



CESAG Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CESAG EXECUTIVE EDUCATION

(CEE)

**MBA-Administration et Gestion
des Entreprises**

(MBA-AG)

Année académique : 2014-2015

Mémoire de fin d'études

**Pour l'obtention du diplôme de MBA
en Administration et Gestion des Entreprises**

**Evaluation du Contrat Pluriannuel d'Objectifs
et de Moyens (CPOM)
de l'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY)
de Dakar (Sénégal)**

Présenté par :

Monsieur Ousmane DIA

Dirigé par :

Dr Bertin CHABI

Chef Département CESAG Exécutive Education

Mai 2016

Dédicace

Al Hamdoulilah !!!!!!! Je rends grâce à ALLAH Soubhanahou Wa Tahala.

Je prie sur son vénéré envoyé, sauveur des croyants, notre intercesseur le jour du jugement dernier, Seydina Wa Mawlana **Mouhammad Rassoulloulahi**, Sallalahou Tahala Aleihi Salam.

J'ai une pensée pieuse pour mon cher défunt père Rahmatoullahi Aleihi, **El Hajj Oumar DIA** (Radiyahou Tahala Anhou) qui a énormément contribué de son vivant à faire de moi l'homme que je suis avec les valeurs que j'incarne. Il m'a donné la foi et m'a éduqué dans les principes qui fondent la religion musulmane et la tarikha de **Seydina Cheikh Ahmad Attijani Sherif** et de mon illustre grand père **Cheikh El Hajj Oumar Foutiyou TALL**, Radiyahou Tahala Anhouma.

Cher père bien aimé, je prie pour que le sceau des prophètes soit ton intercesseur le jour du jugement dernier et que le paradis soit ton éternel demeure ainsi que pour tous les musulmans nous ayant précédés.

Je dédie spécialement ce mémoire à ma très chère mère **Hadjaratou Khadidiatou WANE** pour ses encouragements, à ma sublime et pieuse grande sœur **Sokhna Hawaly** et à mon grand frère et modèle **Cheikh Yaya** pour leur soutien et leur appui.

Je n'oublie pas d'associer aussi à ce travail ma chère épouse et mes enfants

Qu'ils trouvent tous ici l'expression de mon amour éternel et de mon dévouement sans faille.

Remerciements

Je remercie du fond du cœur toutes les personnes et les bonnes volontés qui m'ont appuyé et soutenu, qui ont contribué ou m'ont aidé dans la rédaction de ce mémoire :

Je remercie particulièrement mon adorable et bien aimée épouse **Ndèye Ndella DIOP DIA**, mes chers enfants **Oumar** et **Fatimata Khadidiatou** sans oublier bien sûr **Cheikh Mouhammad Daouda**, qui me procurent un bonheur et une joie jamais égalés ; ils m'ont toujours manifesté leur soutien, tu leur souffrance et leur tristesse face à mes retards et mes absences régulières et à la négligence dont j'ai fait montre à leur égard durant toute cette année de dure labeur.

J'adresse une motion particulière à mon encadreur le **Docteur Bertin CHABI** pour son encadrement de qualité, sa disponibilité et sa patience à mon égard et surtout pour sa très grande humilité que cache une expertise de niveau international ; Merci beaucoup cher professeur et très cher ami !!!!

Je rends hommage dans ce mémoire à un homme qui m'est très cher **Moustapha NIANG**, avec qui j'ai obtenu le baccalauréat, actuel Chef du service des Ressources Humaines de l'HOGGY.

Mes remerciements vont également sans les citer nommément, à tous mes camarades de promotion, sans oublier nos encadreurs au niveau du CESAG ainsi qu'au personnel de mon département : la Direction des Établissements de Santé.

Le mot de la fin est au **Professeur Amadou FALL** de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, sans qui aujourd'hui, je ne serai pas en train de rédiger un autre mémoire ; Sa patience, ses connaissances et sa pédagogie, son humilité, sa foi inébranlable en Allah et sa grande piété ont su me motiver et me donner la force de continuer à apprendre. Il n'a jamais cessé de me manifester sa confiance, de m'encourager et surtout me pousser à devenir « grand ». Je lui témoigne ici toute ma gratitude et ma reconnaissance pour avoir toujours cru en moi.

Que tous retrouvent ici, mes sincères remerciements et l'expression de ma gratitude éternelle.

Merci et encore mille fois Merci !!!!

Liste des tableaux

Tableau 1	Engagements contractuels de la structure	Page 52
Tableau 2	Réalisations de 2012 à 2014	Page 53
Tableau 3	Dettes des EPS auditée en 2013	Page 80
Tableau 4	Créances des EPS auditées en 2013	Page 81
Tableau 5	Montants dus au titre des gratuités	Page 82

Liste des figures

Graphique 1	Données nosologiques	Page 54
Graphique 2	Indicateurs traceurs hospitaliers	Page 54
Graphique 3	Situation financière	Page 56
Graphique 4	Ressources internes	Page 57
Graphique 5	Evolution du résultat net	Page 58

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des abréviations.

ARD	Agence Régionale de Développement
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et du Développement
CDSMT	Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CES	Certificat d'Etudes Spécialisé (Médecin en Cours de Spécialisation)
CHN	Centre Hospitalier National
CHR	Centre Hospitalier Régional
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
CSSI	Chef du Service des Soins Infirmiers
CSIM	Chef du Service d'Information Médical
CTO	Centre de Traumatologie et d'Orthopédie
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DCMP	Direction Centrale des Marchés Publics
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EDS	Enquête Démographie et Santé
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPS 1	Etablissement Public de Santé de niveau 1
EPS 2	Etablissement Public de Santé de niveau 2
EPS 3	Etablissement Public de Santé de niveau 3
EPS	Education pour la Santé
ESPS	Enquête sur la Santé et la Protection Sociale
FBP	Financement Basé sur la Performance
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FFI	Faisant Fonction d'Interne

FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
GBO	Gestion du Budget par Objectif
HALD	Hôpital Aristide le Dantec
HOGGY	Hôpital Général de Grand Yoff
HPD	Hôpital Principal de Dakar
IRL	Indice de Rotation des Lits
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MCR	Médecin Chef de Région
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et social
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unis pour le Développement
PRA	Pharmacie régionale d'approvisionnement
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques Financiers
RESHAOC	Réseau des Hôpitaux d'Afrique, d'Océanie et du Caraïbes
SAF	Service Administratif et Financier
SCA	Stratégie de Croissance Accélérée
SCAC	Service de la Coopération à l'Action Culturelle
SIG	Système d'information à des fins de gestion
SIM	Système d'Informations Médicales
SSP	Soins de Santé Primaires
T2A	Tarifcation à l'Activité
TOM	Taux d'occupation moyenne

Sommaire

Introduction générale.....	9
Première Partie :Cadre théorique et méthodologique.....	21
Chapitre I :Revue de littérature.....	22
Section 1 :La réforme hospitalière.....	22
Section 2 : La contractualisation et la performance dans l'hôpital	32
Chapitre II : Méthodologie de l'étude et présentation de l'Hoggy.....	38
Section 1 : Méthodologie utilisée	38
Section 2 : Présentation de l'Hoggy	40
Deuxième Partie :Cadre organisationnel et conceptuel.....	46
Chapitre III : .Description de la pratique actuelle et résultats	
de l'évaluation	47
Section 1: Description de la pratique actuelle de mise en place du CPOM	47
Section 2:Résultats de l'évaluation finale.....	52
Chapitre IV :Analyse de la pratique actuelle par les effets perçus de la mise	
en œuvre du CPOM et recommandations.....	59
Section 1:Analyse de la pratique actuelle par les effets perçus de la mise	
en œuvre du CPOM	59
Section 2:Recommandations.....	68
Conclusion générale	75

RESUME:

La mise en place de la réforme hospitalière au Sénégal s'est opérée dans un contexte de rareté de ressources et de délaissement de l'hôpital par les populations au profit des cliniques du fait des mauvaises conditions de prise en charge, à la vétusté des infrastructures et à l'obsolescence du plateau technique.

Malgré les moyens colossaux dégagés par l'Etat, ces structures peinaient à remplir leur mission de fournir aux patients des soins et services de qualité.

Avec l'appui de la Banque Mondiale, le Sénégal à travers sa politique de contractualisation, a élaboré des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens pour amener les structures hospitalières vers la performance, par la promotion de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et le Financement Basé sur la Performance.

L'HOGGY a eu à élaborer un CPOM qu'il a mis en œuvre et que nous voudrions évaluer afin d'en mesurer les résultats et le niveau d'atteinte des objectifs fixés au début mais surtout d'en tirer les enseignements pour orienter et accompagner les autres structures du pays.

MOTS-CLEFS : Réforme hospitalière, Contractualisation, performance, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

ABSTRACT:

The implementation of hospital reform in Senegal took place in a context of scarcity of resources and neglect of the hospital by the people for the benefit of clinics because of the poor conditions of care, to poor infrastructure and obsolescence of the technical platform.

Despite the huge resources released by the State, these structures were struggling to fulfill their mission of providing patients with quality care and services.

With support from the World Bank, Senegal through its contracting policy, developed Multiannual Contracts targets and resources to bring hospitals to performance, by promoting the Managing for Results (GAR) and Performance Based Financing (PBF).

The Hoggy had to develop a CPOM he implemented and that we would evaluate in order to measure the results and the level of achievement of the objectives set at the beginning but above all to learn to guide and accompany the other structures of the country.

KEYWORDS: Hospital reform, contractualization, performance, Multiyear Agreement Objectives and Means

Introduction générale

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui dispose en son article 17 que : «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

Elle reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- la protection des groupes vulnérables ;
- le renforcement du partenariat public-privé ;
- la promotion de la multisectorialité ;
- l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- la culture de la gestion axée sur les résultats ;
- la promotion de la stratégie de financement basé sur la performance.

Telle que consacrée, la politique de santé, basée sur des principes d'universalité, d'intégration et d'absolutisme, fait de la santé un droit fondamental pour tout être humain quel que soit sa condition sociale, économique ou professionnelle et l'état, le garant de ce principe.

A l'instar des autres secteurs d'activité économique et sociale, le secteur de la santé n'a pas beaucoup évolué depuis les indépendances. Cette situation est rencontrée dans la majeure partie des pays de l'Afrique particulièrement ceux subsahariens.

A la suite des différentes conférences tenues notamment celles d'Alma Ata en 1978 (avec les soins de santé primaires), de Bamako en 1987 (avec le recouvrement des coûts) et aussi de Brazzaville, la situation sanitaire de ces pays demeure peu reluisante et très préoccupante.

Ils sont confrontés à de sérieux problèmes de financement de leurs hôpitaux ; ceci est dû en grande partie aux multiples contraintes de tout ordre, liées d'une part à « la stratégie de santé publique internationale adoptée depuis la fin des années 1970 », sous tendue par le phénomène de la mondialisation symbolisé par l'éclatement des blocs et l'émergence de micro états entraînant forcément la réduction de l'aide au développement et le soutien à la lutte contre les grandes pandémies et d'autre part liées aux ajustements structurels qui ont en grande partie plombé dans les années 80 – 90 toute l'économie de l'Afrique et plus celle subsaharienne en particulier.

Les principaux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et bailleurs de fonds multilatéraux (Banque Mondiale, Union Européenne) et la majorité des coopérations bilatérales ont progressivement abandonné toute forme d'assistance technique surtout dans le secteur hospitalier pour concentrer leurs efforts sur les « soins de santé primaires ».

Face à cette crise profonde des hôpitaux, les premiers tests de financement communautaires de ces structures ont débuté par la participation des populations à l'effort de santé qui s'inscrit dans le cadre de la politique globale instituée par la loi 72-02 du 01 février 1972 portant réforme de l'administration territoriale et locale avec quatre options :

- la déconcentration,
- la décentralisation,
- la régionalisation,
- et enfin la participation qui se traduit dans le domaine de la santé, par l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires préconisés par l'OMS.

Dans cette même lancée une stratégie d'appui à la mise en œuvre est basée sur les principes suivants:

- étendre la couverture géographique des services de santé de base dans le but d'amener les soins de santé le plus près possible des utilisateurs (accessibilité géographique) ;
- développer cette extension avec la participation des bénéficiaires à la création et la gestion des services de santé de base (comités de santé et/ou de gestion)

- adopter une politique pharmaceutique nationale basée sur les médicaments essentiels par leur dénomination commune internationale de façon à les rendre plus accessibles financièrement (Initiative de Bamako);
- instituer un système de recouvrement des coûts des prestations et des médicaments pour améliorer le fonctionnement et les performances des services de santé.

Malheureusement toutes ces initiatives n'ont pas abouti aux résultats escomptés à savoir la satisfaction des besoins de santé des populations en particulier pour les couches vulnérables qui constituaient les 3 /5 de la population subsaharienne.

A l'instar de la France, la plupart des pays francophones subsahariens ont dès lors entamé une profonde réflexion sur leur système de santé pour enfin trouver les voies et moyens de le rendre performant ; cette réflexion a abouti particulièrement sur une volonté de procéder à une réforme du système sanitaire.

Pour faire face à ce besoin de soins de qualité et permettre à ses structures hospitalières de pouvoir faire face à la demande d'une population de plus en plus exigeante en termes de soins spécialisés avec la résurgence des maladies chroniques dites « maladies à soin couteux », le Sénégal a de ce fait entamé un ambitieux projet de réforme de l'organisation et du fonctionnement de ses hôpitaux.

L'objectif visé est de conduire à une transformation radicale des méthodes de gestion des hôpitaux, afin d'améliorer leurs performances et la qualité des services et des soins qu'ils dispensent ; cette dite réforme devait permettre à tout individu, quelle que soit sa condition sociale, de bénéficier de soins de qualité, dans le cadre d'établissements publics de santé à la gestion autonome et au sein desquels la notion de performance se substituerait à la logique administrative.

Seulement Dix-sept ans après la promulgation des lois 98/08 portant réforme hospitalière et 98/12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des EPS, les hôpitaux Sénégalais rencontrent encore d'énormes difficultés pour assurer correctement les missions qui leur ont été dévolues.

Au lendemain de l'alternance politique de 2000, les assises Nationales sur la Santé tenues en juillet 2000 et la Concertation Nationale sur le Système Hospitalier conduite par le Ministère de la santé et de la prévention Médicale, en Décembre 2006 ont fait ressortir l'urgence de renforcer la gestion des Etablissements Publics de Santé mais surtout de redéfinir l'aspect juridique de certains textes notamment en ce qui concerne la politique de contractualisation.

Aussi bien les experts commis par la Banque Mondiale que ceux de la Coopération Française, sont convenus de la nécessité de redéfinir le cadre logique de la Première Réforme sénégalaise, de financer les projets d'établissement mais surtout de mettre en place une très grande politique de contractualisation afin de permettre aux structures hospitalières de matérialiser leur large autonomie et de maîtriser leur destin pour enfin tendre vers la performance telle que voulue dans ladite réforme.

Il faut préciser que « cet avis d'experts » est la résultante d'une large étude et de plusieurs analyses qui ont abouti au constat que dans beaucoup de pays en particulier ceux africains, les dépenses de santé ne cessent d'augmenter. Le constat fait est que cette augmentation n'est pas synonyme d'une meilleure qualité des soins ; et que même les réformes hospitalières comme celle mise en œuvre depuis 1998 au Sénégal, ne sont pas non plus une garantie de l'amélioration des performances sanitaires.

S'il est donc normal que l'hôpital consomme la majeure partie des dépenses publiques de santé, il est essentiel que ces ressources soient utilisées au mieux de l'intérêt des populations et qu'elles participent à la lutte contre la pauvreté.

Ainsi pour accompagner sa première réforme hospitalière, l'Etat du Sénégal a consacré d'énormes moyens en subvention pour la construction et la réhabilitation d'infrastructures hospitalières, le fonctionnement des EPS, le recrutement et l'affectation de personnels qualifiés, les financements des projets d'établissement.

Certes de nombreux acquis sont à noter tels que le relèvement du plateau technique, l'augmentation de la fréquentation, mais il n'en demeure pas moins que l'accès aux services hospitaliers reste toujours très difficile pour les personnes démunies et la qualité des soins reste à être aussi améliorée sans oublier que la gestion de ces structures est toujours décriée.

De même, la réforme n'a pas été suffisamment ressentie pour tout ce qui concerne les politiques spécifiques d'appui aux hôpitaux telles que la disponibilité des médicaments, la prise en charge des urgences, la maintenance des équipements médicaux, mais surtout la mise en place d'un système de financement de la santé seule garantie de l'accessibilité des couches vulnérables à des soins de qualité. Il résulte de cette situation que le système hospitalier peine à remplir véritablement sa mission de référence.

Le recrutement, dans certains cas abusif, de personnel non qualifié par les hôpitaux avec la non maîtrise du fichier du personnel, caractérisé par une lourde masse salariale, les ruptures récurrentes dans l'approvisionnement en intrants, la dette aux fournisseurs, les dettes sociales et fiscales ainsi que les conflits sociaux etc. sont autant de déterminants de la situation précaire que vivent les hôpitaux sénégalais post réforme.

Plusieurs audits de la dette hospitalière effectués particulièrement par la Direction des Etablissements de Santé et l'Inspection Générale d'Etat ainsi que les rapports de la cour des comptes et de l'Agence de Régulation des Marchés Publics ont permis de constater plusieurs dysfonctionnements dans la gestion administrative et financière des structures hospitalières.

Et cette situation a eu comme conséquence l'accumulation d'arriérés de règlement et l'augmentation de la dette hospitalière devenue de plus en plus insupportable et menaçant à terme la viabilité et l'existence même des établissements concernés.

En définitive, l'hôpital sénégalais est loin d'atteindre la performance telle que voulue avec la réforme hospitalière et il est confronté à un déficit structurel aux effets dévastateurs sur la qualité des soins et services offerts aux populations.

Il en résulte une instabilité chronique du système avec des changements de directeurs réguliers ponctués par des mouvements d'humeur incessants du personnel.

Conséquence !!! L'hôpital public sénégalais est délaissé par la plus grande partie de sa population au profit des cliniques privées ou pour ceux qui sont nantis, des hôpitaux des pays maghrébins comme le Maroc et la Tunisie.

Fort de cette analyse - diagnostic, le Ministère de la Santé a entamé en 2010 l'évaluation de la mise en œuvre de sa première réforme hospitalière qui a mis en exergue le déficit structurel

auquel étaient confrontés les EPS compromettant leur performance et surtout menaçant à terme leur existence

Des plans de redressement ont été élaborés par toutes les structures hospitalières pour assurer un retour à l'équilibre. Tous les hôpitaux avaient signé un protocole d'accord avec le Ministère de la santé dans le cadre de ce redressement.

La directive numéro 6 issue des recommandations du Conseil interministériel sur les hôpitaux prévoyait déjà que la subvention d'investissement ferait l'objet d'arbitrage sur des bases qui tiennent compte des priorités sanitaires nationales (OMD) et des missions de service public assignées aux établissements.

Afin donner une priorité aux investissements dans les EPS et de permettre une meilleure allocation de ressources, il a été envisagé par l'Etat avec l'appui de la Banque Mondiale, la mise en place des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Cette initiative doit être interprétée et considérée à sa juste valeur comme une opportunité pour les autorités et les directions hospitalières de s'engager dans une démarche « gagnant-gagnant » pour plus d'efficacité et d'efficience dans la gestion des EPS.

Il faut surtout faire ressortir que la Banque Mondiale a fait de l'élaboration par l'Etat du Sénégal de ces CPOM une conditionnalité à son appui budgétaire pour ne plus subir les difficultés notées dans les financements antérieurs qui n'ont pas empêché la quasi déliquescence du système hospitalier sénégalais.

En remontant très loin, on voit que la situation dessinée par les experts commis par la Banque Mondiale, sur les hôpitaux sénégalais était déjà très préoccupante dans les années 90 et cela résulte en partie des difficultés constatées depuis le début des indépendances (1960) à nos jours et qui sont pour l'essentiel des problèmes de financement et de gestion.

Les jeunes états africains ne parvenaient pas à prendre en charge la totalité des dépenses de santé en particulier le relèvement des plateaux techniques et l'achat des intrants car les besoins en financement des hôpitaux étaient énormes.

20 ans plus tard, le constat est amer pour tous car les mêmes problèmes persistent encore ainsi, la dette hospitalière a augmenté, la qualité des services offerts est décriée car

défectueuse et la gestion des hôpitaux est remise totalement en cause ; ceci est traduite par des mouvements d'humeur ayant causé le départ ou le limogeage de beaucoup de directeurs.

Un diagnostic en profondeur de cette situation montre que l'organisation actuelle de l'hôpital sénégalais comporte plusieurs dysfonctionnements qui pèsent sur son fonctionnement quotidien et ses performances et finissent par nourrir malentendus et mécontentement tant des populations que des autorités de tutelle. Il faut dire que l'hôpital sénégalais a toujours évolué en entité purement administrative avec une concentration excessive et déresponsabilisante des décisions qui conduisent à un isolement des directeurs.

Conséquence, l'hôpital a enregistré dans son fonctionnement des résultats peu encourageants, ce qui a poussé la Direction des Etablissements de Santé à initier des directives et instructions allant dans le sens d'améliorer cette situation.

Seulement les mesures d'accompagnement à la réforme mises en place par le niveau central n'ayant pas produit les résultats escomptés en termes de gestion et de qualité des soins, les autorités en collaboration avec la Banque Mondiale conclurent à la nécessité d'adopter des mesures plus incitatives et de lier au moins une partie des ressources que l'Etat versait aux établissements publics de santé hospitaliers sous forme de subventions à l'atteinte de certains objectifs définis d'un commun accord avec les responsables hospitaliers sous forme de contrats d'objectifs et de moyens.

Il semble avoir donc un consensus sur l'importance pour un hôpital d'être performant et aussi de mesurer sa performance afin de pouvoir l'améliorer surtout confronté à un contexte de rareté des ressources accentuant ainsi le besoin et la nécessité d'être performant.

Cependant il faut noter que malgré la satisfaction de bénéficier de fonds pour un renouvellement des investissements après 10 d'absence de Budget Consolidé d'Investissement (BCI), certaines interrogations demeurent à savoir :

- ✓ l'organisation et le fonctionnement actuel des EPS favorisent t'ils la performance dans la gestion ?
- ✓ la croissance excessive des dépenses de santé hospitalière ne sera-t-elle pas un frein à ce mode financement innovant ?
- ✓ quelles mesures pour les Directeurs et leurs structures qui n'ont pas atteint les objectifs fixés ?
- ✓ enfin le CPOM peut-il influencer sur la qualité des soins et services et surtout réconcilier l'hôpital aux populations ?

Justification

La réforme hospitalière avec une transformation des hôpitaux en EPS dans le but de les rendre plus performants dans leur organisation et leur fonctionnement a été diversement appréciée de par les résultats enregistrés. En effet, les hôpitaux sont toujours endettés et la qualité défectueuse du service public encore décriée par les bénéficiaires et les acteurs.

La convocation du conseil interministériel sur la situation des hôpitaux le 05 mai 2008 a fait un diagnostic sans complaisance des difficultés à savoir :

- effectifs pléthoriques dont les 2/3 de ces personnels non qualifiés ;
- masse salariales très élevée dépassant même les normes ;
- dette hospitalière très élevée plombée par les politiques de gratuité ;
- projets d'établissements non financés, non évalués et qui devraient être renouvelés ;
- mesures de la performance non effectives.

A l'issue de cette évaluation, sont ressorties 14 mesures d'urgence pour sortir l'hôpital Sénégalais de cette situation et qui sont déclinées en 14 directives, parmi lesquelles :

- maîtrise de la masse salariale et des effectifs ;
- élaboration d'un plan d'apurement de la dette ;
- élaboration de plan de redressement ;
- élaboration de projets d'établissements ;
- mise en place d'une stratégie de Financement Basé sur la Performance et signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Pour traduire ces directives en des actes concrets et bénéfiques à la performance des hôpitaux, le Ministère de la Santé s'est orienté vers la stratégie de contractualisation.

Cette contractualisation vise surtout à clarifier des rapports contractuels entre l'Etat et l'EPS par la précision des engagements de chacune des deux parties avec une définition de priorités et d'arbitrage pour un assainissement de la situation financière et une amélioration de la qualité des soins et services hospitaliers;

Plan

Ce mémoire a été élaboré sur la base de trois méthodes :

- Une revue des expériences diverses sur la réforme hospitalière, sur la contractualisation et la performance hospitalière au Sénégal et en Afrique;
- Pour le deuxième point, nous présentons le cadre contextuel de l'étude et y analysons le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'HOGGY
- Et enfin dans le troisième point, nous procédons à une analyse des résultats issus de la mise en œuvre du CPOM de l'HOGGY et des effets produits et aux recommandations.

Pour le premier point, une appréciation du document de Politique Nationale de Contractualisation ainsi que les différentes publications lors d'ateliers internationaux tels que le séminaire de Saly (Mbour) de la Banque Mondiale sur la réforme hospitalière en Afrique en 2006 et les rencontres hospitalières (RESHAOC) de 2003 et 2005 nous ont été d'un grand apport.

Pour le deuxième point, les résultats des activités d'élaboration des CPOM de première génération ont contribué à renforcer les arguments que nous présentons ainsi que les différents rapports d'étape sur la mise en œuvre.

Enfin au troisième point, tous les documents élaborés et toute notre expertise comme membre du groupe d'évaluateurs, relative aux missions organisées dans les EPS pour évaluer les résultats de ces dits contrats ont permis d'étoffer ce document.

Objectif de l'étude

Notre objectif à travers cette étude est de procéder à une évaluation exhaustive de la mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'HOGGY et d'analyser les résultats enregistrés ainsi que leur effet sur la performance globale de la structure.

De façon de spécifique, il s'agira de :

- analyser le processus d'élaboration et de mise en œuvre du CPOM ainsi que les causes des difficultés rencontrées;
- évaluer le CPOM de l'HOGGY et analyser les résultats obtenus
- proposer des solutions pour conduire l'HOGGY vers la performance.

Intérêts

L'intérêt de cette étude se situe à différents niveaux :

- **Au plan personnel et professionnel**

Ce mémoire est l'aboutissement de 12 mois de sacrifices durant lesquels toute notre vie a été bouleversée aux plans familial, économique, social et religieux ; il nous permet surtout de formaliser notre passage hautement bénéfique dans le plus prestigieux institut de formation des cadres africains en gestion.

Pour avoir participé à la mise en place des CPOM dans les EPS sénégalais et avoir piloté depuis 2011 le projet de Financement Basé sur la performance, ce travail est en quelque sorte un bilan final de notre gestion du processus de mise en place des contrats de performance hospitalière de deuxième génération et en particulier de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.

Il nous permet aussi en tant qu'administrateur représentant le Ministre de la Santé dans le Conseil d'administration de l'HOGGY de faire une analyse succincte du processus d'exécution dudit CPOM et des résultats atteints en terme d'amélioration des services proposés aux populations.

- **Pour les Etablissements Publics de Santé**

Cette présente étude permettra aux décideurs hospitaliers de mesurer les difficultés pour bien conduire un contrat d'objectifs et de moyens, de cerner les goulots d'étranglement qui pourront éventuellement plomber leur bonne exécution mais aussi de disposer de pistes et des moyens pour l'atteinte de la performance telle qu'elle leur a été fixée dans leurs lettres de mission.

- **Pour l'HOGGY**

Cette étude sera modestement une première étape dans le processus d'évaluation qui lui permettra de voir une partie des principales contraintes dans la mise en œuvre de son contrat, de cerner les goulots d'étranglement qui plombent sa gestion mais aussi de disposer de pistes et des moyens pour l'atteinte de la performance.

- **Pour le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

Un tel document contribuera raisonnablement à mieux cerner les contraintes à l'origine des difficultés dans l'atteinte des engagements fixés avec la Banque Mondiale ; il va aussi permettre de cerner les causes des principaux dysfonctionnements qui rendent l'hôpital sénégalais même réformé peu performant et aussi proposer les fondements théoriques nécessaires pour une meilleure contractualisation hospitalière par le biais des contrats d'objectifs et de moyens ainsi que les solutions pouvant impacter positivement sur la performance hospitalière.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Première Partie :

Cadre théorique et

méthodologique

Chapitre I : Revue de littérature

Afin de faciliter une meilleure compréhension de l'objet de notre étude, il serait nécessaire voire pertinent de définir certains concepts clés étroitement liés à ce sujet.

C'est ainsi que nous allons insister sur certains de ces concepts tels que la réforme hospitalière, la contractualisation dans l'hôpital, l'organisation hospitalière, la démarche qualité, la réglementation hospitalière, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), les contrats de performance ainsi que les résultats des différentes évaluations de la mise en œuvre de ces réformes.

Section 1 : La Réforme Hospitalière

1.1 Cadre général

Lors du 1^{er} forum organisé en Afrique par la Banque Mondiale sur la réforme hospitalière, Eric De ROODENBEKE¹, expert de la Banque Mondiale et ancien expert coopérant de la Coopération Française au Sénégal disait : « l'Hôpital est un élément indispensable du système de santé. Les hôpitaux fonctionnent mal, en particulier en Afrique, ce qui décrédibilise l'institution hospitalière.

La réforme hospitalière constitue un enjeu majeur pour contribuer à redonner aux hôpitaux une crédibilité à la hauteur de la place qu'ils occupent dans le système de santé, cette réforme concerne notamment l'autonomisation des hôpitaux, le renforcement de la tutelle hospitalière ainsi que la définition et la hiérarchisation de priorités dans la construction du dispositif hospitalier.

L'autonomisation des hôpitaux est maintenant engagée depuis près de 13 ans dans les pays d'Afrique francophone. Elle permet de confier le fonctionnement des établissements à des responsables en prise directe avec les patients et les soignants. Mais, pour que cette autonomisation porte ses fruits, une vie institutionnelle doit exister et la notion de responsabilité doit être réelle.

¹ Directeur d'hôpital et docteur en économie de la santé, ancien chargé de mission au bureau de la santé du Ministère français des affaires étrangères : L'approche contractuelle dans le système hospitalier français (2006) ;

Dans ce cadre, la maîtrise de la question du financement (avec des politiques tarifaires, des règles pour la contribution de l'Etat, une remise à plat des exonérations et un examen de l'accès aux soins pour les indigents) est prioritaire, ainsi que la mobilisation des soignants (amélioration des rémunérations et sanctions en cas de non-respect des conditions de travail).

Le renforcement de la tutelle hospitalière est la contrepartie de l'autonomie. La santé ne peut être laissée aux seuls mécanismes du marché, il faut une régulation qui implique un contrôle. Ce renforcement quantitatif et qualitatif de l'administration se réalisera également dans le temps par une mobilisation des Etats, qui devront réorganiser les services du Ministère de la Santé ».

Actuellement, l'administration est encore trop directement impliquée dans l'offre de santé pour pouvoir définir des politiques et contrôler leur exécution. Le processus de décentralisation, qui est engagé dans de nombreux pays, impliquera une véritable déconcentration des services de l'état. C'est un élément favorable à la politique hospitalière.

Les pouvoirs publics doivent adopter des priorités pour mettre en œuvre une organisation hospitalière dans leur pays. Les fondations de l'édifice reposent sur 5 dimensions qui relèvent de la responsabilité du Ministère de la Santé :

- une carte sanitaire dans laquelle les missions des hôpitaux et les règles d'évolution de l'offre hospitalière sont définies, en relation avec les autres structures sanitaires ;
- le développement de la vie institutionnelle hospitalière afin que les différents acteurs soient responsabilisés autour de rôles précis ;
- un système comptable qui permet de retracer de manière homogène les flux financiers qui transitent dans les établissements. Cela permet la mise en place d'un processus budgétaire ;
- un système d'information qui donne une mesure de l'activité des établissements permettant de prendre des décisions tant au niveau national qu'au sein des établissements. Le système comptable et le système d'information se conjuguent pour permettre d'établir les outils de contrôle et de décision, ce sera le thème principal développé dans ce mémoire ;

- l'amélioration de la qualité des soins qui serait rendue obligatoire non pas au travers d'une démarche normative mais en adoptant des objectifs, des instruments de mesure et des méthodologies. »²

1.2 La réforme hospitalière dans des pays africains ³

A l'exemple du Sénégal, plusieurs pays africains qui souffraient des mêmes problèmes au niveau de leur système hospitalier ont eu à mener des réformes d'envergure pour restaurer une certaine efficacité dans la prise en charge de leurs populations à travers les structures de référence que sont les hôpitaux.

Le Sénégal partage avec les pays cités ci-dessous la particularité d'avoir accueilli le même expert français pour une évaluation diagnostique de la situation, le Docteur Hubert BALIQUE⁴ (1996) qui a inspiré la transformation de la gouvernance des hôpitaux précités pour leur permettre de faire face à cette importante demande de soins.

1.2.1 Au Mali

La réforme hospitalière entreprise par le Ministère de la Santé constitue un des piliers majeurs du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

Elle doit permettre au système national de santé de disposer, au terme du plan de structures performantes pour répondre aux besoins de référence dans le domaine des soins, de la formation des professionnels et de la recherche.

La réforme est absolument nécessaire pour sortir les hôpitaux de l'impasse dans laquelle ils se trouvent. Elle témoigne de l'engagement du Gouvernement à préserver le service public de santé. Mais elle exige des changements profonds.

² Mr Abdou TOURE, Directeur Général de l'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux du Mali : Rencontres hospitalières (RESHAOC) de Dakar 6 au 10 Décembre 2005

³ L'hôpital africain bilan et perspectives : Rapports de synthèse des Rencontres hospitalières (RESHAOC) de Dakar 6 au 10 Décembre 2005

⁴ Dr Hubert Balique MCU/PH, chargé de recherche à l'ORSTOM : Le système hospitalier au Sénégal, analyse et perspectives, Mai 1996

Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives dans 'SANTÉ INTERNATIONALE (Presse de Science Po (PFSN), 2011

1.2.2 Au Bénin

Il faut souligner qu'il n'existait pas de Cadre Réglementaire mais juste un service d'état donc toutes les ressources provenaient de l'Etat, qu'elles soient financières, humaines, matérielles ...

- Pas d'autonomie de gestion
- Motivation et éthique du personnel réduite au minimum
- L'organisation et la gestion de l'hôpital n'était pas en conformité avec les missions assignées à un l'hôpital

Les principaux défis à relever par la réforme de 1990 étaient de mettre en place un cadre juridique hospitalier et d'octroyer à l'hôpital la personnalité morale, d'impliquer la communauté dans le financement des soins et médicaments, une tarification en fonction du pouvoir d'achat des populations, de rationaliser la gestion financière et comptable de l'hôpital et surtout d'avoir un bon mécanisme de développement des ressources humaines

1.2.3 En Guinée

La réforme hospitalière a été mise en œuvre depuis les années 1990, avec quelques différences près, par rapport au modèle sénégalais, du point de vue temporelle, juridique (la différence fondamentale est liée au fait qu'au Sénégal les hôpitaux ont un statut d'établissement public de santé, alors qu'en Guinée ils ont un statut d'établissement public autonome, mais aussi du point de vue du contenu (la charte du malade existe au Sénégal et en Guinée, la carte sanitaire aussi, mais elle n'est pas appliquée en Guinée, de même le code de déontologie existe déjà au Sénégal, alors qu'en Guinée c'est une pièce de la réforme.

La réforme est intervenue en guinée au moment où la situation devenait pesante, le financement des hôpitaux était très dépendant de l'aide extérieur. Les textes étaient obsolètes et tardaient à être adaptés et révisés. La situation économique des structures sanitaires n'était plus viable. Les services offerts au niveau des hôpitaux ne sont plus de qualité.

1.2.4 Au Burkina Faso

Au Burkina, une première réforme est intervenue en 1998, avec la loi de mai 1998 qui fixe le cadre juridique de la réforme hospitalière au Burkina Faso très apparentée à la loi hospitalière française du 31 Juillet 1991. Cette même année 1998 la loi du 30 Juillet est venue créer au sein de la catégorie des établissements publics de l'Etat, des établissements publics administratifs qui sont chargés de la gestion d'un ou plusieurs services administratifs et disposent

pour ce faire de la personnalité morale, d'un patrimoine et de moyens de gestion propres. Ces EPA sont placés sous la double tutelle technique de leur ministère de référence (la Santé en l'occurrence pour les hôpitaux) et financière du ministère des Finances.

C'est seulement en 2002 qu'une nouvelle loi est intervenue, celle du 26 novembre 2002 pour créer une nouvelle catégorie d'établissement public de l'état dénommée établissement public de santé.⁵

1.3 Justification de la réforme hospitalière au Sénégal⁶

Partout en Afrique, les motifs ayant incités une réforme sont presque similaires, et tournent autour des principes de rationalité, comme le recouvrement des coûts, les problèmes de financement, le manque d'organisation de l'information médicale et surtout l'absence d'une véritable politique de contractualisation aussi bien autour des principes que de la pratique.

Au Sénégal des Associations pour la Promotion de la Santé (APS), des Associations pour la Promotion de l'Hôpital (APH) et des Comités de Santé (CS) ont été mis sur pied pour s'assurer de la bonne gestion des structures de santé. Ils collectent et gèrent les recettes tirées de la participation des populations mais ce mode de fonctionnement et de gestion a montré cependant beaucoup de limites tels que :

- Fonds collectés, thésaurisés pendant que la structure manque de médicaments, de produits et matériels et d'équipements ;
- Instances dirigeantes jamais renouvelées ;
- Détournements de fonds.

Ces dysfonctionnements ne permettaient pas à ces établissements d'accomplir leurs missions convenablement et ceci au détriment des patients et de leur famille.

Vue la place qu'occupent les hôpitaux dans le système sanitaire, ils doivent y jouer un rôle important car, « Si les solutions aux problèmes de santé prioritaire passent nécessairement

⁵ L'hôpital africain bilan et perspectives : Rapports de synthèse des Rencontres hospitalières (RESHAOC) de Dakar 6 au 10 Décembre 2005

⁶ Jean Pierre BETTIGA : Rapport de mission Banque Mondiale de pré évaluation du Plan National de Développement Sanitaire I du Sénégal 1998 – 2007 (Octobre 1996)

par la promotion de soins de santé primaires, leur mise en œuvre exige qu'ils s'appuient sur un système de soins dont les hôpitaux représentent un élément essentiel ; Ces institutions constituent les établissements de références suprême des postes et centres de santé, sur lesquels repose en grande partie la mise en œuvre de la politique de santé du pays ».

Face à cette situation les autorités du Sénégal ont mis en œuvre le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) soutenu par le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS).

Le Ministre de l'époque était convaincu que la solution définitive aux problèmes rencontrés par le secteur avait été trouvée avec ce plan décennal stratégique d'où cette fameuse phrase prononcée à la clôture de l'atelier de validation nationale :

« La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques va permettre l'amélioration et l'accessibilité des services de santé, la réhabilitation des formations sanitaires existantes et la construction de nouvelles structures de santé ».

Le PNDS a initié des réformes pour apporter des solutions aux problèmes de santé de la population. Entre autres réformes, on peut noter la réforme hospitalière promulguée par les lois 98-08 portant réforme hospitalière et 98-12 du 12 février 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des EPS.

Cette réforme témoigne de la volonté politique des autorités du Sénégal à faire de l'hôpital la vitrine du système de santé national.

Elle devrait se traduire par les actions suivantes :

- L'autonomie des hôpitaux publics et la préservation de la mission de service public par l'adoption de la loi hospitalière ;
- L'élaboration de la charte hospitalière dans le cadre de la carte sanitaire du pays ;
- L'introduction d'outils modernes de gestion pour traiter les informations financières, comptables et aussi sociales ;
- L'instauration d'un partenariat social ;
- La mise en place du statut du personnel des EPS ;
- L'élaboration et la mise en œuvre de projets d'établissement hospitaliers.
- La mise en place d'une véritable politique de contractualisation au niveau des hôpitaux

Cette réforme hospitalière vise à :

- Assurer la performance en améliorant la qualité des soins ;
- Changer radicalement le mode de gestion des hôpitaux par la mise en place de manuels de procédures administratives financières et comptables.

La mise en place de la réforme hospitalière en 1998 s'est opérée dans un contexte caractérisé par la faible fréquentation des structures sanitaires particulièrement des hôpitaux publics par les populations.

La Réforme Hospitalière au Sénégal a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998, sous forme de deux lois complémentaires :

- la première intitulée « Loi n° 98-08 portant réforme hospitalière »
- la seconde intitulée « Loi n° 98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé »

Ces deux lois ont été complétées par deux décrets d'application pris par le législateur :

- Le décret 98-701 relatif à l'organisation des Etablissements de Santé
- Le décret 98-702 portant organisation administrative et financière des Etablissements de santé

Le but de cette réforme est d'améliorer les performances des hôpitaux sur le plan de la gestion et de la qualité des soins. Elle vise à accroître l'autonomie des établissements pour développer la responsabilité des acteurs du système hospitalier.

Elle a pour but également de recentrer l'Etat sur l'exercice de la tutelle en lui faisant jouer pleinement son rôle de contrôle et de régulation.

L'objectif de cette réforme est aussi de garantir pour tous « un accès équitable aux soins de santé », des soins de qualité qui supposent que les EPS disposent de moyens adéquats pour un meilleur fonctionnement grâce à une plus grande participation des populations mais aussi grâce aux méthodes et outils de gestion empruntés aux entreprises privées comme la comptabilité analytique.

Elle vise enfin à améliorer la concertation et le dialogue au sein des établissements, à mobiliser l'ensemble des personnels autour d'objectifs communs propres à chaque établissement et à maîtriser les dépenses hospitalières au sein de l'ensemble des dépenses de santé.

1.4 Innovations de la réforme hospitalière

La réforme hospitalière est marquée par des innovations majeures qui ont eu un impact certain dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux devenus par la suite des EPS avec une personnalité juridique et une autonomie de gestion qui devaient leur permettre d'assurer des soins de qualité à toute la population vivant au Sénégal sans aucune forme de discrimination :

- à l'accès aux soins,
- à l'organisation interne des EPS,
- aux droits des usagers,
- À l'exercice de la tutelle (d'une tutelle forte)
- à la qualité des services,
- aux relations avec les partenaires,
- au financement
- À la planification stratégique à court et moyen terme
- Au financement alternatif
- A la contractualisation

1.5 Organisation du système hospitalier sénégalais

a) Mission de la DES

Le Décret n° 3004 du 4 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé fixe la création de la Direction des établissements de Santé qui a pour mission l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la politique en matière hospitalière et d'établissement de Santé.

Elle est en outre chargée de promouvoir la participation des établissements privés hospitaliers au service public de santé.

La Direction des établissements de santé doit ;

- Rechercher une meilleure réponse aux besoins de la population par une optimisation des moyens des établissements publics de santé et des établissements privés de santé participant au service public hospitalier
- Organiser l'offre de soins avec tous les acteurs,

- Assurer la qualité, la sécurité, la continuité dont elle veille à garantir l'égal accès à tous ainsi que le respect des droits des usagers (charte du malade)
- Définir les orientations favorisant les systèmes d'information et de communications des établissements publics de santé.
- Concevoir, mettre en œuvre et assurer le suivi de la politique de tarification et de régulation financière des établissements publics de santé et des activités de soins ;
- Organiser l'exercice et la gestion des carrières des personnels des établissements publics de santé et des établissements privés de santé participant au service public hospitalier ;
- Exercer pleinement ses attributions en matière de régime d'autorisation

b) Le parc hospitalier

❖ Les établissements hospitaliers publics

Ils sont au nombre de 24 éparpillés sur toute l'étendue du territoire national dont :

- Onze (11) hôpitaux nationaux dont les 09 sont localisés dans la région de Dakar et un à Touba dans la région de Diourbel.

Parmi ces hôpitaux nationaux l'on compte un hôpital à caractère militaire (Hôpital Principal de Dakar) et un autre à caractère communal (le Centre Hospitalier Abass Ndao), un psychiatrique et deux pour la prise en charge exclusive des enfants (Albert ROYER et Diamniadio).

- Il y a 13 hôpitaux régionaux fonctionnels et 02 hôpitaux privés mais participant au service public par le biais de conventions signées avec le Ministère chargé de la santé, dans les régions.
- Depuis 2010, 10 centres de santé de référence ont été érigés en établissement publics de santé de niveau I pour parachever la mise en place de la réforme et surtout mieux faire fonctionner le système de référence contre référence.

❖ Les établissements hospitaliers privés

Le parc hospitalier national compte maintenant 02 établissements hospitaliers privés participant au service public ; ces établissements sont liés au Ministère de la Santé et de la Prévention par des conventions de collaboration, de partenariat ou de gestion.

Ces conventions font l'objet de renouvellement périodique avec une redéfinition des missions et des modalités.

❖ Les établissements non hospitaliers

Les établissements non hospitaliers et les services/programmes rattachés à la DES sont des structures techniques d'appui à l'offre de service hospitalier.

Ils sont au nombre de 07 et sont classés selon leurs domaines de compétences.

1.6 Revue documentaire de l'évaluation de la réforme hospitalière au Sénégal

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

Comment est-on arrivé à cette situation ? Pourquoi les mesures prises au cours de cette décennie et les efforts financiers croissants consentis par l'Etat n'ont-ils pas permis d'atteindre les objectifs initialement fixés ? Et face à cette situation dégradée que faut-il faire ?

Les différentes évaluations internes et externes de la réforme hospitalière ont convergé sur les problèmes majeurs ayant entravé la mise en œuvre.

L'on s'interroge 17 ans après sur l'efficacité de cette réforme ainsi que les goulots d'étranglement ayant causé sa difficile mise en œuvre et ses résultats mitigés.

Plusieurs incompréhensions sont ressorties des différentes évaluations menées aussi bien par des nationaux que celles commanditées par la Banque Mondiale, la Coopération française et tout dernièrement l'Inspection Générale D'Etat qui ont mis en évidence l'insatisfaction des clients et symptômes d'un malaise persistant, notamment « *de nombreux conflits sociaux, l'inexistence d'un dialogue social, des plateformes réservées, une paix sociale quasi-impossible* » en l'absence de vision partagée, une culture organisationnelle non-unifiée, des malades exclus des soins et de la prise en charge, le surendettement chronique des hôpitaux et la cherté des prestations hospitalières ». ⁷

⁷ Revue documentaire sur la réforme hospitalière, Rapport groupe I, Février 2009

Section 2 : la contractualisation et la performance dans l'hôpital

Améliorer la performance des systèmes de santé constitue un objectif essentiel de toute personne et de toute institution travaillant dans le secteur de la santé notamment en milieu hospitalier.

Les réformes des systèmes de santé, dans les pays développés comme dans les pays en développement tels que ceux d'Afrique subsaharienne ont généralement entraîné des recompositions institutionnelles qui se sont traduites par une multiplication, une diversification et parfois une spécialisation des acteurs de la santé, tant au sein du secteur public que des secteurs privé et associatif ; ceci a grandement contribué à fixer dans les hôpitaux des objectifs de performance découlant de la mise en place d'un système de contractualisation tant en interne qu'en externe.

2.1 La contractualisation, mécanismes et conséquences

Il existe une littérature abondante couvrant de nombreux pays ayant développés une contractualisation visant à répondre à un impératif. Cette littérature retrace en particulier toutes les expériences qui visent à confier au secteur privé ce qui est actuellement géré par le secteur public.

Ainsi, par vigilance, il ne faudrait pas ignorer que derrière le même terme de contractualisation, des réalités différentes sont prises en compte et dont l'impact pourrait engendrer des effets pervers dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des populations.

Dans une de ses publications, Eric de Roodenbeke⁸ disait : « La recherche d'une meilleure efficacité du système hospitalier conjuguée à la recherche d'une sécurité quasi totale sont à l'origine de réformes qui se succèdent en France depuis deux décennies ».

⁸ Directeur d'hôpital et docteur en économie de la santé, ancien chargé de mission au bureau de la santé du Ministère français des affaires étrangères : Les hôpitaux et la contractualisation, Avril 1997

Pour les pays en développement, les priorités ne s'expriment pas sous la même forme puisque les préoccupations majeures ont trait à l'accès aux soins, à leur disponibilité et à leur qualité.

Mais dans tous les cas, la meilleure allocation des ressources pour optimiser la performance du système hospitalier est au cœur des politiques entreprises par les gouvernements. Si les moyens mobilisés ne se situent pas sur des échelles comparables, si les organisations ne présentent pas le même degré de complexité, il n'en reste pas moins que les démarches engagées dans les pays développés peuvent alimenter la réflexion conduite dans les pays en développement pour améliorer leur système de santé ».

La politique contractuelle est une démarche innovante pour favoriser l'adaptation du tissu hospitalier aux besoins des populations. Cette approche concerne autant le secteur public que le secteur privé. Les pouvoirs publics ont d'ailleurs fait d'importants efforts pour présenter les outils dans un même cadre logique. Il faut cependant reconnaître que le secteur privé était déjà régulé selon des dispositifs de nature contractuelle et que les changements apportés modifient davantage la forme que le fond.

Dans le secteur public, la contractualisation représente à la fois une approche nouvelle et l'évolution d'une pratique vieille de plus d'un siècle.

Toujours selon Eric de Roodenbeke, (Avril 1997) « c'est une approche nouvelle car historiquement un pays comme la France est l'héritière d'un système centralisateur reposant sur l'autorité. Le droit est omniprésent pour veiller à ce que sur tout le territoire chacun se situe dans une situation identique en droit et devoirs : principe de l'égalité républicaine. La complexité de l'action publique dans une société où son intervention est de plus en plus sollicitée rend difficile l'application uniforme de la réglementation.

Ainsi la décentralisation avec pour corollaire la contractualisation sont apparues au début des années 70 (autour de l'aménagement du territoire) pour s'étendre à tous les domaines dans les années 90. C'est aussi l'évolution d'une pratique datant du début du siècle dernier où les pouvoirs publics ont constaté leurs limites pour répondre à toutes leurs missions. Ils ont alors confié à des entreprises privées des missions de service public dans le cadre de contrat de concession : distribution de l'eau, transport public,...

Cependant le secteur de la santé qui aurait pu tout à fait s'inscrire dans cette démarche est resté partagé entre le développement d'une offre publique et d'une offre privée commerciale ou non ».

A partir de cette distinction que l'auteur a esquissée, il est important de marquer la différence entre deux approches qui marquent la spécificité de l'expérience française de la démarche contractuelle dans le champ sanitaire.

- La concession de service public et de manière plus générale la sous-traitance recouvre des activités qui sont assurées par des entreprises privées pour le compte soit des pouvoirs publics soit d'organisation de statut public. Ces activités relèvent de la sphère marchande, ce sont des biens privés pour lesquels dans certains cas les pouvoirs publics souhaitent apporter des correctifs à ce qui résulterait de l'expression du mécanisme de marché.
- La démarche contractuelle s'intéresse principalement aux relations entre les organismes publics, à l'intérieur des organismes publics ou entre organisme public et organismes privés pour des activités en relation avec les politiques publiques. La sphère dominante est celle des biens publics où les mécanismes de marché ne se révèlent pas bien adaptés pour optimiser l'allocation des ressources dans l'intérêt des populations.

L'analyse faite montre à suffisance que l'expérience française en matière de contractualisation repose pour l'essentiel sur une réglementation rigoureuse obéissant à une volonté de l'administration d'un contrôle sur les dépenses de santé il fallait trouver un mode de régulation qui donne un peu de souplesse pour l'adaptation de l'offre à l'évolution de la demande tout en conservant la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Dès lors, la contractualisation « à la française » couvre à la fois la concession et la sous-traitance, une approche originale propre au secteur public qui avait connu à l'époque un âge d'or ayant été à l'origine du refus du capitalisme et de la libéralisation de l'économie en particulier dans le secteur hospitalier ; ce qui est vraiment loin des réalités africaines francophones d'où une reconsidération de l'expérience française qu'il va nous falloir « tropicaliser » pour son effectivité dans nos pays comme avec la réforme hospitalière.

2.2 La contractualisation au Sénégal

L'État de la réflexion nationale sur la contractualisation a poussé le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale à élaborer un document depuis octobre 2004 qui traite de « la politique de contractualisation dans le secteur de la santé au Sénégal ».

Dans ce document et concernant les établissements publics de santé, il est notamment prévu de développer des contrats de performance fixant des objectifs à atteindre en contrepartie des ressources accordées par l'Etat avec une récompense en fonction des résultats atteints.

Cette contractualisation entre les établissements publics de santé et le Ministère de la Santé basée notamment sur le projet d'établissement devrait permettre d'arriver à une gestion axée sur les résultats (GAR) et non plus sur les moyens ainsi qu'à la mise en place de contrats de performance hospitaliers.

2.3 Le contrat de performance hospitalier

A l'atelier sous régional de Dakar de septembre 2006, Dominique COLAS⁹, expert représentant de la Banque Mondiale au Sénégal en 2005, en charge du volet hospitalier, définissait la performance comme « **un ensemble de mesures permettant de se prononcer sur les relations entre les différents types de résultats et entre ces résultats et les moyens mis en œuvre.** »

Il faut dire que l'origine de la performance remonte à très loin du sport à l'entreprise : émergence du modèle sportif dans la vie entrepreneuriale, et du chef d'entreprise comme héros de la société. La performance devient un modèle d'action et ses conséquences et il faut dire qu'elle est une question tout aussi complexe que l'hôpital dans ses tenants et aboutissants.

A ce titre, de nombreuses questions sont jusque-là restées sans réponse à savoir :

- Quel est l'état de la réflexion nationale sur la contractualisation, en particulier dans le domaine de la performance (cadre organisationnel, études...) ?

⁹ Dominique Colas, expert Banque Mondiale : Atelier sous régional de Dakar "Conduire la réforme hospitalière", septembre 2006

- Parmi les différentes dimensions de la performance hospitalière, lesquelles faut-il privilégier et comment se prêtent-elles à la contractualisation (mesure des résultats, importance des critères choisis...) interne et externe ?
- Comment mettre en place une contractualisation dans les hôpitaux favorisant leur performance (sur quoi, avec qui et comment) ?
- Comment lier les ressources et les mesures de la performance dans le cadre contractuel et comment cela s'articule avec les autres modalités d'allocation ou collecte de ressources ?
- Obstacles et limites des contrats de performance et comment en tirer le meilleur profit pour améliorer le fonctionnement des hôpitaux?

La réponse à ces questionnements soulevés permettrait d'engager les hôpitaux sénégalais dans une démarche de contractualisation seule gageure d'une gestion performante.

Pour faire face à ce défi et répondre aux questionnements sous tendus par un pessimisme manifeste d'analystes pensant impossible de faire entrer les EPS dans une démarche de performance, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale s'est engagé en 2004, dans une grande dynamique de modernisation de ses structures hospitalières à travers sa politique de contractualisation par la promotion du Financement Basé sur les Résultats (FBR) et de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) dont les contrats de performance en sont le principal soubassement.

Le Contrat de Performance est la traduction de l'engagement des deux parties dans la **démarche d'amélioration de l'efficacité et de la qualité du service public** dans les hôpitaux par une promotion de soins et services de qualité, ceci au profit des populations telle qu'exigée dans le cadre de la réforme hospitalière.

Il concrétise les orientations de la loi sur la réforme hospitalière du 02 Mars 1998 qui place la performance au cœur des politiques publiques pour répondre aux défis du système de santé hospitalier. L'esprit des contrats de performance réside dans son caractère d'adhésion volontaire. Ces contrats constituent un moyen de contribuer à l'atteinte des objectifs principaux de la réforme hospitalière, à savoir : l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité des services et le renforcement de la gestion.

L'impact visé par le Contrat de Performance porte sur trois dimensions:

- la qualité de prise en charge des usagers ;
- les conditions de travail et l'attractivité pour les professionnels ;
- l'efficacité opérationnelle et financière

Les domaines de contractualisation au titre de la performance hospitalière retenus par les parties prenantes sont les suivants :

- la qualité des soins et des services
- la relation à l'utilisateur
- la gestion budgétaire et comptable
- le système d'information.

Les contrats de performance accordent une récompense ou un bonus versé à la fin du contrat, en fonction des résultats atteints.

Durant les années qui ont suivi la publication des premiers textes relatifs à la réforme, des mesures d'accompagnement ont été prises par le niveau central aux plans technique, réglementaire et financier.

Celles-ci s'étant révélées insuffisantes à modifier fondamentalement l'image de l'hôpital public en termes de gestion et de qualité des soins, les autorités conclurent à la nécessité d'introduire des mesures plus incitatives et de lier au moins une partie des ressources que l'Etat versait aux établissements sous forme de subventions à l'atteinte de certains objectifs définis d'un commun accord avec les responsables hospitaliers.

C'est ainsi que naissait l'idée de contractualisation qui découlait d'une volonté politique traduite par le document de politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé en 2004 mais aussi de l'engagement de l'Etat du Sénégal auprès de la Banque Mondiale en particulier dans le cadre de l'appui budgétaire.

Chapitre II : Méthodologie de l'étude et présentation de l'HOGGY

Section 1 : Méthodologie utilisée

Au terme de la présentation du CPOM de l'HOGGY, qui nous servira de base d'analyse des résultats et d'appréciation des effets, nous proposons dans ce chapitre d'exposer la méthodologie utilisée pour structurer et expliciter notre travail à l'Hôpital de Général de Grand Yoff (HOGGY).

Cette méthodologie repose sur une description du modèle théorique et de la méthode de collecte des données, sur leur traitement et leur interprétation et enfin sur la démarche d'analyse des résultats et des effets liées à la mise en œuvre durant les 3 années prévues dans ledit contrat.

1.7 Population de notre étude

Notre étude a exclusivement porté sur les trois (03) années d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation dudit contrat de l'HOGGY.

Nous avons opté de rencontrer tous les principaux responsables de la structure notamment ceux intervenant directement dans la réalisation du contrat. En procédant à un ciblage, cela a permis de disposer d'un échantillon assez hétérogène avec des entretiens avec le Directeur, le président de la commission médicale d'établissement (PCME) le chef des services administratifs et financiers (CSAF), le contrôleur de gestion (CG), le chef d service des ressources humaines (CSRH), le chef du service des soins infirmiers (CSSI), le chef du service technique de maintenance (CSTM) le responsable de la cellule des marchés et les différents chefs des services médico techniques.

Il s'est agi d'abord de mettre l'accent sur les principaux services ayant bénéficié d'investissement en interne pour leur mise à niveau à partir des fonds du CPOM avant de définir un échantillon assez hétérogène afin de mesurer ses effets sur toute la structure ; ceci permettra à ce que notre échantillon soit assez représentatif et aussi conforme aux critères d'évaluation tels qu'ils ont été définis d'un commun accord entre les trois parties prenantes.

1.8 Techniques d'investigation et de recherche

Dans ce cas, nous avons privilégié comme instrument de collecte et d'investigation, de procéder à une large revue des différents documents existants à savoir, les rapports de mission d'évaluation que la tutelle a élaboré, les rapports d'étape produits par les directions ainsi que la pré évaluation effectuée par des experts de la Banque Mondiale.

Une visite de l'hôpital a aussi été effectuée et un canevas a servi pour recueillir toutes les informations restantes et même des photos ont été prises pour conforter les investissements déclarés.

1.9 Difficultés rencontrées

Il faut dire que les difficultés étaient moindres du fait de la disponibilité de l'essentiel des informations au sein de notre direction.

De plus l'approche pratique a été privilégiée avec une exploitation de toute la documentation élaborée en interne et soumise à la validation du comité technique mis en place par le Ministre.

Seulement, la majorité des informations transmises au Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan ainsi que les rapports envoyés à la Banque Mondiale n'ont pas fait l'objet d'une validation nationale comme stipulé à travers les conditionnalités à l'appui budgétaire

Section 2 : Présentation de l'Hôpital Général de grand Yoff (HOGGY)

D'une superficie de 3,5ha, l'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY) est situé sur la presqu'île de Dakar dans le quartier de Grand Yoff qui est le Centre géographique de la ville avec toutes ses agglomérations.

2.1 Historique de l'établissement

L'Histoire de l'Hôpital Général de Grand Yoff et celle de la Caisse de Sécurité sont intimement liées. En effet, il faut remonter jusqu'au 1^{er} janvier 1959, date à partir de laquelle l'arrêté 8514 du 30-09-1958 allouait à la Caisse la tâche de prendre en charge les accidents de travail pour situer le début de la naissance de cette structure.

Il s'en est suivi l'ouverture d'une branche des accidents de travail à la Caisse de Sécurité Sociale. Seulement, après quelques années de fonctionnement, cette branche commença à enregistrer des déficits dus à l'hémorragie financière qu'entraînait la prise en charge des accidents de travail.

Pour remédier à ce fait, feu **Idrissa POUYE**, alors Médecin conseiller au niveau de la Caisse de Sécurité Sociale, a émis l'idée de la création d'un Centre spécialisé dans la prise en charge des accidents qui pour la plupart étaient des traumatiques. En cette époque, le Professeur pensait à un petit centre avec un nombre de places limitées, mais son idée fut reprise de façon plus grande par la Caisse.

C'est dans ce sens que le 10 Décembre 1965, le projet de construction d'un Centre de Traumatologie et d'Orthopédie est lancé au niveau de la Caisse. A cet effet, une mission d'exploration a été envoyée à Strasbourg dans le but de s'inspirer de son Centre de traumatologie. Les futurs médecins y ont été envoyés pour des stages d'études afin de les préparer dans la prise en charge médicale des cas de traumatologie.

Le choix du site (banlieue de Grand Yoff) a été motivé par la proximité de l'autoroute, avec en vue la construction d'une bretelle qui devait relier l'autoroute et le Centre et qui devait, par conséquent, assurer une fluidité d'accès en cas d'urgence. Après presque deux (02) ans de travaux, la construction des bâtiments s'achève le 14 août 1986, avec un coût de génie civil et d'équipement total évalué à huit milliards (8 000 000 000) de Francs CFA.

Le Centre de Traumatologie et d'Orthopédie (C.T.O.) ouvre ses portes le **09 Février 1989** par la mise en place du personnel et a commencé ses activités médicales le **17 février 1989** avec six (06) services d'hospitalisation et 156) lits installés, extensibles à 300.

La mise en place des lits se fait progressivement, compte tenu d'un plan de marche défini et du volume des demandes dans la spécialisation principale du Centre qu'est l'orthopédie-traumatologie. Les différents services présents à l'époque étaient les suivants :

- la traumatologie adulte,
- la traumatologie et l'orthopédie infantiles,
- les spécialités : dans ce service il est admis tout patient victime d'un traumatisme autre que celui de l'appareil locomoteur (œil, nez, oreille, cou, appareil urogénital et digestif),
- le service d'anesthésie et de réanimation
- le service d'hospitalisation d'urgence qui fonctionne 24 heures sur 24 pour faire face aux cas les plus graves grâce à des équipements multi- fonctionnels.

Néanmoins, il faut préciser que l'ouverture du Centre s'est faite prématurément à la suite des événements de la Mauritanie. En effet, les victimes de la crise sénégal-mauritanienne, pour la plupart des mutilés, devaient être reçues par un hôpital spécialisé dans la traumatologie, et le C.T.O. était par conséquent le plus adapté à cette fonction.

Ainsi, cette précipitation a entraîné des manquements qui ont resurgis dans le fonctionnement du Centre.

Toutes les missions et études menées depuis les premiers jours du projet qui remontent à 1965 ont tourné autour de l'exécution de cette tâche qui devait permettre à terme à la Caisse de Sécurité Sociale d'arriver à une maîtrise et à une réduction des dépenses de santé.

Cependant, ce gain escompté ne pouvait pas être enregistré au cours des premières années du fait du volume de l'investissement (plus de huit milliards). Le rapport des experts requis par la Présidence de la République n'avait pas prévu moins de cinq (05) années durant lesquelles la Caisse serait obligée d'apporter une subvention d'équilibre pour permettre au Centre de faire ses premiers pas, de rendre son plateau technique performant et connu et de tendre ainsi à l'équilibre.

Comme prévu dans ce rapport des experts sur les conditions d'ouverture et de fonctionnement du C.T.O., il résulte de l'exploitation de l'Hôpital un déficit. Ainsi, de son ouverture en 1989 à 1995, le Centre enregistre un déficit annuel de près d'un milliard par année qui atteignit la somme de six milliards cent quatre-vingt-deux millions (6 182 000 000) de Francs CFA en 1994. Devant ce gouffre financier que provoquait, le Centre et les tensions socioéconomiques qui en découlaient (de nombreux contentieux sociaux), la Caisse, lourdement endettée, n'avait plus d'autre solution que de céder le C.T.O. à l'Etat. Cette rétrocession fut signée le **1^{er} janvier 1996** et pris effet le **08 janvier** de la même année.

Celle-ci s'est faite officiellement au franc symbolique. Cependant, la réalité était autre. En effet, le C.T.O. a été cédé à l'Etat au prix de cinq milliards huit cent millions (5 800 000 000) de Francs CFA.

Après ce changement de propriétaire, le Centre de Traumatologie et d'Orthopédie change d'objectifs et devient l'Hôpital Général de Grand Yoff (H.O.G.G.Y.). Il élargit par conséquent la palette de soins offerts et se donne pour mission d'offrir toutes les prestations d'un hôpital à vocation générale, comme son nom l'indiquait avec l'ouverture d'autres services comme la maternité, la pédiatrie, l'urologie, l'ophtalmologie etc.

Ceci fut le premier changement intervenu dans l'histoire de l'Hôpital. Ses origines sont d'ordre économique et il a été amorcé de l'intérieur.

2.2 L'HOGGY dans la réforme hospitalière

L'Hôpital fonctionna avec un Directeur nommé appuyé par un comité de santé et un comité de direction qui constituait une particularité de la structure ceci jusqu'à la réforme hospitalière qui intervint en 1998.

Amorcée par l'Etat du Sénégal à travers les lois 98-08 et 98-12 du 12 février 1998 avec deux décrets subséquents. L'Hôpital Général de Grand Yoff était ainsi, en même temps que les Hôpitaux de Fann, Principal, Aristide Le Dantec et l'Hôpital d'enfants Albert Royer, érigé en Etablissement Public de Santé (E.P.S.) de niveau trois de la région de Dakar.

Avec la loi portant réforme hospitalière et la création de certains services, l'organigramme de l'HOGGY (voir en annexe) a connu une amélioration lui permettant d'intégrer la nouvelle donnée. La loi n°90-08 du 12 février 1998 dispose que les établissements

publics sont sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et sous celle financière du Ministère des Finances. Ils dépendent aussi de la Direction des Etablissements de Santé. Aussi l'HOGGY continue-t-il de recevoir des subventions de l'Etat et des directives émanant du Ministère de la Santé.

De même, le Ministère des Finances a un droit de regard sur l'utilisation des fonds alloués à l'HOGGY par l'intermédiaire de l'Agence Comptable Particulier (ACP). La réforme instaure des conseils d'administration au sein de l'Hôpital qui définissent la politique globale de ces établissements par voie de délibération. Le Directeur applique les décisions du conseil d'administration et assure la gestion générale de l'Hôpital.

Par ailleurs, l'Hôpital Général de Grand Yoff acquiert avec la réforme une vocation hospitalo-universitaire et est lié à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (U.C.A.D.) par une convention lui permettant d'employer du personnel universitaire par le biais de détachement de professeurs et de médecins.

Aussi, la Faculté de Médecine peut utiliser l'Hôpital pour ses besoins de formation en envoyant, pour la plupart du temps, des étudiants C.E.S, F.F.I. ou internes pour leurs stages cliniques.

2.3 Organisation administrative et fonctionnement de l'Hôpital

L'Hôpital Générale de Grand Yoff est un Hôpital de niveau 3 qui a des Missions de Soins, d'Enseignement et de Recherche.

Il couvre toute la population du Sénégal ainsi que celle de la sous-région (Gambie, Mali, Guinée, Cap-Vert, Mauritanie).

Les services de l'hôpital Général peuvent se regrouper en trois sous –groupe que sont les services médicaux et chirurgicaux ; les services d'aide à la décision et les services d'appuis médicaux – techniques :

- **Services médicaux chirurgicaux :** Urgences, Odontostomatologie, Gynécologie –Obstétrique, Anesthésie-Réanimation, Orthopédie – Traumatologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Urologie-Andrologie, Chirurgie Générale, Ophtalmologie, Cardiologie, Médecine Interne, Gastro-entérologie,

Dermatologie, Pneumologie, Infectiologie, Pédiatrie, Médecine physique et rééducation fonctionnelle

- **Services d'aide au diagnostic :**

- **Imagerie médicale :** Scanner, Radiographie, Echographie
- **Explorations fonctionnelles :** Endoscopies digestive et bronchique, Cystoscopie, Médecine nucléaire
- **Laboratoires :** Analyses de Biologie Médicale, Anatomie Pathologique

2.4 Le statut

Le statut de l'Hôpital Général de Grand Yoff a évolué de sa création à nos jours. En effet, la structure a traversé différentes étapes au cours de son histoire et a ainsi évolué à chacune d'elles.

A ses origines, la structure qui portait le nom de Centre de Traumatologie et d'Orthopédie avait un statut d'hôpital privé géré par une institution publique, la Caisse de Sécurité Sociale. A cette époque, le C.T.O. était un hôpital spécialisé dans les deux domaines que sont l'orthopédie et la traumatologie.

Il était alors sous la tutelle de la Caisse qui nommait le Directeur et tout le personnel et avait en charge leur rémunération. Cette situation changea quand la Caisse, du fait des problèmes que lui causait la structure, fut obligée de la céder à l'Etat.

Cela entraîna un changement de statut de l'hôpital qui devient un hôpital général sous la tutelle du Ministère de la Santé. Ce n'est que plus tard, avec la réforme hospitalière, que l'Hôpital arborera un statut d'Etablissement Public de Santé de niveau trois avec une plus grande marge de manœuvre quant à son mode de gestion et une autonomie financière

(PS : L'hôpital Général de Grand Yoff a été érigé en EPS par le décret 99- 85 conformément à la loi, n° 98 – 12 du 12 février 1998, sur la réforme hospitalière. L'HOGGY est classé parmi les EPS de troisième niveau .En tant que EPS depuis 1998, il jouit d'un statut juridique et d'une autonomie financière et obéit aux exigences de la loi sur la réforme hospitalière).

2.5 Misions de l'HOGGY

La mission principale de l'HOGGY est celle du service public, en vertu de son caractère d'Etablissement Public de Santé, dont le but est d'assurer à tout citoyen un accès équitable aux soins. Aussi convient-il d'ajouter que les EPS devront réaliser les objectifs suivants :

- ✓ Assurer la pérennité de la structure et faire de l'hôpital, un lieu de d'excellence et de référence.
- ✓ Améliorer la qualité des dispensés aux malades et ce grâce à l'amélioration de la Réactivité et aux développements des IEC (Informations, Education et Communication)
- ✓ Développer des ressources humaines par le biais d'une formation continue des personnels auxiliaires de la santé et une meilleure allocation de ces ressources
- ✓ Développement de la démarche évaluation et audit interne
- ✓ Motiver le personnel de santé à la vie hospitalière

Deuxième Partie :

Cadre organisationnel et conceptuel

Chapitre III : Description de la pratique actuelle et résultats de l'évaluation finale.

Section 1: Description de la pratique actuelle de mise en place du CPOM

3.1 Présentation du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Dans le cadre de la politique nationale de contractualisation, le Ministère de la santé dans un souci de rendre performantes ses structures sanitaires envisage la mise en œuvre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Le contrat d'objectifs et de moyens est axé sur un certain nombre d'orientations stratégiques prioritaires du projet d'établissement approuvé, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Il en définit les conditions de mise en œuvre.

A cet effet, le contrat d'objectifs et de moyens :

- décrit les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et ses modes de coopération,
- définit des objectifs de qualité et de sécurité des soins,
- favorise la participation de l'établissement aux réseaux de soins et aux actions de coopération,
- précise les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines dans le cadre d'un projet social,

En 2011, la DES a procédé à la finalisation et à la validation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de 5 établissements publics de santé hospitaliers cibles qui sont les EPS de FANN, d'Albert ROYER, Matlaboul Fawzaini de Touba, de Thiès et de Saint-Louis.

Ces CPOM ont été élaborés dans le but d'atteindre des objectifs majeurs de l'hôpital capables de contribuer substantiellement à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement notamment les OMD 4, 5 et 6 et surtout en ce qui concerne l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile.

A cet effet, ils ont été axés sur :

- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients ;
- Le renforcement des compétences des personnels hospitaliers,
- Le développement de la recherche surtout opérationnelle.
- L'amélioration de la gestion administrative et financière des EPS.

Les résultats attendus sont globalement :

- Une meilleure qualité de prise en charge des patients au sein des différentes structures ;
- une réduction de la mortalité maternelle et infantile ;
- un renforcement de la capacité des acteurs hospitaliers ;
- une meilleure maîtrise de la gestion administrative, financière et comptable des hôpitaux.

3.2 Le contrat du Centre Hospitalier National de Grand Yoff

A travers la signature de ce CPOM, l'HOGGY s'est fixé comme objectif général d'améliorer ses performances de gestion, de production de services de soins et de recherche dans le cadre de l'exécution de sa mission de service public hospitalier. Pour ce faire 4 objectifs spécifiques ont été définis et ceci sur la base des préoccupations de l'heure :

Objectif 1 : Augmenter les capacités et la qualité de prise en charge des patients ;

Objectif 2 : Renforcer la fonctionnalité et la sécurité de l'Infrastructure et des Equipements de l'Hôpital ;

Objectif 3 : Accroître les performances de l'hôpital en matière de gestion financière, comptable et sociale ;

Objectif 4 : Améliorer la gouvernance hospitalière.

Il faut surtout ressortir que dans le cadre de ce contrat, l'EPS s'est fixé comme priorités majeures de :

- assurer un fonctionnement optimal des services : **Imagerie médicale, Laboratoire et le Bloc opératoire**
- De rendre fonctionnel le nouveau Service Accueil des Urgences
- Maîtriser les charges de personnel
- Renforcer le dispositif de contrôle interne

- Améliorer la gouvernance hospitalière
- Accroître la fonctionnalité et la sécurité des infrastructures
- Renforcer le dialogue social

Contrairement aux EPS sélectionnés lors de la phase expérimentale, l'HOGGY a bénéficié d'un contrat spécial pour lui permettre de sortir de sa grave crise née de la réduction de ses tarifs par l'Etat qui les jugeait élevés pour les populations notamment riveraines.

Cet hôpital a aussi la particularité d'avoir bénéficié d'un contrat de deux (ans) alors que la durée légale est de trois (03) ans tel que stipulé dans l'arrêté interministériel consacrant le CPOM.

Selon son projet d'établissement et son plan de redressement, il s'était engagé à atteindre sous conditions certains objectifs tout en convenant de certains préalables auxquels devront souscrire les autorités contractantes

3.3 Les engagements respectifs des parties prenantes

3.1.1. Du côté de l'Hôpital Général de Grand-Yoff

L'Hôpital Général de Grand-Yoff s'engage à atteindre les objectifs fixés, à mettre en œuvre les actions prévues au contrat et à respecter l'échéancier financier. Ainsi il s'engage à :

- Réaliser une augmentation d'au moins **10%** des produits des hospitalisations et actes d'imagerie médicale à la fin de l'année 2013;
- Facturer au moins **95%** de ses prestations à la fin de l'année 2013;
- Editer les factures clients dans un délai maximum de **30** jours;
- Régler les factures des fournisseurs dans un délai maximum de **90** jours;
- D'engager, à la fin de l'année 2013, des dépenses de personnel inférieures ou égales à **60%** des charges de fonctionnement.

A la date de signature du présent contrat, l'Hôpital Général de Grand-Yoff a remis les documents suivants aux autres parties afin qu'elles puissent apprécier sa situation globale :

- le détail des créances sur les « sociétés » (nom des sociétés avec pour chacune, les montants et l'ancienneté des créances)

- un plan d'actions détaillé (avec budget et calendrier) pour améliorer et notamment informatiser l'ensemble du circuit de facturation
- des propositions de mesures concrètes pour que la collaboration et la transparence entre la Direction et le corps médical soient améliorées.

3.1.2. Du côté de l'Etat

Pour le compte de l'Etat unique bénéficiaire de cet appui budgétaire de la Banque Mondiale, deux départements sont engagés :

1) Le Ministère de l'Economie et des Finances

Le Ministère de l'Economie et des Finances s'engage à contribuer au financement des actions retenues d'un commun accord dans le contrat selon les procédures réglementaires suivant les échéanciers prévus ainsi qu'à la prise en charge des investissements figurant dans le plan pluriannuel d'investissement.

Il s'agit de :

- Appuyer l'informatisation du circuit de facturation de HOGGY pour un montant de **20 000 000 FCFA** en 2012 ;
- Mettre à la disposition de HOGGY, au début du premier trimestre 2013, un BCI d'un minimum de **300 000 000 FCFA** destiné au relèvement du plateau technique (**Laboratoire, Anesthésie, Orthopédie, Bloc opératoire et Imagerie médicale**) ;
- Mettre à la disposition de HOGGY, en 2014, un BCI supplémentaire d'un montant de **300 000 000 FCFA** pour des investissements en pédiatrie, médecine interne et SAU (urgences) ;
- Maintenir la subvention d'exploitation annuelle à au moins **1 413 275 000 FCFA** entre 2013 et 2014.

2) Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Pour le côté technique le département s'est résolument orienté vers un appui conséquent de ces contrats

- Renforcer le personnel médical et paramédical (Infirmiers d'Etat, Urgentistes, Radiologues, Biologistes...)

- Renforcer les équipements et la logistique de l'HOGGY
- Appuyer l'HOGGY dans le renforcement des capacités des agents

3.1.3. Engagements mutuels

Le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et l'Hôpital Général de Grand -Yoff s'engagent à conserver, tout au long de la mise en œuvre du présent contrat, l'esprit qui a présidé à son élaboration, en particulier :

- en s'informant mutuellement et de manière anticipée sur les projets susceptibles de concerner le cocontractant ;
- en cherchant à développer et à actualiser des analyses et des diagnostics partagés ;
- en structurant leurs relations par des rencontres régulières indépendantes des procédures institutionnelles existantes.

Section 2: Résultats de l'évaluation finale

Conformément aux dispositions de l'arrêté interministériel et après 3 ans de mise en œuvre effective, la Direction des Etablissements de Santé accompagnée par la Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance et la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement ainsi que la Direction du Budget du Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, a organisé une mission d'évaluation finale afin de mesurer le niveau d'exécution et de réalisation ainsi que les effets de ces contrats sur le fonctionnement et la performance des EPS choisis en particulier celui objet de notre étude l'HOGGY.

I. Résultats des engagements des trois parties prenantes

Le CPOM a été élaboré sur la base des engagements des trois parties signataires que sont l'Hoggy, le Ministère en charge de la Santé et celui en charge de l'Economie et des Finances. Le contrat était assujéti aux respects d'un certain nombre d'engagements afin de pouvoir mesurer ses effets sur le court et le moyen terme

Tableau 1 : Engagements contractuels de l'HOGGY

LIBELLES	Réalisations 2013	Réalisation 2014
Réaliser une augmentation d'au moins 10% des produits des hospitalisations et actes d'imagerie médicale à la fin de l'année 2013	<ul style="list-style-type: none"> ➤ augmentation de 7,5% par rapport à 2012 ➤ Imagerie médicale 2013 : augmentation de 60,05% par rapport à 2012 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ augmentation de 5,95% par rapport à 2013 et 14,16% par rapport en 2012 ➤ Imagerie médicale 2014: baisse de 5,39% par rapport à 2013 et 51,42% par rapport en 2012
Facturer au moins 95% de ses prestations à la fin de l'année 2013	Les prestations sont facturées à 97%	Les prestations sont facturées à 100%
Editer les factures clients dans un délai maximum de 30 jours	Les factures clients sont éditées mensuellement	Les factures clients sont éditées mensuellement
Régler les factures des fournisseurs dans un délai maximum de 90 jours	Délai moyen de 97 jours : problèmes de trésorerie	Délai moyen de 91 jours : problèmes de trésorerie
D'engager, à la fin de l'année 2013, des dépenses de personnel inférieures ou égales à 60% des charges de fonctionnement	69,33%	69,10%

Source : Rapport d'évaluation des CPOM (Janvier 2016)

NB: Globalement les produits 2013 ont augmenté de 17,71% par rapport à 2012 et les produits de 2014 ont augmenté de 4,45% par rapport à 2013 et 22,95 % en 2012

Tableau 2 : Réalisations de 2012 à 2014

Intitulés	Réalisations au 31/12/2012	Réalisations au 31/12/2013	Réalisations au 31/12/2014
Charge de personnel	3 508 768 801	3 717 986 037	3 795 053 448
Total Charges fonctionnement	5 077 826 154	5 362 900 202	5 492 042 335
Total Produits internes	3 358 542 360	3 950 293 287	4 154 113 261
Total Recettes propres	2 470 823 182	2 940 156 747	3 478 222 373
Charge de personnel/Charges fonctionnement (1)	69,10	69,33	69,10
Produits internes/Charge de personnel (2)	95,72	106,25	109,46
Recettes propres/Charge de personnel (3)	70,42	79,08	91,65

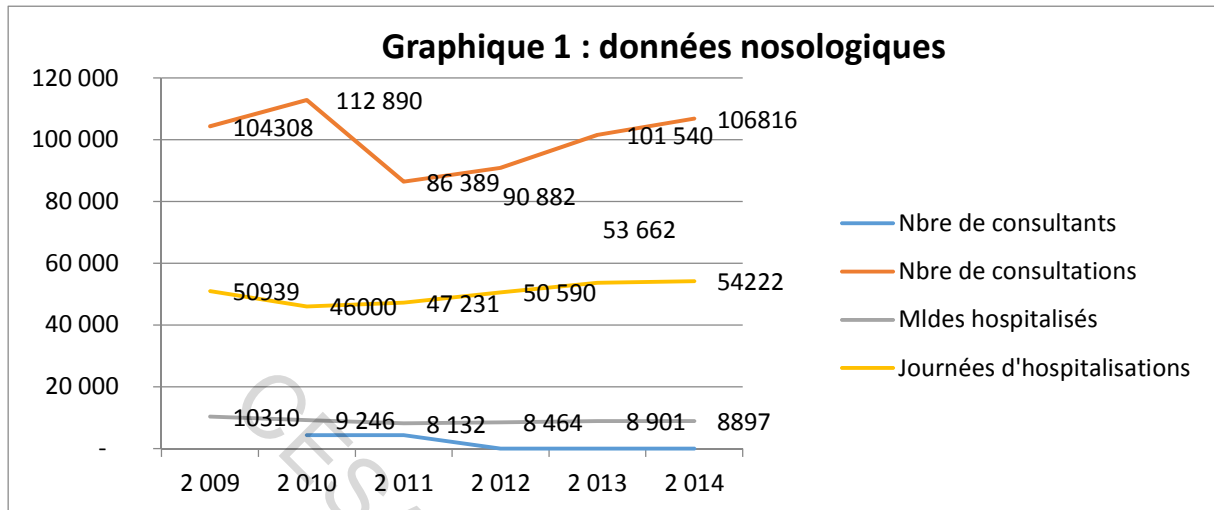
Source : Rapport d'évaluation des CPOM (Janvier 2016)

L'augmentation du ratio (1) : charges de personnel sur charges de fonctionnement s'explique par la régularisation du paiement des avances des agents contractuels des années 2007 à 2011; du paiement de la prime de spécialisation médicale de médecins contractuels et des primes d'intéressement de l'année 2011 jusqu'en Juin 2014.

Avec le ratio (2) on note que les produits internes augmentent au fil des années et arrivent à couvrir les charges de personnel à partir de 2013. Ce résultat positif s'explique par une augmentation plus rapide des produits.

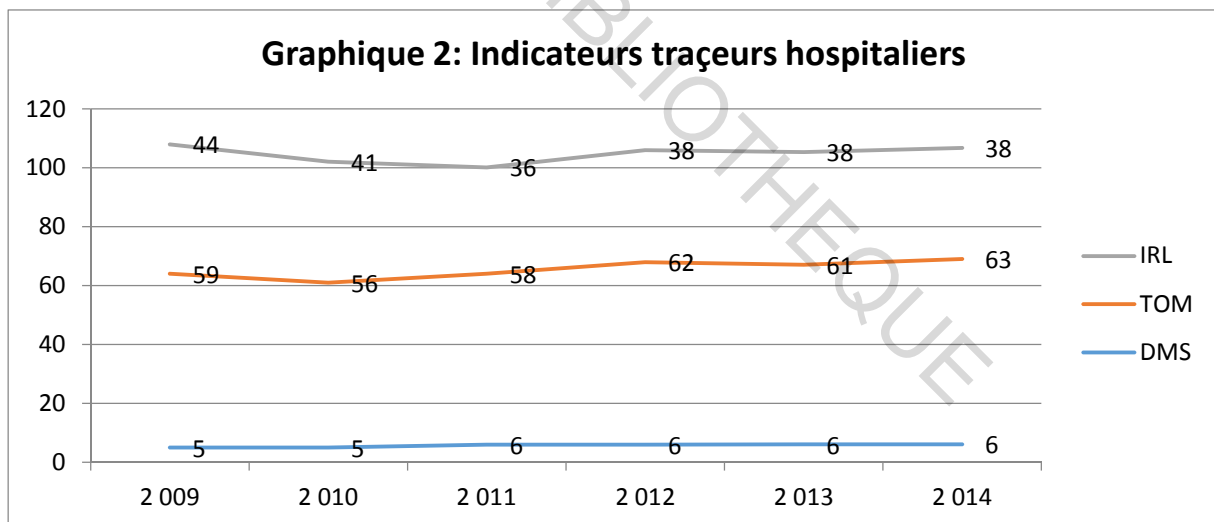
Le ratio (3) : Recettes propres sur Charges de personnel augmente progressivement. Et en 2014, les recettes couvrent 91,65% des charges de personnel.

II. Evolution des données d'activités



Source : Rapport d'évaluation des CPOM (Janvier 2016)

A l'exception des données relatives au nombre de consultants qui ne sont pas renseignés depuis 2012, on constate une augmentation généralisée de l'activité.



Source : Rapport d'évaluation des CPOM (Janvier 2016)

Même si le Tom est supérieur à 50%, il reste beaucoup à faire pour une occupation plus rationnelle des lits. Par contre l'indice de rotation des lits montre une occupation annuelle par lit de 38 patients. Pour la DMS, on a constaté une variation sensible depuis 2011 passant ainsi de 5 à 6 jours.

1. Planification

Lors de l'entretien avec les différents responsables, il a été constaté que l'exécution du plan d'action est globalement conforme à la planification initiale.

Par contre, les modifications apportées au contrat n'ont pas été validées par le conseil d'administration de même que l'approbation du document par les tutelles techniques et financières, ceci, bien que les recommandations issues de la première évaluation aient été bien prises en compte.

2. Respect des engagements

Par ailleurs, il est ressorti de l'exploitation de la grille d'évaluation que l'exécution du contrat a été conforme aux engagements pris par la structure ; aucun réaménagement budgétaire n'a été fait au cours de la mise en œuvre.

Toutefois, de légers écarts ont été constatés notamment dans le règlement des factures des fournisseurs (91 jours au lieu de 90 jours), les dépenses de personnel (**69,10% au lieu de 60%**). Pour ce qui est des produits d'hospitalisation, ils ont connu une augmentation de **7,5%** n'ont pas atteint **10% en 2013**, par contre, ils l'ont dépassé en 2014 avec une augmentation de **14,16%**.

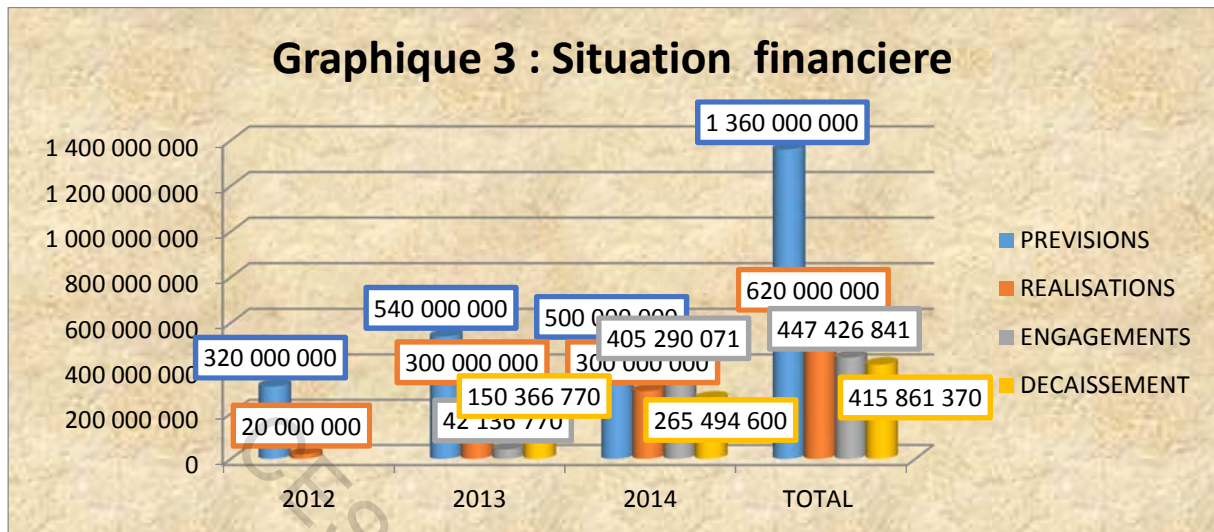
3. Exécution physique

A l'évaluation, les réalisations physiques appréciées de visu ont été conformes à ce qui a été relaté dans la présentation avec un impact positif sur le fonctionnement du service technique de la maintenance.

Aussi, la livraison du matériel acquis a été réalisée à l'exception de quelques-uns dont les marchés ont déjà été engagés.

De même, tout le matériel livré a été installé, à l'exception de la centrale à air.

4. Exécution financière



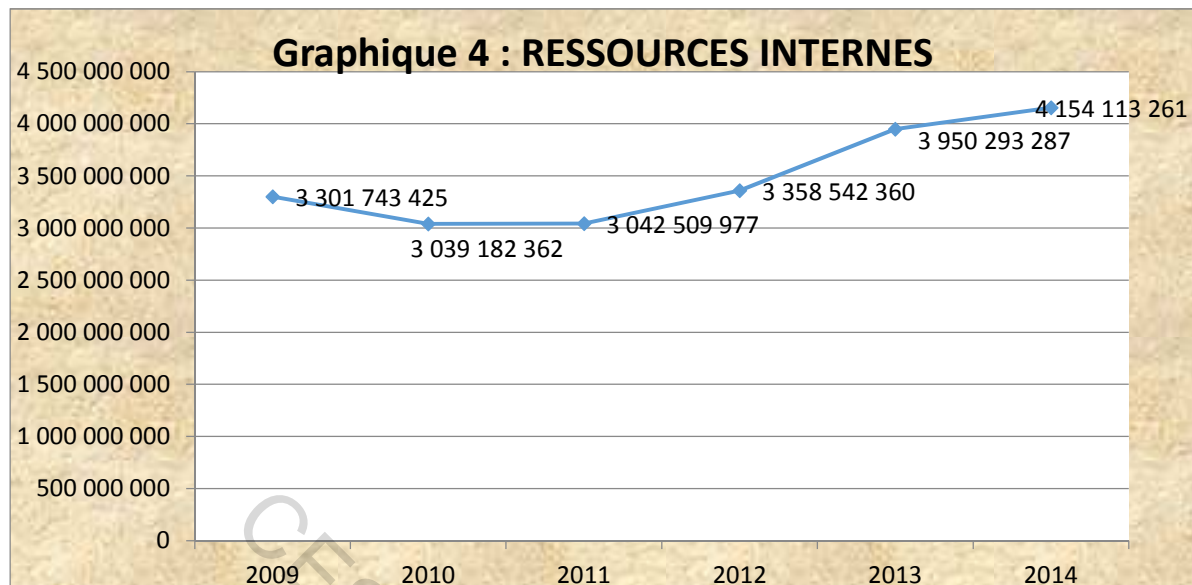
Source : Rapport d'évaluation des CPOM (Janvier 2016)

La structure hospitalière a perçu de l'Etat du Sénégal sur les trois années d'exécution, une subvention de **600 000 000 FCFA**, répartie en deux tranches égales notamment **300 000 000 FCFA en 2013 et 300 000 000 FCFA en 2014** avec une mise à disposition des fonds très tardive puisqu'effective qu'au courant de l'année 2014.

Sur ce montant global, on a noté un taux d'engagement de **85%** soit **509 551 872 FCFA** en valeur absolue combiné à un taux de décaissement de **72%** des engagements soit **29 645 445 FCFA en valeur absolue**.

La lecture du graphique ci-dessus nous révèle que du financement global reçu, la structure hospitalière a eu à décaisser **429 645 445 FCFA** pour une trésorerie disponible au temps de **170 354 555 FCFA sur le montant reçu**.

Ce montant est, selon les autorités de l'Etablissement a été engagé pour des dépenses déjà effectuées.



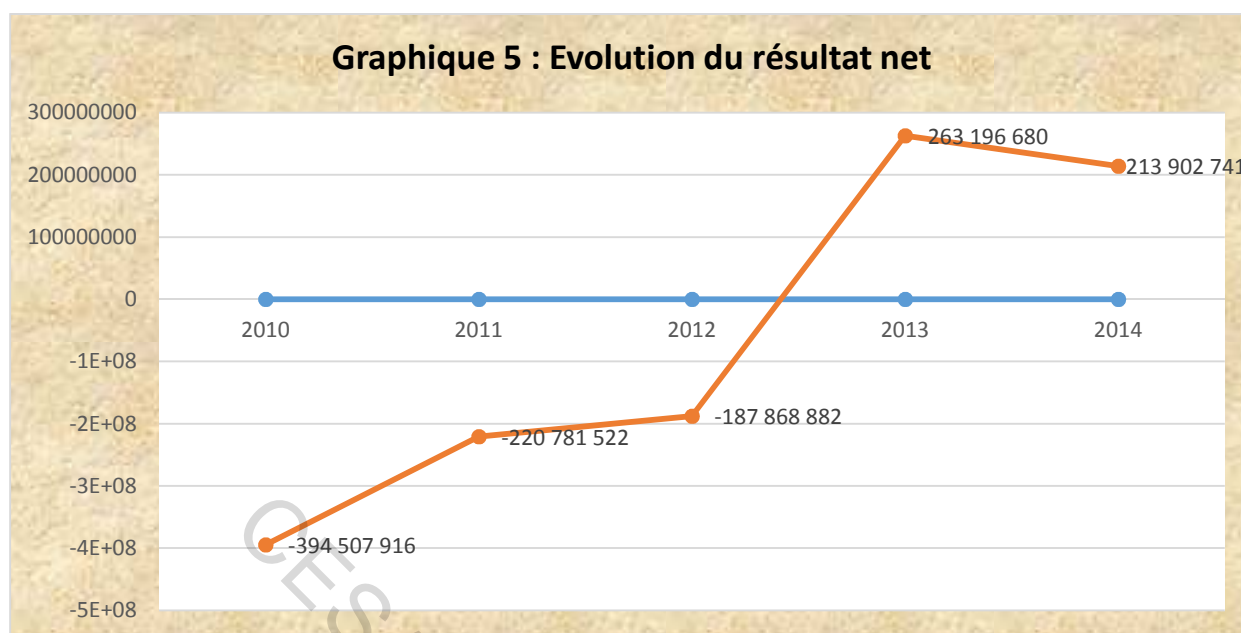
Source : Rapport d'évaluation des CPOM (Janvier 2016)

Le présent graphique montre que depuis 2010 les recettes internes de l'établissement ne cessent de croître.

On note une évolution très remarquable entre 2011 et 2012 soit une augmentation de **3 000 000 000 FCFA** par an. Ceci est expliqué d'une part, par les efforts de recouvrement consentis, la maintenance préventive, l'humanisation des services, la stabilité sociale et d'autre part par les investissements réalisés dans le cadre du CPOM.

Il faudrait également que l'acquisition du logiciel de facturation, conditionnalité de l'enrôlement de la structure par le Ministère de l'économie, des Finances et du plan a largement contribué à l'amélioration de la maîtrise des recettes.

Ceci suit le même rythme que l'évolution de l'activité hospitalière.



Source : Rapport d'évaluation des CPOM (Janvier 2016)

Le présent graphique montre que la situation financière de l'établissement avant la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens était déficitaire.

Cependant, on note une réelle amélioration de la santé financière avec un résultat net comptable positif pour les deux dernières années.

5. Passation des marchés

Les procédures de passation ont toutes été bien menées et sont arrivées à terme avec l'utilisation d'Appels d'offres, de Demandes de Renseignements et des Prix ainsi que de contrats d'exclusivités.

Il faut seulement noter que les dates de références inscrites dans les différents documents n'ont pas été respectées du fait du retard dans la mise à disposition des crédits. En effet l'HOGGY a reçu les ressources un an après signature du contrat et a été confronté au refus d'exécution des attributaires qui exigeaient un document attestant de l'existence de ces crédits.

6. Système d'information

Pour ce qui est du système d'information, l'organe en charge de sa gestion est le service des soins infirmiers. En ce qui concerne le suivi évaluation, on note l'absence de rapport d'étape et de rapport final élaborés et qui devraient être transmis à la tutelle.

Chapitre IV : Analyses de la pratique actuelle par les effets perçus de la mise en œuvre du CPOM et Recommandations

Section 1: Analyses de la pratique actuelle par les effets perçus de la mise en œuvre du CPOM

L'analyse du contrat signé par l'HOGGY montre des résultats assez satisfaisants autant dans la planification que dans la mise en œuvre en passant par toutes les étapes consolidatrices telles que montrées les différents tableaux des résultats. Cependant des difficultés sont apparues en cours d'exécution et qui pourraient avoir des effets négatifs sur la performance si toutefois la structure n'anticipe pas pour les juguler ou amoindrir leur impact.

4.1 Contraintes rencontrées

La mise en œuvre du CPOM à l'HOGGY et dans les autres structures contractantes a cependant permis de déceler plusieurs manquements dans la gestion des EPS qui auraient plombé depuis l'avènement de la réforme la performance des EPS et qui pourraient aussi compromettre la bonne exécution du contrat et l'atteinte des objectifs fixés.

4.1.1 Contraintes à la performance des EPS sénégalais

Malgré toutes les initiatives entreprises tant par l'état que les structures pour tendre vers la performance et surtout assurer aux populations des soins de qualité, le constat alarmant est que ces dernières sont confrontées à beaucoup de goulots d'étranglement qui ne favorisent pas la performance et qui pourraient aussi menacer le bon déroulement des CPOM signés ou ceux en cours de signature, à savoir :

a) La faiblesse de l'allocation budgétaire

Dans le souci d'opérer des ruptures dans les approches pour que les exercices budgétaires futurs des EPS soient marqués à la fois par un renforcement de l'efficacité et de la qualité de la dépense publique, du contrôle des opérations budgétaires et par une évaluation des politiques publiques, la DES avait entrepris de mettre en place les mécanismes d'une meilleure répartition de l'allocation budgétaire aux différentes structures hospitalières.

Toutes les réflexions menées en interne par la Direction des Etablissements de Santé en compagnie d'experts nationaux ont relevé les disparités trop importantes qui existent entre

les dotations financières allouées aux différents établissements hospitaliers de santé et surtout le manque d'équité dans la répartition de ces ressources.

Il est ressorti de ces réflexions que l'élaboration de la loi de finances est depuis quelques années marquée, au niveau des Etablissements publics de santé par :

- un faible appui des partenaires au financement des projets hospitaliers (notamment les P.E. l'appui institutionnel, le PPP...);
- un endettement important causé principalement par un déficit structurel plombant forcément la performance des EPS ;
- des problèmes d'approvisionnement en médicaments et consommables entraînant des dysfonctionnements dans les différents services des EPS;
- des difficultés liées au recouvrement des créances et des droits constatés ;
- Une baisse de la crédibilité des EPS au profit des structures privées de plus en plus sollicitées par les populations ;
- une faible augmentation voire une constance des subventions au moment où la demande des soins croît de plus en plus ainsi qu'une quasi suppression du BCI ;
- une faiblesse des tarifs appliqués et des recettes propres qui ne couvrent pas souvent les charges;
- une faiblesse de la maintenance des équipements et infrastructures ;

Le plus important est qu'on assiste depuis 2000 à une quasi reconduction automatique des montants octroyés aux EPS en subvention nonobstant le renchérissement du coût des facteurs de production.

De plus l'HOGGY a vu son allocation baisser de 50 000 000 après signature du CPOM hors, les clauses du contrat stipulaient qu'elle ne serait pas touchée si l'on se réfère aux engagements de l'Etat.

b) La faiblesse du système d'information et la non application de la comptabilité analytique

Depuis sa mise en œuvre en 1998, la réforme a souffert de l'absence d'un système d'information pouvant permettre de connaître le volume d'activité et la gestion des hôpitaux souffre d'un manque de données chiffrées précises notamment l'activité hospitalière, la répartition des patients selon leur capacité financière, les coûts de l'hospitalisation et des différents actes...

L'audit mené par le cabinet « NETWORK SKILLS » en 2015 fait ressortir que 75 % des EPS ne disposent pas de cellule d'information ou d'un système de pilotage du système d'information conforte cette affirmation et aussi que pour 95 % des EPS, la comptabilité analytique n'y est pas appliquée et tous les processus qui y sont liés sont quasiment inexistantes à savoir : guide et logiciels, entraînant de fait l'incapacité pour ces structures d'avoir une maîtrise réelle de leur activité et du coût de cette dernière.

Il faut dire aussi que l'hôpital ne connaît pas ses coûts de production. Il ne sait pas, par exemple, à combien lui revient la journée d'hospitalisation en médecine ou en chirurgie. Cette situation est dommageable pour l'établissement lui-même car il se prive d'un moyen de pilotage efficace mais aussi pour la tutelle qui ne dispose pas d'informations lui permettant de faire des comparaisons inter établissements et de mieux fonder sa stratégie de répartition de la subvention versée aux hôpitaux.

Depuis 2008, la DES a initié une réflexion sur la mise en place de la comptabilité analytique dans les EPSH du Sénégal qui répond à deux objectifs:

- Aider les établissements à connaître leurs coûts de production, à les maîtriser et ainsi à améliorer leurs résultats de gestion.
- Apporter sur la base d'une méthodologie commune à la direction des établissements de santé un outil de mesure de la productivité des hôpitaux (possibilité de benchmarking) et un instrument au service d'une répartition plus équitable des subventions de fonctionnement ;

Aujourd'hui avec l'avènement des CPOM, disposer de cet outil est un impératif autant pour la DES que les directions des EPS afin d'avoir un moyen de prise de décisions éclairées et fiables ; surtout qu'ils sont pour la plupart confrontés à une dette d'exploitation très forte du fait

d'un déficit structurel mais aussi d'un pilotage aveugle en l'absence d'un système d'information fonctionnel et d'une comptabilité analytique performante.

c) La faiblesse des tarifs appliqués

Le déficit structurel constaté dans les EPS est en grande partie due au non régulation des tarifs appliqués qui ne tiennent pas compte des coûts réels des prestations supportés par ces structures.

La santé n'a pas de prix mais elle a forcément un coût qui doit être supporté par l'ayant droit ou par un tiers payant.

A l'état actuel, les coûts n'étant pas disponibles, l'EPS est obligé de supporter le gap entre ces deux éléments, ce qui occasionne ces déficits cumulés depuis l'avènement de la réforme en 2000 et qui est un des déterminants de la dette.

Cette situation a été constatée par les experts ayant évalué la mise en œuvre de la réforme hospitalière et qui ont prôné la mise en place d'un système de comptabilité analytique pour la détermination des coûts réels de l'activité hospitalière.

En 2014, la Banque Mondiale, dans le volet « Appui au système hospitalier » du programme de financement de la santé et de la nutrition a octroyé des ressources à la DES pour la mise en place de cette comptabilité analytique.

d) La politique de gratuité

Afin de faire face à la problématique de l'accessibilité aux soins de santé qui reste encore aujourd'hui posée du fait du faible niveau du plateau technique des infrastructures, des déficits en personnels, de la répartition géographique des infrastructures et aussi et surtout de la faiblesse du pouvoir d'achat des populations, le Ministère de la Santé a mis en place une très grande politique de gratuité qui concernait :

- La gratuité des accouchements et césariennes ;
- La gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame);
- L'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) ;
- La gratuité des médicaments antituberculeux

- La subvention abaissant les coûts des traitements : antipaludéens ; diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies ;
- Le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des moustiquaires imprégnées ;
- La subvention pour la prise en charge des indigents....

Cette situation a eu des effets négatifs sur les finances des EPS qui déjà étaient confrontés à des difficultés pour recouvrer les montants que leur devaient les tiers payants ainsi que les créances de l'Etat pour se retrouver à un montant avoisinant ou égalant celui de leurs dettes cumulées.

e) **Le poids de la dette**

Le montant de la dette auditée des hôpitaux s'élevait à Vingt et Un Milliards Dix Millions Quatre Cent Soixante et Un Mille Cent Quatre Vingt Huit Francs CFA **21 010 461 188 Francs CFA** en 2009 et l'Etat s'était engagé à l'apurer.

L'Etat a donné dans le cadre de cet apurement la somme de **7 322 925 953 Francs CFA** au 31 /12 2013.

Il s'est en outre engagé à solder le reliquat de cette dette qui s'élève à 15 198 542 000 Francs [FCFA] ceci dans le cadre de l'appui budgétaire de l'Agence Française de Développement (AFD).

Aujourd'hui, force est de constater que le problème de la dette hospitalière est d'ordre structurel et mérite une réflexion approfondie sur ses déterminants.

f) **Importance des créances**

Les responsables des Etablissements Publics de Santé (EPS), sont confrontés à des difficultés de recouvrement des créances.

Les initiatives de gratuité telles que le Plan Sésame, les césariennes, avec toutes les difficultés de recouvrement qu'elles engendrent, continuent à plomber la trésorerie des hôpitaux. Les EPS font face aujourd'hui à des créances douteuses voire irrécouvrables par la prise en charge de patients insolvable dont le montant constitue une part importante des créances constatées.

g) Importance des dépenses permanentes

Les hôpitaux font face aujourd'hui à des mises en demeure pour le paiement des montants dus au titre de la consommation d'électricité, d'eau et de téléphonie.

Sous le poids de la dette et des tensions permanentes de trésorerie, la quasi-totalité des hôpitaux est dans l'impossibilité à honorer les dettes dues aux sociétés telles que la SDE, la SONATEL et la SENELEC.

A cela s'ajoute la faiblesse de la subvention d'exploitation et l'absence de subvention d'équilibre pour combler le gap sur les coûts d'exploitation du fait de la faiblesse des tarifs appliqués. Il faut savoir que les arriérés de consommation due à la SENELEC constituent à elle seule un montant de plus de 10 000 000 000 FCFA.

La consommation annuelle des hôpitaux avoisinent un montant de Dix milliards FCFA (10 000 000 000 FCFA) que l'Etat doit intégrer dans leur subvention d'exploitation pour leur prise en charge et la SDE et la SONATEL sont dans le même cas de figure.

h) La gouvernance hospitalière

Le système de nomination aux postes de direction ne repose en général que sur des critères politiques, amicaux ou familiaux donc très discutables. Il y'a lieu de noter que depuis la mise en œuvre de la réforme hospitalière, aucun directeur d'hôpital n'a eu de lettres de mission lui fixant ses missions et ses objectifs ainsi que la performance attendue de sa gestion.

De même aucun système d'évaluation des Directeurs n'a été mis en place et à ce titre ils exercent cette fonction de manière continue durant 4 ans (délai minimal) sans une perspective d'évolution jusqu'à atteindre la limite d'âge légale.

La légitimité de la fonction de Directeur d'hôpital devrait conduire les décideurs à faire recours à des appels à candidature ou à des concours pour ensuite leur fixer des objectifs à atteindre, les évaluer en cours d'exercice pour une sanction de leur gestion.

Il faut dire aussi que le management des hôpitaux devrait fédérer l'ensemble du personnel autour d'objectifs communs et cette culture participative ne semble pas être bien intégrée dans les hôpitaux et chaque acteur, gestionnaire, soignant ou de soutien semble évoluer pour son propre compte.

Ainsi :

- Le règlement intérieur, qui régit normalement la vie d'un établissement, est quasiment inexistant. L'ensemble des procédures semblent tacitement connues sans document de référence.
- Les droits de la clientèle (Charte du malade) ne sont connus ni des intéressés ni du personnel hospitalier malgré son affichage au sein des structures.
- Les organes consultatifs (CME, CTE, CHSCT) qui devraient permettre une gestion participative du personnel hospitalier sont le plus souvent non fonctionnels ou orientés à la manière d'un syndicat et livrant ainsi bataille à la direction causant une instabilité. Il en est de même de la participation des services à l'élaboration des budgets et de la communication avec le personnel qui font défaut.

4.1.2 Causes de non performance des CPOM

Malgré des acquis certains et une adaptation des structures pilotes en fonction des aléas et des contraintes, la mise en œuvre des contrats a été parsemée de dysfonctionnements dont la plupart est imputable aux deux tutelles santé et finances.

1) Retard dans la mise à disposition des fonds

Pour rappel, lors de son évaluation du CPOM de l'Hoggy en Décembre 2014, le consultant de la Banque Mondiale disait dans son rapport : « ***Il est impératif que l'échéancier des subventions tel qu'énoncé dans le CPOM soit respecté. Lorsque les fonds destinés à financer le CPOM parviennent à l'HOGGY en tranches à partir d'avril et ce jusqu'en Octobre de l'année en cours, il est injuste de lui demander de réaliser des performances qui devraient être basées sur l'utilisation de ces fonds et sur leur réception programmée au début du premier trimestre de l'année en cours. (Aly Boury SY, B.M, Dec 2014)*** »

Il faut dire que l'Hoggy a signé son contrat en fin 2011 et n'a reçu la première tranche de la subvention qu'en Décembre 2012.

De ce fait tout le processus a été bouleversé avec une révision du plan d'actions initial qui est repassé par toutes les commissions avant adoption par le conseil d'administration,

l'avis technique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et l'approbation du Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan.

De plus les hôpitaux ont démarré la phase d'élaboration du plan d'actions sans avoir une information sur l'inscription budgétaire et de ce fait ils étaient dans l'impossibilité d'intégrer les fonds CPOM dans leur projet de budget.

Ceci a contribué à retarder le démarrage effectif des activités et même causé des tensions dans l'arbitrage budgétaire interne du fait de la modicité de l'enveloppe et des priorités à définir au détriment de certains services.

2) Réduction de la subvention d'exploitation de l'HOGGY

Par rapport à sa subvention d'exploitation qui s'élevait à **1 413 275 000 FCFA**, il a été constaté sa réduction de **49 884 830 FCFA**, ce qui allait à l'encontre des engagements des Ministères de tutelle qui devaient veiller à maintenir son allocation budgétaire annuelle au même montant. L'hôpital s'est vu ainsi contraint de revoir son fonctionnement pour éviter d'alourdir sa dette qui était très importante.

3) Montants reçus très en deçà des engagements de l'HOGGY

Conformément aux engagements de la Banque Mondiale, l'appui budgétaire octroyé avoisinait les **40 000 000 000 FCFA**.

Il s'agissait de cette manière à financer le redressement des EPS pour les amener vers une plus grande performance. De ce fait les 06 premiers EPS avaient élaborés des plans d'action dont le coût cumulé était de **40 225 243 585 FCFA**.

Il faut dire que l'Etat n'a versé que **15,69 %** des fonds sans toutefois que les contrats ne soient révisés ou revus à la baisse causant ainsi des difficultés qui ont abouti à des taux de réalisations extrêmement faibles.

L'hôpital de Grand Yoff n'a reçu que **620 000 000 F CFA** pour un montant espéré de **2 500 000 000 F CFA**, soit

4) Instabilité directionnelle

Contrairement à la majorité des hôpitaux ayant bénéficié de CPOM, l'Hoggy a eu la chance de ne connaître que deux directeurs durant tout le processus de mise en œuvre.

Cependant il faut savoir que ce changement a eu quelques répercussions négatives sur le déroulement des activités.

Il s'est agi d'abord pour la nouvelle Directrice de prendre connaissance des clauses du contrat, d'évaluer les activités déjà entamées, d'analyser les résultats et de se projeter sur la suite dudit contrat ; en se faisant, elle a réorientée certaines activités et proposée de revoir le plan d'actions en fonction de ses objectifs prioritaires à elle fixées.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Section 2: Recommandations

Cette analyse profonde des difficultés rencontrées nous pousse à faire un certain nombre de recommandations qui pour l'essentiel sont faisables et pourraient éventuellement impacter très positivement sur le déroulement du CPOM mais globalement sur la performance de la structure mais au-delà sur l'ensemble des hôpitaux sénégalais.

Vu sous cet angle le modèle de cette institution pourrait être transposé dans les autres EPS car présentant des similitudes dans les problèmes rencontrés et les dysfonctionnements à l'origine du déficit de résultats dans les différentes stratégies visant à aller vers la performance.

2.6 Pour le niveau national

Afin de jouer son rôle d'accompagnement, d'appui et de veille sur la gestion des hôpitaux mais surtout les accompagner vers l'assainissement de leur gestion et leur inscription dans une dynamique de performance, la tutelle devra entre autres décisions :

2.6.1 Créer un environnement cohérent et favorable à l'engagement de l'hôpital, une condition indispensable à l'efficacité des contrats :

Cela doit être conçu comme un préalable aux CPOM et contrats de performance, ou qu'elle soit engagée rigoureusement en parallèle à quelques contrats « pionniers », ses composantes doivent être clairement énoncées. Cette réforme est essentielle pour le secteur hospitalier au Sénégal, car elle doit permettre d'accroître le rendement des ressources allouées aux hôpitaux, d'assurer ainsi la soutenabilité des investissements publics dans ce secteur de plus en plus couteux et d'accompagner la transition d'une phase d'expansion à une phase d'optimisation de ces structures hospitalières.

Pour la Gestion du Budget par Objectifs aussi cette notion de cohérence est très importante.

Le résultat de la GBO dépendra largement de la capacité du Ministère de tutelle à travers la DES à faire évoluer ses méthodes, particulièrement en matière de « monitoring » et de management, d'audit interne et d'information sur la performance hospitalière.

De manière générale, les expériences étrangères de management de la performance montrent que créer un environnement propice à l'accomplissement par chaque acteur de sa mission et de ses engagements importe plus que la mise en œuvre de modalités de surveillance et de contrôle sophistiquées.

2.6.2 Adapter la structure de financement des hôpitaux aux besoins d'un secteur en cours de croissance, de diversification et de modernisation technologique

Il s'agit ici de donner aux différents circuits de financement des hôpitaux une logique claire car il est souhaitable que le financement apporté par la Couverture Maladie Universelle (CMU) repose sur une base qui soit plus objective et moins désincitative à l'activité des hôpitaux, ce qui appelle notamment un déplafonnement des paiements sur facturation et l'application sine die de la Tarification à l'Activité (T2A) ou de la Tarification par Pathologie (TPP).

Toutefois, le déplafonnement doit s'accompagner d'un légitime renforcement des contrôles de facturation par l'Agence de la Couverture Maladie ainsi que de tous les autres organes de contrôle afin d'éviter les dérives et les dysfonctionnements tels qu'on les avait vécus avec le Plan Sésame, les césariennes et toutes les autres gratuités pratiquées.

Il y a lieu aussi de :

- Fonder les tarifs sur une meilleure connaissance des coûts et de l'activité développée
- Mieux retracer l'ensemble des coûts
- Mettre en place du dossier unique et informatisé de chaque patient apporterait une contribution capitale à cet égard.
- Mettre à jour les tarifs dans un sens raisonnablement incitatif car l'arrêté interministériel fixant les tarifs au niveau des hôpitaux paraît aujourd'hui obsolète et peu conforme aux évolutions médico économiques symbolisées par l'apparition de nouvelles pathologies nécessitant plus de moyens et de temps.

2.6.3 Revoir le processus d'allocation des ressources aux hôpitaux afin de le rendre plus transparent, mieux arbitré et plus conforme à la responsabilisation des hôpitaux

Faciliter les arbitrages budgétaires puisque le changement souhaité des règles du jeu doit permettre de passer d'un système où chaque établissement a intérêt à maximiser ses demandes tout au long de l'année vers un système où chaque établissement a intérêt à maximiser ses réalisations dans un budget donné conformément aux dispositions contractuelles.

Les acteurs de la procédure budgétaire gagneraient à intégrer dès la phase de préparation budgétaire des critères et normes obligeant les établissements à arbitrer entre leurs propres demandes : taux directeur indicatif ou fourchette d'évolution budgétaire, pouvant être éventuellement modulés selon certains critères de performance (activités, niveau, éloignement géographique, objectifs de rentabilité, qualité des soins et services.....) ou complétés par des enveloppes spécifiques visant à inciter telle ou telle action.

La formalisation des budgets par service ou centre de responsabilité, avec des mécanismes de suivi évaluation de la performance, permettrait de doter les établissements sur une base plus logique.

La préparation budgétaire doit également comporter plus de dialogue entre centres de responsabilité d'un établissement, entre établissements Ministères de tutelle (Santé et Economie et Finances).

Inversement, cela suppose que le directeur hospitalier joue plus qu'aujourd'hui son rôle d'arbitrage entre les demandes internes concurrentes des différents services (au lieu de se contenter trop souvent de transmettre au fil de l'eau les demandes des chefs de service, laissant le soin et la charge de trancher au conseil d'administration ou à l'administration centrale du ministère de la santé à travers l'avis technique qu'il donne voire celui des finances avec l'approbation financière.

De même, il importe que le Ministère chargé de la santé joue davantage son rôle d'arbitrage et de veille avant de transmettre ses projets de budget au Ministère chargé des finances.

En parallèle, les acteurs de la procédure budgétaire doivent s'attacher à promouvoir une plus grande sincérité dans les demandes de crédits budgétaires, tant au niveau des établissements que du ministère en se fondant sur leur activité ou les objectifs et contrats fixés ou élaborés.

La contractualisation peut faciliter cette évolution, si elle institue un enchaînement du type: Programme d'investissement inclus dans le contrat signé avec une mise à disposition annuelle des enveloppes de crédits auprès de l'établissement et ceci au début du démarrage de leur processus budgétaire (Septembre de l'année N -1 ou en cours).

Seulement, il ne faut pas occulter que le développement des contrôles externes a posteriori par le Ministère de la Santé ou des Finances est une contrepartie nécessaire de la décentralisation de certaines décisions à incidence budgétaire.

2.6.4 Donner aux EPS plus d'autonomie et de souplesse tout en confortant l'autorité du directeur d'établissement

Donner aux hôpitaux une meilleure maîtrise de leur outil technique

Cela rejoint les orientations du paragraphe précédent. S'y ajoute :

- la nécessité de relever le seuil des marchés publics (au moins au niveau de celui des EPS pour les opérations relatives en particulier aux investissements ou à l'achat d'intrants sinon leur octroyer un statut particulier plus conforme à des situations d'urgence qu'ils rencontrent)...avec renforcement des contrôles a posteriori ;
- Nécessité aussi d'un meilleur dialogue entre établissements et ministère préalablement aux choix de création ou d'extension de services ou de plateaux techniques, car ces décisions peuvent avoir des conséquences lourdes sur le fonctionnement global de l'établissement.

Décentraliser en partie la gestion des ressources humaines et mieux prendre en compte les efforts

- Confier aux hôpitaux la gestion complète des personnels et de leur rémunération, y compris leur recrutement et leur affectation ainsi que leur nomination aux postes de responsabilité.
- Laisser aux hôpitaux la maîtrise de l'affectation des personnels médicaux, paramédicaux et techniques aux différents services, et mieux prendre en compte les profils et qualifications requises.

- Donner progressivement aux hôpitaux une plus grande maîtrise sur les profils des personnels qui y sont nommés.
- Donner aux directeurs d'hôpitaux le pouvoir de sanction de premier degré.
- Développer progressivement les indemnités d'intéressement particulières pour les personnels soumis à sujétions fortes et consentant des efforts particuliers.

4.1 Conforter l'autorité du directeur d'hôpital

a. L'autorité du directeur d'hôpital dans la procédure budgétaire

Aucune demande budgétaire ne doit être considérée par l'administration centrale si elle n'est pas signée du directeur et approuvée (délibérée) par le conseil d'administration. Ceci est de nature non seulement à conforter l'autorité du directeur d'établissement mais aussi à tempérer le face à face parfois difficile entre directeur d'hôpital et chefs de service.

b. La reconnaissance de la fonction de directeur d'hôpital

Actuellement les directeurs d'hôpital sont nommés par décret présidentiel sur proposition du Ministre de la Santé mais ne disposent pas d'une grille de rémunération spécifique et sont soumis annuellement à la déclaration de patrimoine.

Si les responsabilités des directeurs d'hôpitaux sont appelées à croître, il est souhaitable de conférer à la fonction les contreparties des responsabilités attendues, en termes notamment de rémunération, de procédure de nomination, et d'évaluation.

2.6.1 Rendre plus cohérentes et plus efficaces les actions de l'administration centrale de la santé dans ses relations avec les établissements

L'administration centrale est vis-à-vis des établissements de santé à la fois autorité de tutelle et prestataire de services et c'est dans cette double perspective qu'elle doit renforcer la cohérence de ses interventions et surtout rendre plus cohérent le pilotage de l'expansion de l'offre et des gros investissements.

La DES pourrait avantageusement constituer en son sein un comité de d'études et d'autorisation des opérations de création de services et d'extension d'hôpitaux, Ceci permettra mieux organiser et harmoniser le parc hospitalier mais aussi de ne pas se retrouver avec deux

hôpitaux ayant le même profil d'activités dans la même région et se faisant une concurrence déloyale allant jusqu'au débauchage de personnel.

Aussi tout projet d'acquisition ou d'installation d'un nouvel équipement lourd devrait s'accompagner d'une évaluation des surcoûts induits sur le fonctionnement de l'établissement en rythme de croisière (maintenance à expiration de la garantie, consommables, personnels).

Le choix d'investissement doit tenir compte de ces données en plus de son coût direct, de ses spécificités techniques et de son utilité intrinsèque et si l'investissement est décidé, les surcoûts de fonctionnement prévisionnels doivent être intégrés dans la base budgétaire de l'établissement (sous réserve d'éventuelles économies par ailleurs) sans que cela n'induisse encore une fois des dépassements budgétaires à l'origine de la grosse dette hospitalière.

Le Ministère de tutelle, à travers la Direction des Etablissements de Santé, devra exhorter les EPS à :

- Perfectionner le système d'information hospitalier afin qu'il contribue davantage à l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité de gestion,
- Mettre en place dès que possible le dossier médical unique informatisé du patient avec codification des parcours et des consommations des malades et permettre la traçabilité des actes. Les enjeux sont importants à la fois pour la qualité et la sécurité des soins, la connaissance précise de la production hospitalière et la facturation,
- L'institution d'un dossier des soins infirmiers en est un complément logique et utile,
- Affiner progressivement la classification des séjours afin de mieux refléter la réalité de l'activité hospitalière et de donner une base plus juste aux facturations,
- Accroître l'interface entre applications (parcours de soins – facturation ; diagnostics – actes – prescriptions pharmaceutiques) pour fiabiliser à la fois la facturation et la sécurité des soins,
- A moyen terme, réfléchir à l'identification d'« événements alertes » en termes de gestion hospitalière: fermeture de services, dette aux fournisseurs, absentéisme, turnover, taux de décès ou d'infection contractée à l'hôpital, accroissement des décès, rupture des médicaments et produits essentiels par exemple,
- Enfin initier des contrats d'objectifs entre chefs de service ou entre entités en leur sein.

2.7 Pour l'HOGGY

L'évaluation menée du plan de redressement élaboré par l'hôpital, à la suite des directives du Conseil Interministériel de Mai 2008, à travers le CPOM, a permis de faire un redressement de la situation financière de l'hôpital.

L'hôpital a connu à la suite de la mise en œuvre du CPOM, une hausse de ses prestations qui s'est traduite par une augmentation des recettes, le paiement des arriérés de motivation du personnel, la résorption de du montant dû à la PNA et l'apurement partiel mais important de ses différentes dettes en particulier fiscale et sociale.

L'HOGGY gagnerait afin de pérenniser ce résultat à:

- Poursuivre le relèvement de son plateau technique;
- Poursuivre l'exploitation de ses potentialités;
- Améliorer les conditions de travail de ses agents;
- Remettre à niveau toutes les installations (électriques, réseaux d'eau et d'assainissement, téléphoniques, les conduites de gaz...);
- Construire des locaux (archivage, délocalisation de services...);
- Renforcer le système d'information médicale;
- Renforcer les capacités du personnel;
- Poursuivre sa politique de maîtrise des effectifs et de la masse salariale
- Renforcer le recouvrement des créances

Conclusion générale

CESAG
BIBLIOTHEQUE

Le CPOM, comme nouvelle démarche contractuelle impulse une dynamique managériale favorable à la recherche de performance et d'adaptation de la production aux besoins des populations. Sa mise en place dans le secteur public est une réponse face à l'alternative de privatisation qui est souvent avancée pour suppléer à l'inefficience des organisations publiques comme les hôpitaux et HOGGY en a fait l'expérience en passant de propriété privée à structure publique.

La démarche contractuelle apporte un degré de liberté supplémentaire dans la mise en œuvre de la politique hospitalière. De manière paradoxale en augmentant la liberté des acteurs, on peut réduire l'égalité des usagers face au service public, ce qui est une entorse aux principes républicains qui fondent la société sénégalaise. Cela peut expliquer la relative prudence dans l'application de cette démarche et la volonté permanente des pouvoirs publics de dresser des limites à la liberté des cocontractants en les incitant à s'inscrire dans des lignes directrices.

Tout cela entre dans le dispositif de contrôle à priori et à posteriori car au-delà des aspects positifs notés, le CPOM comporte aussi des avantages, des risques et des incertitudes et son évaluation permettra de mieux les cerner.

Au terme de cette étude portant sur l'évaluation du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyen signé par l'HOGGY, plusieurs facteurs ont été mis à contribution pour proposer une analyse sur le processus de mise en œuvre et les résultats enregistrés.

L'analyse de ces facteurs a permis d'étayer notre argumentaire pour apporter une réponse à l'hypothèse de départ.

Les lenteurs administratives, le défaut de maîtrise des procédures en matière de contractualisation et le manque de spécialistes en matière de passation des marchés ont retardé l'exécution du plan d'actions ; ce qui du reste a été corrigé par la suite et c'est la résultante de la démarche participative initiée par la Direction pour impliquer tous les acteurs et ainsi avoir une très grande appropriation de ce contrat pour faciliter son exécution.

De par les résultats enregistrés, l'HOGGY se positionne comme la meilleure structure si l'on se réfère à la démarche adoptée, en matière de réalisations, et d'effets tant sur les finances que sur la qualité des soins et services proposés.

Il faut dire surtout qu'en terme de mobilisation de moyens la démarche contractuelle intervient de manière dérisoire au regard des sommes engagées chaque année pour le fonctionnement de l'HOGGY. En revanche cette démarche possède un effet de levier très important pour faire évoluer l'hôpital vers les standards internationaux.

En effet, mettre en place le CPOM a supposé pour le Directeur d'engager une démarche extrêmement rigoureuse, l'instauration d'un vrai dialogue avec les personnels, les instances consultatives (Conseil d'administration, Commission Médicale d'Etablissement), les autorités de tutelle et surtout nécessite un temps de préparation et de négociation important, ainsi qu'une forte implication des élus locaux et toute association gravitant autour de la structure.

Cet exercice d'évaluation du CPOM de l'HOGGY a permis de dégager certains prérequis à une démarche CPOM réussie et peuvent être résumés ainsi que suit :

- une réflexion partagée et un dialogue entre les parties prenantes tant en interne qu'avec les acteurs externes,
- un diagnostic et une analyse globale des structures concernées,
- une définition et un choix des orientations stratégiques et des priorités,
- un engagement réciproque autour d'objectifs précis découlant de ces dernières,
- une programmation des évolutions et modifications prévisibles sur les années couvertes par le contrat.

Dans l'idéal, le CPOM est élaboré dans une démarche volontaire, souple et partenariale, permettant une meilleure anticipation, à partir du moment où certains principes directeurs sont respectés.

Les avantages du CPOM sont alors nombreux, en effet, il permet tout d'abord de réhabiliter la discussion sur les missions et projets associatifs, il bénéficie d'un contexte général porteur, semble pertinent pour pérenniser les moyens, parfois les mutualiser, mieux les maîtriser et peut être l'occasion d'amorcer ou de renouveler la dynamique interne de l'établissement et de ses services.

Théoriquement, l'une des idées phares du CPOM est qu'il possède des règles simplifiées et contractualisées, ouvrant ainsi la voie à une meilleure qualité de dialogue.

Mais les CPOM ne sont pas sans risques ni incertitudes et il est loin d'être le « remède miracle » parfois annoncé.

Ils s'inscrivent dans un contexte de mutations et de réformes invitant les associations du secteur hospitalier à se restructurer du fait de certaines restrictions (maîtrise des dépenses publiques, Financement Basé sur les Résultats, Gestion Axée sur les Résultats, Intégration avec l'UEMOA....).

A ce titre les principaux risques et interrogations suscités par cet outil peuvent être :

- Quelle opposabilité des engagements pluriannuels des financeurs ?
- Quelle capacité à projeter les évolutions du secteur hospitalier ?
- Le CPOM sous-tend une obligation de résultats (avec des niveaux potentiels d'exigence accrus) et une contrainte dans le financement des mesures nouvelles ou des avenants à la fin de leur exécution.
- Les structures signataires de CPOM seront prioritaires ; certains établissements pourront alors recevoir un traitement privilégié, au regard d'une enveloppe budgétaire qui reste fermée mais feront aussi l'objet de plus de sévérité dans le contrôle pouvant même déboucher sur la perte de son poste pour le Directeur n'ayant pas atteint les objectifs fixés.

En conclusion, le CPOM reste un outil parmi d'autres, avec ses potentialités et ses limites. Il doit être au service d'un projet d'action sociale visant à mieux répondre aux besoins des usagers. Autrement dit, le CPOM peut être une avancée, sous réserve d'une grande rigueur de mise en œuvre, d'une analyse précise des enjeux qui le sous-tendent et d'une conscience fine des zones d'incertitudes et de risques.

L'HOGGY a su tirer profit de ce contrat pour améliorer son offre et rendre disponible celle qu'il n'avait pas, assurer une meilleure prise en charge de la question de l'accueil dans la prise en charge des usagers, un retour à l'équilibre financier doublé d'une amélioration de sa Capacité d'Autofinancement Globale et ceci sur des bases solides.

En outre la structure est parvenue à consolider son système d'information en sécurisant aussi son circuit de facturation.

Mais le résultat le plus appréciable reste son adaptation aux innovations technologiques récentes avec la numérisation médico chirurgicale, la numérisation des services d'aide au diagnostic et enfin la numérisation des systèmes de gestion administrative financière comptable et logistique).

De mouvements d'humeurs cycliques ponctués par le départ des différents directeurs, le CPOM a été l'occasion de partages et d'introspection ayant abouti à ce résultat et à la restauration progressive de son image de marque et lui permettre de se consacrer à ses missions qui est d'assurer une meilleure prise en charge des intérêts des usagers et des travailleurs.

Au-delà de tous ces aspects notés et positifs, ne faut-il pas se poser la question de savoir si les EPS pourront faire face, à la fin de l'appui budgétaire, au renouvellement des acquisitions et pérenniser toutes les actions ayant données des résultats positifs

Annexes

Tableau 2 : Dettes des EPS auditée en 2013

EPS	Dettes 2012
HPD	14 299 744 481
HOGGY	7 862 841 515
Hald	1 871 292 910
Fann	1 566 161 825
Kaolack	1 368 274 550
St. Louis	1 082 621 209
Ziguinchor	674 513 760
Touba	661 420 645
Tamba	659 347 046
HEAR	639 582 177
Thiès	573 789 617
Kolda	570 092 081
Louga	563 396 718
Diourbel	356 682 230
Pikine	194 458 768
Ndioum	129 945 912
Thiaroye	45 200 097
Abass Ndao	2 701 134 933
Ourossogui	413 179 096
Tivaouane	0
Linguère	10 883 972
Mbour	52 534 897
Youssou Mbargane	34 954 928
Roi Baudouin	0
Richard Toll	7 120 790
Ndamatou	700 000
Kaffrine	0
Institut d'Hygiène Sciale	27 110 000
Sédhiou	2 314 830
CNAO	118 912 495
CNTS	130 345 310
SAMU	18 197 416
Total	37 094 884 981

Tableau 4: Créances des EPS auditées en 2013

EPS	Créances 2012
HPD	19 034 945 619
HOGGY	3 848 551 819
HALD	1 302 889 713
FANN	1 684 219 394
Kaolack	583 057 530
Saint. Louis	302 804 796
Ziguinchor	328 853 707
Touba	570 046 196
TAMBA	565 519 570
HEAR	796 146 810
Thiès	602 590 992
Kolda	432 626 352
Louga	175 439 201
Diourbel	172 593 020
Pikine	101 410 919
Ndioum	162 722 542
Thiaroye	90 827 131
CHAN	144 587 990
Ourossogui	508 842 675
Tivaouane	12 640 630
Linguère	626 590
Mbour	4 172 500
Youssou Mbargane	5 867 773
Baudouin	200 000 000
Richard Toll	0
Ndamatou	10 784 900
Kaffrine	3 083 640
Institut d'Hygiène Sociale	9 013 000
Sédhiou	2 767 505
CNAO	52 928 773
CNTS	393 808 381
SAMU	19 000 000
Total	35 138 047 384

Tableau 5 : Montants dus au titre des gratuités

EPS	Imputation budgétaire	SESAME	Césarienne	Total créances par structure
FANN	160 393 800	531 376 565	0	691 770 365
HOGGY	1 309 068 636	523 886 373	0	1 832 955 009
HEAR	158 815 890	0	0	158 815 890
Pikine	108 187 545	53 463 264	0	161 650 809
HALD	674 140 664	390 221 772	0	1 064 362 436
Touba	545 934 445	252 976 813	0	798 911 258
Thiaroye	30 592 280	14 835 950	0	45 428 230
HPD	18 903 598 174	2 437 588 436	0	21 341 186 610
CHAN	26 868 800	31 266 840	0	58 135 640
Thiès	59 104 704	234 200 917	0	293 305 621
Saint. Louis	38 528 104	92 564 240	61 927 350	193 019 694
Ndioum	1 107 043	80 625 678	0	81 732 721
Ourosogui	6 910 855	471 557 235	0	478 468 090
Ziguinchor	129 516 934	185 793 010	7 267 475	322 577 419
Kolda	39 445 940	224 130 421	0	263 576 361
Louga	41 179 807	42 225 690	0	83 405 497
Tamba	64 245 413	385 571 941	0	449 817 354
Kaolack	24 698 218	232 061 629	0	256 759 847
Diourbel	46 410 110	125 372 135	0	171 782 245
CNTS	0	9 590 150	0	9 590 150
CNAO	29 423 940	0	0	29 423 940
Ndamatou	0	10 784 900	0	10 784 900
IHS	0	9 013 000	0	9 013 000
Richard Toll	0	0	0	0
Mbour	0	0	0	0
Tivaouane	566.600	0	0	566 600
Total par type de créances	22 398 171 302	6 339 106 959	69 194 825	28 806 473 086

Grille d'évaluation des CPOM

Date d'évaluation.....

Etablissement public santé de

Année de signature du contrat

Année de disponibilité des fonds

Nom de l'évaluateur.....

1. Planification

1. La Planification Initiale a-t-elle été respectée ?

Oui Non

1.1. **Si non** pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

1.2. Le contrat révisé a-t-il été validé par le Conseil d'Administration ?

Oui Non

1.3. Le document de re planification a-t-il approuvé par les deux tutelles (MEF et MSAS) ?

Oui Non

1.4. Les recommandations faites lors de la première évaluation ont –elles été prises en considération ?

Oui Non

1.4.1 **Si non** pourquoi ?

.....
.....

Respect des engagements

1.1. Des réaménagements ont-ils été effectués sur les engagements ?

Oui Non

.....
.....

2.2 Des réaménagements budgétaires ont-ils été effectués en cours d'exécution ?

Oui Non

2.2.1 Si oui quel a été le type de réaménagement ?

2.2.1.1 Virement de Crédit (Entre Les Comptes) ?

Oui Non

.....
.....

2.2.1.2 Diminution des montants ?

Oui Non

.....
.....

2.2.1.3 Augmentations des Montants ?

Oui Non

.....
.....

3 Niveau d'exécution

3.1 Quel est le taux d'absorption des fonds alloués ?

Fonds décaissés.....

Fonds reçus.....

3.2 Quel est le niveau des engagements ?

Montants des engagements prévus.....

Montants des engagements effectués.....

4 Passation des marchés

4.1 Quel est le niveau d'exécution des procédures des marchés du CPOM ?

.....

4.1.1 y a-t-il un respect des dates de référence (date de début et date de fin)?

Oui Non

4.1.1.1 Si non expliquez les raisons

.....
.....

4.1.2 Quelles sont les différentes procédures utilisées ?

DRP Entente directe Appel d'Offre Autres

4.2 L'exécution a-t-elle été conforme au plan de passation ?

Oui Non

Systeme d'information

4.3 Un organe de gestion du système d'information a-t-il été mis en place ?

Oui Non

4.3.1 Si oui précisez

DIM SIM CIM

4.4 Un rapport d'étape a-t-il été élaboré ?

Oui Non

4.4.1 Si oui a-t-il été envoyé à la tutelle

Oui Non

4.4.2 Si non pourquoi ?

.....
.....

4.4.3 Un rapport final a-t-il été élaboré ?

Oui Non

4.4.3.1 Si oui a-t-il été envoyé à la tutelle

Oui Non

4.4.4 Si non pourquoi ?

.....
.....

Bibliographie

- **Banque mondiale**, Rapport d'évaluation de la mise en œuvre des CPOM ; *Aly Boury SY, Décembre 2014* ;
- **B. Delaunay** (1999) "Chartes usagers et engagements de qualité dans le secteur public en France", dans l'ouvrage sous la direction de Y.Fortin (1999) "La contractualisation dans le secteur public des pays industrialisés depuis 1980", L'Harmattan, Logiques juridiques, France
- **B. Mc Pake** (1996) "Public autonomous hospitals in sub-saharan Africa: trends and issues", *Health policy*, 35, 155-177
- **Belghiti Alaoui A. (2008)**, 1ère Rencontre hospitalière, Rabat, 17 et 18 Janvier 2008 « La performance Hospitalière, Attributs et Indicateurs de mesures » ;
- **Conditions Réforme Hospitalières, Séminaire Banque Mondiale** (2005), Présentation du Sénégal « la contractualisation pour la performance hospitalière : comment faire ? », journée du 02 juin 2005
- **Corroy Sandra**, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2011
- **De Roodenbeke Eric**, Directeur d'hôpital et docteur en économie de la santé, ancien chargé de mission au bureau de la santé du Ministère français des affaires étrangères (2005), « La dynamique du projet d'établissement : l'approche contractuelle dans le système hospitalier français, une forme de stewardship »
- **De Roodenbeke Eric** (2001) La dynamique du projet d'établissement. Guide en organisation hospitalière dans les pays en développement. La documentation française, Paris
- **Dr Livatorsky Alain**, (2010) "Efficiences hospitalières et efficience du système de santé" Département d'information médicale Institut Curie, Paris, *Revue hospitalière de France*, N° 536, Septembre- Octobre 2010,
- **Gueye Mame Abdoulaye, et Kopp Jacques Edouard** (2009), Le contrat de performance hospitalière, l'expérience sénégalaise ; *Revue Santé Publique*, vol 21, 126 p, p 77-87
- **H. Achouri** (2001) "Le projet d'appui à la réforme hospitalière: objectifs, implémentation, résultats et enseignements", *La Tunisie médicale*, vol. 79, n°5

- **J.Hubert, R.Dubois** (2000) "Culture de gestion plus que redressement budgétaire: deux ans de contractualisation au CHU de Rennes", *Gestion hospitalière*, novembre 2000, p. 671-676
- **Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpital (JADH)**, (2015), «La dette des Etablissements Publics de Santé » N°55 février 2015, p.13-17
- **K.L.Dagam** "Papua New Guinea experience in contracting for non-health related services in health centers and / or hospitals with private enterprises", communication présentée à la réunion technique "Vers de nouveaux partenariats pour le développement de la santé dans les pays en développement: l'approche contractuelle comme outil politique", OMS/HQ/ICO, Genève, 4-6 février 1998
- **Letourmy Alain, (Dakar 2004)** ; Financement des hôpitaux « Avantages et limites des différentes formes de tarification »
- **Mané P (2012)**, Analyse de l'efficacité des hôpitaux du Sénégal : Application de la méthode d'enveloppement des données ; Pratiques et Organisation des soins, vol 43, p 277- 283
- **Ministère de la Santé (2006)**, La stratégie de contractualisation interne avec les régions basée sur l'approche budget – programme, Maroc, [en ligne]
- **Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (2014)**, Rapport d'évaluation de la mise en œuvre des CPOM de 1ère génération (2012, 2013), Binetou Cissé Yade, Ousmane Dia (DES/MSAS), Alioune Badara Sarr (DAGE/MSAS), Dame Mbaye (DIEM/MSAS) Abdou Karim Sock (DSP/MEFP),
- **Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (2015)**, Rapports d'évaluation finale de la mise en œuvre des CPOM de 1ère génération (2013, 2014), Dr Bineta Diabel Ba, Ousmane Dia, Madiop Biteye, Mamadou Ndiaye (DES/MSAS), Khalifa Dieng (DAGE/MSAS), El Hajj Diagne (DIEM/MSAS) Yélamine Goumbala (DSP/MEFP),
- **NAKHLA M., (2001)**, Dynamique des contrats et innovation dans l'entreprise – Évolution des modes de coordination et régulations économiques des projets, Gérer et comprendre 66.
- **Network Skill 'Réseau compétence (Novembre 2014)**, Audit diagnostique des systèmes d'information des Etablissements de Santé, p 1 - 7

- **Organisation Mondiale de la Santé, Jean PERROT (2004)**, Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, Numéro 1, Genève, 70 p.
- **Perrot J, de Roodenbeke E (eds.)**. La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée. Paris : Edition Karthala ; 2005.
- **Ridde V**. Performance-based Partnership Agreements for the reconstruction of the health system in Afghanistan. *Development in Practice*, Vol.15, N°1; 2005. p. 4-15.
- **SAVALL H., ZARDET V., (1991)**, Maîtriser les coûts et les performances cachés. Le contrat d'activité périodiquement négociable, *Economica*, Paris.
- **Salon International de la Santé et du Matériel Médical de Dakar (SISDAK)**, 2015, « Impact des CPOM sur le fonctionnement des EPSH, l'exemple de HOGGY,
- **Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPS (Septembre 2005)**, rapport de recherche, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Julie Picot-Touché, François Béland, Hung Nguyen
- **World Health Organization (2000)**. Health Systems: improving performance. The world health report 2000.
- **World Health Organization (2003)**. The role of contractual arrangements in improving health systems' performance. World Health Assembly 56.25, 28 May 2003.

Table des matières

Table des matières

Dédicace	0
Liste des tableaux	3
Liste des figures	4
Liste des abréviations.....	5
Sommaire	7
RESUME:.....	8
Introduction générale.....	9
Justification	17
Plan.....	18
Objectif de l'étude.....	18
Intérêts.....	19
Première Partie :	21
Cadre théorique et méthodologique	21
Chapitre I : Revue de littérature	22
Section 1 : La Réforme Hospitalière	22
1.1 Cadre général.....	22
1.2 La réforme hospitalière dans des pays africains	24
1.2.1 Au Mali	24
1.2.2 Au Bénin	25
1.2.3 En Guinée.....	25
1.2.4 Au Burkina Faso.....	25
1.3 Justification de la réforme hospitalière au Sénégal	26
1.4 Innovations de la réforme hospitalière	29
1.5 Organisation du système hospitalier sénégalais	29
a) Mission de la DES.....	29
1.6 Revue documentaire de l'évaluation de la réforme hospitalière au Sénégal.....	31
Section 2 : la contractualisation et la performance dans l'hôpital.....	32
2.1 La contractualisation, mécanismes et conséquences	32
2.2 La contractualisation au Sénégal	35
2.3 Le contrat de performance hospitalier	35
Chapitre II : Méthodologie de l'étude et présentation de l'HOGGY.....	38
Section 1 : Méthodologie utilisée.....	38
1.7 Population de notre étude	38
1.8 Techniques d'investigation et de recherche.....	39
1.9 Difficultés rencontrées.....	39
Section 2 : Présentation de l'Hôpital Général de grand Yoff (HOGGY).....	40
2.1 Historique de l'établissement	40
2.2 L'HOGGY dans la réforme hospitalière	42
2.3 Organisation administrative et fonctionnement de l'Hôpital.....	43
2.4 Le statut	44
2.5 Misions de l'HOGGY.....	45
Deuxième Partie :	46
Cadre organisationnel et conceptuel	46
Chapitre III : Description de la pratique actuelle et résultats de l'évaluation finale.....	47

Section 1: Description de la pratique actuelle de mise en place du CPOM.....	47
3.1.1. Du côté de l'Hôpital Général de Grand-Yoff.....	49
3.1.2. Du côté de l'Etat	50
Section 2: Résultats de l'évaluation finale	52
I. Résultats des engagements des trois parties prenantes.....	52
II. Evolution des données d'activités	54
Chapitre IV : Analyses de la pratique actuelle par les effets perçus de la mise en œuvre du CPOM et Recommandations	59
Section 1: Analyses de la pratique actuelle par les effets perçus de la mise en œuvre du CPOM.....	59
4.1 Contraintes rencontrées.....	59
4.1.1 Contraintes à la performance des EPS sénégalais.....	59
4.1.2 Causes de non performance des CPOM.....	65
Section 2: Recommandations	68
2.6 Pour le niveau national	68
2.7 Pour l'HOGGY.....	74
Conclusion générale	75