

**Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
en Economie de la Santé (DESS-ES)
6^{ème} Promotion**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME

**EVALUATION DE L'EVOLUTION DE LA
PERFORMANCE RELATIVE DE TROIS
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE LA
REGION DE DAKAR DEPUIS LA
REFORME**



Préparé par :

Dr ETTA-KOFFI Kokou

Médecin,

Economiste de la santé

Sous la Direction du :

Pr. Hervé LAFARGE

Professeur à l'Université
Paris Dauphine, Enseignant
associé au CESAG



DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mon défunt père ETTA-KOFFI Kossi, inhumé une semaine avant mon départ sur Dakar, paix à son âme ;

A ma mère, veuve KODJO Akuyo ;

A ma femme KLU Abra Christine pour ton soutien moral et à mes trois enfants Laure, Michel et Benoît ;

A mes frères et sœurs Marie, Alexis, Amélie, Brigitte, Jean et Enyonam ;



REMERCEMENTS

C'est avec une profonde gratitude que nous tenons à remercier :

- L'Etat Togolais à travers le Ministère de la Santé Publique et l'OMS-Togo pour m'avoir donné l'opportunité de pouvoir suivre cette formation,
- Le Directeur Général de la Santé Publique et le Directeur de la Planification, de la Formation et Recherche du Togo pour tout ce qu'ils ont fait pour rendre la formation possible
- Dr MO MENA, Directeur de l'Institut Supérieur de Santé (CESAG), Conseiller Régional (OMS) et ses collaborateurs
- Mon encadreur Pr. Hervé LAFARGE, Professeur à l'Université Paris Dauphine, Enseignant associé à l'ISS du CESAG, pour votre disponibilité qui ne nous a pas fait défaut, votre rigueur et votre amour pour un travail bien fait et vos conseils
- Les Directeurs des établissements hospitaliers de Fann, HOGGY et HPD ainsi que leurs collaborateurs en occurrence les différents chefs de service (Contrôle de gestion, audit, Services Administratifs et financiers, Services de Soins Infirmiers) pour m'avoir aidé à collecter les données
- Tous les enseignants de l'Institut Supérieur de Santé (CESAG)
- Tous les stagiaires de la 6^{ème} promotion en DESS-ES

Listes des tableaux et figures :

A- Liste des tableaux	Pages
Tableau N°1 : Services et prestations offertes à l'HOGGY	40
Tableau N°2 : Critères de comparaison des établissements hospitaliers	51
Tableau N°3 : Récapitulatif des produits et charges du CHU Fann	59
Tableau N°4 : Evolution des Produits et des Charges d'exploitations (Fann)	60
Tableau N°5 : Les différents postes de charges dans les dépenses de fonctionnement au CHU Fann	62
Tableau N°6 : Evolution des activités de consultations par service (Fann)	63
Tableau N°7 : Evolution des malades hospitalisés (Fann)	64
Tableau N°8 : Evolution des journées d'hospitalisation (Fann)	64
Tableau N°9 : Evolution des Taux d'Occupation des lits par service (Fann)	65
Tableau N°10: Evolution des Durées Moyennes de Séjour par service (Fann)	66
Tableau N°11 : Evolution des Indices de Rotation des Lits (Fann)	66
Tableau N°12 : Evolution du nombre de décès par service (Fann)	67
Tableau N°13 : Evolution des taux de mortalité hospitalière (Fann)	67
Tableau N°14 : Evolution des taux de sortie (CHU Fann)	68
Tableau N°15 : Evolution du nombre de lits par service (CHU Fann)	69
Tableau N°16 : Evolution des ressources humaines (CHU Fann)	69
Tableau N°17 : Evolution des recettes par rapport aux hospitalisations (Fann)	70
Tableau N°18 : Evolution des dépenses rapportées aux hospitalisations (Fann)	71
Tableau N°19 : Evolution du coût de l'activité de consultations (Fann)	72
Tableau N°20 : Synthèse des résultats de l'analyse statistique au (Fann)	73
Tableau N°21 : Récapitulatif des produits et charges d'exploitation (HPD)	74
Tableau N°22 : Evolution des Produits et Charges d'exploitation (HPD)	75
Tableau N°23 : Evolution des ressources propres et des subventions dans les recettes totales (HPD)	76
Tableau N°24 : L'évolution des postes de charges dans les dépenses de fonctionnement (HPD)	77
Tableau N°25 : Evolution des activités de consultations par service (HPD)	78
Tableau N°26 : Evolution des malades hospitalisés par service (HPD)	79
Tableau N°27 : Evolution des journées d'hospitalisation par service (HPD)	80

Tableau N°28 : Evolution des Taux d'Occupation des Lits par service (HPD)	81
Tableau N°29 : Evolution de la Durée Moyenne de Séjour par service (HPD)	82
Tableau N°30 : Evolution des Indices de Rotation des Lits par service (HPD)	83
Tableau N°31 : Evolution du nombre de décès par service (HPD)	84
Tableau N°32 : Evolution des taux de mortalité hospitalière par service (HPD)	85
Tableau N°33 : Evolution du nombre de Lits par service (HPD)	86
Tableau N°34 : Evolution des ressources humaines (HPD)	87
Tableau N°35 : Evolution des recettes par rapport aux hospitalisations (HPD)	88
Tableau N°36 : Evolution des dépenses rapportées aux hospitalisations (HPD)	89
Tableau N°37 : Evolution du coût de l'activité de consultations (HPD)	89
Tableau N°38 : Synthèse des résultats de l'analyse statistique à l'HPD	90
Tableau N°39 : Récapitulatif des produits et charges d'exploitation (HOGGY)	91
Tableau N°40 : Evolution des produits et charges d'exploitation (HOGGY)	92
Tableau N°41 : Evolution des ressources propres et des subventions dans les recettes d'exploitation (HOGGY)	93
Tableau N°42: Evolution des postes de charges dans les dépenses de fonctionnement (HOGGY)	93
Tableau N°43: Evolution des activités de consultations par service (HOGGY)	94
Tableau N°44 : Evolution des malades hospitalisés par service (HOGGY)	95
Tableau N°45 : Evolution des journées d'hospitalisation par service (HOGGY)	96
Tableau N°46 : Evolution des taux d'Occupation des Lits par service (HOGGY)	96
Tableau N°47 : Evolution de la Durée Moyenne de Séjour par service (HOGGY)	97
Tableau N°48 : Evolution des Indices de Rotation des Lits par service (HOGGY)	98
Tableau N°49 : Evolution du nombre des décès (HOGGY)	99
Tableau N°50 : Evolution des taux de mortalité hospitalière par service (HOGGY)	100
Tableau N°51 : Evolution des taux de sortie par service (HOGGY)	101
Tableau N°52 : Evolution du Nombre des lits par service (HOGGY)	102
Tableau N°53 : Evolution des ressources humaines (HOGGY)	102
Tableau N°54 : Evolution des recettes rapportées aux hospitalisations (HOGGY)	103
Tableau N°55 : Evolution des dépenses rapportées aux hospitalisations (HOGGY)	104
Tableau N°56 : Evolution du coût de l'activité de consultation (HOGGY)	105
Tableau N°57 : Synthèse des résultats de l'analyse statistique à l'HOGGY	106
Tableau N°58 : Evolution des recettes d'exploitations dans les trois hôpitaux	107
Tableau N°59 : Evolution des Charges dans les hôpitaux	107

Tableau N°60 : Evolution des Taux de rentabilité dans les trois hôpitaux	108
Tableau N°61 : Evolution des Ressources Propres dans les trois hôpitaux	108
Tableau N°62 : Evolution des Subventions dans les trois hôpitaux	109
Tableau N°63 : Evolution des Ressources Propres dans les Recettes Totales dans les trois hôpitaux	109
Tableau N°64: Evolution de la masse salariale sur Fonds Propres dans les 3 hôpitaux	110
Tableau N°65 : Evolution des Salaires dans les dépenses de fonctionnement dans les 3 hôpitaux	110
Tableau N°66 : Evolution des Charges à caractère général et hôtelier dans les dépenses de fonctionnement dans les 3 hôpitaux	111
Tableau N°67 : Evolution des charges des produits médico-pharmaceutiques dans les dépenses de fonctionnement dans les 3 hôpitaux de Dakar	112
Tableau N°68 : Evolution de la Part des Charges Provisionnées et financières dans les dépenses de fonctionnement dans les 3 hôpitaux	112
Tableau N°69: Evolution de la Part de Dotation aux Amortissements dans les dépenses de fonctionnement dans les 3 hôpitaux	113
Tableau N°70 : Evolution des Taux d'Occupation Moyens des Lits dans les trois hôpitaux	113
Tableau N°71 : Evolution des Durées Moyennes de Séjour dans les trois hôpitaux	114
Tableau N°72 : Evolution des Indices de Rotation des Lits dans les trois hôpitaux	114
Tableau N°73 : Evolution des taux de mortalité hospitalière dans les 3 hôpitaux	115
Tableau N°74: Evolution du nombre d'habitants/lits dans les 3 hôpitaux de Dakar	115
Tableau N°75 : Evolution du coût de l'activité de consultations dans les trois établissements hospitaliers de la région de Dakar	116
Tableau N°76 : Evolution des coûts de production des trois hôpitaux de Dakar	116
Tableau N°77 : Evolution des dépenses des trois hôpitaux par rapport aux journées d'hospitalisation	117
Tableau N°78 : Evolution des recettes moyennes rapportées aux hospitalisations dans les trois hôpitaux de Dakar	117
Tableau N°79 : Evolution des recettes moyennes rapportées aux journées d'hospitalisations dans les trois hôpitaux de Dakar	118
Tableau N°80 : Evolution de la part des ressources propres sur les dépenses de fonctionnement dans les 3 hôpitaux	118
Tableau N°81 : Evolution des ressources propres par rapport aux dépenses	

de fonctionnement hors masse salariale dans les 3 hôpitaux	119
Tableau N°82 : Evolution des subventions dans les dépenses de fonctionnement Hors salaire	120
Tableau N°83 : Evolution des recettes de consultations & actes et des hospitalisations dans les recettes totales	120
Tableau N°84: Evolution des recettes issues des services d'aide au diagnostic dans les recettes propres dans les trois hôpitaux de Dakar	121
Tableau N°85 : Evolution des taux de variation des recettes des services d'aide au diagnostic dans les trois hôpitaux de Dakar	122
Tableau N°86 : Classement des trois hôpitaux selon certains critères quantitatifs de performance	124
Tableau N°87 : Classement des hôpitaux après pondération des moyennes	126

B- Liste des Figures :

Schéma 1 : Cadre conceptuel pour l'évaluation de l'impact des réformes sur la performance de l'hôpital	16
Schéma 2 : Les structures de concertation et d'aide à la décision à l'HPD	43
Schéma 3: Modèle de l'étude	50
Schéma 4 : Gestion sanitaire et Données « patients »	130

Listes des sigles et abréviations :

TBN : Taux Brut de Natalité
TGTF : Taux Global de Fécondité Générale
PIB : Produit Intérieur Brut
P.N.B : Produit National Brut
OUA : Organisation de l'Union Africaine
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire et Social
IST : Infection Sexuellement Transmissible
PDIS : Programme de Développement Intégré de la Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PDES : Plan de Développement Economique et Social
I.E.C : Information Education et Communication
SIG : Système d'Information
EPS : Etablissement Public de Santé
MEG : Médicaments Essentiels sous nom Générique
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
HPD : Hôpital Principal de Dakar
HOGGY: Hôpital Général Grand Yoff
GRIS: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé
DEA: Data Envelopment Analysis
T.O.M.L.: Taux d'Occupation Moyen des Lits
D.M.S: Durée Moyen de Séjour
I.R.L.: Indice de Rotation des Lits
EPSH: Etablissement Public de Santé Hospitalier
ORL: Oto-rhino-laryngologie
CA: Conseil d'Administration
CME: Commission Médicale d'Etablissement
CTE: Commission Technique d'Etablissement
SAF: Service Administratif et Financier
CCG: Cellule Contrôle de Gestion
SSI: Service des Soins Intensifs
SS: Service Social

STM: Service Technique de Maintenance

S.A.U: Service d'Accueil des Urgences

PEC: Prise en charge

EEG: Electroencéphalographie

CTO: Centre de Traumatologie et d'Orthopédie

IB: Initiative de Bamako

CMP: Commission Mixte Paritaire

CSE : Conseil Supérieur d'Etablissement

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ISED : Institut de Santé et Développement

AFNOR : Association Française de Normalisation

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information (*Recueil statistique de l'activité médicale des hôpitaux fondé sur un résumé médical standard qui permet de classer chaque séjour dans un GHM*).

ACP : Agence Comptable Particulière

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

GHM : Groupe Homogène de Malade. (*Dans le cadre du PMSI, tout séjour d'un patient dans un établissement public ou privé aboutit à la classification du malade dans un groupe homogène de malade*).

SOMMAIRE

	Titres	Pages
Dédicace		i
Remerciements		ii
Listes des figures et des tableaux		iii
Listes des sigles et abréviations		vii
Table des matières		ix
INTRODUCTION		1
1^{ère} Partie : CADRE CONCEPTUEL		4
I – 1 Données générales sur le secteur sanitaire sénégalais		4
I – 2 PROBLEMATIQUE		6
I – 2 – 1 Raisons de la réforme		9
I – 2 – 2 Les changements attendus de réforme		9
I – 2 – 3 Les principes fondamentaux de cette réforme		10
I – 3 OBJECTIFS DE L'ETUDE		17
I – 3 – 1 Objectif général		17
I – 3 – 2 Objectifs spécifiques		17
I – 3 – 3 Intérêt de l'étude		17
I – 3 – 4 Délimitation de l'étude		18
I – 4 ETAT DES CONNAISSANCES		19
I – 4 – 1 Expériences des cinq pays sur l'autonomie hospitalière		19
I – 4 – 2 Méthodes d'évaluation de la performance hospitalière		22
I – 5 MODELE THEORIQUE (revue de la littérature)		24
I – 5 – 1 Les modèles des objectifs rationnels		25
I – 5 – 2 Les modèles des ressources		29
I – 5 – 3 Les modèles des relations humaines		30
I – 5 – 4 Les modèles de processus internes		31

2^{ème} Partie : CADRE OPERATIONNEL	32
II – PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE	32
II – 1 Population Cible	32
II - 1 – 1 Présentation des Etablissements Hospitaliers	32
II – 1 – 1 – 1 HÔPITAL DE FANN	32
II – 1 – 1 – 1 – 1 Historique	32
II – 1 – 1 – 1 – 2 Statut juridique	32
II – 1 – 1 – 1 – 3 Statut financier	33
II – 1 – 1 – 1 – 4 Organisation	33
II – 1 – 1 – 1 – 5 Types de prestations offertes	37
II – 1 – 1 – 2 HÔPITAL GENERAL GRAND-YOFF	38
II – 1 – 1 – 2 – 1 Quelques repères historiques	38
II – 1 – 1 – 2 – 2 Population couverte et rayon d'action	39
II – 1 – 1 – 2 – 3 Organisation	39
II – 1 – 1 – 2 – 4 Services et prestations offertes	40
II – 2 – 1 – 3 L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR	41
II – 1 – 1 – 3 – 1 Statut de l'hôpital principal de Dakar	41
II – 1 – 1 – 3 – 2 Organisation	43
II – 1 – 2 Règles et méthodes comptables	46
3^{ème} Partie : METHODOLOGIE	47
III DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	47
III – 1 Modèle théorique de l'évaluation de la performance des hôpitaux	47
III – 1 – 1 Les composantes et les indicateurs de la performance hospitalière	47
III – 1 – 1 – 1 Efficience	47
III – 1 – 1 – 1 – 1 Efficience productive	47
III – 1 – 1 – 1 – 2 Efficience allocative	48
III – 1 – 1 – 2 Qualité des soins	48
III – 1 – 1 – 3 Accessibilité	49
III – 1 – 1 – 3 – 1 L'accessibilité géographique	49
III – 1 – 1 – 3 – 2 L'accessibilité économique	49
III – 1 – 2 Comparaison des établissements hospitaliers	51
III – 2 METHODOLOGIE DE L'ETUDE	52

INTRODUCTION :

La notion de réforme réfère à un processus de changement. Selon le Petit Robert, l'action de réformer vient de « re-former » qui signifie « former de nouveau » (c'est-à-dire reconstituer), et du latin « reformare » (1174) qui signifie « Ramener à une forme meilleure ». La réforme du secteur de la santé est donc un processus suivi de révision fondamentale des politiques et des institutions dirigé par le gouvernement et destiné à améliorer le fonctionnement et les performances du secteur de la santé et en dernière analyse, l'état de santé de la population.

Dans le domaine de la santé, la réforme peut avoir deux conceptions complémentaires :

- ✓ La première met en évidence les attributs d'un système de santé et lie la réforme à sa finalité. On peut l'illustrer par la définition de Berman (1995), qui considère une réforme de santé comme « *un changement soutenu et déterminant pour améliorer l'efficacité, l'équité et l'efficience du secteur de la santé* ».
- ✓ La deuxième conception considère plutôt la nature du changement envisagé et lie la réforme au processus par lequel arrive le changement. Saltman & Figueras (1997) illustrent cette orientation à travers leur définition selon laquelle la réforme de santé est « *un processus qui intègre un changement institutionnel et structurel profond et soutenu par le gouvernement, et visant la réalisation d'une série d'objectifs politiques explicites* ».

Ainsi, quelle que soit sa conception, une réforme correspond toujours à un processus de changement et mobilise nécessairement un engagement politique. Les réformes de santé s'inscrivent donc dans une logique de transformation des systèmes de santé. La réforme du secteur de la santé est un processus qui vise à obtenir des changements majeurs dans les politiques, les programmes et les pratiques d'un pays par des changements dans les priorités, les lois, la réglementation, la structure organisationnelle et de gestion, et les mécanismes de financement dans le secteur de la santé. Les buts fondamentaux sont le plus souvent d'améliorer l'accès, l'équité, l'efficacité et/ou la durabilité. Une réforme a besoin d'un changement qui touche aussi bien les institutions existantes, les structures organisationnelles et les systèmes de management. Elle se rapporte donc, comme le précise Cassels (1995), à « *une redéfinition des priorités et des politiques et à une réorganisation des institutions de support* ». Dans son article classique sur les réformes du secteur de la santé, Berman (1995) précise qu'une réforme suppose « *un changement positif, substantiel et fondamental, construit*

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

à partir d'une réalité insatisfaisante ». C'est un changement dans ce qui est fait, comment il est fait et qui le fait (*Reform implies change in what is done, how it is done and who does it*).

Certains pouvoirs politiques africains dont le Sénégal se sont engagés à impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé, ou de ses prestataires.

A cet effet, face à l'insuffisance des ressources humaines et des moyens d'accompagnement, aux difficultés de mobilisation des crédits alloués aux hôpitaux, à l'incapacité de l'hôpital à assurer la maintenance de l'infrastructure et des équipements, au fonctionnement des hôpitaux selon une logique d'ordre administrative et réglementaire sans référence à la notion de performance, à l'insuffisance de la responsabilisation de l'équipe de direction et des professionnels de la santé et aux difficultés à satisfaire la population et le personnel de la santé, il s'avère nécessaire de modifier positivement les modes actuels d'organisation, de gestion et de fonctionnement de ces établissements en donnant une autonomie aux hôpitaux. Ce qui a amené l'Etat sénégalais a voté deux lois fondamentales (la loi 98-08 portant réforme hospitalière et la loi 98-12, relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des EPS dont l'objectif principal est de revitaliser le service public hospitalier sénégalais.

Bien que les motifs derrière le mouvement de réformes soient nombreux, ils gravitent presque tous autour des questions suivantes à savoir :

- La maîtrise d'une demande de soins en transition (*nouveaux problèmes et nouveaux groupes à risque*), de plus en plus complexe et incertaine (*comportement aléatoire des professionnels et des usagers, asymétrie d'information ...*) ;
- La maîtrise de coûts des soins de plus en plus inflationniste (*technologie médicale, industrie pharmaceutique, nouveaux besoins et nouvelles exigences*).
- La maîtrise des processus de gestion et l'amélioration de la performance des établissements de soins (*efficacité, efficience et qualité*) en rapport avec le mauvais fonctionnement du système de soins ;
- L'assurance d'une certaine équité dans la distribution des ressources et l'accès aux soins qui oblige un rôle actif de l'état dans la régulation du système de santé.

Ces différentes questions mettent au devant de la scène des systèmes de santé nationaux trois acteurs essentiels : *l'Etat, les producteurs ou prestataires de soins et les financeurs*. Les

interactions entre ces trois acteurs expliquent les différents modèles et approches de réformes à travers le monde. La mise en œuvre des réformes hospitalières, bien qu'elle est une étape importante ne suffit pas à elle seule pour l'atteinte des objectifs, elle doit être renforcée par le suivi et l'évaluation du plan de mise en œuvre en vue d'apprécier l'évolution des activités et leur impact sur la performance de l'hôpital, voire sur le système de soins en vue d'une nouvelle programmation. Plusieurs problèmes dans les hôpitaux publics sont reliés à des lacunes dans l'évaluation de la performance. L'évaluation de la réforme des hôpitaux vise à mesurer l'impact de cette réforme sur la performance des établissements. Elle repose donc sur la *définition et la mesure des indicateurs* qui permettront d'évaluer l'évolution de la performance des établissements depuis la réforme. Il est de plus nécessaire de rechercher en quoi l'évolution de la performance constatée est imputable à la réforme.

C'est ainsi qu'après avoir décrit brièvement les différentes conceptions, les principes fondamentaux des réformes, le rôle de l'hôpital dans le système de référence, le régime d'incitation du secteur hospitalier, la nature et l'étendue des services hospitaliers, les pratiques ou processus de l'hôpital, nous essayerons :

1. d'abord, d'identifier et mesurer l'efficacité, l'efficience et la qualité des soins dans les trois hôpitaux de la région de Dakar,
2. ensuite évaluer l'évolution de la performance de ces établissements hospitaliers depuis la réforme en essayant de comparer les différents résultats,
3. puis rechercher en quoi l'évolution de la performance constatée est imputable à la réforme
4. et enfin voir leurs répercussions sur le système de soins.



PREMIERE PARTIE
CADRE CONCEPTUEL

I – CADRE CONCEPTUEL :

I – 1 Données générales sur le secteur sanitaire sénégalais :

Le Sénégal, couvre une superficie de 196.722 km², avec une population de 10 145 550 habitants soit une densité de 51,6 habitants par km². C'est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano-sahélienne. Il est limité au Nord, par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au sud par la Guinée Bissau et la Guinée et à l'Ouest, il est ouvert sur l'Océan Atlantique. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est situé entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor.

La population urbaine représente près de 43% de la population totale. A l'instar des pays en voie de développement, le Sénégal est un pays à fécondité élevée. Le taux brut de natalité (TBN) est de 42/1000 (1997) contre 38 pour 1000 en 2003² et le taux global de fécondité générale (TGTF) est de 23/1000, le taux d'accroissement naturel au niveau national est de 2,7%. L'indice synthétique de fécondité calculé pour les femmes de 15 à 49 ans s'établit à 5,7 enfants par femme (EDS-III, 1997) et 5,2 enfants par femme en 2003³. La population du Sénégal est extrêmement jeune : plus de 57% de la population a moins de 20 ans. Les principaux groupes ethniques sont : les « wolof » (43%), les « puular » (24%), « les sérères » (15%), les « diolas » (5%) et les « mandingues » (4%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et d'autres religions (animistes notamment) représentent 2%.

Le produit intérieur brut (PIB) a, enregistré une croissance en termes réels de 5,7% contre 5,0% en 1997 et 5,1% en 1996. La santé et l'action sociale représentent 8% des dépenses courantes de l'Etat en 1995 au Sénégal contre 37% pour l'éducation et 18% pour les forces armées. L'évolution des dépenses du ministère de la santé au Sénégal au cours des années 90, montre une quasi-stagnation en Francs constants, bien que la part de ce budget dans les dépenses discrétionnaires (hors service de la dette) de l'Etat traduise un effort croissant envers ce secteur. Les dépenses du ministère de la santé par habitant stagnent. En termes courants, le PIB a connu en 1998 une hausse de 8,0% et le taux d'inflation mesuré par le déflateur du PIB s'est établi à 2,2%. Par secteur, les contributions du PIB à la croissance ont été de 0,61 point pour le primaire, de 1,67 points pour le secondaire, de 4,3 points pour le tertiaire et de 0,32 point pour les services non marchands. Le secondaire et le tertiaire ont été la locomotive de l'économie sénégalaise durant cette année. Le taux de croissance du PIB, se plaçant au-dessus de la croissance démographique (2,7%), traduit une nette amélioration du revenu par tête et offre la possibilité de relever le taux d'épargne intérieure, d'augmenter la capacité

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

d'investissement du pays. Cette synergie pourra permettre également la création de nouvelles lois et l'amélioration des conditions de lutte contre la pauvreté. Le P.N.B. (p.p.a. /hab.) en 2001 est de 1480 dollars US. ¹Les sources de financement internes représentent en 2001, 77% des dépenses de l'Etat dont 71% proviennent des recettes fiscales et 6% des emprunts intérieurs et que les 23% de déficit sont couverts par les dons (8%) et par des emprunts extérieurs (15%). Le budget du ministère de la santé y compris les fonds de dotation s'élevait à 29,2 Milliards, soit 4,8% des recettes fiscales de l'Etat et a représenté près de la moitié (47,2%) du financement de l'administration sanitaire et des structures publiques de santé, les collectivités locales (2,6%), les comités de santé (12,7%) soit au total un financement intérieur de 62,5% alors que l'extérieur a représenté 37,5% de ce financement.

Le système public de santé est organisé en un système pyramidal à trois échelons :

- *Le niveau opérationnel* comprend 50 districts sanitaires englobant 55 centres de santé et constituant la référence pour 768 postes de santé qui polarisent 551 maternités rurales et 1384 cases de santé qui sont des structures communautaires.
- *Le niveau intermédiaire* composé de 10 hôpitaux régionaux intégrés dans les régions médicales et 2 hôpitaux départementaux.
- *Le niveau national* constitué par 7 hôpitaux nationaux.

Dans le cadre des réformes en profondeur, des lois ont été promulguées : loi 92-07 du 15 janvier 1992 et décret d'application 92-118 du 17 janvier 1992 portant organisation de la participation des populations à l'effort de santé, loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences en matière de santé aux collectivités locales avec l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (1998-2007) et du Programme de Développement Intégré de la Santé (1998-2002) et la loi 98-08 du 12 février 1998 portant réformes hospitalières. Un guide méthodologique de projets d'Etablissements Publics de Santé (EPS) est élaboré et vulgarisé. Les outils de gestion sont élaborés. Les Etablissements Publics de Santé sont entrain d'élaborer leur projet d'établissement.

¹Données du Rapport financier du PDIS, présentation HL

I – 2 PROBLEMATIQUE

Le système de santé sénégalais comme dans les autres pays africains, est depuis le début des années 1990, confronté à de multiples problèmes qui altèrent son efficacité et son fonctionnement. Basé, à l'indépendance, sur le principe de l'accès aux soins pour tous, le système de santé souffre aujourd'hui de dysfonctionnements structurels au niveau du financement, de la gestion, de l'organisation, des statuts des structures et du personnel.

Le secteur de la santé, à l'instar des autres secteurs d'activités économiques et sociales, a connu d'importantes mutations ces dernières années sous l'influence des politiques d'ajustements structurels en Afrique. La déliquescence des Etats et le manque de moyens ont déstructuré un secteur où les besoins sont énormes, notamment face aux maladies tels le paludisme et le sida. Le Sénégal a opté pour une réforme radicale dans un changement politique et/ou économique graduel². C'est ainsi qu'au Sénégal, après des années d'efforts pour développer des districts de santé, le gouvernement décida une décentralisation radicale des pouvoirs et des ressources publiques mais sans indiquer aux collectivités locales comment allouer les fonds et les gérer. Le résultat a été une très large désorganisation des soins et une absence totale de communication entre les responsables locaux des services de santé et les nouveaux maires devenus tout puissants [*Grundman (2000)*].

Au sein du système de soins, l'hôpital occupe une place essentielle en tant que lieu privilégié de diagnostic et de soins, mais également en tant que référence des services et institutions de santé communautaires.

C'est ainsi que le *premier niveau* du réseau hospitalier est celui de l'hôpital de district ou départemental. Voué principalement aux soins, il gère les besoins quotidiens et assure les urgences simples selon le plateau technique dont il dispose. Il participe à l'exécution des grands programmes de santé publique et au développement de la prévention en assurant aux institutions sanitaires inférieures un soutien logistique.

Le deuxième niveau du réseau hospitalier constitué des hôpitaux provinciaux ou régionaux qui en dehors des soins, assurent un appui technique aux soins de santé primaires particulièrement en matière de gestion, de formation/supervision et de recherche opérationnelle.

² Miloud Kaddar : Dix ans de réformes des systèmes de santé dans les pays en développement ; In Economies et Sociétés, Série F. n° 39, « Développement » - 111. 9-10/2001. p. 1505-1522.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Le *troisième niveau* est constitué par l'hôpital national, centre hospitalier universitaire qui a une triple vocation de soins, d'enseignement et de recherche³.

Au cours des années 90, une période de « réforme des systèmes de santé » s'est ainsi ouverte avec de multiples promesses et concepts comme ceux relatifs au « partenariat privé/public » ou au « management participatif », donnant l'impression que l'on allait enfin combiner les exigences du service public portées par les administrations et l'esprit d'entreprise véhiculé par le secteur privé⁴. Les hôpitaux publics sont des composants importants pour les systèmes de santé dans les pays en voie de développement. Responsables en général pour entre 50% et 80% des dépenses récurrentes du gouvernement dans le secteur de la santé (*Barnum et Kutzin, 1993*), les hôpitaux publics utilisent presque la moitié du total des dépenses nationales dans le secteur de la santé (*Mills, 1993*). Dans plusieurs pays Africains, la majorité des dépenses hospitalières sont concentrées sur un ou deux hôpitaux majeurs en milieu urbain.

Ces hôpitaux consomment une grande quantité de ressources rares, et le besoin d'utiliser ces ressources dans un meilleur rapport coût/efficacité est de première importance. Il se pose la question de comment utiliser les ressources déjà existantes plus efficacement et de trouver de nouvelles ressources pour financer les activités à coût élevé des hôpitaux. Face à la disparition des ressources et des coûts sans cesse croissants, à l'incapacité à mieux gérer ces ressources, et à la mauvaise performance des hôpitaux, certains gouvernements ont récemment décidé d'accorder une plus grande autonomie aux hôpitaux, en espérant que cela pourra réduire la subvention de l'Etat, tout en renforçant leur efficacité et efficacité.

Au Sénégal, le sous-système hospitalier public représente environ 7,6 Milliards de Francs soit 20% de la consommation des services médicaux. Les hôpitaux publics mobilisent 6,4 Milliards de Francs, venant essentiellement du ministère de la santé à raison de 5,6 Milliards de Francs. Une bonne moitié de ces fonds est affectée aux structures nationales et en particulier aux CHU avec 2,3 Milliards pour ces derniers. Ce sous-système est un système administré par le ministère ; les bailleurs et les ménages ne contribuant que fort peu à son financement. L'Etat sénégalais dans le but d'accorder l'autonomie aux hôpitaux publics, a dans ce sens voté deux lois fondamentales, la loi 98-08 portant réforme hospitalière et la loi 98-12, relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé (EPS).

³ Moustapha Sakho « divers types d'hôpitaux » dans Echos de la santé & de l'action sociale
N° 6 janvier – février 1996

⁴ Miloud Kaddar : Dix ans de réformes des systèmes de santé dans les pays en développement
AEDES, Bruxelles, N°39, « Développement » - III. 9-10-2001, p. 1505-1522

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Cette réforme hospitalière, par la promotion de l'autonomie des structures, entend développer l'efficience et la réactivité dans les établissements hospitaliers.

Pour la mise en œuvre, deux décrets d'application et deux arrêtés ont été promulgués : le décret 98-701 du 26 août 1998 relatifs à l'organisation des EPS, le décret 98-702, du 26 août 1998 portant l'organisation administrative et financière des EPSH (Etablissements Publics de Santé Hospitaliers), l'arrêté portant charte des malades et l'arrêté relatif à la carte sanitaire. Les objectifs de ces réformes sont d'améliorer la qualité des soins et services et de renforcer les capacités de gestion. A cet effet, quel est le degré d'autonomie des hôpitaux sénégalais ?

Selon le modèle conceptuel pour l'autonomie hospitalière proposé par **Ramesh Govindaraj**⁵, nous pouvons classer les hôpitaux sénégalais dans le modèle de degré d'autonomie intermédiaire "stade C" qui évolue vers une décentralisation complète, avec peu d'autonomie aux fonctions politiques et de gestion. Dans ce cas, les objectifs généraux de la santé et spécifiques de l'hôpital, la gestion stratégique, l'administration, l'approvisionnement, gestion financière et gestion des ressources humaines sont assurés par le Conseil d'Administration (CA) avec une certaine influence du gouvernement (prise de décision, subvention, règlements concernant le personnel). Avant les réformes hospitalières, les structures hospitalières étaient des services administratifs rattachés au Ministère de la santé, chargés d'appliquer des directives et d'utiliser les crédits qui leur sont affectés. Le conseil d'administration n'était pas représentatif, le pouvoir du Directeur de l'hôpital était limité, le mode de gestion était opaque aggravé par la dualité de gestion sous l'avènement des Associations pour la Promotion de l'Hôpital (APH) et qui ne favorisait guère la performance.

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

Les réalités de cette fin de 20^{ème} siècle imposent d'aborder la santé dans sa dimension économique. Les soins ne doivent plus être considérés comme de simples tâches à exécuter, mais comme le résultat d'un processus de production. Les usagers ne doivent plus être perçus comme de simples bénéficiaires, mais comme des personnes capables d'exprimer une demande. Cette nouvelle conception exige l'émergence d'un nouveau type d'établissement, qui résultera du passage de l'hôpital « *administration* » à l'hôpital « *entreprise* ».

⁵ Ramesh Govindaraj : Guide de mise en œuvre ; Projet de données pour la prise de décision

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

La maîtrise de ce processus de changement doit nécessairement s'inscrire dans une réforme profonde du système hospitalier, qui doit être conduite de façon progressive et dans sa globalité⁶. On peut à présent se poser la question sur les raisons de la réforme hospitalière ?

1 – 2 – 1 Les raisons de la réforme :

- ✓ Difficultés à satisfaire la population et le personnel,
- ✓ Fonctionnement des hôpitaux selon une logique d'ordre administratif et réglementaire, sans référence à la notion de performance,
- ✓ Ressources financières insuffisantes,
- ✓ Incapacité de l'hôpital à assurer la maintenance de l'infrastructure et des équipements,
- ✓ Recours trop fréquent à l'appui extérieur pour éviter la dégradation des infrastructures et des équipements,
- ✓ Manque de rationalité économique dans la gestion,
- ✓ Insuffisance de la responsabilisation de l'équipe de direction et des professionnels de la santé,
- ✓ Les soins ne sont pas considérés comme un processus de production mais comme de simples tâches à exécuter,
- ✓ Usagers perçus non pas comme des personnes capables d'exprimer une demande, mais comme de simples bénéficiaires.

Afin de réussir les réformes dans le domaine hospitalier, les pouvoirs publics doivent pouvoir tirer préalablement les enseignements des réformes hospitalières passées et de définir un scénario réaliste pour l'avenir de l'hôpital, d'où l'importance du suivi et de l'évaluation.

Ainsi, que pouvons nous attendre de cette réforme ? Et quel soutien apporte-elle à la l'amélioration de la performance d'un hôpital autonome ?

1 – 2 – 2 Les changements attendus de réforme :

Ils se résument comme suit :

Au niveau de l'hôpital :

- le nouvel hôpital devra assurer l'équilibre de ses comptes et une qualité des soins pour répondre à ses obligations de performance,
- assurer aux hôpitaux une autonomie de gestion avec un statut d'établissement public, ce qui leur permettra ainsi une gestion plus souple,

⁶ Hubert BALIQUE, le système hospitalier du Sénégal : Analyse et Perspectives, Mai 1996

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

- la Direction et le personnel devront être responsables devant le Conseil d'Administration,
- la vision stratégique grâce au projet d'établissement,
- la logique performance en lieu et place de la logique administrative,
- la nouvelle organisation (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement) et des services nouveaux (Services de Soins Infirmiers, Contrôle de Gestion, Agence Comptable Particulière).

Au niveau des usagers :

- l'accessibilité financière des soins à la très grande majorité de la population,
- la disponibilité permanente des services et produits,
- la prise en charge de toutes les urgences,
- l'institution d'une charte du malade,
- la mise en place d'un système informatisé pour chaque malade hospitalisé,
- la représentation des usagers au Conseil d'Administration.

Au niveau du personnel :

- l'élaboration d'un statut spécial du personnel des EPS,
- l'institution de primes d'intéressement au profit du personnel.

La réforme en mobilisant les ressources soutient et rend possible l'autonomie financière. Par l'introduction des crédits budgétaire de l'Etat et la surveillance du budget, elle encourage la collecte, la gestion et l'analyse consciencieuse des données, améliore la gestion de l'hôpital en général. Par la décentralisation et la dévolution, elle soutient l'autonomie et par la compétition du marché, contribue à une limitation de dépenses efficace et crée un environnement de compétition avec l'augmentation de la participation du secteur privé. La réforme, pour répondre à l'objectif, celui de l'amélioration de la performance du système hospitalier se base sur certains principes fondamentaux.

I – 2 – 3 Les principes fondamentaux de cette réforme⁷ :

Ils se résument à :

- ✓ L'accessibilité aux soins,

⁷ Hubert BALIQUE : le système hospitalier du Sénégal : Analyse et Perspectives, Mai 1996

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

- ✓ La responsabilisation de la direction de l'hôpital, qui doit être capable d'assurer le respect d'un cahier des charges, en s'appuyant sur des méthodes propres à la gestion d'entreprise ;
- ✓ La responsabilité des médecins par rapport à leur service ;
- ✓ La mobilisation de l'ensemble du personnel autour d'objectifs communs, propres à l'établissement ;
- ✓ Le recentrage de l'Etat sur ses missions de service public et sur l'exercice de sa tutelle, en jouant un rôle de contrôle et de régulation,
- ✓ La prééminence de la qualité et du coût des soins, en tenant compte des diverses expressions de la demande ;
- ✓ La maîtrise des charges financières et du recouvrement des coûts.

Il est à signaler que le degré d'autonomie réelle dont bénéficient les établissements hospitaliers dans leur management ne dépend pas seulement des textes mais aussi du comportement de la tutelle. Il est donc nécessaire de s'interroger sur leurs performances effectives, si l'on veut orienter ces réformes dans le sens d'une amélioration globale de la performance du système hospitalier qui doit trouver sa juste place dans le système de soins.

La mise en place d'un système de suivi et d'évaluation est importante pour la mesure des résultats de ces réformes et voir si les changements instaurés ont eu un impact sur la performance des hôpitaux. Comment définissons nous la performance ?

La performance se définit comme la capacité à atteindre les objectifs fixés. Par conséquent, elle repose sur des objectifs définis et des référentiels⁸ de représentation⁹ du réalisé. On peut décliner la performance selon les dimensions individuelle, collective et organisationnelle. Mais la définition des objectifs et des référentiels de représentation pour chacune des dimensions ne peut se faire indépendamment les unes des autres. Les trois dimensions de la performance sont indissociables, ce n'est qu'un point d'entrée, un angle de regard sur la performance globale¹⁰.

On distingue dès lors la performance verticale, la performance latérale et celle horizontale.

La performance verticale désigne la capacité de l'offre de soins de l'hôpital à converger vers les objectifs globaux de notre société.

⁸ Se définit par les critères retenus, les indicateurs utilisés et les leviers d'action employés.

⁹ Est le fait de rendre sensible un objet absent ou un concept par la simplification de l'appréhension de celui-ci, au moyen de données quantitatives, de données qualitatives, de schéma, images, figures ou signes

¹⁰ ALICE TEIL : Défi de la performance et vision partagée des acteurs, Application à la gestion hospitalière ;
Thèse de Doctorat es Sciences de Gestion, Janv. 2002.

La performance latérale désigne la capacité de l'hôpital à répondre aux besoins des malades qui s'adressent à lui, mais aussi aux attentes des salariés, des financeurs du système, donc des citoyens.

La performance horizontale désigne la capacité de l'hôpital à combiner son activité avec les autres entités du système de soins pour assurer la qualité de la prise en charge dans ses dimensions techniques (c'est-à-dire le équipement), médicale (le juste acte), du soin (les justes compétences), organisationnelle (le juste délai, le juste temps, la juste information), sociale (le juste lieu), psychologique (la juste attention et la juste communication).

Evaluer les performances consiste à comparer ce qui est réalisé avec un terme de référence et à émettre un jugement de valeur.

Les faits ne parlent pas d'eux-mêmes: pour les apprécier, il faut les rapprocher de ce qui est projeté, désiré ou jugé acceptable. L'analyse de la performance nécessite avant tout de distinguer l'impact de l'efficacité.

La performance du système de soins peut être évaluée par son impact sur l'amélioration de la santé, ensuite par l'évaluation de l'efficacité du système de soins dont le but est *l'utilisation effective d'un panier de soins optimal* et ceci sous-tend que les soins offerts soient des soins de qualité, que le panier de soins offert soit le plus utile possible, compte tenu des ressources que la collectivité consacre au secteur sanitaire et que les soins disponibles soient accessibles, et enfin par l'évaluation de l'équité (une juste utilisation et une juste contribution).

Il est utile de concevoir la mesure et l'amélioration de la performance sous l'angle d'un "cycle", dans le cadre duquel le désir de corriger certaines faiblesses perçues des systèmes de santé amène une conceptualisation et une mesure de la performance. Les mesures de la performance exigent généralement une analyse plus poussée pour identifier les facteurs contrôlables. Cette analyse amène à son tour l'identification d'actions pour améliorer les performances, même si la mise en place des changements est rarement simple et évidente.

On retrouve généralement quatre grands acteurs impliqués dans le processus d'amélioration de la performance: les consommateurs, les prestataires, les gestionnaires et les dirigeants. Ces acteurs ont différents besoins d'information et jouent des rôles différents dans la poursuite de l'amélioration. Plusieurs pays ont proposé des cadres d'analyse de la performance qui incluent des objectifs de qualité, d'efficience et d'équité de même que la collecte d'indicateurs pertinents. On doit cependant garder un oeil sur le *coût des activités* reliées à la mesure et à l'amélioration de la performance. Les « *progrès de la santé des populations ne dépendent pas seulement d'une réflexion sur les stratégies médicalement efficaces et la mise à disposition des professionnels des moyens normalisés correspondant* » (**Gilles Dussault**,

1994), ce qui suppose qu'il existe d'autres déterminants qui concourent à amélioration de l'état de santé de la population.

En effet, le domaine de la santé est un domaine d'intervention sociale. Ceci signifie qu'il associe à ses activités caractéristiques, les soins des activités de tutelle et de financement collectif. Il est maintenant généralement accepté que la santé soit beaucoup plus que l'absence de maladies et qu'elle englobe le bien-être social et psychologique de même que la capacité de réagir à des circonstances et à des conditions changeantes.

L'amélioration de la santé est influencée par la qualité de l'environnement biophysique, les réseaux de soutien social et le développement économique. Par exemple, le développement économique peut être favorable à la santé tant qu'il améliore le niveau de vie, procure de l'emploi, et génère des recettes fiscales qui sont réinvesties dans les services de santé et d'éducation ainsi que dans les services sociaux. Notons que la complexité des déterminants de la santé peut expliquer pourquoi les conditions mêmes réunies ne produisent pas toujours les effets attendus.

Dans ce contexte, nous distinguons d'après la problématique de *Mead Over et Naoko Watanabe*, trois dimensions de l'environnement externe qui ont un impact important sur le comportement de l'organisation :

- La première concerne le *marché des soins médicaux* dans la zone de l'hôpital, qui peut comporter des prestations de soins concurrents mais aussi complémentaires pour les activités de l'hôpital. D'autre part, la demande de soins peut évoluer assez notablement, en raison d'une évolution de la morbidité ou d'une modification de comportements de recours aux soins. Il s'agit aussi du marché des facteurs de productions (ressources humaines, équipements). Des modifications substantielles dans cet environnement, qui peuvent résulter d'une volonté de réforme ou de la dynamique propre du secteur de soins, vont avoir un impact sur l'évolution de la performance de l'hôpital.
- La deuxième dimension est le *dispositif de financement des hôpitaux*. Deux types de modification doivent être observées à ce niveau : soit le dispositif de financement peut être modifié et ainsi les nouvelles règles de tarification peuvent être imposées à l'hôpital ou des mécanismes de tiers payant peut être développés ; soit le dispositif peut ne pas changer, mais les niveaux de financement peuvent considérablement évoluer. Ainsi, la subvention publique peut être notablement réduite, contraignant les établissements à améliorer leur efficacité tout en les incitant fortement à accroître leurs ressources propres. Ceci entraînera une réorientation des activités hospitalières.

- La troisième dimension est constituée par le *fonctionnement effectif de la tutelle*, que Mead Over et Naoko Watanabe dénomme la « *structure gouvernementale de régulation externe* ». Dans ce domaine de la « *gouvernance externe* » du système hospitalier, la réforme, en modifiant le cadre réglementaire de l'exercice de la tutelle, doit faire évoluer les relations entre l'établissement et l'administration centrale. Mais l'exercice effectif des prérogatives réglementaires de l'administration centrale, peut prendre des formes diverses selon la volonté politique d'accorder une autonomie effective aux responsables hospitaliers.

Ces trois dimensions forment ainsi un système d'incitations externes que **Over** et **Watanabe** appellent le « *régime d'incitations de l'hôpital* ».

Selon **Christian VULLIEZ** et **Patrick LEMATTRE**, « *l'environnement externe sera l'ensemble des forces, des décisions et des contraintes externes à l'établissement, qui ne sont pas créés par lui mais qui influencent son activité* ».

L'environnement externe de l'établissement se compose donc :

- ✓ **des concurrents** c'est-à-dire les établissements de la même branche qui sont donc avec lui en situation de concurrence ;
- ✓ **des fournisseurs** qui sont en amont du cycle de production et qui sont indispensables à son fonctionnement ;
- ✓ **des clients** qui sont la justification de son activité ;
- ✓ **des politiques** : les décisions d'ordre politique (conséquence des guerres, coups d'état etc...), la politique économique du gouvernement, la politique des prix, des salaires, des subventions etc... ;
- ✓ **le cadre juridique** (légal ou réglementaire) définissant le statut, la mission et déterminant les rapports avec les autres établissements et les bénéficiaires ;
- ✓ **le cadre technologique** où l'innovation technologique peut remettre en cause l'activité de l'établissement ;
- ✓ **le cadre social** où en fonction du climat social existant entre les dirigeants et les salariés, les tensions sociales, peut influencer les prévisions et les objectifs de l'établissement ;
- ✓ **le cadre culturel** où les croyances, le niveau d'instruction, les modes, les coutumes, les mœurs, les styles et même les goûts sont autant de facteurs que l'hôpital doit prendre en compte.

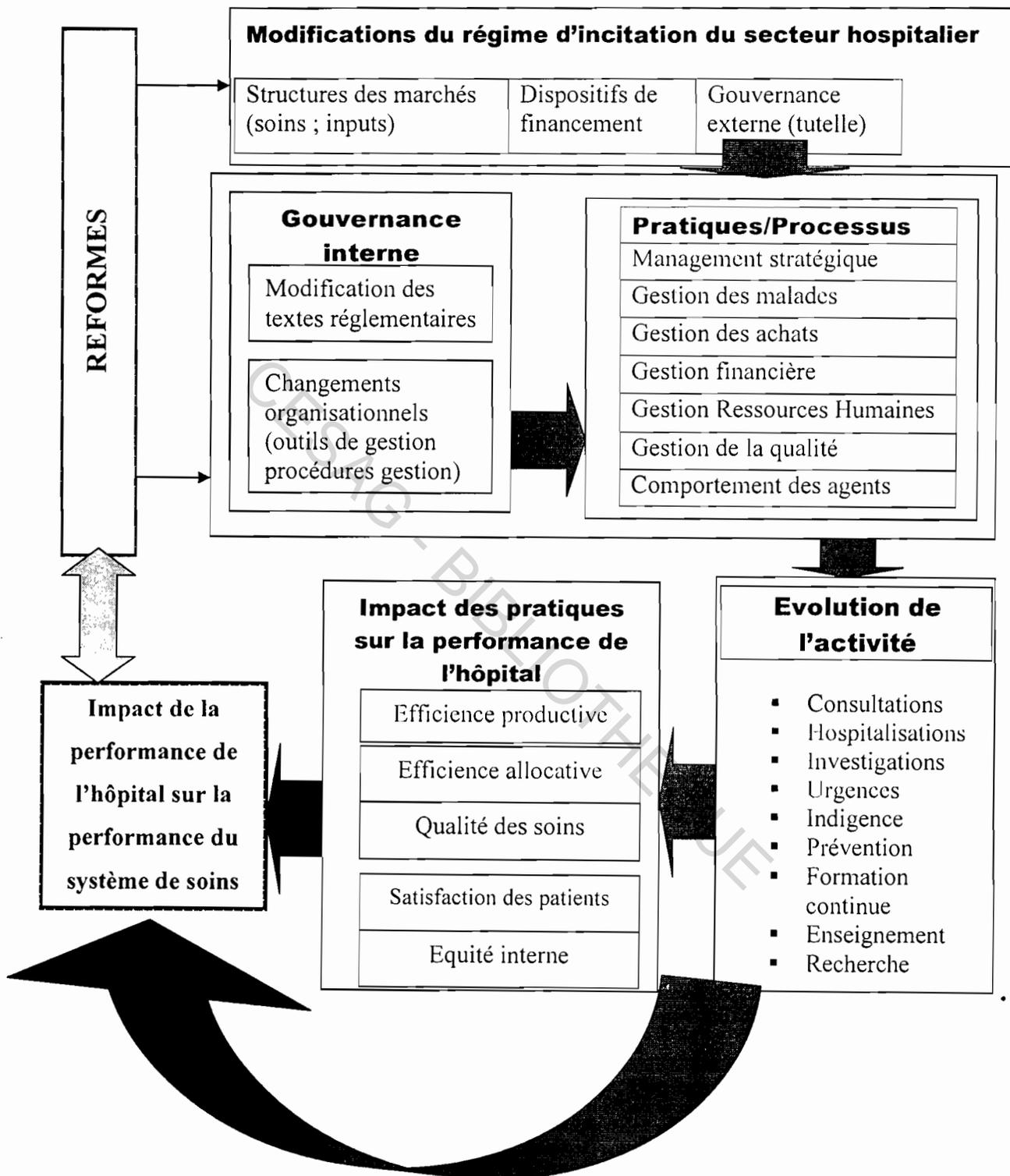
Quant au cadre réglementaire du management hospitalier, il fixe les statuts de l'hôpital, détermine les responsabilités du management dans ses principales dimensions (*management stratégique, gestion des ressources humaines et financière, gestion de la qualité, des achats, des malades et le comportement des agents*).

La modification de ce cadre réglementaire, en donnant de nouvelles responsabilités aux responsables hospitaliers, peut modifier les comportements managériaux. Ces derniers dépendront aussi des modalités de mise en œuvre de la gouvernance externe des établissements, mais aussi des autres modifications du contexte. .

Habituellement, les problèmes auxquels s'attaquent les ministères de la santé sont interdépendants et nécessitent plusieurs stratégies de réforme. Ces stratégies, à leur tour, ont souvent des impacts sur plus d'une dimension ou plus d'un niveau du système de santé (par exemple, à la fois sur les soins primaires et tertiaires, sur le financement et la gestion de la prestation de services) et sur plusieurs buts de la réforme (par exemple, en même temps sur l'efficacité et la durabilité). Elles peuvent avoir simultanément aussi des effets voulus et non voulus, ou des résultats positifs pour un but mais négatifs pour un autre. Par exemple, des améliorations au plan de la durabilité financière peuvent avoir des répercussions négatives pour l'équité, à moins que des mesures compensatoires ne soient prises en faveur des pauvres. Chose tout aussi importante, les stratégies techniques spécifiques utilisées pour remédier à ces problèmes de performance exigent aussi des mesures politiques, institutionnelles et de gestion telles que la recherche d'un consensus, la maîtrise des contraintes bureaucratiques et la décentralisation de l'autorité pour surmonter les obstacles organisationnels et politiques qui entravent la réforme du secteur de la santé. D'ordinaire, les stratégies techniques ne sont pas suffisantes par elles-mêmes pour parvenir aux résultats désirés.

L'analyse des déterminants de la performance peut donc s'inscrire dans le cadre conceptuel comme nous la montre la structure ci-dessous :

Schéma 1 : Cadre conceptuel pour l'évaluation de l'impact des réformes sur la performance de l'hôpital : (source : Pr. Hervé LAFARGE)



Après cette problématique, nous nous proposons d'énoncer les objectifs de l'étude, montrer son importance, et essayer de la délimiter.

I - 3 OBJECTIFS :

I - 3 - 1 Objectif général :

- Comparer l'évolution de la performance de trois hôpitaux de la région de Dakar depuis la réforme hospitalière.

I - 3 - 2 Objectifs spécifiques :

1. Mesurer et l'évolution de l'activité dans les établissements hospitaliers,
2. Evaluer l'efficience (productive et allocative),
3. Evaluer la qualité des soins et des services,
4. Analyser les facteurs qui ont contribué à la réussite ou à l'échec de la performance de ces établissements.

I - 3 - 3 Intérêt de l'étude :

Plusieurs problèmes dans les hôpitaux publics sont reliés à des lacunes dans l'évaluation de la performance. L'intérêt de cette étude découle de l'absence d'étude d'évaluation de la performance des hôpitaux depuis la réforme hospitalière au Sénégal. Cette étude que nous envisageons de mener permettra d'apprécier l'évolution des activités depuis le début de la réforme et en même temps d'identifier les points forts et les points faibles des réformes sur la performance des hôpitaux de Dakar. Il faut noter également que peu d'études ont cherché à évaluer l'expérience des hôpitaux tant au niveau des mérites et les limitations de l'autonomie hospitalière surtout que les réformes hospitalières ne sont qu'à ces débuts (loi N°98-08 du 12 février 1998 pour le Sénégal).

Cette étude permet :

- ✓ de contribuer à évaluer la performance des établissements hospitaliers depuis la réforme et les progrès réalisés dans la mise en œuvre des réformes ;
- ✓ de rechercher en quoi l'évolution de la performance constatée est imputable à la réforme ;
- ✓ de permettre aux responsables impliqués dans l'administration des ces établissements d'y trouver des approches de solutions à des points à améliorer;

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

- ✓ de comparer les performances d'hôpitaux de la région de Dakar en termes d'accès, de qualité, d'équité (couverture, accès aux soins, charge des coûts), d'efficacités productive et allocative.

La mise en œuvre des réformes seules ne suffit pas pour l'atteinte des objectifs, elle doit être renforcée par le suivi et l'évaluation, processus incontournable dans la réussite de la mise en œuvre des réformes hospitalières. L'intérêt de cette étude réside aussi dans le choix des indicateurs selon les critères de performance, car il existe une multitude d'indicateurs pour mesurer la performance des hôpitaux.

En ce qui nous concerne, cette étude sera une expérience pour nous et nous permettra dans l'avenir de contribuer efficacement à la mise en œuvre des réformes à travers des projets d'établissements dans mon pays et de mener avec aisance les études portant sur l'évaluation des réformes hospitalières.

1 – 3 – 4 Délimitation de l'étude :

Les établissements concernés par cette étude sont les hôpitaux publics de troisième niveau de la région de Dakar. Il s'agit de l'Hôpital Principal de Dakar, de l'Hôpital Général Grand Yoff et le CHU de Fann. Les trois hôpitaux ont des projets d'établissements : 2002 – 2006 pour l'HPD et l'HOGGY et 2004 – 2008 pour le CHU de Fann. La mise en œuvre des réformes ayant effectivement commencé en 2000 dans ces hôpitaux bien que la loi a été votée en 1998. Nous rappelons que l'HPD a été créé par la loi 2000-01 du 10 janvier 2000. C'est ainsi que l'étude a pris en compte les données concernant les années allant de 2000 à 2003. Les informations recueillies concernent tous les services de ces hôpitaux. Les aspects concernant la satisfaction des usagers ne sera pas abordé dans cette étude.



I – 4 ETAT DES CONNAISSANCES:

Nous essayerons de passer en revue les études existantes portant sur l'impact de l'autonomie sur la performance hospitalière et sur les méthodes d'évaluation de la performance hospitalière.

I – 4 – 1 Expériences des cinq pays sur l'autonomie hospitalière :

Les études basées sur l'enquête sur le terrain (interview) et la collecte des informations hospitalières pour évaluer le processus, la procédure et l'impact de l'autonomie sur la performance des hôpitaux publics, les tendances budgétaires, en personnel, en utilisation des services, en répartition des lits, en taux d'occupation des lits et en durée moyenne de séjour menées dans cinq pays (Indonésie, Kenya, Inde, Zimbabwe, Ghana) ont été un peu décevantes du fait que les conclusions de ces études n'ont pas apporté des changements attendus par rapport à l'efficacité, la qualité des soins, et la responsabilité publique. On note néanmoins des succès occasionnels et isolés et ceci pouvait être dû à une durée relativement courte de l'autonomie dans les hôpitaux du secteur public et de l'instabilité qui accompagne souvent les réformes systémiques. D'après Mukesh Chawla et Ramesh Govindaraj¹¹, une base conceptuelle imparfaite pour l'autonomie hospitalière dans le secteur public, ainsi qu'une mauvaise mise en oeuvre des mesures autonomes, seraient responsables du succès limité. L'incapacité d'appliquer les structures et les motivations du secteur privé dans les hôpitaux publics, les conflits et l'inertie dans les institutions, la capacité de prise de décisions et de gestion limitée, le manque d'un plan financier compréhensif et soutenable, et des systèmes d'informations inadéquats, entre autres, ont tous contribué au succès limité des hôpitaux autonomes dans leur but d'apporter des modifications majeures soit à leur fonctionnement ou à leur performance.

➔ **L'Indonésie** a initié le programme d'autonomie hospitalière appelé « Unité Swadana » en 1991 pour encourager les hôpitaux à recouvrer une partie de leurs coûts. Selon **Thomas Bossert et al**¹², il s'agit d'évaluer les tendances budgétaires en personnel, en utilisation du service, et d'apprécier les changements en matière de gestion, de motivation et de procédures budgétaires. Le constat est que, les tarifs dans les hôpitaux autonomes étaient plus élevés avec tendance générale à la réduction de l'accès aux services par les pauvres.

¹¹ Mukesh Chawla, Ramesh Govindaraj : Le Project de Données pour la Prise de Décisions ; Guide de mise en œuvre, Août 1996.

¹² Thomas Bossert, Soewarta Kosen, Budi Harsono et Ascobat Gani) : L'autonomie hospitalière en Indonésie ; Sommaire des expériences des cinq pays, Septembre 1996.

Ces auteurs n'ont pas eu de preuve sur l'impact de l'autonomie hospitalière sur les décisions relatives au personnel car le nombre d'agents dans chaque catégorie personnel était resté stable pendant la période étudiée.

La mesure de l'efficacité productive en regardant la durée moyenne de séjour et les taux d'occupation des lits avait aussi peu de répercussions en termes de changement dans les différents types d'hôpitaux. Les seuls signes intangibles d'amélioration ayant résulté de l'autonomie hospitalière étaient au niveau des systèmes de gestion.

→ *Au Kenya*, comme dans plusieurs autres pays, les hôpitaux publics consomment une large portion des maigres ressources allouées au secteur. Devant les difficultés de financer les services de santé, le gouvernement a accordé une plus grande autonomie à quelques hôpitaux pour améliorer leur gestion, ce qui va entraîner une meilleure qualité de service, générer plus de revenus, et/ou réduire les coûts. Ce qui a vu la transformation de l'hôpital National Kenyatta en 1987 en entreprise publique avec un conseil d'administration qui était responsable de l'actif et du passif de l'hôpital, de son développement et de sa gestion.

Le Conseil d'Administration était de plus en plus associé au processus de prise de décisions au niveau de la direction. L'évaluation menée par *David Collins et al*¹³ sur l'autonomie hospitalière au Kenya montre qu'il en a résulté des améliorations dans la gestion et même au niveau de la qualité des soins.

Les améliorations dans l'efficacité productive et dans la qualité des soins ont eu lieu surtout à cause de la disponibilité croissante des provisions, des améliorations dans la maintenance des bâtiments et des équipements, et des conséquences bénéfiques de ces facteurs sur la productivité du personnel. Globalement le Taux d'Occupation Moyen des Lits (T.O.M.L.) semble avoir augmenté légèrement, les statistiques de la Durée Moyenne de Séjour (D.M.S.) sont restés à peu près les mêmes au fil des années. Le nombre de personnel de soutien ne cesse d'augmenter alors qu'on constate, dans l'ensemble, une régression du nombre total de personnel. Les charges de personnel ont augmenté mais la part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement est en régression.

¹³David Collins, Grace Njeru et Julius Meme : *L'Autonomie hospitalière au Kenya*, Sommaire des expériences des cinq pays, Septembre 1996.

Néanmoins, l'autonomie croissante de l'Hôpital National Kenyatta a amélioré sa capacité de négocier, de planifier, de mettre à exécution ses programmes, d'être responsable des projets d'assistance financés par les organismes d'aide et de faire un rapport sur leur performance.

→ *Au niveau de l'Inde*, l'étude menée par *Mukesh et al*¹⁴ sur l'autonomie hospitalière en Inde montre que le Conseil pour la Gestion Hospitalière d'Andhra Pradesh (APVVP) qui a remplacé le Ministère de la Santé dans la gestion des hôpitaux a réussi à mobiliser des ressources publiques pour son financement. Ils ont aussi souligné que le statut d'autonomie a été utile pour assurer les performances de la maintenance des équipements et des bâtiments, et dans une certaine mesure, la qualité des soins. Mais, il n'y a pas eu d'impact pour le personnel employé par l'organisation, ni pour ceux qui travaillent dans la structure.

→ *Au Zimbabwe*, *Needleman et al*¹⁵ ont comparé la performance de l'Hôpital Parirenyatwa qui est autonome et celle de l'Hôpital Central de Harare non autonome. Il s'agit d'une étude de cas portant sur l'autonomie financière, administrative ou de gestion des hôpitaux publics et couvre une période allant de 1993-1995. L'étude montre qu'il n'y a pas eu de différences significatives au niveau de la performance des deux hôpitaux. En ce qui concerne les domaines particuliers de fonctionnement des hôpitaux, la performance est comparable ou liée aux niveaux budgétaires alloués à la rubrique.

Les taux de mortalité à Parirenyatwa sont plus bas qu'à Harare Central, mais ces différences pourraient résulter des cas traités, du niveau de pauvreté plus élevé pour la population traitée par Harare, ou de ressources plus élevées disponibles à Parirenyatwa, plutôt que de différences de gestion. Les taux de mortalité à la maternité et dans les autres services à Parirenyatwa montèrent entre les années de 1989 et 1995, mais ceci pourrait s'expliquer par le fait des déclinés dans l'économie du Zimbabwe ou du fardeau croissant du VIH/SIDA.

→ *Au Ghana*, l'étude est menée par l'Université Havard chargé par l'USAID Afrique et concernant les deux centres hospitaliers universitaires du Ghana à savoir l'Hôpital Korle Bu (KBU) et le Centre Hospitalier Universitaire Komfo Anokye (CHUKA) qui sont autonomes et rapportée par *Ramesh et al*¹⁶.

¹⁴ Mukesh Chawla et Alex George : l'Autonomie hospitalière en Inde ; Sommaire des expériences des cinq pays, Septembre 1996.

¹⁵ Jack Needleman, Mukesh Chawla et Oliver Mudyarabikwa: L'Autonomie Hospitalière au Zimbabwe; Sommaire des expériences des cinq pays, Septembre 1996.

¹⁶ Ramesh Govindaraj, A. A. D. Obuobi, N. K. A. Enyimayew, P. Antwi et S. Ofosu-Amaah : L'Autonomie hospitalière au Ghana ; Sommaire des expériences des cinq pays, Septembre 1996.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

La méthodologie de recherche utilisée comprenait le recueil et l'analyse des données, des entretiens et des études de terrain dirigées. Dans leur modèle, l'autonomie est conceptualisée en tant qu'évolution graduelle du processus de prise de décision totalement centralisé à un système totalement décentralisé pour chacune des quatre fonctions de gestion : direction, gestion générale, gestion financière et gestion des ressources humaines. L'expérience de l'autonomie dans ces Centres Hospitaliers Universitaires au Ghana n'a pas produit la majeure partie des résultats attendus en termes d'efficacité, de qualité des soins, et de responsabilité publique. Les quatre critères utilisés pour évaluer l'autonomie hospitalière au Ghana étaient : *efficacité, justice, responsabilité publique, et qualité des soins*.

Pour tous les deux hôpitaux, les fonctions de gestion de même que la base légale de l'autonomie hospitalière au Ghana, a été évaluée suivant les quatre critères d'évaluation.

Selon ces auteurs, l'échec du processus d'autonomie peut être attribué à l'incapacité ou le manque de volonté du Ministère de la Santé de rendre les institutions totalement autonomes. Dans leur rapport, ils ont aussi souligné que l'expérience avortée de l'autonomie au Ghana ne démontre pas par elle-même le défaut de viabilité du concept de l'autonomie et insisté sur le fait qu'un bon nombre des changements sur la base des quatre dimensions considérées dans la présente étude pour évaluer l'autonomie pourraient être réalisés sans l'octroi de l'autonomie aux hôpitaux. Selon eux, il s'agit plutôt d'un problème de gestion plus qu'une question d'autonomie.

I – 4 – 2 Méthodes d'évaluation de la performance hospitalière

D'après Francis¹⁷ une évaluation de la performance a généralement un objectif externe aux institutions hospitalières et est motivée par le souci de promouvoir la transparence pour les patients et les bailleurs de fonds.

- En Hollande, l'évaluation d'Elsevier et du Bureau « Landelijk onderzoek » basée sur une enquête d'opinion sur la performance hospitalière, donc sur des critères subjectifs et variables ne donnent qu'une vue partielle et superficielle de la performance des hôpitaux.

- L'évaluation en France des cliniques privées à l'initiative de l'Agence Nationale de l'Evaluation des Soins (ANAES) a par rapport à la méthode hollandaise, utilisée des critères objectifs, comme la durée de séjour ou le taux de remplacement par la chirurgie ambulatoire.

¹⁷ Francis Roger France : Méthodes d'évaluation de la performance hospitalière, Centre d'Informatique Médicale des Cliniques Universitaires St Luc.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Mais la validité de ces critères pour juger de la performance se pose, car la durée de séjour ne représente qu'une moyenne où la lourdeur des cas n'est pas nécessairement identique entre hôpitaux et il n'y a pas de véritable indicateur de morbidité ou de mortalité relatif à la qualité des soins, ni d'élément relatif aux ressources utilisées.

- Une évaluation par benchmarking inter-hospitalier aux Etats-Unis et dont la méthode a été développée par le SOLUCIENT Leadership Institute et publiée dans Modern Healthcare le 11 décembre 2000. Trois sources de données sont utilisées à savoir les données financières sur tous les patients disponibles dans le Medicare Cost Report, les résumés de dossiers médicaux permettant de mesurer la mortalité, la morbidité, les complications et les durées de séjour, les données financières obtenues par l'hôpital (marge de profit, proportion du revenu des consultations, taux d'occupation des lits). Les hôpitaux ont été regroupés en 5 catégories.

L'échelle de performance pour comparer ces hôpitaux est basée sur huit critères :

- ✓ Le taux de mortalité lié aux risques de la pathologie (permet de mesurer la mortalité inattendue étant donné le type de pathologie concernée) : cet indicateur mesure la qualité des soins ;
- ✓ Le taux de complications ajustées aux risques de pathologies, qui comme le précédent est un indicateur de qualité de soins ;
- ✓ La durée moyenne de séjour ajusté à la sévérité, qui mesure l'efficacité de la consommation des ressources hospitalières et révèle d'éventuelles inadéquations dans la prestation des soins.
- ✓ La dépense par séjour ajusté par la typologie des cas et le salaire du personnel, qui mesure l'efficacité productive. L'ajustement des séjours est obtenu par une multiplication du nombre de cas aigus par un facteur supplémentaire permettant d'inclure non seulement les séjours de patients aigus, mais aussi de patients non aigus et les hospitalisations de jour.
- ✓ La rentabilité (marge financière disponible), mesure la rentabilité hospitalière globale exprimée en pourcentage
- ✓ La proportion des revenus ambulatoire : c'est la proportion des revenus des patients externes par rapport au total des revenus des patients hospitalisés. C'est un indicateur considéré comme important aux USA, où le taux d'occupation est faible et où les patients ambulants constituent un véritable défi ;
- ✓ Le taux d'occupation des lits, qui mesure l'efficacité productive et

- ✓ La productivité (revenu net des patients divisé par le total des avoirs de l'hôpital) qui mesure le degré de productivité que l'hôpital peut accomplir en relation avec le capital dont il dispose.

Le classement des hôpitaux est établi à partir de chacune des 8 mesures de performance, d'abord par hôpital, chaque hôpital est ensuite placé dans sa catégorie. Un rang lui est attribué pour chaque mesure, ensuite pour les 8 mesures afin d'obtenir un rang de l'hôpital dans sa catégorie. Les 100 meilleurs hôpitaux, c'est-à-dire ceux qui ont obtenu les rangs les plus élevés dans chacune des 5 catégories ont été sélectionnés comme les 100 meilleurs hôpitaux par an.

L'avantage de la méthode américaine d'après l'auteur est d'inclure non seulement des critères de qualité des soins, mais aussi des critères économiques ; en particulier, le niveau de la trésorerie susceptible d'amener des innovations apparaît être un élément utile à considérer pour l'avenir des hôpitaux.

Il existe des différents modèles de la performance hospitalière lorsque nous nous référons à des recherches effectuées dans ce domaine.

I – 5 MODELE THEORIQUE (revue de la littérature):

La recherche de performance de l'offre de soins hospitalière requiert la satisfaction de trois méta-dimensions que sont l'inscription de l'action dans le cadre du système de santé, la réponse aux besoins des individus et l'organisation en réseau de la trajectoire des patients¹⁸. Pour y parvenir, nous essayerons de définir des critères de performance et de déterminer des variables explicatives de la performance ainsi que des leviers d'action de la performance. Les critères de performance représentent les conditions de sa réalisation et donc, les éléments que l'on va chercher à évaluer pour appréhender la performance. Pour évaluer ces critères, sont élaborés des indicateurs qui constituent une information sur le degré de réalisation des critères. Ces indicateurs pouvant se définir comme la traduction chiffrée d'une mesure donnée.

¹⁸ ALICE TEIL : Défi de la performance et vision partagée des acteurs, Application à la gestion hospitalière ; Thèse de Doctorat es Sciences de Gestion, Janv. 2002.

«Ils sont le produit d'un ensemble d'opérations empiriques, effectuées à l'aide d'un ou plusieurs instruments de mise en forme de l'information. Il permet de classer un objet dans une catégorie par rapport à une caractéristique donnée¹⁹ ». Les variables explicatives comprennent l'ensemble des facteurs qui concourent à l'obtention de la performance ainsi évaluée. Les leviers d'action constituent, parmi les variables explicatives, les éléments sur lesquels on peut agir pour améliorer la performance. Du fait de l'ambiguïté définitionnelle de la notion de performance en général, et de la performance hospitalière en particulier, dans la littérature, on trouve non seulement des critères et indicateurs de résultat médicaux et économiques, mais aussi des critères et indicateurs de processus, ressources et satisfaction des parties prenantes (usagers et professionnels de santé). On trouve aussi des travaux de recherche qui cherchent à combiner plusieurs types de critères de performance. De ce fait, d'après la revue de littérature et si nous nous référons à la thèse d'Alice TEIL, il existe des modèles à caractère « universel » dans le sens où ces modèles cherchent à définir des relations de causalité stables et transposables à toutes les organisations entre la performance et les quatre éléments de l'organisation : ses résultats, sa structure, ses processus et la satisfaction des parties prenantes et des modèles présentant les trois approches reposant sur une vision relative de l'appréciation de la performance qui sont : l'approche de A. Donabedian, l'approche du **GRIS** (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé) et l'approche de R. Sainsaulieu. Ces approches posent le cadre d'analyse de la performance. Les modèles proposés sont classés en quatre types génériques :

1 – 5 - 1 Les modèles des objectifs rationnels : qui reposent sur une analyse des résultats de l'organisation en termes d'efficience économique. Dans ce type de modèles, un établissement est performant lorsqu'il atteint ses objectifs, objectifs qualifiés de rationnels. Implicitement utilisés par les praticiens, ces modèles sous-tendent les analyses économiques du type coût-efficacité et correspondent à la vision instrumentale et fonctionnelle de l'organisation qui a été et reste la vision dominante de l'organisation. Les objectifs étant définis en termes de production des soins « *produire plus au moindre coût* », l'évaluation de la performance consistera à évaluer dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints.

¹⁹Yvon Brunelle, Alain Saucier : Les Indicateurs et le Système de Soins ; Planification-Evaluation Santé Services Sociaux, Québec, Collection Méthodologie et Instrumentation ; Février 1999.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

La performance de ce type de modèle renvoie à l'efficacité économique c'est-à-dire à la conjugaison de l'efficacité technique et de l'efficacité allocative. *Evans et alii*²⁰ définissent dans leurs travaux, l'efficacité technique, allocative et économique. Selon eux, l'efficacité technique est la capacité, essentiellement technologique de produire un traitement (ou un programme de santé) au coût le plus bas possible, ce qui correspond à l'efficacité productive. L'efficacité allocative correspond au meilleur choix possible d'allocation des ressources compte tenu des contraintes. L'efficacité technique est locale, c'est-à-dire qu'elle concerne un programme ou une action sans tenir compte du coût d'opportunité de ce programme ou de cette action tandis que l'efficacité allocative est globale, c'est-à-dire que sa mesure tient compte du coût d'opportunité de la mise en œuvre d'un programme en situation de ressources limitées, ce qui rend son évaluation difficile. La mesure de l'efficacité allocative vise à s'assurer qu'un autre programme ou action n'aurait pas produit de meilleurs résultats avec le même engagement de ressources. Signalons que tous les travaux de recherche menés sur l'efficacité de la production hospitalière relèvent de ce type de modèles. Ils utilisent généralement plusieurs extrants, mais cela ne signifie pas que la perception de la performance hospitalière est multidimensionnelle, car celle-ci se réduit à l'efficacité économique. Ici, une organisation (l'hôpital) est performante lorsqu'elle est efficace, et comment pouvons nous mesurer cette efficacité ? Dans la thèse d'Alice TEIL, celle-ci souligne que cette mesure se fait par l'atteinte d'un *optimum de Pareto*²¹ comme nous le montre *J. Magnussen*²² dans son article sur la mesure de l'efficacité de la production hospitalière :

²⁰Evans D.B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A., « The comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: an Analysis of 191 Countries », GPE discussion paper, n° 29 EIP/GPE/EQC/WHO.

²¹ Vilfredo PARETO : « Economie politique » a posé les fondements de l'économie du « Bien-être » et qui définit « l'Optimum de PARETO » comme suit : "On dira que les membres d'une collectivité jouissent, dans une certaine position, du maximum de satisfaction, quand il, est impossible de trouver un moyen de s'éloigner très peu de cette position, de telle sorte que l'utilité dont jouit chacun des individus de cette collectivité augmente ou diminue c'est-à-dire que tout petit déplacement à partir de cette position a nécessairement pour effet d'augmenter la satisfaction dont jouissent certains individus et de diminuer celle dont jouissent d'autres".

²² Magnussen J., 1996, op. cit.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

« A hospital is said to be technically efficient if an increase in an output requires a decrease in at least one other output, or an increase in at least one input²³ » ; autrement dit, l'hôpital est efficient si l'on se situe sur la courbe des optima de Pareto de la fonction de production hospitalière ; et par une comparaison à une norme retenue ; celle-ci pouvant être une moyenne des autres établissements ou un autre établissement similaire. *D. Sherman*²⁴ a présenté dans son article, une technique de mesure de l'efficacité « the Data Envelopment Analysis (DEA) » qui repose sur une comparaison entre les hôpitaux efficients et non efficients. Mais cette méthode a des limites ; c'est ainsi qu'il écrit ce qui suit : « DEA can only be used by comparing hospitals or hospital departments, as it locates only relatively inefficient units²⁵ ». Par conséquent, nous avons deux possibilités, soit on cherche à définir l'efficacité de manière "absolue" (recherche d'un optimum de Pareto), soit de manière "relative" (comparaison à une moyenne ou à un ensemble d'établissements). Trois types de techniques statistiques sont principalement utilisés :

- **Les ratios** : peuvent être utilisés pour comparer plusieurs établissements entre eux et repérer les ratios anormalement élevés ou faibles. L'analyse à l'aide de ratios a pour objet de repérer les relations entre deux variables. Par nature, chaque ratio est limité à un extrant et un intrant et a un champ d'application limité quand de multiples extrants sont produits à partir de multiples intrants. Ils seront utilisés dans notre étude.

- **Les régressions statistiques** : c'est une relation moyenne entre plusieurs extrants et plusieurs intrants et ne donne aucun résultat sur les taux de substitution et de transformation efficients, ni sur les rendements d'échelle efficients. Les analyses de type régressions statistiques permettent de prendre en compte de multiples extrants et de multiples intrants dans une même relation.

²³ Un hôpital est réputé efficient quand pour produire une unité supplémentaire d'un extrant, il faut augmenter la quantité d'au moins un intrant ou diminuer la quantité produite d'un autre extrant.

²⁴ Sherman H.D., « Hospital Efficiency Measurement and Evaluation, Empirical Test of new technique », *Medical Care*, vol. 22, n°10, 1984, pp. 923-938.

²⁵ La méthode DEA ne peut être utilisée que pour comparer des hôpitaux ou des services entre eux, dans la mesure où cette méthode ne permet de déceler que des inefficiences relatives.

Les inconvénients de cette méthode et notamment de la méthode des moindres carré sont d'aboutir à estimer une moyenne des coefficients des variables explicatives (les tendances centrales) qui ne représentent pas forcément une relation efficiente pour chacune des variables. Ce type de méthode nous donne une fonction de production moyenne d'un établissement (pondération des intrants pour obtenir les extrants), mais nous renseigne difficilement sur l'efficience de l'établissement sauf à avoir tous les coefficients supérieurs ou inférieurs. L'utilisation de telles techniques permet de déterminer la fonction de production hospitalière efficiente si tous les établissements de l'échantillon sont des établissements réputés efficaces²⁶. Indépendamment de la recherche d'efficience, ce type d'analyse est toutefois intéressant pour comprendre le comportement des coûts et les variables qui influent sur ces coûts.

Data Envelopment Analysis (DEA) : c'est une technique non paramétrique de prise en considération de plusieurs intrants et plusieurs extrants élaborée pour pallier les limites des techniques de ratios et de régressions statistiques. Cette une technique de programmation linéaire qui compare pour un échantillon d'établissements, l'utilisation concrète d'intrants pour produire des extrants pendant une certaine période et cherche à obtenir une relation « optimale » entre plusieurs intrants et plusieurs extrants²⁷ par comparaison dans un échantillon d'établissements. Cette méthode permet de prendre en compte les multiples extrants et les multiples intrants de la fonction de production hospitalière. Les multiples extrants (représentés par le case mix des établissements) et les multiples intrants nécessaires à la production de ce case mix sont pris en compte simultanément pour obtenir une appréciation globale de l'efficience technique d'un établissement de soins. La méthode DEA vient en complément des deux autres méthodes citées précédemment, ces méthodes se complètent pour obtenir une appréciation globale de l'efficience d'un établissement de soins. C'est ainsi que *J. Magnussen* notamment utilise la méthode DEA pour mesurer l'efficience des établissements de soins (échantillon de 138 établissements de soins norvégiens de 1989-1991).

26 Feldstein M., *Economic Analysis for Health Service Efficiency*, Amsterdam North Holland Pub. Co., 1968, 325 p., cite in Sherman H. D., 1984, op. cit.

27 Charnes A., Cooper W. W., Rhodes E., 1978, op. cit.

Il retient alors trois intrants (l'effectif médical et soignant, l'effectif en personnel autre, le nombre de lits), et trois types d'extrants (le nombre de journées réalisées dans chacune des disciplines médicale et chirurgicale en distinguant les journées réalisées pour des pathologies simples et les journées réalisées pour des pathologies complexes, le nombre d'entrées dans chacune des disciplines médicale et chirurgicale et la durée moyenne du séjour ou le nombre de séances).

Les modèles de type « objectifs rationnels » ont l'avantage de reposer sur des données quantitatives et par conséquent d'être opérationnels. Les indicateurs retenus sont des indicateurs quantitatifs et se prêtent bien à l'utilisation d'outils mathématiques et statistiques. Cependant, son inconvénient est de ne pas prendre en compte des aspects qualitatifs et les indicateurs tels que la pertinence des actes effectués et l'accessibilité aux soins ne font pas l'objet d'études spécifiques.

1 – 5 – 2 Les modèles des ressources : reposent sur une analyse de la structure de l'organisation en postulant que plus les ressources sont élevées, plus les probabilités de bonne performance sont fortes. Ils s'appuient sur la capacité de l'organisation à mobiliser et/ou obtenir des ressources. Ces modèles définissent la performance selon la capacité de l'organisation à s'approprier des ressources requises à son bon fonctionnement et nécessaires à sa survie (type de recrutement, subventions, main-d'œuvre professionnelle)^{28 29}. Le critère de performance retenu dans ce type de modèles est le potentiel de l'organisation, c'est-à-dire l'ensemble des ressources détenues. La performance de l'établissement s'évalue alors non pas en fonction de ce qu'il fait mais en fonction de ce qu'il est capable de faire³⁰. Une organisation performante est donc celle qui parvient à augmenter ses ressources. Nous avons deux classes de ressources :

²⁸Yuchtman E. et Seashore S.E., « A system Resource Approach to Organization Effectiveness », *American Sociological Review*, 32, 1967, pp. 891-90.

²⁹Benson J.K., « The Interorganizational Network as a Political Economy », *Administrative Science Quarterly*, n° 20, 1975, pp. 229-249.

³⁰Barney J.B., « Looking inside for Competitive Advantage », *Academy of Management Executive*, n° 4, 1995, pp. 49-61.

- *Les ressources tangibles* : telles que l'équipement en technologie de pointe et les lits autorisés. Elles sont constituées des derniers équipements qui traduisent la progression scientifique dans les modes de traitement qui tendent vers des prises en charges de moins en moins invasives avec des interventions de moins en moins lourdes.
- *Les ressources intangibles* : telles les compétences internes. Elles sont mesurées à l'aide de critères propres aux professions elles-mêmes (la présence au CHU des professeurs universitaires de médecine praticiens hospitaliers de renommée peut entraîner une performance accrue).

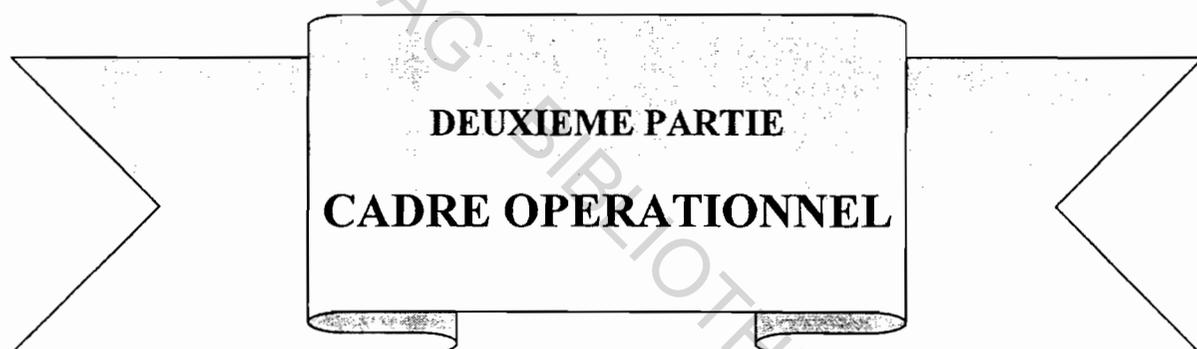
Les deux ressources concourent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge pour les patients et à la pérennité de l'organisation. Comme indicateurs de ce modèle, le niveau d'équipement et de ressources humaines tels que la présence d'un scanner et la présence de praticiens hospitaliers de renommée d'une part, et d'autre part des indicateurs de qualité des équipements tels que le coefficient de vétusté de l'équipement et la génération des équipements détenus. La logique de ce modèle « toujours plus » ne permet plus de répondre aux objectifs du système de soins ; l'enjeu aujourd'hui pour ces établissements étant de savoir faire moins pour mieux faire, de renoncer à certaines activités pour mieux réaliser les activités clefs selon les compétences détenues.

1 – 5 – 3 Les modèles des relations humaines : reposent sur les recherches en sociologie des organisations et notamment sur la satisfaction des parties prenantes à l'organisation comme dimension de la performance de l'organisation. Les indicateurs de performance sont fondés sur des indicateurs représentant le climat social de l'organisation et cherchent à refléter la satisfaction de chaque partie prenante. Ainsi, on trouve des indicateurs tels que les taux de grève, l'absentéisme, le taux de rotation du personnel, les accidents de travail, mais aussi des indicateurs de satisfaction du personnel, satisfaction évaluée à partir de questionnaire et des indicateurs de degré de partage des valeurs entre parties prenantes. Les leviers d'action de la performance se rapportent alors aux modalités d'amélioration de la satisfaction des parties prenantes : amélioration des conditions de travail, participation du personnel à la définition des objectifs, congruence entre le fonctionnement de l'établissement et les valeurs fondamentales du personnel mise en place de mécanismes de cohésion. On peut étendre ces modèles à celui des compétences et apprentissage collectif comme source de performance « sociale » (satisfaction des acteurs), mais aussi comme source de productivité et d'efficience.

I – 5 – 4 Les modèles de processus internes : ils s'appuient sur une recherche de rationalisation des processus de production et de décision, rationalisation qui doit conduire à une amélioration de la performance. On distingue les modèles de type procéduriers et les modèles de type décisionnels. Les premiers dont les méthodes utilisées sont la formalisation des processus de production des établissements qui sont alors comparés à des normes établies par des procédures écrites. La procédure désigne la manière spécifiée d'accomplir une activité. Les indicateurs de ce type sont le respect des processus standard de production. Les modèles de type décisionnel reposent sur l'appréciation des professionnels sur la coordination interne : degré d'information, de contrôle et de suivi des activités à l'intérieur de l'organisation d'une part et sur la validité des décisions prises d'autre part. Ces modèles sont adaptés dans le cas d'activités où il existe une forte asymétrie d'information. On évalue alors les processus de production pour évaluer l'activité elle-même.

Les quatre modèles ci-dessus énumérés n'explorent chacun qu'une dimension de la performance, alors qu'au niveau de l'hôpital, à cause de son environnement interne et externe, les dimensions sont multiples et se situent à plusieurs niveaux. C'est ainsi que des recherches portant sur les approches combinatoires ont été réalisées sur la modélisation de la performance hospitalière par A. Donabedian, GRIS et R. Sainsaulieu et alii. Chacun des modèles tente d'appréhender la performance au regard des critères de performance qui renvoie alors aux objectifs de l'organisation (objectifs de résultats économiques et médicaux, objectifs d'augmentation des ressources, objectifs de satisfaction des parties prenantes et de maintien des valeurs et du climat social). L'aspect multidimensionnel de la performance conduit par conséquent à mettre en place des mécanismes de hiérarchisation des critères.

En résumé, la recherche la performance repose sur trois dimensions clefs : la performance verticale, la performance horizontale et la performance latérale. Ces trois dimensions doivent être combinées aux critères de performance de l'offre de soins hospitaliers ; critères qui font référence aux caractéristiques de la fonction de production hospitalière : les résultats médico-économiques de l'activité, les ressources détenues, les processus de production et la satisfaction des parties prenantes



DEUXIEME PARTIE
CADRE OPERATIONNEL

II – PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE :

II – 1 POPULATION CIBLE :

L'étude portera sur trois hôpitaux de la région de Dakar de troisième niveau. Nous avons retenu pour notre étude l'Hôpital Général Grand Yoff (HOGGY), le CHU de Fann et l'Hôpital Principal de Dakar.

II - 1 – 1 Présentation des Etablissements Hospitaliers :

Dakar couvre une superficie de 550 km² avec une population de 2 643 059 habitants en 2003, soit une densité de 4805,56 habitants par km². Le taux d'accroissement naturel est de 2,7% au niveau national.

II – 1 – 1 – 1 HÔPITAL DE FANN :

II – 1 – 1 – 1 – 1 Historique :

L'actuel CHU de Fann est le résultat de plusieurs transformations d'un ancien pavillon de psychiatrie. La chronologie des étapes se présente comme suit :

- ✓ 1955 : projet de création de l'Hôpital Fann
- ✓ 17 Octobre 1956 : le service de neuropsychiatrie est créé et reçoit son premier contingent de malades en provenance du centre Asilaire du Cap Manuel
- ✓ 1958 : construction de la clinique de pneumo-phtisiologie
- ✓ 1961 : Inauguration de la clinique des maladies infectieuses
- ✓ 10 juin 1965 : Le décret 65-393 érige l'hôpital de Fann en CHU
- ✓ 1968 : Création de la clinique de neurochirurgie
- ✓ 1970 : Le service de neuropsychiatrie est divisé en deux cliniques distinctes : la clinique psychiatrique et la clinique neurologique
- ✓ 1994 : Inauguration du service bucco-dentaire
- ✓ 1999 : Décret 99-857 du 27 août 1999 érige le CHU Fann en EPSH
- ✓ 2000 : Construction du service de Chirurgie cardio-vasculaire et Thoracique
- ✓ 2001 : Début construction du service d'ORL et réhabilitation extension, rééquipement du service de neurochirurgie.

II – 1 – 1 – 1 – 2 Statut juridique :

Le cadre juridique du CHU de Fann est décrit dans les textes de loi ci-dessous :

- ✓ Le décret 65-393 du 10 juin 1965 faisant de l'hôpital de Fann une composante du CHU de Dakar.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

- ✓ La loi 98-12, relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, du 12 février 1998.
- ✓ Le décret 98-701 relatifs à l'organisation des établissements publics de santé
- ✓ Le décret 98-702, portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé, du 26 août 1998.
- ✓ Le décret 99-857 du 27 août 1999 portant érection du CHU Fann en Etablissement public de santé. Le Centre Hospitalier Universitaire de Fann est érigé en établissement public de santé par la loi 98-12 du 12 février 1998.

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public spécialisées, dotées de patrimoine propre dont l'objet consiste, dans le secteur sanitaire et social, à prendre en charge des patients, à produire des biens et des services, à former des personnels et à effectuer de la recherche. Le CHU de FANN est un établissement public de santé de troisième niveau. C'est un centre de haute spécialisation situé au sommet de la pyramide sanitaire. A ce titre, il est un centre de « diagnostic, de surveillance et de traitement des malades et des blessés ». Son statut de membre du CHU de Dakar, lui confère d'autres missions, de recherches, et d'enseignement. Les articles 13 et 14 de la loi 98-08 du 12 février 1998 fixent les conditions de participation du service public hospitalier à l'enseignement et à la recherche.

Remarque : Le décret de 1965 sur le CHU a été récemment abrogé et remplacé par un autre signé durant le dernier trimestre.

II – 1 – 1 – 1 – 3 Statut financier :

Il dispose d'une autonomie de gestion financière. Il collecte et dispose de l'ensemble des ressources générées pour ses activités ainsi que celle qui lui sont affectées. Il peut recourir au financement extérieur et aux concours des bailleurs de fonds.

II – 1 – 1 – 1 – 4 Organisation :

L'organisation administrative et financière des établissements publics de santé fait l'objet de la loi 98-12 du 2 mars 1998 et des décrets 98-701 et 98-702 du 26 août 1998. C'est une organisation hiérarchique pyramidale définissant les liens de subordination et les niveaux de responsabilité. Comme tous les autres établissements publics de santé du Sénégal, le CHU de FANN est constitué par : des organes de décision et de concertation, des services administratifs et techniques, des services médicaux, des services médico-techniques (*organigramme en annexe schéma 2*).

→ Les organes de décision et de concertation :

Ils sont constitués par :

- *le Conseil d'Administration (CA)* qui arrête et adopte le budget de fonctionnement et d'investissement de l'hôpital, délibère sur le budget, les comptes prévisionnels, de fin d'exercice ainsi que sur les emprunts, sur les conventions de coopération et accords entre hôpitaux etc... Il fixe le tarif des prestations dans une fourchette de prix établie par l'administration.
- *la Direction Générale,*
- *la Commission Médicale d'Etablissement (CME) :* présidée par un médecin qui collabore étroitement avec le Directeur et est consultée sur toutes les questions relatives aux soins et assure la promotion de l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'établissement.
- *Le Comité Technique d'Etablissement (CTE) :* il est présidé par le Directeur de l'hôpital et a pour rôle de faire participer le personnel technique des hôpitaux à la résolution des problèmes touchant à l'hygiène, à la sécurité, aux plans de formation.

→ Les services administratifs et techniques :

Ils sont essentiellement composés des postes occupés par le Directeur et son staff.

- *Le Directeur :* est choisi parmi les fonctionnaires de la hiérarchie A. La loi portant réforme hospitalière prévoit à son article 7 que l'avis du Conseil d'Administration est requis, pour sa nomination. Son mandat a une durée de quatre ans renouvelable, avec possibilité de révocation en cas de faute grave ou mauvaise gestion. Ses attributions sont précisées par les articles 14 et 15 du décret 98-702 du 25 août 1998.

- *Le Service Administratif et Financier (SAF) :* il est chargé de la gestion administrative et financière de l'hôpital et assiste la direction dans ses fonctions. Il exécute le budget et supervise la gestion des ressources matérielles, des infrastructures, de l'équipement, des services hôteliers et du parc automobile.

- *La Cellule Contrôle de Gestion (CCG) :* il est dirigé par un cadre de gestion mis à la disposition du Directeur de l'hôpital. Il est un conseiller privilégié du Directeur. Cette cellule est chargée du suivi des activités et du contrôle permanent de la gestion financière. Ses attributions sont précisées par les articles 23 et 24 du décret 98-702.

(N.B. : La division Audit Interne n'est pas encore mise en place).

- *Le Service des Soins Infirmiers (SSI) :* il est dirigé par un technicien supérieur de santé ou un cadre infirmier nommé par le Directeur. Son rôle s'exerce sur l'organisation générale des

soins infirmiers, l'organisation de l'accompagnement des malades, la recherche dans les domaines des soins infirmiers et de l'évaluation des soins infirmiers, l'élaboration d'une politique de formation, et sur le projet d'établissement.

(N.B. : La division Formation du Personnel et Qualité des Soins sont entrain de se mettre en place. Les divisions Hygiène et Sécurité ne sont pas encore mises en place).

- **Le Service Social (SS)**: il est constitué par un service social central dirigé par un assistante sociale et des bureaux au niveau de chaque service médical sous la responsabilité d'une assistante sociale. Le chef service social coordonne les activités des différents bureaux, centralise les demandes d'assistance des indigents, reçoit les rapports d'enquête et les rapports mensuels des différents bureaux, procède à l'achat de médicaments pour les indigents. Elle assure en plus le suivi et la gestion des différentes caisses sociales :

- *Identification des indigents* : pour cibler les indigents, le service social utilise aussi bien le ciblage des caractéristiques que les méthodes basées sur le revenu.
- *Méthodes de prise en charge* : l'exonération partielle est de rigueur au niveau du CHU de Fann. L'exonération totale n'est accordée qu'aux indigents sans revenus et sans personne ressource. Elle se fait au cas par cas.
- *Les sources de financement* sont : le budget de l'hôpital et les dons des organismes non gouvernementaux et les mécènes. La division Cas Sociaux et Personnel sont en sa phase de début.

- **Le Service de la Maintenance (STM)**: il a à sa tête un ingénieur qui coordonne les activités des différents ateliers. Ce service est articulé comme suit : un atelier de fer, et un atelier bois à la tête desquels, on trouve des ouvriers qualifiés, un atelier froid, un atelier mécanique/plomberie, un atelier électricité, un atelier biomédical, tous dirigés par des techniciens de maintenance. *(N.B. : Les divisions de génie civile, celles biomédicales et informatiques ne sont pas encore installées).*

- **Le Service de Restauration** : il assure aux malades hospitalisés la journée alimentaire qui est composée du petit déjeuner, du déjeuner et du dîner. Les repas sont commandés par les infirmiers major des services cliniques en fonction du nombre de malades admis. *(N.B. : les divisions administration du personnel, gestion des carrières et prévisionnelles ne sont pas encore mises en place).*

- **Agence Comptable Particulière** : seule la division comptabilité est fonctionnelle, les divisions recouvrement et caisse principale sont mises en place.

→ Les Services Médicaux :

Ces services sont composés des différentes entités médicales. Ils sont tous dirigés par des professeurs qui sont sous la subordination hiérarchique du Directeur de l'hôpital et sous la subordination technique du Doyen de la faculté de médecine et d'Odonto-stomatologie de Dakar. Cette double subordination est à l'origine de certaines difficultés de gestion de l'hôpital par la confrontation entre logique de discipline médicale et logique administrative.

- **Le Service de Neurologie** : la mission du service de Neurologie découle de celle de la structure, avec son statut de CHU. Il s'agit de dispenser des soins, dans le domaine de sa compétence. Il assure aussi la formation du personnel médical et paramédical en sciences neurologiques. Enfin ce service développe des programmes de recherches et de prévention en neurologie.

- **Le Service de Neurochirurgie** : il a une capacité d'hospitalisation de 42 lits. Il est placé sous l'autorité d'un professeur.

- **Le Service de Pneumo-phthisiologie** : il est dirigé par un professeur. La pneumo-phthisiologie comprend deux unités de soins : l'une destinée aux tuberculeux et l'autre aux affections non tuberculeuses. Sa capacité d'accueil est de 86 lits

- **Le Service buccodentaire** : il est dirigé par un professeur.

- **Le Service des Maladies Infectieuses** : Il comprend une réanimation, 4 pavillons d'hospitalisation, des salles de consultation externe, un laboratoire de parasitologie-mycologie, virologie et bactériologie. Capacité : 120 lits.

- **Le Service de Psychiatrie** : la mission du service est d'assurer les soins aux malades mentaux, de faciliter la réinsertion sociale de ces malades, de promouvoir le développement de la recherche et de l'enseignement dans le domaine de la santé mentale. La clinique a une capacité de 120 lits.

- **Le Service d'Accueil des Urgences** : le Service d'Accueil des Urgences (S.A.U) est situé à l'entrée du CHU de Fann. Il comprend : une salle d'attente, une salle de consultation, une salle d'observation et des salles de garde du médecin et de l'infirmier. Il a pour mission, entre autres, de recevoir et prendre en charge les patients qui s'y présentent, de procéder au tri des patients, et les référer au service compétent et assurer une garde permanente.

- **Le Service de Chirurgie Cardiaque** : c'est un nouveau service qui est fonctionnel en Août 2004.

→ **Services Médico-techniques :**

- **Le Service de Radiologie :** Le service de radiologie générale se trouve dans l'enceinte même de la pneumo-phtisiologie. Il a pour mission de fournir des prestations aux patients, d'assurer l'enseignement, la formation et la recherche.

- **Le Laboratoire de Bactériologie-Virologie :** Il est situé dans l'enceinte de la clinique des maladies infectieuses. Le laboratoire assure des prestations au profit des malades hospitalisés, des consultants externes et des patients venant d'autres structures.

- **Le laboratoire de Parasitologie et Mycologie :** Il est abrité dans la clinique des Maladies Infectieuses. Il a pour mission essentielle de mettre en œuvre des méthodes de diagnostic biologique, parasitaire afin de répondre favorablement à toute demande d'examens dans le domaine de la parasitologie et mycologie médicale. Le laboratoire est dirigé par un professeur agrégé en parasitologie, mycologie et biologie des hôpitaux.

- **Le Laboratoire de Biochimie :** Il est dirigé par un pharmacien professeur à la faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Dakar. Il réalise des prestations pour l'hôpital et pour les services de santé à l'extérieur de l'hôpital.

- **Le Service de Logistique Médicale :** Il est constitué par la pharmacie. La pharmacie est dirigée par un pharmacien chef, professeur à l'université de Dakar. Il a pour mission d'assurer la satisfaction des besoins des services cliniques et techniques communs, en médicaments, matériels et produits médico-pharmaceutiques, assurer l'encadrement des étudiants stagiaires. La réalisation du gaz médical relève aussi de sa compétence. Les activités de la pharmacie consistent à réaliser, stocker, gérer et distribuer aux différents services de l'hôpital, les médicaments et matériel médicaux. Il assure entre autres, le volet de vente de médicaments génériques, dans le cadre de l'initiative de Bamako. La division pharmacie centrale n'est pas encore mise en place.

III – 1 – 1 – 1 – 4 Types de prestations offertes :

- **Ambulatoires :** Les prestations ambulatoires sont réalisées au niveau des services cliniques et par le service d'accueil et d'urgence. Au niveau des services cliniques, on distingue les prestations ambulatoires offertes par les unités de consultation externe qui concerne souvent les nouveaux malades et les consultations de contrôle qui concernent les anciens malades du service.

- **Une unité de Kinésithérapie (rééducation fonctionnelle):** Elle est située au niveau de la neurologie s'occupe de la réadaptation physique des malades.

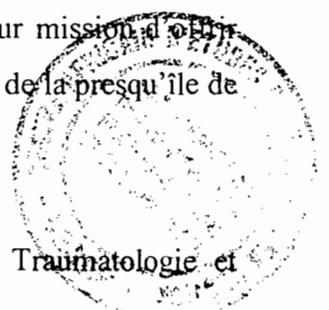
- **Hospitalisations** : Les services cliniques procèdent à l'hospitalisation des malades qui ne peuvent pas être traités à titre externe. Notons que la durée du séjour hospitalier est fonction de plusieurs facteurs dont la pathologie présentée et sa gravité.
- **Analyses Biologiques** : Elles sont faites par les laboratoires d'analyse biologique sur la demande des personnels de santé. Ce sont des informations nécessaires pour la confirmation des diagnostics ou pour la surveillance thérapeutique. Ces laboratoires sont donc des prestataires de services des unités cliniques auxquels ils vendent de l'information. Au niveau du CHU de Fann, les demandes d'analyses de laboratoire sont aussi faites pour des malades suivis par d'autres structures de santé.
- **Radiologie** : Comme le laboratoire, les services de radiologie de l'hôpital sont aussi des prestataires de service vis-à-vis des services cliniques.
- **Pharmacie** : La pharmacie a une fonction de logistique médicale. Elle procède à la distribution de médicaments et de fournitures médicales aux différents services mais aussi à la vente de médicaments essentiels aux malades.
- **Recherche/Formation** : L'hôpital de Fann étant un CHU, des enseignements médicaux, paramédicaux et ainsi que la recherche y est organisé. L'article 9 de la loi 98-08 du 02 Mars 1998 précise que le service public hospitalier participe à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la formation continue des praticiens, à la recherche médicale, Odontostomatologique, pharmaceutique et psychologique, à la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la recherche en soins infirmiers et soins obstétricaux.

II – 1 – 1 – 2 HÔPITAL GENERAL GRAND-YOFF

C'est un hôpital qui est en continuité avec celui de celui de l'ex-Centre de Traumatologie et d'Orthopédie (CTO). Il fut construit par la Caisse de Sécurité Sociale et rétrocéder à l'Etat le 08 janvier 1996 après seulement cinq ans d'exercice et de lourds contentieux sociaux. Le CTO change alors d'objectif et devient l'Hôpital de Grand Yoff avec pour mission d'offrir toutes les prestations d'un hôpital à vocation générale. Il est situé à l'entrée de la presqu'île de Cap-vert, l'HOGGY s'étend sur 3,5 ha.

II – 1 – 1 – 2 - 1 Quelques repères historiques :

- 15-12-65 : Projet de construction à Grand-Yoff d'un centre de Traumatologie et d'Orthopédie par la Caisse de Sécurité Sociale.
- 15-02-84 : Début des travaux
- 14-08-86 : Fin des travaux



Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

- 17-02-89 : Mise en service avec un budget initial de 2 752 000 000 F CFA par an avec une capacité de 156 lits installés et 300 lits théoriques.

N.B. : L'HOGGY présente les mêmes statuts juridique et financier que le CHU Fann.

II – 1 – 1 – 2 - 2 Population couverte et rayon d'action :

Accessibilité géographique : sur 100 patients (n = 4790), 47% viennent dans les quartiers environnants (Grand Yoff, Parcelles Assainies), 33% des quartiers sub-urbains (Pikine, Guédiawaye, Malika, Mbao, Rufisque, Bargny), 3% du Plateau, 5,5% de l'intérieur du pays, 0,6% des ressortissants de pays limitrophes. Il couvre Dakar Nord avec une population de 364706 habitants pour une superficie de 27 Km², Pikine, Guédiawaye, Mbao et Rufisque pour une population de 1760902 habitants et une superficie de 443 Km² (source : *Projet d'établissement 2002 – 2006*).

II – 1 – 1 – 2 - 3 Organisation :

Avec la loi portant Réforme hospitalière et la création de certains services, l'organigramme a subi une modification lui permettant d'intégrer la nouvelle situation (*organigramme en annexe schéma 3*).

a) Les organes de décision et de concertation :

Tout comme le CHU Fann, ils sont constitués par le CA, la Direction générale, la CME et le CTE.

b) Les services administratifs et techniques :

Ils sont pratiquement les mêmes que ceux du CHU de Fann, sauf qu'à l'Hôpital Général Grand Yoff, toutes les divisions des Services de Maintenance, de Ressources Humaines, des Services Administratifs et Financiers, des Services des Soins Infirmiers, de Contrôle de Gestion et de l'Agence Comptable Particulière sont mises en place.

II – 1 – 1 – 2 – 4 Services et prestations offertes :

Tableau I :

Services existants	Prestations offertes	Observations
Consultations externes	- Accueil - Suivi des malades	Cette unité centralise toutes les consultations des médecins de l'hôpital
Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale	Analyses : - de bactériologie - de parasitologie - de biochimie - d'hématologie et - d'immunologie	Abrite un dépôt de produits sanguins.
Pharmacie	Fourniture de médicaments de l'hôpital	Ruptures fréquentes La pharmacie « IB » ne joue pas encore le rôle qui lui est dévolu.
Radiologie	- Radiographies conventionnelles - Echographies	Vétusté des équipements → seuls quelques examens spéciaux sont réalisés en nombre limité
Urgences	Prise en charge des malades dont l'état nécessitent un suivi immédiat	Les deux salles d'opérations de ce service sont non fonctionnelles par manque d'équipements et de personnel
Gynéco-obstétrique	- Consultations gynéco. - CPN - Accouchements	Il existe deux unités d'hospitalisations distinctes
Traumatologie	Accidentés et autres relevant de la chirurgie traumatologique	Insuffisance du plateau technique
Orthopédie	Prise en charge des malades orthopédiques	
Urologie et Andrologie	Maladies de la sphère urogénitale	
Rééducation fonctionnelle et de Kinésithérapie	Rééducation fonctionnelle motrice des patients	Vétusté des équipements et des installations
Médecine de Travail, de l'Hygiène et de la Sécurité	Santé des travailleurs Hygiène et de la salubrité de l'hôpital Consultations et prestations de médecine professionnelle au bénéfice des entreprises	
Ophthalmologie	Affections oculaires, assure aussi les interventions chirurgicales	Comporte un volet de lutte contre la cécité
Odontologie- stomatologie	Affections odontologiques et stomatologiques	
Réanimation	Prise en charge des malades nécessitant une surveillance en milieu de réanimation	Fonctionne au ralenti à cause d'un manque criard de matériels et de personnel
Bloc Opératoire	Les interventions chirurgicales	Six salles plus deux salles du service des Urgences et la salle de la maternité

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

(Suite)

Services existants	Prestations offertes	Observations
Santé publique	Prend en charge les malades de médecine avec une forte orientation en cardiologie	
Service des Spécialités	chirurgie générale et des spécialités ORL, Neurochirurgie, etc...	
Médecine interne	Prend en charge les malades de médecine avec une orientation gastro-entérologique	
Pédiatrie	Prise en charge des enfants malades	L'activité de néonatalogie est inexistante
Services Administratifs et Techniques : - Service Administratif et Financier - Service de Ressources Humaines - Service Social - Service des Soins Infirmiers - Agence Comptable Particulière et - Service de Contrôle de Gestion et d'Audit Interne	Coordination des activités de l'hôpital.	Le Service de la maintenance est directement rattaché à la Direction

II – 1 – 1 – 3 HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR :

Il est édifié sur le plateau de la presqu'île, en bordure de l'Anse Bernard, dans une zone de relative salubrité, face à l'île de Gorée. Répartis sur 8 hectares, les services cliniques et médico-techniques s'ouvrent à l'intérieur sur un parc qui apporte aux malades un espace vert de calme et de sérénité. L'hôpital militaire colonial (1971) est sous double tutelle des Forces armées sénégalaises et la république française. Il entre dans le 3^{ème} millénaire en pleine et totale autonomie avec toutes les responsabilités qui s'y attachent. Le bassin d'attraction est constitué par les 3 départements : Dakar, Pikine et Rufisque qui couvrent 25% de la population de Dakar.

II – 1 – 1 – 3 – 1 Statut de l'hôpital principal de Dakar :

3 textes régissent le statut de fonctionnement :

- la convention internationale Franco-sénégalaise de coopération du 24-12-1999 transférant toutes les responsabilités au Sénégal ;
- la loi 2000-1 du 10 -01 – 2000 portant création d'un établissement public de santé à caractère spécial dénommé « Hôpital Principal de Dakar (HPD) » qui définit les missions, le régime financier, les organes d'administration, de tutelle et de contrôle

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

- le décret 2000-89 du 7-02-2000 portant organisation et fonctionnement de l'établissement public de santé à caractère spécial qui définit les règles de fonctionnement de l'Hôpital Principal de Dakar au même titre que tous les autres établissements hospitaliers publics, l'HPD doit répondre aux obligations de la loi portant Réforme Hospitalière N°98-08 du 12 février 1998.

La dernière Réforme Hospitalière a apporté d'importantes innovations en matière d'autonomie de gestion des Etablissements Publics de Santé en leur dotant d'une organisation qui se rapproche de celle du privé tout en gardant sa mission de service public.

Sur le plan des moyens financiers, régi jusqu'au 31-12-1999 par la convention du 18-11-1971 qui confiait la gestion financière de l'HPD à l'autorité Française avec notamment la comptabilité auprès du Trésor Public Français par l'intermédiaire du Payeur de l'Ambassade de France, l'HPD, de par la nouvelle convention de coopération franco-sénégalaise du 24-12-1999, est depuis le 1^{er} janvier 2000, une structure hospitalière sénégalaise à part entière. Il fonctionne en autonomie de gestion financière sous la tutelle d'un agent comptable particulier nommé par le Ministre de l'Economie et des Finances chargé d'assurer sous l'autorité et le contrôle du Médecin-chef Directeur, le recouvrement des recettes et de règlement des dépenses de l'établissement et de la tenue des comptes de l'Etablissement. Ce transfert des responsabilités financières se traduit par deux conséquences pour l'hôpital Principal :

- Se prévaloir des mêmes droits et avantages accordés aux établissements hospitaliers publics relevant du Ministère de la Santé et plus particulièrement de pouvoir solliciter le concours financier des bailleurs de fonds (PNDSS, PDIS), mais aussi des subventions accordées par l'Etat (prise en charge des insolvables et des urgences) ;
- Etre contraint à une rigueur de gestion financière afin d'équilibrer ses recettes générées par les activités médicales complétées par les subventions allouées par l'Etat et dépenses résultant des frais de fonctionnement, sans oublier la part des investissements et de la maintenance.

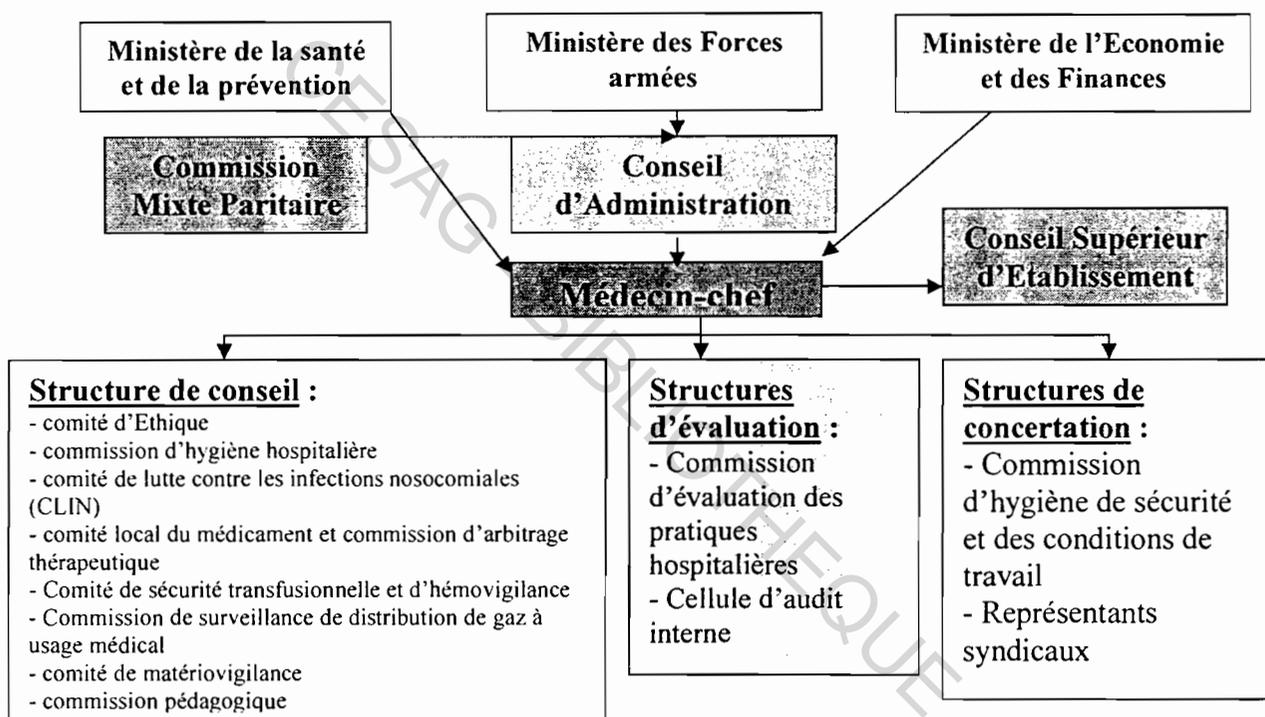
II – 1 – 1 – 3 – 2 Organisation :

Elle est similaire aux deux précédents avec des organes de décision et de concertation, des services administratifs et techniques, des services médicaux et des services médico-techniques (*organigramme en annexe schéma 4*).

II – 1 – 1 – 3 – 2 – 1 Les Organes de Décision et de Concertation :

Ils sont constitués par : le Conseil d'Administration (CA), le Médecin-chef (Directeur), la Commission Mixte Paritaire (CMP), le Conseil Supérieur d'Etablissement (CSE).

Schéma 2 : Les structures de concertation et d'aide à la décision :



II – 1 – 1 – 3 – 2 – 2 Les services administratifs et techniques :

Ils sont constitués par :

- **Le Médecin-chef** : Il joue ici le rôle du Directeur de l'hôpital. Décideur de par sa responsabilité, le Directeur a pour mission de réaliser l'arbitrage final et décider les orientations et le scénario du projet qu'il proposera au Conseil d'Administration. C'est un Médecin général français qui est Directeur, assisté par un Médecin-chef adjoint qui est un Médecin colonel sénégalais. Le Médecin-chef Adjoint est responsable de la Cellule Formation.

- **Le Département d'Information Hospitalière** : Il correspond à la cellule contrôle de Gestion et comprend : le Service d'Information Médicale et la Cellule d'Analyse et de Gestion. *La Cellule d'Information médicale* : est dirigée par un médecin colonel Professeur agrégé. Le projet de mise en place du PMSI s'est poursuivi en 2003. Les praticiens ont fortement adhéré cette année avec un taux de recueil des données médicales de plus de 90%, ce qui est exceptionnel pour un établissement à ce niveau. L'analyse des informations médicales des malades hospitalisés permet de préciser les besoins actuels concrets dans le domaine de la santé hospitalière du pays. Ces données médicales sont également pour la direction de l'hôpital, d'excellents indicateurs de suivi et de prévision pour mettre en œuvre la stratégie de développement de l'hôpital. Enfin sur le plan médico-économique, c'est un outil indispensable dans le domaine de la santé publique au niveau national.

Agence Comptable Particulière (ACP): est sous la supervision du Médecin-chef et du Ministère de l'Economie et des Finances.

- **Le Conseiller juridique** :

- **Cellule Gestionnaire** : Il comprend la Cellule Achats, La Cellule d'Exploitation et de soutien, le Département Administratif et Financier qui regroupe le Service d'Administration Générale et Financière, le Service d'Hospitalisation et de Soins d'Externes et le Service du Personnel et le Département Logistique qui est constitué des Services du Matériel et des Travaux (Maintenance), de la Restauration, Service Intérieur et Service Général.

N.B. : Le Service de maintenance comprend : Electricité, Plomberie, Menuiserie métallique, Menuiserie de bois, Maçonnerie, Froid et Climatisation, Electronique et Biomédical.

Cellule Infirmière Principale : Elle correspond au Service de Soins Infirmiers et est gérée par un Infirmier Principal. Cette Cellule s'occupe de l'organisation des Soins Infirmiers, la gestion des personnels paramédicaux et la formation des personnels paramédicaux.

II – 1 – 1 – 3 – 2 – 3 Services Cliniques d'Hospitalisation :

Ils sont composés des :

- **Services Médicaux** : Comprennent le département Médecine I & II, le département Mère-Enfant (Obstétrique, Pédiatrie, Crèche) et le service de psychiatrie.

- **Services Chirurgicaux** : Ils sont constitués de département Chirurgie Générale et Viscérale, département Chirurgie Traumatologique, Orthopédique et Neurochirurgie, département Chirurgies Spéciales (Ophtalmologie, ORL, Stomatologie).

II – 1 – 1 – 3 – 2 – 4 Services Médico-techniques :

Sont constitués par : *le bloc Opératoire, le Département Urgences-Anesthésie-Réanimation* : comprend les Services Urgences, d'Anesthésie, de Réanimation Médicale et d'Hémodialyse, de Réanimation Chirurgicale et les Urgences Porte, *le département Imagerie Médicale* constitué par le Service de Radiologie, *le département Biologie Clinique* comprenant le Service Biologie Médicale, Service Biochimie Toxicologie, Banque de Sang et Service Anatomie pathologique *et la Pharmacie Hospitalière.*

II – 1 – 1 – 3 – 2 – 5 Cellule d'Hygiène Hospitalière :

L'HPD dispose d'une cellule d'hygiène Hospitalière. Etant donné que la lecture des textes réglementaires relatifs à l'accréditation recommande de placer au 1^{er} chef de préoccupations, la maîtrise du risque infectieux et le bien-être du patient.

Cette cellule auparavant rattachée à l'infirmierie principale, intègre actuellement le département hygiène-qualité placé sous la responsabilité du Médecin Chef Adjoint et sous la supervision technique de l'infirmier principal.

Elle est complémentaire de toutes les disciplines hospitalières.

Elle a pour *objectif* de lutter contre les infections nosocomiales à travers les activités suivantes : l'élaboration des programmes de formation théorique et pratique continue en hygiène hospitalière, des protocoles d'hygiène, des pratiques d'hygiène au cours des actes de soins, de l'état de propreté et de salubrité des locaux, de la gestion des déchets hospitaliers, des regards et des égouts, des prestations de propreté privées (nettoyage, collecte et évacuation des déchets ménagers). Cette cellule s'occupe aussi de l'organisation, supervision et de l'évaluation des opérations de désinsectisation, dératisation, déchatisation, et participe à l'encadrement des stagiaires dans le cadre du CLIN et au choix et l'évaluation du matériel et des produits d'hygiène. Elle intervient également dans l'évaluation de la qualité de tous les produits et matériel intervenant dans le maintien de la propreté et de l'hygiène au niveau de l'hôpital, la désinfection terminale des locaux hospitaliers, l'élaboration de mesures préventives pour la sécurité du personnel et des usagers, la surveillance des infections nosocomiales, l'organisation des journées médicales et « Portes ouvertes ».

II – 1 – 2 Règles et méthodes comptables :

1. Base établissement des états financiers : les états financiers annuels sont établis sur la base des principes comptables généralement admis et retenus dans le SYSCOHADA.

2. Immobilisations incorporelles et amortissements : les immobilisations incorporelles sont constituées des logiciels. Elles sont comptabilisées à leur coût d'acquisition et amorties sur une durée de 3 ans.

3. Immobilisations corporelles et amortissements : les immobilisations corporelles sont évaluées au coût d'acquisition qui comprend le prix d'achat et les frais d'approche. Elles sont amorties sur une durée de vie estimée.

4. Valorisation et dépréciation des stocks : les stocks sont valorisés à coût unitaire moyen pondéré. Les entrées et les sorties de stocks sont enregistrées en machine par nature de stock ; cela permet de calculer la valeur des stocks et de connaître les quantités disponibles. Aucune dépréciation n'a été constatée sur les stocks périmés.

5. Dettes et Créances en devises étrangères : les dettes et les créances libellées en monnaies étrangères sont comptabilisées sur la base du cours des devises à la date de l'opération.

A la clôture de l'exercice, elles sont évaluées au taux de change à cette date et les écarts de change constatés sont traités comme suit :

- Les pertes de change latentes sont comptabilisées en écart de conversion actif (diminution des créances et augmentation des dettes) et provisionnées dans les charges de l'exercice ;
- Les gains de changes latents sont comptabilisés en écart de conversion passif (augmentation des créances et diminution des dettes).

6. Provisions réglementées pour risques et charges : il s'agit des provisions constituées pour faire face à des risques et des charges éventuelles non précises.

Ces règles et méthodes semblent être les mêmes dans les deux autres établissements hospitaliers.



TROIXIEME PARTIE
METHODOLOGIE

III - DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE :

III – 1 Modèle théorique de l'évaluation de la performance des hôpitaux :

Dans ce chapitre, nous allons décrire les différentes composantes de la performance des hôpitaux que nous avons retenues dans notre modèle théorique, les indicateurs correspondant et le modèle de comparaison de ces hôpitaux. Notre modèle va s'inspirer des modèles qui font référence aux résultats médico-économiques de l'activité et aux ressources détenues (combinaison des modèles d'objectifs rationnels et des modèles de ressources).

III – 1 – 1 Les composantes et les indicateurs de la performance hospitalière :

Notre modèle de l'évaluation de performance hospitalière va prendre en compte quatre composantes de la performance (efficience, une partie de la qualité des soins, l'accessibilité géographique et économique, et plus ou moins l'équité). La satisfaction des usagers et des parties prenantes ne sera pas prise en compte étant donné que nous n'avons pas pu réaliser une enquête dans ce sens, vu le volume du travail et les difficultés rencontrées pour la collecte des données sanitaires. Nous pensons que cela pourrait faire l'objet d'un autre sujet de mémoire. Nous utiliserons quatre composantes de la performance hospitalière :

III – 1 – 1 – 1 Efficience :

Au niveau de l'hôpital, la performance se mesure surtout par la capacité de fournir des soins de haute qualité à un moindre coût. Nous distinguons deux types d'efficience :

III – 1 – 1 – 1 – 1 Efficience productive : résulte du fait que chaque prestation est produite au moindre coût.

Les indicateurs pour évaluer cette composante sont :

- le Taux d'Occupation Moyen des Lits (T.O.M.L.), selon *Hubert Baliq*³¹, «un taux supérieur à 70% montre que l'hôpital est bien utilisé, entre 50 et 70%, l'hôpital est utilisé en dessous de sa capacité et lorsque le taux est inférieur à 50%, l'hôpital est fortement sous utilisé ».
- la Durée Moyenne de Séjour (D.M.S.) : il y a efficience lorsqu'elle est inférieure à 10 j³².
- l'Indice de Rotation des Lits (I.R.L) : l'hôpital est efficace lorsque l'indice de rotation des lits est supérieur à 30 fois par an soit environ 8 fois par jour³³.

^{31 32 33} Hubert BALIQUE : le système hospitalier du Sénégal : Analyse et Perspectives, Mai 1996

- le Taux de Rentabilité (TR) : est le rapport entre les recettes totales et les dépenses totales de l'hôpital. L'hôpital est efficient lorsque le TR est supérieur ou égale à 100% ; TR inférieur à 100% signe un déficit d'exploitation.
- les dépenses de l'hôpital rapportées aux hospitalisations, les dépenses de l'hôpital rapportées aux journées d'hospitalisation et les dépenses de personnel rapportées aux consultations externes : l'hôpital est efficient lorsque ces ratios diminuent.

III – 1 – 1 – 1 – 2 Efficiences allocatives : on parle d'efficience allocative lorsque les ressources disponibles sont allouées ou destinées à des prestations les plus utiles. Les postes de charges tels que le personnel, les produits médico-pharmaceutiques, les produits alimentaires à caractère général et hôtelier, les charges provisionnées, financières et de dotation aux amortissements sont des ressources importants dans l'amélioration de la qualité des soins et services et dans la capacité d'autofinancement futur de l'hôpital et aussi dans sa capacité à pérenniser la structure existante. Les indicateurs retenus pour cette composante sont : la part des dépenses de personnel dans les dépenses totales de fonctionnement, la part des charges alimentaires à caractère général et hôtelier dans les dépenses de fonctionnement, la part des dépenses médico-pharmaceutiques dans les dépenses totales de fonctionnement, la part des charges provisionnées et financières dans les dépenses de fonctionnement et la part des charges de dotations aux amortissements dans les dépenses de fonctionnement. A défaut de l'absence des normes, nous apprécierons l'efficience à travers l'augmentation de ces ratios. Selon *Christian CAUVIN*³⁴, les charges de personnel et celles alimentaires ne peuvent être utilisées comme indicateurs d'efficience et de la rentabilité économique des opérations, car ces charges sont davantage la conséquence du résultat que la cause de celui-ci.

III – 1 – 1 – 2 Qualité des soins :

Dans cette composante, il faut que les soins offerts ou disponibles de part les connaissances médicales soient de qualité. Nous avons retenu les indicateurs suivants :

- *le taux de mortalité hospitalière* : nous pensons que la baisse du nombre de décès signifie que les malades sont bien soignés et donc il y a qualité de soins.

³⁴ Christian CAUVIN, Catherine COYAUD : Gestion Hospitalière : Finance et Contrôle de Gestion – Economica, p. 83.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

La diminution de cet indicateur est prise comme critère de qualité de soins bien que nous sachions que, certains hôpitaux, pour avoir un TMH bas, peuvent chercher à ne hospitaliser que des cas non compliqués.

- *le taux de sortie des malades hospitalisés* : Cet indicateur équivaut à peu près au taux de guérison et nous permet d'avoir une idée sur les taux d'évacuation, d'évasion. Nous considérons son augmentation comme critère de qualité de soins. Sa diminution signifie qu'il y a soit beaucoup de décès parmi les malades hospitalisés ou beaucoup d'évadés ou d'évacués.

- *le ratio personnel soignant sur le personnel administratif* : Cet indicateur est retenu à défaut de n'avoir pas des informations sur le personnel qualifié dans les établissements hospitaliers. (Personnel soignant : représente l'ensemble de personnels qualifiés c'est-à-dire formés dans les écoles de formation et les non qualifiés sont des aides-soignants qui la plupart du temps sont formés dans les formations sanitaires). Néanmoins cet indicateur nous permet d'avoir une idée sur la proportion de personnel qui s'occupe des malades par rapport au personnel administratif. Son augmentation est pour nous un critère de qualité de soins.

- *le nombre de lits par Médecin* : La diminution de ratio est prise comme qualité de soins car permet aux Médecins de mieux s'occuper des malades. Il dispose à cet effet plus de temps pour s'occuper des malades.

III – 1 – 1 – 3 Accessibilité :

L'accessibilité correspond à la demande de soins adéquats. On distingue trois types d'accessibilité : l'accessibilité géographique, économique et culturelle. Nous n'utiliserons que les deux premiers comme composantes d'accessibilité dans cette étude.

III – 1 – 1 – 3 – 1 L'accessibilité géographique : sera explorée par le nombre d'habitants par médecin, le nombre d'habitants par lit d'hôpital à défaut de n'avoir pas les informations concernant la description de la clientèle et de la population cible qui nous permettra de calculer le taux de recours d'une population ou de groupes de population aux établissements hospitaliers. Nous considérons la diminution de ces ratios comme critère d'accessibilité géographique.

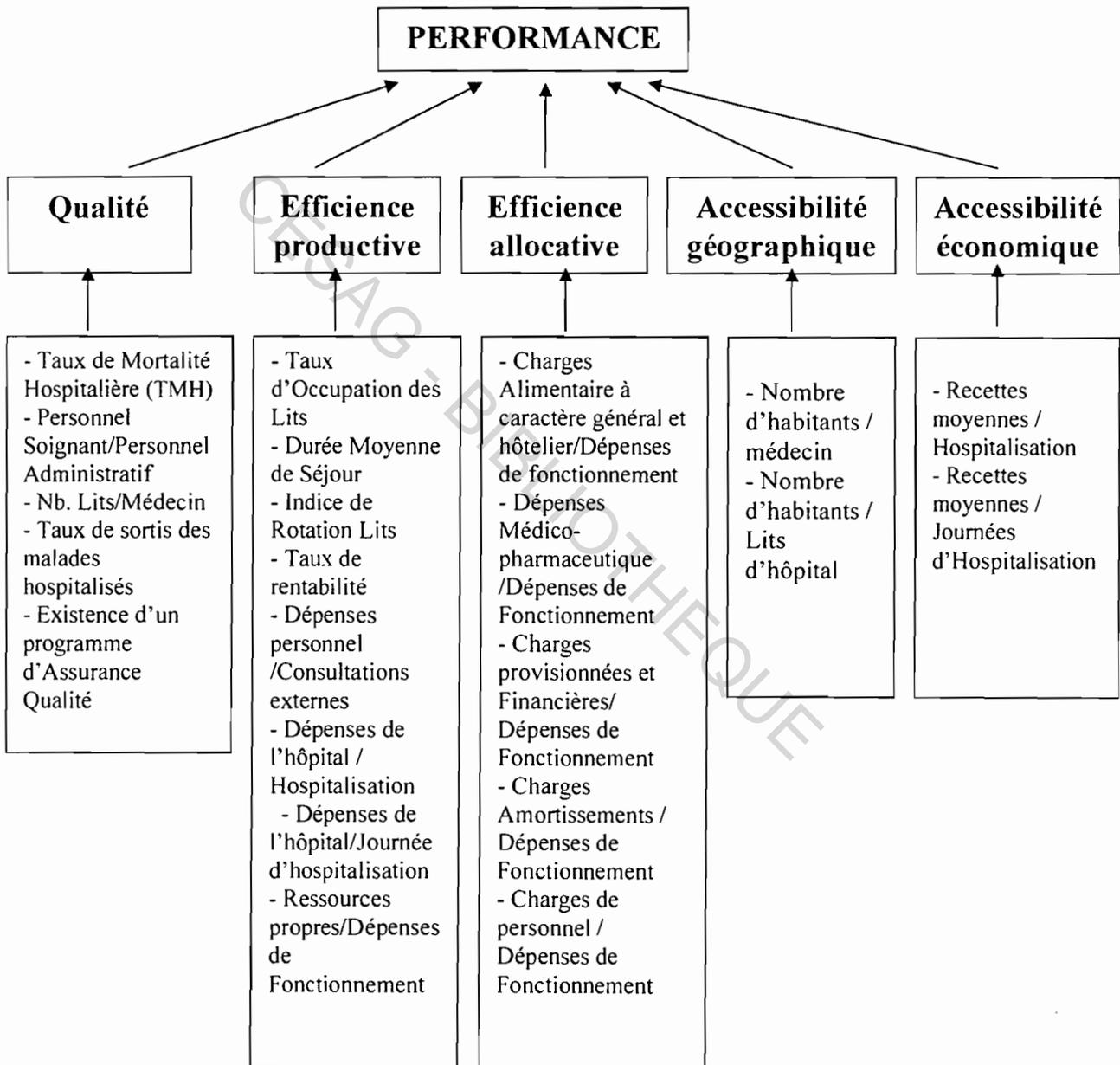
(N.B. : nombre d'habitants = la population de Dakar).

III – 1 – 1 – 3 – 2 L'accessibilité économique qui traduit l'absence d'obstacle économique au recours aux soins. Elle sera évaluée à travers les indicateurs tels que : les

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

recettes moyennes rapportées aux hospitalisations et les recettes moyennes rapportées aux journées d'hospitalisation. Nous considérons les soins économiquement accessibles aux patients lorsque ces ratios diminuent.

Schéma 3 – Modèle d'analyse de l'étude:



III – 1- 2 Comparaison des établissements hospitaliers :

Pour la comparaison des hôpitaux, nous avons estimé à ce que les hôpitaux soient autonomes et de même catégorie (3^{ème} niveau). L'échelle de performance pour comparer les hôpitaux est basée sur 15 indicateurs de performance et pris comme échelle de notation :

Score 0 = moins performant

Score 1 = performance moyenne

Score 2 = plus performant

Tableau II : **Tableau montrant les critères de comparaison des établissements hospitaliers**

N°	Dimensions performance	Indicateurs	Moins performant	Performance moyenne	Plus performant
1	Efficiences productive	D.M.S	> médiane	= médiane	< médiane
2		T.O.M.L.	< moyenne	= moyenne	> moyenne
3		I.R.L.	< moyenne	= moyenne	> moyenne
4		Dép. Pers. / Cons. Ext.	> médiane	= médiane	< médiane
5		Taux de Rentabilité (TR)	< médiane	= médiane	> médiane
6		Dép. Tot. / Nb. Hosp.	> médiane	= médiane	< médiane
7		Dép. Tot. / JH	> médiane	= médiane	< médiane
8		RP / Dép. Fonct.	< médiane	= médiane	> médiane
9	Efficiences allocative	Dép. Méd. Pharm. /Dép. Fonct.	< médiane	= médiane	> médiane
10		Dép. Amort. / Dép. Fonct.	< médiane	= médiane	> médiane
11		Dép. Prov. &Fin. /Dép. Fonct.	< médiane	= médiane	> médiane
12	Accessibilité économique	Rec. Moy. / Nb. Hosp.	> médiane	= médiane	< médiane
13		Rec. Moy. / JH	> médiane	= médiane	< médiane
14	Accessibilité géographique	Nb. Hbts / Lits	> médiane	= médiane	< médiane
15	Qualité des soins	TMH	> médiane	= médiane	< médiane
16		Pers. Soignant/Pers. Adm.	< médiane	= médiane	> médiane
17		Nb. Lits/ Médecin	> médiane	= médiane	< médiane
18		Existence d'un PAQ	Début de mise en place	Oui et peu fonctionnel	Oui et fonctionnel

(PAQ : Programme d'Assurance Qualité)

Pour le classement des hôpitaux, nous allons d'abord calculer la moyenne des scores enregistrés au niveau des indicateurs de chaque dimension. La somme des moyennes au niveau des dimensions de la performance déterminera l'hôpital le plus performant. Le classement se fera année par année.

Exemple : si nous prenons par exemple l'efficience productive, qui a huit indicateurs faisant à elle seule environ 44% des indicateurs, nous calculons d'abord la moyenne des scores et c'est cette moyenne qui correspond au score de performance de cette dimension. On fait la même chose pour efficience allocative, qualité des soins, accessibilités économique et géographique.

Et c'est maintenant la somme de ces moyennes qui va déterminer la performance de l'hôpital. Le meilleur hôpital sera celui qui aura enregistré le total des moyennes le plus grand. Nous allons aussi, à la suite, procéder à la pondération des moyennes des composantes de la performance.

III – 2 METHODOLOGIE DE L'ETUDE

L'unité d'analyse est constituée par trois hôpitaux autonomes de troisième niveau (Hôpital Principal de Dakar, Hôpital Général Grand Yoff et le CHU de Fann). L'évaluation de la performance de ces hôpitaux a porté sur une période allant de 2000 à 2003.

Il s'agit d'une étude rétrospective qui porte alors sur une analyse temporelle et de transection car l'évaluation concerne plusieurs hôpitaux (3) autonomes avec une analyse des données comparant ces hôpitaux et dans le temps. Les données recueillies nous ont servi à calculer certains indicateurs à base des techniques ou méthodes statistiques et nous permettant ainsi d'analyser et comparer les coûts dans le temps et entre les services, l'évolution des prestations dans le temps ou encore les résultats obtenus par des hôpitaux similaires.

III – 2 – 1 Définition opérationnelle des variables de performance hospitalière :

III – 2 – 1 – 1 Efficiéce :

Nous allons déterminer l'efficiéce en mesurant les coûts et en examinant la relation entre les coûts et les prestations fournies :

→ **Les dépenses de fonctionnement** incluent les coûts récurrents ou de fonctionnement (par exemple, l'entretien, le loyer, les services publics, le personnel, le service alimentaire, le blanchissage, les linges, et le coût des services diagnostiques, thérapeutiques et autres traitements).

→ **Les produits hospitaliers** seront mesurés par le nombre de consultations et actes et le nombre d'hospitalisations.

L'efficiéce sera analysé sous deux angles : l'efficiéce productive et l'efficiéce allocative.

III – 2 – 1 – 1 – 1 Efficiéce productive :

C'est le nombre de produits (prestations) par unité de ressources pendant une période.

Les indicateurs de l'efficience productive :

- **Nombre de consultations par médecin par an :** les produits sont représentés par le nombre de consultations et les ressources utilisées par le nombre de Médecins (productivité du travail).

- **Le Taux d'Occupation Moyen des Lits (T.O.M.L.),** mesure le pourcentage de lits disponibles qui sont occupés pendant l'année (mesure de la productivité); il est déterminé par le nombre actuel de journées d'hospitalisation sur le nombre potentiel de journées d'hospitalisations ; le nombre potentiel de journées d'hospitalisations étant égal au nombre de lits budgétaires pendant l'année (Nb. LB*365) :

$$T.O.M.L = JH*100/Nb. LB*365$$

JH : Journées d'Hospitalisation (produits)

Nb. LB = Nombre de lits budgétaire (ressources) : c'est le nombre de lits mis à la disposition des services de l'hôpital dans l'année.

La Durée Moyenne de Séjour (D.M.S.), défini comme le nombre moyen de jours entre l'admission et le renvoi (guérison). La diminution de la D.M.S se traduit par la réduction des frais de séjour et l'éviction des infections nosocomiales pour le patient.

$$D.M.S. = JH / Nb. Hosp.$$

Nb. Hosp. = Nombre de malades hospitalisés (nombre d'admissions)

- **Indice de Rotation des Lits (I.R.L),** c'est-à-dire le nombre moyen de patients par lit par année (ou par jour). C'est le rapport entre le nombre de malades hospitalisés (ou nombre d'admission) et le nombre de lits mis en service dans l'année.

Par année, la formule s'écrit : $I.R.L. /an = Nb. Hosp. / Nb. Lits$

Si nous l'exprimons en taux et par jour, la formule devient:

$$T.R.L. /j = Nb. Hosp.*100 / Nb. Lits*365$$

T.R.L. /j = Taux de Rotation des Lits par jour

- **Rentabilité :** c'est l'écart entre les recettes totales et les dépenses totales

Résultat (bénéfice) = Rec. Tot. – Dép. Tot.

Le taux de rentabilité = (Rec. Tot.*100)/Dép. Tot.

(Rec. Tot. : Recettes totales, Dép. Tot. : Dépenses totales).

- **Ratio Dépenses de l'hôpital rapportées aux hospitalisations (Coût Unitaire de production) :** C'est le rapport entre les dépenses totales de l'hôpital et le nombre total de

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

malades hospitalisés. L'hospitalisation constituant une spécificité de production des hôpitaux, et du fait que la comptabilité analytique n'est pas appliquée dans les hôpitaux de l'étude, nous pensons apprécier approximativement le coût de production des hôpitaux, en calculant cet indicateur.

$CUP = \text{Dép. Tot.} / \text{Nb. Hosp.}$ (*CUP* : Coût de Production, *Dép.Tot.* : Dépenses totales, *Nb. Hosp.* : Nombre de malades hospitalisés).

- **Coût par journée d'hospitalisation (CJH)**: c'est les dépenses totales de l'hôpital rapportées aux journées d'hospitalisation. $CJH = \text{Dép. Tot.} / JH$

- **Ratio dépenses de personnel rapportées aux consultations externes (Dép. Pers. / Cons. Ext.)** : représente le coût unitaire d'une consultation externe dans les dépenses en personnel. C'est le rapport entre les dépenses de personnel (Dép. Pers.) et le nombre total de consultations externes (Cons. Ext.). Les dépenses de personnel sont représentées par les salaires, les commissions, la prime d'intéressement et les charges sociales.

- **Part des ressources propres dans les recettes totales d'exploitation (RP/Rec. Tot.)**: c'est la proportion des ressources propres (RP) issues des ventes des produits ou de services (chiffre d'affaires) dans les recettes totales d'exploitation (ressources propres + subventions). Cet indicateur traduit la capacité d'autofinancement d'un établissement hospitalier.

- **Part des ressources propres dans les dépenses de fonctionnement (RP/Dép. Fonct.)** : c'est le rapport entre les ressources propres (RP) et les dépenses de fonctionnement (Dép. Fonct.). Il traduit également la capacité d'autofinancement de l'hôpital.

III – 2 – 1 – 1 – 2 **Efficiences allocatives** :

La structure de charges donne pour un hôpital le poids respectif de tel ou tel poste. Nous utiliserons les indicateurs suivants :

- **la part des dépenses de personnel dans les dépenses de fonctionnement (Dép. Pers. / Dép. Fonct.)** : c'est le rapport entre les charges relatives aux personnels sur les dépenses de fonctionnement.

- **la part des charges alimentaires à caractère général et hôtelier dans les dépenses de fonctionnement (Dép. Alim. / Dép. Fonct.)** : c'est le rapport entre les dépenses des produits alimentaires à caractère général et hôtelier et les dépenses de fonctionnement.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Les charges à caractère général et hôtelier sont représentées par les impôts et taxes, les dépenses permanentes (Eau, Electricité, Poste et Télécommunications), les produits alimentaires, les autres services extérieurs (sous-traitance générale, maintenance, etc...), les autres dépenses de fonctionnement (gaz en bouteille, carburant et lubrifiant, fourniture de bureau, habillement personnel, études et recherche, lingerie, frais de formation personnel, gardiennage, nettoyage etc...).

- la part des dépenses médico-pharmaceutiques dans les dépenses totales de fonctionnement (Dép. Méd. Pharm. / Dép. Fonct.) : c'est le rapport entre les charges des produits médico-pharmaceutiques et les dépenses de fonctionnement.

Les charges médico-pharmaceutiques concernent les produits médico-pharmaceutiques, les petits matériels hospitaliers, les gaz médicaux et les fournitures médicales.

- la part des charges provisionnées et financières dans les dépenses de fonctionnement (Dép. Prov. Fin. / Dép. Fonct.) : C'est le rapport entre les charges de dotations aux provisions et des charges financières et les dépenses de fonctionnement.

Les provisions et les charges financières sont constituées par des intérêts bancaires, des jetons de présence, des œuvres sociales et les charges de provisions d'exploitation.

- la part des charges de dotations aux amortissements dans les dépenses de fonctionnement (Dép. Amort. / Dép. Fonct.) : C'est le rapport entre les charges de dotation aux amortissements et les dépenses de fonctionnement.

La dotation aux amortissements représente sur le plan financier une ressource interne, donc un élément constitutif de l'autofinancement de l'entreprise, destiné à renouveler les investissements.

III – 2 – 1 – 2 Qualité des soins :

Compte tenu des données dont nous disposons, nous avons retenu comme indicateurs de qualité de soins :

- **Taux de Mortalité Hospitalière (TMH)** : c'est le rapport entre le nombre de malades décédés (Nb. DCD) et le nombre de malades hospitalisés (Nb. Hosp.).

$$TMH = Nb. DCD / Nb. Hosp.$$

- **Taux de sorties des malades hospitalisés (TS)** : représente le rapport entre le nombre de malades sortis (Nb. S) après guérison sur le nombre de malades hospitalisés (Nb. Hosp.).

$$TS = Nb. S / Nb. Hosp.$$

- **Ratio personnel soignant sur personnel administratif (Pers. Soign. / Pers. Adm.)** :

C'est le rapport entre le Personnel Soignant (Pers. Soign.) et le Personnel Administratif (Pers. Adm.) de l'hôpital.

- **Nombre de lits d'hôpital par Médecin** : c'est le rapport entre le nombre de lits et le nombre de Médecins (Nb. Lits / Nb. Méd.).

- **L'existence d'un programme d'assurance de la qualité** : l'assurance de la qualité correspond au processus d'amélioration de la qualité des soins et services.

III – 2 – 1 – 3 Accessibilité économique :

Elle traduit l'absence d'obstacle économique au recours aux soins, nous avons retenu comme indicateurs :

- **Les recettes moyennes rapportées hospitalisations (Rec. Hosp.) / Nb. Hosp.)** : C'est le rapport entre les recettes d'hospitalisation et le nombre total d'hospitalisations. C'est le prix moyen payé par le patient pour son hospitalisation.

- **Les recettes moyennes rapportées aux journées d'hospitalisation (Rec. Hosp. / JH)** : c'est le rapport entre les recettes totales d'hospitalisation et le nombre de journées d'hospitalisation. C'est le prix moyen payé par le patient pour une journée d'hospitalisation.

III – 2 – 1 – 4 Accessibilité géographique:

Compte tenu des données dont nous disposons, nous nous proposons d'utiliser les indicateurs suivants :

- ***le nombre d'habitants par médecin*** : c'est le rapport entre la population issue de la ville de Dakar et le nombre total de Médecins à l'hôpital.

- ***le nombre d'habitant par lit d'hôpital*** : c'est le rapport entre la population de Dakar et le nombre de lits à l'hôpital.

III – 2 – 2 Entretiens et Recherche documentaire :

Nous avons eu des entretiens avec certains chefs de services des soins infirmiers, administratifs et financiers, les contrôleurs de gestion, des ressources humaines. Nous avons effectué la recherche documentaire sur Internet, à la bibliothèque de CESAG et de l'OMS Sénégal. Nous avons aussi consulté les documents de projet d'établissement des différents établissements hospitaliers, documents cadres de référence pour la politique nationale de santé, de Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) et Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), autres documents de réformes hospitalières au Sénégal.

III – 2 – 3 Collecte des données :

Les informations sont recueillies à partir des données quantitatives des rapports d'activités, des interviews au niveau des différents établissements. (Un guide d'entretien sur les réformes a été élaboré et adressé aux différents chefs de services administratifs et techniques à cet effet).

Les données cliniques sont collectées à partir des rapports d'activités au niveau du service de soins infirmiers mais des fois, on retrouve ces informations au niveau des services de contrôle de gestion et d'audit interne).

Les données sur la gestion et budgétisation sont recueillies à travers les rapports de gestion et le suivi budgétaire des différents exercices que les services du contrôle de gestion, audit interne ou administratif et financier nous ont fourni.

Les données sur les ressources humaines sont recueillies au niveau des responsables services de ressources humaines.

III – 2 – 4 Analyse statistique des données :

Nous avons utilisé les rapports des activités de consultations, d'hospitalisation et de gestion (suivi budgétaire) des exercices 2000 à 2003. Certains services ont été regroupés pour faciliter l'analyse. Il s'agit des services de Maternité et Gynécologie (Gynéco-obstétrique), Orthopédie et Traumatologie (Ortho-traumatologie), Pédiatrie (Pédiatrie A&B et Crèche), Psychiatrie (Psychiatrie, Neuropsychiatrie et Pédopsychiatrie), Médecine (Brevié, Jamot A&C et Boufflers). Les techniques statistiques telles que les ratios et la méthode de variation sont utilisés pour analyser les données. A la place de la méthode des moindres carrés qui donne une progression linéaire, nous avons préféré la méthode de variation qui donne une progression géométrique. Nous avons aussi utilisé la moyenne et la médiane pour la comparaison et le classement des hôpitaux du point de vue de leur performance.

III – 2 – 5 Limites :

Les indicateurs de performance hospitalière utilisés ne donnent peut-être pas une vue globale des résultats de la réforme, néanmoins permet d'avoir une vue partielle de la performance des hôpitaux basée sur des critères objectifs. Nous n'avons pas pris en compte des critères subjectifs en faisant une enquête d'opinion pour avoir des informations sur la satisfaction des usagers et des parties prenantes et en explorant les composantes de la qualité perçue. La collecte des données dans les trois hôpitaux nous a pris beaucoup de temps et aussi, faire une enquête dans trois grands établissements hospitaliers doit être un travail d'équipe. Les indicateurs sont choisis compte tenu des données dont nous disposons. Toutefois, nous estimons que le nombre des hôpitaux est un peu petit pour permettre une comparaison plus fiable. Les entretiens sont difficiles du fait de la non disponibilité de la plupart des chefs de services.

III – 3 RESULTATS :

III – 3 – 1 CHU de FANN :

III -3 – 1 – 1 Analyse des résultats financiers

III – 3 – 1 – 1 – 1 Récapitulatif des produits et charges du CHU Fann :

Tableau III:

<i>Libellés</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Moyenne annuelle</i>	<i>%</i>
<i>Produits</i>						
Ressources propres*	229381920	416369941	587852777	812251001	511463910	44,67
Subventions par l'Etat	468351194	542621954	666518571	856509880	633500400	55,33
Total Produits	697733114	958991895	1254371348	1668760881	1144964310	100
Variations	-	261258781	295379453	414389533	242756942	-
Taux de variation	-	37,44%	30,80%	33,04%	33,76%	-
<i>Charges</i>						
Produits médico-pharm.	107035008	140800657	152902406	131529571	133066910	10,44
charges à caractère général & hôtelier	283801773	283380549	236153896	282525179	271465349	21,29
Salaires (personnel)	180948320	406442574	622736109	700061809	477547203	37,45
charges provisionnées & financières	24321291	221150600	200245666	402522747	212060076	16,63
Dot. aux amortissements	148349167	171206268	193899492	210049664	180876148	14,19
Total charges	744455559	1222980648	1405937569	1726688970	1275015687	100
Variations	-	478525089	182956921	320751401	245558353	-
Taux de variation	-	64,28%	14,96%	22,81%	34,02%	-
Résultats	-46722445	-263988753	-151566221	-57928089	-130051377	-
Taux de rentabilité	93,72%	78,41%	89,22%	96,65%	89,50%	-
Ratio Salaire /R.P.	78,89%	97,62%	105,93%	86,19%	92,16%	-
Taux de variation	-	23,74%	8,51%	-18,63%	-	-
Ratio R.P. /Dép. Fonct.	30,81%	34,05%	41,81%	47,04%	-	-

* produits de la tarification et autres produits

Les ressources financières provenant des produits de la tarification durant les quatre années ne couvrent pas les dépenses de fonctionnement malgré que l'hôpital ait bénéficié de la subvention de l'Etat. Il en résulte un déficit d'exploitation toutes les quatre années avec une moyenne annuelle de -10,50%. Ce déficit est financé soit par des subventions spéciales de l'Etat ou des dons des bailleurs de fonds. Les taux de rentabilité varient de 93,72% à 96,65% entre 2000 et 2003 soit un déficit constaté de -6,28% en 2000, -21,59% en 2001, -10,78% en 2002 et -3,35% en 2003. Les moyennes annuelles des ressources propres et des subventions dans les recettes totales d'exploitations sont respectivement de 44,67% et 55,33%. Le salaire

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

de personnel représente plus du 1/3 de la moyenne annuelle des dépenses de fonctionnement (37,45%), suivi des produits alimentaires à caractère général et hôtelier (21,29%), des charges provisionnées et financières (16,63%), de dotation aux amortissements (14,19%) et des produits médico-pharmaceutiques (10,44%).

III – 3 – 1 – 1 – 2 Evolution des Produits et des Charges d'exploitations (Fann):

Tableau IV :

LIBELLES	00-01	01-02	02-03	03-00	Taux de variation moyen
Ressources propres	81,52%	41,19%	38,17%	254,10%	53,63%
Subvention	15,86%	22,83%	28,51%	82,88%	22,40%
TOTAL PRODUITS	37,44%	30,80%	33,04%	139,17%	33,76%
Produits médico-pharmaceutiques	31,55%	8,59%	-13,98%	22,88%	8,72%
Produits à caractère général et hôtelier	-0,15%	-16,67%	19,64%	-0,45%	0,94%
Salaires (Personnel)	124,62%	53,22%	12,42%	286,88%	63,42%
Charges provisionnées et financières	809,29%	-9,45%	101,01%	1555,02%	300,28%
Dotation aux amortissements	15,41%	13,25%	8,33%	41,59%	12,33%
TOTAL CHARGES	64,28%	14,96%	22,81%	131,94%	34,02%

Les recettes d'exploitation ont subi une progression de +37,44% entre 2000 et 2001, +30,80% entre 2001 et 2002 et +33,04% entre 2002 et 2003. Entre 2000 et 2003, les recettes totales d'exploitation ont augmenté de +139,17%. L'augmentation des recettes totales est due à celle des ressources propres et subventions qui se sont vues croître au cours de ces quatre années. Le taux de variation moyen des recettes d'exploitation est de +33,76%. Les ressources propres ont subi une évolution de +81,52% entre 2000 et 2001, +41,19% entre 2001 et 2002 et +38,17% entre 2002 et 2003. Entre 2000 et 2003, on note une évolution de +254,10%, ceci s'explique par les faibles recettes issues de la tarification des produits enregistrée en 2000 (28,24% par rapport aux recettes de 2003). Son taux de variation moyen est de +53,63%. Les subventions quant à elles, ont progressé de +15,86% (2000 et 2001), +22,83% (2001 et 2002), +28,51% (2002 et 2003) et de +82,88% de 2000 à 2003 avec un taux de variation moyen de +22,40%.

Les charges d'exploitation ont aussi progressées, +64,28% entre 2000 et 2001, +14,96% (2001 et 2002), +22,81% (2002 et 2003) et +131,94% entre 2000 et 2003 avec un taux de variation moyen de +34,02%.

Les produits médico-pharmaceutiques ont surtout augmenté entre 2000 et 2002 (+31,55% entre 2000 et 2001, +8,59% entre 2001 et 2002) et régressé de -13,98% entre 2002 et 2003,

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

mais de 2000 à 2003, ont subi une évolution globale de +22,88%. Leur taux de variation moyen est de +8,72%.

Les charges issues des produits alimentaires à caractère général et hôtelier ont diminué de -0,15% à -16,67% respectivement entre 2000 et 2001 et 2001 et 2002 et augmenté de +19,64% entre 2002 et 2003, et ainsi, on note une diminution globale de -0,45% de 2000 à 2003. Elles ont enregistré le faible taux de variation moyen durant ces quatre années.

Les charges salariales se sont augmentées au cours de ces quatre années de +124,62% entre 2000 et 2001, +53,22% entre 2001 et 2002, +12,42% entre 2002 et 2003 et une évolution globale de +286,88% de 2000 à 2003 et un taux de variation moyen de +63,42%.

Les charges provisionnées et financières ont subi une évolution en dent de scie avec +809,29% entre 2000 et 2001, -9,45% entre 2001 et 2002, +101,01% entre 2002 et 2003, soit entre 2000 et 2003 de +1555,02%. Le taux de variation moyen est très fort de +300,28%.

Les dotations aux amortissements ont aussi subi une progression de +15,41% entre 2000 et 2001, +13,25% entre 2001 et 2002, +8,33% entre 2002 et 2003 et ainsi entre 2000 et 2003, on constate une progression de +41,59% et un taux de variation moyen de +12,33%.

L'augmentation des charges provisionnées et financières et de la dotation aux amortissements au CHU Fann est une bonne chose car ces charges traduisent la capacité d'autofinancement des établissements hospitaliers.

III – 3 – 1 – 1 – 3 Evolution des Ressources Propres et des Subventions dans les Recettes Totales (Fann):

La part des ressources propres dans les recettes totales d'exploitation parait faible bien qu'elle soit en pleine progression de 32,88% à 48,67% au cours des années 2000 à 2003 (soit une augmentation de +48,02%). Ce qui signifie que plus de la moitié des recettes d'exploitation du CHU Fann provient des subventions de l'Etat.

La part des subventions dans les recettes totales d'exploitation a diminué de 67,12% à 51,33% (soit une diminution de -23,52%) de 2000 à 2003.

III – 3 – 1 – 1 – 4 Les différents postes de charges dans les dépenses de fonctionnement (Fann):

Tableau V :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Part de Charges de Personnels	24,31%	33,23%	44,29%	40,54%	66,76%	35,59%
Part de Produits médico-pharmaceutiques	14,38%	11,51%	10,88%	7,62%	-47,01%	11,10%
Part des ch caract. gén. et hôtelier/dép. fct°	38,12%	23,17%	16,80%	16,36%	-57,08%	23,61%
Part des charges provisionnées et financières	3,27%	18,08%	14,24%	23,31%	612,84%	14,73%
Part des dotations aux Amortissements	19,93%	14,00%	13,79%	12,16%	-38,99%	14,97%

La part des salaires dans les dépenses de fonctionnement représente une moyenne annuelle de 35,59% suivi des charges à caractère général et hôtelier (23,61%), dotation aux amortissements (14,97%), charges provisionnées et financières (14,73%) et produits médico-pharmaceutiques (11,10%).

Il faut noter que la dotation aux amortissements qui est conséquence des investissements pratiqués, indique la capacité de réinvestissement de l'hôpital, sa capacité à pérenniser la structure existante. Les dotations aux provisions complètent ce potentiel d'autofinancement avec notamment la provision pour travaux et les dotations au fonds de roulement. Les charges financières sont principalement dues aux intérêts des emprunts pratiqués pour financer les investissements.

La part des salaires dans les dépenses de fonctionnement est en nette augmentation de +66,76% de 2000 à 2003, bien qu'elle soit en légère diminution entre 2002 à 2003 de -8,47%. La part des produits médico-pharmaceutiques est en régression de -47%, alors que celle des charges à caractère général et hôtelier dans les dépenses de fonctionnement a diminué de -57,08% ; celle des charges provisionnées et financières par contre est en forte augmentation de l'ordre de +612,84% et celle des dotations aux amortissements a régressé de -38,99% entre 2000 et 2003. Il est à noter que la part des charges provisionnées et financières et des dotations aux amortissements représentent environ 29,70% des dépenses de fonctionnement.

III – 3 – 1 – 1 – 5 Evolution du ratio masse salariale sur ressources propres :

Le ratio masse salariale sur les fonds propres a connu une progression globale de +9,25% avec un taux de variation moyen de +4,54%. Le salaire de personnel consomme pratiquement toutes les ressources propres issues de la vente de produits de la tarification et de services

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

(consomme 92,16% des ressources propres en moyenne annuelle). Après avoir augmenté successivement entre 2000 et 2002 (+23,74% entre 2000 et 2001 et +8,51% entre 2001 et 2002), le ratio salaire/RP a subi une régression un peu marquée de -18,63%.

III – 3 – 1 – 2 Analyse des résultats des activités médicales :

III – 3 – 1 – 2 – 1 Evolution des activités de consultations externes par service :

Tableau VI :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Psychiatrie	10455	16,38	6287	11,11	5356	9,23	6605	10,07	23,32%	-36,82%
Cabinet dentaire	5438	8,52	3548	6,27	3721	6,41	8413	12,83	126,10%	54,71%
Accueil urgences	12721	19,92	21140	37,36	22685	39,10	18432	28,11	-18,75%	44,89%
Kinésithérapie	1556	2,44	1834	3,24	1999	3,45	1655	2,52	-17,21%	6,36%
Neurologie	24412	38,24	13340	23,58	14776	25,47	18633	28,41	26,10%	-23,67%
Neuro-chirurgie	2501	3,92	3616	6,39	2910	5,02	3132	4,78	7,63%	25,23%
Pneumo-phtisiologie	2332	3,65	3377	5,97	3387	5,84	6189	9,44	82,73%	165,39%
Maladies Infectieuses	4430	6,94	3438	6,08	3181	5,48	2520	3,84	-20,78%	-43,12%
TOTAL	63845	100	56580	100	58015	100	65579	100	13,04%	2,72%
Variations	933	-	-7265	-	1435	-	7564	-	-	-
Taux de variation	1,48%	-	-11,38%	-	2,54%	-	13,04%	-	-	-

Taux de variation moyen : +1,40%

Les activités de consultations externes ont connu une légère progression globale de +2,72% au cours de ces quatre années (2000 à 2003) avec un taux de variation moyen de +1,40%, +2,54% entre 2001 et 2002, +13,04% entre 2002 et 2003. On constate une diminution du nombre de consultations externes de -11,38% entre 2000 et 2001. Les consultations dans les services d'Accueil Urgences, de neurologie et de psychiatrie représentent respectivement une moyenne annuelle de 30,73%, 29,16% et 11,76% des consultations externes au CHU de Fann, soit un total de 71,65% (un peu moins des ¾ des consultations). Cela peut s'expliquer par le fait qu'au départ, le CHU Fann était un service de Neuro-psychiatrie. On note une tendance globale à la régression des consultations dans les services de psychiatrie (-36,82%), de neurologie (-23,67%) et de maladies infectieuses (-43,12%) de 2000 à 2003. La création d'un service d'accueil et d'urgences de par sa progression, peut être responsable de la diminution du nombre de consultations dans ces trois services car ces services ne recevront désormais que des cas relevant de leur spécialité. Nous ne devons pas perdre de vue aussi la concurrence entre les hôpitaux de la capitale, qui diversifient leurs prestations. Les services de cabinet dentaire, de neurologie et de pneumo-phtisiologie sont en progression constante à partir de

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

2001 jusqu'à 2003. L'évolution est très marquée dans les services de cabinet dentaire (+126,10%) et de pneumo-physiologie (82,73%) entre 2002 et 2003.

III – 3 – 1 – 2 – 2 Evolution des malades hospitalisés (Fann):

Tableau VII :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Neurologie	712	961	1193	1120	-6,12%	57,30%
Neuro-chirurgie	216	105	-	-	-	-
Psychiatrie	381	501	449	1388	209,13%	264,30%
Maladies Infectieuses	1311	1433	1383	959	-30,66%	-26,85%
Pneumo-physiologie	682	755	667	679	1,80%	-0,44%
TOTAL	3302	3755	3692	4146	12,30%	25,56%
Variations	-	453	-63	454	-	-
Taux de variation	-	13,72%	-1,68%	12,30%	-	-

Taux de variation moyen : 8,11%

Le nombre de malades hospitalisés ont augmenté en dent de scie de +13,72% entre 2000 et 2001 pour régresser à -1,68% entre 2001 et 2002 et pour remonter à +12,30% entre 2002 et 2003. Mais de 2000 à 2003, on note une progression de +25,56% et le taux de variation moyen est de +8,11%. Le service de Neuro-chirurgie n'avait pas hospitalisé les malades au cours des années 2002 et 2003 à cause de la réfection de leur bâtiment, ce qui explique les données d'hospitalisations non disponibles pour les années 2002 et 2003. La forte progression est constatée dans le service de psychiatrie (209,13% entre 2002 et 2003 et 264,30% entre 2000 et 2003). Dans l'ensemble, on note une augmentation du nombre d'admission dans le service de neurologie de +57,30% de 2000 à 2003, bien qu'on ait constaté une diminution de -6,12% entre 2002 et 2003. Les malades hospitalisés sont en pleine régression dans le service de maladies infectieuses (-30,66% entre 2002 et 2003 et -26,85% de 2000 à 2003).

III – 3 – 1 – 2 - 3 Evolution des journées d'hospitalisation (Fann) :

Tableau VIII :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Neurologie	9523	8084	16611	11715	-29,47%	23,02%
Neuro-chirurgie	5970	1680	-	-	-	-
Psychiatrie	9677	11663	8957	10437	16,52%	7,85%
Maladies Infectieuses	17030	18615	12293	10581	-13,93%	-37,87%
Pneumo-physiologie	19217	19882	13380	15967	19,33%	-16,91%
TOTAL	61417	59924	51241	48700	-4,96%	-20,71%
Variations	13191	-1493	-8683	-2541	-	-
Taux de variation	27,35%	-2,43%	-14,49%	-4,96%	-	-

Taux de variation moyen (2000-2003) : -7,29%

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

On note une évolution régressive des journées d'hospitalisation de 2000 à 2003 (-2,43% entre 2000 et 2001, -14,49% entre 2001 et 2002, -4,96% entre 2002 et 2003). Entre 2000 et 2003, la régression est de -20,71% avec un taux de variation moyen de -7,29%. On constate une augmentation des journées d'hospitalisation dans les services de psychiatrie et de pneumo-phtisiologie respectivement de +16,52% et +19,33% de 2002 à 2003, alors que de 2000 à 2003, c'est dans les services de Psychiatrie et de neurologie que les journées d'hospitalisation ont subi une progression respectivement de l'ordre de +7,85% et +23,02%. Les journées d'hospitalisation dans le service des maladies infectieuses sont en régression de -37,87% de 2000 à 2003 et -13,93% entre 2002 et 2003.

III – 3 – 1 – 2 – 4 Evolution des Taux d'Occupation des lits par service (Fann):

Tableau IX :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Neurologie	40,13%	34,00%	70,01%	49,37%	-29,48%	23,03%
Neuro-chirurgie	60,57%	17,00%	-	-	-	-
Psychiatrie	61,65%	74,31%	58,42%	60,84%	4,14%	-1,31%
Maladies Infectieuses	93,33%	89,00%	66,04%	51,76%	-21,62%	-44,54%
Pneumo-phtisiologie	99,33%	65,62%	44,16%	52,70%	19,34%	-46,94%
TOTAL	70,69%	60,53%	58,25%	53,15%	-8,75%	-24,81%
Variations	-	-10,16%	-2,28%	-5,09%	-	-
Taux de variation	-	-14,37%	-3,77%	-8,75%	-	-

Taux de variation moyen : -8,96%

Les taux d'occupation moyen des lits ont connu une évolution régressive de -14,37% entre 2000 et 2001, régression de -3,77% entre 2001 et 2002, -8,75% entre 2002 et 2003 et globalement une diminution de -24,81% avec un taux de variation moyen de -8,96% entre 2000 à 2003. Au cours de ces quatre années, le taux d'occupation des lits a varié de 70,69% à 53,15%. Seul le T.O.M.L du service de neurologie a connu une augmentation globale de 2000 à 2003. Par ailleurs, on note une augmentation du T.O.M.L de +20,53% entre 2000 et 2001, +4,14% entre 2002 et 2003 dans le service de psychiatrie et +19,34% entre 2002 et 2003 en pneumo-phtisiologie. D'une manière générale, les taux d'occupation des lits paraissent faibles au CHU de Fann et cela résulte du problème de sous notification des journées d'hospitalisation ou d'une surestimation des lits disponibles. Les T.O.M.L. déclarés accusent des écarts importants d'une année à une autre qui ne peuvent pas s'expliquer par la DMS ou le nombre de lits installés. Le service de Neurologie où les admissions se font parfois sur une liste d'attente enregistre les T.O.M.L les plus faibles. D'une manière générale, les taux d'occupation des lits paraissent faibles au CHU de Fann et cela résulte du problème de sous

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

notification des journées d'hospitalisation. Les T.O.M.L déclarés accusent des écarts importants d'une année à une autre qui ne peuvent pas s'expliquer par la DMS ou le nombre de lits installés.

III – 3 – 1 – 2 – 5 Evolution des Durées Moyennes de Séjour par service (Fann) :

Tableau X :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Neurologie	13,38	8,41	13,92	10,46	-24,88%	-21,80%
Neuro-chirurgie	27,64	16,00	-	-	-	-
Psychiatrie	25,40	23,28	19,95	7,52	-62,31%	-70,39%
Maladies Infectieuses	12,99	12,99	8,89	11,03	24,13%	-15,06%
Pneumo-phtisiologie	28,18	26,33	20,06	23,52	17,23%	-16,55%
TOTAL	18,60	15,96	13,88	11,75	-15,37%	-36,85%
Variations	-	-2,64	-2,08	-2,13	-	-
Taux de variation	-	-14,20%	-13,03%	-15,37%	-	-

La durée moyenne de séjour évolue de façon régressive variant de 19 à 12 soit une moyenne annuelle de 15 jours. De 2000 à 2003, la régression est de -36,85% et le taux de variation moyen est de -14,20%. La régression est de -14,20% entre 2000 et 2001, -13,03% entre 2001 et 2002 et -15,37% entre 2002 et 2003. Les services de maladies infectieuses et de pneumo-phtisiologie ont connu une augmentation des durées moyennes de séjour respectivement de +24,13% et 17,23% entre 2002 et 2003.

III – 3 – 1 – 2 – 6 Evolution des Indices de Rotation des Lits (fois/jour) (Fann) :

Tableau XI :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Neurologie	3,00%	4,04%	5,03%	4,72%	-6,13%	57,31%	4,20%
Neuro-chirurgie	2,19%	1,06%	-	-	-	-	1,62%
Psychiatrie	2,43%	3,20%	2,93%	8,09%	176,29%	233,34%	4,16%
Maladies Infectieuses	7,18%	6,89%	7,43%	4,69%	-36,86%	-34,71%	6,55%
Pneumo-phtisiologie	3,53%	2,63%	2,20%	2,24%	1,80%	-36,43%	2,65%
TOTAL	3,80%	3,79%	4,20%	4,53%	7,86%	19,21%	4,08%
Variations	-	-0,01%	0,41%	0,33%	-	-	-
Taux de variation	-	-0,26%	10,82%	7,86%	-	-	-

Taux de variation moyen : +6,14%

Les indices des rotations des lits ont subi une évolution progressive d'année en année entre 2001 et 2003 (+10,82% entre 2001 et 2002 et +7,86% entre 2002 et 2003) après une très légère régression en 2001 (-0,26%). L'évolution globale des I.R.L est de +19,21% avec un taux de variation moyen de +6,14%. L'évolution est à +176,29% entre 2002 et 2003 et +233,34% entre 2000 et 2003 dans le service de psychiatrie. La moyenne annuelle globale est

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

de 14,89 patients par lit et par année (ou 0,04de patients par lit et par jour). Le service de maladies infectieuses a le plus fort taux de rotation des lits (6,55%) suivi du service de neurologie (4,20%). La psychiatrie vient en 3^{ème} position (4,16% de patients par lit/jour).

III – 3 – 1 – 2 – 7 Evolution du nombre de décès par service (Fann) :

Tableau XII :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Neurologie	158	21,09	237	27,88	291	33,68	158	37,71	-45,70%	0,00%
Neuro-chirurgie	20	2,67	7	0,82	0	0,00	0	0,00	0,00%	-100 %
Psychiatrie	3	0,40	2	0,24	3	0,35	2	0,48	-33,33%	-33,33%
Mal. Infectieuses	413	55,14	446	52,47	457	52,89	191	45,58	-58,21%	-53,75%
Pneumo-phtisiol.	155	20,69	158	18,59	113	13,08	68	16,23	-39,82%	-56,13%
TOTAL	749	100	850	100	864	100	419	100	-51,50%	-44,06%
Variations	22	-	101	-	14	-	-445	-	-	-
Taux de variation	3,03%	-	13,48%	-	1,65%	-	-51,50%	-	-	-

Taux de variation moyen : -12,12%

Le nombre de décès ont augmenté de 2000 à 2002, (+13,48% entre 2000 et 2001, +1,65% entre 2001 et 2002) pour régresser considérablement entre 2002 et 2003 de -51,50%. Le service de maladies infectieuses est le service qui a enregistré plus des décès avec une moyenne annuelle de 52,29% suivi de celui de neurologie (29,29%) de 2000 à 2003. La tendance générale est à la baisse du nombre de décès de 2000 à 2003 (-44,06%) et le taux de variation moyen est de -12,12%. Il n'y a pas eu de décès dans le service de Neuro-chirurgie en 2002 et 2003, étant donné qu'il n'y a pas eu des malades hospitalisés durant ces deux années.

III – 3 – 1 – 2 – 8 Evolution des taux de mortalité hospitalière (Fann):

Tableau XIII :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Neurologie	22,19%	24,66%	24,39%	14,11%	-42,15%	-36,41%	21,34%
Neuro-chirurgie	9,26%	6,67%	-	-	-	-	7,96%
Psychiatrie	0,79%	0,40%	0,67%	0,14%	-79,10%	-82,28%	0,50%
Maladies Infectieuses	31,50%	31,12%	33,04%	19,92%	-39,71%	-36,76%	28,90%
Pneumo-phtisiologie	22,73%	20,93%	16,94%	10,01%	-40,91%	-55,96%	17,65%
TOTAL	22,68%	22,64%	23,40%	10,11%	-56,79%	-55,42%	19,71%
Variations	-	-0,04%	0,76%	-13,29%	-	-	-
Taux de variation	-	-0,18%	3,36%	-56,79%	-	-	-

Taux de variation moyen : -17,87%

Le taux de mortalité hospitalière a subi une très légère régression entre 2000 et 2001 (-0,18%) et une légère augmentation de +3,36% entre 2001 et 2002 avant sa forte diminution de -56,79% en 2003 par rapport à 2002. Globalement, la régression du taux de mortalité

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

hospitalière au CHU Fann est de -55,42% avec un taux de variation moyen de -17,87%. Cela prouve que des efforts sont faits dans l'amélioration de la prise en charges des malades, donc dans la qualité des soins. Tous les services ont connu une évolution régressive en 2003 par rapport à 2000. La moyenne annuelle globale est de 19,71% durant ces quatre années. Les forts taux de mortalité hospitalière ont été enregistrés respectivement dans les services de maladies infectieuses avec une moyenne annuelle de 28,90%, suivi du service de neurologie (21,34%) et de celui pneumo-physiologie (17,65%). Le meilleur taux de mortalité hospitalière est enregistrée dans le service de psychiatrie avec une moyenne annuelle de 0,50%. Il est à signaler aussi que les trois premiers services sont sujets à des cas plus graves. Il s'avère ainsi opportun de tenir compte des différents types de pathologies enregistrés et/ou d'une modification du recrutement des malades (malades moins graves) dans les services pour nuancer un peu l'interprétation.

III – 3 – 1 – 2 – 9 Evolution des taux de sortie (CHU Fann):

Tableau XIV :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moy. /An
Neurologie	522	73,31	409	42,56	666	55,83	786	70,18	25,71%	-4,28%	60,47%
Neuro-chirurgie	190	87,96	93	88,57	-	-	-	-	-	-	88,26%
Psychiatrie	376	98,69	524	104,6	418	93,10	473	34,08	-63,39%	-65,47%	82,61%
Mal. Infectieuses	825	62,93	934	65,18	818	59,15	552	57,56	-2,68%	-8,53%	61,20%
Pneumo-physiol.	513	75,22	528	69,93	459	68,82	529	77,91	13,21%	3,57%	72,97%
TOTAL	2426	73,47	2488	66,26	2361	63,95	2340	56,44	-11,74%	-23,18%	65,03%
Variations	-	-	-	-7,21%	-	-2,31%	-	-7,51%	-	-	-
Taux de variation	-	-	-	-9,81%	-	-3,49%	-	-11,74%	-	-	-

Le nombre de sortie après guérison par rapport au nombre d'admission a connu une évolution régressive d'année en année. La diminution globale est de -23,18% de 2000 à 2003 avec un taux de variation moyen de -8,35%. La moyenne annuelle du taux de sortis au CHU Fann est de 65,03% alors que celle du taux de mortalité hospitalière est de 19,71%, donc environ 15,26% correspond au taux d'évasion et/ou au taux d'évacuation, ce qui paraît important. Le service de pneumo-physiologie a enregistré un taux de sortis supérieur à 100% en 2001 (104,59%), ce qui signifie qu'il y a un problème d'enregistrement des malades, autrement dit, il y a des admissions qui ne sont pas enregistrées mais qui sont comptées dans les sortis. La régression du taux de sortie signifie qu'il y a soit beaucoup de nombre de décès ou du nombre d'évasion (malades sortis à l'insu du personnel médical). La forte régression est constatée dans le service de psychiatrie avec -65,47%, ceci est dû au très faible taux de sortis constaté en 2003 (34,08%), alors que le nombre de décès enregistré est seulement de 2 décès. Le

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

nombre de malades évadés et/ou évacués devient alors très élevé (915 évadés et/ou évacués sur 1388 admissions). Les moyennes annuelles des taux de sortis dans les différents services sont 60,47% en Neurologie, 44,13% en Neuro-chirurgie, 82,61% en Psychiatrie, 61,20% en Maladies Infectieuses, 72,97% en Pneumo-phtisiologie.

III – 3 – 1 – 2 – 10 Evolution du nombre de lits par service (CHU Fann) :

Tableau XV :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Neurologie	65	65	65	65	0%	0%
Neuro-chirurgie	27	27	-	-	-	-
Psychiatrie	43	43	42	47	11,90%	9,30%
Maladies Infectieuses	50	57	51	56	9,80%	12,00%
Pneumo-phtisiologie	53	79	83	83	0,00%	56,60%
TOTAL des Lits	238	271	241	251	4,15%	5,46%

On note une augmentation de +5,46% du nombre de lits au cours de la période de 2000 à 2003 contre +4,15% entre 2002 et 2003. Le nombre de lits est demeuré constant dans le service de Neurologie durant ces 4 années. La forte progression a été constatée dans le service de pneumo-phtisiologie (+56,60%) à cause de l'extension du service en 2001 qui a vu le nombre de lits disponible augmenté de +49,06%. Les services de psychiatrie et de maladies infectieuses ont connu une progression globale du nombre de lits, respectivement de +9,30% et +12% malgré une diminution du nombre de lits de -2,32% et -10,53% constatée en 2002 dans ces services.

III – 3 – 1 – 2 – 11 Evolution des ressources humaines (CHU Fann) :

Tableau XVI :

Ressources Humaines	2000	2001	2002	2003	% en 2003	Evol. 00-03
Personnel médical	84	-	-	105	17,62%	25,00%
Personnel paramédical	-	-	-	174	29,19%	-
Personnel Administratif	-	-	-	141	23,66%	-
Autres corps et métiers	-	-	-	176	29,53%	-
TOTAL Personnel	347	366	580	596	100%	71,76%
Taux de Variations	-	5,47%	58,47%	2,76%	-	-
Pers.soignant / Pers.Adm.	-	-	-	1,98	-	-
Nb.Habitants / Médecin	-	-	-	25172	-	-
Nb. Habitants / Lits	10252	9247	10679	10530	10177*	2,71%

(*moyenne annuelle)

Nous n'avons pas pu avoir les informations concernant les détails des ressources humaines concernant les années 2000, 2001 et 2002, la Secrétaire disant n'avoir pris fonction qu'en

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

2003. Néanmoins, les données sur le nombre total de personnel, le nombre de Médecin en 2000 et sur les différentes catégories de personnel en 2003 sont disponibles. Le nombre de personnels a augmenté globalement de +71,76% de 2000 à 2003. L'augmentation est de +5,47% entre 2000 et 2001, +58,47% entre 2001 et 2002 et +2,76% entre 2002 et 2003. En 2003, le personnel soignant représente 46,81% du total de personnel de l'hôpital dont 17,62% constitué de personnel médical (Médecin) et 29,19% de personnel paramédical ; le personnel administratif occupe une proportion de 23,66% contre 29,53% de personnel de soutien (autres corps et métiers). Le nombre de Médecin a progressé de +25% en 2003 par rapport à l'an 2000. Le ratio personnel soignant sur le personnel administratif est d'environ 2 en 2003, soit deux personnels soignants pour un personnel administratif. Le nombre d'habitants par Médecin est de 25172 en 2003.

III – 3 – 1 – 2 – 12 Evolution des recettes par rapport aux hospitalisations:

Tableau XVII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Recettes Hospitalisation	72228010	131562456	187687815	215817458	151823935
Total hospitalisés	3302	3755	3692	4146	3723,75
Total journées d'hospit.	61417	59924	51241	48700	55320,5
Recettes moy. /hospitalisation	21874,02	35036,61	50836,35	52054,38	39950,34
Variations	-	13162,59	15799,74	1218,03	-
Taux de variation	-	60,17%	45,09%	2,40%	35,89%*
Recettes moy./j.hospit.	1176,03	2195,49	3662,84	4431,57	2866,48
Variations	-	1019,46	1467,35	768,73	-
Taux de variation	-	86,69%	66,83%	20,99%	58,17%*

(*Taux de variation moyen)

Les recettes d'hospitalisation au CHU Fann sont constituées par les frais de séjour, les contributions, les frais pharmaceutiques (I.B.), les IPM et la location.

Les contributions sont des avances des usagers pour la consultation et les analyses, l'hôpital prend en charge le reste des prestations

Il est à signaler également qu'au CHU Fann, les recettes des examens radiologiques tels que le scanner chez les patients hospitalisés ne sont pas comptabilisées dans la rubrique hospitalisation, mais dans celle des consultations et actes car ces recettes sont combinées directement à celles réalisées à titre externe.

Ainsi, les recettes moyennes par hospitalisation au CHU de Fann ont progressé d'année en année avec une progression globale +137,97% et un taux de variation moyen de +35,89%. Entre 2000 et 2001, la progression est de +60,17%, +45,09% en 2002 par rapport à 2001 et

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

+2,40% entre 2002 et 2003. Les recettes moyennes par hospitalisation varient de 21874,02 francs à 52054,38 francs avec une moyenne annuelle de 39950,34 francs CFA.

Les recettes moyennes par journées d'hospitalisation ont aussi connu une évolution progressive année par année entre 2000 et 2003 et varient de 1176,03 francs à 4431,57 francs avec une moyenne annuelle de 2866,48 francs CFA. La progression globale est de +276,82% entre 2000 et 2003 et le taux de variation moyen est de +58,17%. Les coûts moyens par journée d'hospitalisation ont augmenté de +86,69% entre 2000 et 2001, +66,83% entre 2001 et 2002 et de +20,99% entre 2002 et 2003.

III – 3 – 1 – 2 – 13 Evolution des dépenses rapportées aux hospitalisations :

Tableau XVIII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Total des Dépenses	744455559	1222980648	1405937569	1726688970	1275015687
Nombre Hospitalisés	3302	3755	3692	4146	3723,75
Total Journées d'hospitalisation	61417	59924	51241	48700	55320,5
Dépenses /hospitalisations	225455,95	325693,91	380806,49	416471,05	337106,85
Variations	-	100237,96	55112,58	35664,56	-
Taux de variation	-	44,46%	16,92%	9,36%	23,58%*
Dépenses /J. d'hospitalisations	12121,33	20408,86	27437,75	35455,63	23855,89
Variations	-	8287,53	7028,89	8017,88	-
Taux de variation	-	68,37%	34,44%	29,22%	44,01%*

(* Taux de variation moyen)

Nous savons que les soins curatifs et préventifs, la recherche et l'enseignement, font partie des missions d'un établissement hospitalier, surtout celui de 3^{ème} niveau, et aussi, leur spécificité de production est constituée par l'hospitalisation.

La comptabilité analytique bien qu'elle ait été initiée à l'HOGGY en 2002, n'est pas appliquée dans les trois hôpitaux de l'étude. Ainsi à défaut de cette comptabilité analytique, le ratio dépenses de l'hôpital sur les hospitalisations constituant une valeur approximative de la production de l'hôpital. Au CHU Fann ce ratio varie de 225455,95 francs à 416471,05 francs CFA, avec une moyenne annuelle de 337106,85 francs CFA. Entre 2000 et 2003, la production de l'hôpital Fann a augmenté de +84,72%. Elle a progressé de +44,46% entre 2000 et 2001, +16,92% entre 2001 et 2002 et de +9,36% entre 2002 et 2003. Le taux de variation moyen est de +23,58%.

Les dépenses rapportées aux journées d'hospitalisation ont aussi connu une évolution progressive. Elles varient de 12121,33 francs à 35455,63 francs avec une moyenne annuelle de 23855,89 francs par jour d'hospitalisation. Entre 2000 et 2003, les dépenses par journée d'hospitalisation ont progressé de +192,51% avec un taux de variation de +44,01%. Elles sont

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

de +68,37% entre 2000 et 2001, +34,44% entre 2001 et 2002 et de +29,22% entre 2002 et 2003.

III – 3 – 1 – 2 – 14 Evolution du coût de l'activité de consultations :

Tableau XIX :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Salaire de personnel	180948320	406442574	622736109	700061809	477547203
Consultations externes	63845	56580	58015	65579	61004,75
Dépenses personnel/Cons.ext.	2834,18	7183,50	10734,05	10675,09	7856,70
Variations	-	4349,32	3550,55	-58,96	-
Taux de variation	-	153,46%	49,43%	-0,55%	67,45%*

(* Taux de variation moyen)

Le coût unitaire de la consultation externe par rapport à la masse salariale au CHU de Fann est compris entre 2834,18 francs CFA et 10675 francs CFA durant les 4 ans. La moyenne annuelle est de 7856,7 francs CFA. La progression a été très marquée entre 2000 et 2001 avec +153,46%. Elle est de +49,43% entre 2001 et 2002 avant de connaître une très légère régression de -0,55% entre 2002 et 2003. La progression globale est de +276,65% avec un taux de variation moyen de +67,45%.

III – 3 – 1 – 2 – 15 Synthèse des résultats au CHU Fann :

Tableau XX :

<i>LIBELLES</i>	2000	2001	2002	2003	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Moyenne annuelle</i>
Evolution des Produits	-	37,44%	30,80%	33,04%	139,17%	-
Evolution des Charges	-	64,28%	14,96%	22,81%	131,94%	-
Taux de rentabilité	93,72%	78,41%	89,22%	96,65%	3,17%	89,50%
RP/Rec.Tot.	32,88%	43,42%	46,86%	48,67%	48,02%	42,96%
Subv./Rec.Tot.	67,12%	56,58%	53,14%	51,33%	-23,52%	57,04%
Ratio Salaire /R.P.	78,89%	97,62%	105,93%	86,19%	9,25%	92,16%
Ratio R.P. /Dép. Fct°	30,81%	34,05%	41,81%	47,04%	52,68%	38,43%
Charges de Pers. /Dép.Fct°	24,31%	33,23%	44,29%	40,54%	66,76%	35,59%
Ch. Méd-Pharm./Dép.Fct°	14,38%	11,51%	10,88%	7,62%	-47,01%	11,10%
Charges caract. Gén. et Hôtelier /Dép. Fct°	38,12%	23,17%	16,80%	16,36%	-57,08%	23,61%
Charges Prov. et Fin. / Dép. Fct°	3,27%	18,08%	14,24%	23,31%	612,84%	14,72%
Charges Amortiss. /Dép.Fct°	19,93%	14,00%	13,79%	12,16%	-38,99%	14,97%
Nb. Habitants / Lits	10252	9247	10679	10530	2,71%	10177
Dép. personnel /Cons. Ext.	2834,18	7183,50	10734,05	10675,09	276,65%	7856,7
Dép. /Hospitalisations	225455,9	325693,9	380806,5	416471	84,72%	337106,8
Dépenses /J.H	12121,33	20408,86	27437,75	35455,63	192,51%	23855,89
Recettes moy. /Hosp.	21874,02	35036,61	50836,35	52054,38	137,97%	39950,34
Recettes moy. /JH.	1176,03	2195,49	3662,84	4431,57	276,82%	2866,48
Nombre de lits	238	271	241	251	5,46%	250
Consultations externes	63845	56580	58015	65579	2,72%	61005
Malades Hospitalisés	3302	3755	3692	4146	25,56%	3724
Journées d'Hospitalisations	61417	59924	51241	48700	-20,71%	55320
T.O.M.L	70,69%	60,53%	58,25%	53,15%	-24,81%	60,65%
D.M.S (jour)	18,60	15,96	13,88	11,75	-36,83%	15
I.R.L (fois/jour)	3,80%	3,79%	4,20%	3,59%	-5,53%	3,84%
T.M.H.	22,68%	22,64%	23,40%	10,11%	-55,42%	19,71%
Taux de Sortis (TS)	73,47%	66,26%	63,95%	56,44%	-23,18%	65,03%

III – 3 – 2 HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR :

III -3 - 2 - 1 Analyse des résultats financiers (HPD)

III – 3 – 2 – 1 – 1 Récapitulatif des produits et charges d'exploitation:

Tableau XXI :

Libellés	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle	%
Produits						
Ressources propres*	5296699116	6632456343	8955832131	8546263848	7357812860	88,52
Subvention (Subv.)	0	354442200	2017922284	1443000000	953841121	11,48
Total Produits	5296699116	6986898543	10973754415	9989263848	8311653981	100
<i>Variations</i>	-909809848	1690199427	3986855872	-984490567	945688721	-
<i>Taux de Variation</i>	-14,66%	31,91%	57,06%	-8,97%	16,34%	-
Charges						
Produits médico-pharmaceutiques	2106994087	2093357977	2418514308	2697804206	2329167645	32,13
Charges à caractère général & hôtelier	622929483	460854976	603996730	749524542	609326433	8,41
Salaires (personnel)	2670776481	3029922328	3610041396	4172302784	3370760747	46,50
Charges provisionnées & financières	0	414156806	527087219	1074133899	503844481	6,95
Dot. Amortissements	501200088	391276557	413895150	434004557	435094088	6,00
Total charges	5901900139	6389568644	7573534803	9127769988	7248193394	100
<i>Variations</i>	-239268877	487668505	1183966159	1554235185	746650243	-
<i>Taux de variation</i>	-3,90%	8,26%	18,53%	20,52%	10,85%	-
Résultats	-605201023	597329899	3400219612	861493860	1063460587	-
Taux de rentabilité	89,75%	109,35%	144,90%	109,44%	113,36%	-
Ratio Salaire/RP	50,42%	45,68%	40,31%	48,82%	46,31%	-
Taux de variation	-	-9,40%	-11,75%	21,11%	-	-
Ratio R.P/Dép.Fonct.	89,75%	103,80%	118,25%	93,63%	101,36%	-

* Produits de la tarification + autres produits

Les ressources financières en 2000 proviennent exclusivement des recettes générées par les activités médicales, l'HPD n'ayant reçu aucune subvention de l'Etat en 2000. Il en résulte un déficit annuel d'exploitation de 9,22% (544 325 309). On enregistre par ailleurs un excédent d'exploitation de +8,28% en 2001 et +5,77% en 2002. Un déficit d'exploitation de -8,88% (-810660140) est constaté en 2003 et serait dû probablement à l'augmentation de la part des charges provisionnées et financières de +4,81% entre 2002 et 2003. Les ressources propres représentent 86,66% de la moyenne annuelle des recettes totales d'exploitation, alors que les subventions de l'Etat ne représentent que 13,34%. Les charges relatives au personnel représentent une moyenne annuelle de 46,50% des dépenses de fonctionnement suivi des produits médico-pharmaceutiques 32,13% ; les charges provisionnées et financières et celle

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

de dotation aux amortissements représentent en moyenne annuelle 12,95% des charges totales d'exploitation et les charges alimentaires à caractère général et hôtelier font 8,41%.

III – 3 – 2 – 1 – 2 Evolution des Produits et Charges d'exploitation (HPD) :

Tableau XXII :

LIBELLES	00-99	01-00	02-01	03-02	03-00	Taux variation moyen
Ressources propres	-14,66%	25,22%	35,03%	-4,57%	61,35%	18,56%
Subvention	-	-	469,32%	-28,49%	-	220,41%
TOTAL PRODUITS	-14,66%	31,91%	57,06%	-8,97%	88,35%	26,67%
Produits médico-pharm.	10,45%	-0,65%	15,53%	11,55%	28,04%	8,81%
Ch. caract. gén.& hôtelier	39,38%	-26,02%	31,06%	24,09%	20,32%	9,71%
Salaires (personnel)	24,91%	13,45%	19,15%	15,57%	56,22%	16,06%
charges prov. & financ.	-	-	27,27%	103,79%	-	65,53%
Dot. aux amortissements	44,61%	-21,93%	5,78%	4,86%	-13,41%	-3,76%
TOTAL CHARGES	-3,90%	8,26%	18,53%	20,52%	54,66%	15,77%

Les recettes d'exploitation ont connu une évolution progressive entre 2000 et 2002 (+107,18%) et régressive (-8,97%) entre 2002 et 2003. L'évolution est favorable dans l'ensemble avec un taux de variation moyen de +26,67% et une progression globale de +88,35%. La progression est de +31,91% entre 2000 et 2001, +57,06% entre 2001 et 2002. Les ressources propres ont régressé entre 2002 et 2003 de -4,57% après avoir progressé les deux années précédentes, respectivement de +25,22% et +35,03%. Sa progression est de +61,35% entre 2000 et 2003 et son taux de variation moyen est de +18,56%. Quant aux subventions, l'hôpital Principal de Dakar n'a commencé par bénéficier de la subvention de l'Etat qu'à partir de 2001 avec une progression remarquable de +469,32% entre 2001 et 2002 suivi d'une régression brutale de -28,49% entre 2002 et 2003 à cause de la diminution sensible de la dotation de subventions octroyée en 2003 par rapport à celle de 2002. Son taux de variation est de +220,41%.

On note par contre une progression constante des charges totales d'exploitation de +8,26% entre 2000 et 2001, +18,53% entre 2001 et 2002, +20,52% entre 2002 et 2003. L'évolution globale est de +54,66% et un taux de variation moyen de +15,77% entre 2000 et 2003.

Les produits médico-pharmaceutiques ont évolué de +28,04% de 2000 à 2003 avec un taux de variation moyen de +8,81%.

Les produits à caractère général et hôtelier quant à eux, ont progressé de +20,32% avec un taux de variation moyen de +9,71%.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

La masse salariale a connu une progression plus marquée de +56,22% avec un taux de variation moyen de +16,06%. Il n'y a pas eu des charges de dotation aux provisions et des charges financières en 2000, mais on constate une évolution croissante entre 2001 et 2003 avec un taux de variation moyen de +65,53%. La progression est alors de +27,27% entre 2001 et 2002 et +103,79% entre 2002 et 2003.

La dotation aux amortissements a généralement diminué de -13,41% entre 2000 et 2003 et le taux de variation moyen est de -3,76% ; ceci est dû surtout à la forte régression obtenue entre 2000 et 2001 (-21,93%), une progression de +10,92% ayant été constatée entre 2001 et 2003 dont +5,78% entre 2001 et 2002 et +4,86% entre 2002 et 2003.

III – 3 – 2 – 1 – 3 Evolution des ressources propres et des subventions dans les recettes totales:

Tableau XXIII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 01-03	Moyenne annuelle
Part des ressources propres	100%	94,93%	81,61%	85,55%	4,83%	-9,88%	90,52%
Part de subventions	0,00%	5,07%	18,39%	14,45%	-21,42%	185,01%	9,48%

La part des ressources propres et les subventions dans les recettes totales d'exploitation représentent en moyenne annuelle respectivement 90,52% et 9,48% pour les quatre années (2000-2003). L'Hôpital Principal de Dakar a commencé par bénéficier de la subvention de l'Etat à partir surtout de 2002. On note une régression des fonds propres de l'hôpital de -9,88% entre 2001 et 2003 sous l'influence des subventions qui ont connu une progression nette de +185,01% entre la même période. La part de subventions de l'Etat a diminué de -21,42% entre 2002 et 2003. Nous pensons que l'augmentation de la part des ressources propres d'un hôpital dans les recettes d'exploitation est un signe qui traduit sa durabilité financière.

III – 3 – 2 – 1 – 4 L'évolution des postes de charges dans les dépenses de fonctionnement (HPD):

Tableau XXIV :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne Annuelle
Part de Charges de Personnel/Dép. Fonctionnement	45,25%	47,42%	47,67%	45,71%	1,02%	46,51%
Part de Produits médico-pharmaceutiques/Dép.Fonct.	35,70%	32,76%	31,93%	29,56%	-17,20%	32,49%
Part des charges provisionnées et financières/Dép.Fonct.	0,00%	6,48%	6,96%	11,77%	-	6,30%
Part de Dotation aux amortissements /Dép.Fonct.	8,49%	6,12%	5,47%	4,75%	-44,05%	6,21%
Part des charges à caractère général et hôtelier /Dép.Fonct.	10,55%	7,21%	7,98%	8,21%	-22,18%	8,49%

Les charges relatives au personnel représentent en moyenne annuelle 46,51% des dépenses de fonctionnement, suivi de produits médico-pharmaceutiques 32,13%. La part des charges de personnel a connu une légère progression de +1,02% entre les années 2000 et 2003, et une régression entre 2002 et 2003 de -4,11%.

La part des charges médico-pharmaceutiques ne cesse de diminuer d'année en année avec une régression globale de -17,20%.

La part des charges à caractère général et hôtelier a régressé de -22,18% entre 2000 et 2003 alors qu'une progression a été constatée entre 2002 et 2003 de +2,88%.

La part des charges provisionnées et financières est en progression de +81,64% entre 2001 et 2003, l'HPD n'ayant pas eu des charges financières ni de dotation aux provisions en 2000.

La part des charges de dotation aux amortissements par contre a régressé de -44,05% entre 2000 et 2003.

III – 3 – 2 – 1 – 5 Evolution du ratio masse salariale sur fonds propres (HPD) :

Le ratio masse salariale sur les fonds propres a subi une évolution régressive les trois premières années de -20,05% avant d'augmenter de +21,11% en 2003 par rapport à 2002. L'évolution est globalement régressive (-3,17%) et un faible taux de variation moyen d'environ -1,33%. La moyenne annuelle est de 46,31%. Il découle de ce qui précède que l'HPD consacre moins de la moitié des ressources propres annuellement aux salaires de personnel.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

III – 3 – 2 – 2 Analyse des résultats des activités médicales (HPD) :

III – 3 – 2 – 2 – 1 Evolution des activités de consultations externes par service :

Tableau XXV :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Médecine générale (Médecine+Centre d'exploration)	7262	9,33	9027	10,34	8502	9,95	10130	11,41	19,15%	39,49%
Cardiologie (Peltier)	1843	2,37	2986	3,42	3238	3,79	3194	3,60	-1,36%	73,30%
Service Porte (SAU)	31806	40,86	31870	36,51	31051	36,35	31578	35,57	1,70%	-0,72%
Psychiatrie	3392	4,36	3224	3,69	2925	3,42	2803	3,16	-4,17%	-17,36%
Chirurgie générale*	531	0,68	891	1,02	484	0,57	1482	1,67	206,20%	179,10%
Urologie (Lapalle)	1095	1,41	863	0,99	1312	1,54	1026	1,16	-21,80%	-6,30%
Orthopédie (Fustec)	2097	2,69	2632	3,01	3219	3,77	3233	3,64	0,43%	54,17%
Gynéco-obstétrique	3536	4,54	6157	7,05	7329	8,58	6553	7,38	-10,59%	85,32%
Bloc Opératoire (urgence chir.)	5414	6,96	4566	5,23	3988	4,67	3205	3,61	-19,63%	-19,63%
Ophtalmologie	6642	8,53	8040	9,21	6469	7,57	8001	9,01	23,68%	20,46%
ORL	4525	5,81	5527	6,33	5107	5,98	5857	6,60	14,69%	29,44%
Odonto-stomatologie	2272	2,92	2587	2,96	2691	3,15	2537	2,86	-5,72%	11,66%
Anesthésie-Réanimation	4109	5,28	4675	5,36	4707	5,51	3866	4,35	-17,87%	-5,91%
Pédiatrie (A&B)	3313	4,26	4255	4,87	4392	5,14	5309	5,98	20,88%	60,25%
TOTAL	77837	100	87300	100	85414	100	88774	100	3,93%	14,05%
Variation	-	-	9463	-	-1886	-	3360	-	-	-
Taux de variation	-	-	12,16%	-	-2,16%	-	3,93%	-	-	-

*Chirurgie viscérale (Sohier) & Opérés récents

Le SAU (Service Accueil Urgences) a enregistré plus du tiers des consultations externes (37,22% en moyenne annuelle), suivi respectivement des services de Médecine générale (10,29%) et d'Ophtalmologie (8,59%), soit un total de 56,10% des consultations ; autrement dit plus de la moitié des consultations externes se font dans ces trois services.

L'évolution du nombre des consultations externes est progressive entre 2000 et 2003 dans les services de Médecine générale (+39,49%), en cardiologie (+73,30%) malgré une légère régression entre 2002 et 2003 (-1,36%), dans le service de Chirurgie générale (+179,10%), en Orthopédie (+54,17%), en Gynéco-obstétrique (+85,32%) malgré une régression de -10,59% entre 2002 et 2003, dans le service d'Ophtalmologie (+20,46%), en ORL (+29,44%), en Odonto-stomatologie (+11,66%) et en Pédiatrie (+60,25%). La tendance globale des consultations externe est à la progression de +14,05% bien qu'il y ait une légère diminution de -2,16% entre 2001 et 2002. Le taux de variation moyen est de +4,64%.

III – 3 – 2 – 2 – 2 Evolution des malades hospitalisés (Admissions) par service :

Tableau XXVI :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Médecine* +SAU	4216	16,93	3908	16,28	3672	17,08	3656	17,02	-0,43%	-13,28%
Cardiologie (<i>Peltier</i>)	1898	7,62	1289	5,37	1017	4,73	885	4,12	-12,98%	-53,37%
Service porte (SAU)	0	0	27	0,11	17	0,08	186	0,87	994,12%	-
Psychiatrie	676	2,71	743	3,10	702	3,27	649	3,02	-7,55%	-3,99%
Chirurgie générale	5147	20,67	3672	15,30	2443	11,36	3062	14,25	25,34%	-40,51%
Urologie/Andrologie	1558	6,26	1609	6,70	1366	6,35	1149	5,35	-15,89%	-26,25%
Orthopédie (Fustec)	902	3,62	1098	4,57	964	4,48	384	1,79	-60,17%	-57,43%
Gynéco-obstétrique	4504	18,09	5310	22,12	4791	22,29	4345	20,22	-9,31%	-3,53%
Ophthalmologie	679	2,73	692	2,88	670	3,12	740	3,44	10,45%	8,98%
ORL	619	2,49	834	3,47	797	3,71	903	4,20	13,30%	45,88%
Odonto-stomatologie	153	0,61	1	0,00	0	0,00	0	0,00	-	-
USIC	0	0,00	505	2,10	1208	5,62	1254	5,84	3,81%	-
Réanimation	866	3,4	861	3,59	786	3,66	758	3,53	-3,56%	-12,47%
Pédiatrie (<i>A&B&Crèche</i>)	3684	14,79	3483	14,51	3082	14,34	3699	17,22	20,02%	0,41%
TOTAL	24902	100	24005	100	21498	100	21484	100	-0,07%	-13,73%
Variations	-	-	-897	-	-2507	-	-14	-	-	-
Taux de variation	-	-	-3,60%	-	-10,44%	-	-0,07%	-	-	-

* Services de Brevié + Jamot (A&C) + Boufflers

On note une régression de -13,73% du nombre des admissions durant les quatre années (2000 à 2003) ; elle est de -3,60% entre 2000 et 2001, -10,44% entre 2001 et 2002 et de -0,07% entre 2002 et 2003. Le taux de variation moyen est de -4,70%.

Les services de Gynéco-obstétrique, de Médecine, de Chirurgie générale et de pédiatrie ont respectivement hospitalisés en moyenne annuelle 20,62%, 16,57%, 15,59% et 15,18% ; soit 67,96% de l'ensemble des admissions (plus de 2/3). La plupart des services ont connu régression entre 2000 et 2003 sauf les services l'ophtalmologie, d'ORL et de pédiatrie (respectivement +8,98%, +45,88% et +0,41%). Il n'y a pratiquement pas d'hospitalisation dans le service d'Odonto-stomatologie à partir de 2001 jusqu'à 2003.

Remarque : Le Service d'Accueil Urgences étant réputé accueillir et prendre en charge les cas urgents avant de les envoyer dans les services d'hospitalisation selon le type de pathologies et le fait que le nombre de cas d'admission est faible, nous avons dû attribuer les quelques cas notifiés au service de Médecine pour faciliter l'interprétation des résultats.

III – 3 – 2 – 2 – 3 Evolution des journées d'hospitalisation par service (HPD) :

Tableau XXVII:

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Médecine + SAU	37371	21,64	32281	20,10	30086	20,14	30613	20,63	1,75%	-18,08%
Cardiologie (<i>Peltier</i>)	14832	8,59	9910	6,18	7086	4,75	5223	3,62	-26,29%	-64,79%
Service porte	0	0	27	0,02	17	0,01	879	0,61	5070,59%	-
Psychiatrie	8503	4,92	9462	5,90	9025	6,05	8975	6,23	-0,55%	5,55%
Chirurgie générale	29457	17,05	19095	11,90	16800	11,25	20835	14,46	24,02%	-29,27%
Urologie (<i>Lapalle</i>)	13049	7,55	13743	8,56	12932	8,66	12573	8,73	-2,78%	-3,65%
Orthopédie (<i>Fustec</i>)	10480	6,07	11370	7,09	10197	6,83	4163	2,89	-59,17%	-60,28%
Gynéco-obstétrique	19785	11,45	22628	14,10	21139	14,16	18585	12,90	-12,08%	-6,07%
Ophthalmologie	4261	2,47	4362	2,72	3894	2,61	3831	2,66	-1,62%	-10,09%
ORL	3412	1,98	4927	3,07	4306	2,88	5051	3,51	17,30%	48,04%
Odonto-stomatologie	771	0,45	2	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00%	-100 %
USIC	0	0,00	2145	1,34	5921	3,97	5937	4,12	0,27%	-
Réanimation	4446	2,57	5135	3,20	4032	2,70	3812	2,65	-5,46%	-14,26%
Pédiatrie *	26356	15,26	25407	15,83	23877	15,99	24499	17,00	2,61%	-7,05%
TOTAL	172723	100	160467	100	149295	100	144097	100	-3,48%	-16,57%
Variations	-	-	-12256	-	-11172	-	-5198	-	-	-
Taux de variation	-	-	-7,10%	-	-6,96%	-	-3,48%	-	-	-

*Pédiatrie (A&B) + Crèche ; USIC : Unité de Soins Intensifs Chirurgicaux

Tout comme les admissions, les journées d'hospitalisation ont constamment subi une évolution régressive d'année en année (-7,10% entre 2000 et 2001, -6,96% entre 2001 et 2002 et -3,48% entre 2002 et 2003). La régression globale est de -16,57% entre 2000 et 2003 avec un taux de variation moyen de -5,85%.

Bien que le service de Gynéco-obstétrique ait plus hospitalisé des malades, les malades ont plus séjournés dans le service de Médecine avec une moyenne annuelle de 20,80% ; suivi des services de Pédiatrie (15,98%) ; de Chirurgie générale (13,76%) et de Gynéco-obstétrique (13,11%). Presque tous les services ont connu une régression des journées d'hospitalisation entre 2000 et 2003 sauf la Psychiatrie (+5,55%) et le service ORL (+48,04%).

III – 3 – 2 – 2 – 4 Evolution des Taux d'Occupation des Lits par service :

Tableau XXVIII :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Médecine générale	89,81%	106,47%	99,25%	100,57%	1,33%	11,98%	99,02%
Cardiologie (<i>Peltier</i>)	96,75%	123,41%	194,14%	75,31%	-61,21%	-22,16%	122,40%
Service Porte	0,00%	7,40%	4,66%	21,89%	369,74%	-	8,49%
Psychiatrie	86,28%	99,70%	95,10%	94,57%	-0,56%	9,61%	93,91%
Chirurgie générale*	83,20%	116,26%	74,24%	92,07%	24,02%	10,66%	91,44%
Urologie (<i>Lapalle</i>)	81,25%	89,65%	84,36%	86,12%	2,09%	5,99%	85,34%
Orthopédie (<i>Fustec</i>)	92,62%	100,49%	90,12%	103,69%	15,06%	11,95%	96,73%
Gynéco-obstétrique	65,31%	99,99%	87,75%	97,92%	11,59%	49,93%	87,74%
Ophthalmologie	116,74%	79,67%	71,12%	87,47%	22,99%	-25,07%	88,75%
ORL	93,48%	89,99%	84,27%	115,32%	36,85%	23,36%	95,76%
Odonto-stomatologie	30,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-100%	7,54%
USIC	0,00%	41,98%	90,12%	90,37%	0,28%	-	55,62%
Réanimation	93,70%	108,22%	78,90%	87,03%	10,30%	-7,12%	91,96%
Pédiatrie (<i>A & B & Crèche</i>)	90,26%	87,01%	77,88%	83,90%	7,73%	-7,05%	84,76%
TOTAL	84,81%	97,91%	87,77%	90,55%	3,17%	6,77%	90,26%
Variations	-	13,10%	-10,14%	2,78%	-	-	-
Taux de variation	-	15,45%	-10,36%	3,17%	-	-	-

(*Chirurgie générale : Chirurgie viscérale Sohier + Opérés récents)

Les taux d'occupation des lits au niveau de l'HPD varient entre 84,81% et 90,55% avec une moyenne annuelle de 90,26%. La progression de ces T.O.M.L est de +6,77% entre 2000 et 2003 avec un taux de variation moyen de +2,75%. L'évolution est en dent de scie, après une augmentation de +15,45% entre 2000 et 2001, il y a une diminution de -10,36% entre 2001 et 2002 avant de remonter à +3,17% entre 2002 et 2003. Le faible taux d'occupation des lits a été constaté dans le service porte qui est le Service d'Accueil Urgences (8,49%) et le service d'Odonto-stomatologie (7,54%), ce qui est fait normal car ces services dans les conditions normales n'assurent pas l'hospitalisation des malades. Les forts taux d'occupation moyen des lits enregistrés en cardiologie en 2001 et 2002 respectivement 123,41% et 194,14% ; ceci serait probablement lié au problème de planification des lits dans les différents services, car nous constatons que pendant ces périodes, il y a une forte diminution du nombre des lits (-47,62% en 2001 par rapport à 2000 et -54,54% entre 2001 et 2002. La diminution du nombre de lits n'est pas proportionnelle à celle des journées d'hospitalisation constatée pendant la même période dans ce service (respectivement -33,18% et -28,50%).

III – 3 – 2 – 2 – 5 Evolution de la Durée Moyenne de Séjour (D.M.S.) par service :

Tableau XXIX :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Médecine générale	8,86	8,31	8,23	8,57	4,13%	-3,27%	8,5
Cardiologie (<i>Peltier</i>)	7,81	7,69	6,97	5,90	-15,35%	-24,46%	7,25
Service Porte	0,00	1,00	1,00	4,73	373%	-	1,75
Psychiatrie	12,58	12,73	12,86	13,83	7,54%	9,94%	13,25
Chirurgie générale	5,72	5,20	6,88	6,80	-1,16%	18,88%	6,25
Urologie (<i>Lapalle</i>)	8,38	8,54	9,47	10,94	15,52%	30,55%	9,25
Orthopédie (<i>Fustec</i>)	11,62	10,36	10,58	10,84	2,46%	-6,71%	11
Gynéco-obstétrique	4,39	4,26	4,41	4,28	-2,95%	-2,51%	4
Ophthalmologie	6,28	6,30	5,81	5,18	-10,84%	-17,52%	5,75
ORL (<i>Oto-rhino-laryngologie</i>)	5,51	5,91	5,40	5,59	3,52%	1,45%	5,75
Odonto-stomatologie	5,04	2,00	-	-	-	-	1,75
USIC	0,00	4,25	4,90	4,73	-3,47%	-	3,5
Réanimation	5,13	5,96	5,13	5,03	-1,95%	-1,95%	5,25
Pédiatrie (<i>A&B&Crèche</i>)	7,15	7,29	7,75	6,62	-14,58%	-7,41%	7,25
TOTAL	6,94	6,68	6,94	6,71	-3,42%	-3,30%	6,82
Variations	-	-0,25	0,26	-0,24	-	-	-
Taux de variation	-	-3,62%	3,75%	-3,42%	-	-	-

La durée moyenne de séjour est pratiquement constante au cours des quatre années avec une moyenne annuelle de 6,82 jours soit environ 7 jours. On constate une régression globale de durée moyenne de séjour de -3,30% entre 2000 et 2003 malgré qu'une augmentation soit constatée entre 2001 et 2002 de +3,75%. Le taux de variation moyen a subi une légère régression de -1,10%. L'évolution est en forme de dent de scie, (-3,62% entre 2000 et 2001, +3,75% entre 2001 et 2002 et -3,42% entre 2002 et 2003). La diminution de la D.M.S. fait partie des critères de la performance des hôpitaux car une DMS courte évite la survenue chez les malades des infections nosocomiales et réduit les frais de séjour pour le patient. La Durée Moyenne de Séjour dans le service de psychiatrie est plus longue à l'HPD (13 jours environ) ; ceci peut s'expliquer par le fait que les maladies psychiatriques ou neuropsychiatriques sont souvent des cas chroniques. Les services comme la Médecine, la Cardiologie, l'Orthopédie, la Gynéco-obstétrique, l'Ophthalmologie, la Réanimation et la Pédiatrie ont amélioré leurs durées moyennes de séjour respectivement de -3,27%, -24,46%, -6,71%, -2,51%, -17,52%, -1,95% et -7,41% entre 2000 et 2003.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

III – 3 – 2 – 2 – 6 Evolution des Indices de Rotation des Lits (fois /jour) par service:

Tableau XXX :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol 00-03	Moyenne annuelle
Médecine générale	10,13%	12,81%	12,07%	11,74%	-2,72%	15,85%	11,69%
Cardiologie (<i>Peltier</i>)	12,38%	16,05%	27,86%	12,76%	-54,20%	3,08%	17,26%
Service Porte	0,00%	7,40%	4,66%	4,63%	-0,53%	-	4,17%
Psychiatrie	6,86%	7,83%	7,40%	6,84%	-7,56%	-0,32%	7,23%
Chirurgie générale	14,54%	22,36%	10,79%	13,53%	25,36%	-6,92%	15,30%
Urologie (<i>Lapalle</i>)	9,70%	10,50%	8,91%	7,87%	-11,65%	-18,86%	9,24%
Orthopédie (<i>Fustec</i>)	7,97%	9,70%	8,52%	9,56%	12,25%	19,97%	8,94%
Gynéco-obstétrique	14,87%	23,47%	19,89%	22,89%	15,11%	53,97%	20,28%
Ophtalmologie	18,60%	12,64%	12,24%	16,90%	38,06%	-9,18%	15,09%
ORL	16,96%	15,23%	15,60%	20,62%	32,18%	21,57%	17,10%
Odonto-stomatologie	5,99%	0,00%	0,00%	0,00%	-	-100%	1,50%
USIC	0,00%	9,88%	18,39%	19,09%	3,81%	-	11,84%
Réanimation	18,25%	18,15%	15,38%	17,31%	12,52%	-5,18%	17,27%
Pédiatrie (<i>A&B&Crèche</i>)	12,62%	11,93%	10,05%	12,67%	26,03%	0,41%	11,82%
TOTAL	12,23%	14,65%	13,21%	13,50%	6,83%	10,42%	13,40%
Variations	-	2,42%	-2,01%	0,86%	-	-	-
Taux de variation	-	19,78%	-13,71%	6,83%	-	-	-

Le nombre moyen des patients par lits et par jour a connu une progression globale de +10,42% avec un taux de variation moyen de +4,30%. Une régression de l'IRL (-13,71%) est constatée entre 2001 et 2002. La progression est de +19,78% entre 2000 et 2001 et +6,83% entre 2002 et 2003. Les indices ou taux de rotation des lits (IRL) ont varié de 12,23% à 13,50% (entre 2000 et 2003) avec une moyenne annuelle de 13,40%. Ces IRL ont connu une régression dans les services de psychiatrie (-0,32%), de chirurgie générale (-6,92%), de l'urologie (-18,86%), d'ophtalmologie (-9,18%) et de réanimation (-5,18%). Le taux de rotation des lits le plus élevé a été enregistré dans le service de Gynéco-obstétrique avec une moyenne annuelle de 20,28%, suivi de la réanimation (17,27%) et de cardiologie (17,26%). Nous constatons que l'indice de rotation des lits est plus élevé à l'Hôpital Principal de Dakar qu'au CHU Fann.

III – 3 – 2 – 2 – 7 Evolution du nombre de décès par service (HPD) :

Tableau XXXI :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Médecine générale	267	27,81	203	21,21	192	20,32	155	19,92	-19,27%	-41,95%
Cardiologie (<i>Peltier</i>)	113	11,77	100	10,45	84	8,89	43	5,53	-48,81%	-61,95%
Service Porte	3	0,31	27	2,82	17	1,80	25	3,21	47,06%	733,33%
Psychiatrie	1	0,10	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00%	-100,00%
Chirurgie générale	104	10,83	84	8,78	56	5,93	33	4,24	-41,07%	-68,27%
Urologie (<i>Lapalle</i>)	9	0,94	15	1,57	17	1,80	21	2,70	23,53%	133,33%
Orthopédie (<i>Fustec</i>)	2	0,21	2	0,21	7	0,74	3	0,39	-57,14%	50,00%
Gynéco-obstétrique	3	0,31	14	1,46	22	2,33	7	0,90	-68,18%	133,33%
Ophtalmologie	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00%	0,00%
ORL	1	0,10	4	0,42	1	0,11	5	0,64	400,00%	400,00%
Odonto-stomatologie	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00%	0,00%
USIC	0	0,00	45	4,70	160	16,93	169	21,72	5,63%	0,00%
Réanimation	182	18,96	193	20,17	198	20,95	169	21,72	-14,65%	-7,14%
Pédiatrie (<i>A&B&Crèche</i>)	275	28,65	270	28,21	191	20,21	148	19,02	-22,51%	-46,18%
TOTAL	960	100	957	100	945	100	778	100	-17,67%	-18,96%
Variations	-	-	-3	-	-12	-	-167	-	-	-
Taux de variation	-	-	-0,31%	-	-1,25%	-	-17,67%	-	-	-

Le nombre de décès a constamment diminué d'année en année entre 2000 et 2003. La régression globale est de -18,96% avec un taux de variation moyen de -6,41%. Elle est de -0,31% entre 2000 et 2001, -1,25% entre 2001 et 2002 et de -17,67% entre 2002 et 2003. Le service de pédiatrie a enregistré le plus grand nombre de décès avec une fréquence annuelle de 24,28%, suivi des services de Médecine générale (22,44%), de réanimation (20,38%), de cardiologie (9,34%) et de chirurgie (7,61%). Malgré la fréquence élevée de décès dans ces services, la tendance est quand même à la baisse. C'est ainsi que l'évolution est de -46,18% en pédiatrie, -7,14% en réanimation, -68,27% en chirurgie, -61,95% en cardiologie et -41,95% en médecine entre les années 2000 et 2003. L'augmentation du nombre de décès est très marquée dans les services Accueil Urgences (+733,33%), d'ORL (+400%), d'urologie (+133,33%) et de Gynéco-obstétrique (+133,33%). La régression du nombre de décès un est signe de performance, mais cette régression sera plus interprétable et significative si le nombre de décès est rapporté au nombre de malades hospitalisés.

III – 3 – 2 – 2 – 8 Evolution des taux de mortalité hospitalière par service (HPD):

Tableau XXXII

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Médecine générale	6,33%	5,23%	5,25%	4,47%	-14,86%	-29,38%	5,32%
Cardiologie (<i>Peltier</i>)	5,95%	7,76%	8,26%	4,86%	-41,16%	-18,32%	6,71%
Service Porte	-	100%	100%	13,44%	-86,56%	-	71,15%
Psychiatrie	0,15%	0,00%	0,00%	0,00%	-	-100%	0,04%
Chirurgie générale	2,02%	2,29%	2,29%	1,08%	-52,84%	-46,53%	1,92%
Urologie (<i>Lapalle</i>)	0,58%	0,93%	1,24%	1,83%	47,58%	215,52%	1,15%
Orthopédie (<i>Fustec</i>)	0,22%	0,18%	0,73%	0,78%	6,85%	254,54%	0,48%
Gynéco-obstétrique	0,07%	0,26%	0,46%	0,16%	-65,22%	128,57%	0,24%
Ophtalmologie	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-	-	0,00%
ORL	0,16%	0,48%	0,13%	0,55%	323,08%	243,75%	0,33%
Odonto-stomatologie	0,00%	0,00%	-	-	-	-	0,00%
USIC	-	8,91%	13,25%	13,48%	1,74%	-	11,88%
Réanimation	21,02%	22,42%	25,19%	22,30%	-11,47%	6,09%	22,73%
Pédiatrie (<i>A&B&Crèche</i>)	7,46%	7,75%	6,20%	4,00%	-35,48%	-46,38%	6,35%
TOTAL	3,86%	3,99%	4,40%	3,62%	-17,73%	-6,22%	3,96%
Variations	-	0,13%	0,41%	-0,78%	-	-	-
Taux de variation	-	3,37%	10,28%	-17,73%	-	-	-

Le taux de mortalité hospitalière a globalement régressé (-6,22%) entre 2000 et 2003 avec un taux de variation moyen de -1,36%. Après une augmentation du taux de mortalité hospitalière de +13,99% entre 2000 et 2002 dont +3,37% entre 2000 et 2001 et +10,28% entre 2001 et 2002, celui-ci a sensiblement diminué entre 2002 et 2003 (-17,73%). Les taux de mortalité hospitalière par année ont varié de 3,86% à 3,62% avec une moyenne annuelle de 3,96%. Il n'y a pas eu des malades hospitalisés dans le service porte (SAU) en 2000 bien qu'on ait enregistré trois décès dans ce service, en unité de soins intensifs chirurgicale (USIC) en 2000 et dans le service d'Odonto-stomatologie en 2002 et 2003. Le taux de mortalité hospitalière est de 100% dans le Service Accueil Urgences en 2001 et 2002, ce qui signifie par conséquent que tous les malades hospitalisés dans ce service sont décédés pendant cette période à cause de l'état critique de leurs maladies et bien qu'ayant bénéficié d'une bonne réanimation. Cependant en 2003, un effort a été fait où cette mortalité est diminuée de -86,56%. Bien que la psychiatrie héberge des cas chroniques qui augmentent la durée moyenne de séjour, le taux de mortalité hospitalière est pratiquement nul dans ce service ; il est à signaler que le taux de mortalité hospitalière par service dépend non seulement de la meilleure prise en charge mais aussi de la gravité des pathologies. Le taux de mortalité hospitalière est nul dans le service d'ophtalmologie. Les services d'orthopédie, d'ORL, d'Urologie et de Gynéco-obstétrique, ont

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

connu une forte progression du taux de mortalité hospitalière (comprise entre +128,57% et +254,54%) entre 2000 et 2003. Le taux de mortalité hospitalière est faible dans les services de Psychiatrie (0,04%), de Gynéco-obstétrique (0,24%), d'ORL (0,33%), d'Orthopédie (0,48%), d'Urologie (1,15%) et de Chirurgie générale (1,92%) et nul en Ophtalmologie et Odontostomatologie.

III – 3 – 2 – 2 – 9 Evolution du nombre de Lits par service (HPD) :

Tableau XXXIII :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Médecine	96	83	64	81	26,56%	-15,63%	81
Cardiologie (<i>Peltier</i>)	42	22	10	19	90,00%	-54,76%	23
Service Porte (<i>SAU</i>)	0	1	1	11	1000,00%	-	3
Psychiatrie	27	26	26	26	0,00%	-3,70%	26
Chirurgie générale	27	27	27	37	37,04%	37,04%	29
Urologie (<i>Lapalle</i>)	44	42	42	40	-4,76%	-9,09%	42
Orthopédie (<i>Fustec</i>)	31	31	31	11	-64,52%	-64,52%	26
Gynéco-obstétrique	75	73	73	51	-30,14%	-32,00%	68
Ophtalmologie	10	15	15	12	-20,00%	20,00%	13
ORL	10	15	14	12	-14,29%	20,00%	13
Odonto-stomatologie	7	0	0	0	-	-	2
USIC	0	14	18	18	0,00%	-	12
Réanimation	13	13	14	12	-14,29%	-7,69%	13
Pédiatrie-crèche	20	27	32	30	-6,25%	50,00%	27
TOTAL des Lits	558	449	466	436	-6,44%	-21,86%	477
Variations	-	-109	17	-30	-	-	-
Taux de variation	-	-19,53%	3,79%	-6,44%	-	-	-

Le nombre de lits mis à la disposition des services a globalement diminué durant les quatre années (-21,86%) avec un taux de variation moyen de -7,39%. L'évolution est en dent de scie (régression de -19,53% entre 2000 et 2001, puis augmentation de +3,79% entre 2001 et 2002 et diminution de -6,44% entre 2002 et 2003). De 2000 à 2003, le nombre de lits à l'HPD a varié de 558 à 436 lits soit une moyenne annuelle de 477 lits. L'évolution est très considérable dans le SAU entre 2002 et 2003 (+1000%) et cela est dû au nombre de cas inhabituel de malades hospitalisés dans ce service (17 en 2002 contre 186 en 2003).

III – 3 – 2 – 2 – 10 Evolution des ressources humaines (HPD):

Tableau XXXIV :

RESSOURCES HUMAINES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moy. / an	%
Personnel médical	70	84	94	122	29,79%	74,29%	92	8,68%
Paramédical	650	625	648	664	2,47%	2,15%	647	61,04%
Administratif	140	167	166	156	-6,02%	11,43%	157	14,81%
Autres Corps de Métiers	154	169	172	158	-8,14%	2,60%	163	15,38%
TOTAL Personnel	1014	1045	1080	1100	1,85%	8,48%	1060	100%
Variations		31	35	20	-	-	-	-
Taux de variation		3,06%	3,35%	1,85%	-	-	-	-
Personnels soignants	720	709	742	786	5,93%	9,17%	739	69,72%
Pers.soignant/Pers.Adm.	5,14	4,24	4,46	5,04	13,00%	-1,94%	4,72	-
Médecin/Nb.Lits	0,12	0,19	0,2	0,3	50,00%	150%	0,20	-
Pers.soignant/Nb.Lits	1,3	1,6	1,6	1,8	12,50%	38,46%	1,57	-
Nb.Habitants/Médecin	34858	29832	27378	21664	-20,87%	-37,85%	28433	-
Nb.Habitants/Lits	4373	5581	5523	6062	9,76%	38,62%	5385	-

Le nombre de personnel a connu une évolution progressive d'année en année. La progression globale est de +8,48% avec un taux de variation moyen de +2,75%. Entre 2000 et 2001, la progression est de +3,06%, +3,35% entre 2001 et 2002 et +1,85% entre 2002 et 2003. Le personnel soignant représente en moyenne annuelle plus de deux tiers du personnel (69,72%) dont 61,04% du paramédical et 8,68% du médical. Nous n'avons pas pu avoir les informations concernant le nombre d'infirmiers, de sages-femmes, d'aides soignants pour pouvoir apprécier le nombre de personnels qualifiés étant donné que le constat général dans nos établissements hospitaliers, on se plaint le plus souvent de l'insuffisance de personnel qualifié. Entre 2002 et 2003, les personnels administratifs et le personnel de soutien (autres corps et métiers), ont chuté respectivement de -6,02% et -8,14% au profit du personnel soignant. Le ratio personnel soignant sur le personnel administratif est de 5 personnels soignants pour 1 personnel administratif en moyenne annuelle. Le ratio médecin sur le nombre de lits est de 1 Médecin pour 5 lits en moyenne annuelle alors que celui du personnel soignant sur le nombre de lits est d'environ 8 personnels soignants pour 5 lits, ce qui signifie qu'il faut 7 paramédicaux pour 5 lits.

Le nombre d'habitants par Médecin a par contre connu une évolution régressive d'année en année avec une régression globale de -37,85% et un taux de variation moyen de -14,51%. Il a une moyenne annuelle de 28433 habitants par Médecin.

III – 3 – 2 – 2 – 11 Evolution des recettes par rapport aux hospitalisations:

Tableau XXXV :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Recettes Hospitalisation	3379245307	4270962639	4518824024	4478353714	4161846421
Total hospitalisés	24902	24005	21498	21484	22972,25
Total journées d'hosp.	172723	160467	149295	144097	156645,5
Recettes moy. /hospitalisation	135701,76	177919,71	210197,41	208450,65	183067,38
Variations	-	42217,95	32277,7	-1746,76	-
Taux de variation	-	31,11%	18,14%	-0,83%	+16,14%
Recettes moy./j.hospitalisation	19564,54	26615,83	30267,75	31078,74	26881,72
Variations	-	7051,29	3651,92	810,99	-
Taux de variation	-	36,04%	13,72%	2,68%	+17,48%

Les recettes hospitalisation à l'HPD sont constituées par les frais de séjour, forfait accouchement, forfait bilan, consultation ou actes anesthésiques, scanner, location ambulance, crèche et les K ou actes opératoires.

Les recettes moyennes par rapport aux hospitalisations que nous considérons ici comme le coût total moyen d'un séjour hospitalier pour un patient (non compris les médicaments) a varié de 135701,76 francs CFA à 208450,65 francs CFA entre 2000 et 2003 avec une moyenne annuelle de 183067,38 francs CFA par hospitalisation. L'évolution est progressive entre 2000 et 2001 (+31,11%) et entre 2001 et 2002 (+18,14%). Les recettes moyennes rapportées aux hospitalisations ont subi une très légère régression entre 2002 et 2003 (-0,83%). La progression globale est de +53,61% avec un taux de variation moyen de +16,14%. Le coût moyen par journée d'hospitalisation (recettes moyennes par journées d'hospitalisation) a varié de 19564,54 francs CFA à 31078,74 francs CFA durant ces quatre années. La moyenne annuelle est 26881,72 francs CFA par jour d'une hospitalisation. L'évolution est progressive d'année en année. La progression globale des recettes moyennes par un jour d'une hospitalisation est de +58,85% avec +36,04% entre 2000 et 2001, +13,72% entre 2001 et 2002 et de +2,68% entre 2002 et 2003. Le taux de variation moyen est de +17,48%.

III – 3 – 2 – 2 – 12 Evolution des dépenses rapportées aux hospitalisations :

Tableau XXXVI :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Total des Dépenses	590190013 9	638956864 4	757353480 3	912776998 8	724819339 4
Nombre Hospitalisés	24902	24005	21498	21484	22972,25
Total Journées d'hospitalisation	172723	160467	149295	144097	156645,5
Dépenses /hospitalisations	237005,07	266176,57	352290,20	424863,62	320083,86
Variations	-	29171,5	86113,63	72573,42	-
Taux de variation	-	12,31%	32,35%	20,60%	-
Dépenses /J. d'hospitalisations	34169,74	39818,58	50728,66	63344,62	47015,40
Variations	-	5648,84	10910,08	12615,96	-
Taux de variation	-	16,53%	27,40%	24,87%	-

Les dépenses de l'Hôpital Principal de Dakar rapportées aux hospitalisations se sont vues augmenter d'année en année entre 2000 et 2003 avec une progression globale de +79,26% et un taux de variation moyen de +21,75%. La moyenne annuelle est de 320083,86 francs CFA par hospitalisation. La progression est de +12,31% entre 2000 et 2001, +32,35% entre 2001 et 2002 et de +20,60% entre 2002 et 2003. Quant aux dépenses rapportées aux journées d'hospitalisation, la moyenne annuelle est de 47015,40 francs CFA. La progression globale est de +85,38% avec par année une progression de +16,53% entre 2000 et 2001, +27,40% entre 2001 et 2002 et +24,87% entre 2002 et 2003. Le taux de variation moyen est de +22,93%.

III – 3 – 2 – 2 – 13 Evolution du coût de l'activité de consultations (HPD) :

Tableau XXXVII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	moyenne annuelle
Salaire de personnel	2670776481	3029922328	3610041396	4172302784	3370760747
Consultations externes	77837	87300	85414	88774	84831,25
Dépenses personnel/Cons.ext.	34312,43	34707,01	42265,22	46999,15	39734,89
Variations	-	394,58	7558,21	4733,93	-
Taux de variation	-	1,15%	21,78%	11,20%	-

Les coûts de l'activité de consultations externe à l'Hôpital Principal de Dakar ont connu une évolution progressive d'année en année. La progression globale est de l'ordre de +36,97% avec un taux de variation moyen de +11,38%. Entre 2000 et 2001, on note une légère augmentation de +1,15% suivi d'une forte progression de +21,78% et de +11,20%

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

respectivement entre 2001-2002 et 2002-2003. Ces coûts sont compris entre 34312,43 francs CFA et 46999,15 francs CFA, avec une moyenne annuelle de 39734,89 francs CFA par consultation.

III – 3 – 2 – 2 – 14 Synthèse des résultats à l'HPD :

Tableau XXXVIII :

<i>LIBELLES</i>	2000	2001	2002	2003	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Moyenne annuelle</i>
Evolution des Produits	-	31,91%	57,06%	-8,97%	88,35%	-
Evolution des Charges	-	8,26%	18,53%	20,52%	54,66%	-
Taux de rentabilité	89,75%	109,35%	144,90%	109,44%	21,94%	113,36%
Ratio Salaire /R.P.	50,42%	45,68%	40,31%	48,82%	-3,17%	46,31%
Ratio R.P. /Dép. Fct°	89,75%	103,80%	118,25%	93,63%	4,32%	101,36%
Charges de Pers. /Dép.Fct°	45,25%	47,42%	47,67%	45,71%	1,02%	46,51%
Part des RP/Rec.Tot.	100%	94,93%	81,61%	85,55%	-14,45%	90,52%
Part de Subv./Rec.Tot.	0,00%	5,07%	18,39%	14,45%	-	9,48%
Ch. méd-pharm. /Dép.Fct°	35,70%	32,76%	31,93%	29,56%	-17,20%	32,49%
Charges caract. gén. et hôtelier /dép. fct°	10,55%	7,21%	7,98%	8,21%	-22,18%	8,49%
Charges provisionnées et financ. /Dép. Fct°	0,00%	6,48%	6,96%	11,77%	-	6,30%
Charges Amortis. /Dép.Fct°	8,49%	6,12%	5,47%	4,75%	-44,05%	6,21%
Nb. Habitants / Lits	4373	5581	5523	6062	38,62%	5384,75
Dép. personnel /Cons.ext.	34312,43	34707,01	42265,22	46999,15	36,97%	39570,9
Dép. /Hospitalisations	237005,07	266176,57	352290,20	424863,62	79,26%	320084
Dépenses /J.H	34169,74	39818,58	50728,66	63344,62	85,38%	47015,4
Recettes moy. /Hosp.	135701,76	177919,71	210197,41	208450,65	53,61%	183067
Recettes moy. /JH.	19564,54	26615,83	30267,75	31078,74	58,85%	26881,7
Nombre de lits	558	449	446	436	-21,86%	472
Consultations externes	77837	87300	85414	88774	14,05%	84831,2
Malades Hospitalisés	24902	24005	21498	21484	-13,73%	22972,2
Journées d'Hospitalisations	172723	160467	149295	144097	-16,57%	156645
T.O.M.L	84,81%	97,91%	91,71%	90,55%	6,77%	91,24%
D.M.S (jour)	6,94	6,68	6,94	6,71	-3,31%	6,82%
I.R.L (fois/jour)	12,23%	14,65%	13,21%	13,50%	10,38%	13,40%
T.M.H.	3,86%	3,99%	4,40%	3,62%	-6,22%	3,97%

III – 3 – 3 HÔPITAL GENERAL GRAND YOFF:

III -3 – 3 – 1 Analyse des résultats financiers (HOGGY)

III – 3 – 3 – 1 – 1 Récapitulatif des produits et charges d'exploitation:

Tableau XXXIX :

Libellés	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle	%
Produits						
Ressources propres	1035244335	1423166188	1728919734	2542893293	1682555888	57,06
Subvention	1000000000	1206502000	1368864000	1488991000	1266089250	42,94
Total Produits	2035244335	2629668188	3097783734	4031884293	2948645138	100
Variations	-6801384	594423853	468115546	934100559	497459643	-
Taux de variation	-0,33%	29,21%	17,80%	30,15%	19,21%	-
Part de ressources propres /recettes. totales	50,87%	54,12%	55,81%	63,07%	55,97%	-
Part des subventions /recettes totales	49,13%	45,88%	44,19%	36,93%	55,97%	-
Charges						
Produits médico-pharmaceutiques	75710901	176495677	418240735	543557410	303501181	12,92
Charges à caractère général & hôtelier	277503853	538994509	658128786	1065560770	635046980	27,04
Salaires (personnel)	524966361	1036052851	1226148297	1637099275	1106066696	47,10
charges provisionnées & financières	422877334	5710000	100926094	192520007	180508359	7,69
Dotation aux amortissements	0	276776799	7654443	207847000	123069561	5,24
Total charges	1301058449	2034029836	2411098355	3646584462	2348192776	100
Variations	-141370686	732971387	377068519	1235486107	551038832	-
Taux de variation	-9,80%	56,34%	18,54%	51,24%	29,08%	-
Résultats	734185886	595638352	686685379	385299831	600452362	-
Taux de rentabilité	156,43%	129,28%	128,48%	110,57%	131,19%	-
Ratio Masse Sal. /Fonds propres	50,71%	72,80%	70,92%	64,38%	64,70%	-
Taux de variation	-	43,56%	-2,58%	-9,22%	-	-
Ratio R.P /Dép. Fonct.	79,57%	69,97%	71,71%	69,73%	-	-

Bénéficiant de la subvention de l'Etat à raison de 42,94% de la moyenne annuelle des recettes totales d'exploitation, l'Hôpital Général Grand Yoff a enregistré des excédents d'exploitation d'année en année et la moyenne annuelle de ces excédents est de +31,19% dont +56,43% en 2000, +29,28% en 2001, +28,48% en 2002 et +10,57% en 2003. Tout comme le CHU Fann, l'Hôpital Général Grand Yoff dépend de dotation de subvention versée par l'Etat pour pouvoir répondre à leurs missions celle de l'amélioration de la qualité des soins et services en vue de la satisfaction des usagers et des parties prenantes (professionnels de santé).

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Les ressources propres ne représentent en moyenne annuelle que 57,06% des recettes d'exploitation. Quant aux charges d'exploitation, la masse salariale représente 47,10% des dépenses de fonctionnement, suivi des charges à caractère général et hôtelier (27,04%), des produits médico-pharmaceutiques (12,92%). Les charges provisionnées et financières et la dotation aux amortissements représentent 12,93% des dépenses de fonctionnement.

III – 3 – 3 – 1 – 2 Evolution des produits et charges d'exploitation :

Tableau XL :

<i>LIBELLES</i>	<i>00-99</i>	<i>01-00</i>	<i>02-01</i>	<i>03-02</i>	<i>03-00</i>	<i>Taux variation moyen</i>
Ressources propres	-14,62%	37,47%	21,48%	47,08%	145,63%	35,34%
Dotation subvention	20,55%	20,65%	13,46%	8,78%	48,90%	14,30%
<i>TOTAL PRODUITS</i>	<i>-0,33%</i>	<i>29,21%</i>	<i>17,80%</i>	<i>30,15%</i>	<i>98,10%</i>	<i>25,72%</i>
Produits médico-pharma.	8,72%	133,12%	136,97%	29,96%	617,94%	100,02%
Ch. à caract. gal& hôtelier	9,86%	94,23%	22,10%	61,91%	283,98%	59,41%
Salaires (personnel)	-3,36%	97,36%	18,35%	33,52%	211,85%	49,74%
charges provisionnées& financières	-26,71%	-98,65%	1667,53%	90,76%	-54,47%	553,21%
Dotation amortissements	-	-	-97,23%	2615,4%	-	1259,1%
<i>TOTAL CHARGES</i>	<i>-9,80%</i>	<i>56,34%</i>	<i>18,54%</i>	<i>51,24%</i>	<i>180,28%</i>	<i>42,04%</i>

L'évolution des recettes d'exploitation est progressive entre 2000 et 2003 avec un taux de variation moyen de +25,72%. La progression globale des recettes d'exploitation est de +98,10%. Entre 2000 et 2001, ces recettes ont progressé de +29,21%, +17,80% entre 2001 et 2002, et +30,15% entre 2002 et 2003. Cette évolution résulte de la forte augmentation simultanée des ressources propres et des subventions de l'Etat respectivement de +145,63% et 48,90% entre 2000 et 2003 avec des taux de variation moyens respectifs de +35,34% et +14,30%. Les charges de fonctionnement ont aussi connu une évolution progressive d'année en année avec une augmentation globale de +180,28% et un taux de variation moyen de +42,04%. La progression est de +56,34% entre 2000 et 2001, +18,54% entre 2001 et 2002 et de +51,24% entre 2002 et 2003. Les charges provisionnées et financières ont régressé en 2000 par rapport à 2001, mais ont connu une forte augmentation en 2001 et 2002 respectivement de +1667,53% et +90,76%. L'évolution globale des charges provisionnées et financières est régressive en 2003 par rapport à 2000 (-54,47%) alors son taux de variation moyen est très élevé de l'ordre de +553,21%. Les charges de dotation aux amortissements ont connu une régression de -97,23% entre 2001 et 2002 et une forte augmentation de +2615,38% en 2003 par rapport en 2002. Son taux de variation moyen est également très élevé (+1259,07%). Il est à signaler qu'il n'y a pas eu de dotation aux amortissements en 2000.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Les produits médico-pharmaceutiques ont largement progressé de +617,94% avec un taux de variation de +100,02%. Les charges alimentaires à caractère général et hôtelier et celle des salaires de personnel ont aussi fortement progressé respectivement de +283,98% et +211,85% avec des taux de variation moyens respectifs de +59,41% et +49,74% entre 2000 et 2003.

III – 3 – 3 – 1 – 3 Evolution des ressources propres et des subventions dans les recettes d'exploitation :

Tableau XLI :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne Annuelle
Part de ressources propres	50,87%	54,12%	55,81%	63,07%	13,01%	23,98%	55,97%
Part des subventions	49,13%	45,88%	44,19%	36,93%	-16,43%	-24,83%	44,03%

La part des ressources propres dans les recettes d'exploitation a augmenté d'année en année avec une progression globale de +23,98%. Entre 2000 et 2001, la progression est de +6,39%, +3,12% entre 2001 et 2002 et +13,01% en 2003 par rapport à 2002. Le taux de variation moyen est égal à +7,51%. La moyenne annuelle de cette part est d'environ 56%.

Les subventions par rapport aux recettes d'exploitation, par contre ont connu une régression d'année par année. Par rapport à l'année 2000, elles ont diminué de -24,83% en 2003. Cette régression est de -6,61% en 2001, -3,68% en 2002 et -16,43% en 2003. Le taux de variation moyen est de -8,91%. La moyenne annuelle est de 44% environ.

III – 3 – 3 – 1 – 4 Evolution des postes de charges dans les dépenses de fonctionnement (HOGGY):

Tableau XLII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Charges de Pers. / Dép. Fct.	40,35%	50,94%	50,85%	44,89%	11,25%	46,76%
Ch. médico-pharm. / Dép. Fct.	5,82%	8,68%	17,35%	14,91%	156,2%	11,69%
Ch. caract gal & hôt./ Dép. Fct.	21,33%	26,50%	27,30%	29,22%	36,99%	26,09%
Ch. provis. & fin. /Dép. Fct°	32,50%	0,28%	4,19%	5,28%	-83,75%	10,56%
Part Amortiss. /Dép. Fct°	0,00%	13,61%	0,32%	5,70%	-	4,91%

Les charges de personnel en pourcentage des dépenses de fonctionnement ont progressé de +11,25% entre 2000 et 2003 bien qu'elles aient subi une diminution de -11,72% entre 2002 et 2003. La moyenne annuelle de la part des charges de personnel dans les charges de fonctionnement est de 46,76%. Il en est de même de la part des produits médico-pharmaceutiques qui ont progressé de +156,18% entre 2000 et 2003 avec une moyenne annuelle de 11,69%. Elle a régressé de -14,06% entre 2002 et 2003. Les charges des produits

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

alimentaires à caractère général et hôtelier ont connu une progression en 2003 par rapport à 2000 de +36,99% et ont une moyenne annuelle de 26,09%. La part des charges de dotation aux provisions et de charges financières a fortement diminué de -83,75% entre 2000 et 2003 avec une moyenne annuelle égale à 10,56%. La part des charges de dotation aux amortissements a fortement augmenté de +1681,25% entre 2002 et 2003 après avoir régressé de -97,65% entre 2001 et 2002. La moyenne annuelle est de 4,91%.

III – 3 – 3 – 1 – 5 Evolution de la masse salariale sur fonds propres :

Le ratio masse salariale sur fonds propres a connu une régression d'année en année à partir de 2001 après sa forte progression constatée en 2001 par rapport à 2000 (+43,56%). La moyenne annuelle est de 64,70% ; ce qui signifie que le salaire de personnel consomme près de 2/3 des ressources propres. Ce ratio a progressé de +26,96% entre 2000 et 2003 et le taux de variation moyen est égal à +10,59%.

III – 3 – 3 – 2 Analyse des résultats des activités médicales (HOGGY):

III – 3 – 3 – 2 – 1 Evolution des activités de consultations externes par service :

Tableau XLIII :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Médecine générale	2688	9,39	2782	9,04	3680	9,74	4201	10,20	14,16%	56,29%
Neurochirurgie	452	1,58	786	2,55	1084	2,87	1392	3,38	28,41%	207,96%
Pédiatrie	1866	6,52	2147	6,97	2313	6,12	2817	6,84	21,79%	50,96%
Cardiologie	1348	4,71	1026	3,33	1735	4,59	3436	8,34	98,04%	154,90%
Anesthésie	ND	ND	930	3,02	1081	2,86	1363	3,31	26,09%	-
Kinésithérapie	3340	11,66	1380	4,48	1364	3,61	ND	ND	-	-
Gynéco-obstétrique	6718	23,46	7885	25,61	9199	24,40	8579	20,83	-6,74%	27,70%
Chirurgie générale	-	-	591	1,92	1020	2,70	1393	3,38	36,57%	-
Ortho-traumatologie	3810	13,31	6796	22,07	7764	20,56	9235	22,42	18,95%	142,39%
Dermatologie	578	2,02	518	1,68	651	1,72	964	2,34	48,08%	66,78%
Rhumatologie	106	0,37	31	0,10	-	-	-	-	-	-
Urologie/Andrologie	2272	7,93	2766	8,98	2299	6,09	2761	6,70	20,10%	21,52%
Odonto-stomatologie	1998	6,98	-	-	-	-	-	-	-	-
Ophthalmologie	2944	10,28	2401	7,80	4652	12,32	4112	9,98	-11,61%	39,67%
ORL	512	1,79	750	2,44	922	2,44	941	2,28	2,06%	83,79%
TOTAL	28632	100	30789	100	37764	100	41194	100	9,08%	43,87%
Variations	1370	-	2157	-	6975	-	3430	-	-	-
Taux de variation	5,03%	-	7,53%	-	22,65%	-	9,08%	-	-	-

N.B.: Les examens & soins d'urgence et les pansements ne sont pas comptabilisés

ND = Non Disponible

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Le nombre de consultations externes a constamment progressé d'année en année avec une progression globale de +43,87% et un taux de variation moyen de +13,09%. Il a augmenté de +7,53% entre 2000 et 2001, +22,65% entre 2001 et 2002 et +9,08% entre 2002 et 2003. Le service de Gynéco-obstétrique a enregistré un peu moins ¼ de la moyenne annuelle des consultations externes (23,40%), suivi des services d'Ortho-traumatologie (19,95%), d'ophtalmologie (10,20%) et de Médecine générale (9,65%) soit un total de 63,20% de l'ensemble des consultations externes durant les années de 2000 à 2003.

III – 3 – 3 – 2 – 2 Evolution des malades hospitalisés par service (HOGGY):

Tableau XLIV :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Urgences	916	20,30	1217	18,94	1483	21,04	1489	19,80	0,40%	62,55%
Chirurgie générale	274	6,07	472	7,34	688	9,76	715	9,51	3,92%	160,95%
Réanimation	97	2,15	131	2,04	135	1,92	344	4,57	154,81%	254,64%
Ortho-traumatologie	445	9,86	514	8,00	670	10,42	445	5,92	-33,58%	0,00%
Cardiologie	395	8,75	635	9,88	590	8,37	523	6,95	-11,36%	32,41%
Pédiatrie	281	6,23	379	5,90	427	6,06	696	9,25	63,00%	147,69%
Médecine interne	466	10,33	737	11,47	789	11,20	795	10,57	0,76%	70,60%
Urologie/Andrologie	182	4,03	420	6,53	382	5,42	513	6,82	34,29%	181,87%
Gynéco-obstétrique	1359	30,12	1784	27,76	1781	25,27	1945	25,86	9,21%	43,12%
Ophtalmologie	97	2,15	138	2,15	102	1,45	56	0,74	-45,10%	-42,27%
TOTAL	4512	100	6427	100	7047	100	7521	100	6,73%	66,69%
Variations	-1332	-	1915	-	620	-	474	-	-	-
Taux de variation	-22,8%	-	42,44%	-	9,65%	-	6,73%	-	-	-

Le nombre des admissions a globalement augmenté de +66,69% entre 2000 et 2003. La progression est de +42,44% entre 2000 et 2001, +9,65% entre 2001 et 2002 et de +6,73% entre 2002 et 2003. Le taux de variation moyen est de +19,61%. La plus forte admission a été enregistrée dans le service de Gynéco-obstétrique (26,93% en moyenne annuelle) suivi des services d'Urgences (20,01%) et de Médecine interne (10,93%), soit un total de 57,87% du total des malades hospitalisés.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

III – 3 – 3 – 2 – 3 Evolution des journées d'hospitalisation par service (HOGGY) :

Tableau XLV :

SERVICES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 03-00
Urgences	1780	5,73	1969	5,31	2228	6,02	2943	7,23	32,09%	65,34%
Chirurgie générale	2184	7,03	3482	9,39	4815	13,00	5518	13,57	14,60%	152,66%
Réanimation	485	1,56	551	1,48	668	1,80	1343	3,30	101,05%	176,91%
Ortho-traumatologie	6692	21,53	8048	21,70	7125	19,24	5185	12,75	-27,23%	-22,52%
Cardiologie	3158	10,20	4371	11,78	3328	8,99	4043	9,94	21,48%	28,02%
Pédiatrie	1686	5,42	2019	5,44	2515	6,79	4034	9,92	60,40%	139,26%
Médecine interne	3898	12,54	4842	13,05	5362	14,48	5976	14,69	11,45%	53,31%
Urologie/Andrologie	1396	4,49	2683	7,23	2547	6,88	2755	6,77	8,17%	97,35%
Gynéco-obstétrique	9513	30,60	8717	23,50	8145	22,00	8703	21,40	6,85%	-8,51%
Ophthalmologie	291	0,94	411	1,11	292	0,79	176	0,43	-39,73%	-39,52%
TOTAL	31083	100	37093	100	37025	100	40676	100	9,86%	30,86%
Variations	-13805	-	6010	-	-68	-	3651	-	-	-
Taux de variation	-30,75%	-	19,34%	-	-0,18%	-	9,86%	-	-	-

Les journées d'hospitalisation à l'Hôpital Général Grand Yoff ont évolué globalement de +30,86% malgré qu'il ait une très faible régression (-0,18%) en 2002 par rapport à 2001. L'augmentation des journées d'hospitalisation est de +19,34% entre 2000 et 2001 et de +9,86% entre 2002 et 2003. Le nombre de journées d'hospitalisation est plus élevé dans le service de Gynéco-obstétrique avec une fréquence de 24,05% en moyenne annuelle, suivi des services d'Ortho-traumatologie (18,54%), de Médecine interne (13,76%) et Chirurgie générale (10,97%). Le service d'Urgences qui avait hospitalisé environ 20% des malades ne représente qu'une fréquence moyenne annuelle de 6,11%, ce qui est conforme au rôle assigné à ce service, celui d'assurer la prise en charge des cas urgents et non d'hospitaliser.

III – 3 – 3 – 2 – 4 Evolution des taux d'Occupation Moyen des Lits par service:

Tableau XLVI :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Urgences	60,96%	67,43%	76,30%	89,59%	17,41%	46,97%	73,57%
Spécialités (chirurgie générale)	28,49%	45,43%	62,82%	71,99%	14,60%	152,66%	52,18%
Réanimation	11,07%	10,78%	18,30%	73,59%	302,10%	564,58%	28,43%
Ortho-traumatologie	44,72%	52,50%	48,80%	30,88%	-36,72%	-30,94%	44,22%
Santé publique (Cardiologie)	43,26%	49,90%	45,59%	61,54%	34,98%	42,25%	50,07%
Pédiatrie	20,08%	20,49%	29,96%	65,01%	117,01%	223,71%	33,88%
Médecine interne	46,43%	45,74%	73,45%	81,86%	11,45%	76,31%	61,87%
Urologie/Andrologie	25,50%	40,84%	53,68%	53,91%	0,44%	111,45%	43,48%
Gynéco-obstétrique	113,32%	88,45%	89,26%	85,16%	-4,60%	-24,85%	94,05%
Ophthalmologie	19,93%	28,15%	20,00%	8,04%	-59,82%	-59,68%	19,03%
TOTAL	44,82%	47,49%	55,13%	60,57%	9,86%	35,13%	52,00%
variations	-	2,67%	7,64%	5,44%	-	-	-
Taux de variation	-	5,95%	16,09%	9,86%	-	-	-

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Le nombre de lits qui sont occupés à l'Hôpital Général Grand Yoff ne représente que 52% en moyenne annuelle, ce qui est faible. Les lits sont quand même occupés en proportion assez importante dans certains services comme la Gynéco-obstétrique avec 94,05% d'occupation des lits suivi des Urgences (73,57%). Ces taux faibles montrent qu'il faut peut-être revoir la distribution des lits dans les services (problème de planification du nombre des lits qu'il faut allouer à chaque service), ou mieux renforcer le système de notification des informations concernant les journées d'hospitalisation au niveau de chaque service. Néanmoins, on note une progression de ces taux durant ces quatre années (2000 à 2003) de +35,13% avec un taux de variation moyen de +10,63%. Elle est de +5,95% entre 2000 et 2001, +16,09% entre 2001 et 2002 et de +9,86% entre 2002 et 2003.

III – 3 – 3 – 2 – 5 Evolution de la Durée Moyenne de Séjour par service :

Tableau XLVII :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Moy. / an	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Urgences	1,94	1,62	1,50	1,98	1,76	31,56%	1,71%
Chirurgie générale	7,97	7,38	7,00	7,72	7,52	10,27%	-3,18%
Réanimation	5,00	4,21	4,95	3,90	4,51	-21,10%	-21,92%
Ortho-traumatologie	15,04	15,66	10,63	11,65	13,25	9,57%	-22,52%
Cardiologie	7,99	6,88	5,64	7,73	7,06	37,05%	-3,31%
Pédiatrie	6,00	5,33	5,89	5,80	5,75	-1,60%	-3,40%
Médecine interne	8,36	6,57	6,80	7,52	7,31	10,61%	-10,14%
Urologie/Andrologie	7,67	6,39	6,67	5,37	6,52	-19,45%	-29,99%
Gynéco-obstétrique	7,00	4,89	4,57	4,47	5,23	-2,16%	-36,08%
Ophtalmologie	3,00	2,98	2,86	3,14	3,00	9,78%	0,00%
TOTAL	6,89	5,77	5,25	5,41	5,83	2,94%	-21,49%
variations	-	-1,12	-0,52	0,15	-	-	-
Taux de variation	-	-16,22%	-8,97%	2,94%	-	-	-

La durée moyenne de séjour (D.M.S.) est d'environ 6 jours en moyenne annuelle. Elle a régressé les trois premières années respectivement de -16,22% entre 2000 et 2001 et de -8,97% entre 2001 et 2002, avant une légère remontée à +2,94%. L'évolution globale est en régression de -21,49% et le taux de variation moyen est égal à -7,42%. Les malades ont plus séjournés dans le service d'Ortho-traumatologie (environ 13 jours en moyenne annuelle), ce qui représente un peu plus du double de la durée moyenne de séjour de l'hôpital. Dans les autres services, la D.M.S. varie environ de 2 jours (SAU) à environ 8 jours (Chirurgie générale). Il est à signaler que la diminution de la DMS est un signe de la qualité des soins rentrant dans le cadre de la performance des hôpitaux, car plus les malades durent dans les services, plus ils sont exposés aux infections nosocomiales et voient leurs frais de séjour

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

augmentent quand on sait que la majorité de la population du nos pays vit sous le seuil de la pauvreté.

III – 3 – 3 – 2 – 6 Evolution des Indices de Rotation des Lits (fois/jour) par service (HOGGY) :

Tableau XLVIII :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenn e annuelle
Urgences	31,37 %	41,68 %	50,79%	45,33%	-10,75%	44,49%	42,29%
Spécialités	3,57%	6,16%	8,97%	9,33%	3,92%	160,95 %	7,01%
Réanimation	2,21%	2,56%	3,70%	18,85%	409,63 %	751,13 %	6,83%
Ortho-traumatologie	2,97%	3,35%	4,59%	2,65%	-42,25%	-10,87%	3,39%
Santé publique (cardiologie)	5,41%	7,25%	8,08%	7,96%	-1,51%	47,12%	7,17%
Pédiatrie	3,35%	3,85%	5,09%	11,22%	120,53 %	235,11 %	5,87%
Médecine interne	5,55%	6,96%	10,81%	10,89%	0,76%	96,19%	8,55%
Urologie/Andrologie	3,32%	6,39%	8,05%	10,04%	24,70%	202,00 %	6,95%
Gynéco-obstétrique	16,19 %	18,10 %	19,52%	19,03%	-2,49%	17,56%	18,21%
Ophtalmologie	6,64%	9,45%	6,99%	3,84%	-45,10%	-42,27%	6,73%
TOTAL	6,51%	8,23%	10,49 %	11,20 %	6,73%	72,12 %	9,11%
variations	-	6,29	8,27	2,58	-	-	-
Taux de variation	-	26,47 %	27,52%	6,73%	-	-	-

Le nombre moyen de patients par lit par jour à l'HOGGY a augmenté d'année en année durant les quatre ans. Cette progression globale est de +72,12% avec un taux de variation moyen de +20,24%. La moyenne annuelle est de 9 patients sur 100 par lit et par jour, ce qui correspond à environ 33 patients qui occupent en moyenne les lits par année. Le service d'Urgences a enregistré le plus fort taux de rotation des lits avec une moyenne annuelle de 154 patients par lit par année (soit 42/100 patients par lit par jour). Entre 2000 et 2001, la progression est de +26,47%, +27,52% entre 2001 et 2002 et de +6,73% entre 2002 et 2003. Le service d'Ortho-traumatologie a enregistré le plus faible indice de rotation des lits avec environ 12 patients par lits par année soit environ 3/100 patients par lit par jour.

III – 3 – 3 – 2 – 7 Evolution du nombre des décès (HOGGY):

Tableau XLIX :

SERVICES	2001	%	2002	%	2003	%	Evol. 02-03	Evol. 01-03	Moy. /an	%
Urgences	259	65,08	204	53,54	184	40,00	-9,80%	-28,96%	215,67	52,22
Chirurgie générale	14	3,52	7	1,84	18	3,91	157,14%	28,57%	13	3,15
Réanimation	32	8,04	33	8,66	122	26,52	269,7%	281,25%	62,33	15,09
Ortho-traumatologie	6	1,51	4	1,05	4	0,87	0,00%	-33,33%	4,67	1,13
Cardiologie	35	8,79	54	14,17	29	6,30	-46,30%	-17,14%	39,33	9,52
Pédiatrie	13	3,27	18	4,72	22	4,78	22,22%	69,23%	17,67	4,28
Médecine interne	35	8,79	51	13,39	67	14,57	31,37%	91,43%	51	12,35
Urologie/Andrologie	2	0,50	8	2,10	12	2,61	50%	500%	7,33	1,77
Gynéco-obstétrique	2	0,50	2	0,52	2	0,43	0,00%	0,00%	2	0,48%
Ophtalmologie	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-	-	0	0
TOTAL	398	100	381	100	460	100	20,73%	15,58%	413	100
Variations	-	-	-17	-	79	-	-	-	-	-
Taux de variation	-	-	-4,27%	-	20,73%	-	-	-	-	-

N.B. : les données sur le nombre de décès en 2000 ne sont pas disponibles

Le nombre de décès a augmenté de +15,58% entre 2001 et 2003 avec un taux de variation de +8,23%. Il a légèrement diminué de -4,27% entre 2001 et 2002 avant d'augmenter fortement de +20,73% entre 2002 et 2003, ceci est peut-être dû à une forte augmentation constatée dans le service de Réanimation (+269,70%). Plus de la moitié des décès à l'HOGGY (52,22% en moyenne annuelle) sont enregistrés dans le service des Urgences, tandis que dans les services de Réanimation et de Médecine interne, ils ne sont que respectivement de 15,09% et 12,35%. Le plus faible nombre de décès a été enregistré dans les services de Gynéco-obstétrique (0,48%), d'Ortho-traumatologie (1,13%) et d'Urologie (1,77%).

III – 3 – 3 – 2 – 8 Evolution des taux de mortalité hospitalière (TMH) par service:

Tableau L :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 01-03	Moyenne annuelle
Urgences	-	21,28%	13,76%	12,36%	-10,17%	-41,92%	15,80%
Chirurgie générale	-	2,97%	1,02%	2,52%	147,06%	-15,15%	2,17%
Réanimation	-	24,43%	24,44%	35,47%	45,13%	45,19%	28,11%
Ortho-traumatologie	-	1,17%	0,60%	0,90%	50,00%	-23,08%	0,89%
Cardiologie	-	5,51%	9,15%	5,54%	-39,45%	0,54%	6,74%
Pédiatrie	-	3,43%	4,22%	3,16%	-25,12%	-7,87%	3,60%
Médecine interne	-	4,75%	6,46%	8,43%	30,49%	77,47%	6,55%
Urologie/Andrologie	-	0,48%	2,09%	2,34%	11,96%	387,5%	1,64%
Gynéco-obstétrique	-	0,11%	0,11%	0,10%	-9,09%	-9,09%	0,11%
Ophthalmologie	-	0,00%	0,00%	0,00%	-	-	0,00%
TOTAL	-	6,19%	5,41%	6,12%	13,12%	-1,13%	5,91%
Variations	-	-	-0,78	0,71	-	-	-
Taux de variation	-	-	-12,60%	13,12%	-	-	-

On note une légère régression du taux de mortalité hospitalière de -1,13% entre 2001 et 2003, malgré l'augmentation du TMH constatée entre 2002 et 2003 de +13,12%. Entre 2001 et 2002, le TMH a diminué de -12,60%. Le taux de variation moyen est faiblement positif (+0,5%). La moyenne annuelle du TMH à l'HOGGY est de 5,91%. Bien que le service des Urgences ait enregistré le plus fort nombre décès, c'est plutôt le service de Réanimation qui enregistre le fort taux de la mortalité hospitalière (28,11%) à l'HOGGY, suivi du service des Urgences (15,80%). Entre 2001 et 2003, les taux de mortalité hospitalière ont régressé dans les services d'Urgences (-41,92%), de Chirurgie générale (-15,15%), d'Ortho-traumatologie (-23,08%), de pédiatrie (-7,87%) et de Gynéco-obstétrique (-9,09%). L'augmentation des taux de mortalité hospitalière est très marquée dans les services d'Urologie (+387,5%) et de Médecine interne (+77,47%) entre 2001 et 2003, alors que entre 2001 et 2002, le service de Chirurgie a vu son taux augmenté de +147,06%.

III – 3 – 3 – 2 – 9 Evolution des taux de sortie (T.S.) par service :

Tableau LI :

SERVICES	2001	T.S.	2002	T.S.	2003	T.S.	Evol. 02-03	Evol. 01-03
Urgences	1156	94,99%	294	19,82%	1449	97,31%	390,87%	2,45%
Chirurgie générale	466	98,73%	684	99,42%	758	106%	6,63%	7,38%
Réanimation	115	87,79%	111	82,22%	332	96,51%	17,38%	9,94%
Ortho-traumatologie	510	99,22%	546	81,49%	489	109,89%	34,84%	10,75%
Santé publique	539	84,88%	484	82,03%	475	90,82%	10,71%	7,00%
Pédiatrie	309	81,53%	338	79,16%	596	85,63%	8,18%	5,03%
Médecine interne	575	78,02%	ND	-	847	106,54%	-	36,56%
Urologie/Andrologie	356	84,76%	304	79,58%	462	90,06%	13,17%	6,25%
Gynéco-obstétrique	1523	85,37%	1547	86,86%	1845	94,86%	9,21%	11,11%
Ophthalmologie	138	100%	102	100%	56	100%	0,00%	0,00%
TOTAL	5687	88,49%	4410	62,58%	7309	97,18%	55,30%	9,82%
<i>Variations</i>	-	-	-	-25,91%	-	34,6%	-	-
<i>Taux de variation</i>	-	-	-	-29,28%	-	55,30%	-	-

Le taux de sortie (TS) des patients a connu globalement une progression de +9,83%, variant entre 62,58% et 97,18% avec une moyenne annuelle de 82,75% au cours de ces trois années. Le taux de variation moyen est de +13,01%. D'abord, il y a une régression de -29,28% entre 2001 et 2002, suivie d'une augmentation de +55,30%. Il est à signaler que nous n'avons pas pu avoir le nombre de sortie dans le service de Médecine interne en 2002, ce qui peut influencer le total des sorties la même année. La moyenne des sorties dans ce service en 2001 et en 2003 étant égale à 711, nous pensons quand même qu'entre 2001 et 2002, il y a une régression, car l'écart entre les taux de sortie de 2001 et 2002 est à -1277 sortis. Le service d'Ophthalmologie a enregistré durant les trois ans, 100% du taux de sortie, ce qui signifie qu'il n'y a pas eu ni de décès, ni des évadés dans ce service. Les services tels que la Chirurgie générale, l'Ortho-traumatologie et la Médecine interne ont dépassé les 100% en 2003, ce qui peut être lié au déficit dans l'enregistrement des malades hospitalisés. Il y a un faible taux de sortie des patients dans le service d'Urgences en 2002 (19,82%), là aussi, nous pensons qu'il doit y avoir un problème de notification des sorties, car cela fait croire qu'à part les 204 décès et 294 sortis, 985 malades sont évadés en 2002.

III – 3 – 3 – 2 – 10 Evolution du Nombre des lits par service :

Tableau LII :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Urgences	8	8	8	9	12,50%	12,50%	8
Spécialités (chirurgie générale)	21	21	21	21	0,00%	0,00%	21
Réanimation	12	14	10	5	-50,00%	-58,33%	10
Orthopédie	18	18	18	23	27,78%	27,78%	19
Traumatologie	23	24	22	23	4,55%	0,00%	23
Santé publique (cardiologie)	20	24	20	18	-10,00%	-10,00%	20,5
Pédiatrie	23	27	23	17	-26,09%	-26,09%	22,5
Médecine interne	23	29	20	20	0,00%	-13,04%	23
Urologie/Andrologie	15	18	13	14	7,69%	-6,67%	15
Gynéco-obstétrique	23	27	25	28	12,00%	21,74%	26
Ophtalmologie	4	4	4	6	50,00%	50,00%	4,5
TOTAL des Lits	190	214	184	184	0,00%	-3,16%	193
Variations	-	24	-30	0	-	-	-
Taux de variation	-	12,63%	-14,02%	0,00%	-	-	-

Le nombre de lits dans les services a globalement régressé de -3,16% durant les quatre ans. Après avoir augmenté de +12,63% entre 2000 et 2001, il a subi une régression de -14,02% entre 2001 et 2002. Le nombre total des lits mis à la disposition des services en 2002 est resté inchangé en 2003. Le nombre moyen annuel des lits est de 193 lits et le taux de variation moyen est égal à -0,46%.

III – 3 – 3 – 2 – 11 Evolution des ressources humaines :

Tableau LIII :

RESSOURCES HUMAINES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moy. / An	%
Personnel médical	39	39	38	49	28,95%	25,64%	41	8,11
Personnel Paramédical	118	134	139	175	25,90%	48,30%	142	28,09
Personnel Administratif	143	156	164	175	6,71%	22,38%	159,5	31,55
Autres corps et Métiers	142	175	168	168	0,00%	18,31%	163	32,25
TOTAL Personnel	442	504	509	567	11,39%	28,28%	505,5	100
Variations	-	62	5	58	-	-	-	-
Taux de variation	-	14,03%	0,99%	11,39%	-	-	-	-
Total personnels soignants	157	173	177	224	26,55%	42,68%	183	36,20
Ratio Pers.soignant/Nb.Lits	0,83	0,76	0,96	1,22	27,08%	46,99%	0,94	-
Ratio Médecin/Nb.Lits	0,2	0,17	0,21	0,27	42,86%	50,00%	0,21	-
Pers.soignant/Pers.Adm.	1,1	1,11	1,08	1,28	18,18%	18,18%	1,14	-
Nb.Habitants/Médecin	62565	64254	67726	53940	-20,35%	-13,79%	62121	-
Nb.Habitants/Lits	12842	11710	13987	14364	2,69%	11,85%	13226	-

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Les ressources humaines ont connu une évolution croissante d'année en année. C'est ainsi que le nombre de personnel de l'hôpital a augmenté globalement de +28,28% entre 2000 et 2003, dont +14,03% entre 2000 et 2001, légère augmentation d'environ +1% entre 2001 et 2002 et +11,39% entre 2002 et 2003. Le taux de variation moyen est de +8,80%. Le personnel soignant constitué des Médecins et des paramédicaux représente 36,20% de la moyenne annuelle totale de personnel dont 8,11% constitués par les Médecins et 28,09% par les paramédicaux. Le personnel administratif et le personnel d'autres corps et métiers font 63,80%. La progression a été constatée tant au niveau de personnels soignants qu'au niveau des administratifs et des personnels de soutien (autres corps et métiers). La progression a été plus sensible au niveau des personnels soignants (26,55% entre 2002 et 2003 et 42,68% entre 2000 et 2003). Par ailleurs, on note une légère diminution du nombre de Médecins de -2,56% entre 2001 et 2002. Le ratio personnel soignant sur le personnel administratif varie de 11 personnels soignants pour 10 administratifs à 13 personnels soignants pour 10 personnels administratifs, soit une moyenne annuelle d'environ 11 personnels soignants pour 10 personnels administratifs. Le ratio personnel soignant sur le nombre de lits varie de 4 personnels soignants pour 5 lits à 6 personnels soignants pour 5 lits, soit une moyenne annuelle de 1 personnel soignant pour 1 lit.

Le ratio Médecin sur nombre de lits correspond à une moyenne annuelle de 1 Médecin pour 5 lits. Le nombre d'habitants par Médecin à l'HOGGY a connu une progression les trois premières années et ceci du fait que le nombre de Médecins n'a pas du tout progressé, mais plutôt diminué en 2002 de -2,56%. La progression est de +2,70% en 2001 et +5,40% en 2002, ensuite, suite au recrutement des Médecin en 2003 d'une progression de +28,95%, le nombre d'habitants par Médecin a régressé de -20,35%. La régression globale est de -13,79% et le taux de variation moyen est de -4,08%. La moyenne annuelle est de 62121 habitants /Médecin, ce qui paraît élevé par rapport aux deux autres hôpitaux.

III – 3 – 3 – 2 – 12 Evolution des recettes moyennes rapportées aux hospitalisations :

Tableau LIV :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne Annuelle
Total recettes hospit. HOGGY	641460856	813641480	918333935	1417638489	947768690
Rec. Moy/Hospitalisations	142167,74	126597,40	130315,59	188490,69	146892,85
Variations	-	-15570,34	3718,19	58175,10	15440,98
Taux de variation	-	-10,95%	2,94%	44,64%	10,25%
Rec. Moy/ J. Hospitalisations	20637,03	21935,18	24803,08	34851,96	25556,81
Variations	-	1298,15	2867,9	10048,88	4738,31
Taux de variation	-	6,29%	13,07%	40,51%	19,96%

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Les recettes d'hospitalisation à l'HOGGY sont constituées par les frais de séjour, actes opératoires, actes anesthésiques, frais pharmaceutiques, location salle, location ambulance et le forfait accouchement. Les recettes moyennes rapportées aux admissions à l'HOGGY ont globalement progressé de +32,58% avec un taux de variation moyen égal à 10,25%. Ces recettes ont subi une régression en 2001 (-10,95%) avant d'augmenter légèrement en 2002 de +2,94% et fortement en 2003 (+44,64%). La moyenne annuelle du coût moyen total d'un séjour hospitalier s'équivaut à 146892,85 francs CFA. Par rapport aux journées d'hospitalisation, le coût moyen d'un jour d'hospitalisation a aussi connu une évolution progressive d'année en année. La progression globale est de +68,88% et le taux de variation moyen est de +19,96%. La progression est de +6,29% en 2001, +13,07% en 2002 et +40,51% en 2003.

III – 3 – 3 – 2 – 13 Evolution des dépenses rapportées aux hospitalisations :

Tableau LV :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Total des Dépenses	130105844 9	203402983 6	241109835 5	364658446 2	234819277 6
Nombre Hospitalisés	4512	6427	7047	7521	6376,75
Total Journées d'hospit.	31083	37093	37025	40676	36469,25
Dépenses /hospitalisations	288355,15	316482,00	342145,36	484853,67	357959,05
Variations	-	28126,85	25663,36	142708,31	65499,51
Taux de variation	-	9,75%	8,11%	41,71%	19,86%
Dépenses /J. d'hospitalisations	41857,56	54835,95	65120,82	89649,53	62865,96
Variations	-	12978,39	10284,87	24528,71	15930,66
Taux de variation	-	31,01%	18,76%	37,67%	29,15%

Le coût de production (dépenses de l'hôpital/hospitalisation) à l'Hôpital Général Grand Yoff n'a cessé d'augmenter d'année en année au cours de ces quatre années et ceci s'explique par les nouveaux défis dont les hôpitaux en pleines réformes font face (l'amélioration des conditions de travail des prestataires, leur motivation et la mise en place des structures adéquates pour la satisfaction des patients qui sont devenus maintenant des clients). Il a progressé globalement de +68,14% dont +9,75% entre 2000 et 2001, +8,11% entre 2001 et 2002 et +41,71% entre 2002 et 2003. La moyenne annuelle des dépenses par rapport aux hospitalisations est de 357959 francs CFA. Le taux de variation moyen est de +19,86%.

Pour une journée d'hospitalisation, les dépenses de l'HOGGY varient de 41857,56 francs à 89649,53 francs CFA entre 2000 et 2003, donc une progression de +114,18%. L'évolution est progressive d'année en année dont +31,01% entre 2000 et 2001, +18,76% entre 2001 et

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

2002 et +37,67% entre 2002 et 2003. La moyenne annuelle des dépenses de l'hôpital rapportées aux journées d'hospitalisation est 62865,96 francs CFA. Le taux de variation moyen est égal à +29,15%.

Remarque : Au niveau de l'HOGGY, les recettes d'hospitalisation ne sont pas séparées de celles de consultations et actes, ce qui rend difficile le calcul des recettes moyennes rapportées aux hospitalisations.

III – 3 – 3 – 2 – 14 Evolution du coût de l'activité de consultation (HOGGY) :

Tableau LVI :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne Annuelle
Salaire de personnel	524966361	1036052851	1226148297	1637099275	1106066696
Consultations externes	28632	30789	37764	41194	34594,75
Dépenses personnel/Cons.ext.	18334,95	33650,10	32468,71	39741,21	31972,10
Variations	-	15315,15	-1181,39	7272,5	7135,42
Taux de variation	-	83,53%	-3,51%	22,40%	34,14%

Les dépenses de personnel rapportées aux consultations externes ont évolué à l'Hôpital Général Grand Yoff en dent de scie. Le coût moyen unitaire de l'activité de consultation est estimé à 31972,10 francs CFA en moyenne annuelle. Il a évolué de 18334,95 francs CFA en 2000 à 39741,21 francs CFA. On note une très forte progression de +83,53% entre 2000 et 2001, ensuite les dépenses de personnel par rapport aux consultations ont régressé jusqu'à -3,51% entre 2001 et 2001 avant de remonter à +22,40% entre 2002 et 2003. L'évolution globale est de +116,75% et le taux de variation moyen est de +34,14%.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

III – 3 – 3 – 2 – 15 Synthèse des résultats à l'PHOGGY :

Tableau LVII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Evolution des Produits	-	29,21%	17,80%	30,15%	98,10%	-
Evolution des Charges	-	56,34%	18,54%	51,24%	180,28%	-
Taux de rentabilité	156,43%	129,28%	128,48%	110,57%	-29,32%	131,19%
Ratio Salaire /R.P.	50,71%	72,80%	70,92%	64,38%	26,96%	64,70%
Ratio R.P. /Dép. Fct°	79,57%	69,97%	71,71%	69,73%	-12,37%	72,74%
Charges de Pers. /Dép.Fct°	40,35%	50,94%	50,85%	44,89%	11,25%	46,76%
Part des RP/Rec.Tot.	50,87%	54,12%	55,81%	63,07%	23,98%	55,97%
Part de Subv./Rec.Tot.	49,13%	45,88%	44,19%	36,93%	-24,83%	44,03%
Ch. méd-pharm./Dép.Fct°	5,82%	8,68%	17,35%	14,91%	156,19%	11,69%
Charges caract. gén. et hôtelier /dép. fct°	21,33%	26,50%	27,30%	29,22%	36,99%	26,09%
Charges provisionnées et financ. /Dép. Fct°	32,50%	0,28%	4,19%	5,28%	-83,75%	10,56%
Charges Amortiss. /Dép.Fct°	0,00%	13,61%	0,32%	5,70%	-	4,91%
Nb. Habitants / Lits	12842	11710	13987	14364	11,85%	13225,7
Dép. personnel /Cons.ext.	18334,95	33650,10	32468,71	39741,21	116,75%	31048,7
Dép. /Hospitalisations	288355,15	316482,00	342145,36	484853,67	68,14%	357959
Dépenses /J.H	41857,56	54835,95	65120,82	89649,53	114,18%	62866
Recettes moy. /Hosp.	142167,74	126597,40	130315,59	188490,69	32,58%	146893
Recettes moy. /JH.	20637,03	21935,18	24803,08	34851,96	68,88%	25556,8
Nombre de lits	190	228	184	184	-3,16%	196
Consultations externes	28632	30789	37764	41194	43,87%	34594,7
Malades Hospitalisés	4512	6427	7047	7521	66,69%	6376,75
Journées d'Hospitalisations	31083	37093	37025	40676	30,86%	36469,2
T.O.M.L	44,82%	47,49%	55,13%	60,57%	35,14%	52,00%
D.M.S (jour)	7	6	5	5	-28,57%	5,75
I.R.L (fois/jour)	6,51%	8,23%	10,49%	11,20%	72,04%	9,11%
T.M.H.	-	6,19%	5,41%	6,12%	-1,13%	5,91%
Taux de Sortie (TS)	-	88,49%	62,58%	97,18%	9,82%	82,75%

III – 3 – 4 Analyse comparative de l'évolution résultats financiers et des activités de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar :

III – 3 – 4 – 1 Evolution des recettes d'exploitations dans les trois hôpitaux de Dakar

Tableau LVIII :

<i>LIBELLES</i>	<i>Evol. 99-00</i>	<i>Evol. 00-01</i>	<i>Evol. 01-02</i>	<i>Evol. 02-03</i>	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Taux de variation moyen (00-03)</i>
Recettes FANN	-	37,44%	30,80%	33,04%	139,17%	33,76%
Recettes HPD	-14,66%	31,91%	57,06%	-8,97%	88,59%	26,67%
Recettes HOGGY	-0,33%	29,21%	17,80%	30,15%	98,10%	25,72%

Les recettes d'exploitation dans les trois établissements hospitaliers ont sensiblement progressé d'année en année. Leurs taux de variation moyen sont de +25,72%, +26,67% et +33,76% respectivement pour l'HOGGY, l'HPD et le CHU Fann. La plus grande progression a été constatée au CHU Fann (+139,17%). Le CHU Fann a aussi le taux de variation moyen des recettes d'exploitation le plus élevé (+33,76%). Il est à signaler que bien que la loi sur la réforme hospitalière ait été votée en 1998, la mise en œuvre effective des réformes n'a vraiment débuté dans ces trois établissements hospitaliers qu'à partir de 2000. Seul l'HPD a connu une régression de ces recettes d'exploitation (-8,97%) en 2003 par rapport à celles de 2002.

III – 3 – 4 – 2 Evolution des Charges dans les hôpitaux

Tableau LIX :

<i>LIBELLES</i>	<i>Evol. 00-99</i>	<i>Evol. 01-00</i>	<i>Evol. 02-01</i>	<i>Evol. 03-02</i>	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Taux de variation moyen</i>
<i>Charges FANN</i>	-	64,28%	14,96%	22,81%	131,94%	34,02%
<i>Charges HPD</i>	-3,90%	8,26%	18,53%	20,52%	54,66%	15,77%
<i>Charges HOGGY</i>	-9,80%	56,34%	18,54%	51,24%	180,28%	42,04%

Les dépenses sanitaires de fonctionnement ont aussi connu une évolution progressive d'année en année dans les trois hôpitaux de la région de Dakar à partir de l'année 2000, ce qui paraît raisonnable, car les changements demandés et souhaités dans l'amélioration de la qualité de soins et services nécessitent d'énormes investissements de la part des établissements hospitaliers publics. Entre 2000 et 2003, les évolutions sont de +131,94% au CHU Fann, +54,66% à l'HPD et +180,28% à l'HOGGY avec respectivement des taux de variation moyens de +34,02%, +15,77%, et +42,04%. La plus grande progression des charges et du taux de variation moyen a été constatée à l'HOGGY.

III – 3 – 4 – 3 Evolution de la part des recettes totales dans les dépenses totales :

Tableau LX :

<i>LIBELLES</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Moyenne annuelle</i>
Taux de rentabilité FANN	93,72%	78,41%	89,22%	96,65%	89,5%
Taux de rentabilité HPD	89,75%	109,35%	144,90%	109,44%	113,36%
Taux de rentabilité HOGGY	156,43%	129,28%	128,48%	110,57%	131,19%
Médiane des TR	93,72%	109,35%	128,48%	109,44%	-

Au niveau du CHU de Fann, des déficits d'exploitation ont été constatés sur les quatre années avec une moyenne annuelle de -10,5%, alors que l'HPD, après un déficit constaté en 2000, a connu des excédents d'exploitation de 2001 à 2003 avec une moyenne annuelle de +13,36%. L'HOGGY n'a connu que des excédents d'exploitation durant les 4 années et la moyenne annuelle est de +31,19%. En se référant à la médiane, en 2000, 2001 et 2003, les taux de rentabilité de l'Hôpital Général Grand Yoff sont supérieurs à la médiane des 3 hôpitaux de Dakar. En 2002, c'est l'Hôpital Principal de Dakar qui a un taux de rentabilité supérieur à la médiane.

III – 3 – 4 – 4 Evolution des Ressources Propres dans les trois hôpitaux :

Tableau LXI :

<i>LIBELLES</i>	<i>Evol. 99-00</i>	<i>Evol. 00-01</i>	<i>Evol. 01-02</i>	<i>Evol. 02-03</i>	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Taux variation moyen</i>
Ressources propres du CHU FANN	-	81,52%	41,19%	38,17%	254,10%	53,63%
Ressources propres de l'HPD	-14,66%	25,22%	35,03%	-4,57%	61,35%	18,56%
Ressources propres de l'HOGGY	-14,62%	37,47%	21,48%	47,08%	145,63%	35,34%

Dans les trois établissements hospitaliers de la région de Dakar, les ressources propres issues des produits de la tarification et d'autres produits tels que la vente des médicaments IB, les produits de la pharmacie au niveau hospitalier, la location des salles au niveau du bloc opératoire, la location ambulance et les produits des cas sociaux, etc...ont dans l'ensemble progressé. La progression est de +254,10% pour le CHU de Fann, +61,35% pour l'HPD et de +145,63% pour l'HOGGY. Les taux de variation moyens sont de +53,63%, +18,56% et +35,34% respectivement au CHU Fann, l'HPD et l'HOGGY. Seul l'HPD a connu une régression de ces fonds propres entre 2002 et 2003 découlant surtout de la chute des recettes des activités annexes d'environ -23,93% (2130658967 FCFA en 2002 contre 1620676557

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

FCFA). Il est à signaler que les activités annexes au niveau de l'HPD a représenté 23,79% des ressources propres en 2002 et 18,96% en 2003 contre 1,16% en 2000 et 2,03% en 2001.

III – 3 – 4 – 5 Evolution des Subventions dans les trois hôpitaux

Tableau LXII :

<i>LIBELLES</i>	<i>Evol. 99-00</i>	<i>Evol. 00-01</i>	<i>Evol. 01-02</i>	<i>Evol. 02-03</i>	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Taux Variation moyen</i>
Subventions FANN	0,00%	15,86%	22,83%	28,51%	82,88%	22,4%
Subventions HPD	-	-	469,32%	-28,49%	-	-
Subventions HOGGY	20,55%	20,65%	13,46%	8,78%	48,90%	14,30%

La réforme hospitalière a permis à l'HPD de bénéficier de la dotation de subvention de l'Etat sénégalais à partir de 2001 au même titre que les autres hôpitaux public. L'HOGGY et le CHU de Fann ont bénéficié de la subvention chaque année avec des taux de variation moyen de +14,30% pour l'HOGGY et +22,40% pour le CHU Fann. L'évolution des subventions est progressive au CHU Fann comme à l'HOGGY, alors qu'au niveau de l'HPD, l'évolution est en dent de scie avec un pic en 2002 (+469,32%).

III – 3 – 4 – 6 Evolution de la Part des Ressources Propres dans les Recettes Totales:

Tableau LXIII :

<i>LIBELLES</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Moyenne annuelle</i>
Part des RP/Rec.T FANN	32,88%	43,42%	46,86%	48,67%	48,02%	42,96%
Part des RP/Rec.T HPD	100%	94,93%	81,61%	85,55%	-14,45%	90,52%
Part des RP/Rec.T HOGGY	50,87%	54,12%	55,81%	63,07%	23,98%	55,97%
Médiane (RP/RT)	50,87%	54,12%	55,81%	63,07%	-	-

Les ressources propres composées de la vente des produits de la tarification et d'autres produits accessoires constituent les chiffres d'affaires des établissements hospitaliers. La part des ressources propres dans les recettes totales d'exploitation traduit la viabilité financière des établissements hospitaliers. La part des ressources propres dans les recettes totales d'exploitation est très élevée à l'HPD (90,52% en moyenne annuelle). La moyenne annuelle au niveau des deux autres hôpitaux est de 55,97% pour l'HOGGY et 42,96% pour le CHU Fann. La part des fonds propres dans les recettes totales est en dessous de 50% au CHU de Fann durant des quatre années. Le CHU Fann dépend plus de dotation de subvention de l'Etat. La part des ressources propres dans les recettes totales à l'HOGGY représente la médiane pour les trois établissements hospitaliers de la région de Dakar. Nous pouvons dire

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

ici que l'HPD est le plus performant durant ces quatre années car les parts des ressources propres dans les recettes totales sont largement au-dessus de la médiane. Cela prouve que l'hôpital Principal de Dakar peut fonctionner avec ou sans la subvention de l'Etat, la subvention ne représente que 9,48% des recettes d'exploitation en fréquence annuelle, alors qu'elle est de 44,03% et 57,04% respectivement pour l'HOGGY et CHU Fann.

III – 3 – 4 – 7 Evolution de la masse salariale sur Fonds Propres dans les 3 hôpitaux :

Tableau LXIV :

<i>LIBELLES</i>	2000	2001	2002	2003	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Moyenne annuelle</i>
Ratio Sal/RP FANN	78,89%	97,62%	105,93%	86,19%	9,25%	92,16%
Ratio Sal/RP HPD	50,42%	45,68%	40,31%	48,82%	-3,17%	46,31%
Ratio Sal/RP HOGGY	50,71%	72,80%	70,92%	64,38%	26,96%	64,70%
<i>Médiane Sal/FP</i>	50,71%	72,80%	70,92%	64,38%	-	-

Au niveau du CHU Fann, les charges salariales de personnel (appointements, salaires et commissions, prime d'intéressement et les charges sociales) représentent en moyenne annuelle 92,16% des recettes issues des produits de la tarification avec même un dépassement de 5,93% en 2002. Autrement dit, cet hôpital pour faire face aux autres charges de fonctionnement aura besoin des subventions. Ces charges représentent à l'HOGGY moins de 2/3 des recettes propres (64,70%) alors qu'elles sont de 46,31% à l'HPD. Nous constatons que seul l'HPD a plus de marge de manœuvre pour faire face aux autres dépenses de fonctionnement. La médiane des ratios des trois hôpitaux se confond aux parts des salaires dans les ressources propres de l'HOGGY. Celles de l'HPD se situent au-dessous des médianes. Les hôpitaux qui auront leur ratio salaire/ressources propres inférieur à la médiane seront classés les meilleurs car plus ce ratio augmente, plus l'hôpital aura des difficultés à satisfaire les autres charges de fonctionnement qui sont toutes aussi importantes dans l'amélioration de la qualité des soins et dans l'autofinancement de l'hôpital. Ceci nécessite une meilleure gestion des ressources humaines au niveau des hôpitaux.

III – 3 – 4 – 8 Evolution des Salaires dans les dépenses de fonctionnement :

Tableau LXV :

<i>LIBELLES</i>	2000	2001	2002	2003	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Moyenne annuelle</i>
Part Sal/Dép.Fct. FANN	24,31%	33,23%	44,29%	40,54%	66,76%	35,59%
Part Sal/Dép.Fct. HPD	45,25%	47,42%	47,67%	45,71%	1,02%	46,51%
Part Sal/Dép.Fct. HOGGY	40,35%	50,94%	50,85%	44,89%	11,25%	46,76%
<i>Médiane (Sal/Dép.F)</i>	40,35%	47,42%	47,67%	44,89%	-	-

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Les parts de salaire de personnel dans les dépenses de fonctionnement au niveau des trois hôpitaux ont connu une augmentation les trois premières années avant de subir une régression en 2003. Mais globalement on note une progression de +66,76% au CHU Fann, +1,02% à l'HPD et +11,25% à l'HOGGY entre 2000 et 2003, ce qui est une bonne chose car les hôpitaux doivent faire face non seulement au recrutement de personnel qualifié, mais aussi à la motivation de ces personnels de santé. Les moyennes annuelles des parts de salaire sur les dépenses de fonctionnement sont de 35,59%, 46,51% et 46,76% respectivement pour CHU Fann, HPD et HOGGY, ce qui prouve que la masse salaire occupe une place importante dans les dépenses de fonctionnement des trois hôpitaux. La part de salaire dans les dépenses de fonctionnement est supérieure à la médiane à l'HPD en 2000 et 2003, alors qu'en 2001 et 2002, elle l'est au niveau de l'HOGGY.

III – 3 – 4 – 9 Evolution des Charges à caractère général et hôtelier dans les dépenses de fonctionnement :

Tableau LXVI :

<i>LIBELLES</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Evol. 00-03</i>	<i>Moyenne annuelle</i>
Part Ch.alim./Dép.Fct. FANN	38,12%	23,17%	16,80%	16,36%	-57,08%	23,61%
Part Ch.alim./Dép.Fct. HPD	10,55%	7,21%	7,98%	8,21%	-22,18%	8,49%
Part Ch.alim./Dép.Fct. HOGGY	21,33%	26,50%	27,30%	29,22%	36,99%	26,09%
<i>Médiane</i>	21,33%	23,17%	16,80%	16,36%	-	-

Le CHU Fann et l'HPD ont connu une diminution de leurs charges alimentaires à caractère général et hôtelier durant les 4 ans respectivement de -57,08% et -22,18%. L'HOGGY par contre a connu une progression de ces charges (+36,99%). L'HOGGY et le CHU Fann consacrent en moyenne annuelle environ le ¼ des dépenses de fonctionnement aux charges à caractère général et hôtelier (Impôts et taxes, eau, électricité, postes et télécommunications, alimentation, entretien mobilier, entretien véhicule et motos, entretien bâtiments, carburant et lubrifiant, habillement personnel, prestation de services vacataires, etc...) alors que l'HPD en utilise moins de 1/10^{ème} pour ces charges. La part des charges à caractère générale et hôtelier représente au niveau de l'HOGGY, une moyenne annuelle de 26,09% contre 23,61% au CHU Fann et 8,49% à l'HPD.

III – 3 – 4 – 10 Evolution des charges des produits médico-pharmaceutiques dans les dépenses de fonctionnement dans les 3 hôpitaux de Dakar

Tableau LXVII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moy. / an
Médico-pharm/Dép.Fct. Fann	14,38%	11,51%	10,88%	7,62%	-47,01%	11,10%
Médico-pharm/Dép.Fct. HPD	35,70%	32,76%	31,93%	29,56%	-17,20%	32,49%
Médico-pharm/Dép.Fct. HOGGY	5,82%	8,68%	17,35%	14,91%	156,19%	11,69%
Médiane	14,38%	11,51%	17,35%	14,91%	-	-

Les charges médico-pharmaceutiques sont constituées des produits médico-pharmaceutiques, de petits matériels hospitaliers, des gaz médicaux et les fournitures médicales. L'HPD consacre en moyenne annuelle environ le tiers des dépenses de fonctionnement (32,49%) à l'achat de ces produits alors que l'HOGGY et le CHU Fann en consacrent seulement un peu plus le dixième (11,69% et 11,10%). Un effort est fait au niveau de l'HOGGY qui augmente sa part à +156,19% en 2003 par rapport à 2000 bien qu'une diminution (-14,06%) ait été constatée en 2003 par rapport en 2002. L'HPD et le CHU Fann sont en régression respectivement de -17,20% et -47,01% entre 2000 et 2003. Les parts de l'HPD sont au-dessus de la médiane des trois hôpitaux. Nous pensons que vu la nécessité de ces produits médico-pharmaceutiques dans la prise en charge correcte des malades, les hôpitaux qui consacrent une proportion supérieure à la médiane seront considérés comme meilleurs, car cela rentre dans l'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé, donc dans l'amélioration de la qualité des soins en vue de la satisfaction des usagers.

III – 3 – 4 – 11 Evolution de la Part des Charges Provisionnées et financières dans les dépenses de fonctionnement

Tableau LXVIII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moy. / an
Part Prov. &Fin /Dép.Fct. FANN	3,27%	18,08%	14,24%	23,31%	612,84%	14,72%
Part Prov. &Fin /Dép.Fct. HPD	0,00%	6,48%	6,96%	11,77%	81,63%*	6,30%
Part Prov. &Fin /Dép.Fct. HOGGY	32,50%	0,28%	4,19%	5,28%	-83,75%	10,56%
Médiane des 3 hôpitaux	3,27%	6,48%	6,96%	11,77%		

(* : Evolution de 2003 par rapport à 2001).

Les provisions et charges financières sont composées des intérêts bancaires, les jetons de présences, les œuvres sociales et les charges de provisions d'exploitation. La part des charges provisionnées et financières dans les dépenses de fonctionnement a connu un accroissement successif entre 2000 et 2003 au CHU Fann avec une progression globale de +612,84%. Elle est de +81,63% pour l'HPD à la période comprise entre 2001 et 2003, aucune charge

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

provisionnées et financières n'étant engagées en 2000. L'HOGGY, Par contre, a connu une régression nette de -83,75% entre 2000 et 2003. Les moyennes annuelles des charges provisionnées et financières par rapport aux charges de fonctionnement sont de 6,30% pour l'HPD, 10,56% pour l'HOGGY et 14,72% pour le CHU Fann.

III – 3 – 4 – 12 Evolution de la Part des Amortissements dans les dépenses de fonctionnement :

Tableau LXIX :

<i>LIBELLES</i>	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Part Amort./Dép.Fct. FANN	19,93%	14,00%	13,79%	12,16%	-38,99%	14,97%
Part Amort./Dép.Fct. HPD	8,49%	6,12%	5,47%	4,75%	-44,05%	6,21%
Part Amort./Dép.Fct. HOGGY	0,00%	13,61%	0,32%	5,70%	-58,12%*	4,91%
<i>Médiane</i>	8,49%	13,61%	5,47%	5,70%	-	-

Les dotations aux amortissements constituent des réserves pour l'investissement et non pas des décaissements. Les parts de dotation aux amortissements dans les dépenses sanitaires de fonctionnement n'ont fait que régressé. Les régressions sont de -38,99% pour Fann, -44,05% pour l'HPD et -58,12% pour l'HOGGY, l'HOGGY qui n'a pas pu engagé des charges aux amortissements en 2000. Les moyennes annuelles sont de 4,91% pour l'HOGGY, 6,21% pour l'HPD et 14,97% pour le CHU Fann.

III – 3 – 4 – 13 Evolution des Taux d'Occupation Moyens des Lits dans les trois hôpitaux

Tableau LXX :

<i>LIBELLES</i>	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
T.O.M.L.Fann	70,69%	60,53%	58,25%	53,15%	-24,81%	60,65%
T.O.M.L.HPD	84,81%	97,91%	91,71%	90,55%	6,77%	91,24%
T.O.M.L.HOGGY	44,82%	47,49%	55,13%	60,57%	35,14%	52,00%
<i>Moyenne des T.O.M.L.</i>	66,77%	68,64%	68,36%	68,09%	-	-

Le taux d'occupation des lits est plus élevé à l'HPD (91,24% en moyenne annuelle) qu'au CHU Fann et à l'HOGGY (respectivement 60,65% et 52%). Les meilleurs hôpitaux étant ceux qui ont leur T.O.M.L supérieur à la moyenne des trois hôpitaux, nous pouvons dire ici qu'en 2000, les meilleurs hôpitaux sont l'HPD et Fann et de 2001 à 2003, l'HPD est le seul hôpital le plus performant par rapport aux taux d'occupation des lits. Il est à signaler aussi que le plus souvent la faiblesse des T.O.M.L est liée à la surestimation du nombre des lits et/ou la sous notification des journées d'hospitalisations

III – 3 – 4 – 14 Evolution des Durées Moyennes de Séjour dans les trois hôpitaux

Tableau LXXI :

<i>LIBELLES</i>	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
D.M.S Fann	18,6	15,96	13,88	11,75	-36,83%	15,05
D.M.S.HPD	6,94	6,68	6,94	6,71	-3,31%	6,82
D.M.S.HOGGY	6,89	5,77	5,25	5,41	-21,48%	5,83
<i>Médiane des DMS</i>	6,94	6,68	6,94	6,71	-	-

Le CHU Fann présente la durée moyenne de séjour (DMS) la plus élevée avec une moyenne annuelle de 15 jours alors l'HPD et l'HOGGY sont respectivement à 7 jours et 6 jours. Il est à signaler que la DMS dépend aussi de la chronicité de certaines pathologies et qu'au CHU Fann, plusieurs services s'occupent plus des maladies chroniques (Neuro-psychiatrie, Pneumo-phtisiologie et les Maladies Infectieuses). Les durées moyennes de séjour de l'HPD se confondent avec la médiane des trois hôpitaux. Par rapport à la médiane des DMS, les hôpitaux qui ont des durées moyennes de séjour en dessous de la médiane sont considérés les plus meilleurs (DMS courte évite le risque des infections nosocomiales et diminue les dépenses pour les patients). L'HOGGY est considéré ici comme le plus performant par rapport à la DMS durant les quatre années.

III – 3 – 4 – 15 Evolution des Indices de Rotation des Lits (fois/jour) dans les trois hôpitaux

Tableau LXXII :

<i>LIBELLES</i>	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
I.R.L. Fann	3,80%	3,79%	4,20%	3,59%	-5,53%	4,08%
I.R.L.HPD	12,23%	14,65%	13,21%	13,50%	10,38%	13,40%
I.R.L.HOGGY	6,51%	8,23%	10,49%	11,20%	72,04%	9,11%
<i>Moyenne des IRL</i>	7,51%	8,89%	9,30%	9,43%	-	-

Le nombre moyen des patients par lits et par jour est plus élevé à l'HPD avec une moyenne annuelle de 13,40% contre 9,11% et 4,08% respectivement pour l'HOGGY et CHU Fann. Dans les deux premières années, seul l'HPD a des IRL supérieurs à la moyenne et de 2002 à 2003, l'HPD et l'HOGGY ont des IRL supérieurs à la moyenne des trois hôpitaux.

III – 3 – 4 – 16 Evolution des taux de mortalité hospitalière dans les 3 hôpitaux

Tableau LXXIII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenn e annuelle
Tx de mortalité hosp.FANN	22,68%	22,64 %	23,40 %	10,11 %	-55,42%	19,71%
Tx de mortalité hosp.HPD	3,86%	3,99%	4,40%	3,62%	-6,22%	3,97%
Tx de mortalité hosp.HOGGY	-	6,19%	5,41%	6,12%	-1,13%*	5,91%
Médiane des 3 hôpitaux	13,27 %	6,19%	5,41%	6,12%	-	-

(* Evolution 01-03)

Les taux de mortalité hospitalière sont plus élevés au CHU Fann avec une moyenne annuelle de 19,71%. Elle est de 5,91% à l'HOGGY et 3,97% à l'HPD. Au niveau de l'HPD, les taux sont inférieurs à la médiane, ce qui lui confère par rapport au taux de mortalité hospitalière, l'hôpital le plus performant. Un fait aussi important à signaler est qu'au niveau des trois hôpitaux, on constate une régression des taux de mortalité hospitalière.

III – 3 – 4 – 17 Evolution du nombre d'habitants par lits dans les trois hôpitaux de Dakar

Tableau LXXIV :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03	Moy. / an
Population de Dakar	2440032	2505913	2573573	2643059	-	-	-
Nb.Habitants/Lits HPD	4373	5581	5523	6062	9,76%	38,62%	5385
Nb.Habitants/Lits HOGGY	12842	11710	13987	14364	2,69%	11,85%	13226
Nb.Habitants/Lits Fann	10252	9247	10679	10530	-1,39%	2,71%	10177
Médiane	10252	9247	10679	10530	-	-	-

(Taux d'accroissement de la population : 2,7%)

Le nombre d'habitants par lit à l'HOGGY représente environ 2,5 fois celui de l'HPD et 1,3 fois celui du CHU Fann. Pour les trois hôpitaux, la médiane est constituée par le nombre d'habitants par lit du CHU Fann. L'évolution du nombre d'habitants par lit est progressive d'année en année à l'HPD et au CHU Fann, alors qu'il évolue en dent de scie à l'HOGGY (-24,09% en 2001, +37,23% en 2002 et -1,39%). Globalement, l'évolution du nombre d'habitants par lit est progressive dans les trois hôpitaux entre 2000 et 2003.

III – 3 – 4 – 18 Evolution du coût de l'activité de consultations dans les trois établissements hospitaliers de la région de Dakar

Tableau LXXV :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Dép.Pers./Consult. externes HPD	34312,43	34707,01	42265,22	46999,15	39570,95
Dép.Pers./Consult. Externes Fann	2834,18	7183,50	10734,05	10675,09	7856,70
Dép.Pers./Consult. Ext. HOGGY	18334,95	33650,10	32468,71	39741,21	31048,74
Médiane	18334,95	33650,10	32468,71	39741,21	-

(Dép. Pers. : Personnel de personnel)

Les dépenses de personnels par rapport aux consultations représentent ce que coûte une consultation externe en ce qui concerne les dépenses en personnel. Le coût unitaire de l'activité de consultations dans les dépenses de personnel est très élevé à l'HPD avec une moyenne annuelle de 39570,95 francs CFA par consultation. Ce coût unitaire est de 31048,74 francs CFA par consultation pour l'HOGGY et seulement 7856,70 francs CFA par consultation pour le CHU Fann. Les coûts unitaires de l'HOGGY se confondent avec la médiane des trois hôpitaux et ceux de l'HPD sont au-dessus de la médiane. On constate aussi que les coûts par activité de consultations sont en progression dans les trois hôpitaux. Les hôpitaux qui ont des coûts unitaires de l'activité de consultations externes seront considérés comme efficaces (produire au moindre coût) et par conséquent plus performants.

III – 3 – 4 – 19 Evolution des dépenses de l'hôpital rapportées aux hospitalisations dans trois hôpitaux de Dakar :

Tableau LXXVI :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Dép. Hôp. / hospit. HOGGY	288355,15	316482,00	342145,36	484853,67	68,14%	357959,04
Dép. Hôp. / Hospit. Fann	225455,95	325693,91	380806,49	416471,05	84,72%	337106,85
Dép. Hôp. / hospit. HPD	237005,07	266176,57	352290,20	424863,62	79,26%	320083,86
Médiane	237005,07	316482,00	352290,20	424863,62	-	-

Le coût de production que nous assimilons aux dépenses de l'hôpital rapportées aux hospitalisations à défaut de la comptabilité analytique dans ces hôpitaux est plus élevé à l'HOGGY (357959 francs CFA par hospitalisation en moyenne annuelle), suivi respectivement par CHU Fann (337107 francs) et l'HPD (320084 francs). Les dépenses des trois établissements hospitaliers de Dakar par rapport aux hospitalisations se sont vues augmentées chaque année à cause des contraintes et exigences des réformes (mise en place du processus d'amélioration de la qualité des soins et services) qui sont très coûteuses. La progression globale est de +84,72% au CHU Fann, +79,26% à l'HPD et +68,14% à

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

l'HOGGY. Les valeurs les plus basses montrent qu'il y a eu moins de coûts et une efficacité meilleure. Ainsi, les hôpitaux qui ont des coûts de production inférieurs à la médiane seront considérés comme meilleurs.

III – 3 – 4 – 20 Evolution des dépenses des trois hôpitaux par journées d'hospitalisation

Tableau LXXVII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Dépenses rapportées aux J.H. HOGGY	41857,56	54835,95	65120,82	89649,53	114,18%	62865,96
Dépenses rapportées aux J.H. Fann	12121,33	20408,86	27437,75	35455,63	192,51%	23855,89
Dépenses rapportées aux J.H. HPD	34169,74	39818,58	50728,66	63344,62	85,38%	47015,4
Médiane	34169,74	39818,58	50728,66	63344,62	-	-

Pour une journée d'hospitalisation, les dépenses de l'hôpital au niveau de l'HOGGY sont en moyenne annuelle de 62865,96 francs CFA, 47015,40 francs pour l'HPD et 23855,89 francs CFA pour CHU Fann. On constate que par journée d'hospitalisation, l'HPD dépense plus que le CHU Fann alors que par rapport aux hospitalisations, le coût est plus élevé au CHU Fann que dans l'HPD. L'évolution des coûts par journée d'hospitalisation est en progression chaque année.

III – 3 – 4 – 21 Evolution des recettes moyennes rapportées aux hospitalisations dans les trois hôpitaux de Dakar

Tableau LXXVIII:

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Recettes moy. / Hospit. HPD	135701,76	177919,71	210197,41	208450,65	183067,38
Recettes moy. / hospit. Fann	21874,02	35036,61	50836,35	52054,38	39950,34
Rec. Moy. / Hospit. HOGGY	142167,74	126597,40	130315,59	188490,69	146892,85
Médiane	135701,76	126597,40	130315,59	188490,69	-

Les recettes moyennes par hospitalisation qui traduit l'accessibilité économique pour les patients c'est-à-dire le coût moyen total d'un séjour hospitalier sont très élevées à l'HPD et à l'HOGGY qu'au CHU Fann (soit respectivement environ 4,6 fois et 3,7 fois le coût du CHU Fann en moyenne annuelle). Les moyennes annuelles à l'HPD, HOGGY et Fann sont respectivement de 183067,38 francs, 146892,85 francs et 39950,34 francs par hospitalisation. L'évolution est progressive d'année en année dans le CHU Fann, régressive de -10,95% en 2001 dans l'HOGGY et légèrement de -0,83% en 2003 à l'HPD. Elle est progressive le reste

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

des années dans ces deux derniers hôpitaux. De part ces résultats, nous pouvons dire que le CHU Fann est plus accessible économiquement à la population que l'HPD et L'HOGGY.

Il est à signaler que les tarifs sont fixés selon les différents types de clientèle à l'HPD comme à l'HOGGY, ce qui pose le problème d'équité et les tarifs sont très élevés par rapport à ceux du CHU Fann. Seul le CHU Fann est en dessous de la médiane durant les quatre années.

III – 3 – 4 – 22 Evolution des recettes moyennes rapportées aux journées d'hospitalisations dans les trois hôpitaux de Dakar

Tableau LXXIX :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Recettes moy. /J.H. à l'HPD	19564,54	26615,83	30267,75	31078,74	26881,71
Recettes moy. /J.H au CHU Fann	1176,03	2195,49	3662,84	4431,57	2866,48
Rec. Moy/ J.Hospitalisations HOGGY	20637,03	21935,18	24803,08	34851,96	25556,81
Médiane	19564,54	21935,18	24803,08	31078,74	-

Les recettes moyennes rapportées aux journées d'hospitalisation à l'HPD et à l'HOGGY font respectivement environ 9,4 fois et 8,9 fois celles du CHU Fann en moyenne annuelle (26881,71 francs pour HPD, 25556,81 francs et 1058,46 francs CFA pour CHU Fann). Les coûts des soins sont très élevés à l'HPD et à l'HOGGY par rapport au CHU Fann. L'évolution a été progressive d'année en année dans les trois hôpitaux. L'équité est loin même d'être respectée à l'HPD et à l'HOGGY avec les différents tarifs qui s'y trouvent selon le type des clients. C'est ainsi qu'on y trouve, des fonctionnaires à tarif préférentiel (FTP), des fonctionnaires à tarif général (FTG) et des particuliers à leur frais (P.A.L.F). Seul le CHU Fann présente des coûts moyens par jour d'hospitalisation qui se situent en dessous de la médiane.

III – 3 – 4 – 23 Evolution de la part des ressources propres sur les dépenses de fonctionnement

Tableau LXXX :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Moyenne annuelle
Part des ressources propres / Dép.Fct. HOGGY	79,57%	69,97%	71,71%	69,73%	-12,37%	72,75%
Part des ressources propres/Dép.Fct. Fann	30,81%	34,05%	41,81%	47,04%	52,68%	38,43%
Part des ressources propres/Dép.Fct. HPD	89,75%	103,80%	118,25%	93,63%	4,32%	101,36%
Médiane	79,57%	69,97%	71,71%	69,73%	-	-

La part relative des ressources propres sur les dépenses de fonctionnement représente d'une manière générale la capacité d'autofinancement d'un hôpital, car lorsque ce ratio est supérieur

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

ou égal à 1, signifie que les recettes propres de l'hôpital issues des produits de la tarification et autres produits, suffisent à couvrir les différents postes de charges et que le surplus peut servir à financer d'autres projets rentrant dans l'amélioration de la qualité des soins et services. Nous constatons à travers ce tableau que les recettes propres n'arrivent même pas à couvrir les charges de fonctionnement, sauf à l'HPD où on note une légère dépassement en 2001 et 2002 (respectivement 103,80% et 118,25%). Il apparaît également que le CHU Fann est très dépendant des subventions car les ressources propres ne représentent qu'environ les 2/5^{ème} des dépenses de fonctionnement (38,43%) en moyenne annuelle. A l'HOGGY, la part des recettes propres dans les dépenses de fonctionnement représente en moyenne annuelle 72,75% tandis qu'elle est de 101,36% à l'HPD, lui conférant ainsi une capacité d'autofinancement.

III – 3 – 4 – 24 Evolution des ressources propres par rapport aux dépenses de fonctionnement hors masse salariale des fonctionnaires

Tableau LXXXI :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Part des RP/Dép.Fct. Hors Salaire HOGGY	133,39%	142,61%	145,91%	126,54%	137,11%
Part des RP/Dép.Fct. Hors salaire Fann	40,71%	50,99%	75,06%	79,12%	61,47%
Part des RP/Dép.Fct. Hors salaire HPD	163,93%	197,42%	225,96%	172,46%	189,94%
Médiane	133,39%	142,61%	145,91%	126,54%	-

La part des recettes propres dans les dépenses de fonctionnement hors salaire nous permet de voir si l'hôpital est capable d'assurer les autres charges récurrentes en dehors des salaires ; la masse salariale qui la plus part du temps consomme une grande partie des recettes propres des établissements hospitaliers. Ce tableau nous montre que le CHU Fann n'arrive même pas à couvrir les dépenses hors salaire, car les ressources propres ne représentent que 61,47% en moyenne annuelle des dépenses de fonctionnement, confirmant sa dépendance à la subvention de l'Etat sans laquelle, l'hôpital ne peut pas fonctionner. Pour l'HOGGY et l'HPD, les ressources propres couvrent les charges hors salaire avec un excédent en moyenne annuelle de 37,11% pour l'HOGGY et 89,94% pour l'HPD, ce qui confère à ces deux hôpitaux leur capacité d'autofinancement hors salaire de personnel.

III – 3 – 4 – 25 Evolution des subventions dans les dépenses de fonctionnement hors salaire

Tableau LXXXII :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Moyenne annuelle
Part Subv./Dép.Fct. Hors Salaire HOGGY	128,85%	120,89%	115,52%	74,10%	109,84%
Part Subv./Dép.Fct. Hors Salaire Fann	83,11%	66,45%	85,10%	83,43%	79,52%
Part Subv./Dép.Fct. Hors Salaire HPD	0,00%	10,55%	50,91%	29,12%	22,65%

Le calcul de la part des subventions dans les dépenses de fonctionnement nous paraît important car cet indicateur nous permet de mesurer les contraintes financières en renforcement du taux de rentabilité, étant donné qu'un excédent faible ou un déficit ne fait qu'accroître la contrainte financière de l'hôpital ; contrainte qui devient plus forte lorsque la subvention d'exploitation par l'Etat est peu élevée.

Le tableau ci-dessus nous montre combien de fois l'HOGGY et le CHU Fann ont besoin des subventions pour faire face à des postes de charges en dehors des salaires des fonctionnaires. Les subventions à l'HPD ne représentent que 22,65% en moyenne annuelle des dépenses de fonctionnement hors salaire de personnel alors qu'elles sont de 109,84% et 79,52% respectivement à l'HOGGY et au CHU Fann.

III – 3 – 4 – 26 Evolution des recettes des consultations & actes et des hospitalisations dans les recettes totales

Tableau LXXXIII :

LIBELLES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Fré q/an
Rec. consul. + actes HPD	1855840320	35,04	2226526975	33,57	2306349140	25,75	2447233577	28,6	30,0
Rec consul. + actes Fann	151064320	67,28	257226820	65,65	360771610	65,15	507356730	69,8	67,3
Rec.consul. & actes HOGGY	393783479	38,04	585700389	41,15	730466968	42,25	1125254804	44,2	42,1
Recettes Hospit. HPD	3379245307	63,80	4270962639	64,39	4518824024	50,46	4478353714	52,4	56,2
Recettes Hospital. Fann	72228010	32,17	131562456	33,58	187687815	33,89	215817458	29,7	32,0
Recettes Hospit. HOGGY	641460856	61,96	813641480	57,17	918333935	53,12	1417638489	55,7	56,3
Recettes propres HPD	5296699116	-	6632456343	-	8955832131	-	8546263848	-	-
Recettes propres Fann	224541720	-	391818316	-	553752011	-	727269084	-	-
Recettes propres HOGGY	1035244335	-	1423166188	-	1728919734	-	2542893293	-	-

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Au CHU Fann, plus de 2/3 des recettes propres (67,27% en moyenne annuelle) proviennent des recettes des consultations et actes, alors qu'elles représentent 30,02% à l'HPD (soit le 3/10^{ème} des recettes propres) et 42,13% à l'HOGGY (environ 2/5^{ème} des recettes propres). Nous constatons que c'est l'hospitalisation qui génère plus des ressources à l'HPD et l'HOGGY (respectivement 56,56% et 56,33%) alors qu'au CHU Fann, c'est plutôt les consultations et actes. L'hospitalisation fournit à cet effet plus de la moitié des recettes d'exploitation (56,56%), alors qu'au CHU Fann, elle ne fournit que 32% des recettes propres. Il est à noter aussi que les recettes issues des consultations et actes et celles des hospitalisations ont connu une évolution progressive d'année en année dans les trois hôpitaux.

III – 3 – 4 – 27 Evolution des recettes issues des services d'aide au diagnostic par rapport aux recettes propres dans les trois hôpitaux de Dakar

Tableau LXXXIV :

LIBELLES	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	Moyenne annuelle	%
HOGGY										
Laboratoire	69955372	6,8	92719084	6,5	121630338	7,0	256096397	10,1	135100298	8,0
Imagerie médicale	109223400	10,5	204681295	14,4	257357465	14,9	276986279	10,9	212062110	12,6
Scanner	-	-	-	-	-	-	62264250*	2,4	15566062,5	0,9
Rec.tot. HOGGY	1035244335	17,3	1423166188	20,9	1728919734	21,9	2542893293	23,4	1682555888	21,6
CHU FANN										
Laboratoire	23299500	10,4	48530100	12,4	82021700	14,8	91851780	12,6	61425770	12,0
Imagerie médicale	42710900	19,0	73022500	18,6	125136500	22,6	122802300	16,9	90918050	17,8
Scanner	44444000	19,8	66367500	16,9	25815500	4,7	173266500	23,8	77473375	16,3
Rec.tot. FANN	229381920	48,2	416369941	45,3	587852777	39,6	812251001	47,8	511463910	44,9
HPD										
Laboratoire	372675011	7,0	442774829	6,7	489087202	5,5	549875185	6,4	463603057	6,3
Imagerie Médicale	629092993	11,9	701500653	10,5	726130773	10,5	775155652	9,1	707970018	9,6
Scanner	193212920	3,6	253778720	3,8	266349720	3,8	218312000	2,5	232913340	3,2
Rec.tot. HPD	5296699116	22,6	6632456343	21,1	8955832131	16,5	8546263848	18,1	6853332289	19,1

(* scanner fonctionnel seulement à partir de Mars 2003)

Les services d'aide au diagnostic tels que services d'imagerie médicale et de laboratoire occupent une place importante dans les recettes générées par les activités de l'hôpital. Au CHU Fann, les recettes de ces services représentent en moyenne annuelle, 44,93% des recettes propres contre 21,56% à l'HOGGY et 19,09% à l'HPD.

L'achat des équipements sophistiqués tel que le scanner qui non seulement donne une confirmation plus précise des diagnostics, mais paraît plus rentable pour les trois hôpitaux, rentabilité correspondant ici au bénéfice c'est-à-dire l'écart entre recettes générées par le scanner et les charges d'amortissements). Le prix du scanner est de 396 887 000 francs CFA et le taux d'amortissement de 7% par année pour une durée d'utilisation de 15 ans. Au CHU Fann par exemple, les charges d'amortissement de 2000 à 2003 est de 1 11 128 360 francs

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

CFA et les recettes générées est de 309 893 500 francs CFA soit un bénéfice de 198 765 140 francs CFA, ce qui correspond à un excédent de +178,86%.

Bien que contribuant pour une part assez importante dans la génération des ressources propres, ces hôpitaux sont confrontés à des problèmes de maintenance de ces appareils dont les réparations et les pièces de rechange coûtent énormément chères.

L'imagerie médicale (radiologie +scanner) contribue largement aux recettes propres à raison de 34,11% au CHU Fann, 13,53% à l'HOGGY et 12,79% à l'HPD.

Le laboratoire y contribue avec 12,01% au CHU Fann, 8,03% à l'HOGGY et 6,30% à l'HPD.

III – 3 – 4 – 28 Evolution des taux de variation des recettes des services d'aide au diagnostic dans les trois hôpitaux de Dakar

Tableau LXXXV:

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 00-03	Taux variation moyen
tx var. Laboratoires Fann	-	108,29%	69,01%	11,98%	294,22%	63,09%
tx var. Laboratoires HPD	-	18,81%	10,46%	12,43%	47,55%	13,90%
tx var. Laboratoires HOGGY	-	32,54%	31,18%	110,55%	266,09%	58,09%
tx var. I.M. Fann	-	70,97%	71,37%	-1,87%	187,52%	46,82%
tx var. I.M HPD	-	11,51%	3,51%	6,75%	23,22%	7,26%
tx var. I.M HOGGY	-	87,40%	25,74%	7,63%	153,60%	40,25%
tx var. Scanner Fann	-	49,33%	-61,10%	571,17%	289,85%	186,47%
tx var. Scanner HPD	-	31,35%	4,95%	-18,04%	12,99%	6,09%
tx var. Scanner HOGGY	-	-	-	-	-	-

(I.M : Imagerie Médicale)

Au niveau du laboratoire, l'évolution est progressive dans les trois hôpitaux. La progression globale est de +294,22% au niveau du CHU Fann, +266,09% pour l'HOGGY et +47,55% pour l'HPD. Les taux de variation moyens sont de +13,90%, +58,09% et +63,09% respectivement pour l'HPD, l'HOGGY et CHU Fann.

Au niveau radiologique, malgré la régression des recettes constatée au niveau du CHU Fann en 2003 (-1,87% par rapport à 2002), on note une progression globale dans les trois hôpitaux de la région de Dakar (+187,52% à Fann, +153,60% à l'HOGGY et +23,22% à l'HPD. Les taux de variation moyens sont de +7,26% pour l'HPD, +40,25% pour l'HOGGY et +46,82% pour le CHU Fann.

La progression des recettes issues de la mise en service du scanner au CHU Fann est très sensible avec +289,85% de progression globale et un fort taux de variation moyen de +186,47%, alors qu'à l'HPD, la progression globale est de +12,99% avec un taux de variation de +6,09%.

III – 3 – 4 – 29 Analyse du bilan financier des projets d'établissement de l'HPD et HOGGY :

Le projet d'établissement détermine les moyens matériels et financiers dont les établissements hospitaliers doivent disposer pour réaliser leurs objectifs. C'est ainsi que les trois hôpitaux de notre étude ont élaboré des projets d'établissement quinquennal (HPD et HOGGY : 2002-2006 ; CHU Fann : 2004-2008). Nous avons essayé d'analyser le taux de réalisation des prévisions financières de l'HPD et d'HOGGY dont les prévisions sont disponibles dans leurs projets d'établissement en vue d'apprécier l'atteinte des objectifs fixés. Nous désignons par excédent de réalisation lorsque le taux de réalisation (réalisé/prévu) est supérieur à 100% (taux de variation supérieur à 0%) et un déficit de réalisation lorsque le taux de variation est inférieur à 0%.

Les objectifs fixés au niveau des recettes propres sont atteints dans les deux hôpitaux avec des taux de réalisation supérieurs aux prévisions. C'est ainsi qu'au niveau de l'HPD, on enregistre un excédent de réalisation année par année, +11,29% en 2000, +61,56% en 2001, +3,98% en 2002 et +23,52% en 2003, et à l'HOGGY, il est de +0,68% en 2002 et +19,42% en 2003.

Les prévisions pour les dépenses de personnel (salaire) sont dépassées dans les deux hôpitaux. A l'HPD, l'excédent de réalisation est de +55,73% en 2000, +5,90% en 2001, +7,22% en 2002 et +7,48% en 2003.

A l'HOGGY, l'excédent de réalisation est de +8,97% en 2002 et +26,52% en 2003.

Au niveau des autres charges de fonctionnement (hors salaire), l'HPD a enregistré un déficit de réalisation en 2000 (-12,34%) et en 2002 (-19,70%) et un excédent de réalisation en 2001 (+20,37%) et en 2003 (+16,24%). Quant à l'HOGGY, il a connu un déficit en 2002 de -25,72% et un excédent de réalisation en 2003 de +18,10%.

Au niveau des dépenses de fonctionnement en général (y compris le salaire), l'HOGGY a connu un déficit de réalisation en 2002 (-11,37%) et un excédent de réalisation en 2003 (+21,74%), alors qu'au niveau de l'HPD, le déficit de réalisation est constaté en 2002 (-8,79%) et l'excédent en 2000 (+9,27%), en 2001 (+13,05%) et en 2003 (+12,07%).

(Voir tableau 86 en annexe)

N.B. : l'HOGGY n'a pas fait des prévisions pour 2000 et 2001.

III – 3 – 5 Classement des établissements hospitaliers :

III – 3 – 5 – 1 Classement des trois hôpitaux selon certains critères quantitatifs de performance:

Tableau LXXXVI :

N°	Dimensions performance	Indicateurs	CHU FANN				HOGGY				HPD			
			2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
1	Efficiences productive	D.M.S	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	1	1
2		T.O.M.L.	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
3		I.R.L.	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2
4		Dép. Pers. / Cons. Ext.	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0
5		Taux de Rentabilité	1	0	0	0	2	2	1	2	0	1	2	1
6		Dép. Tot. / Nb. Hosp.	2	0	0	2	0	1	2	0	1	2	1	1
7		Dép. Tot. / JH	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	1	1
8		RP / Dép. Fonct.	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2
Moyenne (X₁)			1,1	0,5	0,5	0,8	0,8	0,9	1,1	1	1,1	1,4	1,4	1,3
<i>Classement 1</i>			<i>1^{er}</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>
9	Efficiences allocative	Dép. Méd. Pharm. / Dép. Fonct.	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2
10		Dép. Amort. / Dép. Fonct.	2	2	2	2	0	1	0	1	1	0	1	0
11		Dép. Prov. & Fin. / Dép. Fonct.	1	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	1
Moyenne (X₂)			1,3	1,7	1,3	1,3	0,7	0,3	0,3	0,7	1	1	1,3	1
<i>Classement 2</i>			<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>1^{er}</i>	<i>2^e</i>
12	Accessibilité économique	Rec. Moy. / Nb. Hosp.	2	2	2	2	0	1	1	1	1	0	0	0
13		Rec. Moy. / JH	2	2	2	2	0	1	1	0	1	0	0	1
Moyenne (X₃)			2	2	2	2	0	1	1	0,5	1	0	0	0,5
<i>Classement 3</i>			<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>3^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>2^e</i>
14	Accessibilité géographique	Nb. Hbts / Lits	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	2	2
Moyenne (X₄)			1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	2	2
<i>Classement 4</i>			<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^{em}</i>	<i>3^e</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>
15	Qualité des soins	TMH	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2
16		Pers. Soignant / Pers. Adm.	0	0	0	1	1	1	1	0	2	2	2	2
17		Nb. Lits/ Médecin	2	0	0	2	1	0	0	0	0	2	2	1
18		Existence d'un PAQ	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2
Moyenne (X₅)			0,5	0	0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,5	1,5	2	2	1,8
<i>Classement 5</i>			<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>3^e</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>
TOTAL DES MOYENNES			6	5,2	4,8	5,8	2,2	3	3,2	2,7	6,6	6,4	6,7	6,5
Moyenne simple des moyennes (μ)			1,2	1	1	1,2	0,4	0,6	0,6	0,5	1,3	1,3	1,3	1,3
<i>Classement global 1</i>			<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>
Moyennes pondérées (μ')			1,22	0,97	0,94	1,24	0,43	0,76	0,80	0,56	1,27	1,15	1,17	1,21
<i>Classement global 2</i>			<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>2^e</i>	<i>1^{er}</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>3^e</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>1^{er}</i>	<i>2^{ème}</i>

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

La moyenne simple des moyennes s'écrit :

$$\mu = (X_1 + X_2 + X_3 + X_4 + X_5)/5$$

Le calcul de la moyenne au niveau de chaque dimension de la performance nous permet de donner le même poids à toutes les composantes de la performance hospitalière.

Au niveau de l'efficacité productive, l'HPD est classé meilleur durant les quatre années suivi de l'HOGGY de 2001 à 2003. En 2000, le CHU Fann est aussi classé meilleur avec l'HPD.

Au niveau de l'efficacité allocative, le CHU Fann est classé le meilleur durant les quatre années suivi de l'HPD qui l'est aussi en 2002.

Au niveau de l'accessibilité économique, le CHU Fann est classé le plus performant pendant les 4 ans, suivi de l'HOGGY les trois dernières années.

Au niveau de l'accessibilité géographique, c'est l'HPD qui est classé meilleur durant les quatre années, suivi du CHU Fann.

Au niveau de la qualité des soins, l'HPD est le plus performant durant les quatre années suivi de l'HOGGY les trois premières années.

Selon la politique sanitaire du pays, le ministère de la santé peut décider accorder des priorités aux composantes de la performance. De ce fait, on peut procéder à la pondération, c'est-à-dire qu'on attribue à ses composantes des coefficients par ordre de priorité. Supposons que la première priorité est accordée à la qualité des soins et à l'accessibilité économique suivi de l'efficacité productive et que la politique nationale accorde la même importance à l'efficacité allocative et à l'accessibilité géographique et qu'on attribue par exemple 4 à la composante qualité des soins et à l'accessibilité économique, 2 à celle de l'efficacité productive et 1 aux deux autres composantes. La moyenne pondérée devient alors :

$$\mu' = (2X_1 + X_2 + 4X_3 + X_4 + 4X_5)/12$$

III – 3 – 5 – 2 Classement des hôpitaux après pondération des moyennes :

Tableau LXXXVII :

Dimensions performance	CHU FANN				HOGGY				HPD			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Efficiences productive (2)	2,2	1	1	1,4	1,4	1,8	2,2	2	2,2	2,8	2,8	2,6
Efficiences allocative (1)	1,3	1,7	1,3	1,3	0,7	0,3	0,3	0,7	1	1	1,3	1
Accessibilité économique (4)	8	8	8	8	0	4	4	2	4	0	0	2
Accessibilité géographique (1)	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2	2	2
Qualité des soins (4)	2	0	0	2,8	2,8	2,8	2,8	2	6	8	8	6,8
TOTAL	14,6	11,7	11,3	14,8	5,2	9,1	9,6	6,7	15,3	13,8	14,1	14,5
Moyennes pondérées	1,22	0,97	0,94	1,24	0,43	0,76	0,80	0,56	1,27	1,15	1,17	1,21
Rang	2 ^e	2 ^e	2 ^e	1 ^{er}	3 ^e	3 ^e	3 ^e	3 ^e	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}	2 ^{ème}

En fait, cela ne change pas tellement le classement des hôpitaux sauf en 2003 où on observe un petit changement au niveau du classement entre le CHU Fann et l'HPD. Un fait important à tirer de cet exercice est qu'il nous permet de montrer comment, selon la priorité de la politique nationale de santé en matière de la performance hospitalière, un hôpital qu'on peut apparemment juger plus performant peut ne pas l'être.



QUATRIEME PARTIE
DISCUSSION

IV - Discussion et Commentaire :

Dans cette quatrième partie, nous essayerons de commenter nos résultats en faisant référence si possible à certaines études antérieures qui ont été faites.

IV – 1 Organisation administrative :

Il y a eu de véritables changements organisationnels conformément à la loi 98-12 du 2 mars 1998 et décrets 98-701 et 98-702 du 26 août 1998 portant réformes hospitalières dont l'objectif est de permettre aux hôpitaux de fonctionner selon un mode de gestion d'entreprise saines et performantes, afin qu'ils offrent des soins de qualité au meilleur coût possible tout en assurant leur pérennité et leur développement, et organisation administrative et financière des établissements publics de santé dans les trois hôpitaux.

C'est ainsi que les trois hôpitaux disposent d'un Conseil d'administration, la Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement fonctionnel.

L'HPD a un statut spécial, c'est pourquoi il n'y a pas de CME, ni de CTE (voir organigramme). Ils ont aussi élaboré des projets d'établissements quinquennal (2002-2006 pour HPD et HOGGY et 2004-2008 pour CHU Fann).

Les responsabilités des Directeurs dans ces trois hôpitaux ne sont plus fortement limitées comme cela a été dans les expériences des 5 pays sur l'autonomie hospitalière ; il y a une certaine flexibilité dans la gestion ; d'où la possibilité pour ces institutions hospitalières de mobiliser des ressources en dehors des subventions de l'Etat en initiant des activités annexes qui représentent un montant de 1 620 676 557 F CFA soit 18,96% des recettes propres pour l'HPD en 2003.

IV – 2 Infrastructures sanitaires :

Nous notons l'amélioration de l'infrastructure sanitaire car de nombreux travaux de réhabilitation et/ou construction sont réalisés ou en cours de réalisation. C'est ainsi qu'au CHU Fann, des services de neurochirurgie, de l'ORL et de la chirurgie cardiaque sont réhabilités ; de même les travaux sont en cours de réalisation au niveau des Services d'Accueil et des Urgences. Au niveau de l'HOGGY et l'HPD, les services se sont aménagés et équipés dans le cadre du financement de leur projet d'établissement.

Il y a eu l'amélioration du plateau technique dans les trois hôpitaux avec la dotation des matériels sophistiqués (scanner, matériels médico-chirurgicaux et de laboratoire etc...). Mais

il se pose le problème de maintenance du fait de l'absence de compétences techniques adéquates dans les hôpitaux.

IV – 3 Gestion financière :

Au niveau de la subvention, à part la régression constatée en 2003 à l'HPD, l'évolution globale est à la progression dans les trois hôpitaux, cela témoigne de la volonté de l'Etat à accroître les moyens des établissements publics de santé dans l'objectif d'une meilleure prise en charge des malades dans les hôpitaux. En réalité, les réformes hospitalières doivent permettre à l'Etat de réduire ses subventions, mais étant donné que nous étions au début de l'application de ses réformes, et afin de répondre aux objectifs de la loi 98-12 du 2 mars 1998 portant réformes hospitalières, l'Etat a l'obligation d'augmenter les dotations annuelles de fonctionnement des hôpitaux publics. L'effet bénéfique ne sera qu'à moyen ou à long terme pour l'Etat, lorsque les hôpitaux publics seront en mesure de s'autofinancer totalement, aussi nous ne devons pas perdre de vue les cas des indigents et les urgences.

Au niveau des recettes, l'augmentation des recettes propres et voire les recettes totales d'exploitation est très sensible à partir de 2000 dans les trois hôpitaux et cela peut être dû probablement à la mise en place et à l'application des outils de gestion et des procédures financières et comptables et aussi des ressources humaines. On doit signaler que l'augmentation des ressources propres issues des produits de la tarification et autres produits dans un hôpital traduit la capacité de l'hôpital à s'autofinancer.

Au niveau des charges d'exploitation, la progression des charges d'exploitation dans les trois établissements hospitaliers de Dakar peut s'expliquer par le souci des hôpitaux à améliorer la qualité des soins et services.

Le déficit annuel d'exploitation constaté au CHU Fann peut s'expliquer par les tarifs faibles de ses différentes prestations.

L'évolution progressive de la part des ressources propres dans les recettes totales au niveau des trois hôpitaux est un signe favorable quant à la durabilité et la viabilité financière de ces hôpitaux. Il est à noter que dans sa capacité d'autofinancement, seul les ressources propres de l'HPD arrivent à couvrir les dépenses de fonctionnement (101,36% en moyenne annuelle).

La part des ressources propres dans les dépenses de fonctionnement hors salaire de personnel nous paraît un indicateur pertinent car elle nous permet de voir si les hôpitaux qui n'arrivent pas à couvrir les dépenses de fonctionnement avec leurs ressources propres arrivent au moins à couvrir les autres charges lorsqu'on exclut celles des salaires. C'est ainsi que les ressources propres de l'HOGGY couvrent ses dépenses de fonctionnement hors salaire à raison de

137,11%. Les fonds propres du CHU Fann n'arrivent pas toujours à couvrir ses dépenses (61,47%). Cependant, l'augmentation d'année en année de ce ratio au CHU Fann constitue un point fort pour cet établissement hospitalier.

Une autre possibilité de marges de manœuvre pour un hôpital est de calculer la part de la masse salariale dans les ressources propres. C'est ainsi que dans cette étude, nous constatons que les charges salariales du personnel représentent une proportion importante des ressources propres (92,16%) réduisant ses marges de manœuvre pour faire face aux autres postes de charges, d'où pour cet hôpital plus accessible économiquement à la population démunie que l'HOGGY et l'HPD, la nécessité d'une subvention accrue de la part de l'Etat surtout à ce début des réformes hospitalières.

La progression globale des salaires de personnel dans les dépenses est proportionnelle à de nombreux recrutements qui ont eu lieu au cours de ces quatre dernières années.

La progression globale des charges alimentaires à caractère général et hôtelier et des produits médico-pharmaceutiques dans les dépenses de fonctionnement à l'HOGGY est favorable car, elle rentre dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières.

L'évolution régressive de la part de dotation aux amortissements dans les dépenses de fonctionnement dans les trois hôpitaux est défavorable, mais un point fort pour l'autofinancement est la progression globale des charges provisionnées et financières dans les dépenses de fonctionnement au CHU Fann et l'HPD. On doit rappeler que les dotations aux provisions et aux amortissements traduisent la capacité d'investissement et de réinvestissement afin de pérenniser les structures hospitalières existantes.

IV – 4 Gestion des ressources humaines :

Les effectifs de personnel ont augmenté d'année en année contrairement aux études menées en Indonésie, au Kenya et en Inde où ces effectifs de personnel sont restés stationnaires ou ont régressé, mais il se pose toujours le problème de personnels qualifiés surtout au niveau des paramédicaux. Il existe un système de motivation du personnel (primes, ristourne, financement de certaines formations du personnel jugées importantes par l'Hôpital, formation continue et des recyclages etc.).

IV – 5 Système d'information hospitalière :

Nous savons que le système d'information hospitalière est un outil de qualité de soins, de stratégie de décision, de cohérence organisationnelle, de dotation budgétaire et de conduite de changement. Il en découle de ce fait que l'analyse des résultats des activités hospitalières soit tributaire de la fiabilité des informations fournies. Si un effort est fait au niveau du système de gestion avec l'informatisation qui a fait tâche pratiquement au niveau de tous les services et la mise en place des outils de gestion et des procédures financières, comptables et de ressources humaines, il n'est pas de même du système d'information médicale ou la plupart du temps, on note une sous notification au niveau des activités de consultations et d'hospitalisation (admissions, journées d'hospitalisation etc.), surtout au CHU Fann et à l'HOGGY. Les applications de gestion des données concernant les patients ne sont pas coordonnées et centralisées et nous pensons que bien qu'elles soient différentes d'un établissement à l'autre, doivent être coordonnées et référées au même système de gestion (cf. schéma 10).

Le système d'information doit être unique, homogène et cohérent, centré sur le patient, lié à la gestion sanitaire permettant le suivi et le contrôle des données, le traitement de l'information et des statistiques de synthèse.

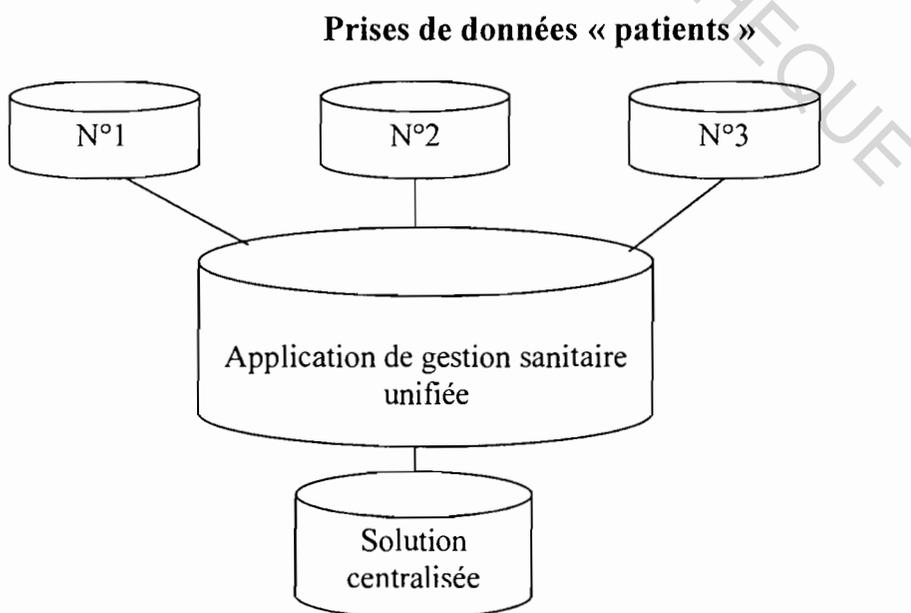


Schéma 4 : Gestion sanitaire et Données « patients »

IV – 6 Composantes de la performance :

IV – 6 – 1 Au niveau de l'efficience productive :

Le coût unitaire de l'activité de consultations externes par le personnel est plus élevé à l'HPD (environ 5 fois celui du CHU Fann) et à l'HOGGY (environ 4 fois celui de Fann).

L'évolution croissante des coûts unitaire de production (dépenses de l'hôpital rapportées aux hospitalisations) dans les trois hôpitaux s'explique par le souci des établissements hospitaliers à produire des soins et services de qualité afin de répondre aux missions des hôpitaux dans les réformes. L'évolution des dépenses par journée d'hospitalisation est aussi croissante dans les trois hôpitaux. Ce ratio représente à l'HOGGY et à l'HPD respectivement environ 2,6 fois et 2 fois en moyenne annuelle celui du CHU Fann.

D'une manière générale, les taux d'occupation des lits paraissent faibles à l'HOGGY et au CHU de Fann et cela résulte du problème de sous notification des journées d'hospitalisation. Les T.O.M.L déclarés accusent des écarts importants d'une année à une autre qui ne peuvent pas s'expliquer par la D.M.S ou le nombre de lits installés. Il doit se poser aussi le problème de la planification du nombre de lits à mettre à la disposition des services du fait de la surestimation ou sous-estimation des lits dans certains services.

Si nous nous référons à la classification des hôpitaux selon leurs capacités d'hospitalisation du Docteur Hubert Balique³⁵, qui regroupe les hôpitaux étudiés en trois catégories : *«Hôpitaux bien utilisés : TOML >70%, DMS <10j et IRL >30 fois/an soit > 8,22% fois/jour ; Hôpitaux utilisés en dessous de leur capacité : 49% <TOML<70% et DMS >19jours ; Hôpitaux fortement sous utilisés : TOML <42% »* ; nous pouvons dire que l'HPD est bien utilisé avec un T.O.M.L compris entre 84,81% et 97,91%, une D.M.S comprise entre 6,68j et 6,94j et I.R.L compris entre 12,23% fois/jour et 14,65% fois/jour alors que le CHU Fann et l'HOGGY sont utilisés en dessous de leur capacité (T.O.M.L. compris respectivement entre 50,95% et 70,69% pour CHU Fann et entre 44,82% et 60,57% pour l'HOGGY).

La régression progressive de la D.M.S constatée dans les trois hôpitaux est favorable du fait de l'éviction des infections nosocomiales et à la réduction des frais d'hospitalisation pour le patient.

³⁵ Dr Hubert Balique : le système hospitalier du Sénégal : Analyse et Perspectives, Mai 1996

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

L'HPD est classé le meilleur hôpital en terme d'efficience productive durant les quatre années ; cela résulte de la meilleure performance enregistrée a niveau des indicateurs du T.O.M.L, de l'I.R.L et de la part des recettes propres dans les dépenses de fonctionnement. Il a seulement enregistré un mauvais score au niveau des dépenses de personnel rapportées aux consultations externes. Il est suivi de l'HOGGY les trois dernières années où on note une mauvaise performance les quatre ans en T.O.M.L, en dépenses de l'hôpital par journée d'hospitalisation. Le CHU Fann est aussi classé meilleur en 2000 et sa mauvaise performance concerne les indicateurs tels que la D.M.S, le T.O.M.L, l'I.R.L, le taux de rentabilité et la part des recettes propres dans les dépenses de fonctionnement.

IV – 6 – 2 Au niveau de l'efficience allocative :

La progression des charges salariales dans les dépenses de fonctionnement dans les trois hôpitaux (dont la moyenne annuelle varie de 35,6% à 46,8%) est en conformité avec la progression du nombre de personnel et qui prend en compte leur motivation. Le CHU Fann est le meilleur par rapport à cette composante durant les quatre années, et ceci à travers les trois postes de charges qui déterminent pour un hôpital sa capacité d'autofinancement et d'investissement. L'HPD l'est aussi en 2002 et est classé 2^{ème} les deux premières années et en 2003. Le CHU Fann a eu sa mauvaise performance au niveau du ratio dépenses médico-pharmaceutiques sur dépenses de fonctionnement les deux dernières années, l'HOGGY a enregistré ses mauvais scores les deux premières années et les trois dernières années concernant respectivement les charges médico-pharmaceutiques et les charges provisionnées et financières dans les dépenses de fonctionnement. L'HPD ont enregistré un mauvais score de performance au niveau des dépenses de dotation aux amortissements en 2001 et 2003, et des dépenses provisionnées et financières en 2000.

IV – 6 – 3 Au niveau de l'accessibilité économique:

Les recettes moyennes rapportées aux hospitalisations dans les trois hôpitaux ne répondent pas au changement attendu qui est d'assurer l'accessibilité financière des soins de la grande majorité de la population. Cependant, les résultats de notre étude nous montre que Le CHU Fann est économiquement plus accessible à la population avec les recettes moyennes par hospitalisation égales à 39 950 F par rapport à l'HOGGY et l'HPD (respectivement 146 893 F et 183 067 F) et il se pose le problème d'équité verticale contributive (le tarif est le même pour des ménages les plus riches et ceux des plus modestes) et d'équité horizontale

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

d'utilisation (les mêmes besoins de soins ne bénéficient pas des mêmes soins) du fait de l'existence des différents types de clientèle (Fonctionnaire à tarif préférentiel : F.T.P., les Etablissements Publics et Fonctionnaires à tarif général : F.T.G et les Particuliers à leur frais, à Terme et Comptant : PALF/T et C). L'équité horizontale d'utilisation concerne surtout la dernière catégorie de clientèle (PALF/C) qui est insolvable, incapable de payer les frais liés aux soins dispensés sauf pour les PALF/T qui sont couverts par les IPM. Certains des PALF/C ne peuvent pas honorer la prescription de certaines analyses indispensables pour les soins. La plupart des évasions se rencontre dans cette catégorie de clientèle, ce qui a amené les hôpitaux (surtout HPD) à modifier sa politique de recouvrement à l'égard de cette catégorie de clientèle. Le prestataire quant à lui est obligé de tenir compte du pouvoir d'achat de ces patients dans sa prescription des soins.

IV – 6 – 4 Au niveau de l'accessibilité géographique :

L'HPD apparaît plus accessible par rapport au nombre d'habitants par lit d'hôpital suivi du CHU Fann.

IV – 6 – 5 Au niveau de la qualité des soins :

On note une régression globale des taux de mortalité hospitalière, indicateur de l'efficacité des soins qui montre l'effort qui est entrain d'être fait dans l'amélioration de la prise en charge des patients. L'HPD est plus performant pour les quatre années, suivi de l'HOGGY pour les trois premières années. Le CHU Fann est classé deuxième en 2003. Le CHU Fann a enregistré sa mauvaise performance au niveau des indicateurs du TMH, le ratio personnel soignant sur le personnel administratif et de l'existence du programme d'assurance qualité.

CONCLUSION :

Si le but de la réforme hospitalière est de revitaliser le service public hospitalier tout en améliorant la qualité des soins et services et en renforçant ses capacités de gestion, force est de constater qu'il se pose le problème de son évaluation. Or les hôpitaux ne peuvent atteindre leurs objectifs fixés sans suivi/évaluation, seul moyen capable d'identifier les dysfonctionnements, d'apprécier les résultats obtenus et d'y apporter des mesures correctives. La complexité de l'évaluation de la performance est due, d'une part, à sa multi dimensionnalité et ses multitudes d'indicateurs, et d'autre part, à l'absence de codification et des normes. Il se pose ici des difficultés liées au choix des indicateurs de performance et nous pensons que ce choix doit être adapté au contexte des structures hospitalières africaines. Le choix des indicateurs de performance au niveau des hôpitaux dépend de la capacité de notre système d'information hospitalière à jouer pleinement son rôle.

Le problème majeur a aussi consisté à pouvoir mesurer efficacement l'activité, d'obtenir les besoins financiers réels et connaître les coûts hospitaliers réels à partir du recueil des données du PMSI afin d'établir une échelle de coûts par GHM, d'où la nécessité de la comptabilité analytique.

Il découle de cette étude les résultats suivants :

- une progression d'année en année des recettes d'exploitation dans les trois hôpitaux en dehors d'une régression constatée à l'HPD en 2003,
- une progression régulière des charges d'exploitation dans les trois hôpitaux,
- une régression globale du déficit d'exploitation au CHU Fann (-46,66%) et des excédents d'exploitation à l'HOGGY (-81,27%) et à l'HPD (-192,10%),
- une progression globale des charges de personnel dans les dépenses de fonctionnement dans les trois hôpitaux,
- la part des salaires de personnel dans les ressources propres a globalement augmenté au CHU Fann (+9,25%) et à l'HOGGY (+26,96%) alors qu'elle est en régression à l'HPD (-3,17%),
- la part de la masse salariale dans les dépenses de fonctionnement a globalement augmenté dans les trois hôpitaux (+66,76% au CHU Fann, +1,02% à l'HPD et +11,25% à l'HOGGY),
- la part des ressources propres dans les recettes totales a augmenté d'année en année au CHU Fann et à l'HOGGY avec une progression globale

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

respectivement de +48,02% et +23,98% alors qu'elle est en régression de -14,45% à l'HPD,

- une progression globale des ressources propres dans les dépenses de fonctionnement au CHU Fann (+52,68%) et à l'HPD (+4,32%) et une régression globale de -12,37% à l'HOGGY,
- une régression globale des charges à caractère général et hôtelier dans les dépenses de fonctionnement au CHU Fann (-57,08%) et à l'HPD (-22,18%) alors qu'on note une progression globale de +36,99% à l'HOGGY,
- Une régression d'année en année des charges médico-pharmaceutiques dans les dépenses de fonctionnement au CHU Fann et à l'HPD avec respectivement une régression globale de -47% et -17,20% alors qu'on note une forte progression globale à l'HOGGY de l'ordre de +156,19%,
- La part des charges provisionnées et financières dans les dépenses de fonctionnement a globalement et fortement augmenté au CHU Fann (+612,84%) et à l'HPD (+81,63%) alors qu'on note une forte régression globale de -83,75% à l'HOGGY,
- Une régression globale de la part des amortissements dans les dépenses de fonctionnement dans les trois hôpitaux,
- Une progression globale du taux d'occupation des lits à l'HPD (+6,77%) et à l'HOGGY (+35,14%) tandis qu'au CHU Fann, il est en régression globale de -24,81%,
- Une régression globale de la durée moyenne de séjour dans les trois hôpitaux (-36,83% au CHU Fann, -3,31% à l'HPD et -21,48% à l'HOGGY),
- Une progression globale de l'indice de rotation des lits à l'HPD (+10,38%) et à l'HOGGY (+72,04%) et une régression globale au CHU Fann de l'ordre de -5,53%,
- Une régression globale du taux de mortalité hospitalière dans les trois hôpitaux malgré une moyenne annuelle élevée au CHU Fann d'environ 20% contre environ 6% à l'HOGGY et 4% à l'HPD,
- Le nombre d'habitants par lit d'hôpital a globalement augmenté dans les trois hôpitaux (+2,71% au CHU Fann, +38,62% à l'HPD et +11,85% à l'HOGGY), et par rapport à l'HOGGY, représente 2,5 fois celui de l'HPD et environ 1,4 fois celui du CHU Fann,

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

- Les coûts par activité de consultations sont globalement en progression dans les trois hôpitaux (+276,65% au CHU Fann, +116,75% à l'HOGGY et +36,97% à l'HPD),
- Une progression année par année du coût unitaire de production dans les trois hôpitaux avec une moyenne annuelle de 320083,86 francs pour l'HPD, 337106,85 francs pour le CHU Fann et 357959 francs pour l'HOGGY,
- Une progression globale des recettes moyennes rapportées aux hospitalisations dans les trois hôpitaux (+137,97% au CHU Fann, +53,61% à l'HPD et +32,58% à l'HOGGY),
- Une progression d'année en année des recettes moyennes rapportées aux journées d'hospitalisation dans les trois hôpitaux (+276,82% au CHU Fann, +58,85% à l'HPD et +68,88% à l'HOGGY),
- 67,27% des ressources propres proviennent des recettes de consultations et actes au CHU Fann alors qu'elles sont d'environ 42% à l'HOGGY et 30% à l'HPD, l'hospitalisation quant à elle génère 56,56%, 56,33% et 32,01% des ressources propres respectivement à l'HPD, l'HOGGY et CHU Fann,
- Les recettes des services d'aide au diagnostic ont globalement progressé dans les trois hôpitaux.

Bien qu'il est trop tôt pour se prononcer sur l'impact des réformes sur la performance des hôpitaux, du fait que la loi portant réforme hospitalière n'a été promulguée qu'en 1998 et qu'en réalité, la mise en œuvre n'a effectivement commencé qu'en 2000, ces résultats suggèrent que la réforme a pu avoir l'impact suivant sur les performances des trois établissements hospitaliers :

- o L'efficacité productive semble être améliorée (la régression de la D.M.S, l'augmentation des ressources propres issues des produits de la tarification et des recettes totales d'exploitation, l'augmentation croissante des ressources propres dans les recettes totales d'exploitation, la régression du déficit d'exploitation au CHU Fann et excédent d'exploitation dans les deux autres hôpitaux),
- o La qualité des soins s'est aussi améliorée à travers l'existence du programme d'assurance qualité et la régression du T.M.H.

L'impact positif au niveau des autres composantes (efficacité allocative, accessibilités économique et géographique) paraît un peu mitigé dans les trois hôpitaux.

Cependant, d'autres déterminants que la réforme, peuvent avoir contribué à cette évolution, en particulier les mesures d'accompagnement prises lors de la mise en place de la réforme.

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

En outre, les réformes hospitalières ont apporté une contribution à l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux à savoir :

- ✓ La mise en place du Conseil d'Administration avec la représentation des usagers, des outils de pilotage et gestion, et un système de motivation financière consensuel dans les trois hôpitaux,
- ✓ La capacité des hôpitaux à mobiliser des ressources (à travers les activités annexes, plaidoyer et autres), à planifier et de mettre en exécution les programmes, d'être responsable des projets d'assistance financés par les organismes d'aide et de faire un rapport sur leur performance,
- ✓ L'augmentation du nombre de personnel (médical, paramédical, administratif) durant les quatre années de l'étude,
- ✓ Mise en place d'équipements sophistiqués (ex. scanner) traduisant la progression scientifique dans les modes de traitement et qui rendent des prises en charges de moins en moins invasives avec des interventions de moins en moins lourds,
- ✓ La présence et l'engagement des professeurs d'université à ces réformes accroissant la renommée de ces hôpitaux,
- ✓ L'existence du projet d'établissement dans les trois hôpitaux,
- ✓ La centralisation des recettes générées par les activités au niveau de l'agent comptable
- ✓ Présence d'organigramme dans les trois hôpitaux répondant à l'organisation administrative et financière des établissements publics de santé faisant l'objet de la loi 98-12 du 2 mars 1998 et des décrets 98-701 et 98-702 du 26 août 1998,
- ✓ L'utilisation des mêmes règles et méthodes comptables et la mise en application des procédures administratives, financières et comptables,
- ✓ L'adhésion des parties prenantes à la réforme hospitalière,
- ✓ La mise en place d'une Cellule d'Hygiène Hospitalière à l'HPD complémentaire de toutes les disciplines hospitalières,
- ✓ L'existence d'un programme de formation continue des agents de santé (médicaux et gestionnaire) au niveau des trois hôpitaux,

RECOMMANDATIONS :

La performance ou l'efficience est l'atteinte des objectifs fixés à moindre coût. Elle se mesure :

- ✓ en s'assurant que les réalisations sont conformes aux prévisions (objectifs),
- ✓ en proposant des sanctions positives ou négatives en fonction du degré d'atteinte des objectifs.

Dans ce mémoire, la partie concernant l'atteinte des objectifs est traitée à partir de l'analyse de données financières des trois hôpitaux (CHU Fann, HOGGY et HPD). Et cette analyse a permis de montrer les performances réalisées et les insuffisances qui restent à améliorer. Cependant, il reste à traiter la formulation des sanctions négatives ou positives en fonction des objectifs atteints.

Ces propositions vont être traitées dans la partie « recommandations » pour chaque hôpital, en vue de rectifier les écarts constatés pour les prochaines années. C'est ainsi que nous recommandons de :

1. Renforcer la mise en œuvre de la comptabilité analytique à l'HOGGY et l'initier au CHU Fann et à l'HPD en formant les comptables et les cadres de gestion à la comptabilité analytique en vue de la maîtrise des coûts voire la recherche de leur réduction; c'est à cette condition que ces hôpitaux peuvent dégager un excédent de recettes sur les dépenses et autofinancer une part d'investissement ;
2. Renforcer la contractualisation dans le cadre de la maintenance du plateau technique dans les trois hôpitaux;
3. Former des ingénieurs et des techniciens supérieurs de maintenance des appareils d'aide au diagnostic et de matériels médico-chirurgicaux dans les trois hôpitaux.
4. Renforcer le Système d'information Hospitalière en instituant le système informatisé pour chaque malade hospitalisé et le centraliser surtout au niveau du CHU Fann et à l'HOGGY ;
5. Sensibiliser les prestataires sur l'importance de la notification des informations concernant les activités médicales ;
6. Mettre en application le tarif en projet fixé par les dispositions de la réforme du mode de tarification hospitalière applicable au Sénégal, ayant fait l'objet de la correspondance n°153/MSP/DES du 03 avril 2002 (*tableau 95 en annexe*);

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

7. L'Etat doit accroître proportionnellement des subventions à ces trois hôpitaux à but non lucratif qui va permettre à ces hôpitaux de diminuer la charge salariale et pour prendre les coûts des cas sociaux (indigents) en charge afin que ces hôpitaux puissent répondre à une de leurs missions essentielles qui est celle de soigner les malades sans discrimination aucune.
8. Mettre en place la Cellule d'Hygiène Hospitalière au CHU Fann et à l'HOGGY ;
9. Renforcer la compétence des chefs de services à la planification des lits à mettre à la disposition des services du fait de la surestimation ou sous-estimation du nombre lits constaté dans ces hôpitaux;
10. Mettre en place d'un programme d'assurance qualité au CHU Fann et renforcer celui de l'HOGGY;
11. Compléter la mise en place des autres services ou divisions au CHU Fann conformément à l'organigramme préconisé par la loi 98-12 du 02 mars 1998 et des décrets 98-701 et 98-702 du 26 août 1998.

BIBLIOGRAPHIE :

1. *Autonomie Hospitalière*: Sommaires des Expériences de Cinq Pays (Kenya, Zimbabwe, Ghana, Indonésie, Inde) ; Le Project de Données pour la Prise de Décisions ; Septembre 1996.
2. *Alain Saucier, Yvon Brunelle* : Les indicateurs et le système de soins ; Collection; Méthodologie et instrumentation ; Planification-Evaluation Santé Services Sociaux, Québec. Février 1999.
3. *Alice Teil* : Défi de la performance et vision partagée des acteurs, Application à la gestion hospitalière ; Thèse de Doctorat es Sciences de Gestion, présentée et soutenue le 04 Janv. 2002 ; Université Jean Moulin – Lyon 3.
4. *Barney J.B.*, « Looking inside for Competitive Advantage », *Academy of Management Executive*, n°4, 1995, pp. 49-61.
5. *Benson J.K.*, *The Interorganizational Network as a Political Economy* », *Administrative Science Quarterly*, n° 20, 1975, pp.229-249.
6. *Bosmans N, Fecher F* (1995), *Performance of belgian hospitals: a frontier approach*, *Health Economics* 4, 389-397.
7. *Byrnes P, Valdmanis V* (1994), *Analyzing technical and allocative efficiency of hospitals*, in: *Data Envelopment Analysis* (eds: Charnes A, Cooper W, Lewin A & Seiford L), Kluwer Academic Publishers, 129-144.
8. *Charnes A, Cooper WW, Lewin AY, Seiford LM* (1994), *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Application*, Kluwer Academic Publishers, Boston, 513p.
9. *Chen N, Yin A, Ma A* (2001), *Le système de gestion intégrée des hôpitaux municipaux et des centres de santé villageois*, *Tendances de l'Economie Chinoise*, Vu de Chine.
10. *Coca, E.* (1995), *Les inégalités entre hôpitaux, Obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières*, Berger-levrault, Paris, 479p.
11. *Dervaux B, Leleu H, Escano G, Vincke B* (1997), *Efficacité productive des services hospitaliers et qualité des soins*, in *10 ans d'avancées en Economie de la Santé*, Acte des XIXèmes Journées des Economistes de la Santé Français, John Libbey Eurotext, 147-170.
12. *Evans D.B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A.* « *The comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: an Analysis of 191 Countries* », GPE discussion paper, n° 29 EIP/GPE/EQC/WHO.
13. *Feldstein M.*, *Economic Analysis for Health Service Efficiency*, Amsterdam North Holland Pub. Co., 1968, 325 p., cite in Sherman H. D., 1984, op. cit.

14. *Ferrier G.D* (1994), Ownership type, property rights, and relative efficiency, *In: Data Envelopment Analysis, Theory, methodology and applications* (eds) A. Charnes, W Cooper, A. Y. Lewin, L.M Seiford, Kluwer Academic Publishers, 273-283.
15. *Francis Roger France* : Méthodes d'évaluation de la performance hospitalière ; Centre de Santé publique de l'Université Catholique de Louvain, Centre d'Informatique Médicale des Cliniques Universitaires St Luc.
16. *G. Durant* : l'évaluation économique à l'hôpital ; LOUVAIN MED. 117: 54-62, 1998.
17. *Gilles Pison* : Tous les pays du monde (2003) ; Population et Société n°392, juillet-août 2003
18. *Guisset Al, D'Hoore W* (1998), Mesure de l'efficacité hospitalière à l'aide de Data Envelopment Analysis, *Health and System Science*, 2, 1-2, 127-162.
19. *Hervé Lafarge* : Notes de cours du cadre d'analyse des systèmes de santé; CESAG – 2004
20. *Hubert Balique* : le système hospitalier du Sénégal : Analyse et Perspectives, Mai 1996
21. *Hollingsworth B, Dawson P.J, Maniadakis N* (1999), Efficient measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications, *Health Care Management Science* 2, 161-172.
22. *Indicateurs de la performance en santé: Seminar handbook Sector Wide Approaches for Health in a Changing Environment* IHSD Ltd. 2001
23. *Isabelle Compagnie* : les Indicateurs financiers et de gestion dans les services publics locaux ; Mai 2001
24. *II Iezzon* : Measuring quality, outcomes, and cost of care using large databases, the sixth Regenstrief conference, *Annals of Internal Medicine*, 1997, 127, 665-774, numéro spécial, Communication présentée dans le séminaire de l'ALASS "Quels systèmes d'information pour promouvoir la qualité?", le 5 et 6 juin 1998 à Nyon (Suisse).
25. *James C. Knowles, Ph. D.; Charlotte Leighton, Ph. D., Wayne Stinson, Ph. D.*: La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système ; manuel des indicateurs ; Septembre 1997.
26. *Jeremy Hurst* : Mesure et amélioration de la performance dans les systèmes de santé de l'OCDE : Aperçu des Enjeux et des Défis ; 2002
27. *J. Kimberly, E. Minvielle, G. de Pourville* : Les démarches de la qualité à l'hôpital, *Gestions Hospitalières*, Octobre 1997, N°8, 369, numéro spécial.

28. *Knowles, James C. et Charlotte Leighton.* 1997. La mesure de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système: manuel des indicateurs. Initiative spéciale, Rapport n° 1. Bethesda, MD (USA); Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé, Abt Associates Inc.
29. *Kumbhakar S.C, Ghosh S, McGuckin TJ* (1991), A generalized production frontier approach for estimating determinants of inefficiency in US dairy farms, *Journal of Business and Economic Statistics* 279-286
30. *Leleu H, Dervaux B.* (1997), Comparaison des différentes mesures d'efficacité technique: une application aux centres hospitaliers français, *Economie et Prévision* n° 129-130, ¾, 101-119.
31. *Linna M.* (1998), Measuring hospital cost efficiency with panel data models, *Health Economics* 7, 415-427.
32. *M. Audibert, J. Mathonnat, N. Chen, A. Ma, A. Yin* ; Activité et performance des hôpitaux municipaux dans la province de Shandong, XXVI^{èmes} Journées des Economistes Français de la Santé ; « Santé et Développement » ; Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.
33. *Malmquist* output index approach, in: *Data Envelopment Analysis* (eds: Charnes A, Cooper W, Lewin A & Seiford L), Kluwer Academic Publishers, 253-272.
34. *Mead Over and Naoko Watanabe:* Evaluating the Impact of Organizational Reforms in Hospitals; Chapter 3.
35. *Miloud Kaddar* : Dix ans de réformes des systèmes de santé dans les pays en développement AEDES, Bruxelles, N°39, « Développement » - III. 9-10-2001, p. 1505-1522
36. *Moustapha Sakho* « divers types d'hôpitaux » dans *Echos de la santé & de l'action sociale* N° 6 janvier – février 1996
37. *Mukesh Chawla, Ramesh Govindaraj,* L'Autonomie Hospitalière: Guide de Mise en Œuvre, Le Project de Données pour la Prise de Décisions ; Août 1996;
38. *Mukesh Chawla, Ramesh Govindaraj, Peter Berman, Jack Needleman:* L'Autonomie Hospitalière: Guide Méthodologique ; Le Project de Données pour la Prise de Décisions ; Août 1996.
39. *P. Durieux* : Le concept de qualité dans un système de soins, in *Actualités en réanimation et urgences*, Arnette, Paris, 1998.

40. P. Durieux, C. Chaix, A. Fourcade, M.L. Pibarot, H. Logerot-Puissochet, L. Salomon : Evaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé, guide des principaux termes, Médecine-Sciences-Flammarion, Paris, 1997
41. Pouvourville (de) G, Minvielle E (2002), "La mesure de la qualité des soins à l'hôpital : l'état de l'art, quelle information donner au public", In : Etre à la hauteur, Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE, OCDE, 275-301.
42. Professeur Awa Marie Coll-Seck : politique sanitaire nationale, présentée à l'académie des sciences du Sénégal, 26 avril 2002.
43. Raynald Pineault, Carole Davely : La planification de la santé, Concepts-Méthodes-Stratégies, p. 353-358.
44. Réforme Hospitalière: Présentation, Lois et décrets; République du Sénégal, Ministère de la Santé, Direction des Etablissements de Santé, 1999.
45. World Bank (1997), China (2000): Financing health care, Washington DC.
46. Yip W.C, Wang H, Liu Y (1998), Determinants of patient choice of medical provider: a case study in rural China, Health Policy and Planning 13, 3, 311-322.
47. Yuchtman E. et Seashore S.E. « A system Resource Approach to Organization Effectiveness», American Sociological Review, 32, 1967, pp. 891-90.

ANNEXES

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

ANNEXES

Tableau LXXXVIII: Synthèse des résultats de l'analyse statistique au CHU Fann:

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol 02-03	Evol 00-03
Nombre de lits	238	271	241	251	4,15%	5,46%
Journées potentielles d'hospitalisation	86870	98915	87965	91615	4,15%	5,46%
Journées d'hospitalisation	61417	59924	51241	48700	-4,96%	-20,71%
Nombre d'hospitalisés	3302	3755	3692	4146	12,30%	25,56%
Durée Moyenne de séjour (DMS)	18,60	15,96	13,88	11,75	-15,37%	-36,85%
Taux d'occupation des Lits	70,69%	60,53%	58,25%	53,15%	-8,75%	-24,81%
Consultations externes	63845	56580	58015	65579	13,04%	2,72%
I.R.L. (fois/an)	13,87	13,84	15,32	13,11	-14,43%	-5,48%
I.R.L.(fois/jour)	3,80%	3,79%	4,20%	3,59%	-14,43%	-5,48%
Nombre de malades sortis	2426	2488	2361	2340	-0,89%	-3,54%
Taux de sortis	73,47%	66,26%	63,95%	56,44%	-11,74%	-23,18%
Décès	749	850	864	419	-51,50%	-44,06%
Taux de mortalité hospitalière	22,68%	22,64%	23,40%	10,11%	-56,79%	-55,42%
Nb. d'exams Radio effectués	24097	20197	20560	21512	4,63%	-10,73%
Nb. d'exams biol. effectués	44485	54041	74496	91715	23,11%	106,17%
Nombre de personnels	347	366	580	596	2,76%	71,76%
Nombre de médecin	84	-	-	105	-	25,00%
Journées d'hospitalisation /Lits	258	221	213	141	-33,80%	-45,46%
Nombre Lits/Médecin	3	-	-	2	-	-0,33%
Nb. Journées d'Hospitalisation Ajusté	64719	63679	54933	52846	-3,80%	-18,35%
Taux d'Occupation des Lits Ajusté	74,50%	64,38%	62,45%	57,68%	-7,63%	-22,57%
Durée Moyenne de séjour Ajustée	19,60	16,96	14,88	12,75	-14,33%	-34,97%
Nb. de Consultations /Médecin/an	760,06	-	-	655,79	-	-
Nb. de Consultations /Méd./jour	2,08	-	-	1,80	-	-
Ratio Personnel soignant/Nb.Lits	-	-	-	1,11	-	-
Ratio Personnel soignant/Pers.Adm.	-	-	-	1,98	-	-
Nb. Habitants/Médecin	-	-	-	25172	-	-
Nb. Habitants / Lits d'hôpital	10252	9247	10679	10530	-1,39%	2,71%
Recettes Consultations + Actes	151064320	257226820	360771610	507356730	40,63%	235,85%
Recettes Hospitalisations	72228010	131562456	187687815	215817458	14,99%	198,80%
Part Rec.Hosp./Recettes Totales	32,17	33,58	33,89	29,67	-12,45%	-7,77%
Part Rec.Cons. + Actes/Rec. Totales	67,28	65,65	65,15	69,76	7,07%	3,69%
Recettes Moyennes /Hospitalisations	21874,02	35036,61	50836,35	52054,38	2,40%	137,97%
Recettes Moyennes /J.Hospitalisations	1176,03	2195,49	3662,84	4431,57	20,99%	276,82%
Dépenses/Hospitalisations	225455,95	325693,91	380806,49	416471,05	9,36%	84,72%
Dépenses /J. Hospitalisation	12121,33	20408,86	27437,75	35455,63	29,22%	192,51%
Dépenses personnel /Consult. externes	2834,18	7183,50	10734,05	10675,09	-0,55%	276,65%
Taux de rentabilité	93,72%	78,41%	89,22%	96,65%	8,33%	3,13%
Part Ress. Propres /Recettes Totales	32,88%	43,42%	46,86%	48,67%	3,86%	48,02%
Part Salaire/Ressources propres	78,89%	97,62%	105,93%	86,19%	-18,63%	9,25%
Part Salaire/Dépenses Fonctionnement	24,31%	33,23%	44,29%	40,54%	-4,47%	66,76%
Part Ch.caract.Gén. &Hôt. /Dép.Fct.	38,12%	23,17%	16,80%	16,36%	-2,62%	-57,08%
Part Ch.Médico-Pharm. /Dép. Fct.	14,38%	11,51%	10,88%	7,62%	29,96%	-47,01%
Part Ch. Prov. & Financ. /Dép. Fct.	3,27%	18,08%	14,24%	23,31%	63,69%	612,84%
Part Amortissements/Dép. Fct.	19,93%	14,00%	13,79%	12,16%	-11,82%	-38,99%

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Tableau LXXXIX: Synthèse des résultats de l'analyse statistique (HPD):

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03
Nombre de lits	558	449	446	436	-2,24%	-21,86%
Journées potentielles d'hosp.	203670	163885	162790	159140	-2,24%	-21,86%
Journées d'hospitalisation	172723	160467	149295	144097	-3,48%	-16,57%
Nombre d'hospitalisés	24902	24005	21498	21484	-0,07%	-13,73%
Durée Moyenne de séjour	6,94	6,68	6,94	6,71	-3,42%	-3,30%
Taux d'occupation des Lits	84,81%	97,91%	91,71%	90,55%	-1,27%	6,77%
Consultations	77837	87300	85414	88774	3,93%	14,05%
Nombre de B (Biologie&Biochimie)	2085232	2498501	2748230	3075496	2,78%	47,49%
Nombre de Z (Radiologie&Scanner)	322364	350226	357087	381786	6,92%	18,43%
Nombre de K (Actes médicaux)	598518	707111	726812	794200	9,27%	32,69%
Nombre de Décès	960	957	945	778	-17,67%	-18,96%
Taux de mortalité hospitalière	3,86%	3,99%	4,40%	3,62%	-17,73%	-6,22%
Indice de Rotation des Lits/an	44,63	53,46	48,20	49,28	2,23%	10,42%
Indice de Rotation des Lits/jour	12,23%	14,65%	13,21%	13,50%	2,23%	10,42%
Nombre de scanner	-	-	4320	3536	-22,17%	-
K Opérateurs	-	-	571567	552458	-3,46%	-
Nb. de poches de sang prélevé	-	-	3773	3780	0,19%	-
Nombre de médecin	70	84	94	122	29,79%	74,29%
Journées d'hospitalisation/Lits	310	357	335	330	-1,27%	6,77%
Nombre Lits/Médecin	8	5	5	4	-24,68%	-55,17%
Nb. Journées d'Hosp. Ajusté	197625	184472	170793	165581	-3,05%	-16,21%
Taux d'occupation des Lits Ajusté	97,03%	112,56%	104,92%	104,05%	-0,83%	7,23%
Durée Moyenne de séjour Ajustée	7,94	7,68	7,94	7,71	-2,99%	-2,88%
Nb. de Consultations /Médecin/an	1112	1039	909	740	-18,59%	-33,45%
Nb. de Consultations /Médecin/jour	3,05	2,85	2,49	2,03	-18,47%	-33,44%
Ratio Personnel soignant/Nb.Lits	1,3	1,6	1,6	1,8	12,50%	38,46%
Ratio Personnel soignant/Pers.Adm.	5,14	4,24	4,46	5,04	13,00%	-1,94%
Nb. Habitants/Médecin	34858	29832	27378	21664	-20,87%	-37,85%
Nb. Habitants/Lit d'hôpital	4373	5581	5523	6062	9,76%	38,62%
Recettes Consultations + Actes	1855840320	2226526975	2306349140	2447233577	6,11%	31,87%
Recettes Hospitalisations	3379245307	4270962639	4518824024	4478353714	-0,89%	32,52%
Part Rec.Hosp. /Recettes Totales	63,80	64,39	50,46	52,40	3,84%	-17,87%
Part Rec.Cons. + Actes/Rec.Totales	35,04	33,57	25,75	28,64	11,22%	-18,26%
Recettes Moyennes /Hosp.	135701,76	177919,71	210197,41	208450,65	-0,83%	53,61%
Recettes Moyennes /J. Hosp.	19564,54	26615,83	30267,75	31078,74	2,68%	58,85%
Dépenses/Hospitalisations	237005,07	266176,57	352290,20	424863,62	20,60%	79,26%
Dépenses /J. Hospitalisation	34169,74	39818,58	50728,66	63344,62	24,87%	85,38%
Dépenses personnel /Cons. externes	34312,43	34707,01	42265,22	46999,15	11,20%	36,97%
Taux de rentabilité	89,75%	109,35%	144,90%	109,44%	-24,47%	21,94%
Part Ress. Propres /Recettes Totales	100%	94,93%	81,61%	85,55%	4,83%	-14,45%
Part Salaire/Ressources propres	50,42%	45,68%	40,31%	48,82%	21,11%	-3,17%
Part Salaire/Dépenses Fonct.	45,25%	47,42%	47,67%	45,71%	-4,11%	1,02%
Ch.caract.Gén. &Hôt. /Dép.Fct.	10,55%	7,21%	7,98%	8,21%	2,88%	-22,18%
Part Ch.Médico-Pharm. /Dép. Fct.	35,70%	32,76%	31,93%	29,56%	-7,42%	-17,20%
Part Ch. Prov. & Financ. /Dép. Fct.	0,00%	6,48%	6,96%	11,77%	69,11%	-
Part Amortissements/Dép. Fct.	8,49%	6,12%	5,47%	4,75%	-13,16%	-44,05%

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Tableau XC : Synthèse des résultats de l'analyse statistique à l'HOGGY :

LIBELLES	2000	2001	2002	2003	Evol 02-03	Evol 00-03
Nombre de lits	190	228	184	184	0,00%	-3,16%
Journées potentielles d'hospitalisation	69350	83220	67160	67160	0,00%	-3,16%
Journées d'hospitalisation	31083	37093	37025	40676	9,86%	30,86%
Nombre d'hospitalisés	4512	6427	7047	7521	6,73%	66,69%
Durée Moyenne de séjour (DMS)	7	6	5	5	2,94%	-21,49%
Taux d'occupation des Lits (TOML)	44,82%	47,49%	55,13%	60,57%	9,86%	35,13%
Consultations externes	28632	30789	37764	41194	9,08%	43,87%
Indice de Rotation des Lits (fois /an)	23,75	30,03	38,30	40,88	6,74%	72,13%
Indice de Rotation des Lits (fois/jour)	6,51%	8,23%	10,49%	11,20%	6,74%	72,13%
Nombre de Décès	-	398	381	460	20,73%	-
Taux de mortalité hospitalière	-	6,19%	5,41%	6,12%	13,12%	-
Taux de sortis	-	88,49%	62,58%	97,18%	55,30%	9,83%
Nombre d'examens Radio effectués	7291	107345	11538	-	-	-
Nombre d'examens biol. effectués	14609	24171	-	-	-	-
Nombre de médecin	39	39	38	49	28,95%	25,64%
Journées d'hospitalisations /Lits	164	163	201	221	9,86%	35,13%
Nombre Lits/Médecin	4,87	5,85	4,84	3,75	-22,45%	-22,92%
Nombre Journées d'Hosp. Ajusté	35595	43520	44072	48197	9,36%	35,40%
Taux d'occupation des Lits Ajusté	51,33%	52,30%	65,62%	71,76%	9,36%	39,82%
Durée Moyenne de séjour Ajustée	7,89	6,77	6,25	6,41	2,47%	-18,77%
Nombre de Consultations /Médecin/an	734,15	789,46	993,79	841	14,55%	-15,37%
Nombre de Consultations /Médecin/jour	2	2	3	2	-33,33%	0,00%
Ratio Personnel soignant/Nb.Lits	0,83	0,76	0,96	1,22	27,08%	46,99%
Ratio Personnel soignant/Pers.Adm.	1,1	1,11	1,08	1,28	18,18%	18,18%
Nb. Habitants/Médecin	62565	64254	67726	53940	-20,35%	-13,79%
Nb. Habitants/Lit d'hôpital	12842	11710	13987	14364	2,69%	11,85%
Recettes Consultations + Actes	393783479	585700389	730466968	1125254804	54,05%	185,75%
Recettes Hospitalisations	641460856	813641480	918333935	1417638489	54,37%	121%
Part Recettes Hosp. /Recettes Totales	61,96	57,17	53,12	55,75	4,95%	-10,02%
Part Rec. Cons. + Actes/Rec. Totales	38,04	41,15	42,25	44,25	4,73%	16,32%
Recettes Moyennes /Hospitalisations	142167,74	126597,40	130315,59	188490,69	44,64%	32,58%
Recettes Moyennes /J. Hospitalisations	20637,03	21935,18	24803,08	34851,96	40,51%	68,88%
Dépenses/Hospitalisations	288355,15	316482,00	342145,36	484853,67	41,71%	68,14%
Dépenses /J. Hospitalisation	41857,56	54835,95	65120,82	89649,53	37,67%	114,18%
Dépenses personnel /Consult. externes	18334,95	33650,10	32468,71	39741,21	22,40%	116,75%
Taux de rentabilité	156,43%	129,28%	128,48%	110,57%	-13,94%	-29,32%
Part Ress. Propres /Recettes Totales	50,87%	54,12%	55,81%	63,07%	13,01%	23,98%
Part Salaire/Ressources propres	50,71%	72,80%	70,92%	64,38%	-9,22%	26,96%
Part Salaire/Dépenses Fonctionnement	40,35%	50,94%	50,85%	44,89%	-11,72%	11,25%
Part Ch. caract. Gén. &Hôt. /Dép. Fct.	21,33%	26,50%	27,30%	29,22%	7,03%	36,99%
Part Ch. Médico-Pharm. /Dép. Fct.	5,82%	8,68%	17,35%	14,91%	-14,06%	156,19%
Part Ch. Prov. & Financières /Dép. Fct.	32,50%	0,28%	4,19%	5,28%	26,01%	-83,75%
Part Amortissements/Dép. Fonct.	0,00%	13,61%	0,32%	5,70%	1681,25%	-

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Tableau XCI : Analyse du bilan financier des projets d'établissement de l'HPD et HOGGY

LIBELLES	2000		2001		2002		2003	
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
HPD								
Recettes Propres	4814000000	5357574830	4063000000	6564245639	5763000000	5992263110	5565000000	6874109848
Ecart	-	543574830	-	2501245639	-	229263110	-	1309109848
Taux de variation	-	11,29%	-	61,56%	-	3,98%	-	23,52%
Subvention	-	-	300000000	354442200	1200000000	2017922284	1200000000	1443000000
Ecart	-	-	-	54442200	-	817922284	-	243000000
Taux de variation	-	-	-	18,15%	-	68,16%	-	20,25%
Masse salariale	1715000000	2670776481	2861000000	3029922328	3367000000	3610041396	3882000000	4172302784
Ecart	-	955776481	-	168922328	-	243041396	-	290302784
Taux de variation	-	55,73%	-	5,90%	-	7,22%	-	7,48%
Fonctionnement	3686000000	3231123658	2791000000	3359646316	4936000000	3963493407	4263000000	4955467204
Ecart	-	-454876342	-	568646316	-	-972506593	-	692467204
Taux de variation	-	-12,34%	-	20,37%	-	-19,70%	-	16,24%
Dépenses fonct.	5401000000	5901900139	5652000000	6389568644	8303000000	7573534803	8145000000	9127769988
Ecart	-	500900139	-	737568644	-	-729465197	-	982769988
Taux de variation	-	9,27%	-	13,05%	-	-8,79%	-	12,07%
HOGGY								
Recettes Propres	-	1035244335	-	1423166188	1717279380	1728919734	2129351774	2542893293
Ecart	-	-	-	-	-	11640354	-	413541519
Taux de réalisation	-	-	-	-	-	0,68%	-	19,42%
Subvention	-	1000000000	-	1206502000	-	1368864000	-	1488991000
Ecart	-	-	-	-	-	-	-	-
Taux de variation	-	-	-	-	-	-	-	-
Masse salariale	-	524966361	-	1036052851	1125200000	1226148297	1293980000	1637099275
Ecart	-	-	-	-	-	100948297	-	343119275
Taux de variation	-	-	-	-	-	8,97%	-	26,52%
Fonctionnement	-	-	-	-	1595302000	1184950058	1701483150	2009485187
Ecart	-	-	-	-	-	-410351942	-	308002037
Taux de variation	-	-	-	-	-	-25,72%	-	18,10%
Dépenses fonct.	-	1301058449	-	2034029836	2720502000	2411098355	2995463150	3646584462
Ecart	-	-	-	-	-	-309403645	-	651121312
Taux de variation	-	-	-	-	-	-11,37%	-	21,74%

Tableau XCII : Recettes annuelles à l'HOGGY :

RECETTES ANNUELLES A L'HOGGY				
SERVICES	2000	2001	2002	2003
Orthopédie	34580079	73925951	82270144	128911944
Traumatologie	43712227	36958050	47919845	105284786
Chirurgie générale (Spécialités)	56454454	70713487	119820794	138526218
Cardiologie (Santé Publique)	38315502	56074519	71006635	118482840
Urgences	51972068	101026150	121634614	145502394
Réa-Anesthésie	39531291	64932865	79261060	158747870
Imagerie médicale (Radiologie)	109223400	204681295	257357465	339250529
Gynécologie	41256577	104102223	83863596	112175902
Maternité	96213660	126457159	124178321	170662515
Médecine Interne/Endoscopie	43609045	59529659	69343657	153735702
Pédiatrie	17478017	31969276	36711572	59171200
Urologie/Andrologie	15510029	67766309	70531545	69964823
Kinésithérapie	18877520	27169775	35995465	43592272
Ophtalmologie	9768586	46488880	44607284	38480962
Bloc Opératoire	103913069	139729928	146010875	256336700
Location salle	18593000	24997500	27795750	50607500
Odonto-stomatologie	5809976	12216377	19637832	24821375
Soins Externes	8478152	14068167	15242123	26756787
Pharmacie	37409110	28529555	32666382	104760052
Pharmacie IB	4814116	39109979	52724575	40946525
Laboratoire	69955372	92719084	121630338	256096397
Restauration	0	0	2423900	78000
Consultations Externes	107287875			
Vacataires	17365000			
Frais de Séjour	442014386			
Total Produits services	1035244335	1423166188	1728919734	2542893293
Subvention d'Exploitation	1080373076	1206502000	1368864000	1488991000
TOTAL PRODUITS	2115617411	2629668188	3097783734	4031884293

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Tableau XCIII: Recettes annuelles au CHU Fann :

SERVICES	2000	2001	2002	2003	Evol. 02-03	Evol. 00-03
PSYCHIATRIE						
Consultations Externes	4857500	7560000	10518000	10781000	2,50%	121,95%
Consultations Psychiatriques	2306500	2313000	4583500	4967500	8,38%	115,37%
Hospitalisations	4040400	12388550	10087250	9273300	-8,07%	129,51%
Contributions	295500	203000	227500	1261000	454,29%	326,73%
Pédo-psychiatrie	1287500	2833500	4580500	4269000	-6,80%	231,57%
TOTAL PSYCHIATRIE	12787400	25298050	29996750	30551800	1,85%	138,92%
NEUROLOGIE						
Kinésithérapie	3039200	5542000	17388600	14777650	-15,02%	386,23%
Consultations	6720720	8594220	16918800	14667600	-13,31%	118,24%
Echographie	0	0	12706700	4975600	-60,84%	
Neuro-radiologie	7781000	13176000	31009050	34941500	12,68%	349,06%
E.E.G.	14442400	19045500	22360700	14391700	-35,64%	-0,35%
Hospitalisations	12729000	13963300	21414000	22215300	3,74%	74,53%
Contributions	1964000	1964000	2176000	5143000	136,35%	161,86%
Scanner	44444000	66367500	25815500	173266500	571,17%	289,85%
TOTAL NEUROLOGIE	91120320	128652520	149789350	284378850	89,85%	212,09%
LABO DE BIOCHIMIE	14827500	31292000	54393600	66586080	22,42%	349,07%
MORGUE	980000	1080000	1000000	930000	-7,00%	-5,10%
NEUROCHIRURGIE						
Consultations	1145000	2783000	6179000	6159000	-0,32%	437,90%
Hospitalisations	1857500	1688300	10000	0	-100,00%	-100,00%
Actes Chirurgicaux	1253000	3063000	0	630000		-49,72%
Contributions	1858000	2000	65000	300000	361,54%	-83,85%
TOTAL NEUROCHIRURGIE	6113500	7536300	6254000	7089000	13,35%	15,96%
MALADIES INFECTIEUSES						
Consultations	2212000	2109000	3302000	2684000	-18,72%	21,34%
Labo hématologie	2625000	4341000	4379000	3945000	-9,91%	50,29%
Hospitalisations	7982250	14131050	17033000	15069000	-11,53%	88,78%
Contributions	2478000	2514000	3122000	4590000	47,02%	85,23%
TOTAL MAL. INF.	15297250	23095050	27836000	26288000	-5,56%	71,85%
LABO BACTERIOLOGIE	3023000	8150000	12447300	10438900	-16,14%	245,32%
LABO PARASITOLOGIE	1298000	2354100	6329500	6902800	9,06%	431,80%
RADIOLOGIE GENERALE	20487500	40801000	59060050	68493500	15,97%	234,32%
PNEUMO-PHTISIOLOGIE						
Consultations	3085000	3704000	7642910	7840000	2,58%	154,13%
Hospitalisations	3046600	8493320	8886670	8879400	-0,08%	191,45%
Laboratoire	1526000	2393000	4472300	3979000	-11,03%	160,75%
Contributions	905000	1263000	1460000	2703000	85,14%	198,67%
TOTAL PNEUMO-PHTISIO.	8562600	15853320	22461880	23401400	4,18%	173,30%
ACCUEIL/URGENCES	6957000	14108000	36145400	33461000	-7,43%	380,97%
PHARMACIE (I.B.)	27681860	58167760	101547375	94555055	-6,89%	241,58%
SERVICE DENTAIRE	7746500	16697000	20539200	19199400	-6,52%	147,85%
AUTRES PROD. ACC.	269390	1292040	3141586	2032896	-35,29%	654,63%
IPM	7389900	13594176	17629020	48123403	172,98%	551,21%
LOCATION	0	3190000	4030000	3705000	-8,06%	
POPOTE	0	657000	1151000	1132000	-1,65%	
TOTAL SERVICES	224541720	391818316	553752011	727269084	31,33%	223,89%
Subventions	468351194	542621954	666518571	856509880	28,51%	82,88%
TOTAL PRODUITS	692892914	934440270	1220270582	1583778964	29,79%	128,57%

Evaluation de l'évolution de la performance relative de trois établissements hospitaliers de la région de Dakar depuis la réforme

Tableau XCV : Tarification hospitalière applicable au Sénégal, objet de la correspondance n°153/MSP/DES du 03 avril 2002 :

N°	Activités	Tarif actuel	Tarif préférentiel
1	Hospitalisation en 1 ^{ère} catégorie (Chirurgie)	24 800	15 000
		20 300	
2	Hospitalisation en 2 ^{ème} catégorie (Chirurgie)	18 750	10 000
		15 450	
3	Hospitalisation en 3 ^{ème} catégorie (Chirurgie)	12 000	5 000
		10 200	
4	Hospitalisation en 1 ^{ère} catégorie (Médecine)	21 800	15 000
		17 250	
5	Hospitalisation en 2 ^{ème} catégorie (Médecine)	15 800	10 000
		12 500	
6	Hospitalisation en 3 ^{ème} catégorie (Médecine)	8 950	5 000
		7 200	
7	Hospitalisation en soins coûteux	36 900	12 000
		30 050	
8	Consultations spécialisées	7 800	7 000
		6 500	
9	Consultations générales	5 460	5 000
		2 860	
10	Lettres clés K	1 625	1 500
		1 090	
11	Lettres clés Z	1 625	1 000
		1 170	
12	Lettres clés B	285	200
		145	
13	Lettres clés SC	1 625	1 000
		1 170	

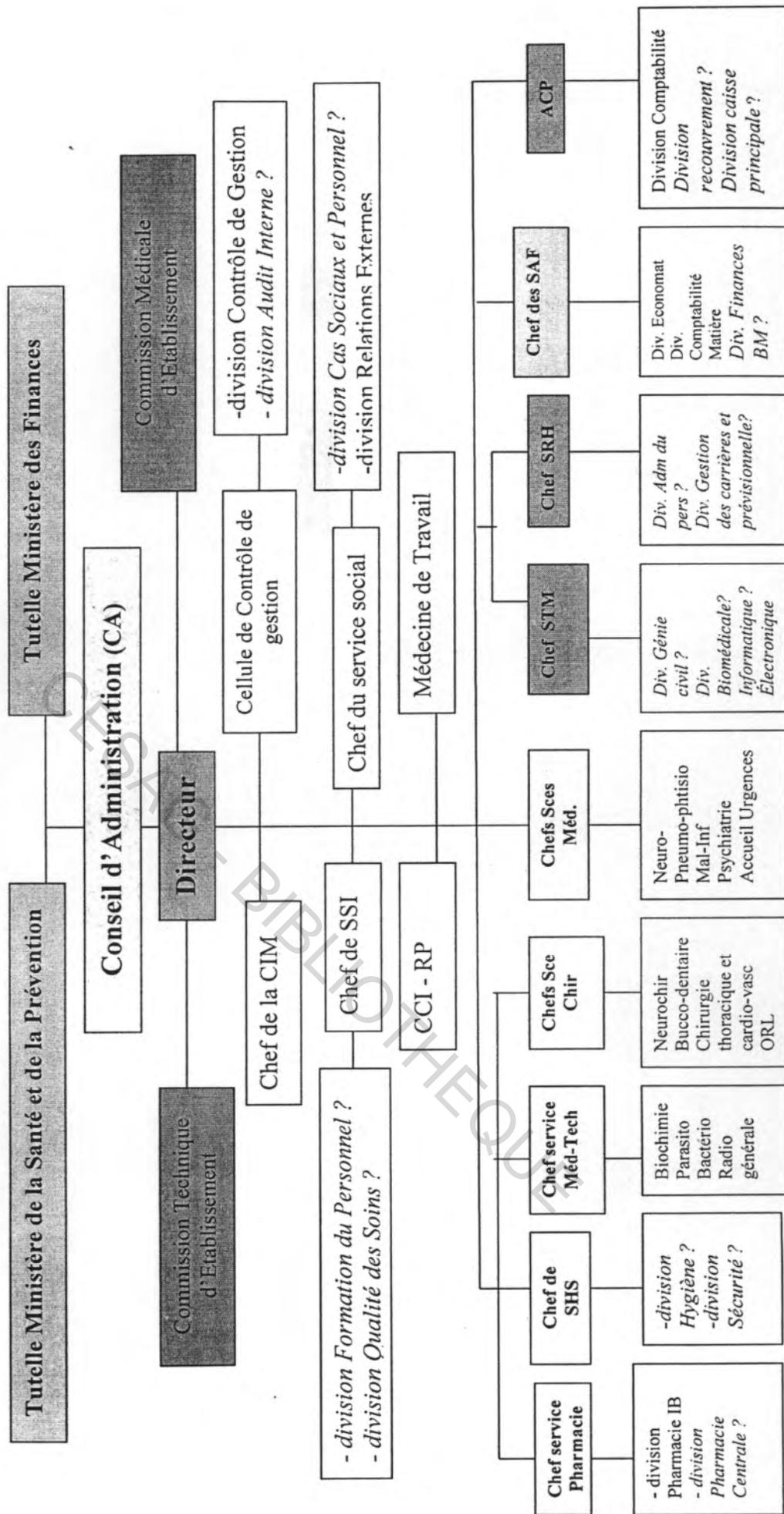
(Source : budget 2002, Hôpital Principal de Dakar)

Tableau XCIV : Recettes annuelles à l'HPD

SERVICES	2000			2001			2002			2003		
	Consult-et Actes	Hospit.	TOTAL	Consult-et Actes	Hospit.	TOTAL	Consult-et Actes	Hospit.	TOTAL	Consult. Et Actes	Hospit.	TOTAL
MEDECINE	4600388	513002850	559006718	59412706	544632650	604045356	54144280	528909300	583053580	60603585	493547000	554150585
Brevé	13505240	160787600	174292840	16651278	178541350	195192628	16648950	180793500	197442450	16191260	150438200	166629460
Jamot A	7378640	93829350	101207990	9022740	100226600	109249340	9041200	98691000	107732200	11048760	100294250	111343010
Jamot C	14061980	102386250	116448230	16216128	119687650	135903778	17341170	122638000	139979170	21039340	119891150	140930490
Boufflers	11058008	155999650	167057658	17522560	146177050	163699610	11112960	126786800	137899760	12324225	122923400	135247625
Cardiologie (Peltier)	12090260	158624700	170714960	19088580	133329300	152417880	20546500	106589700	127136200	20868820	97276000	118144820
Service Porte	119708389	43200	119751589	120089847	787050	120876897	120719017	626600	121345617	130555096	7916900	138471996
Psychiatrie	42546780	95113700	137660480	39615185	98860700	138475885	36003450	101057150	137060600	31365480	113013200	144378680
Centre d'Exploration	135928294	0	135928294	168926937	0	168926937	168308216	0	168308216	210883007	0	210883007
O. récents	1561920	424957050	426518970	1449160	476573550	478022710	5460	368306413	368311873	0	385153450	385153450
Chirurgie (Sohier)	2081740	237718500	239800240	4772170	154941000	159713170	3319840	172956100	176275940	8473540	264607600	273081140
Urologie (Lapalle)	7545315	169978900	177524215	6250990	217966500	224226490	9427615	191610300	201037915	6793075	164840200	171633275
Orthopédie (Fustec)	14020595	137725500	151746095	17935375	147991700	165927075	21682490	144737500	166419990	21714830	77816250	99531080
Gynécologie	12869405	125670800	138540205	23640915	150719150	174360065	21837075	143313250	165150325	17552485	73619900	91172385
Maternité	8225795	132424170	140649965	12552980	191949100	204502080	21156750	206200350	227357100	21464820	193688000	215152820
Kinesithérapie	46477015	0	46477015	58875885	0	58875885	69123345	0	69123345	75419735	0	75419735
Bloc Opératoire	131544943	0	131544943	131109588	0	131109588	117396263	0	117396263	107397787	0	107397787
Ophthalmologie	58902513	64491200	123393713	67243478	65859500	133102978	54636024	63851650	118487674	70009177	55108150	125117327
ORL	46677229	48614800	95292029	55510189	75380050	130890239	56982030	69586500	126568530	65265220	76204250	141469470
Odomo-stomatologie	6450590	10292500	167453090	84608208	20400	84628608	87379220	0	87379220	73105115	0	73105115
USIC	0	0	0	0	0	0	0	224506800	224506800	0	219354250	219354250
Appareillage	0	54371975	54371975	0	72407262	72407262	0	71438500	71438500	0	95835415	95835415
K Opérateur	0	592676105	592676105	0	773293100	773293100	0	765300570	765300570	0	758882445	758882445
Anesthésie	285310	0	285310	73060	0	73060	445300	0	445300	1069300	0	1069300
Réanimation	864975	110295100	111160075	78000	177661500	177739500	117000	161334650	161471650	54500	152677500	152732000
Hémodialyse	10552000	0	10552000	14406600	0	14406600	26038310	0	26038310	42603900	0	42603900
Crèche	0	52165250	52165250	0	175658250	175658250	0	183352950	183352950	0	218244500	218244500
Pédiatrie A	8169460	112308600	120478060	11084320	287853750	298938070	15906800	306594650	322501450	24379368	292780450	317159818
Pédiatrie B	9209200	88866200	98075400	10875800	105943300	116819100	8247460	126628250	134875710	1959100	178889600	180848700
Forfait	0	74525500	74525500	0	78959300	78959300	0	75076400	75076400	0	80513300	80513300

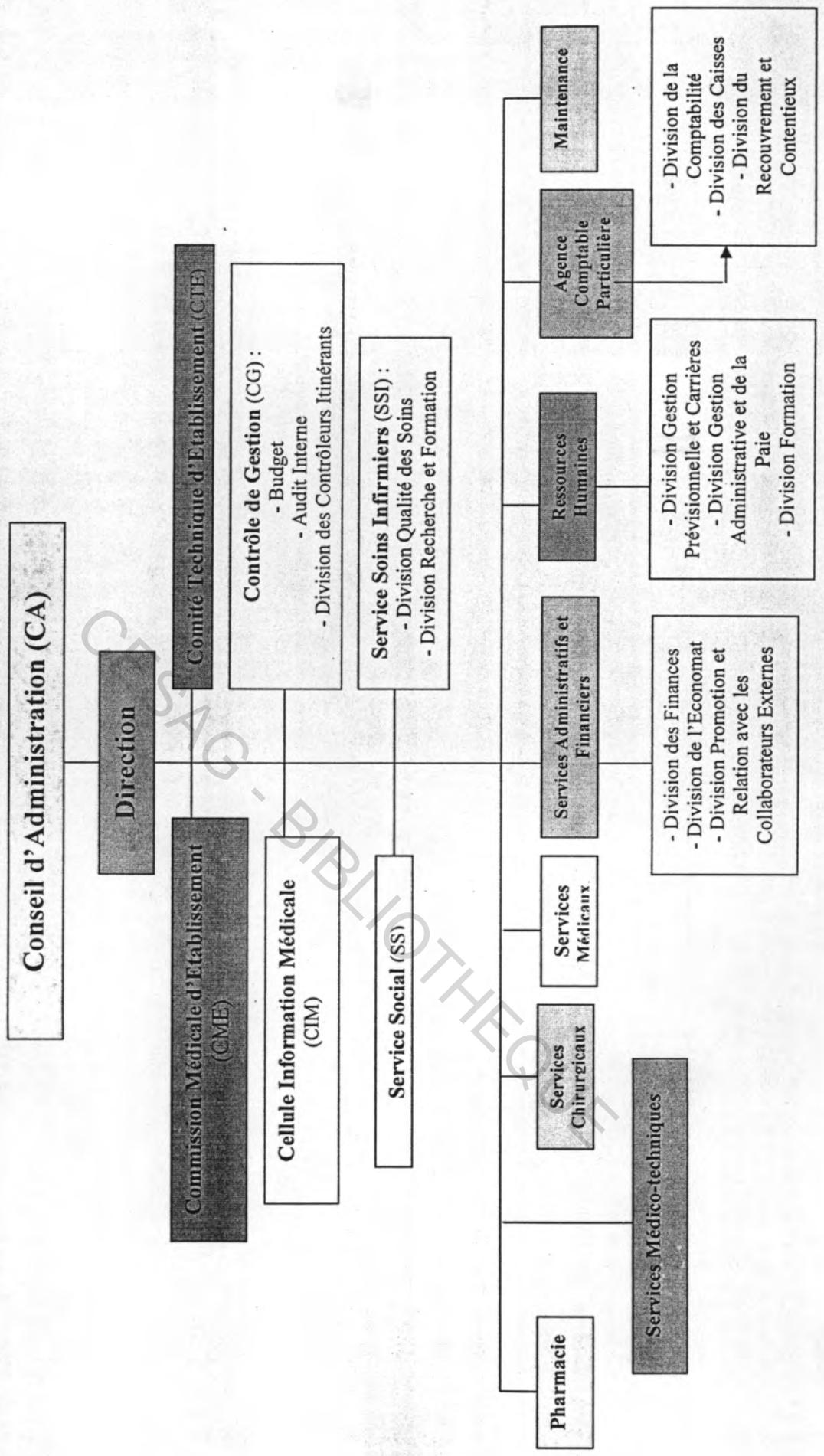
Annexe 1 :

Schéma 5 : **Organigramme (CHU FANN)**



Annexe 2 :
Organigramme (HOGGY):

Schéma 6:



Annexe 7 :
Schéma 10 :
Organigramme
De l'HPD :

