		43%		100%		

Source: Réf.20

#### -Dépenses des Comités de Santé:

La place des comités de santé dans le financement des hôpitaux est très inégale. Très marginale dans certains établissements, elle occupe une place majeure dans d'autres. C'est notamment le cas de l'hôpital de Kaolack où elle représente près de 60 % du budget de l'Etat (salaires compris).

**Tableau 14: Comparaison entre ressources du Comité de Santé et budget national.**

	FANN	A.RO	ST.LO	LOUGA	KAOL	DJOU	ZIGUI	THIES	DIOU
Comité Santé	26439	31249	91996	26976	160349	70800	67269	60031	45553
Budget National	437138	224068	256003	193451	269593	164171	178136	296442	122763
Total	463577	255317	347999	220427	429942	234971	245405	356473	168316
% Comité/total	5,7%	12,2%	26,4%	12,2%	37,3%	30,1%	27,4%	16,8%	27,1%
% Comité/Budget	6,0%	13,9%	35,9%	13,9%	59,5%	43,1%	37,8%	20,3%	37,1%

Sources: visites sur le terrain.

#### -L'aide extérieure:

Pendant la période 1986-1990, l'aide extérieure a accordé au secteur hospitalier 34 % de ses dépenses, dont 2,2 % ont été destinées aux CHU.

**Tableau n°15: Les orientations de l'aide extérieure 1986-1990**

TYPES D'ACTIVITE	%
Secteur hospitalier	34,00%
.don CHU	2,60%
Secteur non hospitalier	46,30%
.dont districts	31,20%
Formation et gestion	19,70%
.dont formation	2,20%
Total	100%

Source: Réf.36, tableau n°3

Au cours de la période 1991-1995, les investissements réalisés grâce à des financements extérieurs se sont élevés à 16, 82 milliards de F, soit une moyenne annuelle de 3,36 milliards.

## 2-4-L'approvisionnement en médicaments

En 1995, l'État a accordé aux hôpitaux une enveloppe globale de 638,22 millions de F, qui s'est élevé à 905,712 millions en 1996, soit une augmentation de 42 %

Si on rapproche ces chiffres des 13,18 milliards de F qui constituaient en 1989 le coût des achats de médicaments, leur caractère marginal (moins de 7 %) paraît évident.

Le tableau n°16 montre une inégalité dans la répartition des dotations budgétaires destinées aux médicaments entre les régions.

Si on prend le critère "population", la région la moins favorisée est celle de Kaolack, dont la dotation représente 23 % de la plus favorisée, qui est celle de St Louis.

Si on prend le critère "capacité en lit", la région la moins favorisée est celle de Kaolack dont la dotation ne représente que 35 % de la plus favorisée qui est celle de Tambacounda.

**Tableau 16: Variations des ratio liés aux médicaments donnés par l'État**

REGIONS	MEDIC/HAB		REGIONS	MEDIC/LI	
	1995	1996		1995	1996
Dakar	229	276	Tambacound	166667	388889
St Louis	69	148	Dakar	313239	378348
Sénégal	61	91	Ziguinchor	81967	327869
Tambacounda	33	78	Louga	198413	277778
Louga	45	63	St Louis	124424	264977
Diourbel	21	39	Sénégal	175793	259232
Thies	25	37	Diourbel	123077	230769
Ziguinchor	9	34	Thies	125000	185185
Kaolack	29	33	Kaolack	74380	137741

Source: Réf.20

### 3-Les nouvelles orientations de la politique de santé et d'action sociale:

\* Le Ministère de la Santé a énoncé les nouvelles orientations de sa politique dans un document publié en Juin 1995 (Réf.22), qui réaffirme son option fondamentale pour la promotion des soins de santé primaires.

Cette dernière formulation traduit la continuité de la politique de santé du Sénégal, qui a fait de l'accès de l'ensemble de la population aux soins essentiels son objectif fondamental. Elle met l'accent sur la volonté du gouvernement de poursuivre le renforcement du système de soins, principalement au niveau périphérique.

Elle rappelle la nécessité d'assurer la mise en oeuvre de 14 programmes nationaux, allant du PEV à la lutte contre les shistosomiasés, en passant par l'éradication de la dracunculose, Elle insiste sur l'importance des médicaments essentiels en nom générique.

Elle précise que cette politique passe par le développement conjoint des secteur publics et privés et insiste sur la nécessité d'une forte participation des population au fonctionnement des formations publiques à travers des comités de santé.

Elle confirme que le financement du système est assuré par l'Etat, les collectivités locales et le recouvrement des coûts.

\* En matière hospitalière, elle met en exergue certains points particuliers, qui demandent à être corrigés:

- la concentration des hôpitaux dans la région de Dakar (7/17)
- la faiblesse de l'indice lit population,
- la faiblesse du plateau technique
- l'engorgement des hôpitaux par non respect du système de référence,
- la gravité des problèmes de maintenance, résultant de la vétusté des infrastructures et des équipements, ainsi que de la non maîtrise des nouvelles acquisitions.

\* Le projet de Loi sur la décentralisation met la santé et l'action sociale dans le champ de compétence des collectivités décentralisées.

En matière de santé reviendra:

- à la région:
  - .la gestion et l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux,
  - .la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé situés au niveau des communautés rurales.
- aux communes:
  - .la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé urbains,

En matière d'action sociale, les régions, les communes et les communautés rurales se verront attribuées l'organisation et la gestion des secours au profit des nécessiteux,

Il est prévu que ce transfert de compétence sera nécessairement accompagné d'un transfert des ressources correspondantes.

## ANNEXE 2

\*\*

### Tableaux chiffrés

\*\*

Tableau 17: Indicateurs de santé 1992

INDICATEURS	VALEURS
Taux de natalité	48/1000
Taux d'accroissement naturel	3%
Espérance de vie à la naissance	52 ans
Indice synthétique de fécondité	6,4 enfants/femme
Age médian de la population	18 ans
Taux de mortalité globale	18/1000
Quotient de mortalité infantile	86,4/1000
Quotient de mortalité juvénile	114/1000
Quotient de mortalité infanto-juvénile	114/1000
Quotient de mortalité infanto-juvénile	191/1000
Taux de mortalité maternelle	850/100000 nv
Grossesses attendues	48/1000 Pop.
Enfants < 1 an	4/100 Pop.
Enfants < 5 ans	19/100 Pop.
Femmes de 15 à 49 ans	23/100 Pop.
Enfants < 15 ans	47,3/100 Pop.
Enfants 5-14 ans	28/100 Pop.
Taux de prévalence contraceptive (1990)	6,30%
Pourcent. de femmes ayant utilisé la pilule	3,90%
Pourcent. de femmes ayant utilisé le DIU	1,30%
Couverture vaccinale par antigène (0-11 mois) 1992	
-BCG	64%
-VAT1	47%
-VAT2	31%
-DTCP1	62%
-DTCP2	54%
-DTCP3	46%
-R/FJ	43%
Ressources	
-population par médecin	14800
-femme à risque par sage femme	3000
-population par infirmier DE	8750
-population par hôpital	450000
-population par centre de santé	150000
-population par poste de santé	10700

Source: Document "Conseil interministériel sur la santé 1993 (réf.25)

**Tableau 18 : Etude des budgets maintenance des hôpitaux en 1995**

HOPITAUX	BUDGET		%	NB.	%			VALEUR	%
	FONCT.	MAINTEN.			BM/BF	D'ES	fonct.		
Le Dantec	222000	22200	10%	608	78	17	5	2577970	0,86%
Fann	80290	12460	15,52%	114	62	25	13	672350	1,85%
Albert Royer	16500	3150	19,09%	124	85	10	5	400990	0,79%
Thiaroye	21580	3060	14,18%	13	46	23	31	48300	6,34%
Diourbel	30000	4000	13,33%	165	61	35	5	521150	0,77%
Kaolack	36220	9320	25,73%	392	79	8	13	971780	0,96%
Louga	29700	3970	13,37%	215	57	34	9	661450	0,60%
Ndioum	16800	2180	12,98%	145	74	23	3	291300	0,75%
Oourossogui	24000	2900	12,08%	68	73	24	3	212900	1,36%
St Louis	53450	7950	14,87%	369	88	5	7	996930	0,80%
Tambacound	30000	4000	13,33%	208	60	21	19	570750	0,70%
Thies	32580	4260	13,08%	224	71	21	8	573700	0,74%
Ziguinchor	41590	5140	12,36%	235	77	11	12	573900	0,90%
Total	634710	84590	13,33%	2880	77	11	12	9073470	0,93%

Source: Réf.6

**Tableau 19: Comparaison des tarifs appliqués par les différents hôpitaux**

	HAD	FANN	THIAR.	ST.LO	LOUG	KAOL	ZIGUIN	THIES	S.JEAN	DIOUM
Consultation	500	1000	1000	1000	500	500		500	6000	200
Consult.médec.	1000	1000	1000	1000		1000			6000	200
Accouch.	3500			3000	3000			5000	35000	1500
Hospit.1ère	25000		13000	13000	15000	15000	10000/j	15000	20000	5000
Hospit.2ème	15000		8000	8000	10000		5000/j	10000	12000	
Hospit.3ème	10000		3000	3000	5000	5000	5000/m	5000	7000	1500
Interv.chir.	25000			11000	10000	10000	10000	20000	150000	5000
Radio poumon	3000	3000	3500	3500	2000	6000		5000	18000	2000
Radio hospital.		15000				1500			82500	2000
UIV			7000	7500						0
NFS	2000		2000	2000	500			1500	4500	500
GE	1000		1000	1000				500	7500	
Echographie	6000			5000						
Consult.dent.				1000						
Obturation dent.				2000						
Extraction dent.										
ECG	3000									

Source: visites sur le terrain.

Tableau 20 : Situation du personnel hospitalier (hors CHU) en 1995

		ALD	FAN	A.R	THI	ST.L	LOU	KAO	DIO	ZIG	THIE	TAM	OUR	NDI	TOT
		N	O	AR.	O	G	L	U	UI	S	B	O	O		
Direction	Directeur	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
	Direct.adjoint	1	1			0		0							2
	Intendant	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
	Comptable	1						1			1				3
	Secrétaire méd.	1		2								1			3
	Agent administ.	0	0	2		3		3	5			1			14
	Dépensier	0	0	1	1	0		0							2
Corps médical	Médecins	12	9	8	1	1	4	5	3	1	3	1	1	2	51
	Chir.dentis.	4		3		1	1	1	1		2				13
	Pharmaciens	4	4	4	1		1			1					15
	Biologiste	1													1
Para médical	Infirm.DE	60	38	16	6	24	8	21	17	7	19	16	7	4	243
	Sages fem.	59	1	3		9	5	11	6	9	14	4	3	4	128
	Tech.sup.santé	3	11			5	4	8	4	4	6	8	3	3	59
	Tech.sup.radio	2													2
	Tech.sup.anesth.	2													2
	Tech.sup.kinési.	2													2
	Tech.sup.biologie			4											4
	Tech.odonto.									4					4
	Tech.médical	5				2		2	1	4					14
	Tech.labo			2											2
Serv. social	Manipul.radio							1							1
	Assist.sociale	7	4	4		1			1	2	1				20
	Aide sociale	3	4	1	1			1	3						13
Auxiliaire	Auxiliaire social	0	1				1								2
	Agent sanit.	57	53	15	9	49	21	32	9	19	23	19	7	10	323
	Infirm.sanitaire	0	4												4
	Infirm.décis.	19													19
	Laborant.&aide	4	4	14											22
	Prépar.&aide	1	1												2
	Techn.pharmacie	0	1												1
	Aide infirm.	50	18	18	7			16		3			4	3	119
	Aide puéricul.	1	2	1											4
	Agent sani.auxli.									0	26				26
	Garç/fille salle	25	10	8		1	2			5				3	54
	Manoeuvres	7	1	4		1	10	2	4				2	3	34
	Agent sanit.spécia.	5													5
	Aide chimiste			1											1
	Aide kinési.	4													4
Technic.	Ingén.maintenance	0	1												1
	Techn.biomédical										2				2
	Techn.maintenance	0	0			2		2		2	6	2			14
	Agents mainten.						3								3
	Commis d'adm.	8	5		3					2			1		19
	Sténodactylo	5	6	3				1		1	1		1		18
	Menuisier	1	1								1				3
	Maçon	1						1			1				3
	Electricien	2		1	1			1			1				6
	Plombier	2	1					1							4
	Frigoriste	0	0			0		1							1
	Mécanicien	1													1
	Jardinier										1				1
	Ouvriers												3	5	8
	Cuisin.&aide	2	3	1	1	6	4	1		1	2		4	4	29
	Agent hôtelier								3	0	5				8
	Chauffeur	1	1						1	2	3			1	9
	Lingère-couturière	2	3	4		3					3		1		16
	Mécanographe	0	1												1
	Gardien	0	1						1						4
TOTAL		367	192	122	33	110	66	115	60	69	123	53	41	44	1395

Source: Projet de Loi de Finance 1996 (Réf.20)

**Tableau 21: Répartition du personnel enseignant par section et par catégorie en 1995.**

	Médecins	Pharmaciens	Dentistes	Total
Professeurs titulaires	33	4	2	39
Professeurs sans chaire	1	0	0	1
Maîtres de Conférence agrégés	36	8	1	45
Chargés d'enseignement	1	1	0	2
Maîtres assistants	22	4	6	32
Assistants	22	21	18	61
Assistants chefs de clinique	52	0	0	52
Attachés	4	8	7	19
Total	171	46	34	251

**Tableau 22: Présentation synthétique des investissements réalisés dans le secteur hospitalier**

HOPITAL	ORIGINE	MONTANT	EN MFCFA	ANNEE	OBJET
Le Dantec	Japon	600 Myens	3000	1995	Equipements médicaux
	IDA				Clinique chirurgicale
	IDA (AGETIP)		70		Bâtiments
Kaolack	Japon	1650 MYens	4000	1992	Construction
					Equipement
St Louis	UE	5,85 M écus	3500	1991/93	Réhabilitation
					En complément 1er projet 1987
Diourbel	Non acquis		861	1997	Rehabilitation à la recherche de financem.
Kolda	BID ?		4124	1998	Rehabilitation à la recherche de financem.
Fann	Budget Nat.		35	1996	Equipement neurologie
A.Ndao	ACDI + Dakar		350		Construction pavillon médecine interne
	Luxembourg				Equipement
Ziguincho		6 M FF	600	1991	
		2,8 M FF	280	1995	
TOTAL			16820	1991/95	

**Tableau 23: Situation du budget des Comités de Santé en 1995 (en milliers de FCFA)**

		FANN	A.RO	A.DA O	ST.LO	LOUG	KAOL	DJOU	ZIGUI	THIES	S.JEA N	DIOU
Produits	Tickets				44511	14962	101458	30000		34382		9752
	IPM				11271	0	5782			0	291609	0
	Médec.				26070	12014	53109	40800		25649		35801
	Autres				10144	0	0			0	122239	0
	Total	26439	31249	91725	91996	26976	160349	70800	67269	60031	413848	45553
Charges	Fonctio.				49469	14646	95094			15175		3090
	Médec.				16470	8041	48273			27264	41242	21390
	Salaires				22985	0	0			19800	101807	1224
	Autres				0	0	5026			0	108430	192
	Total				88924	22687	148393		67342	62239	341709	25896

Sources: visites sur le terrain.

**Tableau 24: Ratio hospitaliers Population/lit**

REGIONS	DISTRICTS	POPULATION	LITS	LIT/HAB
Dakar	Ville	846230	2860	296
	Périphérie	1181796		
	Total	2028026	2860	709
St Louis	Matam	250543	76	3297
	Podor	193907	100	1939
	Reste St Louis	335199	258	1299
	Total	779649	434	1796
Kaolack	Kaolack	935735	263	3558
	Fatick	566262		
	Total	1501997	263	5711
Diourbel	Total	768730	130	5913
Louga	Total	551554	126	4377
Tambacounda	Total	449866	90	4999
Ziguinchor	Ziguinchor	466832	122	3826
	Kolda	700551		
	Total	1167383	122	9569
Thies	Total	1067744	316	3379
Total		10984329	4341	2530

*N.B: le nombre de lits comprend l'ensemble des hôpitaux et des cliniques privées*

**Tableau 25: Ratio hospitaliers budget par habitant et par lit (1995)**

REGIONS	DISTRICTS	POPULATION	BUDGET	BUDG/HAB	LITS	BUDG/LIT
Dakar	Ville	846230	2343809000	2770	1350	1736155
	Périphérie	1181796				
	Total	2028026	2343809000	1156	1350	1736155
St Louis	Matam	250543	126356000	504	76	1662579
	Podor	193907	122763000	633	100	1227630
	Reste St Louis	335199	256003000	764	258	992260
	Total	779649	505122000	648	434	1163876
Kaolack	Kaolack	935735	269593000	288	263	1025068
	Fatick	566262				
	Total	1501997	269593000	179	263	1025068
Diourbel	Total	768730	164171000	214	130	1262854
Louga	Total	551554	193451000	351	126	1535325
Tambacounda	Total	449866	170309000	379	90	1892322
Ziguinchor	Ziguinchor	466832	178136000	382	122	1460131
	Kolda	700551				
	Total	1167383	178136000	153	122	1460131
Thies	Total	1067744	296442000	278	216	1372417
Total		10984329	4568762000	416	2731	1672926

*N.B: le nombre de lit correspond aux lits des seuls hôpitaux inscrits au budget 1995*

**Tableau 26: Répartition des médicaments selon les hôpitaux**

HOPITAUX	MONTANT	
	1995	1996
Le Dantec	370712000	400712000
Fann	66508000	90000000
Albert Royer	15000000	40000000
Thiaroye	12000000	30000000
Kaolack	27000000	50000000
Diourbel	16000000	30000000
Thiès	27000000	40000000
St Louis	25000000	55000000
Tambacounda	15000000	35000000
Ziguinchor	10000000	40000000
Louga	25000000	35000000
Dioum	14000000	30000000
Ourossogui	15000000	30000000
Total	638220000	905712000

Source: Loi de finances 1996

Tableau 27 : Nombre de lits par hôpital (25)

HOPITAUX	SERVICES																	Total Lits		
	Méd.	Chir.	Mater	Péd.	Opht.	Psy.	Derm.	Card.	Uro	ORL	Canc.	Neur.	N.chi.	Pn.ph	Mal.inf	Ortho	Réa	Gyné.	publics	& privés
H.A.L.D	79	150	121	112	35		29	48	90	41	60					37	?		802	802
Fann						72						65	42	122	19				320	320
H.Ndao		36	96																132	132
A.Royer				120															120	120
Thiaroye						108													108	108
Grand Yoff																			250	250
H.Princip.	163	174	101	120	?	12				?							16	42	628	628
Cliniques																				500
Sous total	242	360	318	352	35	192	29	48	90	41	60	65	42	122	19	37	16	42	2360	2860
Djourbel	36	74	15	5															130	130
Kaolack	130	91	79	63															363	363
Louga	42	36	19	29															126	126
Ziguinchor		75	43		4														122	122
Tamba	19	31	20	8	12														90	90
St Louis	49	111	42	36	15	5													258	258
Ndioum	28	25	12	35															100	100
Ourossogui	17	35	12	12															76	76
Thies	60	44	45	40												27			216	216
St.Jean de D	25	25	25	25																100
<b>TOTAL</b>	<b>890</b>	<b>1267</b>	<b>948</b>	<b>957</b>	<b>101</b>	<b>389</b>	<b>58</b>	<b>96</b>	<b>180</b>	<b>82</b>	<b>120</b>	<b>130</b>	<b>84</b>	<b>244</b>	<b>38</b>	<b>101</b>	<b>32</b>	<b>84</b>	<b>3841</b>	<b>4441</b>

Source: Etude sur les normes en personnel des hôpitaux.(Réf.7)

**Tableau 28: Situation du budget des hôpitaux 1995**

CHAP.	DESIGNAT.	CHU	ALD	FANN	A.RO	THIAR.	ST.LO	LOUG	KAOL	DJOU	ZIGUI	THIES	TAMB	OURO	NDIO	TOTAL
541	Personnel	373809	515964	266963	180456	66992	154802	102300	175414	104590	109922	199642	100107	67494	79321	2497776
542	Foncti.		232000	89287	24500	30578	60451	38700	52217	36000	48592	39580	37000	29000	23800	741705
	Hémodialyse		50000													50000
	Médicaments		370712	66508	15000	12000	25000	25000	27000	16000	10000	27000	15000	15000	14000	638220
	Banque sang						3000		3000							6000
	Elect.						500	13000				10000	5000	8000		36500
	Eau						200	3000	5000			5500	3000			16700
	Téléph.						300	4000	3000			7000	2000			16300
	Carbur.		4329	1924	962	962	2405	481	962	481	982	962	1202	962	962	17576
	Maint.		22200	12456	3150	3057	7945	3970		4000	5140	4258	4000	2900	2180	75256
	Total	0	679241	170175	43612	46597	99801	88151	91179	56481	64714	94300	67202	55862	40942	1598257
544	Transfert						1400	3000	3000	3100	3500	2500	3000	3000	2500	25000
TOTA		373809	1195205	437138	224068	113589	256003	193451	269593	164171	178136	296442	170309	126356	122763	4121033

Source: *Projet de Loi de finance 1996 (Réf.20)*

**Tableau 29: Performance comparée des différents hôpitaux pour l'année 1995**

DESIGNATION		H.P	ALD	FANN	A.RO	S.JEAN	A.DAO	ST.LO	LOUG	KAOL	DJOUR	ZIGUI	THIES	DIOUM
Activités	Consultations	111668				18954		38869	12273	32933	9554	21113	37329	17597
	Interv.chirg.	6426				725		1971	648	854	674	917	837	849
	Accouch.	3911				555		3602	724	2268	878	661		262
	Radio.	55669				3966		2339	4410	8208	4013	3575	16014	1703
	Examens labo.	547355				38470	16423	6883	12532		19916	9730	12527	9880
	Echog.	7855				832		325		2452		1064	1810	38
	Hospitalisations	24321		3777	7083	3371		7404	2849	2645	972	1643	6820	1752
	Journées hospit.	218821		74223	40186	25948		52607	14843	37736	17098	30712	43572	12081
Ressou. financ.	Salaires Etat	***	515964	266963	180456	***		154802	102300	175414	104590	109922	199642	79321
	Fonct.Etat	***	628760	160667	380362	***	40836		79677	105991	74580		96800	57056
	Comité Santé	***		26439	31249	***	91725	91996	26977	160349	30000	67269	62239	45553
	Total	5194872	1144724	454069	592067	341709	132561	246798	208954	441754	209170	177191	358681	181930
Ressou. humain.	Médecins	54		47		9	27	12	6	6	6	8	6	3
	dont chirurg.	***				3	4	2	2	1		2	1	1
	Techn.sup.	14		8		6	1	7	4	8	4	1	6	2
	Infirm.DE	65		34		4	4	14	10	21	14	13	14	6
	Agents sanit.	139		37		4	22	45	11	32	7	16	18	3
	Sages femmes	32		2		4	20	8	5	12	5	10	15	2
	Autres	614				78	242	53	32	50	5	81	86	13
	Total	918		200		105	316	139	68	129	41	129	145	29
Nombre de lits installés		661		279	120	100	140	262	126	315	115	107	242	106
Produ- -ctivité	Consult./méd.	2068		0		2106		3239	2046	5489	1592	2639	6222	5866
	interv./chirg					242		986	324	854		459	837	849
	accouc/sage fem.	122		0		139		450	145	189	176	66	0	131
	TOL	91%		73%	92%	71%		55%	32%	33%	41%	79%	49%	31%
	DMS	9,0		19,7	5,7	7,7		7,1	5,2	14,3	17,6	18,7	6,4	6,9
	CRL	37		14	59	34		28	23	8	8	15	28	17

Source: visites sur le terrain.

(TOL=Taux d'Occupation des Lits; DMS=Durée Moyenne de Séjour; CRL=Coefficient de Rotation des lits).

**Tableau 30: Indicateurs de couverture par les CS et PS en 1994**

REGIONS	POPULATION	CONSULTANTS	TAUX		NOMBRE		POPUL/AGENT			NOMBRE		POPUL/ETABL.	
			UTILIS.	MED.	IDE/AS	SFE/AS	MED.	IDE/AS	SFE/AS	CS	PS	CS	PS
St Louis	779649	238158	31%	26	230	39	29987	3390	19991	4	55	194912	14175
Kaolack	935735	103344	11%	7	105	24	133676	8912	38989	4	62	233934	15093
Fatick	566227	174774	31%	8	88	26	70778	6434	21778	6	64	94371	8847
Kolda	700551	186813	27%	7	92	19	100079	7615	36871	3	58	233517	12078
Diourbel	768730	36653	5%	5	81	23	153746	9490	33423	4	54	192183	14236
Louga	551927	96414	17%	9	86	18	61325	6418	30663	5	55	110385	10035
Tambacounda	449866	46259	10%	14	166	8	32133	2710	56233	4	62	112467	7256
Ziguinchor	466832	31631	7%	29	123	30	16098	3795	15561	3	75	155611	6224
Thies	1067744	66427	6%	13	38	49	82134	28099	21791	9	82	118638	13021
Dakar	2028026	307948	15%	22	184	202	92183	11022	10040	10	88	202803	23046
Total	6287261	980473	16%	118	1009	236	53282	6231	26641	42	567	149697	11089

Source: Evaluation des plans régionaux de Districts de développement sanitaire (réf.14).

## **ANNEXE 3**

**\*\***

### **INFORMATIONS SYNTHETIQUES SUR LES 14 HOPITAUX VISITES**

**\*\***

- 1-Hôpital de Kaolack**
- 2-Hôpital de Louga**
- 3-Hôpital de Djourbel**
- 4-Hôpital de Ziguinchor**
- 5-Hôpital de Thiès**
- 6-Hôpital de Saint Louis**
- 7-Hôpital de Dioum**
- 8-Hôpital Le Dantec**
- 9-Hôpital de Fann**
- 10-Hôpital Albert Royer**
- 11-Hôpital Grand Yoff**
- 12-Hôpital Abass Ndao**
- 13-Hôpital Principal**
- 14-Hôpital Saint Jean de Dieu**

## **1-L'HOPITAL DE KAOLACK**

### **1-1-Présentation:**

Créé en 1932, l'hôpital de Kaolack a été agrandi par la construction d'un bâtiment de gynéco-obstétrique en 1970, puis plus récemment par celle d'une unité destinée aux maladies transmissibles et à la pneumo-phtisiologie.

Il dessert la région de Kaolack (plus de 800 000 habitants), ainsi que celle de Fatick (plus de 500 000 habitants) qui n'a pas d'hôpital régional.

-Il vient par ailleurs de bénéficier d'un très grand programme de réhabilitation de 4 milliards de FCFA, qui s'est achevé en 1992. L'essentiel du financement a été apporté par la coopération japonaise, qui a procédé à la fourniture d'une très grande dotation en équipement. Il a été complété par un apport du gouvernement sénégalais de 260 millions.

Grâce à ce programme, l'hôpital de Kaolack constitue à ce jour un établissement de valeur.

Totalement remis à neuf, repeint, bien équipé et maintenu dans un état de propreté remarquable, il constitue un outil de grande qualité.

La présence d'un personnel spécialisé devrait lui permettre d'assurer valablement ses missions d'hôpital de 1ère et 2ème référence.

Cependant, l'hôpital qui bénéficiait autrefois de la présence de plusieurs assistants techniques français (notamment un gynéco-obstétricien, un anesthésiste réanimateur, un pédiatre, un chirurgien, un médecin interniste) et de quatre paramédicaux japonais, ne dispose plus que de l'apport d'un médecin anesthésiste égyptien.

A ce jour il souffre d'un manque de spécialistes et même de médecins généralistes.

### **1-2-Présentation des différents services:**

**Tableau : Présentation des services**

SERVICES	LITS	MEDECINS	PARAMED.
Médecine	130	3	15
Pédiatrie	63	1	7
Chirurgie	91	1	21
Maternité	79	1	12
Total	363	6	55

#### **1-2-1-Médecine générale:**

Le service de médecine générale regroupe 4 unités:

-un service de porte: il offre 8 lits aux malades qui nécessitent des soins immédiats ou, à l'inverse, n'exigent pas une hospitalisation et peuvent ressortir après quelques heures de surveillance.

On l'appelle « service d'urgence », mais il n'en a que le nom. Il ne dispose en effet d'aucun équipement nécessaire pour mener à bien une telle activité. Bien qu'il lui arrive de recevoir des malades dans le coma, il n'a pas de climatisation, d'oxygène, d'aspiration, ni même de pharmacie d'urgence, les familles des malades devant aller acheter elles mêmes leur ordonnance à la pharmacie IB ou dans une pharmacie de la ville.

Il s'agit en fait d'un service de consultations externes, qui assure le tri des malades et effectue les premiers soins. Il repose essentiellement sur le travail d'infirmiers qui interviennent sous la supervision des médecins du service de médecine, qui sont appelés en cas de nécessité.

La présence permanente d'un médecin est largement souhaitée.

-Les autres services sont répartis entre plusieurs bâtiments et sont confiés à la responsabilités de 3 médecins:

.la médecine H (hommes) est dirigée par un médecin fonctionnaire (titulaire du CES de santé publique), qui est également médecin chef du département « médecine » et médecin résident de l'hôpital (il loge dans son enceinte). Il dispose de 34 lits installés et bénéficie de la présence de 2 infirmiers DE, de 2 agents sanitaires et d'un aide infirmier.

Il comprend 2 salles communes de 10 lits, 3 salles à 4 lits et 4 cabines à 1 lit, équipées d'une douche et d'un WC (les climatiseurs, qui sont prévus, n'ont pas été installés).

Le service ne dispose pas de fibroscope

.la médecine F (femmes) est confiée à un médecin généraliste recruté par le Comité de Santé.

Il dispose de 33 lits et de la présence de 2 infirmiers DE et de 2 agents sanitaires.

.les pédiatries A et B qui regroupent 63 lits sont actuellement sans pédiatre (il vient d'être affecté)

-Les maladies infectieuses et la pneumophtisiologie sont confiées à un autre médecin recruté par le Comité d Santé, qui n'est secondé que par un seul infirmier DE.

Construits à l'écart des autres services par la coopération japonaise, ils disposent respectivement de 16 lits en maladies infectieuses et de 20 lits en pneumophtisiologie.

Bien qu'ils commencent à rencontrer des cas de HIV, les hospitalisations de sidéens sont encore rares. Ils sont essentiellement suivis en consultations externes. Bien qu'il s recoivent des ordonnances simples (à base de cotrimoxazole), ils rencontrent des difficultés pour acquérir les produits qui leur sont prescrits.

Les tuberculeux sont traités gratuitement. La rifampicine est disponible, mais le laboratoire ne fait pas d'antibiogrammes, ni certaines sérologies essentielles en infectiologie (Vidal, Wrigt,...)

#### 1-2-2-Chirurgie:

Le service bénéficie de la présence d'un chirurgien et d'un médecin anesthésiste, qui est un assistant technique égyptien.

Les 3 salles d'opération (2 aseptiques et 1 septique) sont très bien équipées. La plus grande dispose d'un amplicateur de brillance. Les bâtiments sont d'une propreté remarquable et leurs peintures sont parfaites.

Tous les instruments sont disponibles. Le chirurgien souhaiterait seulement disposer d'une table orthopédique. Son personnel se limite à 3 infirmiers DE et à 4 agents sanitaires, qui sont souvent aidés par des infirmiers stagiaires.

Grâce au Comité de Santé, le service dispose des consommables nécessaires à son bon fonctionnement (fils de suture, produits anesthésistes,...), sauf en cas de rupture de stock à Dakar.

Les malades payent au Comité de Santé 10 000 F par intervention (y compris les consommables), auxquels s'ajoutent les frais d'hospitalisation et les ordonnances (antibiotiques,...).

La salle de stérilisation dispose de 2 autoclaves et 2 poupinels.

Le service d'hospitalisation comprend des chambres à 4 ou à 6 lits, ainsi que des cabines à 2 lits ou à 1 lit.

#### 1-2-3-Le service réanimation:

Equipé de 9 lits, il est confié au médecin anesthésiste égyptien et à 3 techniciens supérieurs en anesthésie.

Très bien équipé (présence de 3 cardioscopes fonctionnels) et très bien conçu, il est en mesure d'assurer des services de qualité.

Il sert principalement de salle de réveil pour les malades opérés.

Il dispose des seuls appareils à ECG de l'hôpital.

#### 1-2-4-Maternité:

Elle fonctionne sous la responsabilité d'un médecin gynécologue, recruté par le Comité de Santé depuis 3 ans.

Peu satisfait de ses conditions de travail, il est payé 175 000 F par mois et estime être surchargé de travail.

Son équipe comprend 11 sages femmes.

Elle dispose d'un échographe (qui était autrefois celui du service de radiologie).

Le service est équipé de son propre bloc opératoire, disposant de 2 salles (une septique et une aseptique).

Modestes, mais bien équipées, leur circuit d'oxygène est en panne et il n'y a pas de manomètre pour le protoxyde d'azote. Il souffre actuellement de manque de gants chirurgicaux.

Il dispose également d'une salle de réanimation pour nouveau né, dont les équipements sont insuffisants et qui manquent très souvent de consommables (sonde, cathéter,...)

La salle d'accouchement est équipée de 4 tables. La salle de travail comprend 6 lits.

Les salles d'hospitalisation se limitent à des chambres à 6 lits et à des cabines à 2 lits.

#### 1-2-5-L'ophtalmologie:

Elle fonctionne sous la responsabilité d'un médecin spécialiste, qui dispose d'un petit service très bien équipé.

Ses interventions sont faites grâce à des techniques ambulatoires, qui ne nécessitent aucun lit d'hospitalisation.

Ses activités s'inscrivent dans le cadre du programme national de lutte contre la cécité, qui le conduit à effectuer la supervision régulière des centres de santé. Les frais liés à ces déplacements sont pris en charge par la Coopération Française.

Une cataracte simple est facturée 15 000 F, une cataracte avec implant à 36 000 F.

#### 1-2-6-Le service de stomatologie:

Il est tenu par un chirurgien dentiste.

Il assure la supervision des infirmiers qui effectuent des soins dentaires dans les centres de santé.

#### 1-2-7-Le laboratoire:

Il est dirigé par un pharmacien biologiste, payé par le Comité de Santé, qui est aidé par un technicien de laboratoire (agent sanitaire formé sur le tas), un agent sanitaire et 2 aides infirmiers.

Un stagiaire préparant son diplôme de technicien supérieur est également présent.

Très bien équipé, il dispose d'un gazomètre, d'un spectrophotomètre, d'un coolter semi automatique (mais qui est déjà en panne et n'a pas pu être réparé).

Son champ d'activités concerne la biochimie, l'hémato, la parasito, la bactériologie (mais l'absence de milieu de culture ne lui permet pas de réaliser de culture).

L'immunologie se limite aux tests au latex, aux diagnostics de grossesse, aux ASLO.

Les réactifs sont achetés en partie par le Comité de Santé, en partie sur les 25 % du budget médicament de l'hôpital (la PNA ne fournit pas de réactifs).

#### 1-2-8-La Banque de sang:

Elle est dirigée par un technicien supérieur.

Elle effectue les tests HIV, les BW et les TPHA pour elle-même et pour l'ensemble de l'hôpital.

Les réactifs lui sont fournis par le Centre de Dakar. Les donneurs proviennent essentiellement des écoles, du camp militaire et des entreprises de la place.

Leur nombre s'est élevé à 1 479 en 1995 sur lesquels on a identifié 25 sérologies HIV positives (dont 9 confirmées), 14 BW et 271 Hbs. Ils ont été éliminés.

#### 1-2-9-La radio:

Elle est dirigée par un médecin radiologue fonctionnaire, qui est aidé par un infirmier DE et un manipulateur.

Il dispose d'un service très bien équipé. Les 2 salles lui permettent d'effectuer tous les examens avec contraste (TOGD, UIV, LB, HSG,...) mais pas les artériographies. Une troisième salle n'est pas encore installée. Un appareil de radio mobile permet de faire des clichés au lit du malade.

L'échographe dont il dispose serait l'un des plus performants du Sénégal (acheté 17 millions avant la dévaluation).

Un des 2 amplificateurs de brillance qui est en panne n'a pas pu être réparé.

Un des techniciens du service qui avait passé 8 mois au Japon pour se former, a été affecté à l'Hôpital de St Louis. Le dernier technicien japonais est venu à Kaolack en 1992.

Les films et réactifs sont achetés par le Comité de Santé. Ils ne souffrent d'aucune rupture de stock.

L'excellent fonctionnement de ce service peut être attribué à l'engagement du médecin radiologue, qui le gère de façon volontaire. De plus, le Comité de Santé est conscient que ce service génère à lui seul près de 30 millions de recettes par an.

### 1-3-Organisation et gestion:

#### 1-3-1-L'administration:

-Le directeur est un officier supérieur de l'armée sénégalaise, qui a reçu une formation en administration hospitalière et a déjà assuré la direction de l'Hôpital d'Ourossogui.

-Le médecin chef, qui est le chirurgien de l'hôpital, le seconde pour toutes les questions médicales.

-L'intendant est diplômé du Centre de Formation et de Perfectionnement Administratif (CFPA), qui forme les cadres moyens de l'administration (section B de l'ENAM). Il a la charge de la comptabilité matière, des magasins, de la cuisine et de la buanderie.

-Le surveillant général est un technicien supérieur, diplômé du Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers (CESSI). Il a la charge des services médicaux et de la morgue.

-Les majors sont des infirmiers DE.

-Le service social, le bureau du personnel et le service de maintenance dépendent directement du Directeur.

### 1-3-2-Le Comité de Santé:

Le montant total de ses dépenses de fonctionnement (y compris les salaires) en 1995 a été de 95 094 164 F (sans les achats de médicaments).

Il emploie actuellement 54 agents et est à la recherche d'un interne en gynécologie (qui sera payé 100 000 F par mois) et d'un pédiatre.

A la fin de chaque trimestre, 19 % des recettes enregistrées sont réparties entre les différents agents. Le montant de cette prime qui est identique pour tout le monde est de l'ordre de 30 000 F par trimestre et par personne.

Les tarifs pratiqués par l'hôpital sont les suivants:

-premières consultation:	500 F
-consultation d'un médecin	1 000 F
-hospitalisation:	
.ordinaire	5 000 F
.cabine 2 lits	8 000 F
.cabine 1 lit	15 000 F
-radio	
.externe	6 000 F
.hospitalisé	1 500 F
-intervent.chirurgicale	10 000 F
-cataracte	
.simple	15 000 F
.avec implant	36 000 F

### 1-3-3-Les services techniques:

-Le service social:

Il repose sur une assistante sociale et 2 aides sociales, qui ont géré 1 151 720 F en 1995, dont 534 668 F ont été destinés aux cas sociaux et 617 052 F au personnel.

-La maintenance:

L'équipe de maintenance est composée de 8 personnes, dont 3 techniciens formés à l'Ecole de Djourbel (niveau BEPC + 3 ans de formation, donnant droit à une équivalence avec un BTS). Ils sont aidés par 5 ouvriers comprenant un électricien, un maçon, un plombier, un électronicien et un frigoriste.

Elle partage ses activités entre le génie civil (maçonnerie, plomberie, électricité, menuiserie), l'entretien du matériel réfrigérant (réfrigérateurs, climatiseurs,...) et les équipements (poupinels, autoclaves, bains marie,...). Elle intervient également sur l'ensemble du système de soins public de la région, en assurant la maintenance des centres et postes de santé.

La direction estime à 30 millions le budget souhaité pour la maintenance, qui n'a été que de 13 millions en 1995, et à 10 millions les besoins en équipement.

-La cuisine:

Bien que la cuisine donne une excellente impression (local vaste, solide et bien tenu), ses équipements sont en panne et les repas sont préparés sur 3 pierres situées dans la cour.

Les plats sont dominés par le riz au poisson.

-Le parc de véhicules:

Il comprend 5 véhicules dont une ambulance de 1991 en bon état.

## 1-4-Les ressources:

### 1-4-1-Les ressources matérielles:

#### a) Les infrastructures:

-Les bâtiments, qui datent de l'époque coloniale, bénéficient d'une structure pavillonnaire et d'une architecture adaptée aux conditions climatiques (toit de tuile, pièces entourées par de grandes terrasses,...). Remis à neuf, ils offrent un cadre de qualité au personnel soignant et aux malades.

#### b) Les équipements:

La plupart des équipements ont été fournis par la coopération japonaise. Bien qu'ils soient d'acquisition très récente, certains d'entr'eux commencent à poser des problèmes de maintenance qui vont devenir de plus en plus difficiles à résoudre.

L'hôpital ne dispose en effet ni des ressources ni des dispositions techniques permettant d'assurer les réparations de tels équipements.

### 1-4-2-Les ressources humaines:

En 1995, elles comprenaient 129 personnes, dont 1 assistant technique égyptien

**Tableau 31: Situation du personnel de l'hôpital**

CATEGORIE	EXISTANT	BESOIN	CATEGORIE	EXISTANT	BESOIN
Administratif			.kinésithérap.	1	2
.Directeur	1	1	.anesthésistes	1	3
.Intendant	1	1	.manipulateurs	1	3
.Secrétaire	1	2	.sous total	5	6
.Commis d'admin.	0	1	Sages femmes	12	12
Médical			Infirmiers d'Etat	21	30
.Médecins général.	1	4	Agents sanitaires	32	40
.Chirurgiens	1	3	Technic. médicaux	2	2
.Pédiatres	1	2	Assistants sociaux	1	2
.Gynéco-obst.	0	2	Aides sociaux	2	2
.Ophtalmo.	1	2	Personnel technique		
.Radiologues	1	1	.Ingénieurs maint.	0	1
.Anesth.réan.	0		.Techn.mainten.	6	6
.Pharmaciens	0	1	.personnel service	0	3
.Chirurgiens dent.	1	1	.chauffeurs	0	3
.Sous total	6	16	.aides infirmières	19	30
Techn.de santé			.cuisinières	0	3
.administratif	1	2	.lingères	0	3
.biologistes	2	2	.couturières	0	3
.odontostom.	2	2	Total	109	167

### 1-4-3-Les ressources financières:

En 1995, les ressources de l'hôpital (hors salaires des fonctionnaires) se sont élevées à 266 millions de F, 106 millions provenant du budget de l'Etat et 160 millions du Comité de Santé.

a) Provenant de l'Etat:

**Tableau 32: Budget alloué à l'Hôpital Kaolack par le budget de l'Etat**

RUBRIQUES	BUDGET
fonctionnement	62217000
eau	5000000
electric.	14550000
téléph.	3000000
carburant	1563000
évac.san	3000000
banque sang	3000000
maintenance	13661000
Total	105991000

Le crédit médicament s'est élevé à 27 millions de FCFA.

b) Provenant des usagers:

**Tableau 33: Bilan financier de le Comité de Santé**

RUBRIQUES	RECETTES
Ventes de tickets	101458472
Médicaments IB	53108632
Lettres de garantie	5782000
Total	160349104

Il a permis au comité de santé d'employer 54 agents contractuels, dont la masse salariale mensuelle s'est élevée à 2 547 500 F.

c) Bilan financier:

**Tableau 34: Ressources de l'Hôpital en 1995**

ORIGINES	MONTANT
Budget de l'Etat	105991000
Ventes de tickets	101458472
Ventes médicaments	53108632
Lettres de garantie	5782000
Total	266340104

### 1-4-3-Les produits pharmaceutiques:

La pharmacie de l'hôpital dispose de médicaments en nom générique qui sont cédés contre paiement aux malades. Leur réapprovisionnement s'effectue auprès de la PNA ou d'autres fournisseurs privés.

Son chiffre d'affaire en 1995 s'est élevé à 53 millions de F.

Malgré sa présence, les  $\frac{3}{4}$  des ordonnances sont rédigées en spécialités et doivent acquises dans une pharmacie privée de la ville.

### **1-5-Les résultats:**

#### 1-5-1-Les activités:

En 1995, l'hôpital a reçu 15 544 consultants et effectué 28 329 consultations.

Ces chiffres sont le reflet de l'importance des activités de 1er niveau au sein de l'établissement.

**Tableau 35: Activités externes en 1995**

SERVICES	CONSUL-	
	-TANTS	-TATIONS
Accueil médecine	4237	6422
Urgences chirurgic.	1860	6175
Médecine	1800	2305
Gynéco-obstétrique	720	2000
Mal.infectieuses	219	736
Pneumo-phitismo.	130	254
Odontostomato	914	1468
Pédiatrie	1230	1325
Kinésithérapie	266	1572
Ophthalmo.	4168	6072
Total	15544	28329

**Tableau 36: Bilan des actes réalisés en 1995**

ACTES	NOMBRE
Soins dentaires	
.extractions	100
.obturât. endodont.	111
.obturat.définît.	120
.affect.parodont.	72
.sous total	403
Intervent.chirurgic.	
.sous AG	316
.sous ALR	538
.sous total	854
Intervent.gynécoobst.	
.sous AG	563
.sous ALR	116
.sous total	679
Accouchements	
.par voie basse	2268
.par césarienne	246
.sous total	2514

**Tableau 37: Bilan des examens radiographiques réalisés en 1995**

TYPES D'EXAMEN	NOMBRE DE MALADES			
	EXTERNES	HOSPITAL.	PERSON.	TOTAL
Radiographies				
.Sans préparation	4904	2017	151	7072
.Avec préparation	766	303	38	1107
.Autres	19	7	3	29
.Sous total	5689	2327	192	8208
Echographies				
.Abdomina.	278	387	27	692
.Pelviennes	1311	312	87	1710
.Autres	37	11	2	50
.Sous total	1626	710	116	2452
Total examens	7315	3037	308	10660

**Tableau 38: Bilan des examens de laboratoire réalisés en 1995.**

TYPE	NATURE	NOMBRE
Hématologie	NFS	2471
	VS	1583
	GS-Rhésus	1307
	BW	120
	Test d'Emmel	96
	HBS	4
Parasitologie	Selles	984
	GE	1702
Biochimie	Glycémie	3778
	Sucre-albumin	3778
	Créatinémie	744
	Cholestérol	223
	Azotémie	2615
	Acide urique	896
	Transaminases	213
Bactériologie	BK	1865
Immunologie	HIV	24
Total		22403

**Tableau 39: Bilan de la Banque de Sang en 1995**

NATURE	NOMBRE
Flacons prélevés	1479
Flacons éliminés	
.syphilis	14
.hbs	271
.HIV	25
.Autres	90
.Sous total	400
Flacons distribués	1079

### 1-5-2-Les indicateurs de performance de l'hôpital:

Avec un taux d'occupation des lits de 33 %, les capacités d'hospitalisation de l'hôpital de Kaolack sont fortement sous utilisées.

**Tableau 40: Bilan des hospitalisations en 1995**

SERVICES	LITS	HOPITAL.	NJH	TOL	DMS
Accueil	8	265	911	31%	3,44
Médecine H	34	244	4531	37%	18,57
Médecine F	33	372	4562	38%	12,26
Pédiatrie A	34	288	3390	27%	11,77
Pédiatrie B	26	152	2324	24%	15,29
Maladies infect.	16	132	1416	24%	10,73
Pneumophtisio.	20	40	2470	34%	61,75
Urgences	5	110	176	10%	1,60
Réanimation	9	118	1912	58%	16,20
Chirurgie H	37	276	3405	25%	12,34
Chirurgie F	27	154	3876	39%	25,17
Urologie	8	26	826	28%	31,77
Maternité	58	468	7937	37%	16,96
Total	315	2645	37736	33%	14,27

### 1-5-4-L'accessibilité

**Tableau 41: Dépenses liées au cas sociaux en 1995**

DESIGNATION	MONTANT
Cas sociaux	534668
Personnel	617052
Total	1151720

### **1-6-Analyse:**

#### **-Impression générale:**

Les activités de l'hôpital sont dominées par des problèmes qui devraient être réglés par les formations sanitaires de 1er niveau.

La ville de Kaolack, dont la population s'élève à plus de 300 000 habitants, ne dispose que de 3 formations publiques (le centre de santé de district, une infirmerie militaire et un dispensaire des grandes endémies), du dispensaire privé sans but lucratif du village SOS, qui hospitalise, de 2 cabinets privés de médecine générale et de 2 cabinets dentaires privés.

L'hôpital ayant toujours assuré ce rôle de premier niveau (en particulier lors de la présence des assistants techniques français), il est considéré comme le principal lieu de recours par la population.

En l'absence de données fiables, le médecin chef de la médecine estime que 50 % de ses activités de consultation devraient être assurées par des formations périphériques.

#### **-Observations sur la qualité des soins:**

Si ce n'est l'insuffisance de ressources humaines, l'hôpital offre aux malades un environnement médical très satisfaisant.

Le plateau technique est parfaitement suffisant.

-En conclusions, l'hôpital de kaolack constitue un établissement qui bénéficie de toute l'infrastructure nécessaire pour assumer de façon très satisfaisante ses missions.

L'importance des ressources acquises par le Comité de Santé lui permet de répondre à ses besoins essentiels.

On constate cependant:

- .qu'il est submergé par un excès d'activités de 1er niveau,
- .qu'il ne dispose pas de certains outils de gestion (pas de comptabilité analytique, pas d'amortissement,...)
- .qu'il est très fragile et se trouvera dans l'attente de financements extérieurs lorsque se poseront les problèmes de maintenance.
- .qu'il reste encore sous utilisé dans ses capacités d'accueil.

Il reste cependant évident que le faible nombre de médecins constitue un problème majeur de cet établissement: de toute évidence, un établissement de 2ème référence ne peut pas répondre valablement à ses missions avec seulement 6 médecins.

Cet établissement devrait être choisi pour tester la mise au point de toute réforme éventuelle du système hospitalier.

- il vient d'être refait et bénéficie de conditions matérielles satisfaisantes, qui n'exigeront pas de nouveaux investissements à moyen terme.
- son Comité de Santé est parfaitement opérationnel et ses ressources sont très importantes.
- l'équipe de direction est prête à s'investir dans cette expérience.

## **2-L'HOPITAL DE LOUGA**

### **2-1-Présentation:**

Situé à 73 km de St Louis, cet hôpital dessert une région de près de 500 000 habitants.

Mis en service en 1983, il a été construit et équipé sur des fonds privés par un don d'El Hadj Djily Mbaye, l'une des deux grosses fortunes du Sénégal.

D'une capacité totale de 130 lits, son organisation a fortement bénéficié de la coopération italienne qui a été constamment présente depuis l'ouverture de l'établissement jusqu'en 1990. L'apport italien s'est concrétisé par une assistance technique (jusqu'à 6 personnes en 1988), une aide en investissement, des travaux de réhabilitation et des dons d'équipement. Cette aide semble avoir souffert de problèmes de programmation et d'un manque de concertation entre les instances italiennes et sénégalaises.

En plus de l'hôpital, la ville de Louga, dont la population s'élève à 70 000 habitants, dispose d'un centre de santé équipé de 6 lits d'hospitalisation, 2 cabinets privés, 3 dispensaires municipaux, 1 dispensaire des grandes endémies et 1 dispensaire de la mission catholique.

### **2-Les différents services:**

#### **2-1-Le service de médecine:**

D'une capacité de 36 lits, il dispose d'1 infirmier DE et de 3 aides infirmiers

Son équipement est réduit au strict minimum. Pas d'aspirateur, pas d'ECG (il faut utiliser celui du bloc, qui ne peut pas être déplacé). Or il recoit des malades dans le coma.

Il ne dispose pas de produits d'urgence: le malade doit acheter les médicaments qui lui sont prescrits.

#### **2-2-Le service de pédiatrie:**

L'hôpital ne disposant pas de pédiatre, il est dirigé par un médecin généraliste, qui a été recruté par le Comité de Santé il y a 2 ans.

Sa capacité est de 28 lits. Il effectue 3 consultations hebdomadaires.

La pathologie qu'il traite est dominée par les maladies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles. Les cas qui posent un problème de médecine interne sont rares.

Il dispose de quelques produits d'urgence, mais n'a pas, par exemple, de quinine injectable.

#### **2-3-Le service de chirurgie:**

D'une capacité de 36 lits, il est dirigé par un chirurgien qui est secondé par un chirurgien stagiaire. Il dispose par ailleurs d'un infirmier DE et de 3 aides infirmiers.

Les anesthésies sont réalisées par un technicien supérieur en anesthésie, un infirmier DE et un agent sanitaire. Ayant bénéficié de nombreux stages, notamment en France et en Italie, on peut considérer qu'ils ont reçu une formation solide.

#### **2-4-la maternité:**

D'une capacité de 19 lits, elle dispose d'une salle d'accouchement modeste, équipée d'une table d'accouchement, d'une table d'examen et d'une table de réanimation néonatale construite de façon artisanale. Le système d'adduction d'eau ayant des problèmes, les robinets sont inutilisables. Le chauffe eau électrique est par ailleurs en panne.

Son équipement est réduit au strict minimum et ne lui permet de faire que des accouchements normaux.

Une salle était à l'origine réservée aux dystocies. Elle ne dispose plus que d'un scialytique et doit être transformée en salle de consultation.

Elle fonctionne grâce à la présence d'un gynécologue égyptien, de 5 sages femmes, de 3 aides infirmiers.

Elle effectue des consultations prénatales, mais ne mène pas d'activités de planning familial.

C'est en principe le chirurgien qui effectue les césariennes. En cas d'absence, c'est le gynécologue qui les réalise.

2-5-L'ophtalmologie

Il est dirigé par un ophtalmologiste, dont l'équipement est à bout de souffle. La proximité de St Louis conduit à se demander si la présence d'un tel service spécialisé est actuellement justifiée. Les raisons de sa présence semblent en effet d'ordre strictement administratif (un hôpital régional doit avoir un médecin ophtalmologiste) et ne paraissent pas résulter d'un choix raisonné.

2-6-Le service de porte:

Il regroupe un service d'accueil et une salle d'urgence.

.C'est au service d'accueil de l'hôpital, que s'adressent les malades lorsqu'ils arrivent à l'hôpital.

Son rôle est d'assurer les premiers soins et, si nécessaire, de répartir les malades entre les salles de consultation des différents médecins.

.Les salles d'urgences regroupent une salle de 4 lits, équipée d'un aspirateur et d'un poste d'oxygène mobile et une salle d'observation de 2 lits.

Il fonctionne grâce à la présence de 3 infirmiers DE et 1 agent sanitaire.

2-7-Le service dentaire:

Il est équipé de 2 fauteuils.

Le premier, qui date de l'ouverture de l'hôpital en 1983, n'est plus fonctionnel.

Quant au second, il a été installé en 1992 et souffre déjà de pannes d'aspirateur et de turbine.

Il est dirigé par un chirurgien dentiste.

Il est équipé d'une radio, mais qui n'est pas utilisée.

Il assurait auparavant la supervision des infirmiers spécialisés de la région, mais a interrompu ses tournées, car elles ne sont plus financées.

Les consommables sont acquis sur le budget de l'Etat et, parfois, sur celui du Comité de Santé.

Le rythme de travail est de l'ordre de 25 malades par jour.

Chaque acte est l'objet d'une facturation précise. La proportion de ceux qui ne peuvent pas payer est estimée à moins de 10 %

Par contre, le nombre des patients qui sont « recommandés » et ne payent rien en conséquences est loin d'être négligeable.

2-8-Le service de radiologie:

Il comprend 2 salles de radio toutes 2 équipées, mais non plombées.

Dans la première salle, la table, qui date de 1982 et qui est d'origine italienne est en état de marche, bien qu'il y a 4 ans qu'on ne peut plus lire l'ampérage. C'est elle qui assure les radios de l'hôpital.

Dans la seconde salle, la table de radio est en panne. D'après la maison MHO, il faut changer une carte. Le devis estimatif est de 2 millions, qui ont été demandés au Comité de Santé.

Le service dispose également d'un mammographe, qui, bien que fonctionnel, n'est évidemment pas utilisé.

Ne sont effectués que des examens sans préparation. On faisait autrefois des UIV en présence de l'anesthésiste italien.

Le service est dirigé par un technicien supérieur en radio, qui est secondé par 2 aides formés sur le tas.

Il est équipée d'une développeuse automatique, qui est en panne depuis plusieurs années: les développements se font donc de façon manuelle.

L'hôpital dispose par ailleurs d'un échographe. Les examens sont réalisés par le chirurgien.

### 2-9-Le laboratoire et la banque de sang:

Le laboratoire effectue une gamme d'examens de base relativement limitée; hématologie (FS, VS, TH, Emmel), biochimie (glycémie, azotémie, créatinémie, cholestérol, fibrinémie), bactériologie (mais pas de culture).

Les réactifs sont fournis par le Comité de Santé et les ruptures sont rares.

Ils fonctionnent tous deux sous la responsabilité de la biologiste (titulaire d'un DEA), qui en assure la direction.

Se trouvent à ses côtés un infirmier DE, 2 agents sanitaires, un aide infirmier et un manoeuvre.

La Banque de Sang effectue des sérologies HIV à partir de tests rapides.

### 2-10-Le service de kinésithérapie:

Il assure essentiellement le traitement des séquelles d'accident vasculaires cérébraux, de fractures, etc...

Son équipement semble très complet. Il comprend même une salle de balnéothérapie, qui est en panne.

Il fonctionne grâce aux activités d'un technicien supérieur et d'un aide infirmier.

Son existence et son intérêt sont encore mal connus. Son activité serait en moyenne d'une dizaine de malades par jour.

## **3-Organisation et gestion:**

### 3-1-L'administration:

Le directeur de l'Hôpital de Louga est diplômé de l'ENSP de Rennes.

Il est secondé par un intendant, un surveillant général, deux secrétaires (dont une recrutée par le Comité de Santé) et un manoeuvre.

### 3-2-Le Comité de Santé:

Il est composé des mêmes personnes que le Comité du District de Louga.

\* Les tickets sont vendus à la porte de l'hôpital. Ils comprennent 3 souches: la première est destinée au malade, la 2ème au médecin et la 3ème au Comité de Santé.

\* Le recouvrement des coûts est limité:

.par le personnel qui accepte de traiter des malades sans tickets,

.par le grand nombre de cas « recommandés »

.par les décès, qui empêchent toute demande de paiement (« on n'ose pas »)

.par le non paiement des actes lorsque le malade est hospitalisé: il ne s'acquitte que du forfait de 3 000 F par période de 10 jours (qui est en fait illimitée).

Cette situation s'oppose à la particularité de la ville de Louga, qui est en fait une ville « d'affaires », d'où partent de nombreux migrants et où circulerait beaucoup d'argent.

\* Les tarifs sont les suivants:

**Tableau 42: Tarifs pratiqués par l'hôpital**

NATURE	MONTANT	NATURE	MONTANT
Consultations	500	Laboratoire	
Soins dentaires		.NFS	500
.extraction: la dent	500	.glycémie	1000
.amalgame	1500	.azotémie	1000
.pulpectomie	2000	.Emmel	500
.tumeur	1000	.TP	1000
.cellulite	1000	.BW	1000
.détartrage	2000	.ASLO	2000
.composite	2500	.Prél.vaginal	2000
.blocage mandib.	2500	.ECBU	800
.réduct.lux.mandib.	1000	.crachats	800
.sutures	1000	.créatinine	1000
.curetages	2000	.fibrinémie	1500
.stomatite	1000	.groupe sang.	1000
.alvéolite	500	.VS	500
.radio	500	.transaminases	1000
Echographies	5000	.alb.sucre	500
Accouch.normal	3000	.selles KOP	500
Accouch.dystoc.	5000	.cholestérol	1000
Intervent.chirur.	10000	Radiographies	
Césarienne	10000	.poumon/incidence	2000
Hospitalisat.		.os	2000
.ordinaire 6 lits	3000	.bassin	3000
.ordinaire 4 lits	5000	.ASP	3000
.cabine 2 lits	10000	.rachis	3000
.cabine 1 lit	15000	.crâne	3000

### 3-3-L'approvisionnement pharmaceutique:

Le dépôt de vente de l'IB est situé à la porte de l'hôpital. Une personne donne les produits, l'autre calcule et encaisse l'argent.

### 3-4-Les services techniques:

\* Le service de maintenance:

Son équipe se limite à 2 techniciens diplômés de l'école de Djourbel. Son rôle se limite à des petits travaux de réparation (électricité,...).

\* La cuisine:

De conception moderne, elle est encore fonctionnelle. Elle dispose d'une chambre froide et produit 1 repas par jour aux malades et 3 repas par jour au personnel de garde.

Son personnel comprend 1 dépensier fonctionnaire, 2 aides cuisinières et 2 temporaires qui sont payés sur le budget de l'Etat.

La direction n'est pas en mesure de préciser le coût de revient d'un repas.

\* La buanderie:

La plupart des équipements (machine à repasser, machines à laver,...) sont en panne. Seules 2 machines ordinaires sont encore fonctionnelles. De plus, le bâtiment où elles se trouvent commence à se dégrader. Le travail est assuré par un manoeuvre.

\* La propreté de l'établissement:

Elle est sous traitée par la direction auprès d'un GIE. Le contrat concerne à la fois le nettoyage et le gardiennage. Il conduit à l'emploi de 22 agents. Le montant du contrat est de l'ordre de 600 000 F par mois. Il est imputé sur le budget de l'Etat et ne porte que sur la main d'oeuvre, les produits d'entretien restant à la charge de l'hôpital.

#### 4-Les ressources

##### 4-1-Les ressources matérielles:

a) L'infrastructure:

L'hôpital est construit dans un ensemble de pavillons répartis sur un grand terrain clos. Les bâtiments sont en bon état.

b) Les équipements:

Ils ont été acquis pour la plupart il y a plus de 10 ans et commencent à poser de sérieux problèmes de maintenance.

## 4-2-Les ressources humaines:

Tableau 43: Ressources humaines en 1995

QUALIFICATION	ETAT	ASS.TECH.	COMITE	TOTAL	BESOINS
Médecins					
.chirurgien	1	0	1	2	1
.ophtalmo	1	0	0	1	0
.médecins	0	0	2	2	0
.gynécologue	0	1	0	1	1
Dentiste	1	0	0	1	0
Biologiste	0	0	1	1	0
Techn.supér.	4	0	0	4	1
Sages femmes	5	0	0	5	1
Infirmiers DE	9	0	1	10	3
Agents sanitaires	0	0	0	0	2
Manoeuvres	7	0	0	7	0
Aides infirmiers	11	0	0	11	0
Filles de salle	4	0	0	4	0
Agent d'hygiène	1	0	0	1	0
Couturière	1	0	0	1	0
Technic.mainten.	2	0	0	2	0
Electriciens	1	0	0	1	1
Plombier	0	0	0	0	1
Menuisier	0	0	0	0	1
Chauffeur	0	0	0	0	1
Lingères	1	0	0	1	0
Cuisinière	1	0	0	1	0
Commis admin.	1	0	0	1	0
Secrétaire d'adm.	1	0	1	2	0
Administ.hospital.	1	0	0	1	0
Dépositaire pharm.	0	0	4	4	0
Collect.tickets	0	0	4	4	0
Total	53	1	14	68	13

Le Comité de Santé joue un rôle majeur, car il a permis le recrutement de 3 médecins sur les 6 que compte l'hôpital.

Les 2 médecins généralistes et le biologiste qui ont été ainsi recrutés reçoivent un salaire de 100 000 F par mois. Ils sont par ailleurs logés à proximité de l'hôpital et nourris

L'hôpital attend l'arrivée d'un stagiaire chirurgien dont l'indemnité mensuelle sera de 125 000 F par mois.

Cette solution n'est pas satisfaisante car il s'agit de jeunes qui quitteront l'établissement dès qu'ils auront trouvé une place plus intéressante.

De sa création à 1990, l'hôpital a bénéficié de la présence d'assistants techniques italiens.

Il ne reste à l'heure actuelle qu'un seul assistant technique qui est égyptien et médecin gynécologue.

#### 4-3-Les ressources financières:

a) Provenant de l'Etat:

**Tableau 44: Crédits 1995 de l'hôpital**

NATURE	MONTANT
Fonctionnement	48700000
Fonction.banque sang	2000000
Carburant	780760
Evasan	3000320
Electricité	13236601
Eau	3426864
Téléphone	4597110
Maint. & équip.	3935500
Total	79677155

b) Provenant des ménages:

**Tableau 45: Bilan financier 1995 du Comité de Santé**

RECETTES	MONTANT	DEPENSES	MONTANT
Tickets	14962340	Médicaments	8041198
Médicaments	12014476	Diverses	14645609
		Excédent	4290009
Total	26976816	Total	22686807

## 5-Les résultats:

### 5-1-Les activités:

**Tableau 46: Nombre d'actes réalisés au cours de l'année 1995.**

NATURE	NOMBRE	NATURE	NOMBRE
Consultations	12273	Anesthésie	
Accouchements	724	.AG	502
Radio		.ALR	125
.os	2602	.AL	21
.poumon	1603	.sous total	648
.TOGD/LB	14	Examens labo	
.UIV	58	.bactério	1743
.autres	133	.biologie	5233
.sous total	4410	.biochimie	5556
Interv.chirurg.		.sous total	12532
.curetage	26	Ophthalmo	
.hystérectomie	14	.consultants	952
.césariennes	113	.consultations	1801
.hernies	81	Intervent.opht.	
.GEU	16	.cataractes	73
.occlusions	16	.trichiasis	50
.chir.oss.membres	98	.traumatismes	9
.prostate	28	.ptérygion	16
.retrec.urethral	23	.chalazion	7
.hydroceles	21	.autres	8
.appendicite	9	.sous total	163
.vagotomie	6	Soins dentaires	
.péritonite	12	.consultations	1767
.phlegmon bourses	7	.extractions	2235
.mastectomie	6	.obturations canal.	134
.thyroïde	8	.amalgames	221
.divers	175	.autres	749
.sous total	659	.sous total	5106

### 5-2-La performance des différents services:

Avec un taux d'occupation des lits de 32 %, les capacités de l'hôpital de Louga est nettement sous utilisées. En l'absence d'une étude approfondie, il est impossible de préciser si cette situation résulte d'un sous enregistrement des malades, d'une surcapacité de l'hôpital ou d'un dysfonctionnement de l'établissement.

**Tableau 47: Bilan d'activité des différents services en 1995**

Services	Lits	Hospitalisés	Journées	TOL	DMS
Médecine	36	497	4574	35%	9,2
Pédiatrie	29	184	2419	23%	13,1
Chirurgie	36	581	4542	35%	7,8
Urgences	6	273	549	25%	2,0
Maternité	19	1314	2759	40%	2,1
Total	126	2849	14843	32%	5,2

## 6-Analyse:

L'hôpital de Louga constitue une petite unité hospitalière dont le statut d'hôpital régional est d'avantage lié à sa situation géographique qu'aux résultats d'une analyse technique.

Si on le considère comme un hôpital régional, il est encore loin d'offrir toute la gamme de services que l'on peut attendre d'un tel type d'établissement. Si par contre, on le considère comme un hôpital local, il constitue alors un excellent hôpital de 1ère référence.

Sa proximité avec l'hôpital de St Louis conduit à se demander dans quelle mesure l'hôpital de Louga ne devrait pas être considéré dans les années à venir comme un hôpital de 1ère référence, plutôt qu'un hôpital de 2ème référence.

\* Les performances de l'hôpital de Louga restent extrêmement limitées.

Cette situation est visible non seulement dans l'utilisation de ses capacités (son taux d'occupation des lits n'est que de 32 %), mais également dans la nature des services qu'il offre aux populations.

C'est ainsi que la maternité n'offre rien de plus que celle d'un centre de santé.

A l'exception du bloc opératoire qui permet les césariennes, rien ne montre qu'elle fonctionne comme une maternité de référence. Tout tend au contraire à réduire son niveau de technicité.

-Tout le monde estime que si l'hôpital disposait d'une clinique, il y aurait d'autant plus de monde pour l'occuper qu'il n'y a pas de clinique privée à Louga.

### **3-L'HOPITAL DE DJOURBEL:**

#### **3-1-Présentation générale:**

Situé à 64 km de Kaolack, l'Hôpital Heinrich Lubke de Diourbel a été construit et équipé en 1965 par la République Fédérale d'Allemagne sur un vaste terrain (8 hectares). Sa capacité initiale qui était de 180 lits n'est plus à l'heure actuelle que de 82 lits installés.

Grâce à la présence d'une assistance technique allemande, cet hôpital a été considéré pendant longtemps comme un modèle de rigueur et de qualité.

Conçu selon une architecture pavillonnaire, il constitue un très bel établissement. D'une capacité initiale de 180 lits, sa capacité actuelle est de 115 lits.

La RFA, qui continue à soutenir l'Ecole de Formation des techniciens de maintenance hospitalière, envisagerait de renouveler son appui, à condition qu'un certain nombre de préalables soient remplis.

Les gens de l'hôpital s'inquiète de la construction à Touba d'un hôpital privé de 3 milliards de F.

#### **3-2-Présentation par service:**

##### **3-2-1-Le service de porte:**

Un infirmier DE assure une consultation quotidienne, qui oriente si nécessaire les malades vers les services spécialisés.

Il dispose de 5 lits pour traiter les malades reçus en urgence. Il ne dispose cependant ni d'oxygène ni d'aspiration.

##### **3-2-2-Médecine générale:**

D'une capacité initiale de 88 lits, il ne dispose que de 42 lits installés et sans matelas pour la plupart (les malades doivent apporter leur matelas à l'hôpital).

Il est subdivisé en une unité « réception » de 4 lits, une unité « médecine homme », une unité « médecine femmes » et une unité « pédiatrie ».

Il dispose d'un appareil à ECG, mais qui est en panne. Aucun frigidaire n'est en état de marche. Aucun chambre n'est climatisée.

Il est dirigé par un jeune médecin généraliste, recruté par le Comité de Santé, qui assure l'essentiel des activités (consultations externes, suivi des malades hospitalisés, intervention au niveau du service de porte,...). Disposant d'un logement à l'intérieur de l'hôpital, il assure une fonction d'astreinte quotidienne. sans garantie d'emploi, il aspire à se spécialiser en échographie et à s'installer dans le secteur privé.

La pathologie est dominée par des affections courantes: paludisme, pneumopathies, tuberculose,...

##### **3-2-3-Chirurgie:**

D'une capacité initiale de 88 lits, le service de chirurgie ne dispose plus que de 38 lits installés, en aussi mauvais état que ceux du service de médecine et également sans matelas pour la grande majorité.

Il comprend:

- .un bloc opératoire disposant de 2 salles d'opération, dont une seule est fonctionnelle (table d'opération et climatisation en panne),
- .une salle de réanimation non fonctionnelle (par manque de lits, de climatisation, d'oxygène),
- .une unité « chirurgie hommes » et une unité « chirurgie femmes »
- .une salle de stérilisation, équipée d'un autoclave dont seulement une partie est fonctionnelle.

Il est dirigé par un chirurgien, qui est assisté par un assistant technique égyptien. Le personnel paramédical est limité à 1 technicien supérieur, à 7 infirmiers DE, à 3 agents sanitaires, à 1 aide infirmier, à 1 agent d'hygiène et à 1 manoeuvre.

-Les anesthésies sont effectuées par un infirmier DE compétent.

-Les malades opérés doivent acheter leurs produits à la pharmacie IB, qui leur accorde une réduction de 25 %.

Les locaux du bloc sont très bien conçus. Les salles d'opération sont vastes et très fonctionnelles.

Le service manque d'instruments (pas de boîte à amputation, autres boîtes incomplètes,...)

La plupart des équipements sont en panne: l'autoclave ne marchant pas, la stérilisation est faite au poupinel...

### 3-2-4-Maternité:

Destinée à l'origine aux seuls accouchements dystociques, sa capacité initiale était de 4 lits. Des lits supplémentaires ont été répartis entre les différentes pièces destinées aux activités techniques et ont porté sa capacité actuelle à 15 lits.

Sa visite permet de constater qu'elle avait été conçue comme une maternité de haut niveau (salle de surveillance, salle de réanimation avec oxygène,...), mais aussi qu'actuellement les femmes accouchent au beau milieu de celles qui les ont précédées...!

Elle est dirigée par un médecin gynécologue, qui effectue sa dernière année de CES à l'Hôpital Le Dantec et qui est rémunéré par le Comité de Santé.

Les activités de la maternité reposent également sur la présence de 4 sages femmes.

La maternité ne dispose pas de pèse bébé.

Les locaux disponibles permettraient d'améliorer de façon significative l'organisation de maternité. Le personnel soignant obtiendrait de meilleures conditions de travail et aux femmes hospitalisées de meilleures conditions d'hébergement.

### 3-2-5-Service dentaire:

Il ne dispose que d'un seul fauteuil, qui a été installé il y a 3 ans par l'Italie.

Il bénéficie de la présence d'un chirurgien dentiste, qui prépare son départ de la fonction publique pour s'installer dans le secteur privé (à Touba).

Le service dispose des consommables voulus: une partie est achetée sur les 25 % du crédit médicament et le reliquat par le Comité de santé.

Il recevrait entre 8 et 10 malades par jour.

### 3-2-6-Service de radio:

Il dispose de 2 salles de radio, dont une seule (qui a été cédée par l'hôpital de Thiaroye) est actuellement fonctionnelle (la table mobile dont dispose l'hôpital est en panne depuis de nombreuses années) et d'un échographe (qui est peu performant et demanderait à être renouvelé).

Il bénéficie de la présence du médecin radiologue recruté par le Comité de Santé, qui travaille à Djourbel 2 jours par semaine, d'un technicien sanitaire, d'un infirmier et d'un agent sanitaire.

Grâce à la venue de ce médecin radiologue qui partage son temps avec l'hôpital de Fann, le service peut réaliser des urographies intraveineuses et des lavements barytés.

En l'absence du médecin, les radio sans préparation sont effectués par les 2 manipulateurs de l'hôpital.

Le développement des films se fait à la main.

### 3-2-7-Laboratoire:

Son équipement est très limité et date pour l'essentiel de la création de l'hôpital.

Grâce au Comité de Santé, il vient de recevoir un spectrophotomètre (d'une valeur d'acquisition de 2,7 millions), qui lui permet de réaliser un large champ d'examen.

Son personnel comprend 2 pharmaciens rémunérés par le Comité de Santé, un technicien médical, un agent sanitaire et une aide infirmière.

Les réactifs sont achetés à Dakar par le Comité de Santé et ne posent pas de problème.

### 3-2-8-Banque de sang

Elle dispose du peu de matériel qu'exigent les prélèvements et la conservation sanguine. Les réfrigérateurs qui permettent la conservation des réactifs et des poches de sang sont fonctionnels, mais à bout de course.

Son personnel comprend un technicien supérieur et un agent sanitaire. Ils sont aidés par 2 secouristes qui sont payés par le Comité de Santé.

Elle est équipée d'une colonne réfrigérante et de 2 réfrigérateurs, tous fonctionnels, mais certains de ses équipements sont hors d'usage. Il s'agit notamment d'un lecteur d'élisa, d'une centrifugeuse et d'un bain marie.

Elle effectue un large champ d'examen: test HIV (rapide), Hbs, TPHA, Emmel, recherche d'hémolysines.

Elle bénéficie de la venue régulière de l'équipe de supervision du Centre National de Transfusion Sanguine.

Son budget est de 5 millions par an. Il lui permet d'acheter des poches à la PNA à 790 F l'unité. Les tests HIV et Hbs lui sont donnés par le CNTS. Elle achète elle-même ses sérums pour le groupage.

Sa production en 1995 a été de 1 007 poches de sang.

3-2-9-Pharmacie:

Elle est dirigée par un infirmier qui assure à la fois la gestion des médicaments acquis sur le budget national (pour un montant de 16 millions) et ceux de l'Initiative de Bamako.

Les ordonnances de l'IB comportent un double volet. Elles représenteraient 70 % des prescriptions délivrées par la pharmacie de l'hôpital.

3-2-10-Services techniques:

## a) Le service de maintenance:

-Dirigé par un technicien de maintenance hospitalière, il comprend un second technicien de maintenance et un plombier (fonctionnaire). Ils sont appuyés par deux agents contractuels payés par le Comité de Santé: un électricien frigoriste et un menuisier.

Par ailleurs, deux éboueurs à temps partiel sont payés par le budget de l'Etat.

Son budget annuel est de 6 millions de F.

-Il est surprenant de constater l'état de dégradation de l'hôpital de Djourbel, alors que l'école nationale de maintenance hospitalière se trouve dans l'enceinte de cet établissement. On est en droit de se demander non seulement pourquoi l'école n'a pas fait de l'hôpital son principal champ d'application et si le contre exemple que constitue pour les élèves l'hôpital qu'ils traversent chaque jour n'annihile pas les efforts pédagogiques que fait le corps enseignant de cet établissement.

-Le groupe électrogène de l'hôpital est également en panne (depuis 6 mois): d'une puissance de 65 Kva, il a été installé en 1967 et les pièces de rechange de ce type d'appareil ne sont plus disponibles sur le marché.

L'hôpital dispose de batteries de secours produisant un courant de 24 v pour permettre au chirurgien d'opérer en cas de coupure d'électricité.

-L'incinérateur, qui marche au gaz oil, est également hors d'usage depuis longtemps.

## b) La cuisine:

La cuisine qui était autrefois une cuisine moderne, équipée de grandes cuisinières, est totalement hors d'usage, y compris les 2 chambres froides. Elle est donc faite au charbon de bois par un cuisinier payé sur les crédits de l'Etat.

## c) buanderie:

La buanderie qui bénéficiait également d'un équipement moderne lors de sa création (grandes machines à laver, sècheuse, repasseuse,...) est aujourd'hui hors d'usage: une lingère payée sur le crédit de l'Etat lave le linge avec ses mains nues.

## d) La morgue:

La morgue dont le matériel est également hors d'usage, sert simplement de dépositaire pour les corps défunts. Elle bénéficie de la présence d'un des rares climatiseurs fonctionnels de l'hôpital.

**3-3-Organisation et gestion:**3-3-1-L'administration:

Les services administratifs et financiers reposent sur une équipe comprenant:

.un directeur, qui est un administrateur civil. Sous préfet pendant 15 ans, il est passé par le budget avant de prendre la direction de l'hôpital de Tambacouda, puis celle de Djourbel.

.un intendant, qui supervise la comptabilité, la cuisine et la buanderie,

.un surveillant général, technicien supérieur de santé, qui a la charge du bureau des entrées, du bureau du personnel, du gardiennage, de l'hygiène et du parc automobile.

.un assistant social, qui a la charge du service social et dont l'activité essentielle concerne les cas sociaux (enquêtes et rapport au directeur, qui décide en dernier recours).

### 3-3-2-Le Comité de santé:

-Les membres du Comité de Santé de l'Hôpital représentent les 4 districts sanitaires de la région médicale. Le montant de ses recettes annuelles est de l'ordre de 30 millions par an.

Pour palier aux problèmes d'emploi de l'hôpital, il a procédé au recrutement de 19 personnes.

- .un médecin gynécologue (200 000 F/mois + logement + prise en charge de ses factures d'eau et électricité)
- .un médecin généraliste
- .un médecin radiologue, (payé 150 000 F par mois) qui partage son temps entre l'hôpital Fann et celui de Djourbel où il travaille deux jours par semaine.
- .deux pharmaciens (payés chacun 100 000 F par mois),
- .deux infirmiers DE
- .deux agents sanitaires
- .10 aides et matrones.

Le Comité de Santé gère par ailleurs la pharmacie dite « Initiative de Bamako », en assurant la gestion des fonds qu'exige la cession des médicaments essentiels en générique aux malades et leur renouvellement. La marge dégagée sur ces cessions sert à financer le fonctionnement de la pharmacie (dont le salaire des vendeurs) et à augmenter le fonds de roulement en produits.

-Le gardiennage est assuré par une société privée, pour un montant de 120 000 F par mois et l'hygiène par un GIE de nettoyage (15 ouvriers) qui est rémunéré sur le budget de l'Etat pour un montant de 667 000 F par mois.

-Le Comité a acheté le spectrophotomètre du laboratoire, selon une programmation en 3 tranches: 900 000 F à la commande, 900 000 F à la livraison et 900 000 F au bout de 35 jours.

-Le Comité a réparé l'ambulance et la camionnette de l'hôpital pour un montant de 2 millions. Il a changé le moteur d'une autre voiture pour 800 000 F.

-Le recouvrement des coûts est assuré par 3 vendeurs de tickets qui se relaient en travaillant pendant 24 h un jour sur 3. A la fin de leur journée, ils versent directement les sommes recueillies sur le compte bancaire du comité de santé.

Une caisse d'avance renouvelable de 200 000 F permet au directeur de l'hôpital d'effectuer les dépenses urgentes.

Le chéquier du compte bancaire est détenu par le Directeur, qui prépare le chèque et le remet au comité pour qu'il soit consigné par le président et le trésorier.

### 3-3-Les projets d'avenir:

La direction de l'hôpital estime qu'il est nécessaire de prévoir le renforcement de l'hôpital en y ouvrant un service d'ophtalmologie, un service d'ORL et un service d'orthopédie et en construisant une nouvelle maternité.

Un projet de réhabilitation et d'extension de l'hôpital de Djourbel a été remis à la Coopération Allemande. Une étude aurait estimé à 3,7 milliards de F le coût de l'opération.

### 3-4-Les ressources:

#### 3-4-1-Les ressources matérielles:

##### a) Les infrastructures:

Conçus selon une architecture pavillonnaire, les locaux de l'hôpital de Djourbel sont vastes et très fonctionnel. Si les bâtiments sont encore solides, ils souffrent de réels problèmes d'étanchéité.

Pendant l'hivernage, la dalle de béton qui les recouvre laisse passer l'eau de pluie dans la plupart des salles de l'établissement.

D'après la direction, les surfaces de toit à reprendre représente 7 560 m<sup>2</sup>. Le devis de reprise de l'étanchéité se s'élèverait à 113 millions de F.

Toute l'installation électrique et le système de plomberie (qui sont encastrés dans les murs) demandent à être remise à neuf. Leur mauvais fonctionnement a certainement contribué à accélérer la dégradation des équipements.

La pompe pour l'élimination des eaux usées est également en panne.

Un mur de clôture est en cours de construction, sur financement du comité de santé. Il permettra une meilleure maîtrise des entrées et sorties de l'hôpital.

Non seulement la cour de l'hôpital sert d'espace de vacation aux moutons, aux chèvres, aux ânes et aux chiens errants, mais les malades entrent et sortent de l'établissement sans passer par le bureau des entrées: tout laisse penser que cette situation profite au personnel soignant qui accepte de soigner des malades en échange d'une tarification inférieure à celle des tickets du comité de santé.

-L'hôpital dispose de 8 cabines: 4 en chirurgie et 4 en médecine. Equipées de 2 lits, elles sont ventilées et possèdent des toilettes communes à 2 cabines. Les tarifs en cabine sont de 2 000 F par lit.

b) L'équipement:

A l'exception de quelques acquisitions récentes, la plupart des équipements doivent être renouvelés. En ce qui concerne le mobilier courant (lits, armoires,...), il est fortement dégradé. De nombreux meubles sont rongés par la rouille. Il pourrait cependant bénéficier de simples réparations et d'un renouvellement de la peinture.

3-4-2-Ressources humaines:

**Tableau 48: Situation du personnel à l'hôpital de Diourbel**

QUALIFICATIONS		ETAT	AS.TECH.	APH	TOTAL	BESOINS
Médecins	Généralistes	1	0	1	2	3
	Chirurgiens	1	1	0	2	3
	Radiologue	0	0	1	1	1
	Gynéco.	0	0	1	1	2
	Pédiatre	0	0	0	0	1
	Sous total	2	1	3	6	10
Chirurg.dent.		1	0	0	1	1
Pharmaciens		0	0	2	2	2
Sages fem.		5	0	0	5	7
Tech.sup.sa.		4	0	0	4	5
Infir.DE		12	0	2	14	21
Agent sanit.		5	0	2	7	12
Administrateur civil		1	0	0	1	1
Intendant		1	0	0	1	2

**Tableau 49: Répartition du personnel entre les services.**

SERVICES	QUALIFIC.	EFFECTIF	BESOINS
Médecine	Médec.géné.	2	3
	Infir.DE	5	7
	Agents sanit.	2	3
Chirurgie	Chirurgien	2	3
	Infir.DE	5	7
	Agents sanit.	2	4
Bloc opérat.	Infir.DE	3	4
	Infir.anesth.	1	3
	Agent sanit.	1	1
Maternité	Gynéco.	1	2
	Sages fem.	5	7
	Agent sanit.	1	2
Pédiatrie	Pédiatre	0	1
Odonto-stom.	Chirurg.dent.	1	1
	Tech.sup.od	1	2
Accueil	Inf.DE	1	3
	Agent sanit.	0	1

### 3-4-3-Ressources financières:

**Tableau 50: Bilan financier pour l'année 1995**

ORIGINE	NATURE	MONTANT
Budget Etat	Fonctionnement	46000000
	Maintenance	4000000
	Carburant	480000
	Eva.sanitaires	3100000
	Electricité	15000000
	Téléphone	3500000
	Eau	2500000
	Sous total	74580000
Recettes comité de santé		30000000
Total		104580000

Le budget accordé par l'Etat à l'Hôpital (en dehors du salaire et des charges communes) s'est élevé en 1995 à 74 580 000 FCFA, dont 21 000 000 F pour les départements destinées à l'eau, à l'électricité et au téléphone. Le crédit destiné à l'acquisition de médicament a quant à lui été de 16 000 000 F.

Le Comité de Santé a recouvré pendant la même période un total de 30 000 000 FCFA sur la vente de tickets. Quant à l'Initiative de Bamako, elle a permis un recouvrement de 40 809 290 F sur la cession de 24 879 770 F de médicaments essentiels et de consommables médicaux achetés par le Comité de Santé et de 7 401 876 F provenant des crédits de l'Etat.

-Le parc automobile comprend actuellement une vieille ambulance, une camionnette peugeot 504 et une voiture de liaison Toyota. Tous ces véhicules sont très souvent en panne et demandent à être renouvelés.

### 3-4-4-Les produits pharmaceutiques:

Pour 24,9 millions d'achats de médicaments, sur lesquels 7,4 millions provenaient du budget de l'Etat, la pharmacie IB a permis au Comité de santé de dégager 40,8 millions de recettes.

Le vendeur de médicaments verse chaque jour le produit de ses ventes sur le compte bancaire spécial de l'IB. Pour faire face aux problèmes posés par l'urgence, le comité de santé a introduit une réduction de 25 % sur les ordonnances liées à des interventions chirurgicales. En 1995, le montant total de la réduction se serait élevé à 1,2 millions de FCFA.

### 3-5-Les résultats:

#### 3-5-1-Les activités:

**Tableau 51: Répartition des consultations par service en 1994**

SERVICE	CONSULTANTS	CONSULTATIONS
Service de porte	2313	4624
Médecine générale	980	1515
Chirurgie	1068	1789
Cabinet dentaire	982	1626
Total	5343	9554

Tableau 52: Activités réalisées en 1994

NATURE	TYPE	NOMBRE	NATURE	TYPE	NOMBRE	
Consultants		5343	Labo			
Consultations		9554	.Bactério	Prélèm.vaginaux	450	
Interventions chirurgic.	Sous AG	363	.Parasito	Crachats	760	
	Sous ALR	311		Selles	1833	
	Autres	1945		Frottis-GE	4536	
	Sous total	2619		NFS	4292	
Accouchements	Eutociques	669	.Hémato	VS	789	
	Césariennes	42		Emmel	2360	
	Forceps	34		.Chimie	Glycémie	2680
	Autres	133			Créatinémie	1501
	Sous total	878			Urines	1504
Radio	Os	2506	Banque de sang	Groupages	2071	
	Poumon	1117		BW	821	
	Abdomen	145		Nbre flacons	811	
	Autres	245		HIV +	53	
	Sous total	4013		Hbs +	103	

### 3-5-2-La productivité:

Avec un taux d'occupation des lits de 41 % et une durée de séjour de 17,6 jours en 1994, l'hôpital de Djourbel n'utilise pas au mieux ses capacités. Les durées d'hospitalisation sont excessivement longues et contribuent ainsi à l'élévation artificielle du taux d'occupation des lits

Tableau 53: Performances selon les services en 1994

SERVICES	LITS THEOR.	LITS INSTAL	HOSPITALIS.	NJO	TOL	DMS
Médecine femmes	30	13	147	1705	36%	11,6
Médecine homme	45	23	196	2908	35%	14,8
Pédiatrie	15	5	73	600	33%	8,2
Chirurgie femmes	45	34	227	5302	43%	23,4
Chirurgie hommes	45	40	329	6583	45%	20
Total	180	115	972	17098	41%	17,6

### 3-5-Qualité des soins:

Les soins réalisés par l'hôpital de Djourbel sont du niveau d'un hôpital de 1ère référence.

.la plupart des consultations médicale sont faites par des infirmiers.

.les malades dans le coma ne disposent pas des conditions requises: absence d'oxygène, d'aspiration, de climatisation.

Fort heureusement, le laboratoire et la radio permettent aux médecins de procéder aux examens courants.

### 3-6-Analyse:

\* De toute évidence, l'hôpital de Djourbel a du être un établissement magnifique le jour de son inauguration. Les bâtiments sont spacieux, bien conçus, solides. La fonctionnalité technique a été réfléchi. On y retrouve des détails, qui traduisent le souci de réaliser une oeuvre de qualité (baignoire pour laver les malades lors de leur arrivée, cuisine et buanderie modernes, climatisation centrale,...)

La situation actuelle de l'hôpital est toute autre:

.les portes sont détériorées par la rouille, voire absentes,

.les installations électriques et la plomberie sont dégradées.

.les lits et la plupart du mobilier sont rouillés.

- .la plupart des salles sont vides,
- .une part importante des équipements est en panne; le groupe électrogène est hors d'usage; on fait la cuisine au bois; on lave le linge à la main; il n'y a plus de climatisation,...
- .la toiture souffre de graves problèmes d'étanchéité et expose les malades et le matériel lors de grandes pluies.
- .etc...

Le diagnostic est simple, évident et objet d'unanimité: l'hôpital souffre de manque de maintenance.

Bien que limité dans sa capacité, l'hôpital de Djourbel peut être considéré comme un exemple éloquent d'un établissement techniquement bien conçu, mais réalisé en dehors d'une approche gestionnaire.

-Malgré cela, l'hôpital a bénéficié ces derniers temps d'initiatives du comité de santé, qui ont permis d'obtenir en peu de temps des résultats visibles.

- .emploi de personnel contractuel: un gynécologue (en 4ème année de CES), un radiologue à temps partiel, un médecin généraliste, deux infirmiers DE,...

- .réalisation d'investissements: achat d'un spectrophotomètre (2,7 millions), installation d'une nouvelle table de radio donnée par l'hôpital de Thiaroye, construction en dur du mur de clôture,...

Grâce aux crédits disponibles, le nouveau directeur de l'Hôpital pense à l'avenir, identifie des problèmes, cherche des solutions.

Préoccupé par le montant du recouvrement des coûts, il estime nécessaire de clôturer l'établissement afin de maîtriser toutes les entrées et sorties de l'hôpital. Pour vérifier que tous les malades achètent bien leurs tickets, il a établi un système de contrôle à l'improviste pour vérifier qu'ils sont bien en règle avec le comité de santé.

-Tout projet de réhabilitation de l'hôpital devra être lié aux 2 conditions que constitue:

- .d'une part les indications de la carte nationale hospitalière, qui devra notamment préciser s'il doit s'agir d'un hôpital général ou d'un hôpital local,

- .d'autre part le projet d'établissement, qui devra montrer, chiffres en main, son aptitude future à équilibrer ses comptes.

## **4-L'HOPITAL DE ZIGUINCHOR**

### **4-1-Présentation:**

\* L'hôpital de Ziguinchor a été construit en 1970 sur financement du FAC. C'était à l'origine une antenne chirurgicale qui avait été créée lors de la guerre d'indépendance de la Guinée Bissau. Ce nouvel établissement est venu compléter le Centre de Santé de Ziguinchor qui préexistait depuis l'époque coloniale et qui était connu sous le nom d'« Hôpital Silence ».

Le bâtiment à étage qui constituait l'antenne a été complété en 1983 par la construction d'une maternité, de services spécialisés (urgence, radiologie, ophtalmologie, soins dentaires) et de bâtiments annexes (cuisine, buanderie, morgue,...) pour devenir l'Hôpital régional de Ziguinchor. En 1988, est venu s'ajouter un service de gynéco-obstétrique.

L'hôpital bénéficie actuellement de la présence de 3 assistants techniques français: un chirurgien, un anesthésiste réanimateur et un radiologue.

Pendant la dizaine d'années de guerre qu'a subi l'hôpital de Ziguinchor, il n'a pas bénéficié d'aide particulière en dehors de celle apportée par la France et par les personnels militaires qui y était affecté.

\* Situé à 400 km de Dakar, l'Hôpital de Ziguinchor est l'hôpital de 2ème référence des populations vivant non seulement dans sa propre région (420 000 habitants) mais également dans la région de Kolda (720 000 habitants). Compte tenu de la présence de la Gambie et de son fleuve qui séparent ces 2 régions du reste du pays, il est conduit à jouer un rôle essentiel.

La région de Ziguinchor bénéficie cependant d'atouts particuliers (35). C'est en effet une des zones les plus favorisées du pays. Agriculture, exploitation forestière, pêche et élevage viennent s'ajouter à son potentiel touristique pour lui donner une certaine assise économique. De plus, elle bénéficie du taux de scolarisation le plus élevé du Sénégal (96,2 %).

### **4-2-Présentation des différents services:**

L'Hôpital de Ziguinchor ne dispose pas de service de médecine ni de service de pédiatrie et son laboratoire est encore à un stade embryonnaire.

#### **4-2-1-Le service de chirurgie:**

-Il occupe une place importante dans la sous région, car il est le seul à drainer non seulement la région de Ziguinchor, mais aussi celle de Kolda (dont le bloc n'est pas actuellement fonctionnel) ainsi que de nombreux malades venant des pays voisins (de la Guinée Bissau en particulier, dont la frontière est toute proche).

De plus, les difficultés de communication avec Dakar limitent le nombre de départ sur la capitale.

-Il fonctionne grâce à la présence de 2 chirurgiens, dont un assistant technique de la coopération française.

-Le bloc opératoire est situé au 1er étage du bâtiment de chirurgie et le monte charge, destiné à acheminer les malades, est en panne depuis longtemps. Il comprend 2 salles d'opération, qui sont situées dans des locaux vétustes. C'est ainsi que la salle qui donne accès aux 2 salles d'opération est directement ouverte sur l'extérieur par un système d'aération peu approprié pour un bloc opératoire.

La plus grande est bien équipée, mais son aspirateur est en panne. La seconde nécessite un complément d'équipement.

Un projet de construction d'un nouveau bloc par la coopération française est attendu depuis plusieurs années pour un montant de l'ordre de 280 millions de FCFA.

N'ayant pas d'amplificateur de brillance au bloc opératoire, les chirurgiens sont obligés d'évacuer des malades qu'ils auraient pu opérer.

-L'hôpital ne disposant pas de fibroscope, les malades doivent se rendre à dakar pour en bénéficier.

-Ses capacités d'hospitalisation sont de 79 lits, pour une capacité théorique de 90 lits.

Les chambres d'hospitalisation comprennent 2, 4 et 8 lits.

Une d'entr'elles est dénommée « réanimation »: il s'agit d'une salle ordinaire où sont regroupés les malades qui nécessitent une perfusion.

-2 médecins généralistes qui ont été recrutés par le Comité de Santé y font des consultations de médecine générale. Il profite des capacités du service de chirurgie pour y hospitaliser leurs malades, dans des salles réservées aux hospitalisations médicales.

-Le bloc opératoire bénéficie de la présence de 2 infirmiers anesthésistes (ils étaient 4 en 1993), qui vont tous 2 partir prochainement à la retraite.

Sur les 5 instrumentistes que comptait le service, ils ne sont également plus que 2.

Le matériel d'anesthésie est vétuste; les aspirateurs sont rarement en état de marche.

Les fils de suture utilisés sont pour la plupart périmés.

#### 4-2-2-La maternité:

De construction récente, elle dispose d'une salle d'accouchement équipée de 2 tables et reçoit des femmes tout venant.

Elle est équipée de son propre bloc opératoire et d'une salle de réanimation réservées aux opérées. Mais les prises d'oxygène et de vide, dont elle est équipée, ont des fuites dans leur circuit.

Son unité d'hospitalisation est de 28 lits installés pour une capacité théorique de 46 lits.

Les chambres disposent de 1, 2 ou 4 lits.

Le tarif en chambre à 1 lit est de 7 000 F par jour (15 000 F pour les malades en possession d'une lettre de garantie).

Elle rapporterait au Comité de Santé près de 1 million par mois.

#### 4-2-3-Le service d'ophtalmologie:

Il bénéficie de la présence d'un médecin ophtalmologiste militaire. Grâce à son équipement très complet et en parfait état de marche, et à sa disponibilité en produits consommables, il semble très performant. Il dispose de 2 salles d'examen et d'un bloc opératoire qui lui est propre. Le service n'est équipé que d'une salle de 4 lits, où les malades peuvent se reposer après l'intervention. En effet, le service pratique des techniques ambulatoires qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

#### 4-2-4-Le service dentaire:

Il dispose d'un chirurgien dentiste militaire, d'un local identique à celui de l'ophtalmologie et d'un fauteuil, mais pas de l'équipement complémentaire indispensable pour fonctionner. Il n'est donc pas encore ouvert et le chirurgien dentiste en est réduit à travailler au cabinet dentaire de l'hôpital Silence.

#### 4-2-5-Le service de radiologie:

Seul service de radiologie, pour l'ensemble des régions de Ziguinchor et de Kolda, il bénéficie de la présence d'un médecin radiologue français. Il comprend 2 salles. Si l'une est équipée d'un ancien appareil ayant 15 ans d'âge, l'autre bénéficie d'un superbe appareil, acheté par la Coopération Française, qui est digne des hôpitaux les plus performants. Lors de notre passage, son amplificateur de brillance, ainsi que sa développeuse étaient en panne.

Il a effectué 3 365 radio en 1995, dont 3 228 normales et 137 spécialisées (UIV, TOGD,...)

Les difficultés du service sont essentiellement liées aux problèmes de maintenance: il attend depuis 1 an un financement de 1 million de F pour procéder à la réparation des équipements en panne.

Le service dispose enfin d'un échographe très performant, qui a effectué 987 examens en 1995, comprenant:

.abdominal:	260
.pelvien:	474
.obstétrical:	253

4-2-6-Le laboratoire:

Il est dirigé par un pharmacien biologiste. Il comprend un laboratoire de biochimie équipé d'un spectrophotomètre (acquis en 1986), ainsi qu'un laboratoire d'hématologie et une salle de sérologie au sein de la Banque de sang.

Les réactifs des tests HIV sont fournis par le Centre National de Transfusion sanguine, tandis que les autres réactifs sont achetés par le Comité de Santé.

4-3-Organisation et gestion:4-3-1-Le Comité de Santé:

Le président du Comité de Santé est conseiller municipal. La permanence des activités est principalement assurée par le trésorier, qui est un ancien agent administratif à la retraite.

Le Comité de Santé rémunère 6 collecteurs qui sont répartis entre les services.

\* Certains des tarifs pratiqués sont les suivants:

.Intervention chirurgicale: 10 000 F l'acte opératoire,

.Hospitalisations:

.ordinaire 5 000 F pour un séjour d'1 mois

.cabine à 2 lits 5 000 F par jour

.cabine à 1 lit 10 000 F par jour

4-3-2-Le comité des sages et la gestion tripartite:

En Février 1989, pour remédier aux très nombreux conflits qui se succédaient entre la direction et le personnel et qui étaient essentiellement liés aux conditions de travail, il a été décidé de mettre en place une nouvelle formule, devant mieux répondre au contexte psychosociologique local.

Intitulée « gestion tripartite », elle repose sur l'implication des populations et du personnel dans la gestion des différents services.

La commission de gestion tripartite ainsi créée associe le personnel aux côtés de la direction et du bureau du Comité de Santé, à travers un comité des sages de 5 membres, choisis au sein du personnel de l'hôpital. Son rôle est principalement de procéder au règlement des conflits qui peuvent se présenter au sein de l'hôpital. Ce système a permis de gagner la confiance du personnel; il a conduit à la réduction du nombre de grèves et à l'obtention de consensus sur des questions essentielles, qui n'avait pas l'assentiment de l'ensemble du personnel.

4-3-3-L'approvisionnement pharmaceutique:

N'ayant pas reçu sa première dotation en DCI dans le cadre de l'Initiative de Bamako, l'hôpital vend les produits qui lui sont livrés sur le budget national et assure son réapprovisionnement auprès de la PNA avec le produit des ventes.

Malgré cela, un grand nombre de malades se voient remettre une ordonnance, dont ils vont acheter les produits en pharmacie.

De plus, la pharmacie IB ne dispose pas de produits anesthésiques et ni de produits de déchocage et doit assurer le réapprovisionnement des pharmacies de cercle des 2 régions de Ziguinchor et de Kolda.

4-3-4-Les services techniques:

L'hôpital de Ziguinchor dispose de sa propre équipe de maintenance. Mais, la direction avoue que ces techniciens atteignent vite leurs limites. Même pour des travaux de plomberie, ils doivent faire appel aux compétences d'un ouvrier en ville.

La maintenance des équipements est assurée par les maisons spécialisées de Dakar (MHO,SEGOA,...)

#### **4-4-Les ressources:**

##### **4-4-1-Les ressources matérielles:**

Les bâtiments existants sont dans un état satisfaisant. Les plus récents (notamment la maternité) datent de moins de 10 ans.

Ils sont situés sur un terrain assez vaste pour recevoir de nouvelles constructions.

L'hôpital ne dispose d'aucun logement: l'éloignement de certains agents pose de difficiles problèmes pendant les gardes.

##### **4-4-2-Les ressources humaines:**

L'hôpital souffre de manque de personnel. Ce problème ne cesse de s'aggraver avec les départs successifs d'agents à la retraite, qui ne sont pas remplacés.

Il souffre également de l'absence de formation du personnel soignant depuis plus de 10 ans.

**Tableau 54: Situation du personnel en 1995**

DOMAINES	QUALIFIC.	ETAT	APH	ASS.T.	TOTAL
Administration	Directeur	1	0	0	1
	Intendant	1	0	0	
	Agents adm.	2	0	0	2
	Surveil.géné.	1	0	0	1
	Secrétaires	0	2	0	2
Médical	Médec.gén.	0	1	0	1
	Chirurg.	1	0	1	2
	Radiologue	0	0	1	1
	Gynéco.	1	0	0	1
	Ophthalmo.	1	0	0	1
	Anesth.réan.	0	0	1	1
	Chir.dent.	1	0	0	1
	Pharm.biolo.	1	0	0	1
Paramédical	Sages fem.	10	0	0	10
	Infirm.DE	13	0	0	13
	Tech.médec.	1	0	0	1
	Ag.sanit.	16	0	0	16
	Assis.soc.	2	0	0	2
	Infirmiers	1	0	0	1
	Manip.radio	1	0	0	1
	Kinésith.	1	0	0	1
	Tech.orthop.	1	0	0	1
Auxiliaires	matrones	0	5	0	5
	brancardiers	0	5	0	5
	Aides infirm.	4	0	0	4
	aides soign.	0	9	0	9
	Garç.salle	2	0	0	2
Techniciens	Techn.maint.	2	0	0	2
Divers	Chauffeurs	0	2	0	2
	Standard.	0	1	0	1
	Lingères	0	3	0	3
	Cuisinières	1	1	0	2
	Couturières	0	1	0	1
	Gardiens	0	11	0	11
	Balayeurs	0	12	0	12
	Collecteurs	0	6	0	6
	Dépos.pharm.	0	3	0	3
<b>TOTAL</b>		<b>65</b>	<b>62</b>	<b>3</b>	<b>129</b>

**4-4-2-Ressources financières:**

-En 1995, les ressources du Comité de Santé se sont élevées à 67 267 765 F et les dépenses à 67 342 010 F.

#### 4-5-Les résultats:

##### 4-5-1-Les activités:

**Tableau 55: Répartition des consultants entre les services en 1995.**

	Consultants	Consultations
Médecine	4716	5482
Chirurgie	4696	5196
Ophthalmo	1542	3555
Gynéco	2634	3928
Obstétrique	545	1440
Kinési	481	1512
Total	14814	21113

**Tableau 56: Actes effectués en 1995**

NATURE	EFFECTIF
Accouchements	661
Intervent.chirur.	
.chirurg.mater.	917
.ophtalmo	167
.sous total	1084
Radio	
.sans prépar.	3445
.avec prépar.	130
.sous total	3575
Echographies	1064
Labo	
.bactério	367
.hémato	3493
.parasito	1490
.sérologie	2460
.chimie	1920
.sous total	9730
Evacuat.sanit.	206

**Tableau 57: Répartition des interventions réalisées en 1995**

LOCALISATION	NATURE	EFFECT	LOCAL.	NATURE	EFFECT
Face et cou	Goitre	1	Gynéco- obstétr.	R.U + hystérectomie	11
	T.M.parotide	1		Césariennes	185
Abdomen	Hernies simples	198		Forceps	5
	H.complicées	41		Ligatures trompes	17
	Hydrocèles	41		Hystérectomie-myomect.	35
	Appendicite	38		K.ovaire	18
	Péritonite	12		GEU	27
	Laparotomie exploratoire	16		FVV	4
	Vagotomie tronculaire	9		Prolapsus génital	3
	VSS	17		Périnée obstétrical	3
	Gastrectomie	3		Curetage-curage	3
	GEA (néo dépassé)	6		Urologie	Nephrectom.
	Perforation gastrique	3	A.prostatique		42
	Néo colon	2	Orthop.	Lithiase vésiculaire	2
Volvulus	7	Enclouages		26	
Stangulation intestinale	5	Amputation		25	
Plaies et contusions abd.	17	Ostéites		16	
Splénectomies	5	Ablation matériel		3	
Fistules digestives	2	Abcès myosites		1	
Occlusions intestinales	17	Séquelles brûlures	4		
C.P.foie	2	Thorax	Mastectomie	7	
Néo pancréa	1		Tumeur axillaire	1	
Hémorroïdes	1	Autres		30	
Fistules annales	2		Total	917	

**Tableau 58: Répartition des examens de laboratoire en 1995**

TYPE	NATURE	EFFECTIF
Bactériologie	Pus	6
	BK	361
Hématologie	Emmel	532
	NFS	923
	Groupage	1455
	VS	583
Parasitologie	Selles	796
	GE	292
	Snip	103
	Prél.vag.	234
	Culot urin.	65
Sérologie		2460
Chimie	Sang	1697
	Urines	223
Total		9730

#### 4-5-2: Performances::

**Tableau 59: Bilan des hospitalisations dans les différents services.**

Services	Lits théor.	Lits installés	Hospital.	Jour.hospit.	TOL	DMS
Chirurgie	90	79	1013	25718	89%	25,4
Maternité	46	28	630	4992	49%	7,9
Total	136	107	1643	30710	79%	18,7

L'examen de ce tableau met en évidence l'importance des taux d'occupation des lits, qui s'explique par la longueur des durées de séjour.

En effet, plus de 25 jours de durée moyenne de séjour en chirurgie pose problèmes.

#### 4-6-Analyse:

-L'hôpital de Ziguinchor n'est pas en mesure d'assurer pleinement sa mission, car il ne possède ni service de médecine, ni service de pédiatrie.

L'absence de ces services s'explique par la présence du Centre de Santé intitulé « hôpital Silence », qui a bénéficié de la présence d'une assistance technique chinoise jusqu'à une période récente.

La situation ayant été aujourd'hui clarifiée par la fin de la coopération bilatérale avec la Chine Populaire, la création d'un service de médecine à part entière s'impose plus que jamais.

-La situation actuelle du bloc opératoire prêche pour la construction d'un nouveau bloc au rez de chaussée et à proximité immédiate des urgences et de la maternité. Il devra en effet regrouper l'ensemble des salles d'opération, afin de réduire les besoins en personnel et les charges fixes.

-L'absence de clinique privée à Ziguinchor constitue pour l'hôpital un avantage qu'il doit savoir exploiter. De plus, la vocation touristique de la Casamance (notamment la présence du Club Méditerranée au Cap Skiring) constitue un marché potentiel important: la création d'une clinique au sein de l'hôpital apportant un confort à la mesure des touristes étrangers serait en mesure d'apporter des ressources complémentaires et une réputation à l'hôpital, qui lui permettraient d'asseoir l'équilibre de ses comptes et son développement.

C'est ainsi que l'hôpital pourrait signer des conventions avec les assurances des tours opératoires (par exemple avec Europe ou Mondial Assistance)

A titre d'exemple, la surveillance des diabétiques ou des personnes sous anticoagulants serait d'un apport non négligeable, car les touristes sont souvent âgés et nécessitent des soins réguliers que l'hôpital pourrait assurer.

## **5-L'HOPITAL DE THIES:**

### **5-1-Présentation:**

Situé à 70 km de Dakar, l'hôpital régional de Thiès a été conçu pour servir une population de près d'un million d'habitants.

Construit autour d'une maternité ouverte 1962, il a ouvert ses portes en janvier 1980.

D'une capacité de 242 lits, il se trouve dans une position de concurrence avec l'hôpital privé St Jean de Dieu, qui attire vers lui les catégories les plus favorisées de la population.

### **5-2 Organisation et gestion:**

#### **5-3-1-La direction:**

-Le Directeur est un ancien infirmier DE devenu technicien supérieur, avant de suivre la formation d'administrateur d'hôpitaux en Belgique. Il est secondé par un intendant.

-L'hôpital n'a développé aucun lien avec les districts sanitaires. On peut même parler de clivage complet entre l'hôpital et le reste du système de soins.

Cependant, des moyens financiers ont été demandés par les chirurgiens dentiste, ophtalmo et gynéco pour superviser les activités réalisés dans les centres de santé.

On constate par contre un certain degré de frustration par rapport à des districts sanitaires qui bénéficieraient de tous les avantages (cas du centre de santé de Mbour qui aurait des fauteuils dentaires en stock par manque de personnel formé, alors que l'hôpital a un chirurgien dentiste et pas de fauteuil).

#### **5-3-2-Le Comité de Santé:**

\* Le Comité de Santé de l'hôpital a la particularité d'être composé d'agents en activité et d'agents retraités de l'hôpital. Contrairement aux textes, il ne comprend aucun représentant des comités de district. Cette situation résulte des conflits (d'origine politique) qui se sont multipliés dans le passé au sein de l'établissement.

On peut même affirmer que le Comité de Santé de l'hôpital n'a aucune relation avec les comités de districts. Pour mettre un terme à cette question, une Commission Administrative provisoire a été mise en place par le Gouverneur de région afin d'aboutir à la constitution d'un nouveau comité de santé, qui serait composé de représentants des comités de districts.

Le recouvrement des coûts est assuré à partir d'une caisse centrale et de caisses propres à chaque service. En effet, à l'instar de l'Hôpital Le Dantec, chaque service a mis en place son propre système de recouvrement des coûts.

La règle veut qu'en principe, chaque chef de service gère 60 % du produit de ses recouvrements et verse le reste à la caisse centrale.

C'est ainsi, par exemple, que la chirurgie a pu compléter la dotation en fils que lui a remise l'Etat.

\* Le Comité de Santé emploie des médecins. Il s'agit en général de jeunes gens de Thiès qui ont fait auparavant leurs stages à l'hôpital et qui ont été recrutés après leur thèse. Ils reçoivent une indemnité dont le montant est de l'ordre de 90 000 F par mois.

Les spécialistes reçoivent quant à eux 150 000 F par mois et sont logés.

\* Le comité de santé travaille directement avec les IPM: à la fin du mois, l'hôpital arrête les comptes de chacun d'entr'eux. Il reçoit en retour un chèque barré, qu'il encaisse. Les principales seraient la Régie des Chemins de Fer et STS.

En ce qui concerne les retraités de l'IPRES, l'hôpital préfère leur accorder 50 % de réduction sur les paiements immédiats que d'attendre les 80 % que rembourse cet organisme.

« Il vaut mieux prendre tout de suite 7 500 F que de se contenter de 3 000 F et espérer recevoir plus tard les 12 000 F restant » estime la direction.

\* Les tarifs pratiqués sont les suivants:

**Tableau 60: Tarifs appliqués à l'Hôpital de Thiès**

NATURE		MONTANT	NATURE		MONTANT	
Consultation	Médecine	500	Laboratoire	NFS	1500	
	Pédiatrie	500		VS	500	
	Chirurgie	1000		Widal	2500	
	Gynéco	1000		Uroculture	2000	
	Ophthalmo	1000		Crachats	500	
Intervent. chirurg.	1 (hernie)	10000		GE	500	
	2 (césarienne)	20000		Selles KOP	500	
	3 (péritonite)	30000		Glycémie	1000	
Maternité	Accouc. normal	5000		Azotémie	1000	
	Accouc. dystoc.	8000		Bilirubinémie	1000	
	Curetage	10000		Cholestérol	500	
Actes	Plâtre	3000		Fer	1500	
Radio	ASP	5500		Transaminases	1500	
	Poumon	5000		Hospitalisation	1ère catég.	15000
	Crâne	6000			2ème catég.	10000
	Membre	3500	3ème catég.		5000	

\* Les ressources du Comité de Santé sont limitées par les « recommandés », qui ne payent pas, mais aussi, semble t il, par les malades privés du personnel soignant, qui ne versent rien au Comité de Santé.

#### 5-3-3-L'approvisionnement pharmaceutique:

\* La dotation de l'Etat, qui était de 27 millions en 1995, est passée à 40 millions en 1996. Les produits sont répartis entre les services, afin d'être donnés aux malades qui le nécessitent.

\* L'hôpital dispose par ailleurs d'une pharmacie IB qui applique une marge de 50 % sur le prix des médicaments. Elle souffre de fréquentes ruptures de stock, car la PNA ne livre généralement que la moitié des commandes qui lui sont faites.

\* Mais l'hôpital souffre des ordonnances du personnel soignant qui sont quasi-exclusivement rédigées en spécialités: le malade doit alors se rendre dans une pharmacie privée de Thiès pour y acheter les produits prescrits.

\* L'hôpital a reçu récemment un container de médicaments en spécialités, dont les frais d'acheminement se sont élevés à 3 millions de FCFA: la plupart des produits se sont révélés totalement inutiles pour l'usage hospitalier.

**5-4-Les ressources:****5-4-1-Les ressources humaines:**

103 agents sont payés par l'Etat, dont 4 sur le budget de la municipalité.

**Tableau 61: Ressources humaines**

QUALIFICATIONS	ETAT	ASS.TECH.	COMITE	TOTAL
Directeur	1		0	1
Secrétaires	0		2	2
Dactylo	2		0	2
Médecins	1		2	3
Chirurgiens	1			1
Radiologue	1			1
Gynéco		1	1	1
Pharmacien			1	1
Dentistes	2			2
Techn.sup.	6			6
Sages femmes	15			15
Infirm.DE	14			14
Techn.méd.	2			2
Agents sanit.	18			18
Assist.sociaux	1			1
Techn.maint.	2			2
Ouvriers	2			2
Agents d'assai.	1			1
Chauffeurs	1		2	3
Garç/ille salle	5		15	20
Aides infirm.	16			16
gardiens			4	4
Cuisiniers	1			1
Serveuses	3			3
Lingères	3			3
Maître d'hôtel	1			1
Manoeuvres	4		15	19
Total	103	1	42	145

\* Les médecins de l'hôpital ont des activités multiples à l'extérieur de l'établissement (vacation dans des entreprises, auprès d'assurances, dans des cliniques privées, à l'IPRES,...): une simple vacation à l'IPRES rapporterait autant que le salaire hospitalier ! La plupart aurait également une clientèle privée à l'intérieur de l'établissement: la proximité avec Dakar les a conduit à demander 2 demi journées pour leurs consultations privées.

#### 5-4-2- Les ressources financières:

##### a) Provenant de l'Etat:

**Tableau 62: Crédits 1995 de l'Hôpital**

NATURE	MONTANT
Fonctionnement	39580000
Eau	5500000
Electricité	10000000
Téléphone	7000000
Carburant	962000
Evasan.	2500000
Maintenance	4258000
Total	69800000
Médicaments	27000000
Total	96800000

En 1996, la dotation de l'Etat destinée aux médicaments s'est élevée à 48 millions.

\* La contribution des collectivités locales se limite actuellement à la mise à disposition de 4 agents municipaux (1 aide infirmière, 1 manoeuvre et 2 « toiletteurs » pour la morgue).

##### b) Provenant des ménages:

**Tableau 63: Bilan financier du Comité de Santé en 1995**

RECETTES	MONTANT	DEPENSES	MONTANT	MONTANT
Tickets	34382515	Médicaments	19800000	27263709
Médicaments	25648640	Personnel	27263709	19800000
		Divers	15175186	15175186
Total	60031155	Total	62238895	62238895

**Tableau 64: Créances 1995**

NATURE	Minis.financ.	Lettres garan.
Hospitalisat.	553115	682000
Consultat.	42600	279000
Paraclinique	1675150	1415300
Accouch.	49500	109000
Total	2320365	2485300

##### c) L'aide extérieure:

L'hôpital bénéficie d'aides ponctuelles multiples:

.La ville de Caen, qui est jumelée avec la ville de Thiès, doit lui livrer prochainement l'équipement d'une salle d'opération complète.

.La ville de Lyon vient de lui adresser 2 fauteuils dentaires, qui seront prochainement installés.

.Le Lyons Club va donner 50 kg de médicaments et financer le carrelage sols-murs de l'ensemble des services (pour un devis de 156 millions)

.Le Rotary Club va réfectionner la salle d'accouchement pour un devis de 20 millions. Il envisage également la remise en état complète du cabinet dentaire et du pavillon d'ophtalmologie (le devis est de 8 millions).

**5-5-Les résultats:**

## 5-5-1-Activités:

**Tableau 65: Nombre d'actes réalisés au cours de l'année 1995**

NATURE	NOMBRE
Consultants	24782
Consultations	37329
Accouchements	
Examen labo.	
.bactério	1508
.hémat.	3165
.parasito	181
.sérologie	2635
.chimie	5038
.sous total	12527
Intervent.chirurg.	837
Urgences	303
Anesthésies	
.AG	711
.ALR	126
.sous total	837
Radio	
.osseuses	7969
.respiratoires	6956
.autres	1089
.échographies	1810
.sous total	17824

## 5-4-2-Les performances des différents services:

**Tableau 66: Bilan des activités des différents services**

SERVICES	Lits théor.	Lits Instal.	Hospitalisés	Journées	TOL	DMS
Médecine	60	68	1270	9008	36%	7,1
Chirurgie Génér.	40	52	850	14042	74%	16,5
Chirurgie spéci.	30	27	163	6798	69%	41,7
Pédiatrie	25	45	1286	7408	45%	5,8
Maternité/gynéco.	60	50	3251	6316	35%	1,9
Total	215	242	6820	43572	49%	6,4

**5-6-Analyse:**

\* L'état actuel de l'Hôpital de Thies ne lui permet pas de tenir la concurrence avec l'hôpital St Jean de Dieu. Cette tendance, qui conduit les catégories les plus favorisées de la population à se rendre à St Jean de Dieu, doit être inversée pour permettre à l'hôpital de remplir véritablement sa mission de service public.

Il lui faudra pour cela se lancer dans l'élaboration d'un projet d'établissement lui permettant de devenir suffisamment attractif pour qu'une véritable concurrence s'instaure entre ces 2 établissements.

\* Compte tenu de sa localisation géographique qui le situe à la porte de la grande agglomération de Dakar, l'hôpital de Thiès a vocation non seulement à jouer le rôle d'un hôpital général, mais aussi de s'inscrire dans le cadre du CHU.

## **6-HOPITAL DE ST LOUIS**

### **6-1-Présentation:**

L'hôpital régional de Saint Louis constitue le plus vieil hôpital construit au sud du Sahara: ses bâtiments les plus anciens ont été construits entre 1853 et 1898. En 1863, sa capacité était déjà de 300 lits.

Il a été l'objet d'une restructuration complète qui a débuté en 1975 et qui vient tout juste de parvenir à son terme. Il bénéficie de plus de la présence de 8 assistants techniques français.

Il appartient probablement aux établissements les plus performants du Sénégal.

Il occupe une place d'autant plus importante à St Louis que la ville ne compte par ailleurs que 2 ou 3 cliniques privées, et qu'il ne s'agit que de cliniques d'accouchement.

### **6-2-Présentation des différents services:**

#### **6-2-1-Capacités:**

Alors qu'il disposait en 1979 d'une capacité de 400 lits, la direction déclare actuellement une capacité théorique de 303 lits et une capacité effectivement installée de 262 lits. L'hôpital est divisé en 5 services avec hospitalisation:

**Tableau 67: Capacité actuelle de l'hôpital de Saint Louis.**

SERVICES	LITS THEOR.	LITS INSTAL
Médecine générale	78	75
Chirurgie générale	129	103
Pédiatrie	34	36
Réanimation	12	8
Maternité	50	40
Total	303	262

Il est complété par un service d'ophtalmologie-ORL et un service d'odontostomatologie.

Outre la direction et ses dépendances administratives, les services techniques comprennent:

- .une cuisine moderne,
- .une buanderie également très bien équipée avec 3 machines à laver de grande capacité et un sèche linge.
- .un service de maintenance.

#### **6-2-2-Le service de médecine**

-Il compte 30 lits, qui sont à la charge d'un seul médecin.

Le surveillant général qui le seconde n'a aucune expérience du milieu hospitalier et demande à être formé. La plupart des infirmiers sont en fait des agents sanitaires, qui ont un certain savoir faire, mais manquent de formation théorique.

Le service manque d'éléments essentiels. Il n'y a pas de feuilles de température et on doit couper les ordonnances en 2 pour les économiser.

-Le gastro-entérologue de l'assistance technique française (qui est un CSN) effectue des tournées régulières qui le conduisent dans les hôpitaux de Dioum et d'Ourossogui et dans le centre de santé de Richardtoll. Il y réalise des consultations (de l'ordre d'une quinzaine par visite), des fibroscopies et parfois des échographies (à Richardtoll). Il estime manquer de certains équipements, mais se fait aider par son hôpital d'origine en France, qui lui envoie les consommables qu'il demande.

### 6-2-3-Le service de pédiatrie:

Il dispose d'un médecin pédiatre recruté par le Comité de Santé, qui est secondé par 3 infirmiers et 2 aides. Il s'agit de personnel compétent, mais en nombre insuffisant pour les 36 lits que compte le service.

### 6-2-4-Le service de chirurgie:

\* Le bloc opératoire est comparable à celui des hôpitaux européens. Organisation des circuits, lavabo automatiques,...

Il dispose de 4 salles toutes équipées de respirateurs et de gaz médicaux (oxygène, ). Il comprend:

- une salle hyperseptique destinée à l'orthopédie et à l'ophtalmologie . Elle dispose d'un matériel des plus performants (radio avec amplificateur de brillance, table d'orthopédie, microscope opératoire,...).
- une salle destinée au viscéral et à l'urologie. Elle dispose d'un scope.
- une salle de gynécologie avec scope.
- une salle septique avec scope.

Une salle de réveil se trouve à proximité des blocs, mais n'est pas installée et sert de simple lieu de passage.

\* La salle de stérilisation est équipée de 2 autoclaves. L'une d'entr'elles ayant des problèmes de réglage du temps de stérilisation, l'hôpital a fait appel aux services de la société MHO.

\* Les anesthésies sont réalisées par un médecin anesthésiste réanimateur de l'assistance technique française. Le personnel qui le seconde se limite à 2 infirmiers formés à l'anesthésie sur le tas. L'hôpital ne dispose d'aucun infirmier anesthésiste qualifié:

\* L'approvisionnement en consommables est assuré par la PNA sur le crédit de l'hôpital qui lui est accordé par l'Etat.

Il est complété par les achats du Comité de Santé, mais reste soumis aux ruptures de stock dont souffre parfois la PNA. C'est en fait la présence des assistants techniques qui permet de pallier aux insuffisances, en utilisant les produits qu'ils ramènent de France aux termes de leurs congés.

\* Les capacités d'hospitalisation sont de 120 lits. Y travaillent 2 médecins, pas d'interne, pas d'externe, pas de stagiaire.

### 6-2-5-Le service d'ophtalmologie-ORL:

\* Il est dirigé par un médecin ophtalmologiste recruté par le Comité de Santé.

Il comprend 1 infirmier DE, qui assure à la fois les soins ophtalmo et ORL, et par 3 agents sanitaires.

En fait, les activités dites « ORL » se limitent à l'ablation de corps étrangers et au lavage d'oreilles. Ils ne font pas de paracentèses!

\* Le service dispose par ailleurs d'une lunetterie, bénéficiant de dons provenant de la Fondation Gérin-Lajoie: des lunettes récupérées au Canada sont remises en état et vendues au prix forfaitaire de 2 000 F.

### 6-2-6-La maternité

Seule maternité publique de la ville, elle est très active et reçoit une dizaine d'accouchements par jour. 3 602 accouchements y ont eu lieu en 1995.

Il s'agit d'une très belle maternité, qui vient d'être refaite par le Luxembourg.

Sa très grande salle d'accouchement est divisée en 6 box. Elle est équipée d'une couveuse et d'une table réchauffante.

Elle possède son propre bloc opératoire, mais qui n'est pas encore ouvert par manque de personnel anesthésiste. Les interventions ont donc actuellement lieu au bloc central.

Elle dispose de 3 échographes, dont l'un est utilisé lors des tournées dans les hôpitaux de la région du fleuve.

Sa capacité d'hospitalisation est de 48 lits.

Son équipe se compose de 3 gynécologues, dont 1 coopérant français, 1 gynécologue recruté par le Comité de Santé et 1 CSN français.

De l'avis général, près de 40 % des accouchements de la ville de St Louis se feraient encore à domicile.

#### 6-2-7-Le service de réanimation:

Il a été totalement réhabilité par le FED et le Luxembourg en 1993

Remarquablement bien organisé et équipé, il est installé dans une salle climatisée. Ses 8 lits ont accès à l'oxygène et au vide et 5 disposent d'un scope.

Lors de notre passage, une fuite du circuit de vide empêchait le fonctionnement des aspirateurs: il a été fait appel à la société « Air Liquide ».

Ce service est utilisé par les malades qui nécessitent des soins intensifs et aux post opérés.

Il fonctionne sous la responsabilité du médecin anesthésiste de l'hôpital, qui est secondé par 3 infirmiers DE, 4 agents sanitaires et 1 aide infirmier. Sa surveillante est une religieuse française.

La surveillante estime que le service manque de scopes pour assurer un suivi de qualité des malades et, qu'à l'inverse, il dispose de respirateurs en excès.

#### 6-2-8-Le service de stomatologie

Il est équipé d'un fauteuil en état de marche et 3 autres qui sont incomplets et ne servent qu'aux extractions dentaires.

Un chirurgien dentiste, 2 techniciens supérieurs en soins dentaires et un technicien médical y travaillent.

Les consultations sont réalisées à 1 000 F et le coût des soins est au maximum de 3 000 F par dent.

Les malades couverts par un IPM ont un tarif spécial: 1 500 F par consultation.

Les produits consommables sont achetés sur le budget de l'Etat. En cas de rupture de stock, le Comité de Santé apporte sa contribution.

Le service ne dispose pas de laboratoire de prothèse: les patients doivent se rendre en ville auprès de laboratoires privés, alors que l'hôpital possède les compétences requises.

#### 6-2-9-Le service de radio:

Le service comprend 3 salles:

- .la première est équipée d'une très belle table qui a été fournie par le FED et qui vient tout juste d'être installée. Pour l'instant rien n'est prévu pour le remplacement du tube qui devra être envisagé dans les 3 ans à venir (coût estimé: entre 10 et 20 millions de FCFA pour une production de l'ordre de 6 000 clichés par an, soit un coût de revient de 500 à 1000 F par cliché).

- .la deuxième est équipée d'une table fixe en très bon état.

- .la troisième dispose d'une table mobile. Âgée de plus de 10 ans, sa scopie est en panne.

Le service dispose d'une développeuse toute neuve qui a été récemment livrée.

Il est régulièrement approvisionné en films et en réactifs sur le budget de l'Etat.

Son équipe se compose d'un radiologue, de deux manipulateurs et de 2 aides.

Il dispose également de 2 échographes, dont un est actuellement en panne. Ils s'ajoutent aux 3 autres de la maternité.

#### 6-2-10-Le laboratoire:

Il est réparti entre plusieurs salles, dont l'une (la bactériologie) est située à distance des autres. La plus grande salle nécessite certains aménagements pour bénéficier d'une meilleure fonctionnalité.

Il s'agit d'un laboratoire de très haut niveau dont le champ d'activité est très large (y compris les cultures et les analyses d'eau) et très intense.

Le matériel dont il est équipée est des plus modernes et dépasse parfois les capacités de l'établissement. C'est ainsi qu'il dispose d'un appareil à mesurer les gaz du sang, dont le coût de fonctionnement n'est pas à la portée de l'hôpital, d'un automate, qui n'utilise qu'une seule catégorie de réactifs, d'une chaîne à préparer des milieux de culture,...

A l'inverse, il manque un automate pour la biochimie (un appareil devrait être fourni par le FED) et l'appareil à ionogramme marche mal (il est impossible d'en trouver les pièces de rechange).

Automate à hématologie, autoclave, centrifugeuse, spectrophotomètre, microscope sont quelques uns de ses équipements, qui arrivent prochainement complétés avec la livraison du matériel acheté par le FED.

Le laboratoire est dirigé par une pharmacienne biologiste de l'assistance technique française, dont la forte motivation contribue certainement à la performance du laboratoire. Elle effectue de temps à autres des tournées de supervision des laboratoires de la région du fleuve.

Elle est secondée par un pharmacien biologiste sénégalais et par un technicien de laboratoire non diplômé.

Le laboratoire, comme beaucoup d'autres, manque de personnes qualifiées.

Les réactifs de laboratoire sont non seulement en quantité suffisante, mais sont aussi en excédent. La pharmacienne pense que les stocks disponibles pourraient être remis à d'autres hôpitaux, qui en manquent (Dioum, Ourosogui,...) afin d'éviter leur péremption.

### **6-3-Organisation et gestion:**

#### **6-3-1-La direction**

L'équipe de direction est composée d'un directeur, d'un intendant et d'un surveillant général.

Il y a très longtemps que n'a pas été réunie la Commission Médico-Administrative, qui devrait permettre d'impliquer le personnel soignant dans la bonne marche de l'hôpital.

L'hôpital ne dispose d'aucun système d'information sanitaire. Aucun chef de service n'est en mesure de donner les informations requises sur le département dont il a la charge.

#### **6-3-2-Le Comité de Santé:**

\* Il est composé de 16 personnes, à raison de 4 personnes pour chacun des 4 districts sanitaires de la région du Fleuve. Seul le District de Matam n'est pas encore représenté.

Il est piloté par un bureau de 7 personnes, dont 5 viennent tous les jours ouvrables à l'hôpital.

Aucune rétribution ne leur est versée, mais il bénéficient du remboursement de leurs frais de transport.

Si le président est fonctionnaire et perçoit donc un salaire régulier, le trésorier est par contre un « opérateur économique » de Richard Toll, qui serait malgré tout très présent à l'hôpital.

\* Grâce à ses ressources, le comité a procédé au recrutement de 8 médecins et pharmaciens.

Il assure par ailleurs l'octroi d'une prime complémentaire de 50 000 F par mois aux internes et une indemnité de 100 000 F par mois aux stagiaires.

En janvier 1996, une prime de motivation de 20 000 F a été distribuée à chaque agent, pour un montant total de 2 900 000 F.

\* Le chéquier du Comité de Santé est détenu par le directeur de l'hôpital. Cette disposition facilite ses relations avec le comité de santé en clarifiant les rôles de chacun.

Tableau 68: Tarifs pratiques à l'hôpital de St Louis

NATURE		TARIF	NATURE		TARIF
CONSULTATIONS (ticket valable pour un mois pour la même affection).	Médecine	1000	RADIO	Standard	3500
	Accueil	1000		Avec prépa.	7500
	Psychiatrie	1000		UIV	7000
	Stomato	1000		UCR	7000
	Ophthl./ORL	1500		Arthrogra.	6000
	Pédiatrie	1000	ECHOGRAPHIE		5000
	Chirurgie	1000	ENDOSC.	Fibrosco.	5000
	Matern.gyn.	1500		Rectosc.	5000
OPHTALMO.	Cataracte	10000	KINESITH.(10 séances)		2000
	Glaucome	10000	LABORAT.	HT	1000
	Paupières	3000		Hb	1000
	Enucléat.évisc.	3000		GE	1000
	Stragisme	3000		NFS	2000
		GS-Rh		2000	
HOSPITALIS. (pour 15 jours)	Médecine 1	13000		Electro.Hb	2000
	Médecine 2	8000		Parasito.	1000
	Médecine 3	3000		Bact.	2000
	Pédiatrie	3000		Bact.+cult.+antibio	6000
	Réanimat.	1000		Widal	2000
	Psychiatrie	3000		BW	2000
	Chirurgie 1	16000		ASLO	2000
	Chirurgie 2	9000		ECBU	2000
	Chirurgie 3	4000		Prélev.gorge	2000
	Ophtal.ORL 1	10000	Soins dentaires	Consultation	1000
	Ophtal.ORL 3	3000		Obturation	2000
	ECG		2500		

Un certain consensus semble exister sur la nécessité de revoir les prix, qui ne sont pas le reflet de la réalité. Certains sont en effet trop élevés, alors que d'autres devraient l'être beaucoup plus.

\* Compte tenu de l'importance de cet établissement, les recettes du Comité de santé doivent être considérées comme faibles. Une proportion non négligeable des malades ne payent rien. Il s'agit généralement des personnes recommandées, c'est à dire de celles qui sont en principe les plus aisées et qui donc devraient s'acquitter de leurs droits en priorité.

En ce qui concerne les personnes démunies, leur importance est estimée entre 10 et 15 % des malades. Elles bénéficient de consultations gratuites, mais doivent acquérir elles même leurs propres médicaments.

\* Il n'y a pas d'enregistrement comptable rigoureux des crédits du Comité de Santé.

Un trou de plusieurs millions ayant été constaté dans la caisse de la Pharmacie IB il y a quelques temps, une procédure serait en cours d'instruction par l'inspection de la santé.

\* Les 9 vendeurs de tickets, qui ont été recrutés par le Comité de Santé, sont répartis aux 4 coins de l'hôpital. Une telle organisation ne répond à aucune logique technique et est la cause de nombreux dysfonctionnements: personnel sous utilisé, multiplication de la fraude, complaisance dans le choix des agents,...

\* Le Comité envisage de réviser ses tarifs, afin qu'ils correspondent mieux à la réalité.

L'idée d'introduire un forfait chirurgical a été évoquée: au lieu de multiplier les tarifs, toute intervention chirurgicale serait facturée à 20 000 F, y compris les consommables et 2 jours d'hospitalisation.

Des journées de réflexion sur le recouvrement des coûts devraient être prochainement organisées. Outre la redéfinition des tarifs, elles devraient se pencher sur les problèmes de limitation des malades « recommandés »

### 6-3-3-L'approvisionnement pharmaceutique:

La dotation budgétaire accordée aux médicaments par l'Etat s'est élevée à 25 millions en 1995. En fait, la PNA ne parvient pas à livrer tout ce qui lui est commandé.

Les produits sont essentiellement répartis entre les services et soumis à la gestion de chacun d'eux. Aucune mesure ne permet en fait de les orienter vers les cas d'urgence ou vers les plus démunis. Aucun mécanisme ne permet d'attester que les médicaments donnés par l'Etat ne sont pas revendus aux malades.

L'hôpital dispose par ailleurs d'une pharmacie IB, dont le montant des ventes s'est élevé à 26 millions de F la même année. La fréquence des ruptures de stocks et la non prescription en DCI de nombreux médecins conduit à en limiter le chiffre d'affaire.

La pharmacie est confiée à une pharmacienne recrutée par le Comité de Santé. Elle assure la gestion des produits des 2 origines, qui sont l'objet d'une séparation physique.

Elle se réapprovisionne auprès de la PNA.

Un magasin reçoit les cartons avant que se fasse la répartition entre les 2 stocks.

Un dépôt de cession des médicaments de l'IB se trouve à distance de la pharmacie. Elle servirait une centaine d'ordonnances par jour. Malgré cela, une grande proportion des malades doit aller acheter ses ordonnances dans les pharmacies privées de la ville.

Quant aux produits de la cession de médicaments par l'IB, ils sont versés chaque jour sur un compte bancaire.

### 6-3-4-Les services techniques

#### \* Les cuisines:

L'hôpital dispose de cuisines modernes, qui ont été remises à neuf il y a peu de temps.

Or, un seul brûleur des grandes cuisinières qui les équipent est fonctionnel et les fours ne servent qu'à réchauffer les plats. De plus, elles n'assurent aux malades qu'un seul repas par jour.

Le personnel est composé d'1 dépensier et de 4 personnes, toutes payées sur le budget de l'Etat, mais non fonctionnaires.

#### \* La buanderie:

Elle est équipée de 3 machines à laver, dont une de grande capacité, et d'une sècheuse, qui sont toutes en état de marche.

On y lave blouses et champs opératoires et quelques draps provenant du service de réanimation.

#### \* La maintenance:

L'équipe de maintenance est composée d'un technicien supérieur formé au Togo et à Lyon et de 3 techniciens diplômés de l'école de Djourbel.

### 6-4-Les ressources:

#### 6-4-1-Ressources matérielles:

Les phases successives de réhabilitation de l'hôpital par le FED ont fait de cet établissement l'un des plus beaux et l'un des mieux équipés du Sénégal.

#### \* Les bâtiments:

Bien que très anciens, les bâtiments de l'hôpital de St Louis viennent d'être remis à neuf et sont actuellement d'une parfaite fonctionnalité. Leur architecture est celle d'une époque où il n'y avait pas de climatisation: couloirs périphériques sous arcade protégeant les murs des rayons du soleil, très haut plafonds, grandes ouvertures permettant une aération optimale,...

Bien que la réception ait été récente, on commence à voir apparaître des signes préoccupants, qui laisse entendre que l'hôpital aura des problèmes d'infrastructure dans les années à venir. Les plus visibles traduisent la présence de fuite d'eau dans certaines pièces (chirurgie, stomatologie,...), qui proviendrait des canalisations encastrées dans le mur.

D'autres sont liées à la proximité de l'océan: elle se traduisent notamment par le décollement des peintures et par la montée d'humidité le long de certains murs.

-L'hôpital dispose de cabines, à un lit, mais qui ne présentent pas de meilleures conditions d'hébergement que les salles à 3 lits ou davantage.

Il est également doté de 5 chambres climatisées, qui devraient servir de cabines de 1ère catégorie, mais sont occupées actuellement par des médecins.

-Accès à l'hôpital se fait par 2 entrées distinctes, ce qui a des conséquences négatives sur le bon fonctionnement de l'hôpital.

\* L'équipement:

Grâce aux différentes phases de réhabilitation, l'hôpital de St Louis dispose d'un équipement qui n'a rien à envier aux hôpitaux d'Europe. Salle de réanimation équipée de scopes, salles d'opération disposant du matériel le plus récent et le plus complet, laboratoire avec automates, gaz du sang, ..., tables radio de dernière génération, échographes,...

Pour l'instant, la quasitotalité de ce matériel est en parfait état de marche, mais rien n'a été prévu pour assurer son entretien lorsqu'il tombera en panne, ni son renouvellement lorsqu'il sera hors d'usage.

Un envoi complémentaire d'une valeur de 300 millions vient d'être livré par le FED sur un reliquat de crédits.

\* Les véhicules:

L'hôpital dispose de 3 véhicules:

- .1 ambulance NECO FIAT en bon état
- .1 ambulance R12 break en assez bon état (1990)
- .1 véhicule de liaison 305 break en assez bon état (1994)

#### 6-4-2-Ressources humaines:

Au 31 Décembre de l'année 1995, l'hôpital de St Louis comprenait 99 agents émargeant sur le budget de l'Etat, 7 assistants techniques et 32 employés par le Comité de Santé.

**Tableau 69: Situation du personnel en 1995**

QUALIFICATIONS		ETAT	ASS.TECH.	C.S.H	TOTAL
Administration	Directeur	1	0	0	1
	Intendant	1	0	0	1
	Ag.administ.	3	0	0	3
	Secrétaire	1	0	4	5
	Standardiste	0	0	1	1
Médecins		0	7	6	13
Pharmaciens		0	1	2	3
Paramédicaux	Tech.supér.	6	0	1	7
	Sages femmes	8	0	0	8
	Infir.DE	14	0	0	14
	Agents sanit.	44	0	1	45
	Auxil.hygiène	1	0	0	1
Technique	Ingénieurs	1	0	0	1
	Techn.maint.	3	0	0	3
	Ouvriers	0	0	2	2
Service	Gar.& fil.salle	0	0	0	0
	Aides infir.	7	0	0	7
	Vendeurs tickets	0	0	9	9
	Vendeurs médic.	0	0	4	4
Exploitat.	Cuisiniers	6	0	0	6
	Lingères	2	0	0	2
	Manoeuvres	1	0	0	1
	Chauffeurs	0	0	2	2
<b>Total</b>		<b>99</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>139</b>

Les assistants techniques français comprenaient:

- |                             |                       |                          |
|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| .1 chirurgien               | .1 médecin interniste | .1 radiologue            |
| .1 gynéco-obstétricien      | .1 anesthésiste       | .1 pharmacien biologiste |
| .1 gastro-entérologue (CSN) | .1 gynécologue (CSN)  |                          |

Les agents employés par le Comité de Santé comprenaient:

- |                                 |                                 |                            |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| .1 pédiatre                     | .1 ophtalmologiste              | .1 chirurgien              |
| .1 psychiatre                   | .1 gynécologue                  | .1 médecin généraliste     |
| .1 pharmacien biologiste        | .1 pharmacien                   | .1 techn.supér.laboratoire |
| .1 agent sanitaire anesthésiste | .4 secrétaires                  | .1 standardiste            |
| .2 chauffeurs                   | .1 plombier                     | .1 électricien             |
| .9 vendeurs de tickets          | .4 distributeurs de médicaments |                            |

Par ailleurs, le Comité de Santé a permis l'emploi temporaire de 4 internes et de stagiaires.

#### 6-4-3-Ressources financières:

En 1995, l'hôpital a disposé d'un crédit total de fonctionnement (hors salaires des fonctionnaires) d'environ 233 millions de F.

a) Ressources provenant du budget de l'Etat

**Tableau 70: Répartition du budget par chapitre en 1995**

CHAPITRES	MONTANT
Fonctionnement	75603376
Dépenses permanente	26879332
Carburant	6324340
Médicaments	25000000
Maintenance (CA)	7945000
Total	141752048

A cela s'ajoutent les équipements fournis par le Ministère de la Santé sur le budget destiné aux investissements.

b) Ressources provenant du Comité de Santé:

**Tableau 71: Comptes 1995 du Comité de Santé**

CHARGES	MONTANTS	MONTANT	
		1550400	
Equipement et matériel	1609180	44511640	
Médicaments IB	16469614	26069719	
Créances sur IPM	3416310	11271530	
Prêts	1680000	368250	
Carburant et lubrifiant	3957427	3378571	
Autres produits pharm.	4420040	1430000	
Gaz	1097032	3416310	
Fournitures bureau	3942798		
Produits entretien	1709550		
Fournitures	11235230		
Réparat. entretien véhic.	2138447		
Maintenance	4829200		
Charges diverses	9434651		
Salaires agents hopit.	21560000		
Salaires agents Comité	1425000		
Sous total	88924479		
Résultat	3071841		
Total charges	91996420	Total produits	91996420

**6-5-Les résultats:****6-5-1-Les activités**

\* Consultations:

**Tableau 72: Répartition des consultations entre les services:**

SERVICES	CONSULTANTS	CONSULTATIONS
Psychiatrie	2090	2462
Maternité	5502	5846
Stomato	15856	11338
Pédiatrie	4425	3581
Accueil	4206	5786
Chirurgie	9202	6170
Médecine	1404	1336
Ophthalmo	3758	2350
Total	46443	38869

\* Actes

**Tableau 73: Nombre d'actes réalisées en 1995**

NATURE ACTES	NOMBRE
Radio	
.hospitalisés	895
.externes	1877
.personnel	462
Accouchements	3602
Echographies	325
Intervent.chirurg.	
.sous AG	1082
.sous ALR	203
.sous AL	686
Plâtres	1173
Cataractes	186
Petite chir.ophtalmo.	78
Exam.labo	
.Hospitalisés	3562
.Externes	3321

**Tableau 74: Constitution des urgences.**

TYPES D'URGENCES	NOMBRE
Gynécologiques	229
Chirurgicales	75
Réanimation médicale	177
Post opérés	191
Autres	149
Total	821

\* Les hospitalisations:

La majorité des malades se répartissent entre la 4ème catégorie (66%) et la 2ème (30%)

**Tableau 75: Répartition des journées d'hospitalisation par catégories en 1995**

	CATEGOR				Total
	1ère	2ème	3ème	4ème	
Malades ordinaires	0	0	0	6883	6883
Fonctionnaires	118	1824	115		2057
Salariés sect.privé	137	1313	22	0	1472
Particuliers payant			46		46
Total	255	3137	183	6883	10458
%	2%	30%	2%	66%	

\* La radiologie

**Tableau 76 : Répartition des examens radios**

	Hospitalisés	externes	Personnel	Total
Lavement baryté	5	1	1	7
ASP	55	31	11	97
HSPG	6	121	17	144
UCR	10	8	2	20
UIV	8	8	3	19
Poumons	494	292	234	1020
Autres	317	521	194	1032
Total	895	982	462	2339

**Tableau 77 : Répartition des échographies en 1995**

	Hospitalisés	Externes	Personnel	Total
Abdominales	115	75	41	231
Obstétricales	0	7	0	7
Pelviennes	15	32	12	59
Autres	5	18	5	28
Total	135	132	58	325

\* Le laboratoire

**Tableau 78: Répartition des examens de labo**

TYPE D'EXAMENS		NOMBRE
Bactério	Hémocultures	37
	Coprocultures	123
	LCR	28
	Pus	43
	BAAR	476
	Autres	25
Hémato	Groupe	1342
	VS	541
	NF	2441
Parasito	Selles	265
	ECBU	326
Sérologie		663
Chimie	Urines	158
	Sang	412
Total		6880

**6-5-2-Performances des services:**

Le taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour de l'hôpital de St Louis attestent du degré de performance de l'hôpital.

**Tableau 79: Répartition par service en 1995**

SERVICES	LITS THEOR.	LITS INSTAL	HOSPITALIS.	NJO	TOL	DMS
Médecine générale	78	75	1041	12605	46%	12,1
Chirurg.générale	129	103	804	17209	46%	21,4
Pédiatrie	34	36	1366	10333	79%	7,6
Réanimation	12	8	779	2212	76%	2,8
Maternité	50	40	3416	10248	70%	3,0
Total	303	262	7406	52607	55%	7,1

**6-6-Analyse:**

\* L'hôpital de St Louis peut actuellement être considéré comme un hôpital relativement performant. Relativement, car il souffre encore de certaines insuffisances, mais performant tout de même, car les malades peuvent y bénéficier de conditions diagnostiques et thérapeutiques peu fréquentes en Afrique. Les raisons en sont essentiellement externes, car d'une part, il vient de bénéficier d'une réhabilitation complète par le FED, d'autre part il profite largement de la présence d'une équipe de 8 assistants techniques français, auxquels il faut ajouter quelques religieuses.

Or, en ce qui concerne les bâtiments et les équipements, il est urgent que soient mis en place des mécanismes de gestion permettant d'assurer leur maintenance et leur renouvellement.

En l'absence de solution, on assistera dans les années à venir à une multiplication de leurs pannes, à la mise à l'écart progressif de certains équipements et donc à une détérioration du niveau de performance de l'hôpital.

En ce qui concerne les ressources humaines, le départ de l'assistance technique, surviendra un jour. Si d'ici là des mesures radicales ne sont pas prises pour assurer la présence permanente à St Louis d'équipes sénégalaise qualifiées, on assistera à l'effondrement du niveau actuel de performance de l'hôpital.

\* Il est donc urgent que tout soit fait dans les meilleurs délais pour utiliser au mieux le temps qu'offre l'actif actuel de l'hôpital et que l'on procède à sa restructuration en profondeur.

Il est donc essentiel que les partenaires du Sénégal, qu'il s'agisse de l'Union Européenne, de la Coopération Française, du Luxembourg ou de la région Nord-Pas de Calais soutiennent activement l'hôpital pendant une période de 5 ans environ, afin de lui donner le temps de prendre les mesures nécessaires.

\* De plus, il est urgent qu'un plan de développement des ressources humaines puissent apporter une réponse au manque de personnel qui se pose de plus en plus à l'Hôpital.

L'intégration de certains services de l'hôpital de St Louis dans le CHU permettrait non seulement d'y attirer des médecins bi-appartenants, mais aussi d'utiliser au mieux ce magnifique établissement que constitue aujourd'hui cet établissement.

La tendance qui conduit le Comité de Santé à recruter 8 médecins ou pharmaciens doit être inversée.

La réalisation par l'Etat de ses missions de service public doit le conduire à garantir la présence d'un personnel soignant fonctionnaire dans l'ensemble des hôpitaux.

Le personnel recruté sur contrat par un hôpital (aujourd'hui par le Comité de Santé, demain par l'EPH) doit se limiter au personnel de service, c'est à dire à des agents non qualifiés.

\* En ce qui concerne son organisation interne, l'hôpital doit être réorganisé autour d'une seule porte et d'une seule caisse centrale.

La direction et le Comité de Santé devront par ailleurs effectuer de façon indépendante des contrôles au sein de l'établissement, pour vérifier si les malades se sont bien acquittés de leurs tarifs.

\* L'hôpital de St Louis doit être inclus parmi les premiers établissements, qui avec l'aide de la cellule d'analyse de gestion de l'Hôpital principal, mettra en place son système d'information médicale et financière et élaborera son projet d'établissement.

## **7-L'HOPITAL DE NDIOUM**

### **7-1-Présentation générale:**

\* D'une capacité de 106 lits, l'hôpital départemental de Dioum a été construit en 1977 par le FED et a ouvert ses portes en 1980. Avec l'hôpital d'Ourossogui, il constituait à l'origine une simple antenne chirurgicale, qui était destinée à limiter les évacuations chirurgicales vers l'Hôpital de Saint Louis.

Ils présentent tous deux la même particularité d'avoir été construits sur une base départementale, à une quarantaine de kilomètres du Centre de Santé de District.

\* L'absence de poste de santé à Dioum fait de l'hôpital la seule structure sanitaire de la ville, qui le conduit à assurer aussi bien les activités de 1er niveau (consultations courantes, consultations de SMI/PF,...) que les activités de référence.

\* L'hôpital de Dioum pose un problème d'ordre administratif, lié à sa position géographique. Situé à 45 km de Podor, le chef lieu de District, il sert de structure de référence directe de la plupart des postes de santé: sur les 36 postes que compte le district, 21 orientent directement leurs malades vers l'hôpital de Dioum et les 15 restant vers le centre de santé de Podor qui leur est plus proche.

Le centre de santé de Podor dispose d'une capacité technique qui lui permet de jouer également un rôle de référence. Il dispose de 3 médecins de 2 sages femmes, de 3 infirmier DE et de 2 agent sanitaires, parmi lesquels 1 médecin, 2 infirmiers et 1 agent sanitaire ont été recrutés par le Comité de Santé du District.

\* La District de Podor (160 000 habitants) est une zone de migration vers la France et d'autres pays d'Afrique. Elle bénéficie donc d'importants flux financiers, mais est également exposée aux risques de Sida. La ville de Dioum se développe à un rythme rapide, lié à la présence de nombreux projets de développement, dont l'un des plus importants est le Projet Intégré de Podor (ou PID), financé par l'Union Européenne.

### **7-2-Présentation des différents services:**

L'hôpital de Dioum regroupe 8 services, dont 4 comprenant des hospitalisations.

7-2-1-Le service de porte: Il fait office de poste de santé. En effet, le Poste de santé de Dioum est actuellement fermé. Tenu par un infirmier DE, il a reçu en Février 1996 un total de 416 consultants et a effectué 437 consultations.

7-2-2-Le service de médecine: D'une capacité de 30 lits, il était sans médecin lors de notre passage, le dernier venant d'être affecté à Thiès et n'ayant pas de remplaçant.

7-2-3-Le service de chirurgie: Sa capacité est également de 30 lits. Son bloc opératoire comprend 2 salles d'opération, dont une seule est fonctionnelle. Il dispose d'une équipe composée d'un chirurgien, d'un technicien supérieur, d'un infirmier DE, de 2 aides infirmiers et d'un manoeuvre.

Les anesthésies sont réalisées par un technicien supérieur, qui travaille surtout à la kétamine.

Il dispose d'oxygène, mais manque d'équipements élémentaires (pas de sonde à intubation, pas d'ambu, pas d'aiguilles à rachianesthésie,...).

L'hôpital ne dispose ni de salle de réveil, ni de salle de réanimation (elle a été transformée en salle d'hospitalisation).

7-2-4-Le service de pédiatrie: D'une capacité de 30 lits, il est tenu par un médecin généraliste dont le salaire est versé par Terre des Hommes. Cette ONG lui fournit également des médicaments et du matériel, et lui permet d'assurer le fonctionnement d'un Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle.

7-2-5-La maternité: D'une capacité de 30 lits, elle est tenue par 2 sages femmes, 1 infirmière, 1 agent sanitaire et 5 matrones. La salle d'accouchement est équipée de 2 tables et n'est pas climatisée.

Seule maternité de Dioum, elle n'a pas de pèse bébé, mais est équipée d'un petit échographe qui est utilisé par le gynécologue français de l'hôpital de St Louis, qui vient tous les mois. Ses visites jouent un grand rôle dans la formation des sages femmes et dans leur mobilisation dans la lutte contre la mortalité maternelle.

Son personnel effectue également des consultations prénatales et de planning familial.

7-2-6-Le service dentaire: Il est tenu par un technicien supérieur en soins dentaires, qui travaille avec une valise spécialisée sur un simple fauteuil. Il dispose d'un poupinel pour la stérilisation de son matériel.

7-2-7-Le laboratoire: Il est fonctionnel et bien équipé. Il dispose en particulier d'un microscope, d'un spectrophotomètre et d'une centrifugeuse à microhématocrite. Il ne dispose pas de banque de sang, mais fait des test HIV.

Les examens réalisés comprennent essentiellement de l'hématologie (NFS, VS, Emmel et TH), de la parasitologie (selles, urines, GE) et de la chimie (glycémie, albumine et sucre dans les urines).

7-2-8-Le service de radiologie: Il dispose d'une table fixe, qui permet d'effectuer des scopies et des graphies sans préparation. Elle est tenue par un manipulateur radio. Le développement se fait à la main. Le service dispose des quantités requises de films et de produits.

### 7-3-Organisation et gestion:

#### 7-3-1-Statut:

L'hôpital de Dioum est avec celui d'Ourossogui un des 2 hôpitaux du Sénégal et pose à ce titre un triple problème:

- .le premier est lié à son statut d'hôpital. Service administratif, il dépend directement de la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement du Ministère de la santé (DAGE). Ses relations avec le médecin chef de District du Podor sont purement fonctionnelles.

- .le deuxième est lié à la duplication qui existe entre les capacités d'hospitalisation de l'hôpital et du Centre de Santé de District, situé à Podor.

- .le troisième est lié à sa position géographique. Situé à 45 km de Podor, il constitue un pôle d'attraction pour la plupart des postes de santé.

Malgré cela, Podor oriente 90 % de ses malades chirurgicaux vers Dioum. Quand il évacue directement un malade sur St Louis, le transfert par ambulance ne passe pas par Dioum.

Fort heureusement, la bonne volonté de chacun permet de résoudre la plupart des difficultés. C'est notamment le cas du préfet qui demande au médecin chef de district de se rendre à Dioum lorsqu'il y a un problème à l'hôpital.

Quant au directeur de l'hôpital, il est convié à des réunions organisées par le district. Une collaboration entre les 2 structures est en train de s'instaurer. Par ailleurs, l'hôpital participe à la formation technique des infirmiers du district.

Enfin, la non fonctionnalité du poste de santé de Dioum (elle est en partie liée à un manque d'infirmiers: au cours des 5 dernières années, 15 infirmiers du district de Podor sont partis et n'ont pas été remplacés) conduit l'hôpital à jouer le rôle de structure de 1er niveau, ce qui contribue à opacifier l'exercice de ses fonctions qui devraient normalement être concentrées sur des activités de référence et de formation.

#### 7-3-2-Le comité de santé:

-Il est constitué par un bureau de 13 personnes. La permanence de ses activités est assurée par son président et son trésorier, qui se réunissent une fois par semaine avec le Directeur. Il semblerait qu'il n'ait pas été renouvelé depuis 5 ans, alors qu'il devrait l'être tous les 2 ans.

Issu directement de la ville de Dioum, il n'a aucun lien avec le comité de santé du district, qui a demandé à plusieurs reprises d'être représenté en son sein.

-Son rôle au sein de l'hôpital est important. Le Comité de Santé de l'Hôpital assure en effet le salaire de 11 personnes qu'il a recrutées. Au cours des mois passés, il a changé les housses des matelas (700 000 F) et a acheté 600 draps (à 5 800 F l'unité), 7 plafonniers, 6 ventilateurs et 4 sièges de WC pour les cabines. Il a également réparé l'ambulance et la camionnette.

De plus, il tue 4 boeufs par mois à raison de 1250 F par kg et 220 kg par animal.

Enfin, il joue un rôle social, en décidant de prendre en charge la tarification des cas sociaux et en donnant une somme d'argent aux malades évacués pour les aider lors de leur séjour loin de Ndioum.

\* Les tarifs pratiqués par l'hôpital sont les suivants:

-Consultation:	.200 F le tickets pour une période de 10 j.(ordinaire ou spécialisée)
-Accouchement	.1 500 F
-Hospitalisation (par période de 10 jours)	.1 500 F en catégorie ordinaire .5 000 F en cabine.
-Examen labo:	.de 500 F à 3 200 F l'examen
-Radiographie	.2 000 F
-Intervention chirurgicale:	de 2 500 F à 5 000 F (césarienne, GEU,...)
-Soins dentaires:	.200 F la consultation .1 000 F l'extraction .2 000 F l'obturation.
-Echographies:	.1 000 F

Ces tarifs ne concernent que le malade doit acheter lui même les produits qui lui sont prescrits.

### 7-3-3-Les services techniques:

\* La maintenance:

Elle confiée à une équipe de 3 techniciens qui ont été formés à l'Ecole de Djourbel. Disposant d'un certain équipement, ils assurent correctement la maintenance courante de l'établissement, en ce qui concerne les bâtiments et le mobilier, mais ils ne sont pas en mesure de toucher aux équipements biomédicaux. Le budget qui lui est accordé par l'Etat s'élève à 2,4 millions par an.

\* La cuisine:

Bien que de conception moderne, les cuisinières sont en panne. Les repas sont donc préparés au charbon de bois, par 4 personnes.

Le crédit de l'Etat serait 20 millions de F pour l'alimentation. Il est complété par le Comité de Santé de l'Hôpital qui assure la fourniture de la viande 2 fois par semaine et par le Projet Intégré de Podor qui apporte des dons.

Si on calcule le coût de revient de l'alimentation des malades à partir des chiffres qui nous ont été donnés, une journée d'hospitalisation revient en nourriture à 4 221 F.

**Tableau 80: Bilan de l'alimentation des malades**

NATURE	MONTANT
Budget alimentation	46768653
Malades hospitalisés	1752
Journées hosp.	11081
Coût/malade	26694
Coût/journée	4221

\* Le personnel d'entretien:

Il est confié à 5 contractuels, dont le salaire mensuel s'élève à 250 000 F. Payés sur le budget de fonctionnement de l'hôpital, ils ne disposent d'aucun statut juridiquement valable.

### 7-3-4-L'approvisionnement pharmaceutique:

Le crédit de l'Etat destiné aux médicaments s'élève à 14 millions.

La pharmacie a séparé dans 2 magasins distincts les médicaments de l'IB et les dons, qui sont destinés aux urgences et aux cas sociaux.

Chaque service établit sa commande une fois par semaine. En cas de rupture prématurée, il peut établir un bon complémentaire.

Les médicaments de l'IB sont achetés à la Pharmacie régionale de St Louis.

Le 31 décembre 1995, les stocks étaient de 4 601 800 F dans les magasins de vente de l'IB et de 9976344 F, dont 3 501 803 F de produits périmés.

#### 7-3-5-Les appuis techniques de l'Hôpital de St Louis:

L'hôpital de Dioum reçoit périodiquement (en principe une fois par mois) la visite du gastro-entérologue et du gynécologue de l'hôpital de St Louis. Ces 2 médecins français effectuent des consultations spécialisées, des examens paracliniques (fibroscopies et échographies pour le premier, échographies pour le second) et contribuent à la formation continue du personnel. Ces passages s'inscrivent dans le cadre de grandes tournées qui les conduisent dans tous les hôpitaux départementaux et centres de santé de la région du fleuve. Les malades bénéficiant de leurs services sont sélectionnés par l'hôpital et convoqués à la date indiquée.

#### 7-4-Les ressources:

##### 7-4-1-Ressources matérielles:

##### a) Infrastructure:

L'Hôpital est constitué par un ensemble de pavillons reliés les uns aux autres par des couloirs couverts. L'architecture se veut novatrice: elle s'appuie sur une toiture de tôles ondulées arrondies en demi fut, mais recouvrant des plafonds en béton et ménageant un espace entre les deux pour laisser passer une circulation d'air. La tôle assure ainsi l'étanchéité et protège les plafonds des rayons du soleil, contribuant ainsi à réduire la température intérieure, dans cette région franchement sahélienne.

Les bâtiments semblent a priori en assez bon état et n'exigent qu'une légère remise en état.

Conçu pour une capacité de 120 lits, il ne bénéficie en fait que de 106 lits installés.

Il offre 2 catégories d'hospitalisation:

- .des chambres ordinaires de 2 à 6 lits,
- .des cabines individuelles

-L'hôpital dispose en plus de 4 logements (attribués au directeur, à l'intendant et à 2 médecins) et 10 studios (attribués au personnel infirmier).

-L'hôpital pose un problème d'écoulement de ses eaux usées vers la ville de Dioum et doit acquitter des factures d'eau très élevées (68 m<sup>3</sup> d'eau par jour, à 750 F le m<sup>3</sup>). La direction, qui souhaite pouvoir disposer d'un système autonome d'approvisionnement, est à la recherche de 6 millions de F pour procéder au surcreusement d'un puit et à son équipement avec une pompe immergée.

##### b) Équipement:

-La plupart des équipements datent de la construction de l'hôpital et demandent à être renouvelés.

-L'hôpital dispose de 3 véhicules:

- .2 peugeot 504 pick up, datant de 1980, en mauvais état,
- .1 ambulance datant de 1992, encore en bon état.

La direction demande une camionnette et une voiture de liaison supplémentaires.

-Une radio récupérée à Nantes a été donnée à l'hôpital par des travailleurs migrants.

Le fauteuil dentaire doit être renouvelé.

**7-4-2-Ressources humaines:**

La direction estime que l'hôpital souffre d'un déficit important en ressources humaines.

**Tableau 81: Situation du personnel en 1995**

QUALIFICATIONS		EFFECTIF	BESOIN
Administration	Directeur	1	1
	Intendant	1	1
	Secrétaire	1	2
Médecins	Généralistes	2	4
	Chirurgiens	1	2
Pharmaciens		0	1
Paramédicaux	Tech.supér.	2	3
	Sages femmes	2	3
	Infir.DE	6	10
	Agents sanit.	3	12
Technique	Techn.maint.	1	2
	Ouvriers	2	4
Service	Gar.& fil.salle	3	5
	Aides infir.	3	7
Exploitat.	Cuisiniers	1	1
Total		29	58

Le Comité de Santé a recruté 11 personnes: 2 laborantins, 1 chauffeur, 8 matrones et 2 vendeurs de tickets pour une masse salariale d'environ 450 000 F par mois.

La réouverture du poste de santé de Dioum et la réorganisation interne de l'hôpital devrait permettre de trouver des réserves de productivité. Comme dans les autres hôpitaux, seul l'élaboration d'un projet d'établissement permettra de déterminer les besoins réels en ressources humaines.

**7-4-3-Ressources financières:**

a) De l'Etat:

**Tableau 82: Budget de l'Etat 1995**

RUBRIQUES	MONTANT
Fonctionnement	35800000
Dépenses perman.	
.eau	2000000
.électricité	11500000
.téléphone	500000
Carburant	3456000
Médicam/matér.	2400000
Maintenance	1400000
Total	57056000

b) Des usagers:

**Tableau 83: Bilan des financements par le Comité de Santé**

RECETTES	MONTANT	DEPENSES	MONTANT
Tickets	9751750	Salaires	1224000
		Fonctionnement.	3089994
		Équipement	192048
		Sous total	4506042
Médicaments IB	35800922	Médicaments IB	21390225
Total	45552672		25896267

7-4-4-Les produits pharmaceutiques:

**Tableau 84: Situation des stocks de médicaments de l'IB au 31/12/95**

VALEURS	MONTANT
Stock cession	4601800
Stock magasin	6474541
Compte bancaire	5946712
Total	17023053

**7-5-Résultats:**

7-5-1-Les activités:

Elles sont dominées par les activités de 1er niveau qu'est amené à réaliser l'hôpital, en l'absence de poste de santé dans la ville. Cette confusion des fonctions au sein du personnel a probablement pour conséquences de minimiser ses fonctions de référence.

**Tableau 85: Bilan des activités en 1995**

ACTIVITES	NOMBRE	ACTIVITÉS	NOMBRE
Consultants	10959	Consultations PF	707
Consultations	17597	Échographies	38
Radio		Intervent.chirurg.	
		.sous AG	524
		.sous ALR	325
.hospitalisés	1047	Plâtres	157
.externes	554		
.personnel	102	Evac.sanitaires	78
Accouchements		Exam.labo	
		.Hospitalisés	5586
		.Externes	4294
.eutociques	237	.sous total	9880
.césariennes	20		
.ventouses	5		
Consultations PN	1919		

## -Examens de laboratoire

**Tableau 86: Répartition des examens de labo**

TYPE D'EXAMENS		NOMBRE
Bactério	LCR	97
	Autres	77
Hémato	Groupe	1460
	VS	705
	Autres	70
	NF	610
Parasito	Selles	1090
	GE	1850
Sérologie		1017
Chimie	Urines	1817
	Sang	1327

## -Examens radiographiques

**Tableau 87: Répartition des examens radio**

NATURE	NOMBRE
Poumons	934
Crane	55
Rachis	38
ASP	96
Contrôle	119
Autres	461

8-5-2-La productivité:

Avec un taux d'occupation des lits de 31 % en 1995, on peut estimer que la capacité de l'hôpital est sous utilisée (à moins que de nombreuses hospitalisations ne soient pas enregistrés...).

Cette situation peut s'expliquer en partie par la présence du centre de santé de Podor, en ce qui concerne la médecine et la pédiatrie.

**Tableau 88: Répartition par service**

SERVICES	LITS THEOR.	LITS INSTAL	HOSPITALIS.	NJO	TOL	DMS
Médecine générale	30	26	429	2505	26%	5,8
Chirurg.générale	30	30	325	3375	31%	10,4
Pédiatrie	30	30	777	5265	48%	6,8
Maternité	30	20	221	936	13%	4,2
Total	120	106	1752	12081	31%	6,9

### 7-6-Analyse:

\* L'hôpital de Dioum pose le problème des liaisons entre un hôpital départemental et un centre de santé de cercle.

Compte tenu de la distance (220 Km) qui sépare Podor de l'Hôpital régional de St Louis, la présence d'un établissement hospitalier s'impose.

Les 45 km qui le séparent du chef lieu de district posent problèmes, mais ne sont pas fondamentaux, car, si les fonctions de santé publique et de référence doivent être l'objet d'une coordination rigoureuse, elles sont distinctes.

L'histoire semble montrer que le choix de Dioum (comme celui d'Ourossogui) qui a été fait en 1977 s'appuyait sur une saine analyse de l'avenir: en effet, tout laisse penser que Dioum (6 000 habitants), situé sur la grande route bitumée qui fait le tour du Sénégal deviendra le véritable pôle de développement urbain de ce département, alors que Podor (11 000 habitants), qui est localisé à 22 km de cet axe, est voué à prendre une position secondaire.

\* Tous laisse penser que l'hôpital de Dioum doit obtenir sa personnalité morale et son autonomie de gestion. En confiant la présidence du Conseil d'administration au Maire de Dioum et en confiant sa tutelle au préfet de Podor (dont le médecin chef est le collaborateur direct sur les questions de santé), se dessine un mode de fonctionnement, qui devra mettre un terme à des conflits d'organigramme et de compétences.

\* La transformation de l'Hôpital de Dioum en établissement public, qui conduirait à la suppression du Comité de Santé de l'Hôpital, permettrait de résoudre un certain nombre de problèmes puisque les membres du Comité de santé du District (qui comprend des représentants des comités de postes de santé) devrait être membre de droit de son conseil d'administration.

## **8-L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC**

### **8-1-Présentation:**

-Construit en 1913, l'Hôpital Aristide Le Dantec fut, à l'origine l'hôpital « indigène », par opposition à l'Hôpital Principal qui constituait l'hôpital « colonial ».  
Il constitue depuis 1962 le support principal du CHU de Dakar et forme l'essentiel des médecins spécialistes sénégalais et des pays de la sous région.

-Sa capacité est actuellement de 802 lits installés, après avoir atteint le chiffre de 1 100 il y a quelques années.

-Il comprend 11 services avec hospitalisation:

.gynéco-obstétrique	121 lits,
.chirurgie générale	150 lits,
.orthopédie-traumatologie	37 lits
.urologie	90 lits
.dermatologie	29 lits
.ophtalmologie	35 lits
.pédiatrie	112 lits
.médecine interne	79 lits
.cardiologie	48 lits
.cancerologie	60 lits
.ORL	41 lits

Il comprend par ailleurs

- .un service de réanimation,
- .un service de stomatologie
- .un service de rééducation fonctionnelle
- .un service de radiologie
- .un laboratoire

Son plateau technique bénéficie de la présence:

- .d'une unité d'hémodialyse, équipée de 6 reins artificiels, qui a été ouverte en 1987
- .d'une unité de cobalto-thérapie, qui a été installée en 1989.

-L'hôpital vient de bénéficier d'une première tranche de réhabilitation, qui a porté sur la maternité et le service de chirurgie. Les bâtiments ont été rénovés par l'AGETIPE, sur un financement de la Banque Mondiale et l'équipement a été fourni par la Coopération Japonaise en 1994.

Grâce à cette réhabilitation, l'hôpital dispose d'unités modernes de chirurgie et de réanimation.

Le reste de l'hôpital attend l'ouverture d'une seconde tranche, qui devait être financée par le Fonds Saoudien et dont la négociation se prolonge depuis bientôt 10 ans...

L'hôpital parvient tant bien que mal à maintenir la fonctionnalité de ses locaux et de ses équipements non encore réhabilités, grâce aux Comités de Santé de l'Hôpital.

### **8-2-Les différents services:**

\* La réanimation:

Ce service souffre d'un manque sévère de personnel qualifié, qui résulte notamment du grand nombre et de la dispersion des blocs opératoires et des unités de réanimation:

L'Hôpital compte en effet:

- .19 blocs opératoires,
- .12 lits de réanimation centrale,
- .9 lits d'urgence,
- .12 lits de réanimation urologique
- .4 lits de réanimation en maternité,
- .8 lits en salle de réveil.

La réanimation centrale, quant à elle, ne dispose que de 4 infirmiers DE et 2 agents sanitaires. Fort heureusement, le comité de santé a permis le recrutement de 6 agents sanitaires supplémentaires. Cet effectif reste insuffisant pour faire tourner les 5 équipes qu'exige le fonctionnement du service. Le service dispose d'une nouvelle salle de 4 lits qui n'a pas encore été ouverte et attend le début de la chirurgie cardiaque pour être mise en service.

- La réanimation a largement bénéficié du don japonais: les équipements qui lui ont été fournis (respirateurs et moniteurs) ayant pu être acquis auprès de fournisseurs présents à Dakar, leur maintenance peut être assurée.
- Les malades en réanimation doivent s'acquitter d'une tarification qui s'élève à 35 000 F par semaine. Ils doivent souvent acheter des ordonnances complémentaires, dont le coût peut s'élever à 70 000 F par jour.
- Le service assure la formation en anesthésie de 3 internes sénégalais et 6 CES étrangers (boursiers de l'OMS). Il a prévu de former 10 infirmiers anesthésistes par an pendant 5 ans, mais il n'y a pas eu de concours de recrutement depuis 3 ans.

#### \* Ophtalmologie:

Le service est très actif: il effectue environ 15 000 consultations par an et une trentaine d'interventions par semaine, auxquelles s'ajoutent les urgences.

Ses locaux sont inappropriés et ses équipements vétustes. Le dernier appui dont il a bénéficié remonterait à 1983.

L'équipe médicale se compose de 3 professeurs agrégés, de 3 chefs de clinique et de 2 internes. Le service manque par ailleurs de personnel paramédical, dont les effectifs auraient été réduit des 2/3 en 20 ans.

Sa capacité d'hospitalisation théorique est de 35 lits, mais les conditions d'hébergement sont si précaires, qu'elles sont peu utilisées. L'utilisation de techniques ambulatoires permet en effet de laisser la plupart des malades regagner leur domicile sans nécessité d'hospitalisation.

Son fonctionnement repose sur son Comité de Santé, dont le montant des recettes annuelles est de l'ordre de 15 millions de F.

Le service forme des CES parmi lesquels se trouvent actuellement 5 médecins maghrébins.

#### \* Cancérologie:

Le service dispose d'une unité de radiothérapie et recoit des malades provenant de l'ensemble des pays voisins. Il souhaite que cette vocation sous régionale puisse être institutionnalisée. Cela nécessiterait la mise en oeuvre d'un programme commun entre les différents pays, afin de ne faire venir à Dakar que les malades dont le voyage serait justifié.

#### \* Cardiologie:

Situé dans un ancien bâtiment, qui nécessite une rénovation, sa capacité actuelle est de 54 lits.

Il dispose d'une salle de réanimation de 4 lits, qui est équipé de 4 scopes, dont 3 sont en panne.

Ses chambres d'hospitalisation comprennent des cabines à 1 lit (2 500 F/jour) ou à 2 lits, ainsi que des salles communes de 10 lits.

Ne disposant pas de leur propre laboratoire pour suivre notamment la crase sanguine, il fait appel à des laboratoires privés qui viennent faire leurs prélèvements dans le service.

Une cuisine permet aux familles de préparer leurs repas.

Son personnel comprend 3 professeurs agrégés et 2 assistants chefs de clinique.

Un médecin et un infirmier assurent une permanence de garde 24 h sur 24, afin de faire face aux urgences. Il recevrait environ 1 infarctus par mois.

De toute évidence, ce service ne dispose pas des conditions techniques que nécessite une unité aussi spécialisée, dont les performances exigent un minimum d'équipements de pointe.

Il manque de personnel: ses infirmiers sont affectés dans d'autres postes sans être remplacés.

#### \* Chirurgie:

La clinique chirurgicale a été l'objet d'une réfection totale grâce aux financements du Japon, qui a permis l'achat des équipements. Les bâtiments ont été rénovés par l'Agetipe.

Elle est équipée d'un bloc opératoire ultra moderne, qui regroupe 7 salles d'opération.

L'organisation des locaux techniques est très rigoureuse et fonctionnelle: respect des circuits propres et sales, équipements sophistiqués, application de règles d'hygiène extrêmement strictes. 2 infirmiers y assurent les anesthésies.

Elle dispose de son propre Comité de Santé qui fonctionne de façon totalement autonome au sein de l'hôpital.

Elle dispose de son propre Comité de Santé qui fonctionne de façon totalement autonome au sein de l'hôpital. La clinique chirurgicale envisage d'effectuer prochainement des interventions de chirurgie cardiaque. Elle est pour cela en relation avec des médecins américains.

\* Le service de néphrologie:

Il est équipé d'une unité d'épuration extra rénale, qui est opérationnelle depuis bientôt 10 ans.

Il dispose de 6 machines, dont 4 sont en fonctionnement et 2 en réserve. Leur maintenance est assurée par la maison « MHO », pour un contrat de 4 millions par an + les pièces.

Les malades qui bénéficient d'une prise en charge payent 35 000 F par séance, mais ils ne sont en fait que 4. Les autres malades sont en effet composés de fonctionnaires, qui payent 6 000 F par séance ou des patients sans prise en charge qui ne payent que 10 000 F. Les personnes traitées comprennent notamment un commerçant, des fonctionnaires, un député, un employé de l'USAID, un employé de la compagnie sucrière, un élève (qui est pris en charge par l'entreprise de son père), une fille de marabout.... Les malades sont sélectionnés selon leur âge, leur état général et leur solvabilité.

Ils bénéficient de l'aide de l'association APTIR (qui reçoit l'appui d'organismes comme le Rotary)

Le coût d'une séance en charges directes est estimé à 80 000 F. Le service d'épuration extra rénale bénéficie d'une ligne budgétaire spéciale de l'Etat de 50 millions de F par an.

Il traite actuellement 14 malades, pour une capacité de 18. La marge restante est destinée à assurer la prise en charge des insuffisances rénales aiguës éventuelles.

\* Le service d'urologie:

Il dispose de 92 lits.

Son bloc opératoire qui est ultra moderne, dispose de 3 salles d'opération. Il a effectué 5 000 interventions depuis sa rénovation en 1990. Il commence à présenter des problèmes de maintenance qui deviennent de plus en plus fréquents. C'est ainsi que 2 salles d'opération souffrent de problèmes d'éclairage.

Les anesthésies y sont assurées par 2 infirmiers spécialisés.

Le service reçoit des malades qui proviennent de tous les pays de la sous région. Il envisage d'évoluer vers une clinique d'urologie et de réaliser des transplantations rénales.

Si la greffe réussie, elle débouche sur un traitement au long court qui revient à 2 millions par (à raison de 2 000 F le comprimé de cyclosporine).

\* Le service d'orthopédie:

Tableau 89 : Situation des ressources humaines service orthopédie

TYPE	QUALIFICATION	ETAT	COMITE	TOTAL
Médical	Professeur Agrégé	1		1
	Assistants	4		4
	Interne titulaire	1		1
	Faisant fonction interne	5		5
	Stagiaires internes	2		2
	CES	5		5
Paramédical	Infirm.DE	4	1	5
	Aides infirmiers	3		3
	Agents sanitaires	2		2
	Kinésithérp.DE	2		2
	Aides kinési.	5	1	6
	Assist.sociale	1		1
	Instrumentistes et bloc op.		3	3
Soutien technique	Entretien et gardiennage		11	11
	Secrétaire		2	2
	Lingères		2	2
	Archives		1	1
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>21</b>	<b>56</b>

\* La clinique gynéco-obstétricale:

Elle a été l'objet d'une restructuration complète, qui est en cours d'achèvement.

Son activité, qui est de l'ordre de 7 000 accouchements par an, comporte une proportion importante de cas pathologiques, qui conduisent à environ 20 % de césariennes.

Elle souffre des délais d'acquisition des produits pharmaceutiques: entre le moment où la décision d'opérer est prise et le début de l'intervention, il se passe généralement un délai de 2 heures. Pour supprimer cette très grave perte de temps, le service envisage la mise en place de kits pour les césariennes.

Son personnel se compose de 2 professeurs, de 3 assistants chefs de clinique, de 47 sages femmes, de 12 médecins, de 3 internes (pour 6 postes) et de 2 assistantes sociales.

Il manque plus particulièrement d'anesthésistes, d'assistants sociaux et d'agents de propreté.

Son avenir dépend du développement de la prise en charge des grossesses à l'intérieur du pays. Le service anime un programme de lutte contre la mortalité maternelle et appuie certains établissements de soins. C'est notamment le cas du Centre de Santé de Pikhine, où un bloc opératoire tenu par un gynéco-obstétricien issu du service est opérationnel depuis peu de temps.

La qualité des soins constitue une des grandes préoccupations du service. La tenue régulière de « staffs » en constitue un élément important.

La clinique gynéco-obstétricale constitue l'exemple d'un service hospitalier de haut niveau, qui est orienté vers la résolution des problèmes de santé publiques prioritaires, et qui cherche à les aborder dans une optique moderne.

Elle montre l'importance de préserver la responsabilisation des services, dans le développement du système hospitalier.

\* La médecine interne:

Elle est située dans des bâtiments qui n'ont pas été réhabilités depuis très longtemps et comprennent des salles communes d'une vingtaine de lits. Ce service contribue probablement à entretenir la réputation peu attractive de l'hôpital Le Dantec.

\* La dermatologie:

Le service occupe des locaux qui sont à la fois inadaptés et profondément dégradés.

Il bénéficie de la présence d'un assistant technique français spécialisé en parasitologie et en mycologie

\* ORL:

Le personnel de ce service comporte:

- 1 maître de conférence agrégé
- 1 assistant chef de clinique
- 2 assistants
- 1 spécialiste à temps partiel
- 1 médecin généraliste
- 2 internes (1 interne en titre et 1 faisant fonction).
- 5 infirmiers DE
- 3 agents sanitaires
- 1 auxiliaire anesthésiste
- 2 aides infirmiers
- 1 fille de salle
- 2 secrétaires (dont 1 de la faculté)

Il dispose d'un bloc opératoire où travaillent 2 infirmiers anesthésistes.

Une étude réalisée en Mai 1992 par un bureau d'architectes a conclu à l'état « irrécupérable » du bâtiment dans lequel se trouve le service et à la nécessité de le transférer dans un autre établissement.

Le médecin chef propose la reconstruction de son service dans l'enceinte de l'hôpital de Fann.

Il estime que ce nouveau service devra comprendre notamment:

- .1 secteur de consultations externes (reception-secrétariat, 6 salles d'examen, 1 salle d'attente,...)
- .1 bloc technique (2 salles d'intervention, 1 salle d'endoscopie, 1 salle de réveil de 4 lits,...)
- .1 secteur d'hospitalisation de 36 lits, dont 4 chambres de 6 lits, 4 chambres de 2 lits et 4 chambres de 1 lit)
- .1 salle de réunion de 25 places.

La surface totale à bâtir est estimée à 1 300 m<sup>2</sup> et le coût total de la construction à 500 millions de FCFA.

La surface totale a bâtir est estimée à 1 300 m<sup>2</sup> et le coût total de la construction à 500 millions de FCFA.

**Tableau 90 : Etude du service ORL en 1994**

RECETTES APH	ACTIVITES	MONTANT	DEPENSES APH	MONTANT
Consultations	3865	3865000	Produits pharmac.	3816255
Soins externes	3	1500	Achat équipement	323450
Explorat.fonction.	130	260000	Réparation équip.	710210
Endosc/biopsie	104	1107500	Produits entretien	290830
Intervent.sous AL	60	875000	Transport	72500
Intervent.sous AG	253	4785000	Motivations	1609500
Autres	164	415000	Autres	1034400
Total	4579	11309000	Total	7857145

**\* Les laboratoires:**

**-Le laboratoire d'anatomo-pathologie:**

Construit en 1962, il n'a pas été rénové depuis lors. Exigu dans ses locaux (4 médecins partagent le même bureau) et dépourvu d'équipement, de nombreux examens sont envoyés au laboratoire de la Faculté de Médecine.

**-Le laboratoire de microbiologie:**

Ce service est actuellement l'objet d'une restructuration, qui est dans l'attente de crédits supplémentaires. Il assume sa double vocation de laboratoire de routine et de laboratoire de recherche, en s'appuyant sur son propre comité de santé.

Des réunions régulières permettent à toutes les catégories de personnel de participer aux prises de décision relatives au recouvrement des coûts et à son contrôle.

Dirigé par 2 professeurs agrégés, le fonctionnement du service repose sur une quarantaine de personnes, dont une bonne partie a été recrutée sur des programmes de recherche, qui arriveront à leur terme dans les 3 ans à venir.

**-Le laboratoire de biochimie:**

Ce service est localisé dans des bâtiments exigus, qui nécessitent d'être rénovés.

Son équipement qui est déjà ancien doit être renouvelé. Ses agents qualifiés se limitent à 2 professeurs agrégés, 3 internes, 1 technicien supérieur et 1 aide laborantin. Le reste du personnel est composé d'agents formés sur le tas.

Ses activités qui se situent aux environs de 100 00 dosages par an rapportent à son comité de santé 15 millions de F, chiffre qui pourrait être beaucoup plus élevé si tout le monde était soumis à la tarification.

Un projet de restructuration a été soumis à plusieurs bailleurs de fonds (le FED, le Japon, la Banque Mondiale).

**\* La radiologie:**

Elle comprend 7 salles, dont seulement 4 sont fonctionnelles.

Son matériel a été acquis il y a plus de 13 ans. Il tombe souvent en panne et ses réparations coûtent cher au Comité de Santé.

**\* La pharmacie:**

Elle est principalement destinée aux malades démunis.

En 1995, elle a bénéficié d'une dotation budgétaire de 370,712 millions de F, qui a été portée à 400,712 millions en 1996.

Sur ce montant, près de 150 millions sont destinés à l'achat des seuls gaz médicaux.

Les produits sont confiés aux services, qui les gèrent en toute indépendance.

Des thèses de doctorat en pharmacie ont permis de chiffrer entre 30 et 80 % selon les services les pertes de médicaments qui sont mis à leur disposition.

L'absence de « pharmacie IB » au sein de l'hôpital oblige de nombreux malades à se rendre dans les pharmacies privées de la ville pour y acheter les produits qui leur sont prescrits en spécialités. Alors qu'elle bénéficiait autrefois de la présence de 9 pharmaciens, ils ne sont plus que 2 aujourd'hui. Ses contacts avec les services sont devenus quasi-inexistants. Son rôle se limite au simple approvisionnement. Ses magasins, qui sont répartis entre divers lieux de l'hôpital, demandent à être réaménagés. L'informatisation de sa gestion s'impose.

\* La cuisine:

Elle est faite dans un bâtiment non rénové depuis de nombreuses années: les repas y sont comptabilisés par service et par menu (régime sans sel,...).

Il s'agit d'un repas unique: riz + viande ou poisson avec parfois des légumes.

Le personnel de l'hôpital confirme que la plupart des malades reçoivent les repas qui leur sont apportés par leur famille.

### 8-3-Organisation et gestion:

-L'hôpital Le Dantec est caractérisé par la présence d'un comité de santé pour l'ensemble de l'Hôpital, présidé par une personne très au fait des questions hospitalières tant au Sénégal qu'en France, et d'un comité de santé dans chaque service.

Il présente un mode de fonctionnement très particulier: il dispose d'une direction étoffée, dont l'influence semble s'arrêter à la porte des services.

Chaque département dispose en effet de son propre Comité de Santé, dont les recettes lui permettent de fonctionner en quasi-autonomie.

On peut signaler que chaque service dispose de sa propre ligne téléphonique et souvent de son propre fax, alors qu'il n'y a aucune liaison téléphonique qui le relie au directeur de l'établissement.

Ce sont les services qui déterminent eux-mêmes leurs propres tarifs.

Tableau 91 : Exemples de tarifs

NATURE	CHIRURGIE	ORTHOPEDIE	ORL	OBSERVATIONS
Consultation	2000	1500	1000	
Hospitalisation				
		3000		les 10 premiers jours
		5000		par semaine après 10 j.
.sans intervention	15000			première semaine
	10000			semaines suivantes
.avec intervention	40000			première semaine
				semaines suivantes
Interv. chirurg.			15000	sous AL
		5 à 20 000 F	20000	sous AG
Petite chirur.	10000			
Pansements	1000	1000		4 séances
Plâtre		1000		
Kinési		2000		4 séances
Soins externes			500	
Explorat. fonct.			2000	
Endoscopie			10000	
Ponction sinus			3000	
Fibroscopie	20000			
Suture	5000			

#### 8-4-Les ressources:

##### 8-4-1-Les ressources matérielles:

###### \* Les bâtiments:

Les bâtiments qui constituent l'Hôpital Le Dantec peuvent être répartis en 3 groupes:

.des bâtiments qui ont fait l'objet d'une réhabilitation et qui doivent être considérés comme utilisables pendant encore de nombreuses années. C'est la cas de la clinique chirurgicale

.des bâtiments qui exigent une réhabilitation, mais qui sont suffisamment solides pour être maintenus. C'est le cas des services de médecine interne, qui, après reprise de la toiture, pourraient être reconvertis en bâtiments modernes et bien adaptés aux contraintes de demain.

.des bâtiments qui sont totalement irrécupérables et doivent être détruits. Il s'agit notamment de l'ORL Mais il s'agit aussi d'autres bâtiments comme probablement la dermatologie.

Seule une nouvelle expertise permettra de préciser quels bâtiments peuvent être préservés.

###### \* Les équipements:

Grâce à l'important don japonais (de l'ordre de 4 milliards), l'hôpital dispose d'une proportion importante d'équipements neufs.

Cependant, seul certains services en ont bénéficié et les questions relatives à leur maintenance ne sont pas résolues.

##### 8-4-2-Ressources humaines:

**Tableau 92 : Situation du personnel fonctionnaire monoappartenant de l'Hôpital Le Dantec**

DOMAINES	QUALIFIC.	EFFECTIFS	DOMAINES	QUALIFIC.	EFFECTIFS	
Administration	Directeur	1		Tech.médec.	2	
	Intendant	1		Ag.sanit.	39	
	Agents adm.	2		Assis.soc.	6	
	Commis administr.	1		Infirmiers	65	
	Comptables	2		Manip.radio	2	
	Secrétaires	1		Autres techn.	7	
Médical	Médec.gén.	15		Auxiliaires	Aides sociaux	3
	Chirurg.	8			Aide puéricult.	1
	Radiologue	1			sténodactylo	3
	Gynéco.	4			Aides infirm.	40
	Pédiatres	6	aides soign.		0	
	Ophtalmo.	4	Aide kiénsi		5	
	Anesth.réan.	1	Prépar.pharmacie		1	
	Chir.dent.	4	Garç/illes salle		20	
	Pharmaciens	4	Techn.maint.		3	
Paramédical	Sages fem.	67	Techniciens	Ingén.maintenance	1	
	Techn.supr.santé	3		Ouvriers	2	
	Techn.sup.biologie	2		Exploitation	Manoeuvres	3
	Tech.sup.anesth.	6			Cuisinières	2
	Tech.sup.kinési.	2			Couturières	2
	Aides laborantins	3			TOTAL	345

##### 8-4-3-Les ressources financières:

-La gestion est réduite à des activités administratives qui limitent les responsabilités du directeur.

.Les crédits qui lui sont accordés par l'Etat posent problème pour être débloqués.

.Les procédures à respecter sont extrêmement lourdes.

.Les montants sont bas: 370 millions en 91, puis 225 millions les années suivantes.

.L'hôpital ne parvient plus à trouver de fournisseurs, car ils sont échaudés par les mauvais paiements de l'Etat.

.Il rencontre de très grandes difficultés à assurer sa maintenance. Chaque service trouve donc ses propres solutions à partir de son comité de santé.

.Seule la mise en place des Comités de Santé a permis à l'hôpital de surmonter ses difficultés. Ils financent les petits travaux, les peintures, les réparations d'équipements...et corrigent les ruptures de stock en certains médicaments et consommables essentiels (films radio,...).

### 8-5-Les résultats:

**Tableau 93 : Productivité par service en 1995**

SERVICES	LITS	HOSPITALISES	JOURNEES	TOL	DMS	CRL
Dermatologie	29	253	8920	84%	35,3	9
Ophthalmologie	35	241	5895	46%	24,5	7
Cancérologie	31	310	3062	27%	9,9	10
Laennec	29	538	8070	76%	15,0	19
RAM	4	52	269	18%	5,2	13
Ombredanne	37	526	1052	8%	2,0	14
Assali/Fontag	57	890	9840	47%	11,1	16
Pachon	30	505	15132	138%	30,0	17
Total	252	3315	52240	57%	15,8	13

Source: Visite sur le terrain

### 8-6-Analyse:

-L'hôpital Le Dantec qui est le plus grand établissement du Sénégal semble regrouper le meilleur comme le pire.

Le meilleur, dans la mesure où on y trouve des médecins de très haut niveau, dont certains dirigent des services de pointe. Ils évoluent dans des locaux remis à neuf et travaillent avec des équipements récents. Ils se battent pour améliorer leurs conditions de travail, en tournant le dos à une passivité qui est souvent de mise.

Le pire, dans la mesure où on y trouve des services d'une autre époque, avec des salles communes de plus de 20 lits et où les conditions d'hébergement ne peuvent de toute évidence convenir qu'à des familles qui sont dans l'impossibilité de se rendre ailleurs.

L'hôpital ne constitue qu'une enceinte géographique où évoluent des services autonomes, qui fonctionnent en autonomie complète. Ils disposent non seulement de leur propre budget, mais aussi de leur propre radio et de leur propre laboratoire. Ils recrutent et remercient eux mêmes leur propre personnel.

-L'hôpital souffre d'une insuffisance de personnel paramédical et auxiliaire. S'il dispose d'un nombre conséquent de médecins apparemment bien formés, ce personnel est peu entouré (« nous devons tout faire, même les brancardiers » nous a-t-il été dit).

Sans cesse des agents sont envoyés dans d'autres établissements (cas de la seule infirmière DE du service Pachon, qui vient d'être affectée à Rufisque).

-Une grande part des bâtiments exigent une rénovation, voire une destruction Certains de ses services devraient pouvoir être transférés à l'hôpital Grand Yoff: c'est notamment le cas de la dermatologie, de l'ophtalmologie et de l'ORL, dont les locaux actuels devraient être détruits.

Réduisant le nombre de lit, cette évolution permettrait à l'hôpital Le Dantec de se concentrer sur les activités essentielles que sont la pathologie du thorax et de l'abdomen.

-La multiplication des comités de santé a de toute évidence une influence très positive sur le fonctionnement des services: il leur permet non seulement de trouver des ressources complémentaires faciles à utiliser, mais aussi d'introduire une démarche de gestion au sein du département. Le chef de service doit en effet chercher à rapprocher ses ressources de ses besoins et se met ainsi en position de véritable responsables.

Mais cette évolution constitue une tendance à la balkanisation de l'hôpital qui met en cause sa cohérence d'ensemble et donc sa performance.

Chaque service constitue peu à peu un "hôpital dans l'hôpital". Il définit ses propres tarifs, paye ses propres agents à ses propres contractants, dispose de ses propres fournisseurs, etc.. Il échappe à tout contrôle public et évolue vers une mode totalement privé.

-L'idée d'ouvrir un secteur privé au sein de l'hôpital a été avancée et défendue par certains chefs de service. Ils estiment qu'il est possible de faire venir les personnes aisées si les services sont remis à neuf. Cette idée est particulièrement défendue par le Président du Comité de Santé, qui estime qu'il faut que l'hôpital sorte de la logique de gratuité, invitant à créer un organisme complémentaires pour prendre en charge les indigents.

-Une des grandes forces de l'hôpital réside dans la personnalité de certains professeurs d'université, qui s'efforcent de maintenir le niveau scientifique de leur service.

On peut constater la présence de 4 pôles principaux:

- .la chirurgie qui se prépare à se lancer dans la chirurgie cardiaque, avec l'aide de partenaires américains,

- .l'urologie, qui envisage de procéder à des greffes du rein,

- .la clinique gynéco-obstétricale qui tourne ses ambitions vers la lutte contre la mortalité maternelle, en soutenant un programme de santé publique,

- .le service de microbiologie, qui est totalement investi dans la recherche sur le HIV et les affections qui l'accompagnent.

Les questions essentielles viennent des 2 premières: elles doivent avant tout être considérées comme légitimes, car elles posent le problème de l'avenir du système hospitalier du Sénégal.

- .dans le domaine de la cardiologie, l'Afrique de l'Ouest compte un nombre considérable (de l'ordre de 1 % de la population) de personnes qui souffrent d'une affection d'origine rhumatismale. Il s'agit de personnes jeunes, dont le seul espoir réside dans une intervention qui peut être réalisée à Dakar.

- .dans le domaine de l'urologie, le traitement de malades insuffisants chroniques par le rein artificiel ne trouve sa véritable justification que dans la greffe rénale.

Cependant, la décision d'entreprendre de tels programmes doit impérativement être éclairée par des études techniques et économiques préalables, qui devront confirmer ou infirmer leur bien fondé.

Ces études devront être conduites dans la perspective de pôles d'excellence, dont le rayonnement portera sur les différents pays d'Afrique de l'Ouest.

## **9-L'HOPITAL DE FANN:**

### **9-1-Présentation:**

\* L'Hôpital de Fann a été créé en 1956 comme clinique neurologique de l'Hôpital Le Dantec, puis s'est progressivement développé autour des affections du système nerveux.

Son extension a été entreprise en 1968. Mise à part la réfection du service des maladies infectieuses, il n'a pas été l'objet de gros investissements depuis lors.

Il appartient au CHU de Dakar.

Sa capacité qui est en principe de 600 lits n'est en fait que de 464 lits. Elle en fait le troisième hôpital du pays après l'Hôpital Aristide Le Dantec et l'Hôpital Principal.

Il comprend 5 services spécialisés, qui concernent les affections du système nerveux (neurologie, neurochirurgie, psychiatrie) et la pathologie infectieuse (maladies infectieuses, pneumo-phtisiologie).

Situé en plein coeur de Dakar, l'hôpital de Fann a la réputation d'être « l'hôpital des indigents ». Il est vrai que l'essentiel de ses malades provient essentiellement de la banlieue de Dakar et des zones rurales.

\* Mise à part le service de maladies infectieuses qui a bénéficié d'une réhabilitation, l'ensemble de l'hôpital est dans un état général médiocre. L'équipement est vétuste et doit être renouvelé en grande partie. Un projet de restructuration et d'extension a été soumis au financement de la Banque Africaine de Développement. Le coût total du projet a été estimé à 10 milliards de FCFA, qui devraient donner à l'hôpital de Fann la place qu'il mérite au sein du système hospitalier du Sénégal.

### **9-2-Les différents services:**

L'hôpital est composé de services éclatés dont certains disposent de leur propre laboratoire et de leur propre service de radiologie.

#### **\* Le service de neurologie:**

Il comprend 65 lits, dont 10 lits de réanimation. Il effectue environ 9 000 consultations et hospitalise de 850 malades par an.

Le tiers de la pathologie traitée est composée d'accidents vasculaires cérébraux. Le reste regroupe des épilepsies et d'autres affections du système nerveux.

Service à vocation sous régionale, il dispose:

- .d'un département de neuroradiologie, qui permet une exploration limitée du système nerveux, y compris l'exploration vasculaire par angiographie.

- .d'un département de neurophysiologie, équipé d'électroencéphalographes (30 par jour) et d'électromyographes (10 par jour).

- .d'un département de rééducation fonctionnelle, qui reçoit environ 80 patients par jour (séquelles d'AVC, de polio,...)

- .d'un laboratoire de neuropathologie, où y sont faits des examens anatomo-pathologiques,

- .d'un laboratoire de biologie.

Ce service, qui forme des spécialistes du système nerveux provenant de toute l'Afrique (neurophysiologistes, neurobiologistes, neuroradiologues,...) est peu opérationnel par manque de l'environnement technologique qu'exige l'exercice d'une telle discipline.

Les hospitalisations se font dans des chambres de 6 lits ou dans des cabines à 2 lits (ces cabines n'en ont en fait que le nom).

Le service de réanimation ne reçoit que les malades dans le coma qui nécessitent une surveillance continue, mais ne disposant ni de scope, ni de respirateur, il doit référer tous ceux qui relèvent d'une véritable réanimation.

#### **\* Le service de neurochirurgie:**

Il est un des 2 seuls services de ce type en Afrique de l'Ouest (le second se trouve à Abidjan) et joue un rôle majeur au niveau sous régional, tant en ce qui concerne la prise en charge de malades que la formation médicale.

Ce service n'a été l'objet d'aucun investissement depuis son ouverture en 1968.

Il dispose de 42 lits, de 8 lits de réanimation et de 2 salles d'opération.

Il bénéficie des services de 2 professeurs de neurochirurgie, de 3 assistants chefs de clinique et de 2 internes. Y travaillent par ailleurs une douzaine de paramédicaux, dont 5 infirmiers DE et des agents sanitaires formés sur le tas.

Pas d'infirmier spécialisé en réanimation, pas d'instrumentaliste qualifié.

Un Diplôme Interuniversitaire Africain de Neurochirurgie devrait voir le jour prochainement. Sa réalisation pose le problème de l'adéquation du plateau technique à l'enseignement d'une discipline aussi « pointue ».

\* L'hôpital dispose également d'un service des maladies infectieuses, d'un service de pneumo-phtisiologie et d'un service de psychiatrie.

\* Le laboratoire est extrêmement modeste. Il se limite à des examens biochimiques et hématologiques et n'effectue ni parasito ni immuno.

Grâce au Comité de Santé, il dispose des réactifs nécessaires pour assurer son fonctionnement.

Il souffre du manque de personnel qualifié: la plupart des agents qui y travaillent ont été formés sur le tas.

\* Le service de radio dispose de 2 salles. Une des tables qui les équipe est en panne. Quant à l'autre, c'est son amplificateur de brillance qui n'est plus utilisable.

### 9-3-Organisation et gestion:

-L'hôpital souffre du manque d'informations sanitaires fiables: il n'aurait pas publié de statistiques depuis une dizaine d'années.

Cette insuffisance empêche la direction d'effectuer des études prévisionnelles et de dialoguer sur des bases objectives avec les chefs de service.

-Les tarifs pratiqués sont les suivants:

. Consultation:	1 000 F
. Hospitalisation:	2 000 F pour 10 jours.
. EEG	3 000 F
. Radio	de 3 000 à 18 000 F (15 000 F l'angiographie)
. Interventions	15 000 F (2 000 F pour les indigents)

\* L'approvisionnement pharmaceutique:

Comme les autres hôpitaux de Dakar, l'hôpital de Fann ne dispose pas de pharmacie IB.

Les seuls produits disponibles sont ceux qui ont été acquis sur le budget de l'Etat. La plupart des malades sont donc tenus d'aller acheter les médicaments qui leur sont prescrits en spécialités.

### 9-4-Les ressources:

#### 9-4-1-Les ressources matérielles:

a) L'infrastructure:

L'hôpital est situé dans une très grande enceinte de plus de 10 hectares, qui contient également l'Hôpital d'Enfants Albert Royer.

Mis à part le nouveau service de pathologie infectieuse, qui vient d'être l'objet d'une réfection complète par l'Agétique, il est situé dans des bâtiments qui ont plus de 25 ans d'âge et qui nécessitent une réhabilitation.

b) Les équipements:

La plupart des équipements n'ont pas été renouvelés depuis très longtemps. Leurs pannes sont fréquentes. Des équipements essentiels pour des services très spécialisés s'avèrent nécessaires, pour permettre à l'hôpital de remplir sa mission.

La mise en place d'un scanner devrait avoir lieu prochainement. Il est estimé que 80 % des malades reçus par le scanner du secteur privé seraient adressés par l'hôpital de Fann.

#### 9-4-2-Les ressources humaines:

L'hôpital de Fann souffre également du manque d'infirmiers et de techniciens supérieurs qualifiés.

**Tableau 94 : Situation du personnel de l'Hôpital de Fann en 1995**

CATEGORIES	ETAT
Professeur	12
Médecins	3
Maîtres assit.	21
Internes	11
Pharmaciens	3
Infirmiers DE	34
Agents sanitaires	37
Techn.sup.santé	8
Techn.mainten.	2
Assist.soc.	5
Aides soci.	4
Sages femmes	2
Filles de salle	3
Autres	55
Total	200

Il bénéficie de la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur de la coopération française, qui appui la réalisation du CES dans sa discipline.

#### 9-4-3-Les ressources financières:

Elles sont pratiquement limitées aux ressources de l'Etat. Bien que marginale, la contribution du Comité de Santé est d'un apport considérable au fonctionnement de l'hôpital.

**Tableau 95 : Situation financière en 1995**

ORIGINE	MONTANT
Etat	
.fonctionnement	89287000
.carburant	1924000
.médicaments	66000000
.maintenance	12456000
.eau	
.électr.	
.téléph.	
Total	169667000
Recettes du Comité de Santé	26439584

Les ressources du comité de Santé proviennent en grande partie des consultations.

## 9-5-Les résultats:

### 9-5-1-Les activités:

**Tableau 96 : Activités réalisés à l'hôpital de Fann en 1995**

ACTIVITES	NOMBRE
Consultants	32778
Labo	
.bactério	4414
.biochimie	17664
.hématologie	4529
.sous total	26607
Radiologie	
.sans préparat.	15430
.avec préparat.	728
.sous total	16158

### 9-5-2-La performance des différents services:

**Tableau 97 : Performances des services de l'Hôpital de Fann en 1995**

	Lits		MALADES	JOURNEES	TOL	DMS
	Théoriques	Installés	HOSPITALISES	HOSPITALIS.		
Neurologie	65	65	872	17574	74%	20,2
Neurochirurgie	42	29	291	5871	55%	20,2
Pneumo-phtisiologie	126	115	995	34829	83%	35,0
Psychiatrie	120	50	323	8033	44%	24,9
Maladies infectieuses	90	20	1296	7916	108%	6,1
Total	443	279	3777	74223	73%	19,7

## 9-6-Analyse:

L'hôpital de Fann constitue un exemple frappant d'un établissement de pointe, qui rayonnait autrefois dans l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest et qui a perdu progressivement ses capacités techniques.

Cet établissement a besoin d'une restructuration en profondeur. L'état de certains de ses services (neurologie, neurochirurgie, laboratoire, radiologie,...) demande en effet une réorganisation et une importante à niveau. De plus, l'éclatement des services en unités disposant de leur propre laboratoire et de leur propre service de radio est incompatible avec la nécessité d'une rationalisation des moyens. la création d'un seul grand laboratoire et d'un seul service d'imagerie médicale s'impose.

La Banque Africaine de Développement envisageant d'en assurer le financement, il est nécessaire de ne lancer aucun projet en dehors de la réforme hospitalière qui fait l'objet de ce rapport. Pour pouvoir finaliser le projet, il est nécessaire de définir la carte hospitalière nationale, afin de préciser les caractéristiques de chaque hôpital et d'attendre que l'hôpital ait élaboré son projet d'établissement. Sinon, on se retrouvera dans quelques années devant un hôpital superbe qui ne sera pas en mesure de répondre à ce que l'on attend de lui et se dégradera par manque de ressources suffisantes.

On peut cependant penser dès à présent que l'hôpital de Fann pourra affirmer dans les années à venir sa vocation dans tout ce qui concerne le système nerveux, dans le domaine de la pédiatrie et dans celui des maladies infectieuses.

## **10-L'HOPITAL ALBERT ROYER:**

### **10-1-Présentation:**

-Créé en 1981 sur des fonds canadiens à l'initiative d'un pédiatre dont il porte le nom, l'Hôpital pour Enfant Albert Royer a été mis en service en Février 1982.

Considéré à l'origine comme le pavillon de pédiatrie de l'Hôpital de Fann, dans l'enceinte duquel il a été construit, il est en fait considéré comme un hôpital à part entière, disposant de ses propres lignes de crédit budgétaire et de sa propre équipe de direction.

Il fait partie du CHU de Dakar et son médecin chef est le titulaire de la chaire de Pédiatrie de la faculté de médecine.

-Il se résume à un seul service de pédiatrie, dont la capacité est de 131 lits installés.

-Réalisant environ 32 000 journées par an, soit un taux d'occupation des lits de 80 %, il peut être considéré comme un hôpital performant, grâce non seulement à l'importance et aux compétences de son personnel médical, mais aussi par l'appui technique et financier qu'il reçoit du Canada.

Il bénéficie en effet depuis 1988 d'une subvention du Canada (143 millions de FCFA en 1990), dont l'octroi est lié au respect rigoureux de certaines règles comptables, mais elle prendra fin au terme de l'année 1996.

Il bénéficie de la présence d'un assistant technique français, technicien supérieur de laboratoire.

-L'Institut de Pédiatrie Sociale qui est dirigé par le médecin chef de l'hôpital Albert Royer conduit des activités de santé publique à Pikine et à Rombol

### **10-2-Les différents services:**

L'hôpital Albert Royer se résume à un seul grand service de pédiatrie, aux côtés duquel se trouvent des services annexes, tels que la radio, le laboratoire, une antenne ophtalmologique et un cabinet de soins dentaires.

#### **10-2-1-Le service de pédiatrie:**

D'une capacité théorique de 121 lits, le service de pédiatrie compte en fait 131 lits

Il est placé sous la responsabilité d'un seul chef de service, qui dirige également le service de pédiatrie de l'Hôpital Le dantec. Les 4 maîtres de Conférence-agrégés qui le secondent couvrent 4 spécialités: la cardiologie infantile, la diabétologie-endocrinologie, la pneumologie et la génétique médicale.

Ils bénéficient de la présence de 3 assistants chefs de clinique et de 3 pédiatres fonctionnaires.

Les 4 postes d'interne dont dispose l'hôpital n'étaient pas pourvus lors de notre passage.

Le service est divisé en 4 départements:

-un département des urgences, qui comprend 25 « lits chauds », mais dont la capacité réelle atteint 40 malades. La pathologie qu'il reçoit est composée de cas de neuropaludisme ou de méningite dans une salle équipée (oxygène, vie, surveillance étroite,...). Une fois que la phase aiguë est passée, ils sont répartis entre les autres départements.

-un département des enfants de 0 à 1 an, qui dispose de 19 lits. Il tend à développer en son sein une unité de néonatalogie.

-un département des enfants 1 à 3 ans, qui dispose de 39 lits. Il reçoit des affections courantes en médecine générale de l'enfant (pneumopathies, malnutrition, déshydratation,...)

-un département de enfants 3 à 15 ans, qui dispose de 39 lits. Il reçoit des cas typiquement pédiatriques, tels que des rhumatismes articulaires aigus (RAA) ou des syndromes néphrotiques.

#### **\* Le laboratoire:**

Très bien équipé avec notamment des appareils automatiques, il comprend plusieurs salles (bactériologie, hématologie, biochimie).

Il bénéficie de la présence d'un professeur agrégé en bactériologie, d'un assistant en hématologie et d'un assistant en chimie.

En plus de ses activités normales, il est ouvert aux adultes qui souhaitent bénéficier d'exams de laboratoire à titre externe.

#### **\* La radio:**

Elle dispose d'une table équipée d'un amplificateur de brillance et d'un échographe.

Elle n'est pas réservée aux seuls enfants et est très utilisée par les adultes qu'elle accueille à titre externe.

\* Le cabinet dentaire:

Il est équipé d'un fauteuil et est également ouvert aux adultes.

\* Le « pavillon des mères »:

Il avait été conçu à l'origine pour l'hébergement et l'éducation des mères: c'est ainsi que les mamans d'enfants malnutris pouvaient y rester et récupérer elles mêmes leur enfant pendant un séjour de longue durée. Cette activité s'est progressivement émoussée et le pavillon a été progressivement transformé en bureaux où sont notamment installées les assistantes sociales.

### 10-3-Organisation et gestion:

Le Canada a aidé la direction de l'hôpital à mettre en place des procédures comptables rigoureuses. Le personnel spécialisé en maîtrise parfaitement la technique et permet à l'hôpital de produire chaque année un document d'audit interne très élaboré, permettant de connaître l'utilisation détaillée de l'ensemble des fonds.

### 10-3-Les ressources:

#### 10-3-1-Les ressources matérielles:

a) Les infrastructures:

Les locaux de l'Hôpital d'Enfants Albert Royer sont installés dans l'enceinte de l'hôpital Fann avec lequel il partage la même porte d'entrée. Ils ont été construits selon une architecture pavillonnaire, qui lui assure une grande fonctionnalité. Parfaitement entretenus, ils sont en excellent état.

La propreté y est assurée à grandes eaux et les peintures y sont refaites régulièrement.

b) Les équipements:

Fournis par le Canada lors de la construction de l'hôpital, la plupart des équipements datent de 1982 et demandent à être renouvelés. Le Japon aurait annoncé l'éventualité d'un crédit de 2 milliards destinés à la fourniture de nouveaux équipements.

#### 10-3-3-Les ressources financières:

a) Provenant de l'Etat et du Canada:

Tableau 98 : Dépenses publiques effectuées en 1995

NATURE	ETAT	CANADA	TOTAL
Immobilisations	0	26731800	26731800
Fournitures consommées	32212000	68581580	100793580
Services consommés	5400000	17793200	23193200
Frais de personnel	192750000	36726300	229476300
Charges diverses	0	167120	167120
	230362000	150000000	380362000

\* Il est prévu que la dotation du Canada arrivera à son terme à la fin de l'année 1996.

## b) Provenant du comité de gestion:

Tableau 99 : Situation des recettes de Janvier à Juillet 95

MONTANT	EXTRAPOLATION	
POUR 7 MOIS	SUR 12 MOIS	
7732000	13254857	
5172000	8866286	
4146500	7108286	
349000	598286	
829000	1421143	
Ophthalmologie		
Total	18228500	31248857

## 10-4-Les résultats:

## 10-4-1-Les activités:

Tableau 100 : Bilan des activités en 1995

SERVICE	NATURE	NOMBRE
Pédiatrie	Consultants	4441
	Consultations	6153
Ophtalmo	Consultants	224
	Consultations	1949
Radio	Sans prépa.	8543
	Avec prépa.	47
	Total	8590
Labo.	Hémato	27589
	Bactério	1095
	Immuno	509
	Biochimie	17746
	Total	46939

Tableau 101 : Bilan d'activités du service de radiologie de l'Hôpital Albert Royer en 1995.

DESIGNATION	Hospitalisés	Externes	Total
Examens sans préparation			
	349	1853	2202
Syst.osseux	2113	3727	5840
Syst.respir.	198	156	354
Syst.digestif	55	92	147
Autres	2715	5828	8543
Total			
Avec préparation			
	14	27	41
Syst.digestif	3	3	6
Syst.urogénit.	17	30	47
Total	2732	5858	8590
Total			

**Tableau 102 : Bilan des activités du laboratoire en 1994**

LABO	EXAMENS	NOMBRE	LABO	EXAMENS	NOMBRE
Hématologie	Numération	7599	Bactério.	Coprocultures	221
	Formules	5371		Hémocultures	312
	Emmel	3410		LCR	198
	VS	3535		Urines	153
	Réticulocytes	286		Divers	211
	GE	1049		Sous total	1095
	LCR	1871	Biochimie	Urée	3011
	Groupes sang.	3888		Glycémie	3891
	TP	186		Créatinine	1421
	TCK	152		Ionogram.	3358
	Fibrinogène	242		Protides	2378
	Sous total	27589		Cholestérol	299
Immuno	ASL.O	227		Lipides	207
	Widal	74		Transamin.	323
	BW	149		Urines	897
	HIV	53		KAOP	523
	Toxopl.	3		Culot urin.	337
	Waler Rose	2		Autres	1101
	Brucellose	1		Sous total	17746
	Sous total	509	Total		46939

**10-4-2-Les performances du service de pédiatrie:**

L'Hôpital Albert Royer a atteint en 1995 un taux d'occupation des lits de 84 % et une durée moyenne de séjour de 5,7 jours. Ces chiffres attestent que cet établissement est utilisé au mieux de ses capacités.

**Tableau 103 : Performances de l'Hôpital Albert Royer en 1995.**

SERVICE	LITS		MALADES HOSPITAL.	JOURNEES HOSPITAL.	TOL	DMS
	THEORIQUES	INSTALLLES				
Pédiatrie	121	131	7083	40186	84%	5,7

**10-5-Analyse:**

L'Hôpital Albert Royer constitue une expérience modèle d'organisation et de gestion.

Sa création de toute pièce en 1982 a conduit à la mise en place d'un système extrêmement rationnel, qui a su se perpétuer et se renforcer jusqu'à ce jour.

La maintenance des locaux et des équipements y est remarquable; la comptabilité y est tenue d'une façon rigoureuse.

L'activité y est intense et les soins, qui bénéficient de la présence d'un corps médical compétent, accordent une grande attention aux désirs des malades.

On ne peut cependant pas ignorer que l'hôpital a bénéficié depuis son ouverture d'une subvention importante du Canada, dont l'obtention était liée au respect d'un cahier des charges bien conçu et rigoureux.

Le départ des canadiens aura non seulement pour conséquences de réduire les ressources de l'hôpital, mais de supprimer une « tension » permanente sur la direction.

Par ailleurs, se pose la question des 2 hôpitaux dans une seule enceinte.

La présence à quelques centaines de mètres de distance de 2 directions, de 2 services comptables, de 2 radio, de 2 laboratoires... conduit à se demander s'il ne vaut pas mieux réintégrer l'HEAR dans l'hôpital de Fann, en lui garantissant une autonomie interne qui lui permettra de préserver ses acquis.

## **11-L'HOPITAL DE GRAND YOFF (ex CTO):**

### **11-1-Présentation:**

\* L'Hôpital de Grand Yoff a été construit par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Estimé en 1980 à 1,5 milliards de FCFA, son coût s'est en fait élevé à 7 milliards de FCFA.

Il a ouvert ses portes en 1989, sous le nom de Centre d'Orthopédie et de Traumatologie ou « CTO ».

Sa vocation première était d'assurer la prise en charge médicale et la réhabilitation des accidentés du travail. Elle a été étendue à celle de tous les accidentés, y compris ceux de la circulation. Le CTO devait par ailleurs constituer la base d'un « Samu ». Son lieu d'implantation a été situé à proximité de l'autoroute, afin de faciliter l'acheminement des blessés.

Le CTO avait par ailleurs été conçu comme un hôpital de « catastrophe » à vocation sous régionale. Il disposait d'un service des grand brûlés, pouvait accueillir des hélicoptères et avait été conçu pour assurer, en cas de nécessité, l'accueil et le traitement de 200 sinistrés.

L'hôpital est lié à la faculté de Médecine par une convention particulière. La quasitotalité des chefs de service sont des universitaires, qu'ils soient professeurs agrégés ou chefs de clinique.

\* De très graves difficultés de gestion ont conduit à la fermeture de l'établissement. C'est ainsi notamment que la masse salariale représentait à elle seule 80 % d'un budget annuel qui s'élevait à 1,5 milliards de F.

La Caisse de Sécurité Sociale n'étant plus en mesure de poursuivre l'expérience, l'hôpital a été acheté en 1995 par l'Etat Sénégalais et a reçu le nouveau nom d'Hôpital de Grand Yoff.

Pour relancer l'établissement, l'Etat a décidé de lui accorder une dotation globale de 750 millions de F dont il devra définir lui même l'utilisation.

Il est actuellement dans une phase de restructuration, qui préconise une diversification progressive des activités au delà de celles qui étaient initialement prévues.

### **11-2-Les différents services:**

L'HGY est un établissement moderne, constitué par plusieurs pavillons entourant une immeuble central de 3 étages.

Il comprend notamment:

- .des salles de consultation,
- .un bloc opératoire de 9 salles d'opération, réalisé selon les conceptions les plus modernes en matière de chirurgie de l'os,
- .une salle de réveil de 6 lits,...
- .une réanimation de 16 lits (10 « chauds » et 6 « froids ») de très haut niveau,
- .une unité de radiologie de 4 salles + une salle d'échographie,
- .un service d'urgence d'une capacité de 10 lits,
- .un service des brûlés
- .un laboratoire d'analyse médicale,
- .un centre de rééducation et de médecine physique, équipé notamment d'une piscine,
- .des consultations externes, dont une unité d'ophtalmologie, une unité ORL et un service dentaire.
- .une pharmacie,
- .des services annexes (cuisine, buanderie, service de maintenance, morgue).

Annoncée pour 280 lits, sa capacité d'hospitalisation réelle a été arrêtée à 250 lits.

Sa conception initiale devait lui permettre de faire face aux situations de catastrophe, en prévoyant des espaces pouvant recevoir jusqu'à 200 lits supplémentaires.

L'Hôpital a en effet été conçu pour constituer un des éléments clés des plans « ORSEC » tant au niveau du Sénégal que de la sous région. Il dispose d'un service destiné aux grands brûlés et d'une unité conçue pour accueillir un Samu.

-Six ans après son ouverture, l'HGY est toujours un très bel ensemble de bâtiment, capable d'abriter les services hospitaliers les plus compétents.

Il vit cependant une véritable situation de détresse:

- .les deux étages supérieurs du bâtiment d'hospitalisation (54 lits par étage) sont non seulement fermés et dorment sous une couche de poussière de plusieurs millimètres, mais de plus leur contenu a été pillé à plus de 75 %: lavabo et autres sanitaires arrachés, matériel biomédical disparu, mobilier absent ou incomplet...
- .dans le reste de l'établissement, plus de 50 % des équipements sont en panne

des magasins renferment des stocks de médicaments et de réactifs de laboratoire périmés depuis plusieurs années,

Malgré cela, l'hôpital est toujours vivant et on sent qu'une équipe de médecins, gestionnaires et autres techniciens s'active pour le maintenir: les blocs opératoires fonctionnent et poursuivent l'application des règles les plus rigoureuses en matière d'asepsie, les chambres occupées hébergent des malades qui sont effectivement soignés, les cuisines produisent des repas qui n'ont rien à envier à de nombreux restaurants, la buanderie tourne, les tailleurs fabriquent des blouses,....

La nouvelle direction, à qui vient d'être confiée l'établissement, est en train de mettre au point un nouveau système de gestion; le médecin chef et ses collaborateurs se sont investis dans la conception d'un projet de restructuration technique de l'établissement. La recherche de l'excellence et le désir de lui redonner une dimension internationale sont leurs maîtres mots.

-Le service de réanimation:

Conçu à l'origine comme une unité de très haute performance, il disposait à l'origine de 10 lits « chauds » de soins intensifs et de 6 lits « froids » de post-soins intensifs. A l'heure actuelle, son activité de pointe est paralysée: 3 scopes sur 12 sont fonctionnels; 7 respirateurs sont en panne; 1 autoclave sur 2 marche.

-Le bloc opératoire:

Ses 6 salles d'intervention (4 aseptiques et 2 septiques) offrent un cadre technique de très haut niveau. Leur équipement de pointe ne remet pas en cause leur fonctionnalité actuelle.

Les dossiers des malades, qui ont été parfaitement tenus depuis son ouverture, constituent une source précieuse d'informations tant techniques que financières: tous les consommables utilisés y sont notés.

Leur exploitation sera d'un apport certain pour les études prospectives qui devront être réalisées pour décider de l'avenir de l'hôpital.

Dans le cadre de la diversification, l'hôpital a déjà procédé à l'ouverture de 2 services: la gynécologie et de la pédiatrie.

A ce jour, ce ne sont que 134 lits qui ont été installés.

### 11-3-Organisation et gestion:

#### \* Administration

L'hôpital bénéficie d'une administration tripartite, regroupant sa direction, des représentants de la population et les médecins.

Ces 3 parties sont représentées à tous les niveaux et le directeur estime ne pas pouvoir prendre de décision sans la signature des 2 autres parties.

Le Ministère de la santé a demandé à l'équipe de direction de l'hôpital de faire des propositions quant à son futur statut.

L'idée dominante est d'adopter une gestion de type privée, permettant d'équilibrer les comptes de l'hôpital à partir de son système de recouvrement de coûts.

De plus, bien que la très grande majorité du personnel soit composée d'agents de l'Etat, il est proposé à des médecins installés dans le secteur privé de venir effectuer des vacations à l'hôpital.

#### \* La gestion:

Si elle s'appuie sur la présence de micro-ordinateurs, qui sont répartis entre différents postes de gestion, on ne peut pas parler de gestion informatisée.

Il n'y a pas de réseau interne à l'établissement et il n'y a pas de programme permettant d'assurer le pilotage de son fonctionnement et de son développement.

Malgré son caractère novateur, l'hôpital ne dispose pas de comptabilité analytique, ni de système d'information médicale.

#### \* Les services de soutien:

-La maintenance:

Elle a posé d'énormes problèmes, qui sont à l'origine de la mise à l'écart d'une très grande partie du personnel. Cette situation traduit l'inadaptation du système de maintenance, qui avait été initialement prévu tant du point de vue du financement que des structures de recours.

-La cuisine:

L'hôpital est doté d'une cuisine moderne et parfaitement opérationnelle. Elle a, dans un premier temps, été confiée par contrat à une société qui prépare les repas des compagnies aériennes. Le coût d'un repas était alors (avant la dévaluation) de 1 200 F.

Le budget qui était à l'origine de 200 millions était tombé à 80 millions lorsqu'un terme a été mis au contrat. La cuisine a été reprise par du personnel de la Caisse de Sécurité Sociale. Les repas servis semblent de bonne qualité, pour un coût de revient estimé à 900 F par jour (en charges directes seulement, c'est à dire sans intégrer les salaires, les équipements,...)

-La buanderie:

Équipée également de matériel moderne, elle avait été confiée par contrat à une société privée. De 30 millions par an, le contrat a été réduit à 15 millions.

A l'heure actuelle, elle est encore opérationnelle, malgré plusieurs pannes d'équipements (par manque de pièces de rechange).

#### 11-4-Les ressources:

##### 11-4-1-Les ressources matérielles:

###### a) Infrastructure:

L'hôpital constitue un ensemble des plus modernes. Conçu selon les normes les plus récentes de la technologie, sa capacité initiale était de 280 lits, extensible à 300 lits.

8 unités d'hospitalisation de 27 lits chacune sont réparties entre les 4 niveaux, à raison de 2 unités par étage. Seuls les 2 premiers niveaux sont actuellement opérationnels. Les 2 derniers resteront fermés jusqu'à ce que l'hôpital ait repris un rythme de fonctionnement normal.

A ces 216 lits s'ajoutent notamment:

- .10 lits d'urgence
- .16 lits de réanimation
- .6 lits de réveil
- .des lits destinés aux brûlés, qui ne sont pas encore ouverts.

-De plus, l'hôpital dispose de 7 logements et d'un internat composé de 6 studios.

###### b) Les équipements:

L'HGY a bénéficié, lors de sa création, des équipements les plus modernes. Malheureusement, la non maîtrise de la gestion et de la maintenance ont conduit à leur dégradation progressive.

Lorsqu'un appareil tombe en panne, on le met généralement de côté et en prend un autre.

Leur remise en état partielle doit pouvoir être envisagée, mais pas avant que ne soit élaboré une liste définitive, qui permettra à l'hôpital d'atteindre le degré de performance recherché.

En effet, seul un réajustement permettra de définir la rationalisation des équipements et de leur maintenance qui a fait défaut jusqu'à présent.

###### c) Les consommables:

L'hôpital disposait de stocks importants de consommables, dont la plupart son aujourd'hui périmés. C'est notamment le cas des réactifs de laboratoire, qui doivent être détruits.

##### 11-4-2-Les ressources humaines:

-Le personnel comprend à l'heure actuelle:

- .5 chirurgiens orthopédistes, dont 2 contractuels
- .1 chirurgien généraliste contractuel,
- .1 anesthésiste réanimateur contractuel,

- .1 médecin radiologue,
- .1 médecin de médecine physique,
- .1 pharmacien biologiste,
- .1 pharmacien.

Par ailleurs, il bénéficie des services de 12 médecins vacataires

- .2 pédiatres, .1 neurochirurgien, .1 urologue,
- .1 médecin, général. .1 anatomo-pathologiste .1 cardiologue,
- .1 chirurg. vasculaire .1 ORL, .1 chirurgien dentiste,
- .1 ophtalmologiste, .1 anesthésiste.

Ils sont aidés par 7 faisant fonction d'interne, qui assurent les activités de garde et participent aux consultations et au suivi des malades hospitalisés.

-Le personnel paramédical se compose de 108 personnes:

- .20 infirmiers DE .24 aides infirmiers .18 infirmiers
- .1 infirmier serveur, .6 infirm. anesth. .2 techn. supér. de santé,
- .2 techn. supér. adio .7 techn. supér. labo. .1 technicien supérieur d'odontologie .3
- techn. supér. kinési. .3 aides kinési .3 agents de labo
- .4 plâtriers .6 serveurs de bloc .1 manipulateur radio.
- .7 instrumentistes bloc opératoire

11-4-3-Les ressources financières:

En plus de la prise en charge des salaires des fonctionnaires, l'hôpital a reçu sur le budget 1996 une enveloppe financière globale de 750 millions de F.

S'y ajouteront les recettes que pourra dégager sur la tarification de ses services son Comité de Santé. L'hôpital bénéficie toujours de la présence en son sein d'un bureau chargé d'instruire les dossiers des accidentés du travail, qui lui apporte une importante clientèle.

11-5-Les résultats:

Les informations que nous avons pu obtenir traduisent le peu d'activités actuelles de l'établissement:

-En orthopédie:

- .621 malades reçus en consultations externes en Février 96
- .351 malades pendant les 15 premiers jours de Mars.

-En ophtalmo

- .121 en Février
- .38 pendant les 15 premiers jours de Mars

-En médecine interne:

- .57 en Février
- .34 les 15 premiers jours de Mars

Tous les autres praticiens ont arrêté leurs activités pendant cette période.

-En chirurgie : une soixantaine de malade sont hospitalisés: les blocs assurent parfois 6 à 7 interventions par jour.

La stratégie adoptée prévoit d'hospitaliser les malades dans des services communs et d'ouvrir un service spécialisé lorsque les 2/3 de la capacité de 27 lits (soit 18 malades) sont atteints.

Il est envisagé d'ouvrir un service de pédiatrie, un service de gynécologie et un service de médecine interne à vocation infectieuse.

11-6-Analyse:

-L'existence de l'Hôpital Grand Yoff constitue un atout considérable pour le Sénégal, à condition qu'il puisse recevoir des missions en rapport avec la réalité du marché et bénéficier d'une gestion de qualité.

S'il s'agit d'un investissement très important, il s'agit aussi d'une infrastructure de pointe, capable de mettre des outils de très grande valeur à la disposition des médecins les plus compétents.

-Pour y parvenir, il est d'abord impératif que sa restructuration s'intègre dans celle de l'ensemble des hôpitaux de Dakar. Il doit en effet constituer le 3ème Hôpital National du pays, aux côtés de Le Dantec et Fann. Des choix de spécialisation, d'équipement technique et de redéploiements des services doivent en effet être effectués avec les autres établissements, afin de maintenir une cohérence d'ensemble et garantir la viabilité du système hospitalier de la capitale.

L'élaboration d'une carte hospitalière nationale constitue donc un préalable indispensable avant de prendre des décisions aux lourdes conséquences.

-Sa transformation en Établissement Public lui donnera les bases juridiques lui permettant de conduire une gestion. Il devra alors se lancer dans l'élaboration de son projet d'établissement. La réalisation d'exercices de simulation permettra d'éclairer les différentes décisions qui seront prises.

-Comme pour Le Dantec et pour Fann, la dimension sous régionale de l'hôpital doit être prise en considération. L'Afrique de l'Ouest a besoin d'un grand centre d'orthopédie et d'urgence, qui nécessite une concentration de ressources humaines spécialisées et de moyens qui ne peut pas être constituée dans chaque pays: il est urgent qu'une collaboration entre pays s'instaure afin d'aborder ensemble les questions relatives aux hôpitaux.

-En conclusion, l'hôpital Grand Yoff constitue un investissement très important. L'échec de sa première phase de gestion ne doit pas remettre en cause son aptitude à affronter l'avenir, bien au contraire. Des décisions éclairées par des études techniques rigoureuses doivent lui permettre de trouver sa place au sein d'un pays et d'une sous région qui auront de plus en plus besoin d'unités capables de soutenir le développement économique du début du XXIème siècle.

## **12-L'HOPITAL ABASS NDAO**

### **12-1-Présentation:**

Situé dans le quartier de la médina à Dakar, l'Hôpital Abassa Ndao est un ancien hospice pour personnes âgées, qui a été transformé en maternité et en centre pour diabétiques par l'armée américaine.

Il a commencé à prendre une certaine importance en 1983, avec l'élection d'un ancien Ministre de la Santé à la Présidence de la Communauté Urbaine de Dakar.

Il a été l'objet d'une forte augmentation de ses activités, lorsqu'en 1992 la maternité de l'Hôpital Le Dantec a été réhabilitée.

-Il bénéficie d'un statut particulier. Il est en effet géré par la Communauté Urbaine de Dakar, qui résulte du regroupement des 6 communes de la ville, en attendant de devenir une région à part entière.

On considère cependant que malgré son statut municipal il peut être assimilé aux hôpitaux publics.

Il constitue un exemple de transfert de la gestion d'une formation sanitaire à une collectivité décentralisée,

-L'Hôpital Abass Ndao a une place particulière dans la ville de Dakar. S'il s'agit d'un hôpital de proximité, que fréquentent les familles vivant alentour, il attire également des malades pour la brièveté du délai qu'exigent ses interventions, pour la modestie de ses tarifs, pour sa position géographique centrale et pour la petitesse de l'établissement qui est plus propice aux relations humaines.

Il est encore marqué par l'image d'hôpital des pauvres qui était la sienne autrefois. (« on y accouche même avec les chats » a-t-on dit): c'est le rapport qualité/prix qui est en train de soutenir son décollage.

### **12-2-Les différents services:**

\* L'hôpital compte un effectif total de 316 agents pour 140 lits et comprend

- .1 service de chirurgie
- .1 service de gynéco-obstétrique
- .1 maternité,
- .1 réanimation,
- .1 service d'urgence, assurant les activités de médecine générale,
- .1 service de diabétologie, qui appartient au CHU.
- .1 service de radiologie, équipé d'un échographe.
- .1 laboratoire d'analyses médicales,

Par ailleurs, un service de médecine interne est en cours de finition.

-Le bloc opératoire:

Il fonctionne grâce à la présence de 4 chirurgiens, auxquels s'ajoutent 2 chirurgiens stagiaires et 4 faisant fonction d'interne. Les anesthésies sont assurées par des techniciens formés sur le tas et suivi par un médecin anesthésiste de l'hôpital Le Dantec.

Son activité est importante: environ 16 grosses interventions par semaine et 2 césariennes par jour.

Il assure avec l'Hôpital Principal et l'Hôpital Le Dantec la prise en charge des cas chirurgicaux, en particulier des césariennes.

-La maternité:

L'équipe médicale est composée de deux gynéco-obstétriciens, d'un médecin généraliste, de 2 internes et de 17 sages femmes.

Ils sont aidés par 20 infirmiers et des stagiaires des écoles d'infirmiers et de sages femmes.

D'une capacité de 70 lits, les malades disposent de chambres de 3 ou 4 lits et de 7 cabines climatisées.

Il souffre de pannes d'équipements (notamment du matériel de stérilisation) et doit utiliser le seul échographe de l'hôpital.

-La médecine:

Bien que l'hôpital ne dispose pas de service de médecine, des hospitalisations médicales sont réalisées dans le bâtiment destiné à l'endocrinologie. Inclut dans le CHU, il est en cours de transformation en service de médecine interne.

-Service de garde:

Il est assuré par 3 internes qui se relaient toutes les 24 h. Ils effectuent les petites interventions et appellent un assistant de garde, lorsque le cas dépasse leurs compétences.

**-Radiographies:**

La salle de radiologie est équipée d'une table fixe qui permet d'effectuer des clichés sans préparation. Elles se limitent aux radio osseuses et sont à l'origine d'une recette de l'ordre de 10 millions par an.

Le service dispose par ailleurs du seul échographe de l'hôpital. Les échographies apportent quant à elle une recette d'une dizaine de millions par an, qui pourrait être doublée, si l'hôpital bénéficiait des services d'un radiologue à plein temps.

**-Urgences:**

L'hôpital n'est ouvert que le jour. Il accueille tous les malades de 7h30 à 19h30, au delà desquelles les malades doivent se rendre dans les autres hôpitaux de la ville.

Cette situation résulterait du manque de ressources humaines de l'établissement.

Le système d'enregistrement ne permet pas le dénombrement des urgences. Il y aurait 12 millions d'impayés à leur sujet, qui correspondraient en partie à des césariennes et seraient liées aux fausses adresses que donnent certaines familles.

**-Hospitalisations:**

Les malades qui le désirent peuvent être hospitalisés dans des cabines. Équipées de 1 ou 2 lits, elles sont climatisées et disposent d'une salle de bain particulière.

Malgré le prix du séjour (25 000 F par semaine au lieu de 10 000 F), elles sont toujours pleines.

**-Le laboratoire:**

Il fonctionne grâce au travail de 2 pharmaciens biologistes et de 2 techniciens supérieurs de laboratoire. Son matériel est vétuste et insuffisant. Il est cependant équipé d'un coolter, d'un spectrophotomètre, d'une centrifugeuse à microhématocrite. Le champ des examens se limite à la biochimie et à l'hématologie: ne disposant pas de microscope; il n'effectue ni parasitologie, ni bactériologie, ni immunologie.

**12-3-Organisation et gestion:**

**12-3-1-L'administration:**

Le Directeur de l'hôpital est diplômé de l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes. Il est secondé par un directeur adjoint et un intendant.

**12-3-2-Le Comité Directeur:**

-L'hôpital dispose d'un Comité Directeur, qui est composé de personnalités telles que le Gouverneur, le Président de la Communauté Urbaine, le médecin chef de la région médicale,...mais il ne s'est réuni qu'une fois il y a plus de 2 ans.

**12-3-3-Le Comité de Santé:**

Il assure la gestion des recettes issues du recouvrement des coûts.

Les tarifs pratiqués sont les suivants:

Tableau 104 : Montant des tarifs pratiqués à l'Hôpital Abass Ndao

TYPE	NATURE	MONTANT	TYPE	NATURE	MONTANT
Consultations	Urgence	500	Examens radio	Poumon	3000
	Médecin	1000		Main	2500
Accouchement		3500		Coude	2500
Hospitalisation	Ordinaire	10000		Poignet	2500
	Cabine double	15000		Avant bras	2500
	Cabine individ.	25000		bras	2500
Interventions		25000		pied	2500
ECG		3000		épaule	2500
Examens labo	NFS	2000		genou	2500
	taux d'Hb	1000		jambe	3000
	TE	500		fémur	3500
	VS	500		bassin	5000
	Gr.rhésus	1500		hanche	3500
	GE	1000		crâne	5000
	TS	500		rachis cervical	3500
	Glycémie	1000	ASP enfant	3000	
	Azotémie	1000	ASP adulte	5000	
	Bilirubinémie	2000	cheville	2500	
	Phosphatases	2000	rachis dorso-lomb.	10000	
	Transaminases	2000	rachis lombaire	5000	
	Fer sérique	2000	rachis lombo sacré	5000	
	Calcémie	1000	rachis cervico-dorsal	8000	
	Ionogramme	2000	Échographies	Externes	10000
	Aslo	2000		Hospitalisés	6000

-Un accouchement revient à 3 500 F auquel il faut ajouter l'achat des ordonnances.

Une intervention chirurgicale revient à 35 000 F, dont 25 000 F sont liés à l'acte et 10 000 F au frais de séjour.

Au delà d'une semaine, le malade doit payer une nouvelle tranche de

10 000 F. Il est à préciser que le décompte du séjour débute le jour même de l'intervention.

Le coût de l'acte comprend les pansements, mais pas les achats éventuels de médicaments (antibiotiques,...)

Les séjours en cabine sont tarifés à 25 000 F par semaine.

#### 12-3-4-Les services techniques:

-La maintenance:

Le budget de maintenance est considéré comme « quasi-inexistant ». Les 3 techniciens de maintenance ne font en fait que des petits travaux et assurent le contrôle des entreprises, dont l'intervention est sollicitée.

-L'élimination des déchets:

L'hôpital rencontre de réels problèmes pour éliminer ses déchets hospitaliers.

-Cuisine:

Le budget alimentation était de 5 millions de F en 1994. Il est considéré comme insuffisant pour assurer les repas du seul personnel de garde.

-Le nettoyage:

Il est confié à une société privée pour un contrat annuel qui était de 13 millions de FCFA en 1994.

-Textile:

L'hôpital bénéficie d'un crédit d'1 million de F pour assurer la confection des blouses et champs opératoires.

-La buanderie:

L'hôpital dispose d'une simple machine à laver qui permet d'assurer la lessive des blouses et champs opératoire.

d) L'approvisionnement pharmaceutique:

L'Hôpital dispose d'une pharmacie IB, mais les prescriptions sont généralement faites en spécialités: la majorité des malades doivent acheter leurs ordonnances en pharmacie.

En 1994, le montant total des ventes par l'IB s'est élevé à 32 495 713 F.

#### 12-4-Les ressources:

##### 12-4-1-Ressources matérielles:

Le Luxembourg a fait connaître son intention de participer à la restructuration de l'hôpital.

a) Les bâtiments:

Conçus selon un mode pavillonnaire, les anciens bâtiments demandent à être l'objet d'une réhabilitation. Le devis prévisionnel de la construction du nouveau service de médecine interne a été chiffré à 300 millions, dont 100 millions provenant de la communauté urbaine et une aide du Canada.

b) Les équipements:

Les équipements de l'hôpital Abass Ndao ont plus de 10 ans d'âge. Leur vétusté est à l'origine de nombreuses pannes. Le matériel de laboratoire fait particulièrement défaut.

##### 12-3-2-Ressources humaines:

-Le corps médical de l'hôpital comprend notamment:

- .2 professeurs d'université et 6 internes proviennent du CHU,
- .4 chirurgiens, auxquels s'ajoutent 2 stagiaires
- .2 gynéco-obstétriciens
- .1 médecin radiologue contractuel qui effectue 3 vacations par semaine.
- .2 pharmaciens biologistes, qui travaillent au laboratoire, avec la collaboration de 2 techniciens supérieurs.

-L'hôpital ne dispose que de 2 infirmiers, alors que l'essentiel des activités de soins sont assurées par des aides infirmiers non qualifiés.

-Le personnel relève de 3 types de statuts: des fonctionnaires mis à disposition, des fonctionnaires en position de détachement auprès de la CU et des contractuels.

**Tableau 105 : Situation du personnel à l'Hôpital Abass Ndao**

DOMAINES	QUALIFIC.	ETAT	CUD	TOTAL
Administration	Directeur	0	1	1
	Intendant	0	1	1
	Personn. administ.	0	35	35
Médical	Prof.d'université	2	0	2
	Médecins	6	12	18
	Faisant fonct. interne	0	7	7
Paramédical	Sages fem.	17	3	20
	Techn. supr. santé	1	0	1
	Techn. labo	0	7	7
	Infirmiers DE	2	2	4
	Manip. radio	0	2	2
	Infirm. municipaux	0	7	7
	Agent sanitaire	11	11	22
	Assit. sociales	1	1	2
	Aides infirmiers	0	76	76
	Garç. Filles salle	0	34	34
Techniciens	Techn. maintenance	0	3	3
	Ouvriers	0	3	3
	Manoeuvres	0	16	16
	Gardiens	0	10	10
	Lingères	0	10	10
	Téléphonistes	0	8	8
	Chauffeurs	0	7	7
	Cuisinières	0	10	10
	Couturières	0	10	10
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>	<b>276</b>	<b>316</b>

## 12-4-3-Les ressources financières:

## a) Provenant de la Communauté urbaine de Dakar:

Les ressources de l'Hôpital Abass Ndao reposent sur le budget qui lui est accordé par la Communauté Urbaine, et qui se limitent actuellement aux salaires et au paiement des charges d'eau, électricité et téléphone. C'est donc le Comité de Santé, qui apporte les ressources indispensables à partir de son système de recouvrement des coûts.

S'y ajoute la prise en charge des salaires de 40 fonctionnaires, qui sont mis à la disposition de l'hôpital par le Ministère de la Santé et de l'Education Nationale.

**Tableau 106 : Évolution des budgets de fonctionnement**

ANNÉE	PERSONNEL	AUTRES	TOTAL
1992	290472336	143165880	433638216
1993	325341531	153504553	478846084
1994	364950763	43414360	408365123

## b) Provenant des usagers:

Le Comité de Santé achète les produits de fonctionnement courant que sont les fils de suture. En 1995, le montant de ses dépenses s'est élevé à 80 millions de FCFA, dont 11 millions ont été destinés à l'achat des gaz médicaux

Tableau 107 : Comptes du Comité de Santé de Septembre à Décembre 1993

NATURE		MONTANT
Recettes globales		21315625
Dépenses	Remboursement dettes	9483115
	Achats médicaments	5777060
	Maintenance	1324925
	Diverses	3361510
	Sous total	1369015

De Janvier à Août 1994, le montant total des recettes s'est élevé à 55 749 450 F, soit, en extrapolant sur 12 mois, un montant total de recettes de 91 725 000 F.

### 9-5-Les résultats:

Tableau 108 : Répartition des interventions chirurgicales effectuées en 1995

NATURE	EFFECTIF	TOTAL	NATURE	EFFECTIF	TOTAL
Interventions de chirurgie digestive	Ulcères	12	Inter. gynéco	Ligatures trompes	14
	Appendicites	15	obstét.(suite)	Sous total	416
	Péritonites	3	ORL	Goîtres	3
	Occlusions	3	Urologie	Prostate	17
	Hernies	113		Hydrocèles	11
	Hernies étranglées	7		Varicoèles	3
	Laparotomies	8		Fistules vésico-vag.	5
	Hémorroïdes	9		Kystes cordon	3
Sous total	170	Lithiases rénales		3	
		Lithiases urétrales		1	
Interventions gynéco-obstét.	Césariennes	216	Vésicales	2	
	Kystes ovaire	31	Retrécis. urétraux	6	
	Prolapsus génitaux	12	Maladie jonction	1	
	Curetage	54	Réimpl. urétéro-vésic.	1	
	Myomectomie	43	Ectopies testicule.	6	
	Hystérectomie	40	Sous total	59	
	GEU	20			

Tableau 109 : Examens de laboratoire en 1995

NATURE	NOMBRE
NFS	2400
GS	3240
TE	1824
VS	660
Glycémie	6300
Créatinémie	1008
Divers	1000
Total	16432



### **13-L'HOPITAL PRINCIPAL:**

#### **13-1-Présentation:**

-Construit par tranches successives entre 1890 et 1957, l'Hôpital Principal prendra une position dominante en 1902 lorsque Dakar deviendra la capitale de l'AOF. Il recevra alors des malades venant du Sénégal, de la Mauritanie et du Soudan.

Rattaché au Gouvernement général de l'AOF en 1912, il sera reversé au budget de la France d'Outre Mer en 1958.

En 1971, une convention franco-sénégalaise mettra l'Hôpital Principal sous la double tutelle des Forces Armées Sénégalaises et de la République Française.

Cette convention sera reconduite chaque année. Sa présidence est partagée une année sur 2 entre le Ministre des Forces Armées du Sénégal et l'Ambassadeur de France à Dakar. Depuis lors on a assisté à un retrait progressif du personnel français, puisque leur place dans les effectifs est passé de 72 % en 1970 à 96 % en 1995.

-Bien qu'il ne dispose pas de la personnalité morale, il bénéficie de l'autonomie financière: il ne reverse pas le produits de ses recettes au trésor public et les utilise pour son fonctionnement.

-Les missions qui lui ont été confiées concernaient à l'origine les seuls fonctionnaires bénéficiant d'une prise en charge par l'Etat. S'y ajoutaient tous les malades solvables ou couverts par une assurance. Depuis 5 ans, il lui a été demandé d'assurer la prise en charge des urgences de la ville de Dakar.

-D'une capacité totale de 661 lits, ses effectifs étaient, fin 1994, de 918 personnes, dont 39 assistants techniques français.

-Il constitue la structure la plus attractive de tout le pays, que ce soit en terme de consultations, d'accouchements ou d'hospitalisations.

-En 1994, il a équilibré ses comptes en recettes et en dépenses à 5,2 milliards de FCFA, avec un déficit de 391 millions, soit 7,5 %

Sa masse salariale était de 1,98 milliards (38 %) et ses achats de 2 milliards (38,5 %).

Un de ses grands atouts est de bénéficier du paiement effectif des 80 % que l'Etat doit prendre en charge lors du traitement de ses fonctionnaires.

-La rigueur de sa gestion, les avantages qui lui sont accordés par le Gouvernement Sénégalais, l'importance de son plateau technique et les grandes compétences de son personnel soignant en font un des éléments les plus solides du système hospitalier sénégalais.

Ses malades appartiennent à l'ensemble du champ de la société sénégalaise: il reçoit aussi bien les franges les plus aisées de la population que les plus démunies. Si les premiers choisissent délibérément de s'y rendre en s'acquittant de tarifs très élevés, les seconds s'y retrouvent par le canal des urgences.

#### **13-2-Les différents services:**

-Le service de porte: Etant le seul hôpital de Dakar capable d'assurer avec efficacité les urgences, son service de porte a pris une importance considérable.

En 1994, il a effectué 31 918 consultations, chiffre en augmentation de 30 % en 5 ans.

Cela représente un effectif moyen 90 par jour, dont 33 % sont reçus entre 18 h et 8 h.

**Tableau 110 : Nature des urgences en 1994**

<b>Nature</b>	<b>Proportion</b>
Chirurgicales	60%
Médicales	24%
Gynéco-obstétricales	6%
Non classées	10%

Parmi les urgences chirurgicales, 86 % étaient de nature traumatologique, dont 20 % par accident de la circulation.

80 % des malades reçus en urgence ne sont pas l'objet d'une hospitalisation. La saturation de l'établissement (le taux d'occupation des lits de l'hôpital est supérieur à 90 %) en constitue une des raisons.

Le transport des urgences à l'hôpital est assuré par les sapeurs pompiers.

Tableau 111 : Répartition des urgences transportées par les sapeurs pompiers, selon leur lieu d'orientation

HÔPITAUX	1994	1995
Principal	69,9	78,2
Le Dantec	12	7,4
Grand Yoff	7,8	7,3
Fann	5,3	4,3
Abass Ndao	1,4	1,6
Thiaroye	3,6	1,2
Total	100	100

Cette concentration des urgences vers l'Hôpital Principal résulte des difficultés que rencontrent les autres établissements de Dakar à assurer eux même cette mission.

-Les services médicaux: Disposant de 163 lits, ils regroupent la médecine interne, la cardiologie et la gastro-entérologie.

-Les services chirurgicaux: Leurs 174 lits sont répartis entre l'orthopédie-traumatologie, la chirurgie viscérale et l'urologie.

-Les services de spécialités: Disposant de 33 lits, il comprennent l'ORL, l'Ophtalmologie et la Stomatologie.

-Le service de gynécologie: Il comprend 42 lits.

-La maternité: Équipée de 101 lits, elle effectue une moyenne de 11 accouchements par jour. Ce chiffre traduit une baisse qui résulte du développement des maternités de proximité et des cliniques privées. Elle souffre encore d'insuffisances dans le domaine de la réanimation néonatale.

-Le service de réanimation-anesthésie-hémodialyse: Il dispose de 16 lits et bénéficie de la présence de 6 médecins réanimateurs, dont 4 sénégalais et 2 français.

-Le service de pédiatrie: Ses 120 lits sont répartis en 3 services dont une crèche de 20 lits.

\* Le service de psychiatrie: Il dispose de 12 lits qui sont destinés à des malades présentant un épisode aigu (la durée moyenne de séjour y est inférieure à 20 jours).

### 13-3-Organisation et gestion:

\* Une Commission Mixte se réunit tous les ans pour prendre les grandes décisions relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'hôpital: présidée alternativement par le Sénégal et l'Ambassadeur de France, elle joue le rôle de Conseil d'Administration de l'établissement. C'est elle qui notamment reconduit les termes de la convention de 1971, approuve le budget de l'année écoulée, vote le budget de l'année à venir, fixe les tarifs,...

\* La direction de l'Hôpital Principal est assurée par un Médecin Général du Service de Santé de l'Armée Française. Le gestionnaire qui le seconde est un Lieutenant Colonel du même service de santé.

\* La direction a entrepris, il y a 2 ans, l'élaboration d'un projet d'établissement, dont les 2 grands principes sont:

- .la mise en place d'une cellule d'analyse de gestion, qui assure un « audit interne », en s'appuyant sur un système d'information médicale en cours de mise en place,
- .l'élaboration par chaque service de son propre projet.

\* La gestion de l'hôpital est informatisée depuis plusieurs années. cette informatisation concerne la paye du personnel, la facturation, la gestion des stocks et les finances.

\* Les tarifs:

-Ils sont fixés une fois par an par un arrêté interministériel du Ministre des Forces Armées et du Ministre des Finances et publiés au Journal Officiel. Ils servent de référence aux cliniques privées pour fixer leurs propres tarifs.

-Les tarifs d'hospitalisation sont définis sur la base d'un prix de journée qui comprend la fourniture des médicaments et les actes techniques

**Tableau 112 : Bases de la tarification appliquée à l'Hôpital Principal**

SERVICES	TARIF	1	2	3
Chirurgicaux	général	21450	16250	10400
	préférentiel			
Maternité	général	18850	13650	7800
	préférentiel			
Opérés récents	général	33800	29900	18200
	préférentiel			
Urgences et soins intensifs	général	31200	31200	15600
	préférentiel			
Accompagnants	nourris	4550	4550	4550
	non nourris	2340	2340	2340

Les actes réalisés en externe sont soumis à une tarification codée:

- .les tarifs des consultations sont de 7 800 F pour les consultations spécialisées et de 5 460 F pour les consultations de médecine générale,
- .les accouchements sont fixés à un forfait de 37 050 F (45 500 F pour les jumeaux) pour toutes les catégories, auquel s'ajoute le paiement des journées d'hospitalisation,
- .les interventions chirurgicales sont cotées en « K », à 1 625 F l'unité,
- .les examens radio en « Z » à 1 625 F l'unité,
- .les examens de laboratoire en « B » à 285 F l'unité.
- .le transport en ambulance est facturé à 6 500 F pour la ville ou l'aéroport.

\* Les premiers résultats donnés par la comptabilité analytique montrent qu'une journée de soins intensifs qui est facturée 32 800 F revient à environ 110 000 F à l'hôpital. Ils conduisent à affirmer que les prix de journée sont trop bas et les tarifs des activités réalisés en externe trop élevés.

\* La cellule d'analyse de gestion:

Créée de façon récente avec un appui de la Coopération Française, elle bénéficie de la présence de 2 officiers français et devrait recevoir prochainement un assistant technique supplémentaire.

\* L'approvisionnement pharmaceutique:

- La pharmacie de l'hôpital s'approvisionne directement sur le marché international à travers des procédures d'appel d'offre ou sur listes restreintes. Elle reste approvisionnée en noms de marque, mais se prépare à introduire des noms génériques, dans une proportion qui ne devrait pas dépasser le tiers des produits, car la plupart de ceux qui sont utilisés par l'hôpital sont encore couverts par une licence d'exploitation.
- La pharmacie de l'hôpital ne bénéficie qu'aux seuls malades hospitalisés. Ceux qui sont reçus en consultation externe doivent se rendre dans une pharmacie privée.

**13-4-Les ressources:**

13-4-1-Les ressources matérielles:

a) L'infrastructure:

-L'Hôpital Principal dispose de locaux pavillonnaires, qui traduisent les diverses époques auxquelles ils ont été construits. Dominant la mer, ils constituent, malgré leur âge, un cadre d'hébergement particulièrement agréable.

-La répartition de ses lits en 3 catégories lui permet de s'adapter aux réalités du marché sans remettre en cause la qualité des soins, qui restent identiques pour chaque malade.

**Tableau 113 : Répartition des lits par catégorie**

CATÉGORIES	LITS	MALADES
1ère	144	2598
2ème	260	3653
3ème	257	12398
Total	661	18649

b) Ses équipements:

L'hôpital dispose d'un plateau technique digne des hôpitaux les plus modernes, comprenant notamment une unité d'hémodialyse.

13-4-2-Les ressources humaines:

-Elles comprennent 133 militaires, dont 39 français, sur un effectif total de 918 personnes.

Mis en position de détachement par le Ministère de la Défense, leurs salaires sont directement pris en charge par le budget de l'hôpital.

Tableau 114 : Situation du personnel en 1994

DOMAINES	FONCTIONS	Militaires	Civils	Total
Administration	Cadres administra.	11	1	12
	Major et adjoint	5	14	19
	Informaticien	0	2	2
	Comptables/aides	11	12	23
	Secrétaires	0	74	74
	Autres	2	19	21
	Sous total	29	122	151
Médical	Médecins	54	0	54
	Pharmaciens	3	0	3
	Dentistes	3	0	3
	Sous total	60	0	60
Paramédical	Sages fem.	0	32	32
	Infirm.DE	5	60	65
	Inf.anesth.réa.	9	1	10
	Inf.puéricultrice	0	1	1
	Inf.instrumentiste	1	1	2
	Inf.stérilisateur	1	0	1
	Infirmiers	0	9	9
	Aide infirmier	0	139	139
	Kinésithérapeute	4	0	4
	Laborantin	3	25	28
	Aide laborantin	0	4	4
	Préparat.pharm.	2	1	3
	Aide prépar.pharm.	0	1	1
	manipul.radio.	4	0	4
	Aide manip.radio.	0	6	6
	prothésiste	1	2	3
	Sous total	30	282	312
Personnel de salle		0	241	241
Divers	Techn.maint.	2		2
	Ouvriers	2	30	32
	Chauffeurs	0	14	14
	Mécaniciens	1	4	5
	Standard.		4	4
	Lingères/buandiers		19	19
	Cuisinières		14	14
	Couturières		9	9
	Agent de sécurité	9	2	11
	Manoeuvres		36	36
	Jardiniers		3	3
	Serveurs		5	5
	Sous total	14	140	154
TOTAL		133	785	918

**Tableau 115 : Répartition des militaires par nationalité**

	Français	Sénégalais	Total
Médecins	28	26	54
Pharmaciens	3	0	3
Dentistes	3	0	3
Officiers administr.	5	5	10
Sous officiers	0	56	56
Gendarmes	0	7	7
Total	39	94	133

L'ensemble du personnel de l'Hôpital bénéficie de soins gratuits au sein de l'établissement.

#### 13-4-3-Les ressources financières:

-Grâce à la qualité de l'offre qu'il assure, l'Hôpital Principal a équilibré ses comptes à environ 5,2 milliards de FCFA en 1994.

Mais si le déficit de 391 millions qu'il laisse doit être considéré comme marginal, il témoigne de « l'équilibre instable » qui caractérise l'hôpital. Sa situation financière est en effet saine, mais très fragile et c'est grâce au savoir-faire et la rigueur de ses gestionnaires ainsi qu'à l'attention bienveillante des gouvernements sénégalais et français, qu'il parvient à se maintenir.

-Depuis que lui a été confiée la mission d'assurer les urgences de la ville de Dakar, il n'est plus en mesure de financer lui même ses investissements. En effet, la nécessité de traiter avant de recouvrer la tarification des actes conduit à un manque de recette situé entre 500 et 750 millions par an, qui correspond au budget d'investissement de l'établissement.

Fort heureusement, en 1996, à la vue de la liste des malades reçus en urgence qui n'ont pas payé leurs soins, le Gouvernement a accordé à l'Hôpital une subvention compensatoire de 450 millions de F.

-Grâce à un apport de plus d'1 milliard de F par la Caisse Française de Développement pour compenser les conséquences de la dévaluation, les comptes du trésor vis à vis de l'hôpital sont pratiquement apurés.

Tableau 116 : Compte d'exploitation 1994

CHARGES		MONTANT	PRODUITS	MONTANT
Fournitures	Prod.pharmaceut.	703019163	Hospitalisation	2654678700
	Fournit.médicales	582519166	Consult.&actes ext.	1722515274
	Alimentation	310888540	Activités annexes	11671557
	Combustibles	25048392	Subvent.exploit.	200000000
	Fournit.hôtelières	55201200	Produits financiers	41714169
	Carburant-garage	39688131	Produits exception.	12736756
	Ateliers	82722925	Repris./provision	160000000
	Petit matériel	20010365		
Autres fournitures		56863420		
Eau-electricité		199393844		
Services extérieurs	Sous traitance	6571746		
	Charges locatives	1399100		
	Entretien&réparat.	158485872		
	Primes assurances	32719057		
	Frais de transport	216834483		
	Poste&télécomm.	39008648		
	Autres	6786775		
Personnel	Militaire	540225493		
	Civil	1269633483		
	Charges sociales	168896367		
Autres charges de gestion		161562149		
Charges exceptionnelle		7754465		
Dotation aux amortissements		509641164	Déficit d'exploitation	391557492
Total		5194873948	Total	5194873948

\* Le recouvrement des produits est lié:

-au paiement effectif de 100 % des factures d'hospitalisation des militaires et des fonctionnaires, qui représentent près de 2 milliards (le service de la solde assure en effet le prélèvement direct des 20 % restant sur les salaires).

-à la clientèle des IPM qui apportent environ 1,4 milliards de F à l'Hôpital. Cependant, la non solvabilité d'un nombre croissant d'entr'eux conduit la direction à refuser leurs lettres de garantie.

\* L'Hôpital souffre de grandes difficultés de trésorerie, qui sont à l'origine d'importants délais de paiement auprès de ses créanciers. Cette situation résulte notamment des retards dans le recouvrement de ses propres créances. C'est notamment le cas des IPM qui doivent à l'hôpital près de 700 millions (cas d'un IPM qui a disparu en laissant à l'hôpital une créance de 30 millions de F).

\* Le montant des investissements annuels que doit réaliser l'hôpital peut être estimé à environ de 500 millions de F par an.

### 13-5-Les résultats:

#### 13-5-1-Les activités:

Avec plus de 110 000 consultations par an, près de 25 000 entrées et plus de 7 000 interventions chirurgicales, l'Hôpital Principal est l'Hôpital le plus actif du Sénégal.

Tableau 117 : Bilan des activités réalisées en 1994

NATURE		EFFECTIF
Consultations	Porte	31918
	Médecine	15410
	Pédiatrie	4165
	Chirurgie	20443
	ORL	7981
	Ophtalmologie	10617
	Stomatologie	5765
	Gynécologie	4567
	Obstétrique	6959
	Psychiatrie	3843
	Total	111668
Accouchements		3911
Hémodialyse	Nombre malades	67
	Nombre de séances	1428
Interventions chirurgicales	Chirurgie	6426
	ORL	449
	Ophtalmologie	593
	Stomatologie	110
Anesthésies		7150
Imagerie médicale	Radiographies	55669
	Échographies	7855
EEG		712
Examens de labo	Biologie médicale	197153
	Chimie	350202
	Sous total	547355
Banque de sang	Donneurs	6455
	Unités 250 cc	12695
Kinésithérapie	Consultants	1409
	Séances	6795

#### 13-5-2-Les performances:

Avec un taux moyen d'occupation des lits de 91 % et une durée moyenne de séjour de 9 jours, l'Hôpital Principal fait preuve d'une organisation technique remarquable, si l'on tient compte des insuffisances du système de soins tant à l'entrée et qu'à la sortie de l'hôpital.

**Tableau 118 : Productivité comparée des différents services**

SERVICES	LITS	Hospitalisés	Journ.hospital.	TOL	DMS
Services médicaux	163	5004	59383	100%	11,9
Pédiatrie-crèche	120	3382	34944	80%	10,3
Services chirurgicaux	174	6133	59589	94%	9,7
Spécialités chirurgicales	33	1041	8567	71%	8,2
Réanimation	16	933	5944	102%	6,4
Gynécologie	42	1291	12525	82%	9,7
Obstétrique	101	6332	33816	92%	5,3
Psychiatrie	12	205	4053	93%	19,8
Total	661	24321	218821	91%	9,0

**13-6-Analyse:**

\* L'Hôpital Principal offre une qualité de services qui explique le fait que la quasitotalité des fonctionnaires sénégalais et que la plupart des personnes « aisées » viennent s'y faire traiter.

Le niveau relativement élevé de ses tarifs, qui conduit les recettes sur prestations de service à plus de 4 milliards ne fait que confirmer cette idée.

\* Sa présence au Sénégal doit être considérée comme une chance, car non seulement il contribue de façon efficace à la couverture sanitaire du pays, mais il constitue par ailleurs un exemple éloquent de ce que peut être un établissement hospitalier.

Par ailleurs, l'initiative récente qu'a lancée sa direction en voulant y introduire un système d'information médicale, une comptabilité analytique et une démarche devant conduire à l'élaboration d'un projet d'établissement constituent un atout certain pour aborder la réforme de l'ensemble du système hospitalier.

La cellule d'analyse de gestion à qui a été confiée la responsabilité technique de ces nouvelles orientations pourra servir de « noyau dur » pour aider les autres hôpitaux sénégalais à s'inscrire dans la même démarche.

Cependant, son statut d'hôpital militaire, l'importance majeure occupée par l'assistance technique française et l'attention particulière dont il dispose de la part du gouvernement ne permettent pas d'en faire un modèle à reproduire, mais un « tuteur » sur lequel s'appuyer.

\* La subvention accordée cette année par l'Etat à l'hôpital pour compenser les malades traités en urgence qui ne se sont pas acquittés du tarif de leurs soins, correspond parfaitement aux missions de service public de l'Etat et s'inscrit dans une démarche de bonne gestion, car elle permet le contrôle de la réalité des faits. Cette approche doit être adoptée comme modèle pour aborder la question du financement des urgences, qui se pose à chaque hôpital.

\* La réforme devra utiliser au mieux l'actif considérable que constitue l'Hôpital Principal en s'appuyant sur ses résultats et son expérience.

## **14-L'HOPITAL ST JEAN DE DIEU:**

### **14-1-Présentation:**

\* Hôpital privé, l'Hôpital St Jean de Dieu est un établissement sans but lucratif, qui a été créé par l'Ordre St Jean de Dieu, avec l'aide d'organismes caritatifs. Il appartient au Diocèse de Thiès et se trouve donc la responsabilité de son Évêque.

Malgré son caractère confessionnel, sa tarification le réserve aux catégories les plus favorisées de la population. A l'exception de quelques cas particuliers (ayant droits de la mutuelle de Fandène), la grande majorité de la population n'est pas en mesure d'y être hospitalisée et se rend donc à l'hôpital régional de Thiès.

Cette situation résulte d'un choix: en décidant de construire l'hôpital, l'Ordre St Jean de Dieu a voulu éviter les échecs qu'ont connu de nombreux établissements confessionnels dont le financement reposait exclusivement sur des dons.

La stratégie adoptée a donc consisté à assurer une offre de qualité pour susciter une demande et traiter au cas par cas les problèmes d'accessibilité financière qui ne manqueraient pas de se poser.

\* Signataire d'une convention avec le Ministère de la santé, il est centre de référence pour la tuberculose, effectue des vaccinations et participe à la lutte contre le sida.

Il dispose par ailleurs de trois dispensaires situés en dehors de Thiès, où ses médecins vont faire des consultations.

Enfin, il conduit depuis 3 ans un programme de lutte contre la mortalité maternelle, avec l'aide financière de l'Italie. D'un coût total de 150 millions (auxquels s'ajoute un montant équivalent de prestations gratuites), il a conduit des équipes comprenant des sages femmes à se rendre dans certains dispensaires de la région pour examiner les femmes enceintes, faire des prélèvements de sang, faire de l'éducation sanitaire et orienter les grossesses à risque vers l'hôpital.

### **14-2-Les différents services:**

La capacité totale de l'hôpital est de 100 lits, répartis en 4 services de 25 lits chacun.

-Le bloc opératoire ne dispose que d'une salle d'opération. Mais on peut faire des césariennes dans la salle d'accouchement qui dispose d'une table d'opération, d'un respirateur et d'une table de réanimation pour nouveaux nés.

-La salle de radio est équipée d'une très belle table avec un amplificateur de brillance, installée il y a 2 ans et d'une table fixe plus ancienne.

-L'hôpital ne dispose pas de service de réanimation, mais envisage d'en créer un.

-Il est équipé d'une banque de sang.

### **14-3-Organisation et gestion:**

\* Établissement de droit privé sans but lucratif, l'Hôpital St Jean de Dieu est sous l'autorité de l'évêque de Thiès, qui préside son Conseil d'Administration.

Un Directeur Général en assure le pilotage, en s'appuyant sur un Conseil de Direction, qui regroupe autour du directeur le médecin-chef, le directeur financier et le surveillant général.

\* Malgré son statut privé, son système de gestion est de type administratif, en s'appuyant sur la situation des comptes de l'année antérieure et la rigueur de son personnel dirigeant. En effet, il ne dispose pas de comptabilité analytique et n'a donc pas d'informations sur le coût de revient des actes qu'il produit.

\* A son entrée, le malade doit payer une avance de 8 jours ou présenter un certificat de prise en charge. Lorsque sa couverture n'est pas totale, il doit alors s'acquitter de sa cote part.

\* Les tarifs pratiqués sont les suivants:

**Tableau 119 : Tarification appliquée par l'Hôpital St Jean de Dieu**

NATURE		MONTANT	NATURE		MONTANT
Consultations	médecine	6000	Examens labo.	NFS	4500
	chirurgie	6000		VS	2400
	gynéco	6000		GE	7500
	pédiatrie	6000		Emmel	2400
	psychiatrie	6000		Groupe	9000
	prénatale	4000		Test gros.	6000
	sociales	2000		Frottis vag.	9000
Accouchement	normal	35000		Glycémie	3000
	gémellaire	40000		Azotémie	3000
Intervent. chirurg.	le K	1500		Transamin.	6000
	curetage	45000		Bilirubine	3000
	césarienne	150000		ASLO	10500
Radio	ASP	18000		BW	6000
	Poumon F	18000		Hbs	27000
	UIV	82500	Selle POK	9000	
	Rach. oeric	40500	Crachats	7500	
	Genou	15000	Hospitalisations	1ère catég.	20000
	Crâne	22400		2èm catég.	12000
	TOGD	90000		3èm catég.	7000

Les adhérents de la mutuelle de Fandène, dont la création a été soutenue par l'Hôpital, bénéficient d'une remise de 30 %

b) Services techniques:

- Les malades sont nourris par l'hôpital pour un coût moyen de l'ordre de 600 F par malade et par jour.
- L'hôpital dispose de sa propre équipe de maintenance et doit faire parfois appel à des entreprises spécialisées.

c) L'approvisionnement pharmaceutique:

L'hôpital achète une partie de ses médicaments pour un montant annuel de l'ordre de 45 millions de F. S'y ajoutent une très grande quantité de dons en nature dont le coût n'est pas comptabilisé.  
Les malades hospitalisés reçoivent tous les médicaments qui leur sont prescrits.

14-4-Les ressources:

14-4-1-Les ressources matérielles:

- L'hôpital est construit dans un bâtiment pavillonnaire, dont l'architecture est parfaitement adaptée au climat et à la circulation des personnes.
- Les hospitalisations comprennent 3 catégories
  - .1ère catégorie: chambres climatisées à 2 lits, avec salle de bain,
  - .2ème catégorie: chambres à 4 lits avec toilette,
  - .3ème catégorie: chambres à 7 lits

14-4-2-les ressources humaines:

-Le personnel de l'hôpital comprend 105 personnes, dont des religieux pris en charge par leur congrégation et 9 fonctionnaires mis à disposition de l'hôpital par la fonction publique.

\* Le personnel comprend:

-10 médecins:

- .3 chirurgiens,
- .2 médecins généralistes,
- .2 gynécologues,
- .1 pédiatre,
- .1 ophtalmologue,
- .1 médecin biologiste, qui a la charge de la pharmacie et du laboratoire.

Viendra s'y ajouter prochainement un chirurgien italien, qui sera pris en charge par l'hôpital pour une durée de 6 mois.

-6 techniciens supérieurs, dont 3 fonctionnaires

-4 infirmiers DE

-4 sages femmes, toutes fonctionnaires, auxquelles il faut ajouter 3 sœurs infirmières,

**Tableau 120 : Ressources humaines**

QUALIFICATIONS	NOMBRE
Médecins	2
Chirurgiens	3
Gynécologue	2
Pédiatre	1
Ophtalmo.	1
Médecin-biologiste	1
Technic. supér.	6
Sages femmes	4
Infirmiers	4
Aides soignats	4
Soeurs	3
Directeur	1
Directeur admin.	1
Autres	72
Total	105

\* Le niveau des salaires mensuels versés par l'hôpital à son personnel est le suivant:

.médecins	375 000 F (y compris diverses indemnités),
.infirmiers	100 000 F
.techniciens supérieures	200 000 F
.aides infirmiers	65 000 F
.employés	55 000 F

Les fonctionnaires reçoivent des indemnités complémentaires qui viennent s'ajouter au salaire que leur verse la fonction publique.

Les médecins sont logés par l'hôpital, qui prend en charge leurs factures d'eau et d'électricité.

14-4-3-Les ressources financières:

\* Alors qu'elles devraient normalement payer leur facture au terme de 30 jours, leurs délais de paiement s'étendent généralement à 60 jours.

L'hôpital aurait suspendu ses conventions avec une trentaine d'IPM, qui n'ont pas su s'acquitter en temps voulu de leurs dettes.

Malgré son système de tarification, l'hôpital reçoit une certaine proportion de malades sans grands moyens.

Après leur sortie de l'hôpital, un agent se rend à leur domicile pour recouvrer ce qu'il peut: l'hôpital décide parfois d'accorder des remises à ceux qui, malgré leurs efforts, ne parviennent pas à payer ce qu'ils doivent. Le montant total des impayés et des remises est estimé à 100 millions par an.

**Tableau 121 : Situation des comptes 1995**

RECETTES	MONTANT	DÉPENSES	MONTANT
IPM		Personnel	101807789
.créances	65865621	Médicaments	41242705
.en caisse	225744155	Alimentation	18057716
.sous total	291609776	Eau-electr-télé.	45262701
Caisse	122239035	Matér. & four. bur.	7048461
		Entretien général	8419970
		Transports	7421474
		Autres	4018500
		Caisse	108430562
Total	413848811	Total	341709878

\* L'hôpital procède chaque année à des investissements qui sont financés par des subventions. Il est sur le point d'aménager une unité de production de solutés grâce à un financement espagnol.

#### 14-5-Les résultats:

##### a) Les activités:

-L'hôpital effectue environ 19 000 consultations par an, dont près des 2/3 seraient à caractère social.

**Tableau 122 : Répartition par service des consultations**

NATURE	NOMBRE	Sociales	Normales
Médecine	6102	4713	1389
Pédiatrie	2314	1354	960
Chirurgie	4602	1880	2722
Maternité	3084	1619	1465
Ophthalmo	2852	2034	818
Total	18954	11600	7354

**Tableau 123 : Nombre d'actes réalisés en 1995.**

NATURE	EFFECTIF
Consultations	18954
Urgences	
.pédiatriques	410
.chirurgicales	588
Intervent.chirurg.	725
Kinésithérapie	1879
Accouch.par voie basse	555
Césariennes	143
Examens labo.	38470
Radiographies	3966
Échographies	832
Fibrosc.oesogast.	459
Rectosigmoïdos.	82

**b) Performances des services:**

Avec un taux d'occupation des lits de 73 % et une durée moyenne de séjour de 7,7 jours, l'hôpital St Jean de Dieu fait preuve d'une très bonne utilisation de ses capacités d'accueil.

**Tableau 124 : Performances des services en 1995**

SERVICES	LITS	HOSPITALISES	JOURNÉES	TOL	DMS
Médecine	28	953	7323	72%	7,7
Pédiatrie	26	805	6509	69%	8,1
Chirurgie	19	438	5566	80%	12,7
Maternité	24	1175	6550	75%	5,6
Total	97	3371	25948	73%	7,7

**14-6-La mutuelle de Fandène:**

-Initiée par le médecin chef de l'hôpital St Jean de Dieu, elle en est indissociable. De plus, elle s'efforce d'apporter une réponse concrète aux problèmes d'accessibilité dont souffrent les populations non couvertes par une assurance.

-Créée autour d'un dispensaire privé catholique situé dans le village de Fandène, elle propose une cotisation de 100 F par personne et par mois. Les ayants droits bénéficient de la prise en charge de 15 jours d'hospitalisation à l'hôpital St Jean de Dieu.

Sont exclus les accouchements normaux (ils doivent avoir lieu dans une maternité périphérique) et les affections chroniques. Les cotisations sont recouvrées chaque mois par les membres bénévoles de comités de quartiers.

Les hospitalisations doivent obligatoirement être décidées par le dispensaire de Fandène, mais si elles ne semblent pas justifiées, l'hôpital peut en refuser les lettres de garantie.

-Sur une population totale de 3 000 personnes, 2 000 ont adhéré à la Mutuelle et 1 000 payent régulièrement leurs cotisations. Le budget de la mutuelle est de l'ordre de 10 millions par an.

-Deux autres villages ont essayé de créer une mutuelle du même type, mais n'y sont pas parvenus.

**14-7-Analyse:**

Géré avec rigueur, l'hôpital St Jean de Dieu montre, comme l'hôpital principal et l'hôpital Albert Royer, ce qu'il est possible de faire en matière hospitalière, ainsi que le rôle majeur de la qualité de l'offre sur l'évolution de la demande.

Bien que créé par une institution religieuse, il n'est en fait accessible qu'à des catégories privilégiées de la population, à savoir ceux qui ont une possibilité de prise en charge.

Cette situation résulte d'un choix montrant la séparation qui doit être faite entre la production de service et les problèmes d'accessibilité des populations.

S'il est vrai que l'hôpital St Jean de Dieu est cher, il offre des services de qualité.

Le problème de l'accessibilité financière est lié au développement des mutuelles pour ceux qui ont un minimum de revenus et à la mise en place de mécanismes d'aide sociale assurant le tiers payant pour ceux qui sont démunis.

-On doit cependant regretter que cet hôpital soit encore "administré" et non pas "géré". La mise en place d'une comptabilité analytique et l'introduction de l'amortissement dans ses comptes devraient contribuer à améliorer de façon très significative ses performances, qui restent cependant remarquables.

## ANNEXE 4

\*\*

### LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES

\*\*

1-ADCA & ASSOCIES: « Besoins en personnels de santé des structures du MSPAS », Rapport intérimaire, Dakar, Décembre 1995, 220 p.

2-BEE-Consultants: « Statut Juridique du CHU -2ème partie, Définition et règles de fonctionnement », Document photocopie BAD, Dakar, non daté,

3-BITRAN (Ricardo), BREWSTER (Steve), BA (Bineta): « La prestation des soins de santé par le secteur privé: Sénégal », Document de recherche appliquée principale n°16-F, HFS-USAID, Dakar, Décembre 1994, 65 p.

4-BITRAN (Ricardo), BREWSTER (Steve), BA (Bineta): « Coûts, financement et efficacité des prestations de santé au Sénégal-Une analyse comparative des prestataires publics et privés », Document de recherche appliquée n°11-F, HFS-USAID, Dakar, Juillet 1994, 98 p.

5-BITRAN (Ricardo), BREWSTER (Steven), BA (Bineta): « Coûts, financement et efficacité des établissements sanitaires au Sénégal », Document de recherche appliquée principale n°8, HFS-USAID, Dakar, Février 1994, 130 p.

6-CERTEC: « Etude sur la gestion des infrastructures et du matériel », rapport définitif, Dakar, Avril 1994, 100 p.

7-CERTEC: « Etude sur les normes en personnel des Hôpitaux », Document photocopie, Dakar, Octobre 1994, 177 p.

8-COOPERATION ITALIENNE: « Mise à jour des données de l'inventaire national des équipements sanitaires », Doc. photocopie, Dakar, Juillet 1995, 26 p. + annexes.

9-CUISINIER-RAYNAL (Jean Claude): « L'hôpital Principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958 », document photocopie, Dakar, 1995, 4 p.

10-DIENG (Alpha) et BARLOW (Robin): « Le cadre juridique du financement du secteur de la santé au Sénégal », document photocopie USAID, Dakar, Septembre 1991, 60 p.

11-DIOUF (A.N), DIALLO (M), NUNZIATA (E): « Mise à jour des données de l'inventaire national des équipements sanitaires », Document photocopie MPSAS, Dakar, Juillet 1995, 30 p.

12-EDUPLUS: « Etude sur la restructuration des systèmes de formation », Rapport final, Décembre 1994,

13-HOPITAL PRINCIPAL: « Compte rendu d'activité-Exercice 1994 », document photocopie, Dakar 1995, 66 p.

14-ISED: « Evaluation des plans régionaux et de district de développement sanitaire (PDDS et PRDS) », document photocopie, Dakar, Janvier 1996, 139 p.

15-KNOWLES (J.C), YAZBECK (A.S), BREWSTER (S), BA (B): « La prestation de soins de santé par le secteur privé: Sénégal », Document de recherche appliquée N° 16-F, FFT, Décembre 1994, 65 p.

16-LECOEUR (James): « De l'intérêt du paiement partiel des soins par les usagers à l'Hôpital Régional de Tambacounda », Mémoire de Santé Publique et Communautaire de l'Université Henri Poincaré, Nancy, 1995, 23 p. + annexes.

17-LE GARNEC: « Rapport sur les hôpitaux relevant du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale du Sénégal », Document photocopié, Dakar, Juin 1990, 71 p. + annexes

18-MOULIN (Claire), MOUTON (Pierre): « Rapport sur l'assurance maladie au Sénégal », document photocopié de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris, Février 1993, 44 p.

19-MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN: "arrêté interministériel portant relèvement des tarifs à l'Hôpital Principal", document photocopié, Dakar, 2 Janvier 1995, 5 p.

20-MSPAS: "Projet de Loi de Finances pour 1996", Document photocopié, Dakar, 1995, 137 p.

21-MSPAS: « Projet de Développement Sanitaire-Mission préparatoire du Projet », document photocopié aide mémoire, Dakar, 1995,

22-MSPAS: "Nouvelles orientations de la politique de santé et d'action sociale », Document photocopié, Dakar, Juin 1995, 46 p.

23-MSPAS: « Etude interministérielle sur l'assurance maladie », note de synthèse du rapport d'étape du groupe de travail, Dakar, Mars 1995,

24-MSPAS: « Déclaration de politique nationale de santé et orientations pour une politique d'action sociale », document photocopié, Dakar, Aout 1991, 11 p.

25-MSPAS: "Conseil interministériel sur la santé et l'action sociale », document photocopié, Dakar, Septembre 1993.

26-MSPAS: « Gestion des Infrastructures et des Equipements Sanitaires au Sénégal », Document photocopié, Dakar Novembre 1994, 50 p.+ annexes.

27-MSPAS: « Rapport de synthèse de la Commission II: Réformes politiques-Sous commission n°2 sur le cadre juridique et le statut des Hôpitaux », document photocopié, Dakar, non daté, 10 p.

28-MSPAS: « Projet de Développement Sanitaire-Mission préparatoire du projet-20 Novembre, 1er Décembre 1995 », Document photocopié, Dakar, Décembre 1995, 9 p. + annexes.

29-MSPAS-ISED: « Guide national du médecin chef de région », document photocopié, Dakar, Novembre 1993, 209 p.

30-MSPAS-ISED: « Guide national du médecin chef de district », document photocopié, Dakar, Novembre 1993, 223 p.

31-MSPAS-USC santé/PDRH: « Textes sur l'organisation et le fonctionnement des comités de santé », texte de Loi n°92.07, Dakar, 1992, 12 p.

32-MSPAS-USC Santé/PDRH: « Atelier de planification par objectifs portant sur les nouvelles orientations de la politique nationale de santé et d'action sociale », Rapport final des ateliers, d'Octobre et de Décembre 1995, Décembre 1995, 50 p + annexes.

33-SANESCO: « Hôpital principal de Dakar », Rapport final , Paris, Janvier 1996, 129 p. + annexes

34-SOW (Y)-DIALLO (I): « L'expérience de gestion tripartite de l'Hôpital de Ziguinchor au Sénégal », document photocopié, non daté, 11 p.

35-THIOUNE Mamadou: « Financement de la Santé au Sénégal-Analyse des déterminants de la performance des comités de santé », rapport provisoire du CESAG, Dakar, Août 1993, 34 p. + annexes.

36-VAURS (René), LECHUGA (Paul), DIAWARA (Alassane): « Problèmes liés au financement de la santé »-Rapport Banque Mondiale n° 11059-SE-30 Octobre 1992, 72 p.

37-NON SIGNE: "Projet de Loi portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales", document photocopié , Dakar, non daté, 17 p.

## ANNEXE 5

\*\*

### TERMES DE REFERENCE

\*\*

#### CONTEXTE GENERAL:

Depuis le mois de Février 1995, le Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale élabore un Plan de Développement Sanitaire qui sera achevé vers le mois de Janvier 1997. Les nouvelles orientations de la politique de santé prévoient une réforme des hôpitaux qui conduirait à une autonomie de ces formations, afin d'en améliorer la gestion et la qualité des soins. Il est envisagé de procéder à un inventaire des hôpitaux afin d'avoir une image de la situation actuelle dans ce secteur. Cet inventaire, une fois réalisé, permettra de choisir un certain nombre d'hôpitaux comme candidat à des actions visant une amélioration de la gestion et du financement de ces institutions. L'évaluation de ces actions initiales guidera la généralisation de ces interventions. Une étude plus approfondie sur le financement du secteur sera réalisée parallèlement à cette analyse.

#### OBJECTIFS DE L'ANALYSE:

Sous la Direction et en étroite collaboration avec le Ministre de la santé Publique et de l'Action Sociale, le Consultant procédera à une analyse du secteur hospitalier au Sénégal, afin d'identifier les futurs sites dans le secteur qui s'inscrivent dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour les années 1996 à 2005.

Cette analyse non exhaustive mettra avant tout l'accent sur les Hôpitaux Régionaux.

Elle concernera également un Hôpital du Centre Hospitalier Universitaire.

Les objectifs spécifiques de l'analyse porteront sur:

- 1) La définition des fonctions et activités des Hôpitaux Régionaux, une description des Hôpitaux comprenant:
  - .les données sur l'infrastructure,
  - .le plateau technique, la maintenance,
  - .les indicateurs de performance,
  - .une évaluation sommaire des sources et montant du financement, ainsi que leur utilisation,
  - .la tarification appliquée,
  - .une évaluation rapide de la qualité des soins (technique et perçue) et la gestion de l'Hôpital, ainsi que le niveau de la participation communautaire dans cette gestion.
  
- 2) Une identification et une description des éléments dans l'environnement de chacun des Hôpitaux qui favorisent ou constituent un obstacle au bon fonctionnement de la formation sanitaire:
  - .formation concurrente,
  - .détermination de la place de l'Hôpital dans la pyramide de soins,
  - .présence de mutuelles,
  - .dynamisme des communautés ou de l'administration locale,
  - .personnel engagé,
  - .pouvoir d'achat important des populations.

3) La définition des éléments constitutifs d'un système de gestion performant dans les hôpitaux après une analyse des coûts à l'hôpital, des sources de financement et des mécanismes facilitant la mobilisation du budget.

4) La définition des éléments constitutifs d'un système d'information des hôpitaux en tenant compte du nouveau cadre juridique, du système de gestion financière, des besoins en termes de qualité des soins, de maintenance et gestion des médicaments.

5) La définition des éléments d'une future intervention dans le domaine de l'organisation et de la gestion, ainsi qu'une amélioration dans la qualité des prestations des hôpitaux en fonction des résultats de l'inventaire.

6) Le choix d'un nombre restreint d'hôpitaux comme candidats potentiels à ces interventions se fera à partir des données de l'inventaire et des conditions locales favorables à leur réalisation.

## ANNEXE 6

\*\*

### PERSONNES RENCONTREES

\*\*

#### **Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales:**

- Monsieur le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales,
- Docteur DANKOKO, Conseiller Technique au MSPAS,
- Monsieur FAYE, Conseiller Technique au MSPAS, chargé du dossier hospitalier
- Monsieur CISSE, Conseiller Technique au MSPAS, chargé des Affaires Juridiques et Administratives
- Docteur Fodé DIOUF, Conseiller Technique au MSPAS, chargé de la formation
- Docteur Bruno FLOURY, Conseiller Technique au MSPAS, assistant technique français,
- Monsieur Pascal BROUILLET, Conseiller Technique au MSPAS, assistant technique français, chargé de la mutualité
- Monsieur Sidi Mohamed GUEYE, Directeur de l'Administration Générale et de l'Équipement.
- Madame Mariem SEYE, Directrice de l'Action Sociale
- Monsieur SENE, Directeur de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement,
- Monsieur le Professeur Issa LO, Directeur National de la Pharmacie,
- Monsieur DIONGUE, Pdrh
- Monsieur MameAlassane SECK, Pdrh

#### **Faculté de Médecine:**

- Pr. René NDOYE, doyen de la Faculté,
- Pr.Doudou BA, premier assesseur doyen
- Pr.Ibrahima Pierre N'DIAYE, deuxième assesseur doyen
- Mr. Assane CISSE, chef des services administratifs et financiers
- Pr.Ibrahima WONE, Médecine Préventive et Santé Publique
- Dr.Philippe GARNIER, Assistant Technique.

#### **Hôpital Le Dantec:**

- Monsieur N'DIAYE, Directeur de l'Hôpital Aristide Le Dantec,
- Professeur BAO, médecine interne hôpital Le Dantec
- Professeur DIOP, médecine interne hôpital Le Dantec
- Docteur FAYE, radiologie hôpital Le Dantec
- Monsieur Ousmane N'DIAYE, intendant hôpital Le Dantec
- Pr.Raymond DIOUF, ORL
- Pr.Seydina I.L.SEYE, Orthopédie Traumatologie
- Pr.Alassane WADE, ophtalmologie
- Dr.Soukeyna FAYE,
- Pr.Adrien DIOP, Chirurgie
- Pr.José Marie AFOUTOU, Histologie-embryologie
- Pr.Mouhamadou FALL, Pédiatrie
- Mme Fall Maïmouna DIOP,
- Pr.Papa A.DIOP, Pharmacie
- Pr.Diao BA, Maternité
- Pr.Souleymane MBOUP, Bactériologie-Virologie
- Pr.Meissa TOURE, Biochimie médicale
- Pr.Binéta S.KA, réanimation

- Pr.Papa TOURE, oncologie
- Pr. Signe A.BA, cardiologie
- Professeur Bassirou NDIAYE, dermatologie
- Pr.Aristide MENSAH, urologie
- Pr.Dédéou SIMAGA, Chirurgie

#### **Hôpital de Fann:**

- Monsieur Falilou DIOP, Directeur de l'hôpital de Fann,
- Mesdames et Messieurs les chefs de service de l'hôpital

#### **Hôpital Albert Royer**

- Madame Mara, Directrice de l'Hôpital Albert Royer

#### **Hôpital Principal:**

- Médecin général CUISINIER RAYNAL, Directeur de l'hôpital
- Lieutenant Colonel HANN, gestionnaire de l'hôpital

#### **Hôpital Grand Yoff (Ex CTO):**

- Monsieur le Directeur de l'hôpital Grand Yoff
- Messieurs les Chefs de service de l'hôpital
- Monsieur le Président du Comité de Santé

#### **Hôpital de Thiaroye:**

- Monsieur Oumar NIANG, Directeur de l'hôpital de Thiaroye,

#### **Hôpital Abass N'Dao:**

- Monsieur Oumar BA, Directeur de l'Hôpital Abass N'Dao
- Monsieur DIA, directeur adjoint de l'Hôpital Abass N'Dao
- Docteur ASSI, chirurgien hôpital Abass N'Daw
- Docteur N'DIAYE, gynéco-obstétricien Hôpital Abass N'Dao
- Monsieur N'DIOYE, surveillant général Hôpital Abass N'Dao
- Messieurs les chefs de service de l'hôpital.

#### **Hôpital de Djourbel:**

- Docteur Malick SARR, médecin chef de la région de Djourbel,
- Monsieur le Trésorier du Comité de Santé de l'hôpital,
- Messieurs les chefs de service de l'hôpital

#### **Centre de Santé de Bambey**

- Docteur Idrisa TALLA, Médecin chef du District de Bambey

#### **Hôpital de Kaolack:**

- Docteur N'DIAYE, Médecin chef de la région médicale de Kaolack
- Monsieur Birame FAYE, intendant de l'hôpital régional de Kaolack
- Monsieur DIOUF, surveillant général de l'hôpital.
- Docteur Abdoul Karim GUEYE, médecin chef du département médecine de l'hôpital
- Docteur TIONGANE, chirurgien, médecin chef de l'hôpital,
- Messieurs les chefs de service de l'hôpital

**Direction Médicale de la Région de Kaolack**

-Dr.N'DIAYE, Médecin Chef de la Région,

**Hôpital de St Louis**

-Monsieur le Directeur de l'hôpital  
 -Monsieur l'intendant de l'hôpital  
 -Monsieur le Surveillant Général de l'hôpital  
 -Mesdames et messieurs les chefs de service de l'hôpital  
 -Monsieur le Président du Comité de Santé de l'Hôpital

**Gouvernorat de la Région de St Louis**

-Monsieur le Gouverneur de Région

**Direction Médicale de la Région de St Louis**

-Docteur LY, Médecin chef de Région

**Hôpital de Louga**

-Monsieur le Directeur de l'hôpital  
 -Monsieur l'Intendant de l'hôpital  
 -Messieurs les chefs de service de l'hôpital  
 -Monsieur le Président du Comité de Santé de l'Hôpital

**Hôpital de Dioum**

-Monsieur le Directeur de l'hôpital de Dioum  
 -Monsieur le Président du Comité de Santé de Dioum  
 -Messieurs les chefs de service de l'hôpital

**Centre de Santé de Podor:**

-Monsieur le Médecin chef du District de Podor

**Hôpital de Ziguinchor**

-Docteur M'BAYE, médecin chef de l'hôpital  
 -Messieurs les chefs de service de l'hôpital

**Hôpital de Thiès**

-Monsieur Massar GAYE, Directeur de l'hôpital de Thiès

**Hôpital St Jean de Dieu de Thiès:**

-Monsieur le Directeur de l'hôpital,  
 -Monsieur Cisse, Directeur Administratif  
 -Monsieur le Médecin chef

**Union Européenne:**

-Monsieur André VANANVERBEECKE, Délégué de L'U.E au Sénégal,  
 -Dr. Peter EERENS, Coordinateur Santé.

**Coopération Française**

-Madame Louise AVON, chef de la Mission Française de Coopération et d'Action Culturelle au Sénégal.

**Coopération Belge:**

- Madame Isold SCAMPFUH, responsable du projet Belge de Pikhine
- Deux de ses collaborateurs.

**CESAG:**

- Monsieur le Directeur du CESAG
- Madame Laurence CODJIA, responsable du programme "gestion des services de santé".

**Clinique Casahous:**

- Mr. Casahous, Directeur de la Clinique.