



MEMOIRE
Présenté pour le
DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE
(DSES)

**EFFET DE L'AUTONOMIE SUR LA
PERFORMANCE DES HOPITAUX PUBLICS :
Cas du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
COCODY (Abidjan, Côte d'Ivoire)**

PREPARE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT
PAR :

BARRY ISMAHEL ABDOUL

Economiste, 3^{ème} promotion D.S.E.S.



SOUS LA DIRECTION DE :

Mme LAURENCE CODJIA,

Expert en Administration des Services de Santé,
Professeur au CESAG

Dr HERVE LAFARGE,

Maître de Conférence à l'Université Paris Dauphine
Professeur associé au CESAG

**EFFET DE L'AUTONOMIE SUR LA
PERFORMANCE DES HOPITAUX
PUBLICS :**

**Cas du CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE COCODY
(Abidjan, Côte d'Ivoire)**

DEDICACES

A

Ma Mère

Feue Bintou KONE

Trop tôt arrachée à notre affection.
J'aurais tellement aimé que tu lises ce
mémoire.

Qu'il soit le début de la réalisation des
espoirs que tu as toujours placé en moi.
Que le Tout Puissant ALLAH veille sur
toi et protège tes enfants.

A mon père BARRY Abdoul
A mes sœurs Naouba et Saran
A mes frères Moussa et Mamourou
Sachez que je tiendrais toujours compte
de vos avis dans tous les développements de ma vie.
Que le Tout Puissant ALLAH, vous remercie
pour votre soutien, et qu'il renforce nos liens familiaux.

A
Feu BERTE Adama " Chico "
Pour ton apport à la réalisation de cette formation
Qu'ALLAH t'en remercie et te garde à ses côtés.

A
la famille BARRY
Pour son soutien moral et financier et les sages conseils.

REMERCIEMENTS

- ◆ A l'Etat de Côte d'Ivoire pour avoir financé cette formation.
- ◆ A la famille Touré Vassiriki pour l'accueil à Dakar.
- ◆ A Mme **Laurence CODJIA** pour la qualité des conseils et des appréciations lors de l'encadrement, et au **Dr Hervé LAFARGE** pour sa disponibilité et les améliorations apportées à ce mémoire.
- ◆ A tout le corps professoral et le personnel de l'Institut Supérieur de Santé du **CESAG** particulièrement :
Dr Mo Mena
Dr Alpha Mamadou BAH
Dr Farba Lamine SALL
Mmes GUEYE et MBENGUE
- ◆ A Mme **KOUAME Marie**, Mrs **Ravane BOYE**, **Alseni BARRY**, **Mohamed FAYAMA** ainsi qu'à tout le personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody.
- ◆ Au Dr **Aboubakar CISSE** pour ses conseils ainsi qu'à tous les stagiaires de la promotion 2000-2002 du **DSES** et du **CESAG**.
- ◆ A **Marina Ndjana BAKENDA**, pour son amitié et son soutien durant tout le séjour à Dakar.
- ◆ A tous les compatriotes au sein de l'Association des Ivoiriens du **Cesag (A.I.C)**
- ◆ A **Marème Niang**, **Lydie**, **Ismaël SY**, **Diarrassouba**, **Kimou**, **Noël Kouadio** et tous mes ami(e)s en Côte d'Ivoire et au Sénégal.

ABREVIATIONS

AC	: Agent Comptable
BIT	: Banque Interne au Trésor
CB	: Contrôleur Budgétaire
CCG	: Commission Consultative de Gestion
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHU-C	: Centre Hospitalier Universitaire de Cocody
DMS	: Durée Moyenne de Séjour
EPIC	: Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPN	: Etablissement public National
FDFP	: Fond de Développement de la Formation Professionnel
MEF	: Ministère de l'Economie et des Finances
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFP	: Ministère de la Fonction Publique
MS	: Ministère de la Santé Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
RCI	: République de Côte d'Ivoire

TABLES DES MATIERES

Dédicaces...	i
Remerciements...	iii
Abréviations...	iv
Tables des matières...	V
Liste des tableaux et des figures...	Viii
INTRODUCTION ...	1
I. CADRE THEORIQUE ...	3
A. Problématique...	3
1. Présentation du problème...	3
2. Objectifs...	4
B. Etat de connaissance...	5
1. La notion d'autonomie...	5
2. La notion de performance...	9
3. Méthodes et effets de l'évaluation de l'autonomie hospitalière...	12
C. Modèle théorique et hypothèses de recherche...	19
1. Modélisation de l'autonomie.....	19
2. Modélisation de la performance...	20
3. Hypothèses de recherche...	21
II. CADRE OPERATIONNEL ...	23
A. Stratégie de recherche...	23
1. Choix d'une stratégie...	23
2. Validité interne...	23
3. Validité externe...	24
B. Planification opérationnelle...	24
1. Contexte de l'étude...	24

2. Site à l'étude...	29
3. Définition des variables...	30
4. Méthodes et instruments de collectes de données...	37
5. Analyse des données...	37

RESULTATS ET ANALYSES

1ère partie : L'AUTONOMIE ACCORDEE AU CHU-C : Réglementation et Pratique

I. DEGRE ET PROCESSUS DE L'AUTONOMIE AU CHU-C...	41
A. L'autonomie et la gestion stratégique...	41
1. L'établissement des objectifs...	41
2. La Planification...	45
B. Autonomie appliquée en gestion financière...	47
1. Comptabilité et contrôle des opérations financières...	47
2. Détermination du Budget et allocation des ressources...	48
3. La Tarification...	51
4. Maintenance et Approvisionnement...	52
C. L'autonomie et la gestion des ressources humaines...	53
1. L'allocation du personnel...	53
2. La rémunération du personnel...	54
3. Le règlement pour les employés...	56

2eme partie : PERFORMANCE DU CHU-C

I. NIVEAU D'EFFICIENCE DU CHU-C...	58
A. Efficience allocative...	58
1. Durée Moyenne de Séjour...	58
2. Taux de Rotation des lits...	59

B. Efficience technique...	60
1. Rémunération du personnel...	60
2. Productivité du personnel...	62
3. Statistiques d'activités hospitalières...	64
II. VIABILITE FINANCIERE...	66
A. Le taux de recouvrement des coûts...	66
B. Evolution de la part de l'Etat...	68

3eme partie : EFFET DE LA PRATIQUE DE L'AUTONOMIE

I. PRATIQUE DE L'AUTONOMIE ACCORDEE AU CHU-C...	70
A. Pratique de l'autonomie financière...	70
B. Pratique de l'autonomie en Gestion des ressources humaines...	71
II. LE LIEN ENTRE L'AUTONOMIE ET LA PERFORMANCE...	72
A. Gestion financière et performance...	72
1. Efficience...	72
2. Viabilité financière...	73
B. Gestion des ressources humaines et performance...	74
1. Efficience...	74
2. Viabilité financière...	75
III. DISCUSSION SUR LE LIEN AUTONOMIE - PERFORMANCE...	76
A. L'autonomie et l'Efficience...	76
B. L'autonomie et la Viabilité financière...	78

RECOMMANDATIONS

I. AU NIVEAU DE L'HOPITAL...	81
II. AU NIVEAU DE LA TUTELLE ...	82
CONCLUSION...	84

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1	: Caractéristiques socio-sanitaire de la Côte d'Ivoire, 1980-1998... ..	26
	et dans d'autres régions	
Tableau 2	: Classification des structures de santé selon la pyramide sanitaire... ..	27
Tableau 3	: Les différentes catégories de personnel du MSP... ..	28
Tableau 4	: Fonction de gestion, Dimensions et Indicateurs de l'autonomie... ..	31
Tableau 5	: Dimensions et Indicateurs de la performance... ..	35
Tableau 6	: Relation entre les hypothèses, les indicateurs de l'autonomie et les indicateurs de la performance... ..	36
Tableau 7	: Evolution des membres statutaires de la CCG... ..	43
Tableau 8	: Les décisions en matière de gestion financière... ..	70
Tableau 9	: Décision en matière de gestion des ressources humaines... ..	71

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Evolution des composantes du budget... ..	49
Figure 2	: Nombre de jours d'admission au CHU-C... ..	58
Figure 3	: Evolution du nombre de patient par lit au CHU-C... ..	59
Figure 4	: La masse salariale dans le budget de fonctionnement du CHU-C... ..	61
Figure 5	: Le nombre d'hospitalisation par médecin... ..	62
Figure 6	: Le nombre de consultation par médecin... ..	63
Figure 7	: Les statistiques hospitalières du CHU-C... ..	64
Figure 8	: la part des recettes propres dans le budget de fonctionnement du CHU-C... ..	66
Figure 9	: Evolution du montant de la subvention de l'Etat... ..	67
Figure 10	: Evolution du montant des recettes propres de l'hôpital... ..	67
Figure 11	: La subvention de l'Etat (%) dans le budget du CHU-C... ..	68

**« C'EST DE LA PERFORMANCE DES FORMATIONS
SANITAIRES PUBLIQUES QUE DÉPEND LA CRÉDIBILITÉ
DE L'ÉTAT NON SEULEMENT VIS À VIS DES
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MAIS AUSSI DANS
L'ESPRIT DE TOUS LES CITOYENS »**

Dr Hubert BALIQUE

La diversification des services de santé : Promesses et Problèmes
Innové dans le système de Santé : Expériences d'Afrique de l'Ouest
Sous la supervision de Brunet-Jailly Joseph, Page 11 à 18

CSAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

L'hôpital occupe une place importante au sein du système de soins. Lieu de référence des autres services et institutions communautaires de soins, il est le lieu privilégié de diagnostics de pointe mais également d'enseignements et de recherches notamment les hôpitaux situés au niveau le plus élevé de la pyramide de soins.

Cette place primordiale se traduit dans le financement qui lui est apporté pour la réalisation de ses activités. En effet, dans beaucoup de pays en voie de développement, l'hôpital accapare une large portion des ressources du secteur de la santé : Entre 40 et 80 % (IHRAA¹, 1998) des budgets des ministères de santé publique.

Cependant, malgré toute cette attention financière qui leur est accordée, il n'existe pas de pays d'Afrique au sud du Sahara qui ne soit conscient des problèmes douloureux que vivent ses hôpitaux notamment qualité de soins insuffisante, tarifs inadaptés, personnels démotivés, consommables médicaux généralement indisponibles, matériels délabrés. Rares sont ceux qui assurent de façon satisfaisante leurs missions sanitaires sans se trouver dans une situation précaire tant du point de vue technique que financier et cela malgré les nombreux projets de réhabilitation dont ils ont été l'objet.

Le système hospitalier de la Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette situation. Après l'euphorie des années 1960 et 1970 caractérisées par la construction et la consolidation d'infrastructures hospitalières, notamment le Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (CHU-C) et le Centre Hospitalier Universitaire de Treichville (CHU-T), la récession économique à l'orée des années 1980 n'a pas épargné le système hospitalier. En effet malgré la mise en place de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) en 1978, l'importance des budgets consacrés au système hospitalier urbain pèse lourdement sur le financement de la santé.

Non seulement les sommes consacrées sont considérables mais en plus elles appellent des frais récurrents qui n'avaient pas été prévus. On se rend alors compte du danger que représentent ces investissements mais surtout on constate leur inefficacité (Massiot N, 1995).

Cela a conduit à la remise en cause du mode d'organisation des hôpitaux et à la formulation d'une nouvelle conception du système hospitalier. L'option qui a gagné la faveur des décideurs publics ivoiriens est l'octroi d'une autonomie aux hôpitaux

¹ Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique

publics à l'occasion du vaste mouvement de création d'Établissements Publics Nationaux (EPN) dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

C'est ainsi que par décret n°84-762 du 6 Juin 1984 le CHU-C et le CHU-T ont été érigés en Établissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC). Près de deux décennies après cette réforme, on ne note pas d'évaluation de son impact sur la performance des structures hospitalières en général et du CHU-C en particulier.

C'est dans cette optique que s'inscrit l'étude ; et la démarche générale consistera à présenter un cadre théorique et opérationnel permettant de décrire et analyser l'effet de l'autonomie sur la performance de l'hôpital et discuter les leçons apprises sur le statut d'EPIC accordé au CHU-C.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

I. CADRE THEORIQUE

A. PROBLEMATIQUE

1. PRESENTATION DU PROBLEME

Il existe plusieurs publications sur les bénéfices et les désavantages potentiels d'accorder une plus grande autonomie aux hôpitaux ; mais le consensus semble dire qu'une plus grande autonomie peut emmener des gains importants au niveau de leur performance.

L'autonomie hospitalière peut emmener des gains dans l'efficacité technique et allocative. Elle permet d'encourager les hôpitaux à recouvrer leurs coûts (Bossert et al, 1996)². L'autonomie accordée aux hôpitaux leur permet d'améliorer leur gestion, de générer plus de revenus, et / ou de réduire les coûts (Collins et al, 1999). Elle permet d'assurer une efficacité plus grande des hôpitaux, d'améliorer la gestion financière et de maintenir la subsistance financière (Chawla et George, 1996)³. La mise en place de l'autonomie permet la levée des contraintes de la fonction publique sur les hôpitaux et l'amélioration de l'image globale des CHU aux yeux du public (Govindaraj et al, 1996)⁴. L'autonomie vise à réduire le fardeau du gouvernement à financer les hôpitaux publics (Chawla et al, 1996). Le statut d'autonomie accordée aux grands hôpitaux doit leur permettre d'améliorer leur fonctionnement et de rapprocher leur gestion de celle des entreprises privées (Laverriere et Sakho, 1989).

En Côte d'Ivoire, l'autonomie accordée aux hôpitaux publics vise à décentraliser leur mode de gestion, à améliorer la qualité des soins, à réduire le financement de l'État et à augmenter les ressources propres de l'hôpital. Ces établissements vont pratiquer le recouvrement des coûts de leurs actes de santé et réutiliser le produit de leurs recettes pour leur propre fonctionnement (Ministère de la Santé Publique 3, 1995).

Les nouvelles formations sanitaires autonomes devront appliquer les principes de gestion des entreprises qui nécessitent entre autres la recherche permanente d'un équilibre entre recettes et dépenses et l'analyse des coûts de production leur permettant ainsi d'aborder le problème de la tarification et le recours à d'éventuelles subventions. Tout en continuant à assurer sa mission de service public, " le nouvel hôpital " devra assurer l'équilibre de ses comptes et une qualité des soins pour répondre à ses objectifs de performance.

² In autonomie hospitalière : sommaire des expériences de cinq pays, p.1

³Idem p.12

⁴Idem.p.28

Les objectifs et avantages de cette réforme sont donc vastes et consistent globalement à la rationalisation et l'assouplissement du cadre juridique et financier des établissements hospitaliers mais également à la démocratisation de leur administration pour plus d'efficacité, d'efficience et une meilleure qualité de soin. La mise en œuvre efficace de ces options devra se concrétiser par le passage de "l'hôpital administration" à la notion "d'hôpital entreprise" où la performance prend la place de la logique administrative qui a toujours caractérisé les hôpitaux publics.

Près de vingt (20) ans après la mise en place de l'autonomie hospitalière, la performance du CHU-C est-elle conforme aux bénéfices attendus par la mise en place de la réforme ? Peut-on assimiler l'organisation, le fonctionnement du CHU-C à celui d'une entreprise ? Ce mode d'organisation et de fonctionnement a-t-il rendu le CHU-C plus performant ? En bref la réforme érigeant le CHU-C en EPIC doté de la personnalité juridique et, de l'autonomie financière a-t-elle amélioré la performance du CHU-C ?

Cette question est d'autant plus actuelle, que l'autonomie des hôpitaux s'inscrit dans la dynamique de décentralisation qui est en cours dans la plupart des pays africains (Balique H., 1999) notamment en Côte d'Ivoire. En effet il est question de la redéfinition du rôle de l'État et de son intervention au niveau tertiaire de la pyramide de soins par la privatisation totale ou partielle de tout ou partie des structures existantes (Ministère de la Santé Publique 4, 2000).

2. OBJECTIFS

L'objectif général de l'étude est d'évaluer l'effet de l'autonomie sur la performance du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody.

Cet aspect général permet de définir des objectifs spécifiques suivants :

- Décrire et analyser le dispositif administratif et juridique qui soutient le développement du CHU de Cocody comme hôpital autonome.
- Mesurer à l'aide d'indicateurs, l'évolution de la performance du CHU-C.
- Identifier le (s) liens Autonomie - Performance

B. ETAT DE CONNAISSANCE

Malgré la mise en place de l'autonomie hospitalière à travers le monde, très peu d'études ont cherché à évaluer l'expérience de ces hôpitaux, les mérites et limites de l'autonomie hospitalière (Chawla et al, 1996). Notre champ de connaissance sur la question de l'autonomie des hôpitaux tiendra compte, des évaluations des réformes et performances des systèmes et structures de santé, aux articles traitant du système de soins en général et des hôpitaux en particuliers.

Le recensement des écrits sur l'évaluation de l'effet de l'autonomie sur la performance des hôpitaux doit s'apprécier à travers deux notions : la notion d'autonomie et la notion de performance.

1. LA NOTION D'AUTONOMIE

Appréhender la notion c'est d'abord la définir avant de dégager les dimensions sous lesquelles elle sera analysée.

a) Définition de l'autonomie hospitalière

Le Grand Larousse (éd.1997 p.95) définit la structure autonome comme celle " *qui fonde son comportement sur des règles choisies librement* " comme celle qui dispose d'une " *liberté, indépendance morale ou intellectuelle* ". Dans le même sens, l'autonomie peut être définie comme " *la qualité ou l'état de s'autogouverner surtout le droit ou le pouvoir de s'autogouverner* " ⁵ ; La structure autonome est " *capable d'exister indépendamment, être sujet à ses propres lois* ".

Ces définitions de l'autonomie impliquent donc une indépendance totale de toute forme de pouvoir ; une capacité pour la structure qui l'acquiert de décider de ce qui est bon pour elle sans soumission à aucune autre autorité.

Tout en allant dans le même sens que les définitions précédentes, le Lexique Economique 6^{ème} édition Dalloz p.50 conditionne la liberté d'action des structures publiques à l'obtention et à la reconnaissance d'un statut juridique particulier qui est la personnalité morale. En effet l'autonomie y est définie comme " *une facilité pour un service public d'administrer directement son budget si elle possède la personnalité morale* ".

⁵ Autonomie hospitalière : Guide Méthodologique, p.4

Si ces définitions ont l'avantage de saisir globalement la notion de l'autonomie, elles paraissent insuffisantes lorsqu'il faut les appliquer aux hôpitaux. En effet, il n'existe nulle part au monde des hôpitaux totalement indépendants. Même l'émergence des structures privées dans le paysage du système hospitalier ne se fait indépendamment de toute réglementation gouvernementale. La puissance publique, garant du bien être social des populations, garde des prérogatives importantes en matière de règles d'établissement de ces hôpitaux et peut agir sur elles pour une meilleure régulation du système de soins hospitaliers.

Ainsi, appliquée aux hôpitaux, la notion d'autonomie doit avoir un sens propre. Certains auteurs définissent les hôpitaux autonomes comme étant " *les hôpitaux publics qui s'éloignent des contraintes bureaucratiques imposées au système de santé du secteur public et qui bénéficient de beaucoup plus de latitude dans leur administration et leur mode de direction* " (D. Collins et al, 1999) d'autres les définissent comme étant ceux qui " *s'autogouvernent, s'autodirigent et s'autofinancent au moins partiellement* " ⁶. Ces définitions posent cependant le problème du degré d'indépendance à satisfaire pour être considéré comme hôpital autonome. De l'avis de M. Chawla et al (1996) " *l'expression hôpital autonome ne peut avoir de signification que si elle satisfait à des critères établis par consensus, car un hôpital ne peut être autonome que dans un contexte défini à priori* ".

L'hôpital autonome peut donc être appréhendé comme la structure, qui dispose dans ses prises de décisions, de prérogatives propres préalablement définies en matière administrative, opérationnelle et financière.

La notion d'autonomie ainsi définie doit être conceptualisée pour dégager un cadre à travers lequel elle peut être analysée.

b) Les dimensions de l'autonomie

De la revue de littérature sur les dimensions de l'autonomie, il se dégage deux aspects sous lesquels ces dimensions pourraient être conceptualisées : La distribution et l'évolution des responsabilités, et les fonctions de gestion pour lesquelles les décisions seront prises et appliquées.

Traitant de l'autonomie, Pangu et al (1992) considèrent comme dimension de " *l'hôpital entreprise* " les fonctions administrative, medico-technique, logistique maintenance. La fonction administrative a trait à la gestion des ressources humaines, des finances et du matériel. La fonction médico-technique concerne le plateau technique suffisant et effectif. Ici bien qu'on ait au départ trois dimensions de

⁶ Hildebrand et Newbrander in Autonomie hospitalière : Guide Méthodologique, p.4

l'autonomie, deux seulement ont été analysées (administrative et médico-technique), la fonction logistique-maintenance a été finalement incluse dans la fonction administrative ce qui crée une confusion dans l'opérationnalisation des dimensions de l'autonomie et dans l'identification des fonctions de l'hôpital. En outre les dimensions ont surtout été analysées et discutées sans qu'on puisse avoir une méthodologie claire permettant d'identifier leurs indicateurs.

Selon le Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'autonomie fait partie de ces mécanismes organisationnels et institutionnels qui confèrent aux prestataires de services de santé la souplesse suffisante dont ils ont besoin pour réagir aux incitations claires. Le pouvoir de décision de l'organisation autonome s'apprécie à travers le droit de regard sur les produits et les limites des activités, la gestion financière, l'administration hospitalière et non hospitalière, la gestion stratégique et s'il y a lieu la stratégie commerciale.

Cette définition qui identifie le pouvoir de prise de décision comme dimension de l'autonomie, ne fournit pas de système d'opérationnalisation de celle-ci. l'autonomie est considérée comme réforme institutionnelle au même titre que le degré d'exposition au marché, le degré de transparence, le degré de responsabilité financière qui sont pourtant des aspects qu'on peut inclure dans le développement de l'hôpital comme entité autonome. Il y a ainsi une sorte d'éclatement du concept d'autonomie qui ne permet pas d'identifier un cadre conceptuel précis et exhaustif.

Collins D et al (1999) identifient l'évolution du degré d'autonomie et les organes responsables de la prise de décision comme dimension de l'autonomie. Ici l'autonomie s'applique aux fonctions : Administration, Opérations, Direction et Financement. Cette structure a l'avantage d'englober les fonctions de l'hôpital mais elle reste assez incomplète concernant l'opérationnalisation de ces trois dimensions.

C'est avec M. Chawla et al. (1996) qu'apparaît un cadre conceptuel assez exhaustif et plus explicite de l'autonomie. En effet cette étude juge la distribution et l'évolution des responsabilités insuffisantes pour apprécier le niveau d'autonomie et considère la nature, le degré et le processus par lequel l'autonomie est accordée à l'hôpital comme les dimensions " appropriées pour discuter de l'autonomie hospitalière ". Ces dimensions permettent d'identifier l'évolution, la distribution et les organes responsables de la prise de décision qui a lieu dans un hôpital et surtout la faisabilité d'une telle prise de décision pour chacune des fonctions administratives.

Concernant les fonctions de l'hôpital, cette étude fait d'emblée une distinction entre le domaine de la santé et celui de l'hôpital. A ce second niveau qui fait référence à toutes les activités entreprises dans le cadre de l'hôpital et sur lesquelles l'administration de l'hôpital exerce d'habitude plus de contrôle, elle divise la structure hospitalière en éléments représentatifs des activités menées au sein de l'hôpital public

à travers lesquelles on peut mieux apprécier les dimensions de l'hôpital autonome. En outre, cette structure est très proche de celle des entreprises privées.

C'est là une approche intéressante car l'objectif avant tout de l'autonomie est de rapprocher l'hôpital de l'entreprise et l'analyser à travers une grille conceptuelle des entreprises privées permet de mieux déterminer si les hôpitaux sont administrés dans l'optique de "*l'hôpital administration*" ou gérés comme le recommande la notion de "*l'hôpital entreprise*".

Cette étude permet donc de mieux apprécier le degré d'autonomie et le processus par lequel l'autonomie est accordée pour chaque fonction de l'hôpital : la gestion stratégique, la gestion financière, la gestion des ressources humaines, la gestion des approvisionnements et l'administration.

On remarque que les activités de gestion des approvisionnements et l'administration peuvent être incluses dans les autres fonctions. En effet, l'administration concerne, selon Chawla et al., "*les activités quotidiennes de gestion*" de l'hôpital. Définie comme telle, cette fonction est indissociable des autres car les décisions de gestion quotidienne concernent toutes les fonctions de l'hôpital.

Le fonctionnement et la réalisation des activités de l'hôpital nécessitent des décisions quotidiennes des responsables en charge de la gestion stratégique, de la gestion financière et de la gestion des ressources humaines. La fonction administration se retrouve donc au niveau des autres fonctions de l'hôpital.

Chawla et al. Parlant des approvisionnements indiquent qu'ils ont trait à l'achat des médicaments, du matériel et des équipements. Les décisions à ce niveau, définies surtout sous l'angle de l'incidence financière, peuvent être prises en compte dans la gestion financière qui a trait à toutes les activités de recettes et de dépenses. L'achat du matériel, des médicaments et des équipements constitue donc un aspect de la gestion financière.

Ainsi, dans le cadre d'analyse de l'étude, nous ne tiendrons compte que de la gestion stratégique, la gestion financière et celle des ressources humaines comme fonctions clés de l'hôpital pour l'analyse de l'autonomie.

La notion d'autonomie sera donc analysée à travers ces concepts ; Qu'en est-il de la performance ?

2. LA NOTION DE PERFORMANCE

La notion de performance sera d'abord définie ; ce qui permettra de mieux identifier les dimensions qu'elle recouvre.

a) Définition de la performance

Selon le Grand Robert de la Langue Française (2^e édition 1996 p.273), "*la performance est le résultat individuel de l'accomplissement d'une tâche*". Le Petit Larousse 1996 p.765 ne dit pas autre chose. En effet, la performance y est définie comme "*le résultat obtenu dans l'exécution d'une tâche*". Ces définitions peuvent-elles être appliquées au secteur de la santé ?

Knowles et al (1997) considèrent la performance du système comme "*mesure des résultats des réformes du secteur de la santé*". Ainsi la performance a trait aux résultats. Les résultats d'une activité s'apprécient à travers la réalisation ou non des objectifs préalablement définis, il s'ensuit qu'un système performant est celui qui atteint ses objectifs.

Les différentes études sur la performance des réformes ou des structures n'indiquent pas de définition claire de la notion. Elle est surtout considérée à travers des dimensions qui sont la traduction des objectifs visés par la mesure des résultats d'une réforme ou d'une activité sanitaire. Ainsi on distingue plusieurs appréciations de la performance. Elle est définie selon : l'équité, la responsabilité publique, l'efficacité, la mobilisation des ressources et la qualité des soins (Chawla et al, 1996) ; L'accès, l'équité, la durabilité, l'efficacité et la qualité (Knowles et al, 1997) ; L'adaptation, la production, les valeurs-normes-culture et l'atteinte des objectifs (Parson, 1977)⁷...

La notion de performance est ainsi définie selon les objectifs et le contexte propre à chaque étude. Ce qui a fait dire à Pekele M (1998) qu' "*un certain consensus semble se dégager quant à la définition de la notion de performance dans la littérature. La performance est décrite comme étant le degré ou le niveau d'atteinte des normes*" que l'on s'est fixé.

Selon l'OMS (OMS, 2000), considérer la performance sous cet angle indique seulement jusqu'à quel point le système atteint les différents objectifs sans être utile en cas de comparaison des systèmes de santé, il faut donc lier le résultat aux ressources disponibles pour savoir exactement ce qu'il eût été possible de faire.

⁷ In Pekele Mensah, 1998

La performance est donc la mesure des résultats obtenus en fonction des ressources disponibles mobilisées. Quelles sont alors les dimensions de la notion de performance ?

b) Les dimensions de la notion de performance

Plusieurs critères de performance sont proposés par la littérature. Ces critères concernent globalement la performance des réformes des systèmes de santé comme la réforme hospitalière et des structures de soins notamment des hôpitaux.

Le Dr Pekele M (1998) évalue la performance du CHU-Campus de Lomé (Togo) à travers le modèle intégré de Parson d'évaluation de la performance des services de santé. Les dimensions utilisées sont l'adaptation à son environnement, la production et l'atteinte des objectifs. L'étude ne tient pas compte de la dimension valeurs-normes-culture alors que le modèle de Parson se veut exhaustif. D'autres part, les dimensions Adaptation à l'environnement et Atteinte des objectifs sont des notions assez complémentaires. Ce qui peut poser des problèmes d'appréciation.

On note que plusieurs indicateurs utilisés, ont trait plus aux résultats d'activités qu'à la performance (nombre de patients externes, nombre d'hospitalisations, recettes hospitalières, nombre de médecin...). Aussi, bien que les indicateurs soient bien précisés pour chaque dimension, les notions considérées sont anciennes (Le modèle de Parson date de 1977). Cela pose le problème d'adaptabilité de ces dimensions et d'applicabilité de leurs résultats. D'autres notions leur sont préférées.

Plusieurs études et articles abordent la performance sous l'angle des nouvelles notions de la performance comme l'efficacité, l'équité, l'efficience. Cependant, on ne note pas, pour beaucoup d'entre elles, d'indicateurs précis des dimensions de la performance des structures de soins en général et des hôpitaux en particulier. C'est le cas de Meng et al (2000) qui utilisent la qualité du travail, la disposition à fournir des soins de santé primaires, la qualité des soins pour comparer les cliniques privées et publiques rurales en Chine. Knowles et al (1997) utilisent l'accès, l'équité, la durabilité, l'efficacité et la qualité pour juger de la performance des réformes du secteur de la santé sans aborder précisément la réforme hospitalière. Le groupe consultatif de l'OMS sur les hôpitaux (1994) utilise l'équité, l'adaptation, l'acceptabilité, l'efficience et l'efficacité comme facteur de la performance des structures de prestations de soins.

L'étude de Collins et al (1999) tente de remédier à cela mais elle reste incomplète ; ici on note des indicateurs concernant l'efficience, mais on ne note pas d'indicateurs pour l'équité, et la qualité des soins.

A contrario, l'étude de Chawla et al (1996) en tant que *Guide Méthodologique* de l'évaluation de l'autonomie hospitalière se veut exhaustive. Cela est un problème à sa

mise en œuvre car le champ d'indicateurs est vaste et le recueil de données les concernant nécessite des moyens importants.

La recherche d'outil plus performant d'évaluation de la performance des structures de soins notamment des hôpitaux a emmené certains auteurs à utiliser l'indice Synthétique d'Activité (ISA) pour mesurer la performance des hôpitaux dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI). Ainsi Borella (2000) considère le PMSI comme l'élément clé de l'évaluation de la performance des hôpitaux tout en montrant ses limites. Rabiller et al (2000) mesure la qualité des prestations hospitalières par les dimensions de volume de production, coûts, niveau de conformité et résultats opérationnels.

Cependant les indicateurs concernant les dimensions proviennent essentiellement du calcul de l'ISA (dimension volume de production et résultat opérationnel) et de la méthode de comptabilité analytique de l'Activity Based Costing (ABC) ou Comptabilité par Activité (dimension coût). Ces notions issues du PMSI sont très récentes et assez performantes mais elles nécessitent un système d'information hospitalier performant que très peu de structures d'Afrique au Sud du Sahara possèdent. La méthodologie employée dans ces études ne peut donc pas être appliquée au CHU-C.

Dans leur étude : *Méthodes d'évaluation des effets des reformes des systèmes de santé*, McPake et Kutzin (1997) définissent des méthodes simples d'évaluation des effets des reformes de santé notamment la réforme hospitalière accordant l'autonomie aux structures de soins de première référence. Ici les dimensions considérées sont l'efficacité (technique et allocative), l'équité (dans l'accès et dans le financement) et la viabilité financière. Pour chaque dimension, on note des indicateurs précis : Durée moyenne de séjour, Taux d'occupation des lits, Taux de Rotation des lits ... ainsi que leurs explications, leurs modes de calcul et les sources d'informations permettant de les collecter selon le contexte dans lequel ils doivent être employés (niveau national, niveau local, niveau des structures...).

Le principal objectif d'un système de santé étant l'amélioration de la santé humaine, sa principale fonction doit être la production de services de santé de qualité (OMS, 2000), ainsi l'absence de la dimension qualité des soins dans celles utilisées peut sembler affecter la cohérence de la mesure des reformes. Cependant selon les auteurs, lors de l'évaluation des reformes, il revient à chacun de choisir les indicateurs qu'il juge les plus adéquats en fonction du contexte et de leurs objectifs.

L'absence de la dimension qualité des soins et d'autres dimensions qui peuvent s'avérer importantes peut donc s'expliquer par le fait que les auteurs ont axé leurs analyses sur les dimensions économiques (efficacité et viabilité financière) et politique (équité) des reformes du système de santé. En outre la méthode de choix des indicateurs est assez concise : on dispose d'une liste d'indicateurs les mieux

adaptés pour chaque dimension, la méthode de calcul des indicateurs est précisée, le degré de précision de chaque indicateur est discuté, les sources d'informations et les méthodes de collecte de données pour mesurer chaque indicateur sont identifiées. Ce qui fait de la structure d'analyse fournie par McPake et Kutzin l'un des cadres conceptuels adéquats d'évaluation de la réforme portant autonomie des hôpitaux publics étant donné l'objectif et l'environnement de l'étude.

Il aurait été certainement plus exhaustif d'utiliser ce cadre dans sa globalité, mais les indicateurs de la dimension équité pour l'évaluation de la réforme hospitalière nécessite des moyens importants. En effet les indicateurs tels que l'utilisation des services par les groupes spécifiques, les caractéristiques socio-économiques et géographiques des populations assurées et non assurées nécessite des moyens importants.

L'étude de l'effet de l'autonomie sur la performance du CHU-C se fera donc selon la dimension économique d'évaluation des réformes du système de santé : L'efficacité allocative, l'efficacité technique et la viabilité financière.

Pour McPake et Kutzin, les indicateurs de l'efficacité allocative sont la Durée Moyenne de Séjour (DMS) et le Taux de Rotation des lits. La part du personnel dans le total du budget, la productivité du personnel selon les consultations et les hospitalisations, et le taux d'occupation mesurent l'efficacité technique. La viabilité financière a trait aux taux de recouvrement et à la part de la subvention de l'Etat dans le budget de l'hôpital.

3. METHODES ET EFFETS DE L'EVALUATION DE L'AUTONOMIE HOSPITALIERE

L'analyse des méthodes et résultats de la littérature sur l'autonomie hospitalière permettra d'identifier une méthodologie propre à notre contexte, et les relations possibles entre les dimensions de l'autonomie et les dimensions de performance pour affiner les hypothèses de recherche. Elle consistera également à déterminer une norme pour chaque indicateur de performance selon les différents cas étudiés.

a) Analyse méthodologique

On distingue différentes approches méthodologiques dans l'évaluation de l'autonomie hospitalière. En général, ce sont des études longitudinales qui comparent les mêmes unités d'observation dans le temps ou des études transversales qui comparent des unités d'observation différentes. Ces études diffèrent au niveau du nombre de cas (cas unique, cas-témoins) et de la période concernée (pré et /ou post autonomie).

Thomas Bossert et al⁸ dans une étude cas-témoin comparent dix hôpitaux ; Cinq hôpitaux autonomes (hôpitaux " Swadana ") et cinq non autonomes : trois hôpitaux publics au niveau provincial et du district et deux hôpitaux privés. Il faut noter que ces hôpitaux " Swadana " ont deux à trois ans d'autonomie. L'autonomie est donc assez récente pour dégager des tendances précises sur l'évolution de la performance ; Ce qui peut amener des erreurs d'appréciation lors des comparaisons.

Needleman et al⁹, au Zimbabwe, comparent l'hôpital autonome Parirenyatwa à d'autres hôpitaux du même pays. Les auteurs indiquent que cet hôpital a toujours été mieux financé que les autres par l'Etat ce qui fait que les différences constatées peuvent être dues, plus aux niveaux des ressources qu'à l'autonomie. En outre, on remarque que l'hôpital autonome a apparemment une vocation nationale notamment avec près de mille (1000) lits, alors que les autres possèdent au maximum cent cinquante (150) lits. Cette différence pose des problèmes car les comparaisons porteront sur des entités ayant des niveaux d'activités et des compétences différents.

L'étude de Collins et al aborde l'évaluation de l'autonomie sous l'angle d'une comparaison des indicateurs avant et après l'autonomie. Ce type de méthode permet assurément d'apprécier les variations des indicateurs sur les périodes pré et post autonomie. Cependant on remarque un grand écart entre les différentes périodes. La période pré autonomie porte sur deux ou trois ans alors que la période post autonomie porte sur sept à dix ans d'observations. Cet écart peut donner une mauvaise appréciation des tendances des résultats lors des comparaisons. Aussi la quasi-impossibilité d'avoir des données chiffrées sur la période pré autonomie du CHU-C ne milite pas en faveur d'une telle stratégie.

Pekele Mensah juge l'effet de l'autonomie sur la période post autonomie au Togo. Dans son analyse, l'auteur compare certains indicateurs à ceux d'un autre hôpital togolais (CHU Tokoin). Cette étude permet d'avoir une idée de la performance d'un hôpital selon le contexte national et offre des possibilités d'identifier des normes internationales pour juger de la performance de l'hôpital.

Ces études ont donc des stratégies et des méthodologies différentes, cependant quelle méthode d'analyse utilisent t'elles pour montrer le lien entre l'autonomie et la performance ?

Toutes les études utilisent des données qualitatives et des données quantitatives. Les données qualitatives concernent l'autonomie notamment les statuts, les décrets, les lois. Ces données font toujours l'objet d'une analyse pour identifier les nouvelles attributions de l'hôpital en rapport avec leurs applications pratiques. Cette méthode permet assurément de saisir l'espace de dépendance ou d'indépendance de l'hôpital autonome car elle montre la faisabilité du développement de l'hôpital comme

⁸ In Autonomie hospitalière : Sommaire des expériences de cinq pays, p.1

⁹ In Autonomie hospitalière : Sommaire des expériences de cinq pays, p.18

structure autonome par rapport à la tutelle. Les données quantitatives concernent les indicateurs de performance.

Pour apprécier le lien entre les deux types de données, l'équipe du Projet de Données pour la Prise de Décisions base la méthode d'analyse sur la période. En effet, ces études qui portent sur l'autonomie dans cinq pays, optent pour une stratégie longitudinale pré et post autonomie. Le lien s'apprécie donc par le point de rupture entre la situation de non-autonomie et la situation d'autonomie. Selon les évolutions des indicateurs à partir de ce point ils concluent à l'effet ou non de l'autonomie.

Cette méthode d'analyse est la plus employée dans les études longitudinales et on la retrouve également avec Collins et al (1999). Cependant, les résultats de telles analyses permettent d'indiquer à première vue les effets de l'autonomie mais il faut pour cela que les tendances soient très longues et qu'on tienne compte de toutes les décisions dans l'environnement pouvant affecter ces indicateurs. En outre elles n'indiquent pas l'effet réel de l'autonomie car elles sont surtout basées sur les textes qui indiquent les changements de statut.

Les études cas - témoins comparent la performance des hôpitaux autonomes à celle des hôpitaux non autonomes. Les auteurs tentent alors de lier les différences d'observations à l'autonomie. La différence au niveau des textes des deux types de structures joue, là encore, un rôle important dans les comparaisons. Certains auteurs font ces comparaisons sous l'angle des décisions prises, notamment Bossert¹⁰ et Needelman¹¹, mais cette méthode d'analyse n'est pas clairement indiquée et utilisée pour tous les aspects de la performance.

L'existence des textes présume l'autonomie mais il faudrait que des décisions en rapport avec ces textes soient prises et que leurs effets soient identifiés clairement sur les indicateurs de performance pour pouvoir conclure à l'effet de l'autonomie. Les textes offrent un cadre dans lequel l'autonomie doit s'appliquer et c'est à travers cette application qu'on pourra conclure à l'effet réel de l'autonomie sur la performance.

Cette méthode d'analyse permet de lier directement l'autonomie, à travers les décisions prises grâce aux attributions qu'elle a conférée, et les indicateurs de performance. Aussi, elle réduit l'effet des facteurs externes ou permet de mieux les identifier, ce qui améliore la validité de la stratégie.

¹⁰ Op cit. p.14

¹¹ Op cit. p.14

b) Les effets

L'analyse des résultats des différents cas laisse entrevoir que l'autonomie agit différemment sur la performance selon les fonctions de gestion de l'hôpital. En effet, pour chaque fonction de l'hôpital, les décisions ont plus d'effets sur des dimensions particulières de la performance. On retrouve ces liens entre les décisions et la performance dans la littérature même s'ils ne sont pas clairement définis en terme d'hypothèses d'étude ou de méthode d'analyse.

Certaines décisions¹² en permettant à l'hôpital de changer l'organigramme, changer les services rendus, ont des effets sur la productivité et sur la viabilité financière. La possibilité d'agir sur le panier de soins fournis par l'hôpital se fera assurément pour les services faisant l'objet d'une demande donc susceptible de rapporter un surplus de recette (viabilité financière). La possibilité de changer la tarification a des effets directs sur la viabilité financière de l'hôpital.

De même, les tarifs agissent sur le nombre de consultations et d'admissions qui permettent d'obtenir des indicateurs d'efficacité allocative et technique. En effet les indicateurs d'efficacité comme la DMS, le Taux de Rotation, le Taux d'occupation s'obtiennent à partir de ces indicateurs de fréquentations de la structure. L'effet des variations de la tarification peut donc les influencer à travers le nombre de consultations ou d'hospitalisations.

La possibilité ou non de recruter le personnel et de rémunérer les agents de l'hôpital agit sur l'efficacité. L'hôpital peut décider de recruter du personnel pour améliorer le rapport médecin par consultation ou par hospitalisation, donc l'efficacité technique.

La possibilité de rémunérer les agents directement agit sur le budget de l'hôpital donc sur la viabilité financière. Ainsi pour faire face à ces problèmes budgétaires, l'hôpital peut décider de réduire sa masse salariale, ce qui a un effet sur le budget dont il dispose. Dans le cas contraire, une hausse de la masse salariale affecte le budget.

Plusieurs décisions de gestion ont ainsi des effets sur des dimensions particulières de la performance. On remarque cependant que la gestion stratégique a principalement trait à la définition des objectifs et la planification de leurs mises en œuvre. Les décisions prises deviennent opérationnelles et sont exécutées au niveau des autres fonctions de l'hôpital. C'est donc à travers celles-ci que la fonction gestion stratégique agit sur les indicateurs de performance.

Ainsi, si l'analyse de l'autonomie tient compte à la fois des trois fonctions, son impact sur la performance se manifeste par l'exécution des décisions au niveau de la gestion

¹² Tous les exemples de décision sont tirés de manière éparse de l'étude de DDM : Autonomie hospitalière : Sommaire des expériences de cinq pays.

financière et la gestion des ressources humaines. Le champ d'action sera donc réduit à la gestion financière et à la gestion des ressources humaines qui constituent dans le cadre de l'étude les aspects pratiques des activités de l'hôpital. Ce sont donc ces deux fonctions qui agissent directement sur les dimensions de la performance.

c) Normes des indicateurs de performance

Les indicateurs de la performance se retrouvent de manière éparse dans les différentes études et articles, et on note en général des discussions concernant leur niveau en rapport avec la performance.

Très peu d'études ou d'articles séparent l'efficacité en terme allocative et technique. Au niveau de celles qui optent pour cette démarche, on note une certaine divergence dans le classement des indicateurs. Ainsi si Collins et al (1999) considèrent la DMS comme indicateur de l'efficacité technique, McPake et Kutzin (1997) l'attribuent à la fois à l'efficacité allocative et l'efficacité technique en notant à ce dernier niveau qu'elle doit être analysée conjointement avec le taux de rotation et le taux d'occupation.

Collins et al. Considèrent la DMS en terme de réduction du temps d'hospitalisation des patients, ce qui entraînerait une réduction des coûts liés à leurs traitements : lits, eau, électricité, personnel... C'est au niveau de ce dernier aspect que McPake et Kutzin considère la DMS comme indicateur de l'efficacité allocative. En effet, pour ces auteurs, la DMS détermine la prise en charge des malades et permet d'indiquer l'affectation du personnel des consultations vers le traitement des patients hospitalisés. Cette affectation se traduisant alors par la baisse de la durée de séjour des patients du fait de la prise en charge.

La divergence vient donc du fait que McPake et Kutzin considèrent le personnel comme une ressource particulière par rapport aux autres intrants utilisés dans la prise en charge des patients et que son affectation à cette fonction est essentiel dans l'évolution de la durée de séjour des malades hospitalisés. Il est vrai que les autres intrants sont aussi importants dans le traitement des affections mais le personnel de par son niveau de compétence et sa motivation est déterminant dans le traitement adéquat des patients. Toutes les études considèrent cependant que la DMS dans un hôpital performant doit tendre à la baisse.

Cette tendance globale semble indiquer une situation courante au niveau de l'évolution de l'indicateur. Ce qui peut poser des problèmes d'appréciation de la tendance par rapport à la performance. Cependant, il est préférable que la tendance soit à la baisse pour indiquer une meilleure prise en charge des patients ; car une hausse signifierait un temps plus long d'hospitalisation qui n'indiquerait pas à première vue un bon niveau de traitement des patients.

Le niveau varie cependant selon les cas. Pour le CHU-Campus de Lomé, la DMS, qui indique le nombre moyen de jours passés à l'hôpital par les patients hospitalisés, varie entre 7 et 10 jours pour un nombre de lits autour de 111. L'hôpital National Kenyatta a une DMS qui varie entre 8 et 9 jours pour en moyenne plus de 1800 lits. L'étude de Chirikos et Sear (2000) portant sur 186 hôpitaux en Floride (Etats Unis d'Amérique) montre une moyenne de DMS de 7 jours et de 262 lits.

Il est donc difficile de déterminer un niveau précis de la DMS pouvant permettre de juger de la performance de l'hôpital. Cela dépend de plusieurs facteurs comme l'importance de l'hôpital au sein du système de soins, le fonctionnement du système de référence, la qualité du personnel médical. L'hôpital performant sera donc considéré comme celui qui a une DMS qui tend à la baisse.

Le taux de rotation des lits dans un hôpital performant doit tendre à la hausse. Cette considération de l'évolution de cet indicateur se retrouve dans les études sur l'autonomie du CHU-Campus de Lomé (Togo) et de l'hôpital Kenyatta (Kenya) et indique une évolution à la hausse du nombre de patients par lit. Ici également, il est difficile pour les mêmes raisons évoquées pour la DMS de déterminer un niveau standard de performance.

Selon Pangu et al (1992), la structure des dépenses des hôpitaux montre que les salaires accaparent en moyenne 60% du budget de fonctionnement. Mais on ne note aucune indication concernant son évolution. Concernant cet aspect, Collins et al (1999) remarquent une tendance à la baisse des coûts salariaux au fur et à mesure de l'évolution de l'autonomie de l'hôpital sans porter de jugement sur cette tendance. Selon McPake et Kutzin (1997), *"une réduction dans cet indicateur peut être considérée comme un gain en efficience si la qualité est maintenue au même niveau"*.

Supposer que la qualité des soins est maintenue au même niveau pose le problème même de l'objectif de l'autonomie et de la mission de l'hôpital qui doit sans cesse améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Cela implique également que le niveau initial de la qualité soit acceptable pour éviter que son maintien pose le problème d'acceptabilité par les patients. En outre, dans une entreprise de service, il est courant que la part du personnel soit une composante importante du budget. Surtout dans le domaine médical où le personnel peut être recruté pour palier au manque de matériel technique ce qui accroît les charges salariales.

Il est cependant préférable que la part du personnel dans le budget baisse ce qui dégagerait des ressources supplémentaires. Car une tendance à la hausse indiquerait une part de plus en plus faible pour les autres charges de fonctionnement (Médicaments, bureautique...) qui sont des éléments importants dans la bonne réalisation des activités de l'hôpital.

Plusieurs cas montrent qu'il y a une augmentation du personnel médical suite à l'autonomie. Mais en terme de productivité, conformément à la définition de cette notion : Augmentation du nombre d'output par unité d'intrants, les consultations et les hospitalisations doivent augmenter au fil du temps.

Ces tendances sont-elles applicables au système de soins ? En effet, appliquée au personnel de soins, la hausse de la productivité peut indiquer une hausse du volume de travail du personnel mais peut masquer un nombre insuffisant de personnel par rapport aux patients. De notre avis, compte tenu de la mission de l'hôpital de première référence : traitement des cas complexes, la productivité doit augmenter pour les hospitalisations et baisser pour les consultations.

La hausse de la productivité selon les hospitalisations indiquerait alors que le personnel, compte tenu de sa tendance d'évolution, assure la prise en charge d'un nombre plus élevé de patients hospitalisés. La baisse de la productivité selon les consultations indiquerait dans les mêmes conditions qu'il y a de moins en moins de patients externes qui sont traités par les médecins.

Ces tendances sont certes discutables car elles ne tiennent pas compte du type d'activité du personnel : temps plein ou temps partiel qui pourrait biaiser l'interprétation des tendances en cas de comparaison. Cependant le contexte du personnel médical en Afrique et en Côte d'Ivoire en particulier fait du personnel médical des travailleurs permanents. Le type d'activité ne sera donc pas considéré comme un facteur de biais de l'évolution de la productivité du personnel. En outre, si elles permettent de juger de l'efficacité, elles peuvent indiquer une baisse de la qualité des soins. Elles offrent cependant une meilleure idée du rôle de l'hôpital dans le système de référence et supposent le fait qu'il réalise de plus en plus ses activités prioritaires.

Le taux d'occupation des lits doit avoir une tendance à la hausse. En outre selon Thomas Bossert, la moyenne acceptable pour un taux d'occupation se situe entre 60 % et 80 %¹³. L'évolution vers un taux d'occupation de 100 % indiquerait la meilleure tendance d'occupation possible des lits mais compte tenu de la spécificité de l'activité hospitalière notamment les lits selon les services, la moyenne identifiée par Thomas Bossert constitue un niveau à partir duquel on peut juger d'un bon niveau d'occupation des lits de l'hôpital.

L'un des objectifs de l'autonomie étant de réduire la part de financement public dans le budget de l'hôpital, on s'attend à ce que cet indicateur baisse. En terme de niveau de l'indicateur, il est difficile de déterminer une norme. L'étude de Pekele confirme ce fait, ainsi on passe de 82% de taux de subvention à 44% en huit ans d'autonomie.

¹³ In Pekele Mensah : La performance organisationnelle du CHU-Campus de Lomé dans le contexte d'autonomie de gestion (1998) p.73

Si la subvention publique baisse, l'hôpital doit augmenter ses ressources propres pour combler ce manque à gagner. Le taux de recouvrement des coûts doit donc augmenter pour indiquer une bonne viabilité financière.

Ces normes ont été obtenues selon les contextes propres à chaque étude. Ces contextes sont différents de celui du CHU-C, mais l'observation des mêmes appréciations concernant les tendances d'évolution des indicateurs permet de porter un jugement sur la performance du CHU-C.

C. MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

1. MODELISATION DE L'AUTONOMIE

Dans le cadre de cette étude, l'hôpital autonome est celui qui bénéficie de pouvoirs propres, définis par rapport à la tutelle, dans le cadre des décisions ayant trait à son organisation et son fonctionnement. L'étendue de ces pouvoirs est différente selon chaque fonction de gestion de l'hôpital.

L'autonomie du CHU-C sera ainsi analysée à travers la distribution et l'évolution du degré d'autonomie et du processus par lequel l'autonomie est accordée à l'hôpital en matière de gestion stratégique, gestion financière et gestion des ressources humaines qui sont les fonctions sur lesquelles l'hôpital doit exercer le plus de contrôle pour affirmer son autonomie.

Le degré d'autonomie a trait aux pouvoirs de décisions qui sont accordés à l'hôpital par rapport à la tutelle dès lors qu'il a été décidé de lui accorder plus d'autonomie. Il s'agit donc de décrire les nouvelles attributions qui sont propres à l'hôpital et qui doivent lui permettre de prendre des décisions au niveau de ses fonctions de gestion.

Déterminer le degré d'autonomie consiste à répondre aux questions : Quelle est la gamme de décisions sur lesquelles l'hôpital a acquis des pouvoirs ? Sur quels domaines portent ces décisions ?

La prise en compte du processus par lequel l'autonomie est accordée à l'hôpital permet de préciser l'évolution des pouvoirs de l'hôpital par rapport à la tutelle, d'identifier les ajustements réglementaires effectués dans le cadre du développement de l'autonomie de l'hôpital par la tutelle. De discuter de la faisabilité du développement de l'hôpital comme structure autonome en terme de pratique de l'autonomie. A ce niveau, on tiendra compte des personnes ou des organes comme les Ministères, les Directions Centrales qui de par leurs pouvoirs peuvent constituer des freins à l'autonomie de l'hôpital.

Déterminer le processus de l'autonomie permet de répondre aux questions : Comment évolue le pouvoir réglementaire de prise de décision de l'hôpital sur l'ensemble des attributions qui lui ont été conférées par le statut d'autonomie ? Qui est chargé de la mise en œuvre de ces décisions ? Y a-t-il des contraintes à la faisabilité de cette mise en œuvre ? Quelles sont les décisions de l'hôpital qui confortent son autonomie ?

Le degré d'autonomie et le processus à travers lequel l'autonomie est accordée à l'hôpital permettront ainsi d'apprécier l'espace de liberté de décision et de gestion accordé à l'hôpital, entre la situation de dépendance totale et la situation d'indépendance totale, par rapport à la tutelle. Ils seront discutés pour chaque fonction de l'hôpital : La gestion stratégique, la gestion financière et la gestion des ressources humaines.

- La gestion stratégique fait référence aux fonctions de planification, d'organisation, de contrôle, de coordination, de supervision des activités médicales, administratives et financières de l'hôpital.
- La gestion financière concerne, dans le cadre de l'étude, la mobilisation, l'allocation et la comptabilité des recettes et dépenses de l'hôpital et la gestion des approvisionnements notamment les médicaments, les consommables médicaux, le matériel, les équipements.
- La gestion des ressources humaines comporte la formation et la gestion des diverses catégories du personnel hospitalier.

Les décisions prises en gestion stratégique agissant sur la performance à travers la gestion financière et la gestion des ressources humaines, ce sont ces deux fonctions qui permettront de déterminer le lien autonomie - performance.

2. MODELISATION DE LA PERFORMANCE

La performance est l'atteinte des objectifs que l'on s'est fixé compte tenu des ressources engagées. Elle s'apprécie à travers l'efficacité allocative, l'efficacité technique et la viabilité financière.

Une allocation efficace signifie que les ressources sont allouées aux activités où elles ont une valeur optimale (McPake et Kutzin, 1997). Elle caractérise un hôpital qui affecte les ressources aux actions jugées les plus utiles pour la population.

L'efficacité technique exige que les activités soient réalisées sans gaspillages d'intrants et avec un coût le plus bas possible. Elle consiste à minimiser le coût d'une stratégie possible tout en demeurant efficace dans sa mise en œuvre. L'hôpital techniquement efficace est donc celui qui réalise les objectifs qui lui sont assignés par

sa mission de service public, en minimisant la valeur des ressources employées pour y arriver. Il doit être capable de fournir des soins de haute qualité à moindres coûts.

La viabilité financière peut être définie comme la capacité de financement des activités par les ressources propres. Elle confère ainsi à la structure qui l'acquiert, une stabilité à long terme. L'hôpital financièrement viable a donc la capacité à long terme de financer ses activités sur fonds propres ; ce qui le libère de l'emprise d'autres sources de financement et donne tout son sens à la notion d'hôpital autonome.

3. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Le degré et le processus de la prise de décision au niveau de la gestion stratégique, la gestion financière, la gestion des ressources humaines de l'hôpital autonome lui permet d'allouer de manière efficiente ses ressources, d'être techniquement efficient et financièrement viable. Dans le cadre de l'étude, ce sont la gestion financière et la gestion des ressources humaines qui agissent directement et qui ont le plus d'effet sur la performance. Cependant, chaque fonction influence une dimension particulière de la performance. Ainsi :

H 1 : L'autonomie de la gestion financière permet une meilleure efficience allocative des ressources de l'hôpital.

H 2 : L'autonomie de la gestion financière améliore la capacité de l'hôpital à réaliser ses activités à moindres coûts donc l'efficience technique.

H 3 : L'autonomie acquise par le CHU-C au niveau de la gestion financière permet d'améliorer sa viabilité financière

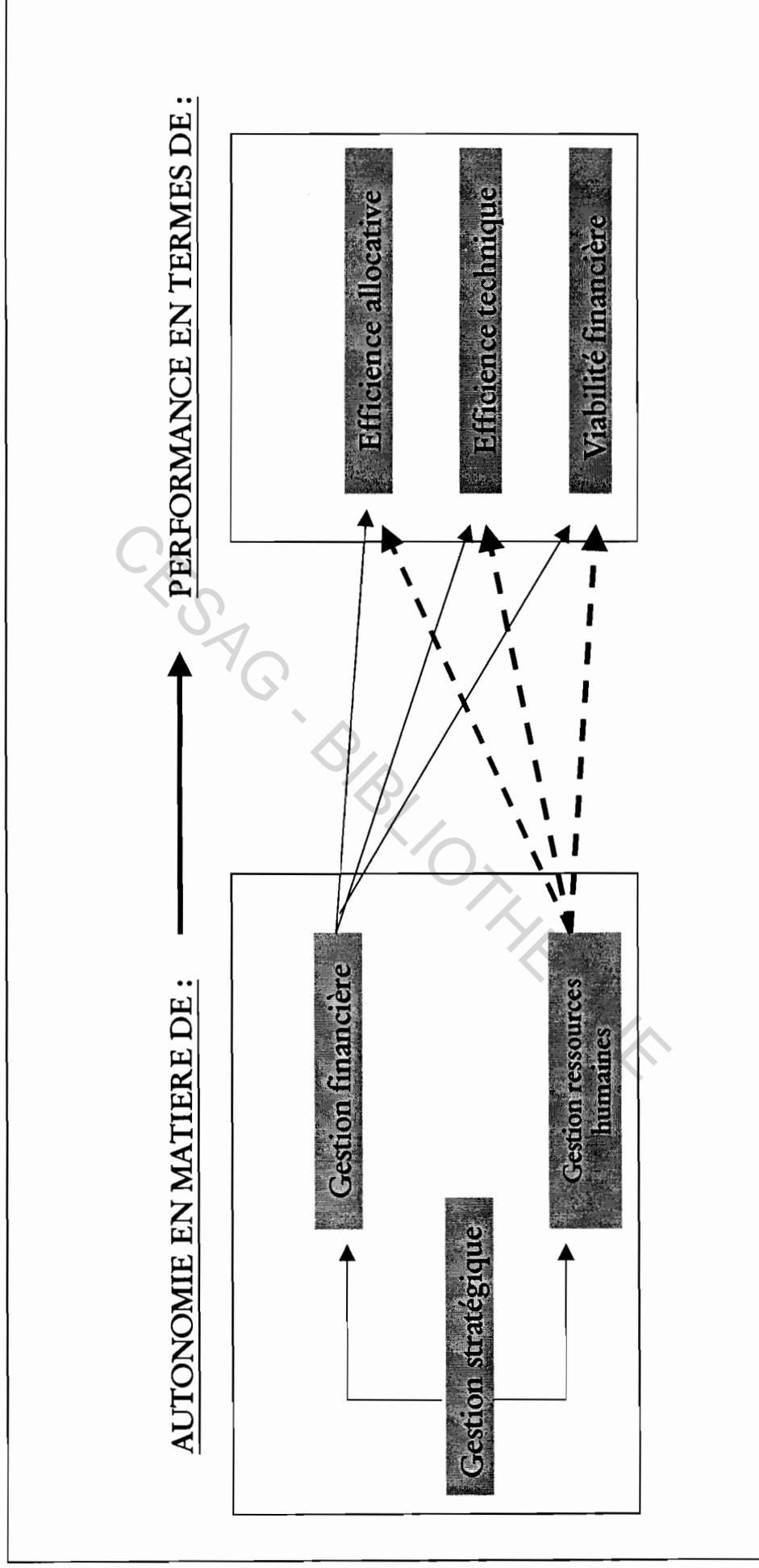
H 4 : La gestion des ressources humaines acquise avec l'autonomie à permis une meilleure évolution de son niveau d'efficience allocative.

H 5 : L'autonomie conférée en matière de gestion des ressources humaines améliore la productivité donc l'efficience technique de l'hôpital.

H 6 : Les stratégies de gestion des ressources humaines développées dans le cadre de l'autonomie améliorent la viabilité financière de l'hôpital.

Le cadre conceptuel ci-après montre les relations entre les dimensions de l'autonomie et les dimensions de la performance.

CADRE CONCEPTUEL



II. CADRE OPERATIONNEL

A. Stratégie de recherche

1. CHOIX D'UNE STRATEGIE

L'autonomie hospitalière constitue une réforme dans le mode d'organisation, de fonctionnement et de gestion des hôpitaux ; en tant que telle, elle a des effets ou non sur ces structures. Il s'agit donc d'identifier une approche méthodologique permettant de savoir si et dans quelle mesure les variations dans les indicateurs de performance de l'hôpital peuvent être associées au changement de politique. Notre étude permettra donc d'expliquer le comportement des indicateurs de performance d'un hôpital qui a acquis une autonomie dans son mode d'organisation et de gestion en liaison avec les décisions prises dans le cadre de l'autonomie.

Notre stratégie sera donc une étude longitudinale du cas d'un hôpital : le CHU de Cocody qui après plusieurs années de fonctionnement a acquis par décret des pouvoirs propres de décisions en matière administrative, opérationnelle et financière. La période considérée sera celle comprise entre 1985 et 2000 avec une rupture entre 1995 et 1997 due au fait de la fermeture de l'hôpital pour réhabilitation.

2. VALIDITE INTERNE DE LA STRATEGIE

La validité interne de la stratégie de l'évaluation de l'effet de l'autonomie sur la performance des hôpitaux consiste à s'assurer que les variables de l'autonomie sont les seules explicatives du changement dans les variables de performance de l'hôpital.

En tant que système, le secteur de la santé est l'objet de plusieurs changements de politique ; toute réforme est inextricablement liée à d'autres réformes (Chawla et al, 1996). Des politiques comme la mobilisation accrue des ressources, l'augmentation de la participation du secteur privée, tout en étant influencées par la réforme de l'autonomie, ont elles-mêmes des effets sur les indicateurs de performance des hôpitaux.

L'évaluation de l'effet de l'autonomie hospitalière devrait donc avoir lieu non seulement dans le contexte des mesures prises pour améliorer la performance des structures de soins mais aussi dans le plus grand contexte des réformes du secteur de la santé. Il nous est donc nécessaire de bien réfléchir aux effets possibles d'une réforme et d'envisager l'étude d'autres facteurs ayant pu affecter les indicateurs à

mesurer. La validité interne de notre stratégie sera plus forte car tenant compte de toutes les variables pouvant affecter les indicateurs de performance de l'hôpital. Nous pourrions ainsi assurer que la réforme est le seul facteur causal et identifier ses effets et seulement eux sur la performance de l'hôpital.

3. VALIDITE EXTERNE

L'étude du cas de Cocody peut permettre de saisir les variations la situation du CHU-C sur la période post autonomie. Elle peut donc être assez représentative de l'évaluation des effets de l'autonomie hospitalière sur cet hôpital.

Les résultats de l'étude ne peuvent cependant pas être étendus aux autres CHU (au nombre de trois sans le CHU-C) compte tenu de l'environnement dans lequel chacun d'eux évolue. Ainsi les recommandations porteront sur les conditions à réunir pour que l'autonomie se développent dans les meilleures conditions et les décisions à prendre pour améliorer la performance du CHU.

B. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

1. CONTEXTE DE L'ETUDE

a) Aperçu historique et économique de la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est située à l'ouest du continent africain et s'étend sur plus de 322.000 km². Avec une population de plus de 15 300 000 habitants, elle est composée de 51% d'hommes et de 49% de femmes. La population est en majorité jeune avec 42,8% comprise entre 0 et 14 ans. L'évolution du pays a été marquée par plusieurs périodes sur le plan de la performance économique.

De 1960 à 1980, la Côte d'Ivoire a connu deux décennies de croissance économique remarquable avec 7% de taux de croissance en moyenne. Cela grâce aux matières premières essentielles que sont le café et le cacao dont les cours sur le marché mondial s'étaient maintenus à un niveau élevé.

De 1980 à 1993, la détérioration des termes de l'échanges et la dépendance aux produits agricoles dans un environnement de crise économique mondiale, a entraîné une morosité économique traduite par un taux de croissance moyen de 1% sur la période.

Après 1994, avec les effets des différentes politiques d'ajustement structurels de la communauté internationale et la dévaluation du franc CFA en 1994, le taux de croissance du PIB s'est situé à un niveau de 6% sur la période 1995-1998.

Les années 1999-2000 marquent une rupture dans la dynamique de croissance depuis 1994, provoquée par les troubles socio-politique, l'arrêt des financements extérieurs, la hausse des cours du pétrole et la persistance de la baisse des cours mondiaux. Il s'en est suivi de faibles performances dans les domaines sociaux de base et l'accroissement de la pauvreté, des inégalités entre groupes socioprofessionnels et entre régions.

Les perspectives semblent cependant favorables. Avec 1% de croissance en 2001 et une prévision de 4,4% pour la période 2002-2003, les économistes du Ministère de l'Economie et des Finances estiment que les facteurs qui ont ralenti la croissance auront un effet passager (Ministère de la santé 7).

Dans cet environnement économique fait de fluctuations, quel est l'état du secteur de la santé ?

b) Le secteur de la santé ivoirien

Le Ministère de la Santé est chargé de formuler et d'appliquer les directives nationales en matière de santé et également d'assurer la direction générale et la coordination du système de santé ivoirien.

Ce système est décentralisé à l'instar des structures administratives. Les directions régionales de la santé publique et les districts sanitaires ont, au niveau local, des compétences relatives à l'élaboration d'une planification des activités à la préparation, à la gestion des budgets et des ressources humaines et à la supervision des services périphériques.

Le développement des caractéristiques principales du système de santé et de l'état de santé des populations peut être observé dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-sanitaire de la Côte d'Ivoire, 1980-1998 et dans d'autres régions.

Indicateur	1980	1990	1998	Afrique subsaharienne
<u>Populations (en millions)</u>				
Taux de croissance	3	2,4	2,1	2,4
Indice synthétique de fécondité	7,4	5,7	5,0	5,0
Taux Brut de natalité	45,6	38,9	36,5	43,2
Taux de scolarisation	61	67	72	79
<u>Situation sanitaire</u>				
Espérance de vie (années)	50	49	47	48,9
Mortalité infantile	105	93	83	106
Mortalité de moins de 5 ans	-	-	150	172

Source : Banque Africaine de Développement, 2000

Ce Tableau montre que globalement, la Côte d'Ivoire a accompli des efforts dans l'amélioration des indicateurs socio-sanitaires relatives à son système de santé et à l'état de santé de sa population. Les niveaux atteints sont, à plusieurs égards, appréciables par apport à la moyenne de l'Afrique subsaharienne.

Le paysage épidémiologique est cependant encore marqué par les maladies infectieuses et parasitaires qui révèlent la relativité du niveau de performance atteint. A cela s'ajoute le taux de prévalence du VIH/SIDA qui est l'un des plus élevé en Afrique malgré une baisse entre 1993 et 2001 de 12% à 10,8% de la population. Cela se traduit au niveau de l'espérance de vie des populations qui tend à la baisse et se situe à un niveau inférieur à celui de la moyenne de l'Afrique subsaharienne.

Cette situation n'est pas sans effets sur le système de distribution et de production des soins qui doit constamment être à mesure de répondre à l'évolution épidémiologique et aux attentes de la population.

c) L'offre de soins en Côte d'Ivoire

Pour l'amélioration de la performance du système de soins, le Ministère de la Santé Publique gère le secteur public des services de santé et assure la régulation et l'encadrement du secteur privé.

Le secteur public

En Côte d'Ivoire, la structure du système de soins laisse apparaître, conformément au décret n°96-876 du 25 Octobre 1996 portant classification des établissements sanitaires, une pyramide à trois niveaux de structures de soins et un dernier niveau chargé de l'administration et la formation.

Tableau 2 : Classification des structures de santé selon la pyramide sanitaire

NIVEAU	NOMBRE
Primaire	
Centres de santé urbains	409
Centres de santé ruraux	760
Formations sanitaires urbaines	13
Secondaire	
Hôpitaux généraux	48
Hôpitaux psychiatriques	2
Tertiaire	
Centres Hospitaliers Régionaux	17
Centres Hospitaliers Universitaires	4
Institut de Cardiologie d'Abidjan	1
Institut Raoul Follereau	1
Pharmacie de la Santé publique	1
Centre National de Transfusion Sanguine	1
Institut National de la Santé Publique	1
Institut National d'Hygiène publique	1
Service d'Aide Médicale Urgente	1
Quatenaire	
Institut National de Formation des Agents de la Santé	1
Services rattachés au cabinet	5
Directions Centrales	10
Directions régionales	15
Directions départementales	62

Source : Ministère de la Santé Publique 7 : Atelier interministériel de réflexion opérationnelle sur le financement de la santé en Côte d'Ivoire.

La gestion de ces structures est l'œuvre des directions des établissements de soins et des directions de coordination, de suivi et d'évaluation.

Les établissements du niveau primaire sont gérés par des médecins-chefs et des infirmiers sous le contrôle des médecins-chefs de district. Ils bénéficient d'une

dotation pour les dépenses ordinaires et pratiquent depuis 1994 le recouvrement des coûts.

Les établissements du niveau secondaire ont les même sources de financement que ceux du niveau primaire. Ils sont placés sous la responsabilité de Directeurs d'hôpitaux.

Les établissements du niveau tertiaire constituent les Etablissements Publics Nationaux du secteur de la santé. Ils bénéficient de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. L'Etat leur alloue une subvention d'équilibre pour leur financement et le reste de leur budget est constitué par les ressources provenant de leurs activités. Ils sont gérés par des Directeurs Généraux.

Le niveau quaternaire assure l'administration et la formation de tout le reste du système.

En 2000 la part du budget de l'Etat allouée aux différents niveaux était respectivement de 30%, 21%, 34%, et 15%. Cela montre la part encore importante du secteur tertiaire.

La mise en œuvre des activités du système est l'œuvre de 16308 agents (chiffres de 1998) repartis par catégorie selon le tableau suivant.

Tableau 3 : Les différentes catégories de personnel du MSP

Catégories de personnel	Nombre
Personnels médicaux	1700
Personnel de soins non médicaux	9114
Personnel administratifs et sociaux	2167
Personnels techniques	700
Personnels des services généraux	2627
Total	16308

Source : Ministère de la santé publique 7 : Atelier interministériel de réflexion opérationnelle sur le financement de la santé en Côte d'Ivoire.

Le ratio de médecin par habitant est de 1 pour 9000 habitants, celui d'infirmier est de 1 pour 1700 habitants et le ratio de sage-femme par femme en âge de procréer est de 1 pour 1900.

* * *

C'est à travers cette organisation que le MSP doit répondre à la demande de soins de qualité et à moindres coûts exprimée par une population croissante, assez pauvre et ayant encore le réflexe de la médecine traditionnelle.

2. SITE A L'ETUDE

En Côte d'Ivoire, il existe quatre CHU qui ont la personnalité juridique et l'autonomie financière. Cependant ce sont les CHU de Cocody, Treichville et Bouaké qui ont un passé non autonome et dont les cas peuvent mieux décrire le problème à l'étude.

Il aurait été alors plus exhaustif d'étudier les trois cas mais n'ayant pas pu avoir d'autorisation administrative pour réaliser l'étude à Treichville et la ville de Bouaké étant située à près de 400 km d'Abidjan, l'étude sera limiter au cas du CHU-C.

a) Le Centre Hospitalier Universitaire de Cocody

Situé sur un site de 30 ha à l'Est de la commune de Cocody, le CHU a été inauguré le 9 Juin 1970 avec 558 lits. A sa construction, il a fusionné avec le futur CHU de Treichville pour constituer le CHU d'Abidjan. C'est le décret n°76-878 du 22 Décembre 1976 qui proclame l'éclatement du CHU d'Abidjan en deux entités autonomes sur le plan de la gestion administrative. Par décret n°84-762 du 6 juin 1984 le CHU-C a été érigé en Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial.

L'administration de l'hôpital est assurée par la Direction Générale, les Sous Directions, l'Agence Comptable et le service du Contrôle Budgétaire. Ces deux dernières structures dépendent directement du MEF. Les activités médicales de l'hôpital regroupent :

- Les services de consultations et d'hospitalisations.
- Les services d'urgences.
- Les services d'aide aux diagnostics : imagerie médicale, laboratoires...
- Les services rattachés : Centre de Consultation et de Traitement d'Odontostomatologie.

Le CHU a fait l'objet d'un vaste projet de réhabilitation d'Octobre 1995 à Décembre 1996. Ce projet, d'un coût global de 24 milliards de FCFA financé par l'Etat ivoirien et la coopération japonaise, visait la réhabilitation et le renforcement du plateau technique de l'hôpital et de ses infrastructures qui présentaient de graves dysfonctionnements nécessitant une reprise en main urgente.

3. DEFINITION DES VARIABLES

a) Variable de l'autonomie

L'opérationnalisation des variables de l'autonomie doit se faire à travers la détermination du degré d'autonomie et l'analyse du processus d'évolution de l'autonomie accordée au CHU en matière de gestion stratégique, financière et des ressources humaines. Ces dimensions de l'autonomie doivent être appliquées à chaque fonction de l'hôpital pour pouvoir mieux décrire l'autonomie.

Ainsi, la Gestion stratégique, la Gestion financière et la Gestion des ressources humaines s'apprécie chacun par :

- Degré d'autonomie.
- Processus d'évolution de l'autonomie.

Le tableau 4, ci-après, présente les différentes fonctions de gestion, leurs dimensions et leurs indicateurs.

Ce tableau montre que, pour chaque fonction de gestion, les dimensions de l'autonomie s'apprécient à travers le degré et le processus par lequel l'autonomie est accordé à l'hôpital. Ces dimensions seront identifiées par les attributions de l'hôpital, suite à la mise en œuvre de l'autonomie, et les décisions prises dans le cadre de celles-ci.

La gestion stratégique permettra d'identifier le partage des compétences en ce qui concerne l'établissement des objectifs de l'hôpital et la planification des activités.

Les indicateurs de la gestion financière sont : La détermination du budget, l'allocation des ressources, la comptabilité des recettes et dépenses, la détermination de la tarification, le contrôle des opérations financières, la maintenance du matériel.

Les attributions sur lesquelles porteront le degré d'autonomie de l'hôpital concernent : Le recrutement et le licenciement du personnel, la rémunération des agents, l'allocation du personnel, l'établissement des règles de fonctionnement de la structures à respecter par les employés.

Tableau 4 : Fonction de gestion, Dimensions et Indicateurs de l'autonomie.

Fonction		Dimensions	Indicateurs
GESTION STRATEGIQUE	Degré et Processus d'évolution de l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Attributions de l'hôpital par rapport à la tutelle selon le texte qui instaure l'autonomie - Décisions prises par l'hôpital dans le cadre de ses attributions 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement des objectifs - Planification stratégique.
GESTION FINANCIERE	Degré et Processus d'évolution de l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Attributions de l'hôpital par rapport à la tutelle selon le texte qui instaure l'autonomie - Décisions prises par l'hôpital dans le cadre de ses attributions 	<ul style="list-style-type: none"> - Détermination du budget - Allocation des ressources. - Comptabilité des recettes et dépenses. - Détermination de la tarification - Contrôle des opérations financières. - Maintenance du matériel.
GESTION RESSOURCES HUMAINES	Degré et Processus d'évolution de l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Attributions de l'hôpital par rapport à la tutelle selon le texte qui instaure l'autonomie - Décisions prises par l'hôpital dans le cadre de ses attributions 	<ul style="list-style-type: none"> - Allocation du personnel. - La rémunération des agents. - Règlements pour les employés.

Source : Notre étude

b) Les variables de performance

Quels indicateurs permettent de mesurer l'efficacité de l'allocation des ressources, l'efficacité technique et la viabilité financière de l'hôpital ?

- ✓ **L'efficacité allocative** se mesure par la Durée Moyenne de Séjour (DMS) et le Taux de Rotation des lits.
- La DMS indique le nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient. Il exprime l'approche de l'efficacité en gestion du temps par rapport à l'hospitalisation des patients car indiquant le nombre moyen de jour entre l'admission et la sortie du patient. Elle permet de savoir si la tendance de prise en charge des patients est correcte. Elle indique l'efficacité de l'allocation des ressources humaines à la prise en charge des patients et doit tendre à la baisse pour indiquer un bon niveau de performance. Elle se calcule par le rapport :

Nombre de journée d'hospitalisations (année x) en jours

Nombre d'admissions (année x)

- Le Taux de Rotation des lits mesure le nombre moyen de patient par lit par année. Il indique le nombre de patient qui sont traités par lit et par an. Compte tenu de la priorité accordée à l'hospitalisation et de l'objectif de rentabilité, un hôpital performant doit avoir une évolution de son Taux de Rotation des lits à la hausse. Son mode de calcul est :

Le Nombre d'admissions (année x)

Le nombre de lits (année x)

- ✓ Les indicateurs de **l'efficacité technique** sont la part de la rémunération du personnel dans le total des frais généraux de l'hôpital, la productivité du personnel et les statistiques hospitalières (taux de rotation, DMS et taux d'occupation des lits).
- La part du personnel dans le total des frais généraux permet de déterminer le pourcentage du coût du personnel dans le budget des structures de santé. Les variations au niveau de cet indicateur peuvent être considérées comme des gains ou des pertes en efficacité technique si la qualité est maintenue au même niveau (Mcpake et Kutzin, 1997). Son évolution à la baisse dénote d'une bonne évolution de la performance. Il se calcule par le rapport :

$$\frac{\text{Montant du traitement du personnel (année x) en FCFA}}{\text{Budget de fonctionnement (année x) en FCFA}} \times 100$$

- La productivité du personnel lie le travail des prestataires de soins à la délivrance des services. Il mesure la productivité spécifique des différentes catégories du personnel. C'est une composante en efficacité en gestion des ressources humaines. On distingue deux modes de calcul :

Selon les consultations

Nombre de consultations (année x)

Nombre de médecins (année x)

Selon les hospitalisations

Nombre d'hospitalisations (année x)

Nombre de médecins (année x)

La productivité selon les consultations doit baisser et celle des hospitalisations augmenter selon le temps pour indiquer une bonne norme de performance de l'hôpital.

- Les statistiques hospitalières concernent le taux de rotation des lits, la DMS, le taux d'occupation des lits. Ici la particularité vient du fait qu'ils doivent être analysés ensemble pour donner une idée de l'efficacité technique d'un hôpital. En effet la plupart des études de santé s'intéressent au seul taux d'occupation, ce qui peut constituer une source d'erreur en l'absence d'informations sur les taux de rotation des lits et la DMS (Mcpake et Kutzin, 1997). La réduction du coût des ressources employées pour réaliser les activités doit concerner aussi bien les lits (taux d'occupation) que l'emploi du personnel médical pour la prise en charge des patients (DMS).

Ainsi, une interprétation plus précise de l'efficacité technique selon ces indicateurs nécessite qu'ils soient utilisés ensemble pour déterminer à la fois l'emploi des ressources matérielles et des ressources humaines.

Le mode de calcul du taux de rotation et de la DMS ayant été déjà précisé (voir indicateurs de l'efficacité allocative), le taux d'occupation des lits est le pourcentage des lits ayant accueilli des patients pendant l'année. C'est une mesure de la capacité

d'utilisation. Il doit tendre à la hausse pour indiquer un bon niveau d'occupation des lits de l'hôpital. Il se calcule par le rapport :

$$\frac{\text{Nombre de journée d'hospitalisations (année x)}}{365 \times \text{Nombre de lits (année x)}} \times 100$$

✓ **La viabilité financière** s'exprime par l'évolution du pourcentage des fonds du gouvernement dans le budget de l'hôpital et par le taux de recouvrement des coûts.

- Le taux de recouvrement des coûts est avec le pourcentage des fonds provenant du gouvernement l'un des aspects essentiels de l'autonomie accordée aux hôpitaux publics. En effet, à mesure que l'hôpital réduit les sources de financement étatique, il doit pouvoir faire face à ce manque par une augmentation de ces ressources propres. Le taux de recouvrement est justement l'indicateur approprié pour mesurer les progrès accomplis dans l'autofinancement ou l'augmentation des ressources propres de l'hôpital. Il se calcule par la formule :

$$\frac{\text{Montant des recettes propres (année x) en FCFA}}{\text{Budget de l'hôpital (année x) en FCFA}} \times 100$$

- Le pourcentage des fonds provenant du gouvernement désigne la part de financement étatique dans le budget de l'hôpital. Il relève l'ampleur du défi que pose l'autonomie tant il est vrai qu'elle doit aboutir à réduire la part du gouvernement dans le budget des structures de soins de première référence. Il se calcule par le rapport :

$$\frac{\text{Montant de la subvention allouée à l'hôpital (année x) en FCFA}}{\text{Budget de l'hôpital (année x) en FCFA}} \times 100$$

Le tableau ci-après résume les dimensions et les indicateurs de la performance ainsi que le sens de la corrélation attendu entre eux.

Tableau 5 : Dimensions et Indicateurs de la performance

DIMENSIONS	INDICATEURS	Sens de Corrélation
EFFICIENCE ALLOCATIVE	Durée moyenne de Séjour	-
	Taux de Rotation des lits	+
EFFICIENCE TECHNIQUE	Part de la masse salariale dans le budget	-
	Taux d'Occupation*	+
	Productivité du personnel pour les consultations	-
	Productivité du personnel pour les hospitalisations	+
VIABILITE FINANCIERE	Part des recettes dans le budget	+
	Part de la subvention de l'Etat dans le budget.	-

Source : Notre étude

+ *Corrélation positive*

- *Corrélation négative*

* *Ici le taux d'occupation doit être analysé conjointement avec la DMS et le Taux de rotation*

La corrélation négative indique que l'indicateur doit baisser pour signifier une amélioration de la performance de la dimension. Ainsi la DMS doit baisser pour indiquer une bonne évolution de l'efficacité allocative. Il en est de même pour la part de la masse salariale dans le budget et la productivité du personnel pour les consultations (efficacité technique), et la part de la subvention de l'Etat dans le budget (viabilité financière).

La corrélation positive montre qu'il est nécessaire que l'indicateur évolue à la hausse pour indiquer la performance. Le taux de rotation des lits doit donc augmenter dans le temps pour indiquer la performance selon l'efficacité allocative. Cette tendance de l'indicateur est la même pour le taux d'Occupation et la productivité du personnel pour les hospitalisations (efficacité technique), et le taux de recouvrement des recettes (viabilité financière).

La définition des variables de la performance permet ainsi d'opérationnaliser les hypothèses en mettant en relation les indicateurs de l'autonomie et les indicateurs de performance qui permettront de vérifier les hypothèses de l'étude.

Le tableau 6, ci-après, montre le lien entre les indicateurs d'autonomie et de performance qui permettra de vérifier les hypothèses de l'étude.

Tableau 6 : Relation entre les hypothèses, les indicateurs de l'autonomie et les indicateurs de la performance

HYPOTHESES *	INDICATEURS AUTONOMIE	INDICATEUR PERFORMANCE
H 1	-Allocation des ressources matérielles et financières -Détermination de la tarification -Maintenance du matériel	-Durée moyenne de Séjour -Taux de Rotation des Lits
H 2	-Détermination du budget -Allocation des ressources matérielles et financières -Maintenance du matériel	-Evolution de la masse salariale -Productivité du personnel selon consultation -Productivité du personnel selon hospitalisation
H 3	-Détermination du budget -Allocation des ressources matérielles et financières -Détermination de la tarification -Comptabilité des recettes et dépenses -Maintenance du matériel	-Taux de recouvrement des recettes -Taux de subvention de l'Etat
H 4	Recrutement/Licenciement du personnel Allocation du personnel	-Durée moyenne de Séjour
H 5	Recrutement/Licenciement du personnel Allocation du personnel La rémunération des agents	-Productivité selon consultation et hospitalisation -Taux d'Occupation des Lits -Evolution de la masse salariale
H 6	La rémunération des agents Recrutement/Licenciement du personnel	-Taux de recouvrement des recettes

* Les hypothèses sont présentées à la page 21

Source : Notre étude

4. METHODES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNEES

Les données ont été collectées par des entretiens et la consultation de documents. Les entretiens ont eu pour but d'avoir le maximum d'informations sur le degré d'autonomie et l'évolution de son processus au niveau du CHU-C aussi bien avant qu'après l'autonomie. Les personnes consultées sont aussi bien au sein du CHU-C où nous avons pu bénéficier d'un stage que du Ministère de la santé.

Les entretiens au CHU-C ont eu lieu dans le cadre du stage que nous avons pu effectuer dans cet hôpital et selon le programme défini pour les différentes personnes rencontrées (annexe 1). Au niveau du ministère, nous avons rencontré le Chef du service des soins hospitaliers de la Direction des Etablissements sanitaires (Annexe 1).

La recherche documentaire a eu pour but de recueillir les données sur les indicateurs de performance de l'hôpital par la consultation des rapports d'activités, de gestion et de contrôle du CHU-C, des documents ayant trait à son organisation, son fonctionnement et sa gestion. Elle a permis aussi, par la recherche bibliothécaire, d'approfondir les connaissances sur le sujet à l'étude, sur le système de santé en Côte d'Ivoire, le système hospitalier et le CHU-C.

Le recueil des données sur les dimensions de l'autonomie a consisté à identifier pour chaque fonction de l'hôpital le degré et le processus de l'autonomie. Ces données seront organisées par fonction de l'hôpital.

Concernant la performance, il s'agissait, à travers une grille de recueil, de récolter les données sur les indicateurs de performance sur la période post autonomie de manière à pouvoir analyser leurs évolutions (Annexe 2).

5. ANALYSE DES DONNEES

a) Résultats et Analyses

L'analyse des données consistera à présenter les résultats, à les analyser et à les discuter par rapport aux résultats obtenus dans d'autres contextes où l'autonomie des hôpitaux à été mise en œuvre.

L'analyse portera successivement sur l'autonomie, sur la performance et sur le lien entre les deux notions.

1) *L'analyse de l'autonomie*

Pour chaque fonction de gestion relevée dans le cadre de l'étude, on identifiera ainsi la répartition des compétences entre l'hôpital et la tutelle. Elle permettra d'identifier le degré d'autonomie ou " *l'espace de liberté* " accordé à l'hôpital par rapport à la tutelle selon la décision initiale d'accord de l'autonomie et l'évolution dans ce degré.

Ces descriptions seront ensuite analysées et discutées de manière à pouvoir se prononcer sur la faisabilité et l'applicabilité du développement de l'hôpital comme structure autonome. L'analyse permettra de déterminer l'étendue réelle des pouvoirs de l'hôpital et de montrer si le statut d'EPN, telle qu'instauré ajusté dans les textes et pratiqué par l'hôpital, confère une autonomie réelle par rapport à la tutelle.

Les éléments de discussion permettront de comparer les enseignements tirés du cas à l'étude à d'autres cas d'autonomie des hôpitaux dans des contextes différents de manière à dégager les similitudes et les divergences.

2) *Analyse de la performance*

Les indicateurs de performance seront présentés pour chaque dimension de la notion sous forme de courbe, graphique et tableau pour montrer les évolutions au niveau de ces indicateurs.

Ces évolutions seront ensuite commentées pour déterminer si elles sont conformes aux normes de performance définies selon l'analyse de la littérature. Un jugement selon la performance sera ainsi porté sur chaque indicateur et sur chaque dimension de la performance.

3) *Le lien Autonomie - Performance*

L'analyse du lien autonomie - performance consistera à lier les dimensions de l'autonomie à l'évolution des dimensions de la performance.

Les textes confèrent une autonomie potentielle à l'hôpital. Les pouvoirs acquis doivent être exercés pour pouvoir juger de la faisabilité de l'autonomie et de son impact sur la performance. C'est donc au niveau des décisions prises par l'hôpital dans le cadre des attributions conférées par l'autonomie qu'on peut apprécier le lien entre l'autonomie et la performance.

Il s'agira d'identifier les décisions prises par l'hôpital et, pour l'année en rapport avec chaque décision, d'identifier le comportement des indicateurs de performance à court terme de manière à conclure des effets ou non de cette décision sur leurs évolutions.

L'effet des décisions sera apprécié sur les indicateurs notamment sur les composantes (numérateurs, dénominateurs) et sur la dimension à laquelle ils ont trait. Ainsi, pour chaque année on pourra identifier le lien autonomie - performance de manière à pouvoir vérifier les hypothèses formulées (voir tableau 6 p.37 : Relation entre les hypothèses et les indicateurs de performance).

La discussion portera sur le lien autonomie - performance dans d'autres contextes et permettra de présenter les facteurs réglementaires ou pratiques qui sont sources de divergences ou de ressemblances dans ce lien.

b) Intérêts de l'étude

Les recommandations porteront sur l'autonomie et sur la performance du CHU de Cocody. Les recommandations sur l'autonomie permettront d'identifier les décisions à prendre pour qu'elle soit le plus profitable possible au CHU-C. Les recommandations sur la performance permettront d'identifier les mesures nécessaires pour améliorer la performance de l'hôpital autonome compte tenu des pratiques actuelles et de la situation observée.

Cette étude devrait être utile :

- ✓ Au Ministère de la Santé Publique pour lui permettre de faire le bilan de l'autonomie accordée au CHU de Cocody, d'identifier les avantages et inconvénients de l'autonomie hospitalière de manière à pouvoir mener le processus de décentralisation avec plus d'efficacité ; et inciter à une évaluation des autres EPN sanitaires.
- ✓ Aux Bailleurs de fonds, qui étant les fers de lance du processus de décentralisation, pourront avoir une vision de l'effet qu'aura la réforme qu'ils préconisent de plus en plus sur les hôpitaux publics et le système de soins.
- ✓ Aux directions de régions et aux équipes de districts sanitaires en leur permettant d'avoir un aperçu de l'évolution de la performance des hôpitaux, qu'ils encadreront suite à la décentralisation.
- ✓ Aux gestionnaires des hôpitaux pour leur permettre d'identifier les modalités de l'autonomie qui peuvent entraver ou améliorer la performance des structures dont ils ont la charge.
- ✓ Aux experts, chercheurs et étudiants qui sont intéressés par les questions d'autonomie hospitalière en leur fournissant un cas d'étude à insérer dans leur revue de littérature.

RESULTATS ET ANALYSES

Première Partie : **L'AUTONOMIE ACCORDEE AU CHU-C :** **Réglementation et pratique**

I. DEGRE ET PROCESSUS DE L'AUTONOMIE AU CHU-C

L'autonomie du CHU-C a été marquée par l'acquisition d'attributions et leurs évolutions en matière de gestion stratégique, de gestion financière et de gestion des ressources humaines tant au niveau des textes que de la pratique de l'autonomie (Le développement de l'autonomie est présenté dans l'Annexe 3 : Présentation du cas, qui constitue la description du cadre réglementaire et pratique de l'autonomie).

Si ce cadre dans lequel l'autonomie doit se développer est mis en place et utilisé par l'hôpital, quels enseignements peut-on tirer de la faisabilité et de l'applicabilité des attributions de l'hôpital autonome pour ses différentes fonctions de gestion ?

A.L'AUTONOMIE ET LA GESTION STRATEGIQUE

1. L'ETABLISSEMENT DES OBJECTIFS

Le décret n° 84-762 du 6 Juin 1984 qui institue le CHU-C en Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial (EPIC) ne donne pas d'indication concernant la définition des objectifs de l'hôpital. Dans la logique des entreprises privées, l'autonomie devrait permettre à l'hôpital de déterminer ses objectifs. Cependant dans la logique d'une organisation comme l'hôpital, chargée d'assurer le service public des soins de santé, la logique de la santé publique prime sur celle de l'organisation privée.

Les objectifs de l'établissement s'inscrivent dans le cadre général que le MSP, garant de la santé des population, accorde aux services de santé en général et aux Centres Hospitaliers Universitaires en particuliers. Ceux-ci constituant le niveau le plus élevé de référence du système de soins.

Cela se justifie par le fait que laisser l'hôpital seul fixer ses objectifs et ses grandes options stratégiques peut l'emmener à adopter des stratégies non adaptées à la politique sanitaire de l'Etat notamment sur les questions d'accessibilité aux soins.

Le texte d'instauration du CHU-C en EPN montre cependant la création d'organes chargés non pas de la définition des objectifs mais de l'établissement de stratégies opérationnelles et du contrôle de leurs mises en œuvre. C'est le cas de la

Commission Consultative de Gestion (CCG) organe de délibération des décisions portant sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital. C'est également le cas de la Direction Générale chargée de l'exécution de ces décisions et des organes consultatifs chargés d'émettre des avis techniques sur les décisions de l'hôpital (voir présentation du cas en Annexe3).

Parmi ces organes, seul la CCG et la Commission Médicale Consultative (CMC) fonctionnent véritablement. Les autres (Annexe 3) bien qu'institués, ne sont pas encore opérationnels par absence d'arrêtés ministériels déterminant leurs attributions et leur fonctionnement.

Cette situation qui est le fait de la tutelle ne milite pas en faveur d'une gamme plus large d'avis techniques qui permettrait d'avoir plus de précision dans les décisions prises et de s'affranchir des prescriptions de la tutelle concernant des aspects comme l'hygiène hospitalière, l'information médicale, la sécurité dans l'établissement.

En général les attributions dévolues à ces organes étaient, avant l'érection du CHU en EPN, l'œuvre du MSP par le truchement de la direction en charge des soins hospitaliers. On aurait pu conclure à un élargissement des pouvoirs de l'hôpital concernant le développement de stratégies utiles à la réalisation de ses activités, mais l'emprise de la tutelle sur ces organes vient relativiser ce fait.

Le CHU a la possibilité, selon les textes, de planifier les actions et de contrôler leurs exécutions. Avec l'autonomie, ces actions sont l'œuvre de la Direction et de la CCG mais l'emprise du MSP sur ces organes ne leur permet pas d'être entièrement responsable de ces actions.

On a, en effet, noté un effort d'élargissement aux différents groupes d'intérêts présents au sein de la CCG, organe de prise de décisions et de contrôle des opérations de l'hôpital : Gouvernement, personnel médical et non médical, usagers, particuliers. Cependant, comme le montre le tableau ci-après, cette évolution s'est surtout effectuée au bénéfice des membres de l'Etat.

Tableau 7 : Evolution des membres statutaires de la CCG

COMPOSITION INITIALE DE LA CCG (1984)		
<ul style="list-style-type: none"> - Ministre de Santé Publique ou son représentant - Ministre de l'Economie et des Finances ou son représentant - Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche ou son représentant - Maire d'Abidjan ou son représentant - Directeur de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) ou son suppléant - Directeur de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires ou son suppléant - Responsable du Comité des assureurs ou son suppléant 		
EVOLUTION DES MEMBRES DE LA CCG		
ANNEE	MEMBRES ENTRANTS	MEMBRES SORTANTS
1991	<ul style="list-style-type: none"> - Ministre de l'intérieur ou son représentant - Ministre de l'Emploi et de la Fonction Publique ou son représentant - Agent Comptable* - Contrôleur budgétaire* - Personne invitée par le président* 	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur de la CNPS - Maire d'Abidjan
1998	<ul style="list-style-type: none"> - Maire de la commune de Cocody - Ministre de la Défense ou son représentant - Représentant du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Président du comité des assureurs

* = Voix consultative

En effet, alors qu'initialement la CCG était composée de trois membres sur sept ayant voix délibérante dans les prises de décisions on remarque, après les évolutions dans sa composition, que parmi les membres de la CCG six sur huit " défendent " les intérêts de l'Etat.

Les évolutions dans la composition de la CCG, semblent s'être opérées dans le sens du renforcement de la présence de l'Etat au sein de la CCG. Cette situation ne concoure pas à détacher l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de l'emprise de la tutelle et montre encore l'influence de l'Etat au niveau de la prise des décisions concernant le développement de l'hôpital autonome.

En outre, le Maire de la commune de Cocody est le seul représentant officiel des populations et le représentant des assureurs est absent de la commission alors que les sociétés d'assurance ont des représentations au sein de l'hôpital.

Dans d'autres contextes d'autonomie, les organes du type de la CCG bénéficient d'une plus large composition de membres autres que ceux de l'Etat. Ainsi au Kenya, le Conseil d'Administration du Kenyatta National Hospital est

composé en majorité de représentants du secteur privé expérimentés. En Inde, le Conseil d'Administration du Conseil pour la Gestion Hospitalière, organe de délibération de tous les hôpitaux autonomes, est composé de représentants du gouvernement mais surtout et en majorité de représentants élus par le peuple et des représentants des institutions financières. Au Sénégal, sur neuf membres du Conseil d'Administration, seul le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances sont représentés.

Ces organes sont plus enclins, du fait de leur composition, à ne tenir compte que de l'intérêt de la performance de l'hôpital et de la qualité des prestations offertes aux populations. La présence des membres de la société civile et des membres élus par les populations permettra alors de garantir la réalisation des activités en accord avec la mission de service public notamment concernant les aspects d'équité dans l'accès aux soins. La composition de l'organe de délibération du CHU-C constitue donc une limite dans la liberté de prise de décisions par rapport à la tutelle ou à l'Etat.

Le Directeur du CHU-C est nommé par le Ministre de la Santé sur proposition de la CCG. La réalité montre que seul le Ministre de la Santé exerce ce pouvoir de même qu'au niveau de la nomination des Sous Directeurs qui sont selon les textes proposés par le Directeur. Ce qui fait du Directeur plus un organe politique et cela se manifeste au niveau du nombre de Directeurs du CHU-C. En effet, depuis 1985 soit dix-sept ans, sept Directeurs se sont succédés à la tête du CHU-C soit seulement deux ans de gestion par Directeur.

Cette courte durée de vie de gestion des Directeurs n'est assurément pas suffisante pour prendre connaissance des lieux et faire une analyse situationnelle, développer des stratégies de gestion et évaluer leur efficacité sur la performance de l'hôpital. Ce lien entre le Ministre de la Santé et le Directeur ne laisse donc pas à ce dernier toute l'autonomie et la sécurité de poste nécessaire à la gestion d'une structure orientée vers la performance.

L'observation de l'autonomie dans d'autres contextes montre globalement une situation identique concernant ce lien. On note cependant des cas où le Directeur bénéficie d'une certaine stabilité dans sa durée de gestion. En effet au Sénégal, les Directeurs des hôpitaux autonomes sont nommés pour quatre ans, par décret, après avis du Conseil d'Administration de l'hôpital. En Inde, les Directeurs des hôpitaux autonomes sont nommés par le Conseil d'Administration de l'organe de régulation des hôpitaux autonomes. Ces cas montrent qu'on peut trouver une alternative à la dépendance des directeurs vis à vis du Ministère de la Santé et cela leur permet une meilleure souplesse dans les activités de gestion quotidienne de l'hôpital.

Le récent changement dans l'organisation et le fonctionnement du CHU-C (Voir Annexe 3) instituant une direction médicalisée est-il adapté à la réalisation de la mission de l'hôpital ?

S'il est vrai que le gestionnaire n'a pas assez de connaissance de la fonction médicale, le médecin bien que formé aux techniques de gestion a-t-il les outils nécessaires pour développer des politiques de gestion adéquate à la performance de l'hôpital ? Les enjeux sociaux et financiers au niveau de l'hôpital ne permettent pas une direction médicale à temps partiel. Ils exigent une expérience en matière de rouages des techniques de gestion stratégique, financière et des ressources humaines. La réforme constitue certes un défi pour le fonctionnement du CHU mais elle ne change rien à la situation de la " multitude " des Directeurs.

2. LA PLANIFICATION

Avec l'autonomie, les organes de l'hôpital notamment la CCG et la Direction ont en charge l'établissement du plan directeur et les modifications dans le programme d'activité. Cette situation ne concorde pas avec l'établissement d'un plan en harmonie avec les objectifs fixés par la tutelle. Les missions et objectifs étant définis par la tutelle, la logique voudrait que celle-ci soit responsable de la planification.

La planification des différentes stratégies s'effectuera ainsi par rapport au cadre général déterminé par le MSP. Cependant, la composition en majorité de la CCG par les membres de l'Etat fait que le plan directeur de l'hôpital sera conforme aux objectifs déterminés par la tutelle.

Hormis l'établissement des objectifs et la planification de leurs mises en œuvre, la modification du programme d'activités fait partie des stratégies possibles à mettre en œuvre dans le cadre de l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital autonome.

Ainsi, à l'instauration de l'autonomie, la création de nouveaux services au sein de l'hôpital était l'œuvre de la CCG et du Directeur de l'établissement. Cette disposition constitue un élargissement de la confiance que le MSP accorde à l'hôpital pour l'identification et la mise en œuvre d'activités utiles pour le bon fonctionnement de l'hôpital. La direction peut ainsi définir et mettre en œuvre des activités qui permettront d'améliorer la performance de l'hôpital.

Conformément à cela, on a assisté en 1988 à la création du Service Solde permettant au CHU d'être responsable du traitement du salaire et des accessoires de salaire (indemnités, retraites) de son personnel ; activité qui était le fait de la Direction de la Solde du MEF. La création, en 1991, du Service Recouvrement

permet à l'hôpital de rechercher et retrouver, à partir des engagements qu'ils ont établis, les patients qui ne se sont pas acquittés des sommes dues à l'hôpital.

La création de services doit cependant, depuis 1998, être soumise à l'approbation de la tutelle alors que le texte initial n'apportait pas une telle indication. On assiste donc à la réduction de l'espace de liberté de la Direction de l'établissement qui, en matière de création de services utiles à l'hôpital, doit seulement faire des propositions à la tutelle.

En application de cette disposition, l'hôpital peut, à partir de 1998, mettre en œuvre des activités privées génératrice de ressources supplémentaires à des tarifs plus élevés que ceux des autres activités et avec l'apport de personnel du secteur privé.

Ces activités doivent être mises en œuvre par un Directeur Médical et Scientifique nommé par la tutelle. Ce poste n'a cependant pas été pourvu par le MSP, ce qui constitue un frein à la réalisation d'activités qui auraient permis une diversification des ressources à travers des recettes supplémentaires.

Le Directeur du CHU-C de l'an 2000 avait pris l'initiative à ce niveau mais son remplacement par la tutelle n'a pas permis l'aboutissement de cette option. On remarque là encore que les décisions de la tutelle peuvent constituer un frein à l'action de l'hôpital dans l'affirmation de son autonomie.

* * *

L'analyse de la gestion stratégique montre, de par l'emprise de la tutelle sur la CCG, la Direction et la définition de leurs attributions, qu'il est difficile de conclure à l'autonomie de l'hôpital dans ce domaine de gestion.

S'il est difficile d'accorder une plus grande liberté à l'hôpital concernant la définition de ses objectifs, certains aspects de la gestion peuvent être attribués à l'hôpital notamment la nomination du Directeur, la définition du fonctionnement des commissions technique, l'élargissement de la CCG à des membres autres que ceux de l'Etat... .

L'autonomie s'avère donc limitée en matière de définition des stratégies à mettre en place pour le bon fonctionnement de l'hôpital. Qu'en est-il en ce qui concerne la gestion financière ?

B. L'AUTONOMIE APPLIQUEE A LA GESTION FINANCIERE DU CHU-C

1. COMPTABILITE ET CONTROLE DES OPERATIONS FINANCIERES

La mise en place d'un contrôleur budgétaire (CB), d'un agent comptable (AC) et d'un service de recouvrement participe assurément à une meilleure appréciation des contraintes et des procédures budgétaires et financières, permet un règlement plus rapide des ordres de recettes et de dépenses de l'hôpital et la hausse des recettes dues au recouvrement des créances.

On note cependant que l'AC et le CB dépendent directement du MEF, ils agissent directement dans le cadre de l'hôpital mais ils veillent surtout à la bonne réalisation des activités financières conformément aux prescriptions du MEF en matière de procédures financières des EPN. Ils constituent donc, plus des organes de contrôle des opérations financières de l'EPN par le MEF, que des organes permettant à l'hôpital de développer par lui-même des stratégies et le contrôle de sa gestion financière.

L'autonomie n'a pas permis à l'hôpital de mettre en place une comptabilité de type privée. Le CHU-C est soumis à ce niveau aux règles strictes de la comptabilité publique car les fonds de l'hôpital constituent toujours des deniers publics. Ils n'appartiennent donc pas à l'hôpital mais à l'Etat.

Cette situation montre les limites des compétences exclusives accordées à l'hôpital en matière de gestion de ses ressources financières et confirme le rôle d'agents de la tutelle de l'AC et du CB plus qu'agents de l'hôpital en matière de procédures comptables et financières.

Hormis l'AC et le CB, la CCG contrôle également les procédures financières de l'établissement. La présence majoritaire des membres de l'Etat en son sein indique donc la présence du contrôle de l'Etat au niveau de ces organes. Cette situation, semble constituer une présence contraignante de l'Etat. Il ne serait en être autrement. Même dans l'optique d'une autonomie totale au CHU-C, il est nécessaire d'avoir un contrôle strict des procédures financières. Cette précaution vise à s'assurer que la liberté accordée aux organes de la structure décentralisée ne puisse affecter la pérennité les activités de l'hôpital qui consiste à améliorer la santé des populations.

2. DETERMINATION DU BUDGET ET ALLOCATION DES RESSOURCES

L'hôpital a certes la possibilité de déterminer son budget, mais le budget accordé au CHU est en moyenne, sur la période 1985 à 2000, composé de 85 % par la subvention (Annexe 4) de l'Etat ce qui fait qu'il diffère généralement de celui proposé par le Directeur et adopté par la CCG ; en outre par l'impossibilité pour l'hôpital d'emprunter, les textes réduisent les sources de financement qui ne concernent alors que la subvention et les recettes des activités ; les dons étant inexistantes.

Au Sénégal et au Kenya, les hôpitaux autonomes ont la possibilité d'emprunter aussi bien pour le fonctionnement que pour l'investissement même si cela nécessite l'approbation de la tutelle.

L'élaboration du budget est le fait de l'hôpital par proposition de la Direction et du CB, qui en définit les grandes lignes, et adoption par la CCG. L'hôpital ne maîtrise cependant pas le montant total dont il bénéficiera car des ajustements sont effectués au niveau central par le MSP et le pouvoir législatif. Cette situation limite l'action de l'hôpital concernant la détermination des ressources qu'il a définies compte tenu de ses priorités. L'hôpital peut, dans sa proposition de budget, allouer les ressources selon ses priorités mais le montant global dont il a besoin ne sera pas celui dont il disposera.

Une fois le budget mis à sa disposition par mandat périodique, généralement mensuel, la Direction peut décider, après avis du CB, des affectations chapitre par chapitre selon les règles de comptabilité publique définies par le MEF et ses priorités en matière de dépenses. Ces décisions de réallocation des ressources, avant l'autonomie, relevaient de la compétence de la Direction des Budgets et Comptes du MEF qui devaient au préalable approuver de telles opérations.

Le MSP garde donc un pouvoir important sur le budget de l'hôpital. Il est donc nécessaire pour l'hôpital de développer ses recettes propres pour faire face à cette emprise de L'Etat sur son budget. Cela passe par une meilleure connaissance des sources de recette et une meilleure planification de leur recouvrement.

Le fait pour l'hôpital de pouvoir réutiliser la totalité de ses ressources propres est certainement l'un des acquis majeurs de l'autonomie. Ce dispositif permet d'assurer au CHU-C des moyens additionnels et une dépendance moins grande aux subventions gouvernementales sujettes à des fluctuations imprévisibles. Cependant la présence, depuis 1994, de la disposition qui accorde 15 % des recettes des EPN sanitaires au Fonds d'Action Sanitaire (FAS) pour la réhabilitation des formations

sanitaires publiques déconcentrées constituent une mesure qui réduit les possibilités financières du CHU-C.

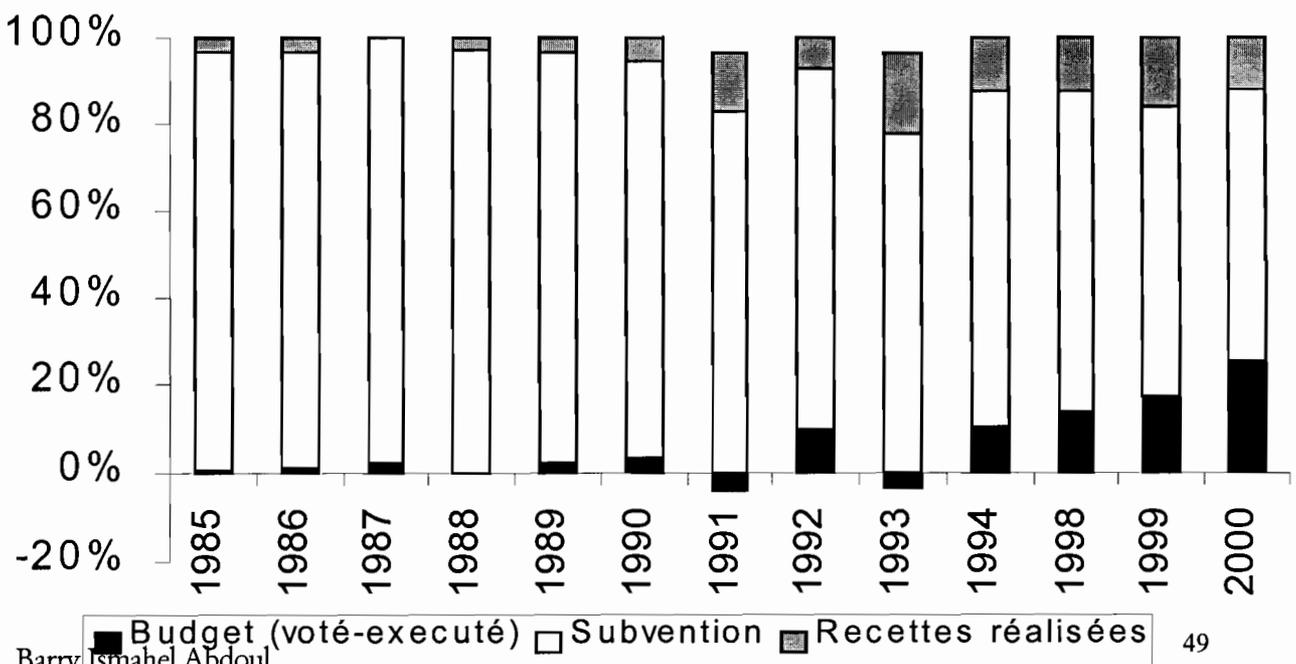
Cette disposition n'a cependant pas encore été appliquée mais sa présence dans les textes en vigueur laisse toujours présager son application et peut constituer une entrave au processus d'autonomie par la réduction des disponibilités financières de l'hôpital.

Si les textes permettent à l'hôpital d'utiliser la totalité de ces recettes, ils ne lui permettent de conserver aucune part de ces recettes. Les ressources du CHU-C constituent des deniers publics et doivent donc être reversées au Trésor Public. Dans la pratique, lorsque ces recettes sont versées au Trésor Public, leur positionnement sur la Banque Interne du CHU au Trésor (BIT) ne tient pas compte des priorités de l'hôpital.

Cette situation ne concorde pas avec la possibilité d'utiliser la totalité des recettes, car lorsque les fonds sont reversés au Trésor, l'hôpital n'a pas de garantie concernant non seulement la disponibilité des recettes mais également le montant des recettes qu'il a recouvrées et qui lui reviennent selon les textes. On a donc des écarts importants entre le montant des besoins périodiques du CHU et celui positionné sur son compte au Trésor Public, et des retards dans le positionnement des fonds de l'hôpital.

Cette difficulté de la disponibilité du budget se manifeste au niveau de l'écart entre le budget voté que le CHU à la possibilité d'utiliser pour son fonctionnement et le total de la subvention et des recettes qu'il a acquises (Annexe 5). La figure ci après montre l'évolution des recettes de l'hôpital et l'écart entre le budget voté qu'il est autorisé à utiliser et le budget voté mais non exécuté.

Figure 1 : Evolution des composantes du budget



Cet écart est croissant malgré des baisses en 1991 et 1993 où le CHU-C a bénéficié d'une rallonge par rapport au budget initialement voté. Cette évolution à la hausse dénote de la difficulté croissante du CHU de disposer entièrement de son budget surtout pendant les années de crises financières de l'Etat. On remarque ainsi que la crise économique depuis 1998 se manifeste par des pertes de budget respectivement de 7%, 13%, 17% et 25% en 1994, 1998, 1999 et 2000. Le budget du CHU subit donc dans une large mesure les variations de la situation financière de l'Etat.

Cette situation est un frein à la rapidité d'exécution des ordres de paiement, crée un retard dans les approvisionnements et décrédibilise l'hôpital auprès de ses fournisseurs. A ce niveau, un rapport du Service Comptable constatait des arriérés de paiements aux fournisseurs de 18 à 20 mois. Ce fait, qui non seulement ne va pas dans le sens d'une autonomie de gestion par l'hôpital de ses ressources, constitue une entrave au bon fonctionnement de l'hôpital.

L'hôpital a obtenu la possibilité d'ouvrir un compte bancaire dans un établissement privé mais n'en a pas bénéficié faute d'une autorisation à ce sujet. Il faut remarquer qu'une règle des EPIC, à laquelle est assimilé le CHU, veut que les EPN, pour avoir l'accord nécessaire à l'ouverture d'un compte bancaire privé, doivent recouvrer environ 60% de leurs frais de fonctionnement. Cela montre que la tutelle n'accorde pas la confiance nécessaire à l'hôpital pour lui permettre de gérer directement ses recettes.

Au Togo le CHU-Campus, dans le cadre de l'autonomie bénéficie d'un compte bancaire propre pour l'engagement des dépenses en rapport avec les procédures d'urgence. Cette disposition a permis à cet hôpital de satisfaire les attentes des fournisseurs et des prestataires de services de l'hôpital.

La diversification des ressources s'est également traduite, en 1993, par l'acquisition d'une marge commerciale de 10 à 15 % sur la vente des médicaments au sein de l'établissement. Le montant total devant être affecté à la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) pour l'approvisionnement de l'hôpital en matériels de soins.

Cette disposition participe certainement à la hausse des recettes de l'hôpital. Cependant le fait que ces recettes doivent être affectées à la PSP indique surtout que la tutelle ne soit plus disposée à assurer le financement de tels matériels comme elle le faisait par la dotation accordée à l'hôpital pour son approvisionnement en matériels de soins. Cette tâche revient aux usagers et s'inscrit surtout dans la politique de recouvrement des coûts des actes de santé du MSP.

Cette disposition vise donc plus à réduire le financement de l'Etat à l'hôpital qu'à permettre à ce dernier d'assurer son indépendance financière vis à vis de la tutelle. Dans cette optique, les recettes de la pharmacie ne seraient pas d'emblée affectées à

la PSP et devraient être reversées à la Banque Interne au Trésor (BIT) au titre des recettes propres de l'hôpital pour lui permettre ainsi de gérer directement les recettes en rapport avec la vente des médicaments au sein de l'hôpital.

3. LA TARIFICATION

Selon les textes instaurant l'autonomie, il est stipulé que les délibérations de la CCG portent sur la détermination du tarif des prestations. Cette situation aurait fait penser à une autonomie sur un aspect aussi important que constitue la tarification mais la pratique montre que le CHU-C doit solliciter l'approbation du MSP. La compétence de l'hôpital ne se limite donc qu'à proposer une tarification à la tutelle.

On note des augmentations de tarif, en 1990 et 1991, mais, il faut noter que les révisions de tarification ne sont pas toujours acceptées comme le montre l'écart temporel entre l'acquisition du statut d'autonomie et la première tarification. En effet, il a fallu attendre six ans, de 1984 à 1990 pour que le ministère accorde à l'hôpital la permission de réviser à la hausse ses tarifs et six autres années pour la seconde révision des tarifs.

Les interventions de la tutelle en matière de tarification des actes hospitaliers se justifient par le fait que l'Etat est le garant de la santé des populations et doit veiller à leur accès aux soins. Ainsi malgré le fait que l'hôpital à travers la CCG a acquis la possibilité de faire varier ses tarifs, la décision finale revient au MSP.

Cette situation est conforme à plusieurs contextes notamment au Togo, au Kenya, en Inde, au Zimbabwe. La décision finale de tarification relève toujours de la compétence du Ministère en charge de la santé. Cependant en Indonésie, les hôpitaux " Swadana "¹⁴ déterminent librement leur tarif et on remarque qu'ils ont une tendance à quadrupler les prix des prestations qui se retrouvent alors au même niveau que les tarifs des hôpitaux privés. Cette situation justifie encore plus la main mise de l'Etat sur la détermination du tarif des prestations hospitalières pour éviter justement des hausses excessives qui constituent des freins à l'accessibilité aux soins des populations.

Au niveau des coûts, bien que l'Article 73 du guide des EPN recommande la mise en place d'une comptabilité analytique, rien n'a été fait dans ce sens. La Direction a bien conscience que ses tarifs ne reflètent pas les coûts que l'hôpital supporte mais il ne dispose pas d'outils, de système de recueil de données et de

¹⁴ Le terme *Swadana* désigne les hôpitaux autonomes en Indonésie, in Autonomie hospitalière : Sommaire des expériences de cinq pays, p.1

compétences nécessaires à la spécificité de la comptabilité analytique dans les structures hospitalières.

La comptabilité analytique est pratiquement absente dans les hôpitaux autonomes. Comme en Côte d'Ivoire, ces hôpitaux n'ont pas de système de recueil de données, de compétences utiles à cela.

4. MAINTENANCE ET APPROVISIONNEMENT

Le statut initial de l'autonomie ne permettait pas à l'hôpital d'avoir en charge les approvisionnements en matériel de bureaux. Il devait saisir le MSP à cet effet. Ils en est de même concernant le matériel médical même si à ce niveau l'hôpital est responsable de la maintenance à travers ses services et cellules techniques.

Cela dénote d'un manque de liberté accordé à l'hôpital pour des fonctions essentielles comme l'approvisionnement en matériel et entraîne des retards, du fait des lourdeurs administratives, dans les approvisionnements qui peuvent entraver le fonctionnement des services.

Cette situation a évolué avec la contractualisation de ces fonctions auprès de prestataires de services pour le matériel de bureaux et la fourniture des pièces de rechange pour le matériel technique. Cependant, le fait pour l'hôpital de ne pouvoir ni choisir librement ses co-contractants, ni les démettre en cas de défaillances dans le cadre des contrats d'approvisionnement et de maintenance ne milite pas en faveur d'une bonne gestion de ce système de contractualisation. Le CHU-C doit pourtant les rémunérer sur son budget.

Tous les aspects des contrats sont le fait de la Direction Générale des Marchés Publics du MEF. Malgré l'incidence financière de ces contrats sur son budget, l'hôpital n'est pas responsable de l'attribution des marchés d'appels d'offre. Ce système a cependant l'avantage de permettre à l'hôpital de s'approvisionner directement, donc de réduire les délais de non-fonctionnement des services défaillants.

* * *

On remarque donc que certains aspects réglementaires offrent une certaine autonomie à l'hôpital dans le domaine financier : utilisation de la totalité des recettes, détermination du tarif... Cependant dans la réalité, les aspects importants de la gestion financière sont encore le fait de la tutelle.

Les compétences exclusives de l'hôpital sont pratiquement inexistantes. On assiste surtout à un partage de compétence dans lequel la décision finale dans les attributions et les actes de gestion financière sont le fait de la tutelle technique et administrative : le MSP, et la tutelle financière : le MEF. Ainsi l'autonomie en matière de gestion financière est limitée. Les décisions sont proposées par l'hôpital et l'accord final de mise en œuvre appartient à la tutelle.

Cette situation n'offre pas à la Direction de l'hôpital toute la souplesse nécessaire à la gestion des ressources financières d'une organisation orientée vers la performance. L'hôpital compte tenu de la spécificité de ses activités : Amélioration de la santé des populations, doit avoir à sa disposition les attributions majeures en matière de gestion des ressources aussi importantes que les moyens financiers.

C. L'AUTONOMIE ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

1. L'ALLOCATION DU PERSONNEL

L'érection en EPN n'a pas permis au CHU-C d'être responsable du recrutement du personnel de soins et du personnel administratif. Cette disposition ne concerne que les journaliers en charge de l'entretien ou du gardiennage. Si ces derniers sont rémunérés par l'hôpital, les premiers le sont par la tutelle.

Le fait pour l'hôpital de ne pas pouvoir recruter du personnel médical ne lui permet pas de faire face aux insuffisances constatées à ce niveau. Elle formule ses besoins à la tutelle mais là encore, un constat dans le Rapport d'Activités 2000 montre que le taux de satisfaction des besoins en personnel médical présentés à la tutelle est environ de 6%.

Le recrutement du personnel médical pourrait permettre à ce corps de discuter librement de sa rémunération avec l'hôpital car le bas niveau de leur rémunération est actuellement un facteur important de démotivation du personnel en sus du fait que les gardes médicales ne font l'objet d'aucune rémunération.

Cette possibilité a été pourtant offerte au CHU-Campus de Lomé (Togo) et au Kenyatta National Hospital de Nairobi (Kenya). Ces deux hôpitaux ont la maîtrise de leur effectif médical et de la masse salariale qui constitue une part importante du budget des hôpitaux.

Si au niveau du personnel médical cette disposition n'a pas évoluée, depuis 1998, le statut de contractuel apparaît au sein de l'hôpital. Ce statut concerne une partie du personnel administratif notamment les caissiers, les réceptionnistes... et

les agents temporaires. Ils sont recrutés auprès de prestataires de services agréés par le MEF qui a en charge l'organisation des procédures de recrutement : Appel d'offre, dépouillement... L'hôpital peut alors saisir le prestataire pour faire face à ses besoins et le rémunérer sur son budget.

Ainsi, en terme d'autonomie, l'évolution constatée au niveau du personnel s'avère limitée car les termes de contractualisation sont encore le fait de la tutelle économique et financière du CHU-C : le MEF. En outre les contractuels ne représentent encore que 7%¹⁵ du personnel.

La situation des contractuels ne diffère pas de celle des fonctionnaires concernant le mode de recrutement. L'avantage pour l'hôpital, en terme de liberté par rapport à la tutelle consiste en une meilleure satisfaction des besoins au niveau des secrétaires, des caissiers, des brancardiers.

Concernant le licenciement du personnel, l'hôpital peut user de ce fait uniquement concernant le personnel contractuel en saisissant le prestataire concerné. S'il ne peut recruter les fonctionnaires il est normal qu'il ne peut les démettre de leurs fonctions. Conformément au statut de la Fonction Publique, l'hôpital a des pouvoirs en matière de sanction du premier degré : L'avertissement, le blâme, le déplacement d'office... La Direction fait un rapport au MSP pour le personnel qui dépend d'autres ministères notamment pour le MEF, l'AC et le CB et pour le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS), la hiérarchie du corps médical (MSP).

L'allocation du personnel entre les différents services est le fait de la Direction notamment de la Sous Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux (SDSIO) en ce qui concerne le personnel de soins. Cette situation est identique avant l'instauration de l'autonomie. Cependant, pour allouer le personnel selon ses priorités, il faut que les catégories de personnel dont a besoin l'hôpital soit à sa disposition. Et cela renvoie au recrutement du personnel médical qui ne relève pas de la compétence de l'hôpital.

2. LA REMUNERATION DU PERSONNEL

Le personnel occupe une large place dans le budget des hôpitaux publics ; 60% du budget selon Dr Pangu, K A (Pangu et Al 1992). Ce taux est de 57% en ce qui concerne le CHU-C (Annexe 4). Le CHU-C n'a pas en charge la gestion de la ressource qui accapare environ 60 % de son budget de fonctionnement.

L'hôpital rémunère les contractuels mais ceux ci ne représentent que 7% du personnel et leur part dans la masse salariale de l'hôpital n'est pas importante du

¹⁵ Rapport Semestriel du CHU-C, 2001

fait des fonctions qu'ils occupent. Cette situation montre l'importance de l'emprise de la tutelle non seulement sur le personnel mais à travers celui-ci sur le budget de l'hôpital.

Le CHU-C n'a pas en charge la rémunération de la majeure partie de son personnel mais il a, depuis 1993, la possibilité de lui accorder une indemnité qui constitue un intéressement du personnel au montant des recettes recouvrées. Cette disposition vise à motiver le personnel à l'amélioration du montant des entrées financières de l'hôpital.

Le taux à appliquer et le mode de calcul individuel relève cependant de la compétence du MSP et du MEF. En outre, Ces indemnités ne sont pas basées sur le niveau de recette. Ce qui fait qu'elles sont attribuées au personnel en dehors de toute performance dans le recouvrement des coûts.

L'objectif de motivation du personnel et de hausse des recettes peut donc ne pas être atteint. Les propositions de la Direction à ce niveau ne concernent que le montant global à attribuer au personnel. Le mode de calcul étant défini par le Ministère de la Santé. L'hôpital n'a donc pas de liberté d'action et de possibilité propre de motiver ses agents à plus d'efficacité dans le recouvrement des coûts en modifiant le montant de l'indemnité ou son mode de calcul.

L'indemnité au personnel ne concerne cependant pas les contractuels alors que ceux-ci ont en charge les fonctions clés en matière de recette notamment la facturation, les caisses, le recouvrement...

Cette disposition d'attribution de l'indemnité au personnel non-fonctionnaire est pourtant prévue dans certains hôpitaux autonomes notamment au Sénégal. Son absence peut ne pas les inciter à lutter contre la fraude et à ne pas se sentir solidaire avec les autres membres du personnel dans les efforts pour rehausser le niveau de recette de l'hôpital.

La création du service solde qui devait permettre une rémunération rapide du personnel montre des défaillances. En général, non seulement les salaires des agents ne sont pas positionnés plus vite que celui des autres fonctionnaires mais il est payé en retard par rapport à celui de ces derniers.

Cette situation est généralement due au retard avec lequel le service solde transmet les états de traitement à la Solde Générale du MEF. En outre, pour l'hôpital, ce service n'est utile que pour connaître la situation financière des agents qui dépendent de l'Etat. Il leur permet d'effectuer plus rapidement les actes administratifs en relation avec leur statut d'employé, non pas de l'hôpital mais, de l'Etat.

3. LE REGLEMENT POUR LES EMPLOYES

Avec l'autonomie, les organes du CHU-C ont acquis la possibilité de définir un règlement intérieur propre à l'hôpital. Cette disposition constitue l'une des étapes essentielles du développement de l'hôpital comme structure autonome. Elle permet ainsi, aux organes de l'hôpital de définir des règles de fonctionnement applicables à tous les agents compte tenu de la diversité de provenance des employés notamment le MSP, le MEF et le MESRS.

Cette disposition n'a pourtant jamais été utilisée par les différentes directions qui se sont succédées à la tête du CHU. Un projet de règlement intérieur a été établi en 1993 mais n'a jamais abouti. Plusieurs fois révisées, il n'a été présenté ni à la CMC, ni à la CCG pour avis et adoption alors que sa diffusion permet à tout le personnel et aux usagers de prendre connaissance des relations fonctionnelles et des procédures susceptibles d'améliorer l'exécution des activités de l'hôpital.

Ce manque d'utilisation du cadre prescrit par la tutelle met en exergue la capacité des dirigeants à comprendre les enjeux du développement des pouvoirs de l'hôpital, véritable entreprise sociale, par rapport à la tutelle.

Dans le cas du CHU-C, l'emprise de la tutelle sur la Direction générale et les différents changements constatés à ce niveau, ne milite pas en faveur de la mise en place de règle de fonctionnement propre à l'hôpital. Elle nécessite de la part des dirigeants une bonne compréhension du fonctionnement de l'hôpital, de son environnement aussi bien interne qu'externe et la prise en compte des avis de tous les acteurs du développement de la structure.

Les multiples changements au niveau de la Direction ne permettent pas aux différents responsables de mettre en œuvre les activités requises pour la définition des règles de fonctionnement propre au CHU-C surtout que la CCG est composée en majorité de membres de l'Etat. Ainsi au-delà de l'action des différentes directions qui se sont succédées à la tête du CHU-C, on retrouve l'emprise de la tutelle sur l'hôpital en ce qui concerne la mise en place d'un règlement intérieur.

Avant l'autonomie, la formation du personnel était le fait du MSP. La Direction est responsable depuis 1990 de la formation de ses agents. Elle verse à cet effet 1% de sa masse salariale au Fonds de Développement de la Formation Professionnelles (FDFP) chargé de l'organisation pratique des formations.

Depuis 2000 cependant, le reversement de la part de la masse salariale pour la formation du personnel au FDFP doit être effectué directement par le MSP. Il n'en a pas été ainsi pour l'année 2001 ce qui a rendu inapplicable le plan de formation

de l'hôpital. On assiste là encore à la réduction du pouvoir accordé au CHU pour définir et développer une politique de formation de ses agents.

* * *

En matière de gestion des ressources humaines, le MSP garde les prérogatives les plus importantes notamment le recrutement du personnel médical et sa rémunération. L'autonomie acquise dans ce domaine ne consiste globalement qu'à associer les organes de l'hôpital, pour formuler des propositions, aux différentes décisions qui appartiennent en dernier ressort à la tutelle.

Comme la gestion financière, la situation du CHU-C en matière de gestion des ressources humaines constitue plus une déconcentration des pouvoirs de la tutelle à l'hôpital.

* * * * *

Le développement selon les textes et la pratique de l'autonomie montre la présence encore contraignante du pouvoir central à tous les niveaux de gestion de l'hôpital. L'autonomie accordée au CHU-C est encore un potentiel réglementaire à développer surtout dans les actes pratiques de gestion financière et des ressources humaines. Le CHU-C reste donc un organe déconcentré qu'un organe surtout cantonné dans un rôle d'exécution des crédits votés par la tutelle pour son fonctionnement.

L'autonomie a surtout consisté à la définition des domaines dans lesquels les organes du CHU-C doivent faire des propositions à la tutelle concernant les fonctions de gestion de l'hôpital. La tutelle est certainement consciente du fait que l'hôpital est une organisation complexe, caractérisée par un fonctionnement continu, un niveau de technicité élevé et surtout la prise en charge de la vie humaine, qu'il vaut mieux gérer de l'intérieur plus qu'administrer de loin. Les pouvoirs accordés aux organes de l'hôpital s'inscrivent certainement dans ce cadre : Permettre à ceux qui gèrent de manière quotidienne l'hôpital de faire des propositions de gestion compte tenu des situations constatées. Ces propositions devenant opérationnelles après accord de la tutelle.

L'autonomie est un concept dynamique qui s'acquiert au fil du temps. Bien qu'un cadre soit élaboré, L'hôpital doit proposer, donc insuffler le changement dans son organisation et son fonctionnement. Il lui revient donc d'affirmer son autonomie par la multiplication des propositions convaincantes concernant les actions qui nécessitent l'approbation du MSP et de développer des stratégies opérationnelles efficaces concernant les propositions acquises.

L'instauration et le développement de l'autonomie ne doivent pas faire oublier que la réforme vise globalement la performance de l'hôpital. Comment le CHU-C s'est-il donc comporté à ce niveau ?

Deuxième Partie : **LA PERFORMANCE DU CHU-C**

La performance du CHU a trait à l'évolution du niveau atteint en matière d'efficacité et de viabilité financière depuis son érection en Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC).

I. LE NIVEAU D'EFFICIENCE ATTEINT PAR LE CHU-C

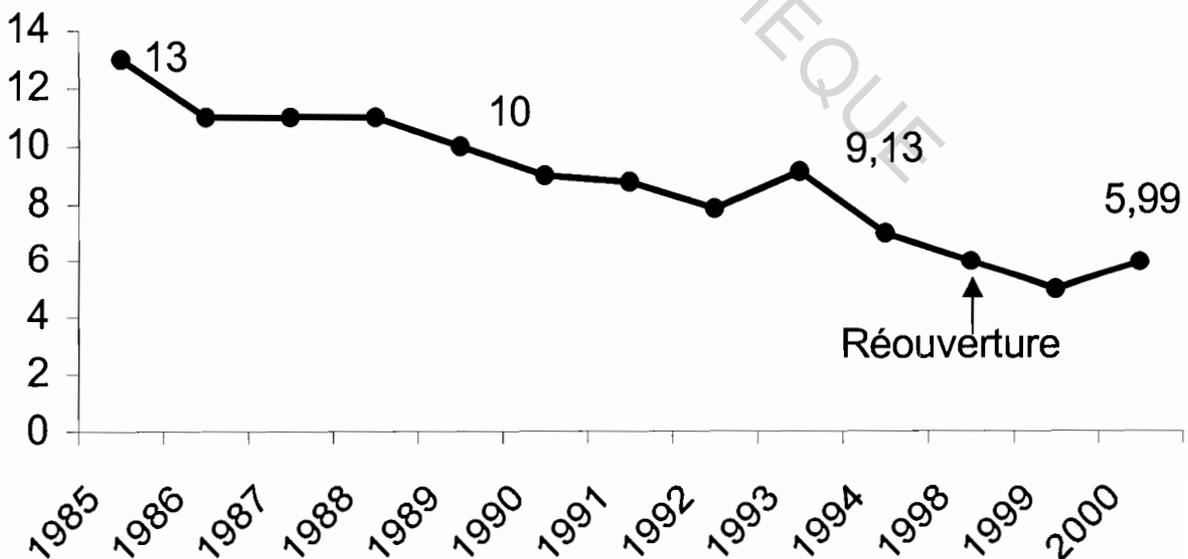
L'efficacité du CHU-C permettra de déterminer si l'hôpital alloue ses ressources aux activités les plus utiles (efficacité de l'allocation) et si elle réalise ses activités avec le coût le plus bas possible (efficacité technique).

A. EFFICIENCE ALLOCATIVE

1. LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR (DMS)

La réduction de la DMS permet de penser que l'efficacité allocative s'améliore. Elle indique l'affectation du personnel, entre les consultations et les hospitalisations, pour réduire la durée de séjour des patients.

Figure 2 : Nombre de jours d'admission au CHU-C



Source : Notre étude

L'observation de la courbe d'évolution de la DMS (Figure 2) montre qu'elle tend vers la baisse. Ainsi le nombre de jours entre l'admission et la sortie des patients du CHU-C passe de 13 jours en 1985 à 7 jours en 1993. On a certes une hausse de 7 à 9 jours entre 1993 et 1994 mais la tendance globale est à la baisse. Cela indique que la prise en charge des patients a permis de réduire le temps qu'ils passent au sein de l'hôpital.

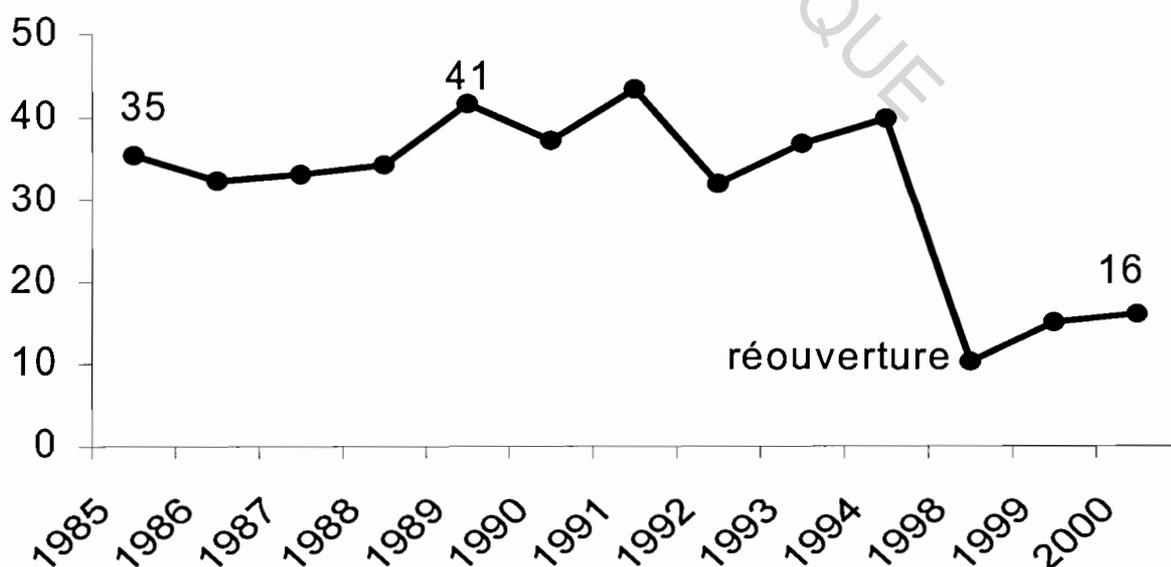
Cet indicateur masque certes les niveaux différents entre services d'hospitalisations, n'indique rien quant au type de maladie ; ne tient pas compte du type de soins appliqué mais la baisse continue dont elle est l'objet peut permettre de juger d'un bon niveau de performance concernant la prise en charge des patients notamment par leur affectation des consultations aux hospitalisations.

L'hospitalisation constituant l'objectif majeur de l'hôpital comparativement aux consultations, on peut supposer un bon niveau d'affectation du personnel médical aux hospitalisations qui sont les activités prioritaires de l'hôpital et les plus utiles qu'elle doit réaliser pour la population.

2. LE TAUX DE ROTATION

Le taux de rotation mesure le nombre moyen de patients par lit par année. Il montre le nombre de patients qui occupent un lit au cours d'une année. En termes d'allocation, il indique l'affectation des lits aux prestations d'hospitalisation qui sont les activités prioritaires de l'hôpital ;

Figure 3 : Evolution du nombre de patients par lit au CHU-C



Source : Notre étude

Depuis la mise en place de l'autonomie jusqu'en 1989, on note une tendance à la hausse de 35 à 41 patients par lit. Après cette hausse, le taux de rotation subit des fluctuations d'année en année de sorte qu'il est difficile de dégager une tendance claire à partir de cette date.

Il semble, cependant, légèrement baisser selon le temps ; ce qui laisse présager qu'il y a moins de patients par lit. Après la réouverture en 1998, on constate une hausse de 10 à 16 patients par lits. Malgré la hausse, ce taux est encore faible par rapport à la situation avant la fermeture pour réhabilitation. Cela s'explique par la réouverture progressive des services offerts par l'hôpital.

* * *

Compte tenu de l'évolution de la DMS à la baisse, on peut supposer une bonne affectation du personnel médical pour la prise en charge des patients. Il est cependant difficile de se prononcer sur l'évolution du taux de rotation des lits du fait des variations constatées et de la tendance à la baisse.

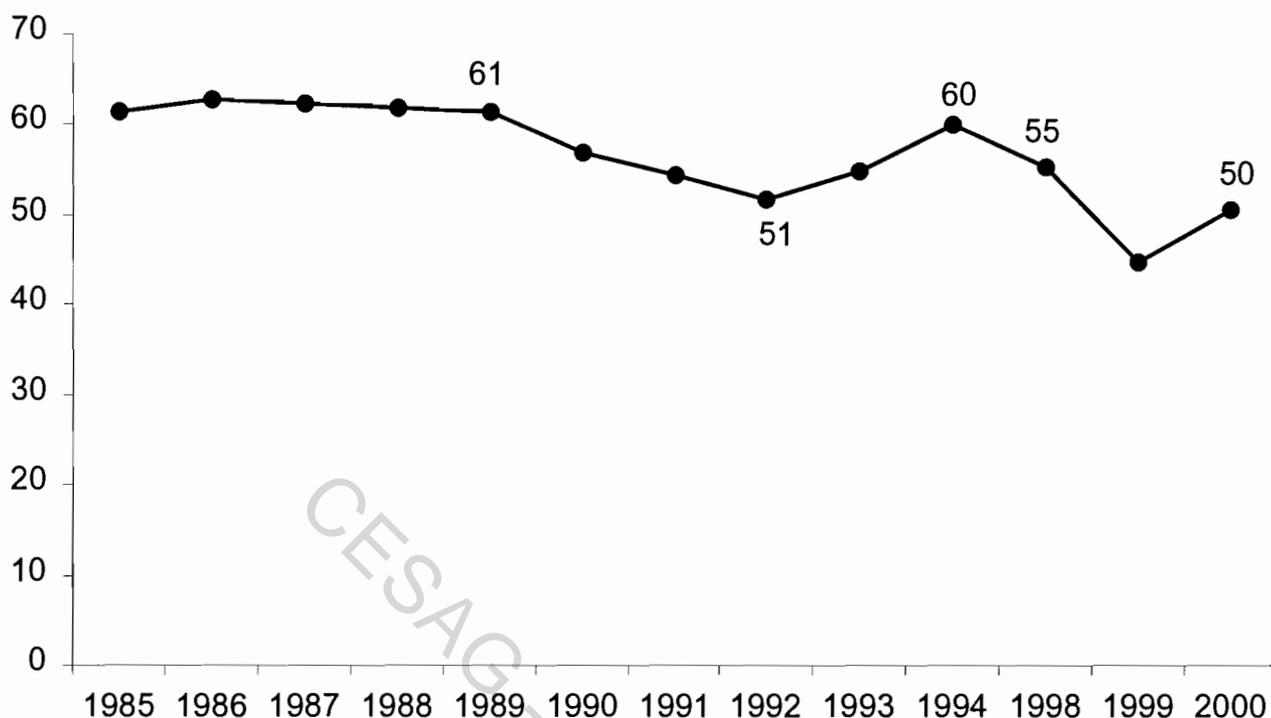
Le bilan de l'efficacité allocative du CHU-C est donc mitigé et ne permet pas de conclure à une évolution dans le sens de l'amélioration de la performance. Les patients passent de moins en moins de jours à l'hôpital et le nombre patient par lit au CHU-C est en baisse. Si la première indication laisse penser à une bonne affectation du personnel à la prise en charge des patients, la seconde indique qu'un lit d'hôpital est utilisé par un nombre de plus en plus faible de patients. Ce qui ne permet pas de conclure à un bon rendement concernant l'utilisation des lits.

B. EFFICIENCE TECHNIQUE

1. REMUNERATION DU PERSONNEL

La rémunération du personnel, indique la part de la masse salariale dans le budget de fonctionnement de l'hôpital. En supposant que la qualité des soins est maintenue constante, l'efficacité technique au niveau de cet indicateur doit montrer une baisse du niveau des salaires. La figure 4 indique l'évolution de la masse salariale dans le budget du CHU-C.

Figure 4 : La masse salariale (%) dans le budget de fonctionnement du CHU-C



Source : Notre étude

Entre 1985 et 1989 la part du personnel reste stable autour de 62% des frais généraux de l'hôpital. On note une baisse entre 1989 et 1992 où elle passe de 61% à 51%. On remarque sur la même période une baisse de la masse salariale de 2.478.072.265 FCFA à 1.965.025.996 FCFA et du personnel de 944 à 844 agents (Annexe 4) notamment du personnel médical qui baisse de 162 à 127 médecins soit plus de 27%.

A partir de 1992, jusqu'à la fermeture pour réhabilitation, la tendance est à la hausse de 51% à 60% du budget de fonctionnement du CHU-C. Cette tendance se confirme au niveau de la masse salariale et au niveau du personnel

De 55% après la réhabilitation, elle passe à 44% en 1999 et 50% en 2000 pour des montants respectifs de 1.748.847.564 et 1.758.269.745 Fcfa, alors que le nombre d'agent passe de 930 à 996. On remarque cependant malgré ces fluctuations une tendance à la baisse autour d'une moyenne de 56% des frais généraux.

Ce fait aurait pu permettre de conclure, conformément à la performance en ce qui concerne cet indicateur à un bon niveau. Cependant, il faut noter que le recrutement du personnel dépend surtout du MSP, du MEF et du MFP. La

politique salariale dépend donc fortement des actions de ces Ministères notamment pour les fonctionnaires qui constituent plus de 90% du personnel de l'hôpital.

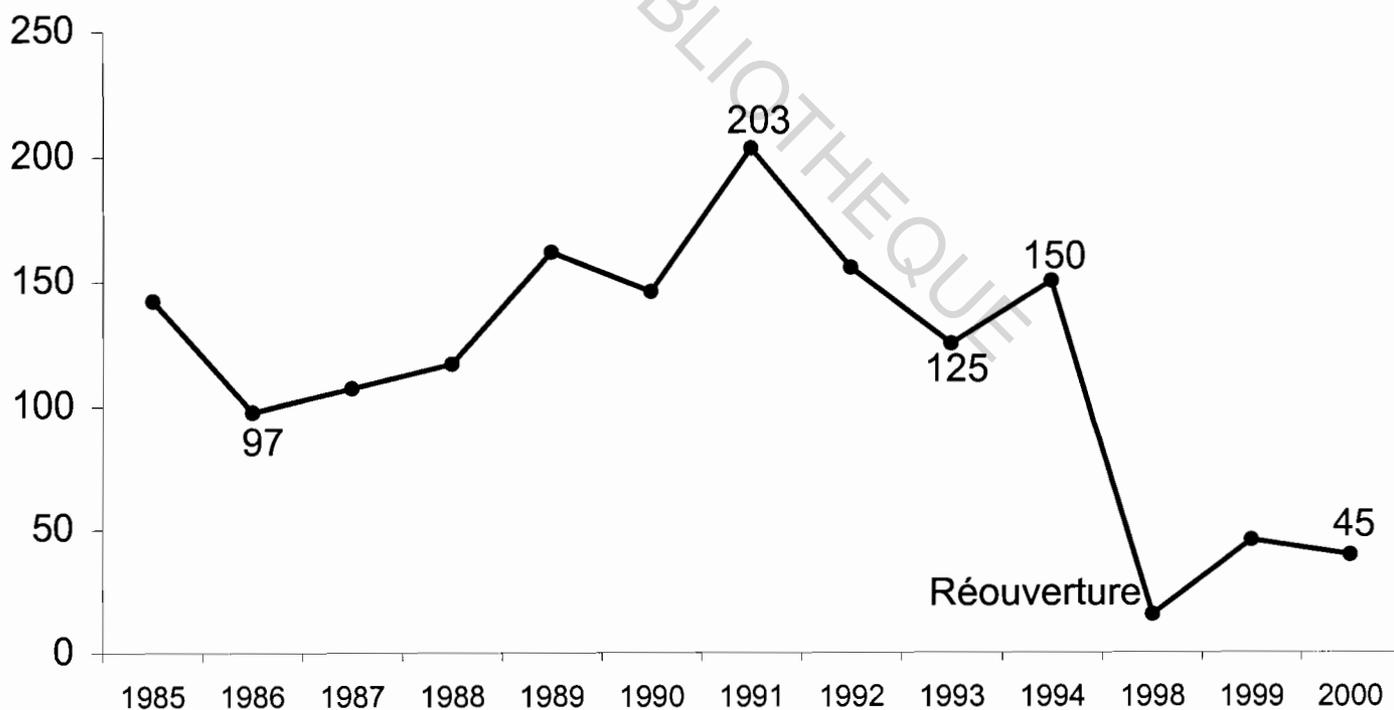
2. LA PRODUCTIVITE DU PERSONNEL

La productivité du personnel mesure le nombre d'hospitalisation et de consultation par médecin. C'est une composante de l'efficience technique de la gestion des ressources humaines.

Conformément au fonctionnement du système de référence et aux activités prioritaires de l'hôpital, la productivité du personnel au sein de l'hôpital performant devrait permettre d'indiquer une hausse selon les hospitalisations et une baisse selon les consultations.

Cette situation indique que non seulement l'hôpital alloue son personnel à des activités prioritaires (hospitalisations) mais qu'en plus elle minimise l'emploi des ressources à la réalisation d'activités non prioritaires (consultations) conformément à l'efficience technique de la productivité du personnel médical.

Figure 5 : Le nombre d'hospitalisations par médecin



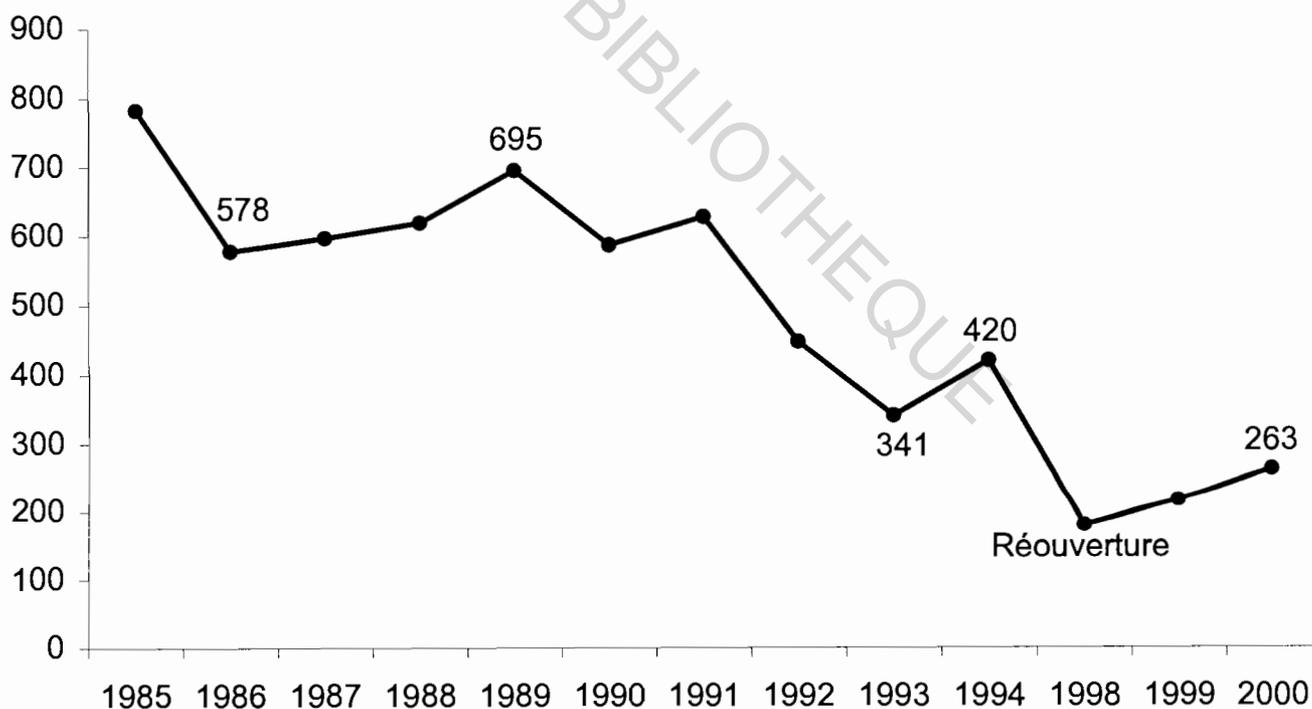
Source : Notre étude

On note deux tendances dans l'évolution du nombre d'hospitalisations par médecin (Figure 5). Une hausse entre 1986 et 1991 de 97 à 203 patients pour un médecin et une baisse jusqu'à 125 patients en 1993 et 150 en 1994.

Le taux baisse à 45 patients par médecin en 2000 mais à cette date, tous les services de l'hôpital n'étaient pas encore ouverts et on notait donc une affluence minimale alors que le nombre de médecin avait augmenté. On peut aussi l'attribuer à la hausse du tarif des hospitalisations constatée à la réouverture de l'hôpital qui peut être une raison de la baisse du nombre d'hospitalisation.

Dans le cadre de l'étude, on ne peut juger d'un bon niveau de performance concernant la productivité selon les hospitalisations. Depuis 1991, la tendance est à la baisse malgré une hausse entre 1993 et 1994. La tendance du nombre de médecin (Annexe 6) baisse depuis l'autonomie jusqu'en 1992 et tend ensuite à la hausse. Celle des hospitalisations (Annexe 7) présente des fluctuations mais tend sensiblement vers la baisse. On ne peut donc pas conclure à un bon niveau de performance.

Figure 6 : Le nombre de consultations par médecin



Source : Notre étude

Les fluctuations annuelles des taux de productivité ne permettent pas de juger de la valeur des niveaux atteints. Cependant au niveau des tendances, on note une tendance à la baisse du nombre de médecin par consultation (Figure 6).

Les médecins ont donc de moins en moins de patients à prendre en charge au niveau des consultations

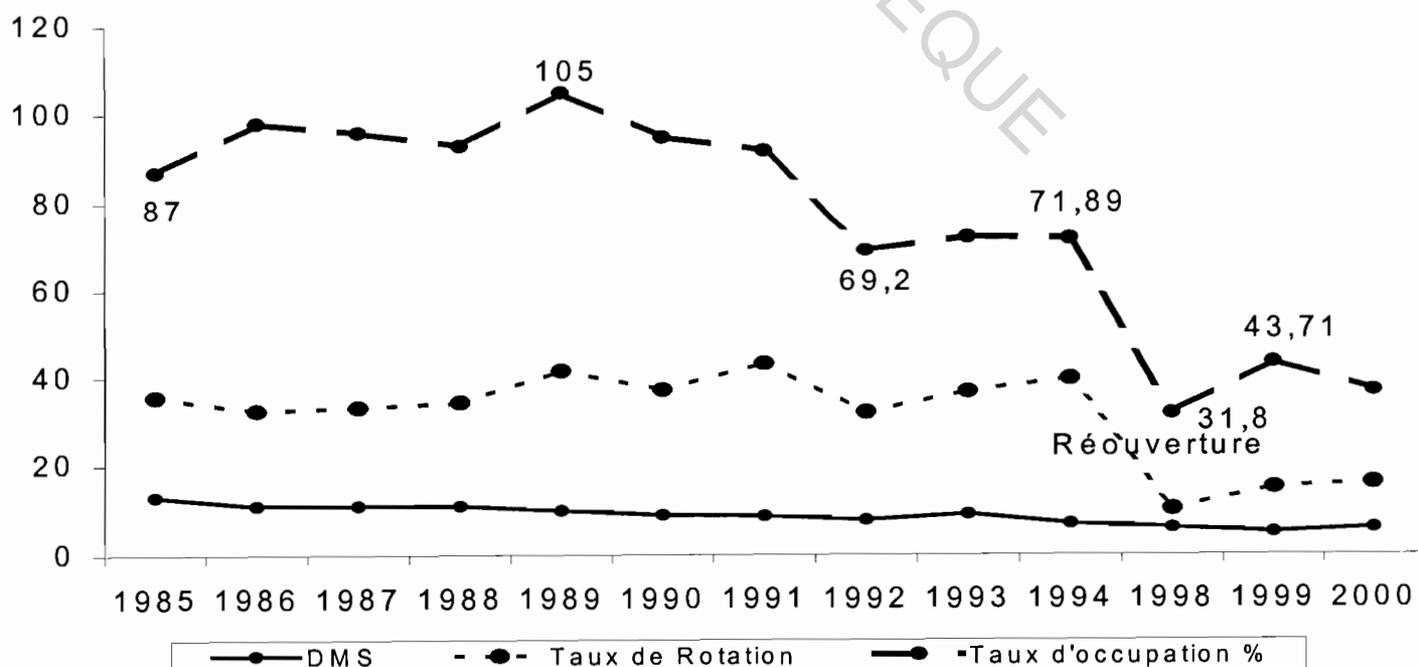
L'évolution du nombre de médecins (Annexe 6) montre une certaine stabilité malgré deux grandes périodes de fluctuation. La productivité peut donc dépendre du nombre de consultations.

La courbe d'évolution des consultations (Annexe 8) montre une tendance à la baisse notamment à partir de 1989, elle passe de 112.675 patients à 94.030 en 1990. On peut donc conclure à un bon niveau de performance. Cependant la baisse constante du nombre de consultations ne peut pas être le fait de l'hôpital et de la productivité du personnel du CHU-C. Même si les consultations ne sont pas ses activités prioritaires, l'hôpital ne peut développer volontairement des stratégies allant dans le sens de la baisse de nombre de consultant. Cette baisse peut être due au fonctionnement du système de référence qui fait que le CHU-C a de moins en moins de consultants.

3. STATISTIQUES D'ACTIVITES HOSPITALIERES

Les statistiques hospitalières concernent l'analyse simultanée de la DMS, du Taux de Rotation des lits et du Taux d'Occupation des lits. Une interprétation d'ensemble de ces trois indicateurs (Figure 7) devrait indiquer si l'hôpital réalise ses prestations à moindres coûts.

Figure 7 : Les statistiques d'activités hospitalières du CHU-C



Les trois indicateurs de statistiques hospitalières présentent des fluctuations qui ne permettent pas l'analyse des niveaux atteints par chacun d'eux. En outre, ils sont exprimés en unités différentes.

On avait déjà noté l'évolution à la baisse de la DMS et à un degré moindre du taux de Rotation. Le Taux d'Occupation, quant à lui, tend à la baisse. Cette baisse débute surtout en 1990, après une hausse entre 1985 et 1989 de 87% à 105%. Il se situait autour de 76% avant la rénovation.

Ces évolutions indiquent que les patients passent de moins en moins de temps à l'hôpital, qu'il y a moins de patients par lit par an et de moins en moins de lits occupés. La réduction du temps de séjour peut laisser penser, sans connaissance du type d'affection et de la qualité des soins fournis, que les ressources employées aux traitements baissent. Cependant, la baisse des indicateurs d'occupation même si elle indique la baisse des coûts posent un problème en ce qui concerne l'objectif d'amélioration du niveau des recettes, car plus de patients par an et plus de lits occupés peuvent être sources de revenus supplémentaires pour l'hôpital.

* * *

L'évolution des indicateurs d'efficience technique montre que la productivité du personnel selon les consultations est bien orientée alors qu'on ne peut pas juger d'un bon niveau de performance selon les hospitalisations. L'évolution des statistiques hospitalières permet de supposer la baisse des coûts mais une perte de recette propre.

Ainsi, comme l'efficience allocative, l'évolution d'ensemble des indicateurs de l'aspect technique de l'efficience n'indique pas une bonne évolution de la performance. L'hôpital ne maîtrise pas sa masse salariale, d'où toute performance dans la gestion de la part du personnel dans le budget ne dépend pas de lui. L'évolution des indicateurs de productivité peut être due à l'ouverture du CHU de Yopougon (commune d'Abidjan) en 1990. Les brusques évolutions à partir de cette date dans les indicateurs de performance du CHU-C peuvent être dues au fait que les patients de cette zone de la ville d'Abidjan, ne se rendent plus à Cocody pour se faire soigner.

L'évolution des indicateurs d'efficience du CHU ne permet donc pas de conclure à un bon niveau d'efficience aussi bien allocative que technique. Ainsi, tout au long de son développement comme structure autonome, L'observation des indicateurs montre que le CHU n'alloue pas encore toutes ses ressources de manière utile pour la population et qu'elle ne réalise pas ses activités avec le coût le plus bas possible.

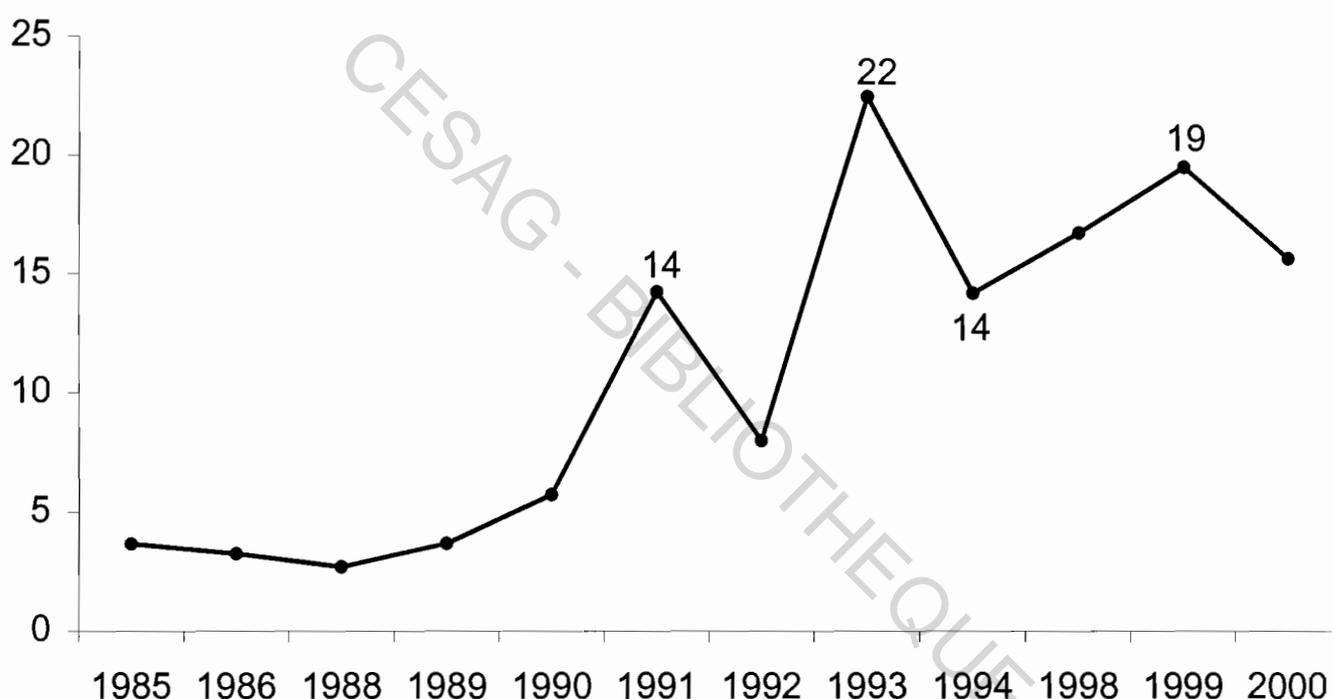
L'évolution des indicateurs de viabilité est-elle conforme ou diffère t-elle de celle de l'efficience ?

II. VIABILITE FINANCIERE

A. TAUX DE RECOUVREMENT

Le Taux de Recouvrement des coûts indique la part des fonds provenant des recettes propres dans le total du budget de fonctionnement de l'hôpital. Son évolution montre les variations dans le niveau d'autofinancement de l'hôpital. Il devrait de ce fait tendre à la hausse.

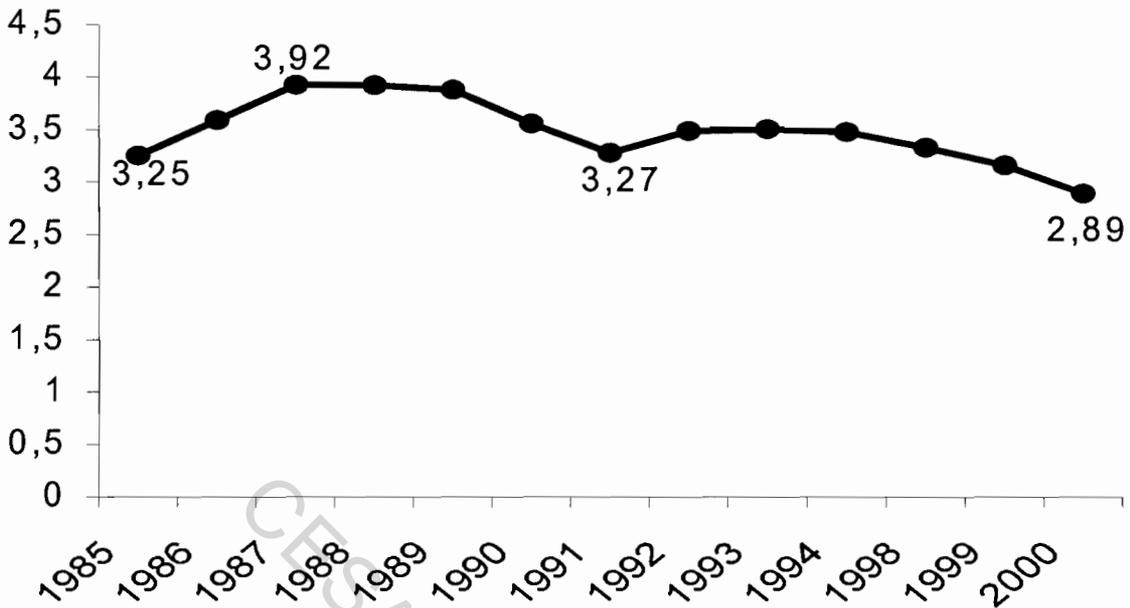
Figure 8 : la Part des Recettes Propres (%) dans le Budget de fonctionnement du CHU-C



Source : Notre étude

Entre 1985 et 1988, on remarque une légère baisse du taux de recouvrement du CHU-C. A partir de cette date la tendance du taux est à la hausse avec des sommets en 1991 (14%), 1993 (22%) et après la rénovation en 1999 (19%) malgré les fluctuations. Ces pics sont-ils dus à l'évolution de la subvention ou à celle des recettes propres ? La figure ci-après montre l'évolution de la subvention.

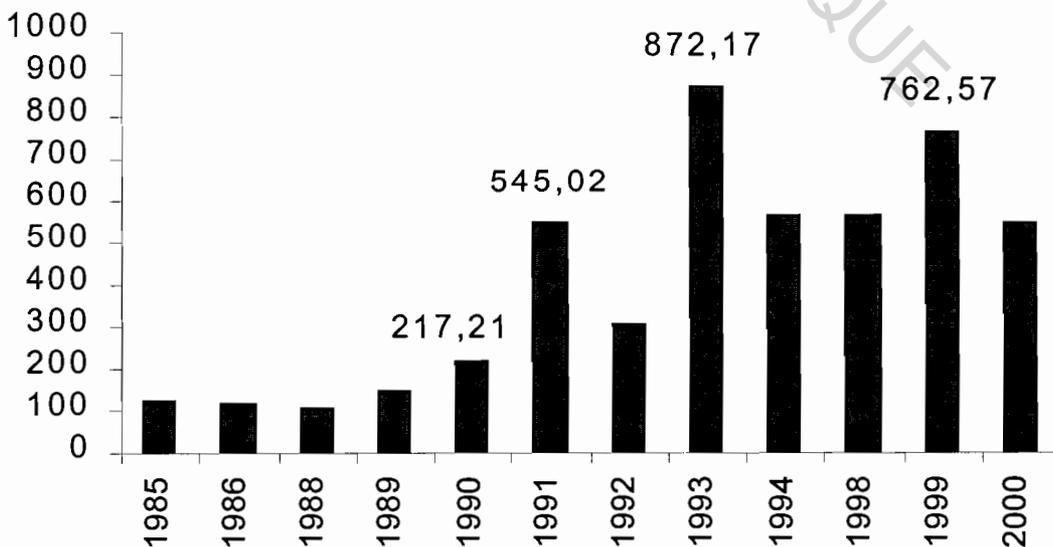
Figure 9 : Evolution du montant de la subvention de l'Etat.



Source : Notre étude

Le montant de la subvention (Figure 9) augmente de 3,25 milliards à 3,92 entre 1986 et 1987. Après on assiste à une baisse continue jusqu'à 3,27 milliards en 1991 et 2,89 milliards en 2000 après la réhabilitation. On remarque globalement une tendance à la baisse du montant de la subvention de l'Etat.

Figure 10 : Evolution du montant des recettes propres du CHU-C



Source : Notre étude

On note des fluctuations du montant des recettes propres (Figure 10) avec une hausse de 42% entre 1989 et 1990 (voir tableau récapitulatif des données Annexe 4) ; De 150% entre 1990 et 1991 et 73% entre 1992 et 1993.

A ces mêmes périodes, la subvention de l'Etat a baissé de 8% entre 1989 et 1990 et entre 1990 et 1991. Elle a même augmenté de 1% entre 1992 et 1993.

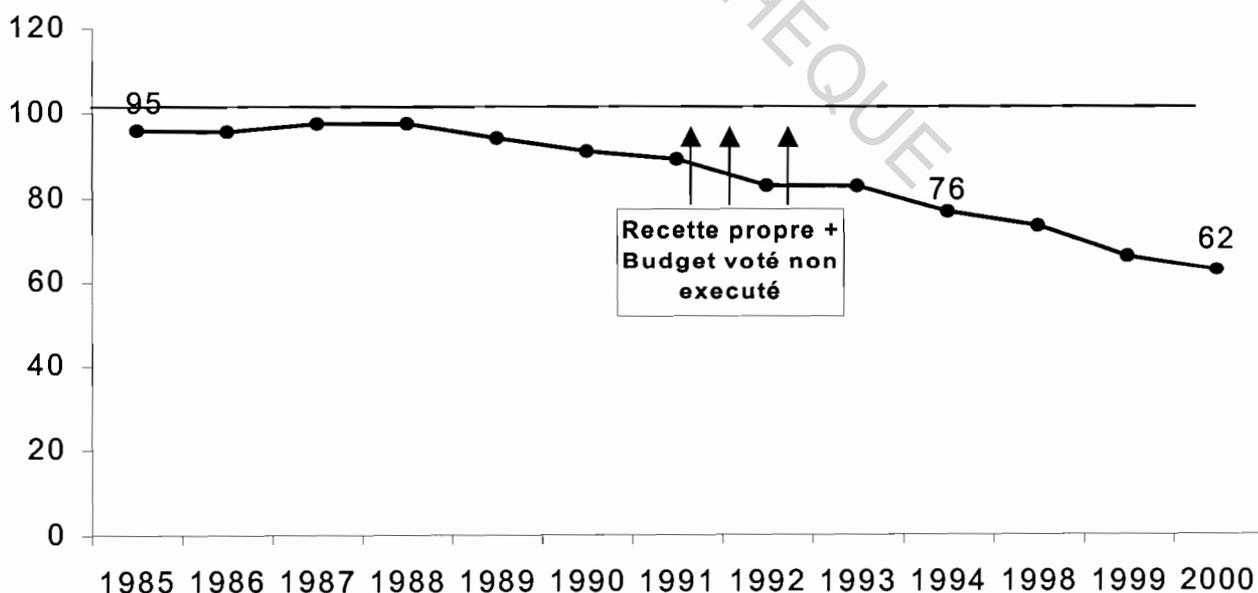
Les pics atteints au niveau de la part des recettes dans le budget de l'Etat dépendent donc dans une large mesure du niveau du recouvrement des recettes.

L'hôpital a donc accompli des progrès dans l'augmentation de ses recettes. L'évolution à la hausse du taux de recouvrement est due aux efforts de l'hôpital dans le recouvrement des recettes. On remarque certes des fluctuations dans l'évolution de la part des recettes dans le budget et du montant des recettes mais globalement on peut juger d'un bon niveau de performance à ce niveau comme l'indique la tendance à la hausse.

B. EVOLUTION DE LA PART DE L'ETAT

La subvention du Gouvernement indique l'évolution de la part de l'Etat dans le Budget de fonctionnement de l'hôpital. Avec l'autonomie, cette part devrait diminuer avec le temps.

Figure 11 : La Subvention de l'Etat (%) dans le budget du CHU-C



Source : Notre étude

L'observation de l'évolution de la subvention de l'Etat montre une baisse. On passe de manière continue de 95% du Budget en 1985 à 76% en 1994. Cette tendance se confirme après la rénovation pour atteindre 63% en 2000.

Conformément donc à l'un des objectifs de l'autonomie, la part de l'Etat tend à la baisse. Il est cependant difficile de conclure à la performance de l'hôpital à ce niveau puisque la subvention et le budget sont déterminés par le MSP.

On peut cependant lier cette baisse continue au fait que le Ministère reconnaît à l'hôpital la possibilité d'augmenter ses recettes. Ce qui fait qu'il est de plus en plus enclin à baisser son apport dans le budget de l'hôpital.

* * *

La tendance de la part des recettes dans le budget de l'hôpital est en hausse et la part du gouvernement tend à baisser au fil du temps. Les tendances et les niveaux atteints peuvent être considérés comme un bon niveau de performance malgré les fluctuations au niveau des recettes.

L'écart entre la subvention et le budget s'accroît comme le montre la figure 10 (ci-dessus) mais cet écart contient également le budget voté mais non exécuté du fait des difficultés de positionnement de la totalité du budget sur le compte du CHU-C au Trésor Public. Ce montant de budget non recouvré est en hausse depuis 1994 (Annexe 5 colonne5) ce qui indique un manque à gagner au niveau des recettes qui, si la tendance se confirme, peut entraver le bon fonctionnement de l'hôpital.

* * * * *

L'évolution des indicateurs des deux dimensions de la performance permet donc de porter un jugement sur la performance du CHU-C après la mise en place de l'autonomie. Les résultats montrent donc un niveau mitigé de performance au niveau de l'efficience et une bonne orientation selon la viabilité financière.

L'utilisation des pouvoirs qui lui sont conférés par le statut d'autonomie devait permettre à l'hôpital d'améliorer son niveau de performance. Si tel était l'objectif, dans les faits, peut-on identifier le lien entre les décisions prises dans le cadre des attributions conférées par l'autonomie et les évolutions dans son niveau de performance ?

Troisième Partie : **EFFET DE LA PRATIQUE DE L'AUTONOMIE**

I. LA PRATIQUE DE L'AUTONOMIE ACCORDEE AU CHU-C

A. PRATIQUE DE L'AUTONOMIE FINANCIERE DU CHU-C

On peut apprécier les décisions prises dans le cadre de l'autonomie financière dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Les décisions en matière de gestion financière

ANNEE	DECISIONS
1990	- Tarification des consultations - Augmentation du tarif des hospitalisations
1992	- Création du service de recouvrement
1993	- Perception d'une marge sur la vente des médicaments
1998	- Augmentation du tarif des consultations et hospitalisations

Source : Notre étude

Malgré la mise en place de l'autonomie et la possibilité pour l'hôpital de déterminer ses tarifs, les consultations au CHU-C sont restées gratuites jusqu'en 1990, les propositions de l'hôpital n'ayant pas eu l'accord d'application par la tutelle. A cette date, les services de consultation ont commencé à être facturés.

Cette première facturation a été suivie d'une seconde à la réouverture du CHU après rénovation. Ainsi le prix est globalement passé de 2000 FCFA à 5000 FCFA pour deux semaines de consultation. La tarification des hospitalisations a également évolué dans le même temps que celle des consultations. Elle se pratique au prix de journée qui inclue le montant de l'acte et les frais de séjour selon les différentes catégories de chambres choisies par l'utilisateur.

Suite aux différentes fuites constatées dans le système de facturation des services hospitalier, et pour concilier sa mission de service public avec celle de rentabilité, une cellule de recouvrement des factures a été instaurée par la Direction en 1992.

Elle doit rechercher et recouvrer le montant des factures non payées par certains usagers.

En 1993, le MSP et la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) ont permis la vente de médicaments au sein du CHU avec une marge qui constitue la part qui revient à l'hôpital. L'hôpital devra vendre les médicaments stockés en son sein avec une marge commerciale de 10% à 15%, selon les produits, qui fera partie de ses ressources propres.

B. PRATIQUE DE L'AUTONOMIE EN GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'évolution de la gestion des ressources humaines montre également des décisions importantes dans le cadre des attributions de l'hôpital autonome. Cela peut être identifié dans le tableau suivant :

Tableau 9 : Décision en matière de gestion des ressources humaines

ANNEE	DECISIONS
1988	- Création du service solde
1990	- Formation du personnel
1993	- Indemnités aux agents

Source : Notre étude

Le traitement des salaires était le fait de la Direction de la Solde du MEF. L'hôpital a institué la création de ce service en 1988 pour lui permettre d'être responsable du traitement du salaire et des accessoires de salaire (indemnités, retraites) de son personnel.

Avant l'autonomie, la formation du personnel était le fait du MSP, il s'en est suivi que très peu de formations ont été organisées aux profits des agents du CHU. Face à cette situation, la Direction a proposé et obtenu en 1990 la possibilité de définir et développer une politique de formation de ses agents.

Après proposition des différents EPN hospitaliers et par décret n° 93-219 du 3 Février 1993, il est institué une indemnité particulière en faveur du personnel des établissements sanitaires publics. Ainsi, chaque année, 15 % du montant des recettes propres effectivement recouvrées sera redistribué au personnel du CHU-C. Le montant individuel par agent est calculé selon le nombre d'agent et un coefficient appliqué au salaire de chaque agent

* * *

Le développement du cadre réglementaire et pratique de l'hôpital, depuis 1984, l'autorise surtout à faire des propositions dans le cadre des attributions conférées par l'autonomie. Ces propositions se sont manifestées par des décisions dans le domaine financier et dans celui de la gestion des ressources humaines. Quel a été l'effet de ces décisions sur l'évolution des indicateurs de performance du CHU-C ?

II. LE LIEN ENTRE L'AUTONOMIE ET LA PERFORMANCE

A. GESTION FINANCIERE ET PERFORMANCE

1. L'EFFICIENCE

Pour agir sur son niveau d'efficacité, l'hôpital doit développer des stratégies ayant trait à la fréquentation et à la gestion de la masse salariale. C'est à ce niveau qu'il peut provoquer des évolutions concernant le nombre de consultations et d'hospitalisations, et le nombre d'employés pour pouvoir faire varier son niveau d'efficacité.

Au niveau de la fréquentation, on note une tendance à la baisse des consultations (Annexe 8) et des hospitalisations (Annexe 7). La baisse des consultations entre 1989 et 1990 date de la nouvelle tarification est de 16 %. C'est le taux le plus élevé de réduction du nombre de consultations d'année en année (Voir tableau récapitulatif des données : Annexe 4).

Cette forte baisse est assurément due à la hausse des tarifs appliqués par l'hôpital qui contribuent à réduire le nombre de consultations qui constituent les activités non prioritaires. Les consultations sont ainsi passées de la gratuité à un montant de 2000 Fcfa.

Le tarif des consultations a été porté à 5000 Fcfa en 1998, mais le faible niveau du nombre de consultations à cette date (36.422 consultations) s'explique par le fait que tous les services du CHU n'étaient pas encore ouverts. On ne peut donc associer la nouvelle tarification à ce faible niveau.

Concernant les hospitalisations, on note une baisse de 11% entre 1989 et 1990 ; cette baisse est moins élevée que celles entre 1985 et 1986 (12%) et entre 1991 et 1992 (28%). La hausse des tarifs n'a donc pas eu d'effet sensible sur le niveau d'hospitalisation qui présente des fluctuations. Cela montre que la complexité des

affections qui nécessitent l'hospitalisation fait que ce service fourni par l'hôpital ne semble pas être lié aux tarifs pratiqués par l'hôpital.

Au niveau de la masse salariale, l'hôpital n'a la possibilité de rémunérer que les contractuels qui ne représentent en moyenne que 7% du total du personnel. 93% de la masse salariale dépend du MSP, du MEF et du MFP qui sont responsables des fonctionnaires. L'hôpital, dit autonome, ne peut donc pas ajuster le niveau de son personnel et partant sa masse salariale à son niveau d'activité pour faire baisser ses coûts et allouer ses ressources financières aux activités les plus utiles pour la population.

* * *

On ne peut lier les évolutions dans le niveau d'efficience technique et allocative de l'hôpital aux décisions prises en matière de gestion financière. La tarification par son action sur les consultations peut permettre de réduire leurs niveaux et permettre à l'hôpital d'allouer ses ressources aux hospitalisations qui constituent ses activités prioritaires. Cependant, la tendance à la baisse constante indique que les modifications de tarif ne sont pas les seuls déterminants de la réduction des consultations.

2. VIABILITE FINANCIERE

La viabilité a trait aux recettes, au budget et à la subvention. L'hôpital doit agir sur ces différents éléments ce qui lui permettra d'être capable, à long terme, de financer ses activités sur fonds propres.

Le CHU-C élabore et propose certes son budget, mais n'a pas l'emprise sur le montant total qui fera l'objet d'une révision par le MSP. Il n'a donc pas de possibilité d'agir sur son budget et partant sur la subvention qui lui est allouée par l'Etat. Les évolutions constatées au niveau du budget relèvent donc des priorités de la tutelle.

L'observation de l'évolution des recettes montre que, après la faible évolution à la hausse entre 1985 et 1989, on est passé de 148 792 020 FCFA à 217 212 332 FCFA en 1990 soit 45% de hausse et à 545 024 000 en 1991 soit 151% (voir tableau récapitulatif des données Annexe 4). Ces fortes hausses du niveau de recettes coïncident avec la hausse du tarif des hospitalisations et l'institution des consultations payantes en 1990. La variation des tarifs a donc augmenté le montant des recettes alors que dans le même temps la subvention augmentait mais seulement de 1% ; On a ainsi une hausse du taux de recouvrement des coûts.

En 1992, l'hôpital a institué un service de recouvrement. La baisse des recettes entre 1991 et 1992 ne permet pas d'apprécier l'effet de cette décision. Cependant en 1993, les recettes passent à 872 197 558 FCFA contre 503 930 300 FCFA en 1992, soit 73% de hausse. Il faut noter qu'à cette date, l'hôpital a obtenu la possibilité de vendre les médicaments de la pharmacie avec une marge commerciale de 10 % à 15 % qui constitue ses recettes propres et qui sont allouées à son approvisionnement en matériel médical.

Ajouté à cela, la création du service de recouvrement des coûts une année plus tôt, on peut lier cette forte augmentation des recettes et la hausse du taux de recouvrement à la décision de tarification accordée dans le cadre des attributions de l'hôpital.

L'augmentation des tarifs de 1998 coïncide avec la réouverture de l'hôpital. Malgré le faible niveau de consultations (36.422 patients), d'hospitalisation (3140 patients) et le fait que tous les services de l'hôpital ne soient pas ouverts, l'hôpital a pu recouvrer 17% de son budget en 1998 et près de 20% en 1999 soit en montant de recette respectivement 565.016.445 FCFA et 762.575.581 FCFA alors que la subvention baissait de 3.370.215.000 FCFA à 3.160.564.000 FCFA. Même si on note une baisse en 2000, la décision de révision de la tarification a eu un effet sur le montant des recettes et leur part dans le budget de fonctionnement.

Les tarifications successives, l'acquisition de la marge commerciale sur la vente des médicaments, et dans une mesure moindre l'ouverture du service de recouvrement ont chaque fois eues un effet sur le taux de recouvrement, indicateur de viabilité financière de l'hôpital.

Ces décisions ont été prises dans le cadre des attributions de l'hôpital autonome, mais elles relèvent plus de la tutelle que de l'hôpital. Elles participent cependant à offrir au CHU-C les moyens financiers nécessaires pour lui permettre de réduire l'apport de l'Etat dans le financement de ses activités.

B. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET PERFORMANCE

1. EFFICIENCE

Pour agir sur son niveau d'efficience, l'hôpital doit avoir la maîtrise des décisions ayant trait au recrutement du personnel et à la gestion de sa masse salariale.

L'autonomie n'a pas permis à l'hôpital de recruter directement son personnel médical. Il s'ensuit qu'il ne peut agir sur la productivité de son personnel pour faire

face à la hausse ou à la baisse de la fréquentation. Il effectue des demandes à la Direction des Ressources Humaines pour ses besoins. Mais là encore, les demandes sont rarement satisfaites. Le rapport semestriel 2001 indique que le taux moyen de satisfaction des besoins en personnel est de 5,88%.

L'hôpital ne peut donc agir sur le total de personnel de soins qui est déterminant dans l'atteinte de l'efficacité. Par l'impossibilité de recruter le personnel, les attributions de l'hôpital ne lui permettent pas d'avoir l'emprise nécessaire sur sa masse salariale de sorte à faire varier ses coûts salariaux conformément à son niveau d'activité.

L'indemnité au personnel en 1993 participe surtout à la motivation du personnel et cela peut se manifester au niveau de la prise en charge des patients. Paradoxalement, on note une augmentation de la DMS entre 1992 et 1993 et elle baisse en 1994 de 9 à 7 jours d'hospitalisation par patients. Le lien entre l'indemnité et la prise en charge des patients n'est donc pas déterminé.

Il est donc difficile de lier ces décisions à l'amélioration de son niveau d'efficacité. Les décisions concernant le personnel et la masse salariale échappent à l'hôpital. Il ne peut donc pas agir sur les indicateurs d'efficacité.

2. VIABILITE FINANCIERE

L'indemnité instituée en 1993 peut être associée à la hausse des recettes de la même année. Le fait pour le personnel de bénéficier de 15 % du montant des recettes peut l'emmener à plus de rigueur dans les actes de recouvrement de coût.

On peut supposer ce lien par le fait que bénéficier d'un intéressement sur le montant des recettes recouvrées devrait amener le personnel à plus de motivation dans l'exécution des tâches.

Le fait, cependant, pour l'hôpital de ne pas pouvoir ajuster l'indemnité au niveau de recette recouvré ne permet pas à cette décision d'être orientée dans le sens de la hausse des recettes. C'est certainement ce qui explique les fluctuations observées au niveau des recettes.

* * *

Les décisions en matière de ressources humaines semblent donc n'avoir d'effet que sur la performance de l'hôpital à travers la viabilité financière. L'impossibilité d'agir sur la productivité et la masse salariale ne permet assurément pas d'améliorer le niveau d'efficacité de l'hôpital.

C'est donc au niveau de la viabilité financière que le lien entre les décisions de prises dans le cadre de l'autonomie et la performance se manifeste le plus. Les décisions de tarification ont permis à chaque fois d'améliorer le niveau du taux de recouvrement et l'institution de l'indemnité au personnel semble avoir amélioré le niveau de recettes.

Il faut cependant relativiser cette performance car elle est basée sur la révision de la tarification qui ne relève pas de la compétence exclusive du CHU-C et qui est sujette à de nombreuses contraintes de la part du MSP.

La capacité du CHU-C de financer ses activités à partir de ses ressources propres, telle que présentée depuis l'instauration de son autonomie s'avère limitée. Les effets majeurs des attributions conférées par l'autonomie sont le fait de la tarification qui est un outil de gestion des hôpitaux à ne pas mettre couramment en œuvre compte tenu de ses effets probables sur l'accessibilité aux soins.

L'effet de l'hôpital sur l'efficacité se manifeste difficilement car les domaines dans lesquels les décisions auront un effet sur l'efficacité ne sont pas contrôlés par l'hôpital. L'impossibilité de recruter du personnel médical et de le rémunérer ne militent pas en faveur d'une amélioration de la productivité et des coûts notamment les coûts salariaux qui accaparent près de 60 % du budget alors que cela ne se ressent pas sur la productivité du personnel.

* * * * *

L'autonomie a donc été instituée, développée et utilisée par l'hôpital pour améliorer son niveau de performance. Quels enseignements peut-on alors tirer de ce lien entre l'autonomie et la performance du CHU-C ?

III. DISCUSSION SUR LE LIEN AUTONOMIE-PERFORMANCE

A. L'AUTONOMIE ET L'EFFICIENCE

L'autonomie n'a pas eu d'effets sur l'efficacité du CHU-C. On remarque un niveau acceptable concernant certains indicateurs mais leur évolution ne peut pas être liée à l'autonomie. Ce résultat n'est cependant pas un cas isolé.

L'observation du degré et du processus d'autonomie dans des contextes différents du CHU-C montre en effet, qu'il est difficile de lier l'autonomie à l'amélioration de

l'efficience aussi bien allocative que technique. On note des DMS stables, des taux d'occupation en baisse notamment en Indonésie, au Ghana et au Zimbabwe.

Comme en Côte d'Ivoire, dans ces différents contextes, une constante semble se dégager dans le degré d'autonomie. Les hôpitaux concernés n'ont pas la possibilité de recruter du personnel médical. Il leur est alors difficile d'agir sur le niveau de production du personnel. Le corps médical constituant la majorité des membres du personnel, ces hôpitaux n'ont pas une marge d'action déterminante sur la gestion de la masse salariale donc sur les dépenses à ce niveau.

Certains de ces hôpitaux ont certes la possibilité de verser des primes de motivations au personnel : En Indonésie, en Inde, au Zimbabwe, en Côte d'Ivoire, mais cela ne semble pas avoir un effet déterminant sur l'efficience de l'hôpital.

L'effet de l'autonomie sur l'efficience semble donc être lié à l'acquisition par l'hôpital, dans son degré et son processus d'autonomie, d'attributions au niveau de la gestion du personnel. Les cas de l'hôpital Kenyatta de Nairobi (Kenya) et le CHU Campus de Lomé confortent ce fait.

Ces hôpitaux ont la possibilité de recruter du personnel médical. Le personnel n'est pas affecté de manière arbitraire ce qui pourrait créer des besoins en personnel ou un surplus qui est source de gaspillage de ressource. La gestion du personnel et de la masse salariale est donc le fait de la direction de l'hôpital.

Cette possibilité se manifeste par une baisse des consultations externes qui améliore le rôle de l'hôpital dans le système de référence et lui permet d'avoir plus de ressources libres pour d'autres activités. Au niveau des indicateurs de performance, on remarque une hausse du taux d'occupation des lits, la baisse de la masse salariale et une hausse de la productivité du personnel. Tous ces facteurs tendent à améliorer le niveau d'efficience dans la réalisation des prestations de l'hôpital Kenyatta et à un degré moindre du CHU Campus de Lomé.

La situation du personnel semble donc être déterminante dans l'atteinte de l'efficience. Par la maîtrise de son volume et la part de sa rémunération dans le total du budget, l'hôpital a de plus en plus de possibilité d'allouer ces ressources vers ses activités les plus utiles et de les réaliser à moindres coûts.

B. L'AUTONOMIE ET LA VIABILITE FINANCIERE

L'autonomie a assurément amélioré la viabilité financière du CHU-C, il a de plus en plus la possibilité d'envisager, par la hausse des recettes et la baisse de la subvention, de fonctionner à long terme.

Cette tendance à la hausse des recettes est conforme à la situation observée dans d'autres contextes où les hôpitaux sont autonomes. On peut remarquer des fluctuations dans le niveau des recettes du CHU-C, mais cela indique des problèmes de gestion du système de recouvrement des coûts.

Ce système semble être à la base du bas niveau de recouvrement des coûts d'un hôpital comme le CHU-C. En effet, dans sa meilleure année, le CHU-C recouvre 22% de son budget de fonctionnement. Ce taux est assurément faible car des hôpitaux ayant moins d'autonomie au niveau du recouvrement des coûts ont des niveaux plus élevés.

Les hôpitaux autonomes en Indonésie, bien qu'ils n'aient pas la possibilité comme le CHU-C de conserver la totalité des recettes qu'ils recouvrent ont un taux minimum à 30% du budget de fonctionnement. Le CHU Campus de Lomé, seulement huit ans après sa création et après une hausse continue du taux de recouvrement, a atteint 67% de son budget en 1996 alors que le montant de la subvention de l'Etat dans son budget est fixe. Le Kenyatta National Hospital ne recouvre que 11% de son budget, mais la hausse d'année en année laisse présager d'un effort continu dans l'amélioration du niveau des recettes.

Il faut noter cependant que ces hôpitaux ont des possibilités dont ne disposent pas le CHU-C telles que : compte bancaire privé, possibilité de négocier des prêts et des subventions, signature des conventions de partenariats. Ce qui confère plus de souplesse dans la gestion et rend l'hôpital plus apte à recouvrer ses coûts.

Le niveau de recouvrement des coûts semble donc être dépendant d'un ensemble de facteurs qui agissent pour permettre à l'hôpital d'être apte à fonctionner de manière durable sans apport financier extérieur. La tarification a certes un effet sur le taux de recouvrement mais cette décision, qui ne peut être prise seule par l'hôpital et en tout temps, limite non seulement l'autonomie du CHU-C mais la gamme de stratégies qui lui est offerte pour faire varier le niveau de ses recettes et son taux de recouvrement. Si le CHU-C bénéficie de certains privilèges, il lui en manque également pour affirmer de plus en plus son autonomie financière.

Au niveau de l'évolution de la part de l'Etat dans le budget de l'hôpital, la situation du CHU-C est globalement conforme aux résultats de l'autonomie dans plusieurs pays. Si l'Etat a accordé l'autonomie, c'est dans l'optique de pouvoir réduire son

apport et cela ce manifeste au niveau du CHU-C, en Inde, au Zimbabwe, au Ghana.

Les cas du Togo et de l'Indonésie diffèrent cependant de ce contexte général d'évolution de la subvention de l'Etat aux hôpitaux autonomes. Le CHU Campus de Lomé bénéficie d'une subvention constante. Elle a certes augmenté de 40% après cinq ans de fonctionnement mais cette stabilité oblige l'hôpital à plus d'effort dans le recouvrement des recettes.

L'observation des cinq hôpitaux autonomes de l'Indonésie montre une hausse de la subvention bien que l'hôpital ait la possibilité de conserver ses recettes. Cette situation n'est pas en accord avec les objectifs de l'érection des hôpitaux en structures autonomes mais elle doit certainement être justifiée par le contexte de ces hôpitaux.

* * * * *

Globalement donc, l'autonomie au CHU-C ne diffère pas de l'évolution de la situation dans des contextes différents. La meilleure gestion du système de recouvrement et la possibilité d'agir sur son personnel semblent être des pistes d'actions à envisager dans le cadre de l'amélioration constante de la performance de l'hôpital.

Les enseignements fournis par l'analyse et la discussion de l'autonomie et son lien avec la performance du CHU-C permettent de dégager des mesures à prendre pour étendre l'espace de liberté à accorder à l'hôpital et pour améliorer la performance de l'hôpital.

RECOMMANDATIONS

CES DOCUMENTS SONT EN LIBRE ACCES DANS LA BIBLIOTHEQUE

L'observation du fonctionnement du CHU-C a montré que des mesures peuvent être prises pour améliorer sa performance. Ces décisions concernent aussi bien la Direction de l'hôpital que le MSP.

I. AU NIVEAU DE L'HOPITAL

- ❖ Mise en place d'un règlement intérieur pour dégager la conduite à tenir propre à l'hôpital autonome.
- ❖ Multiplier les contacts avec les autres directeurs d'hôpitaux autonomes pour une action concertée au niveau des propositions qui visent à élargir l'autonomie des hôpitaux.
- ❖ Insérer dans les rapports d'activités les stratégies opérationnelles de la Direction pour améliorer la performance de l'hôpital. Ce qui permettrait une meilleure évaluation des politiques de gestion mise en œuvre.
- ❖ Mettre en place un système de recueil de données aussi bien médicales que financières. Cette politique est possible par l'utilisation efficiente des statisticiens présents au sein de l'hôpital en leur fournissant les outils de travail adaptés. Dans ce cadre il faut une sensibilisation des services à l'importance de la collecte et de la transmission des indicateurs d'activités.
- ❖ Activer la mise en place des activités privées qui sont sources de recettes supplémentaires pour l'hôpital. Elles constituent pour l'hôpital, par le recrutement de personnel privé, la définition des prix des prestations proches du privé, une véritable évolution vers l'autonomie.
- ❖ Déterminer exactement le potentiel de recettes de tous les services en charge des entrées financières à l'hôpital notamment les laboratoires d'analyses, les services de radiologie... l'exemple de ces services montre qu'alors que le rapport a été évalué à 1 pour 2.5, une étude effectuée par la SDCE permet d'affirmer que le rapport prix des intrants - valeur possible à retirer de leur utilisation pour les prestations peut être de 1 pour 4 à 6.
- ❖ Informatiser les services clés de recettes, de contrôle et de gestion des stocks. Cette politique d'informatisation des services doit concerner les services opérationnels.
- ❖ Evaluer le coût précis de la prise en charge des indigents. Cela a connu un début concernant l'exercice 2001 et devrait être développé. La connaissance de ces coûts permettrait la définition par l'hôpital d'une meilleure politique de prise en

charge et lui permettrait d'avoir connaissance des coûts qu'elle supporte pour la réalisation de sa mission de service public. Dans le même ordre, mettre en place un système d'évaluation du coût des pertes par fuite des malades concernant les hospitalisations et la vente des médicaments.

- ❖ Etudier les prix des médicaments de la pharmacie de manière à augmenter ou réduire ceux qui le nécessitent. Il faut envisager une péréquation des prix pour permettre de revoir le système de dépôt-vente qui constitue une fuite de recette pour l'hôpital.
- ❖ Entrevoir une politique de commande de matériel qui tienne compte de l'origine de façon à permettre l'accessibilité aux pièces de rechanges et la réduction des délais de rupture d'activité de fonctionnement.

II. AU NIVEAU DE LA TUTELLE

- ❖ Tout d'abord, il faut établir un statut et un fonctionnement propre aux hôpitaux autonomes. L'autonomie des hôpitaux publics a été instaurée dans le cadre d'un vaste mouvement de création des EPN. Cependant la spécificité des procédures et de l'activité médicale n'a pas été prise en compte dans la formulation des règles administratives, financières et techniques des EPN. Il faut donc définir un cadre propre aux hôpitaux et cela peut être confié à des experts internationaux et surtout nationaux notamment tous les anciens Directeurs des hôpitaux autonomes qui sont capables de le faire.

Le statut de l'hôpital autonome devrait permettre de réduire l'emprise de la tutelle sur la Direction et le développement des procédures de gestion. On pourrait envisager dans ce cadre la Direction Participative par Objectif et la négociation du montant de la subvention entre la tutelle et l'hôpital ce qui dégagerait le Directeur de l'emprise du Ministre de la Santé et lui permettrait d'avoir moins de pression dans sa gestion.

Le nouveau statut doit permettre de définir des procédures et un fonctionnement propre à la spécificité des hôpitaux notamment en ce qui concerne les possibilités de contracter, la signature des conventions de partenariat, l'emprunt, les approvisionnements en médicaments, les commandes de matériels biomédicaux et de bureaux,

Avant la mise en œuvre de l'autonomie il faut former tout le personnel des établissements concernés à la gestion entrepreneuriale pour mieux diffuser le comportement de chaque catégorie de personnel à la recherche de la performance

de l'établissement. L'observation a montré une méconnaissance par le personnel du statut d'autonomie et de ses exigences.

- ❖ Elargir la CCG à plus de représentants de la population notamment des membres élus ou des membres de la société civile qui permettent une réelle participation sociale de la communauté à la gestion de l'hôpital.
- ❖ Actionner le fonctionnement des commissions et comités qui ne sont pas encore opérationnels. Cela permettra d'élargir les avis et les points de vue techniques sur les décisions de gestion de l'hôpital.
- ❖ Mettre en place au plus vite un système de comptabilité analytique pour déterminer les coûts exacts de toutes les prestations. Ceci permettra d'avoir une connaissance des écarts entre le tarif réel et le tarif actuel et offrira au MSP et à la Direction de l'hôpital des indications sur la nouvelle tarification à appliquer dans le cadre de l'Assurance Maladie Universelle bientôt appliquée en Côte d'Ivoire.
- ❖ Permettre à l'hôpital d'utiliser directement ses recettes par leur domiciliation totale ou partielle dans un établissement bancaire privé. La BIT servirait alors à recevoir la subvention de l'Etat pour éviter de lier la situation financière de l'Etat à celle de l'hôpital. Cela faciliterait le règlement des fournisseurs et permettrait d'agir vite pour les procédures de commande d'urgence.
- ❖ Engager des négociations avec le MEF pour l'exonération du matériel biomédical. Cette situation permettrait à l'hôpital de rechercher des dons de matériels dont elle pourra bénéficier gratuitement sans frais de douane.
- ❖ Créer un système de rémunération des gardes médicales et des heures supplémentaires. Ils sont sources de motivation pour le personnel et d'amélioration de la qualité des soins.
- ❖ Intéresser les contractuels notamment les agents de caisse par leur prise en compte dans l'indemnité particulière ou la définition d'une méthode pouvant leur permettre d'avoir des indemnités selon les recettes qu'ils recouvrent. Cela contribuerait grandement à réduire les fraudes et rehausser le niveau des recettes propres.

CONCLUSION

L'autonomie du CHU-C ne permet pas le développement de l'hôpital comme organisation autonome. Le Ministère de la Santé garde encore (tous) les pouvoirs importants concernant tous les aspects de la gestion de l'hôpital et cela aussi bien dans les textes que dans la pratique. Le CHU-C reste encore dépendant des actions de l'Etat. L'objectif d'assouplissement du cadre juridique de l'hôpital n'a pas totalement abouti.

La liberté qu'il a acquise par rapport à la tutelle se rapporte essentiellement à la définition de propositions de décisions concernant son organisation et son fonctionnement. Les organes du CHU-C ont donc l'avantage d'être en amont de la formulation et de l'exécution des stratégies de gestion devant permettre à l'hôpital d'être plus performant. Ce qui constitue tout de même un gain par rapport à la situation initiale.

La pratique de l'autonomie a montré que certaines décisions ont un effet sur la performance de l'hôpital notamment la gestion du personnel et la tarification. Mais le CHU-C n'a pas la possibilité de recruter du personnel médical et les décisions ayant une incidence sur la tarification sont prises en dernier ressort par le ministère.

On remarque une bonne orientation de la performance au niveau de sa viabilité financière. Cependant celle-ci, basée sur la tarification, ne repose pas sur des éléments stables et usuellement utilisables par l'hôpital pour lui permettre d'envisager à moyen ou long terme de fonctionner avec un apport minimum de l'Etat. Des efforts restent donc à faire, et cela, aussi bien au niveau de la Direction que du Ministère de la Santé garant de la santé des populations pour l'amélioration de la performance du CHU-C mais globalement pour le système hospitalier tout entier.

La situation globale du CHU-C n'est donc pas conforme aux bénéfices attendus par la mise en place de l'autonomie hospitalière. Tout se passe comme si la mise en place de l'autonomie visait surtout à justifier le désengagement financier de l'Etat des structures publiques ; et cela se manifeste au niveau de la baisse de la subvention de l'Etat aux hôpitaux qui est assurément plus un gain de l'autonomie au niveau de l'Etat que des structures dans un environnement où l'Etat, face à la rareté des ressources, doit de plus en plus effectuer des choix d'un bon rapport coût / efficacité dans l'utilisation des fonds publics.

L'autonomie semble donc être plus une stratégie de la tutelle pour réduire son apport aux hôpitaux et dans le même temps substituer celui-ci par une

augmentation de la participation des usagers sous la forme du recouvrement des coûts des actes de santé.

Cependant le cadre de l'autonomie est mis en place et il revient au personnel, aussi bien médical qu'administratif, des hôpitaux de montrer qu'il peut mériter plus d'autonomie de la part de l'Etat et partant de ne pas être cantonné dans un rôle passif d'exécution des crédits votés.

Avec la mise en place de la Direction médicalisée, le défi principal de l'hôpital sera certainement, pour les années à venir, le comportement du CHU-C mais aussi de tous les hôpitaux dans le contexte sanitaire de la Côte d'Ivoire qui verra l'apparition d'un nouveau mode de financement des prestations de soins : L'Assurance Maladie Universelle.

Ce type de financement devrait entraîner une affluence vers les services de santé, notamment des hôpitaux, concernant les hospitalisations et les consultations ; ce qui serait source de recettes supplémentaires pour l'hôpital mais nécessite qu'il puisse s'adapter à l'environnement d'une telle réforme et dans le même temps améliorer la qualité des soins qu'il offre aux usagers.

BIBLIOTHEQUE

1. Agence comptable du CHU de Cocody : Compte financier de gestion. 1990 à 1993 et 1998,1999.
2. Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA, 1998) : 22 Questions about health care financing.
3. Andaleed Syed Saad (2000) : Public and private hospital in Bangladesh : Service quality and predictors of hospital choice. Health Policy and Planning, vol 15 n°1, p95, Mars 2000.
4. Borella, Laurent (2000) : Le PMSI : un outil d'évaluation hospitalière : Intérêt et limites du PMSI et de l'ISA pour l'évaluation de la performance hospitalière. Gestion Hospitalière n°395, Avril 2000.
5. Brunet-Jailly, Joseph (1997) : Innover dans les systèmes de santé : Expériences d'Afrique de l'ouest ; Edition Karthala, 1997.
6. Chawla, Mukesh et Govindaraj,Ramesh (1996) : L'autonomie Hospitalière : Guide de Mise en Œuvre. Data for Décision Making Project (Projet de Données pour la Prise de Décision), Août 1996.
7. Chawla M, Govindaraj R Berman P et Needlman J (1996) : Autonomie hospitalière : Guide méthodologique. Projet de Données pour la Prise de Décision, 46p, Août 1996.
8. Chirikos Thomas N et Sear Alan M (2000) : Measuring Hospital efficiency : A comparaison of two approaches. Health Services Research, N°34 vol 6, Février 2000).
9. Collins C et Green A (1999) : Public sector hospitals and organizationnal change : An agenda for policy analysis. International journa of health Planning and Management, Vol 14, 1999, p107.
10. Collins D, Njeru G, Meme J et Newbrander W (1999) : Hospital autonomy : The experience of Kenyatta National Hospital. International Journal of Health Planning and Management. Vol 14, p129.
11. Décret n°84-762 du 6 juin 1984 érigeant le CHU de Cocody en Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial et portant organisation et fonctionnement de cet établissement.
12. Décrets n°91-649 du 9 Octobre 1991 et n°98-649 du 30 juin 1998 déterminant les attributions, l'organisation et le fonctionnement du CHU de Cocody.

13. Direction des Budgets et Comptes : Annexes de la Loi des Finances : Budget des EPN. 1985 à 1995. Ministère de l'Economie et des Finances. RCI
14. Direction des Etablissements de Santé (1998) : Reforme hospitalière : présentation, lois et décret. Ministère de la santé, République du Sénégal.
15. Groupe Consultatif de l'OMS sur les hôpitaux (1994) : Etudes des déterminants du travail accompli dans les hôpitaux. Rapport de réunion. OMS Genève, 11-14 Avril 1994, 27p.
16. Instruction n° 98 du Ministère de l'Economie et des Finances du 05 Juillet 1990 relative aux modalités d'application des dispositions du décret n°81-137 du 18 Février 1981 portant régime financier et comptable des EPN. Commentaires du décret. Fascicule n°1.
17. Knowles J C, Leighton C, Stinson W (1997) : La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système : Manuel des indicateurs. Partenariat pour la Reforme de la Santé (PHR), initiative spéciale, rapport n°1, Septembre 1997.
18. Kouyaté Mohamed D, Directeur du CHU 2000-2001 : Approches analytique et esquisse de chantiers de performance du CHU de Cocody : Vivier d'un plan d'action sur 1000 jours.
19. Laverrière et Sakho, Moustapha (1989) : Gestion de l'hôpital dans les pays d'Afrique francophone : Réalités et perspectives. Agence de Coopération Culturelle et Technique (ACCT), Ecole Internationale de Bordeaux, Juillet 1989.
20. Massiot, Nathalie (1995) : La couverture sanitaire à Abidjan : Réflexion sur le niveau d'organisation. Centre ORSTOM Abidjan, Juillet 1995, 40p.
21. McPake B et Kutzin J (1997) : Méthodes d'évaluation des effets des reformes des systèmes de santé. Questions d'actualités n°13, Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Evaluation. OMS.
22. Meng Q, Liu X, Shi S (2000) : Comparing the services and quality of private clinics in rural China. Health Policy and Planning, vol 15 n°4 Décembre 2000, p 349.
23. Ministère de la santé 1 : Textes officiels sanitaires et sociaux : Recueil de référence ; Direction de l'Informatique, des études et de la planification, 1992.
24. Ministère de la santé Publique 2 (1994) : Activités des services médicaux et médico-technique. CHU de Cocody, 1993.

25. Ministère de la santé publique 3 (1995) : Plan National de Développement sanitaire. République de Côte d'Ivoire. Tome 1 et 2.
26. Ministère de la santé publique 4 (2001) : Grandes lignes d'orientation stratégique du secteur de la santé à l'horizon 2002-2004 en Côte d'Ivoire. Novembre 2001.
27. Ministère de la santé publique 5 (1997) : Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS). Edition 1997, République de Côte d'Ivoire.
28. Ministère de la Santé Publique 6, ASDES Consultant (1995) : Examen des dépenses publiques dans le secteur de la santé Vol 1 et 2. Rapport final, Septembre 1995
29. Ministère de la Santé Publique 7, Pr Andoh Joseph (2001) : le système de santé en Côte d'Ivoire : Structuration, financement et Résultats. Atelier interministériel de réflexion opérationnelle sur le financement de la santé en Côte d'Ivoire. 12 -14 Novembre 2001 - Yamoussoukro (Côte d'Ivoire).
30. Organisation Mondiale de la Santé (2000) : Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant. OMS Genève, 2000.
31. Pangu K A, Dr Lamarque J P, Tibouti A, Dr Cissé M (1992) : Revitaliser l'hôpital de première référence. UNICEF, 1992. 46p.
32. Pekele, Mensah (1998) : La performance organisationnelle du CHU-Campus de Lomé dans le contexte d'autonomie de gestion. Mémoire de fin d'étude du DSGSS, CESAG, Dakar.
33. Projet de Données pour la Prise de Décision, DDM (1996) : Autonomie hospitalière : Sommaire des expériences de cinq (5) pays. 31 p.
34. Rabiller N, Demange C, Billion-Rey F, Rabiller P (2000) : Les quatre dimensions de la performance : Comment mesurer la qualité des prestations hospitalières et pharmaceutique. Gestion Hospitalière n°396 p391.
35. Rapport d'Activités du CHU de Cocody. 1985, 1986, 1988, 1990, 1992, 1998 à 2000.
36. Sakho, Moustapha (1996) : Divers types d'hôpitaux. Echo de la santé et de l'action sociale n°6 Janv/Fév 1996.

ANNEXES



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE COCODY

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Abidjan, le

BP V 13 Abidjan Fax : 22-44-13-79
Tél : 22-44-91-00

N 725 /C.H.U/C/S/DGAF/RH

NOTE DE SERVICE

Dans le cadre de la soutenance de son mémoire relatif au Diplôme Supérieur d'Economie de la Santé, Monsieur BARRY Ismahel Abdoul, étudiant au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion de DAKAR, effectuera un stage pratique conformément au programme ci-dessous.

PERIODE	SERVICE	CHEF DE SERVICE	OBSERVATIONS
Du 24 au 25-09-2001	Archives	M. N'GUESSAN Akochi	Documentation
Du 26 au 28-09-2001	Direction	M. KOUYATE Mohamed D.	Gestion Administrative
Du 1 ^{er} au 03-10-2001	S/DGAF	M. RAVANE Boye	Gestion Financière
Du 04 au 05-10-2001	Economique	M. OUATTARA	
Du 08 au 09-10-2001	Solde	MM. GUEU et MANI	
Du 10 au 11-10-2001	Engagement	Mme OUATTARA	
Du 12 au 16-10-2001	Contrôle Budgétaire	M. DOUMBIA Siriki	
Du 17 au 19-10-2001	Agence Comptable	M. GUEU DRO	
Du 22 au 23-10-2001	Bureau des Entrées Consultations, Externes, Accueil	Mme CISSE	Production
Du 24 au 25-10-2001	Bureau des Entrées Hospitalisations	M. KOUAME Parfait	
Du 26 au 31-10-2001	Pharmacie	PR. ATTINDEHOU	Gestion de la Pharmacie
Du 02 au 06-11-2001	S/DMGP	M. SORO	Gestion des Ressources matérielles et des équipements
Du 07 au 09-11-2001	Ressources Humaines	Mme BOGUI	Ressources Humaines
Du 12 au 15-11-2001	S/DGAF	Mme MAMBO	

Du 19 au 20-11-2001	Médecine Gastro-Entérologie	Mme SANOGO	
Du 21 au 22-11-2001	Chirurgie Digestive	Mme GNASSOUNOU	
Du 23 au 26-11-2001	Gynécologie	Mme YAPO	
DU 27 au 28-11-2001	Urgences Médicales et de Pédiatrie	M.M. BINI et EHOUSSOU	
Du 29-11 au 04-12-2001	S/DCE	Mme YAO	
Du 05 au 21-12-2001	Formation	Mme KOUAME	Saisie et mise en forme du Mémoire

Les Chefs de service sollicités voudront bien lui réserver un bon accueil.

Ampliations
Tous services

Le Directeur


KOUYATE Mohamed D.
Administrateur des Services Financiers

Direction des établissements similaires
Mr Bokor

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 2 : Grille de recueil de données sur la performance des hôpitaux

<p><u>Efficiences Allocatives</u> Durée Moyenne de Séjour (DMS) Taux de Rotation des Lits (TRL)</p>	<p>1985.....2000</p>
<p><u>Efficiences Techniques</u> Salaire du personnel / Budget de Fonctionnement du CHU Nombre de Consultation / Nombre de Médecin Nombre d'Hospitalisation / Nombre de médecin Statistiques hospitalières (TRL, DMS, Taux d'Occupation des Lits (TOL))</p>	
<p><u>Viabilité Financière</u> Subvention allouée au CHU / Budget du CHU Recettes du CHU / Charges de fonctionnement du CHU</p>	

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 3 : PRESENTATION DU CAS

I. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT SELON LE STATUT INITIAL D'EPIC

Sur rapport conjoint du Ministre de la Santé Publique et de la Population, du Ministre de l'Economie et des Finances et du Ministre de la Fonction Publique, le décret n° 84-762 du 6 juin 1984 a érigé le Centre Hospitalier Universitaire de Cocody en Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

La tutelle administrative et technique du CHU-C est exercée par le Ministre de la Santé Publique et de la Population. Le CHU-C a pour mission d'assurer dans le cadre du service public des soins de santé :

- L'hospitalisation de court, moyen et long terme.
- Les soins ambulatoires de moins de 24 heures et les consultations externes.
- La formation professionnelle médicale et paramédicale ainsi que la formation permanente et post universitaire.
- La recherche médicale de niveau universitaire sous la tutelle du Ministre de L'Education Nationale et de la Recherche Scientifique.

I. La Commission Consultative de Gestion (CCG)

La Commission Consultative de Gestion est composée par :

- Le Ministre de la Santé ou de son représentant.
- Le Ministre de l'Economie et des Finances ou son représentant.
- Le Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique ou son représentant.
- Le Maire de la commune d'Abidjan.
- Le Directeur de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat ou son suppléant.
- Le responsable du Comité des assureurs.

Conformément à la loi n° 80-1070 du 13 Septembre 1980 fixant les règles générales relatives aux EPN et portant création des catégories d'établissements publics, au décret n°81-137 du 18 Février 1981 portant régime financier et comptable des EPN et au décret n°82-402 du 21 Avril 1982 portant organisation administrative des EPN, les délibérations de la CCG portent sur :

- Le plan Directeur et le programme d'activités.
- Le budget et les comptes de l'établissement.
- L'organisation et le fonctionnement des services.
- Les questions relatives à la déontologie et la qualité des soins.
- Le règlement intérieur.
- La fixation du tarif des prestations.
- Les propositions d'indemnités particulières aux personnels dans le respect de la réglementation en vigueur.

2. Le Directeur

Le Directeur du CHU-C est nommé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition des Ministres membres de la CCG. Il a rang de Directeur d'Administration Centrale dans la hiérarchie de la Fonction Publique de la Côte d'Ivoire. Il est chargé :

- D'assurer l'exécution et le contrôle des délibérations de la CCG
- De proposer à la CCG les stratégies de gestion de l'hôpital
- De préparer le budget, tenir la comptabilité administrative, planifier et contrôler les activités de l'hôpital

3. La Commission Médicale Consultative (CMC)

Composé du Directeur du CHU, qui en est le Président, des responsables des services hospitaliers et médico-techniques et de toutes personnes invitées par le Directeur en raison de leur compétence technique, elle est chargée d'émettre des avis techniques sur :

- L'évaluation qualitative et quantitative du fonctionnement des services.
- La définition d'objectifs opérationnels et des voies et moyens à mettre en œuvre pour les atteindre (stratégies et plans à court terme).
- La fixation des tarifs des prestations.
- Les conditions d'attribution des indemnités ou avantages spécifiques, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

La commission consultative se réunit autant que de besoin, et au moins une fois tous les deux mois.

4. Le Contrôle Budgétaire

Hormis le contrôle des comptes et de la gestion du CHU-C exercé par la Chambre des Comptes de la Cour Suprême depuis la loi n° 78-663 du 5 Août 1978, il est institué au sein du CHU-C, un Contrôleur Budgétaire (CB).

Nommé par arrêté du Ministre de l'Economie et des Finances, il contrôle les opérations et les procédures comptables au sein de l'établissement et participe à l'élaboration du budget en proposant les grandes orientations du projet de budget. Il assure la comptabilité analytique élaborée selon les modalités de la comptabilité publique. Il examine et vise à priori les engagements des dépenses de l'hôpital. L'examen porte sur :

- La régularité de l'imputation des dépenses.
- La réalité des coûts.
- La disposition des crédits aux chapitres concernés par les règles de comptabilité publique.

5. Le Service Comptable

Placé sous la responsabilité d'un Agent Comptable (AC) nommé par le Ministre de l'Economie et des Finances, l'AC assure le règlement des dépenses et recettes de l'hôpital conformément aux règles financières publiques.

L'AC est chargé de la comptabilité des biens et matières qui retrace en quantité et en valeur les mouvements prescrits par l'ordonnateur des recettes et dépenses. Avant son installation, la Direction Générale de la Comptabilité et du Trésor dresse un inventaire des éléments patrimoniaux actifs et passifs affectés à l'établissement.

6. Le statut des agents

Les agents du CHU-C demeurent des fonctionnaires et des agents temporaires relevant de l'autorité du MSP et du Ministère de la Fonction Publique (MFP). Ils dépendent du statut de la fonction publique.

L'hôpital n'a pas la possibilité de recruter du personnel médical mais peut le faire concernant les journaliers qu'il rémunère sur son budget. Ses besoins en personnel médical sont signifiés sous forme de demande à la Direction des Ressources Humaines du MSP et leur rémunération est traitée et effectuée par le Trésor Public. La grille de rémunération de la plupart des agents est déterminée par le MEF et le MFP.

Les chefs de services et les assistants chefs de services sont rémunérés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS) et reçoivent des émoluments hospitaliers du CHU. De même, le CB et l'AC sont rémunérés par le MEF. La participation aux différentes commissions et comités est gratuite avec en outre une incompatibilité pour les membres de la CCG d'être en fonction au CHU.

Les chefs de services, les assistants chefs de services, le CB et l'AC sont notés par leurs ministères respectifs, alors que les autres agents de l'hôpital le sont par le directeur et les différents chefs de service.

En matière de sanction, le Directeur est compétent pour les sanctions du premier degré selon le statut de la Fonction Publique : Avertissement, blâme déplacement d'office et fait un rapport au MSP pour le personnel qui dépend d'autres ministères.

7. Comité de discipline

Il est créé au sein du CHU-C un comité de discipline. Son rôle est d'émettre des avis sur les sanctions encourues par les agents dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires relatives au statut du personnel. Le comité se réunit chaque fois sur les dossiers qui lui sont transmis.

II. EVOLUTION DANS L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT

Au niveau des dispositions générales, il faut noter que, depuis 1991, outre ces autres missions, le CHU doit participer aux actions de médecine préventive. La tutelle économique et financière du MEF a été formalisée dans le décret 91-649 du 9 juin 1991.

I. Evolution des organes et leurs attributions

a) La Commission consultative de gestion

Hormis le fait qu'elle doit obligatoirement être saisie des décisions du Directeur en matière de modifications dans le programme d'activité de l'établissement, de fixation des tarifs des prestations et d'attribution d'indemnités ou avantages spécifiques au personnel, les attributions de l'hôpital n'ont pas évolué.

Au niveau de son champ d'action, outre le CHU, les délibérations de la CCG portent également sur le Centre de Consultations et de Traitement en Odonto Stomatologie (CCTOS) et le Centre des Prématurés de Cocody. En effet conformément à l'esprit de l'Article 18 du décret n°91-649 portant organisation et fonctionnement du CHU-C, les services médico-technique et les services de soins peuvent être complétés par des unités de soins spécifiques autonomes ou rattachés à d'autres services. Ainsi, le CCTOS en 1992 et le Centre des Prématurés en 1994 sont rattachés au CHU-C. Ces structures sont sous la responsabilité de coordonnateurs qui administrent en collaboration avec le Directeur du CHU. Leurs budgets sont compris dans celui du CHU.

b) La Direction

Initialement composé d'un Directeur, d'un CB et d'un AC, la Direction de l'hôpital a été étoffée par la création de Sous Directions et d'un Directeur Médical.

1) Les Sous Directions (S/D)

Chacune des Sous Directions est placée sous l'autorité d'un Sous Directeur nommé par arrêté du Ministre en charge de la Santé Publique sur proposition du Directeur de l'établissement. Ils ont rang de Sous Directeur d'Administration Centrale dans la hiérarchie de la Fonction publique.

- La Sous Direction du Contrôle et de l'Évaluation

Elle est chargée :

- Du suivi des activités et de l'établissement des statistiques.
- De la confection du tableau de bord et la mise en œuvre des moyens humains, matériels et financiers.
- De l'analyse financière, des postes de travail et de la productivité.
- De l'évaluation des procédures d'achat, des techniques de gestion plus économiques.

- De l'évaluation de l'organisation ; des méthodes de travail, de la productivité de l'établissement et de la formation de propositions d'amélioration.
- Du contrôle de l'inventaire et du suivi des immobilisations.
- Du suivi et du contrôle de l'application de la réglementation hospitalière.

Cette S/D coordonne les activités du service social, du service contrôle de gestion, du service études et méthodes...

- La Sous Direction des Soins Infirmiers et obstétricaux (SDSIO)

La SDSIO est responsable de la prise en charge technique du malade (accueil, soins, examens...) et est chargé :

- De l'organisation, du contrôle et de la promotion des soins infirmiers et obstétricaux
- De l'information et de l'accueil des malades et des visiteurs.
- Du brancardage et du transport des malades par ambulance.
- De la promotion et de l'application des règles d'hygiène.
- De la qualité des soins infirmiers et obstétricaux.

Elle a sous sa responsabilité, les services médicaux et chirurgicaux, les services médico-technique et les services mères - enfants.

- La Sous Direction de la Gestion Administrative et Financière (SDGAF)

Elle a été créée en 1991 pour coordonner et assurer la gestion financière de l'hôpital. A ce titre, elle est chargée :

- Des opérations liées à l'élaboration et l'exécution du budget.
- De la préparation des marchés, baux et conventions.
- De la gestion des stocks et des services généraux : cuisine, buanderie, morgue, lingerie et de la distribution dans les services.
- De la gestion des stocks de la pharmacie en liaison avec le pharmacien-chef.
- De l'inventaire et du suivi des immobilisations.
- De la préparation et du suivi du programme de formation et de stage.

Elle a sous sa responsabilité le bureau des entrées et des admissions, les services facturation et budget, le service économique.

- La Sous Direction de la Maintenance et de la Gestion du Patrimoine (SDMGP)

Elle est chargée :

- De la gestion et de l'entretien du patrimoine de l'établissement, du garage auto et des ateliers.
- De la maintenance des installations générales et techniques (équipements biomédicaux).
- De l'exécution du programme d'investissement en liaison avec la SDGAF.
- Du gardiennage et de l'entretien de la cour et des espaces verts.

Elle a pour rôle la gestion du patrimoine de l'établissement notamment les équipements, les installations techniques, les bâtiments et la maintenance.

2) Le Directeur Médical et Scientifique

Institué en 1998, le Directeur Médical et Scientifique est nommé par décret sur proposition du Ministre de la Santé. Comme le Directeur de l'établissement, il a rang de Directeur d'Administration Centrale. Il est chargé :

- De la programmation, du suivi et de la coordination des activités médicales et scientifiques.
- De l'élaboration et de la mise en œuvre d'études épidémiologiques.
- De la production de rapport d'activités médicales.
- De la surveillance et de l'évaluation des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques
- De l'élaboration, de l'exécution et de l'évaluation des programmes de formation continue des personnels médicaux et de recherche appliquée.

c) Les autres organes

1) La Commission Consultative Médicale

En sus des attributions qui lui sont conférées par le décret portant autonomie du CHU-C, les avis de la CMC porte depuis 1998 sur le règlement intérieur et l'application de la politique de médicament essentiel au sein de l'hôpital.

Au niveau de ses membres, on note l'entrée du Sous Directeur de la Gestion Administrative et Financière. De même, depuis 1991, la CMC comprend un représentant des internes élus par les internes de l'établissement. Cette mesure permet d'associer d'autres catégories de personnel technique à la gestion de l'hôpital.

2) Les nouveaux organes

En 1991, on note la création du Comité d'Hygiène et de Sécurité chargée d'émettre des avis techniques et des recommandations en matière d'hygiène et de sécurité. Le Comité du Médicament est également crée pour définir les priorités en matière d'approvisionnement en produits pharmaceutiques de première nécessité. Ces deux comités sont présidés par le Directeur.

En 1998, le Comité du médicament est dissout. Il est institué d'autres comités notamment :

- Le Comité de l'Information Médicale chargé d'émettre des avis techniques sur le schéma informatique de l'établissement, les activités de collecte et de traitement des informations sanitaires notamment sur la qualité et la confidentialité des données médicales ainsi que la diffusion et l'exploitation de ces données.
- Le Comité scientifique est chargé de promouvoir la recherche, d'adopter des programmes de recherche appliquée à développer dans l'établissement et d'évaluer les résultats et de promouvoir leur publication.

d) Les activités privées

Depuis 1998 le CHU-C, pour satisfaire une clientèle privée, peut organiser des activités cliniques et biologiques dont la liste est déterminée par le MSP. Ces activités sont

programmées par le Directeur Médical après avis de la CMC et rendues exécutoire par le Directeur.

Ainsi, sans préjudice dans l'accomplissement de sa mission de service public, le CHU-C a la possibilité de développer en son sein des activités de type privé donc orientées vers plus de rentabilité. Ces activités peuvent être réalisées avec l'apport du personnel médical du secteur privé sur leur demande et après approbation du Ministre en charge de la santé. Les usagers auront le libre choix entre des services de type privé et des prestations de type public.

e) Les contrats de maintenance et d'approvisionnement

Depuis 1991, le CHU a la possibilité de contracter pour son approvisionnement en fournitures de bureau et pour la maintenance du matériel technique. Les contrats "approvisionnement" sont le fait de la SDGAF et les contrats "maintenance" celui de la SDMGP.

Ces contrats sont passés par appel d'offre ouvert ou limité à des prestataires préalablement identifiés par la Direction Générale des Marchés Publics (DGMP). Une fois le contrat approuvé, le CHU-C sollicite le prestataire chaque fois que besoin est et le rémunère sur son budget.

f) Recrutement du personnel

Précédemment composé de fonctionnaire et d'agents temporaires, le statut de contractuel voit désormais le jour au sein du personnel du CHU-C. En effet à partir de 1998, l'hôpital a la possibilité de recruter du personnel auprès de prestataires agréés par l'Etat. Cette disposition ne concerne que le personnel non médical notamment : les secrétaires, les caissiers, les brancardiers...

La rémunération de ces contractuels est prise en charge par l'hôpital et versée au prestataire en charge pour lui de la reverser aux agents. Les sanctions les concernant sont signifiées au prestataire par la Direction de l'hôpital.

g) Le comité du personnel

Le comité du personnel est chargé depuis 1998 d'examiner les questions relatives à la valorisation et à l'information du personnel dans l'organisation et le fonctionnement des services de l'établissement.

2. Récente évolution dans l'organisation et le fonctionnement du CHU-C.

Le Conseil des Ministres du 19 Octobre 2001 a institué une nouvelle forme d'organisation et de fonctionnement des établissements publics sanitaires notamment les hôpitaux autonomes dont le CHU de Cocody.

L'indisponibilité du décret d'application des nouvelles mesures ne nous permet pas de juger, de manière précise, leurs effets sur le processus d'autonomie du CHU-C. Cependant, selon le communiqué du gouvernement, cette mesure vise à " *renforcer la Direction de ces formations*

hospitalières universitaires, impliquer davantage les différentes catégories socioprofessionnelles dans la gestion des hôpitaux et introduire le jeu électoral dans le choix de certains responsables ".

L'effet majeur de cette évolution se manifeste au niveau de la Direction. En effet, alors que la coutume voulait que le Directeur des CHU soient des administrateurs de services hospitaliers, on assiste maintenant à une médicalisation de la fonction de Directeur.

Le CHU est maintenant sous la responsabilité d'un Directeur Général choisit parmi les Professeurs en Médecine qui auront au préalable été formés aux techniques de gestion des EPN. Il est assisté dans sa tâche d'un Directeur Administratif et Financier (DAF) et d'un Directeur Médical et Scientifique ayant comme lui rang de Directeur d'Administration Centrale. Un service de Communication est créé et lui est directement rattaché de même que le Service Autonome de contrôle qui remplace la SDCE.

Le nouvel organigramme laisse apparaître la création d'une Sous Direction des Ressources Humaines et une Sous Direction du Budget. Le DAF est responsable des Sous Directions Ressources Humaines, Budget, Maintenance et Gestion du Patrimoine. Le Directeur Médical a autorité sur la SDSIO et les Commissions techniques.

CHSAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE N° 4 : TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES SUR LE CHU-C

	Budget	Subvention	Masse salariale	Recettes réalisées	Subvention / Budget	Recette : budget
1985	3,391,081,000	3,252,623,500	2,064,000,000	123,188,715	95,91	3,06
1986	3,753,757,000	3,230,781,000	2,088,131,000	118,823,760 (-3,54)	95,65	3,24
1987	4,025,000,000	3,925,300,000	2,300,000,000	nd	97,52	nd
1988	4,022,000,000	3,922,000,000	2,405,848,534	104,472,000 (-12,08)	97,51	2,69
1989	4,121,066,000	3,878,718,000	2,478,072,265	148,792,020 (+42)	94,11	3,68
1990	3,911,940,000	3,559,037,000	2,149,337,000	217,212,332 (+45,98)	90,98	5,75
1991	3,679,810,000	3,279,810,000	2,080,100,333	545,024,000 (+150,92)	89,13	14,24
1992	4,202,388,000	3,486,388,000	1,965,025,996	503,930,300 (-7,54)	82,96	8,01
1993	4,234,800,000	3,507,400,000	2,132,219,000	872,179,558 (+73,07)	82,82	22,49
1994	4,528,845,000	3,481,489,000	2,375,031,560	715,279,445 (-21,93)	76,87	14,2
1998	4,530,215,000	3,370,215,000	1,866,541,810	565,016,445 (--)	73,51	16,74
1999	4,760,564,000	3,160,564,000	1,748,847,564	762,575,581 (+34,96)	66,39	19,53
2000	4,594,727,000	2,892,727,000	1,758,269,745	544,841,875 (-28,55)	62,96	15,67
					85,1	

	Salaire / budget	Consultations	Hospitalisation	Taux de Rotationn	Taux d'Occupation	Durée M de séjour
1985	61,35	128,279	23,344	35,53	87	13
1986	62,81	120927 (-5,37)	20,447 (-12,41)	32,45	98	11
1987	62,41	117,737 (-2,64)	21,137 (+3,26)	33,21	96	11
1988	62	114,676 (-2,6)	21,656 (+2,45)	34,37	93	11
1989	61,38	112,675 (-1,74)	26,237 (+21,15)	41,71	105	10
1990	56,91	94,030 (-16,55)	23,387 (-10,86)	37,3	95	9
1991	54,38	84,847 (-9,77)	27,496 (+17,57)	43,44	92	8,77
1992	51,18	56,907 (-32,93)	19,805 (-27,97)	32,1	69,2	7,86
1993	54,99	61,788 (+8,58)	22,692 (+14,58)	36,89	72,25	9
1994	60,01	66,506(+7,09)	23,795 (+4,86)	39,92	71,89	7
1998	55,31	36,422 (---)	3140 (---)	10,26	31,8	6
1999	44,79	43,047 (+18,19)	9049 (+188,18)	15,11	43,71	5
2000	50,56	59,757 (+38,82)	8988 (-0,67)	16,11	37,13	5,99
	56,82					

ANNEXE N°4 : TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES SUR LE CHU-C

	Nbre de médecin	Nombre de Lits	Personnel	Consult / Médecin	Hospi. / Médecin
1985	164	657	1001	782,2	142,31
1986	209	630	1019	578,6	97,83
1987	197	630	nd	597,65	107,3
1988	185	630	1026	619,89	117,06
1989	162	629	944	695,52	161,96
1990	160	627	982	587,69	146,17
1991	135	633	887	628,5	203,67
1992	127	617	844	448,1	155,94
1993	181	615	876	341,37	125,37
1994	158	596	879	420,92	150,6
1998	202	306	802	180,31	15,54
1999	198	599	930	217,61	45,7
2000	227	558	996	263,25	39,59

nd = non disponible

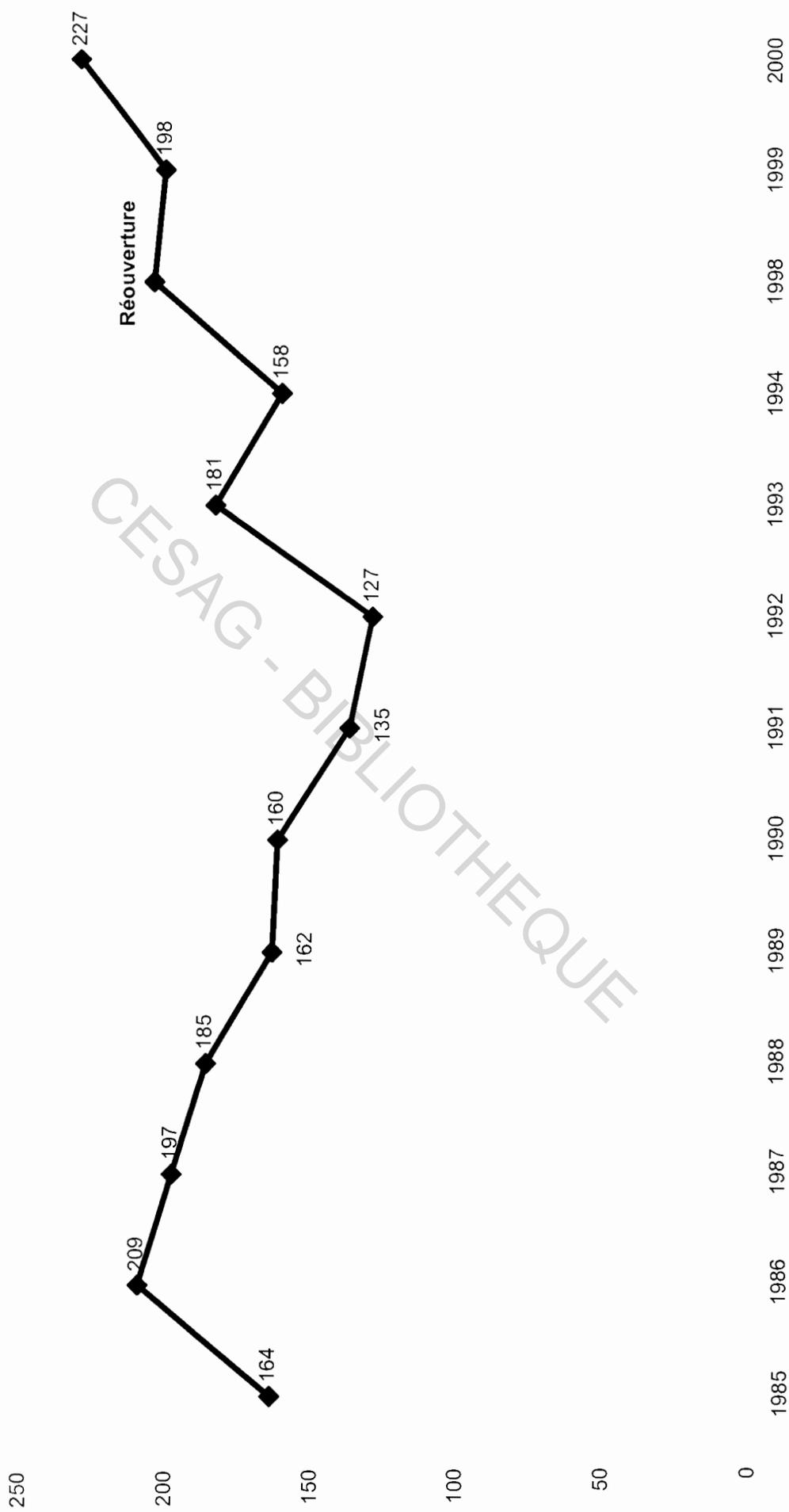
(,,,) = Ecart par rapport à l'année précédente

ANNEXE 5 : ECART ENTRE LE BUDGET VOTE ET LE BUDGET EXECUTE

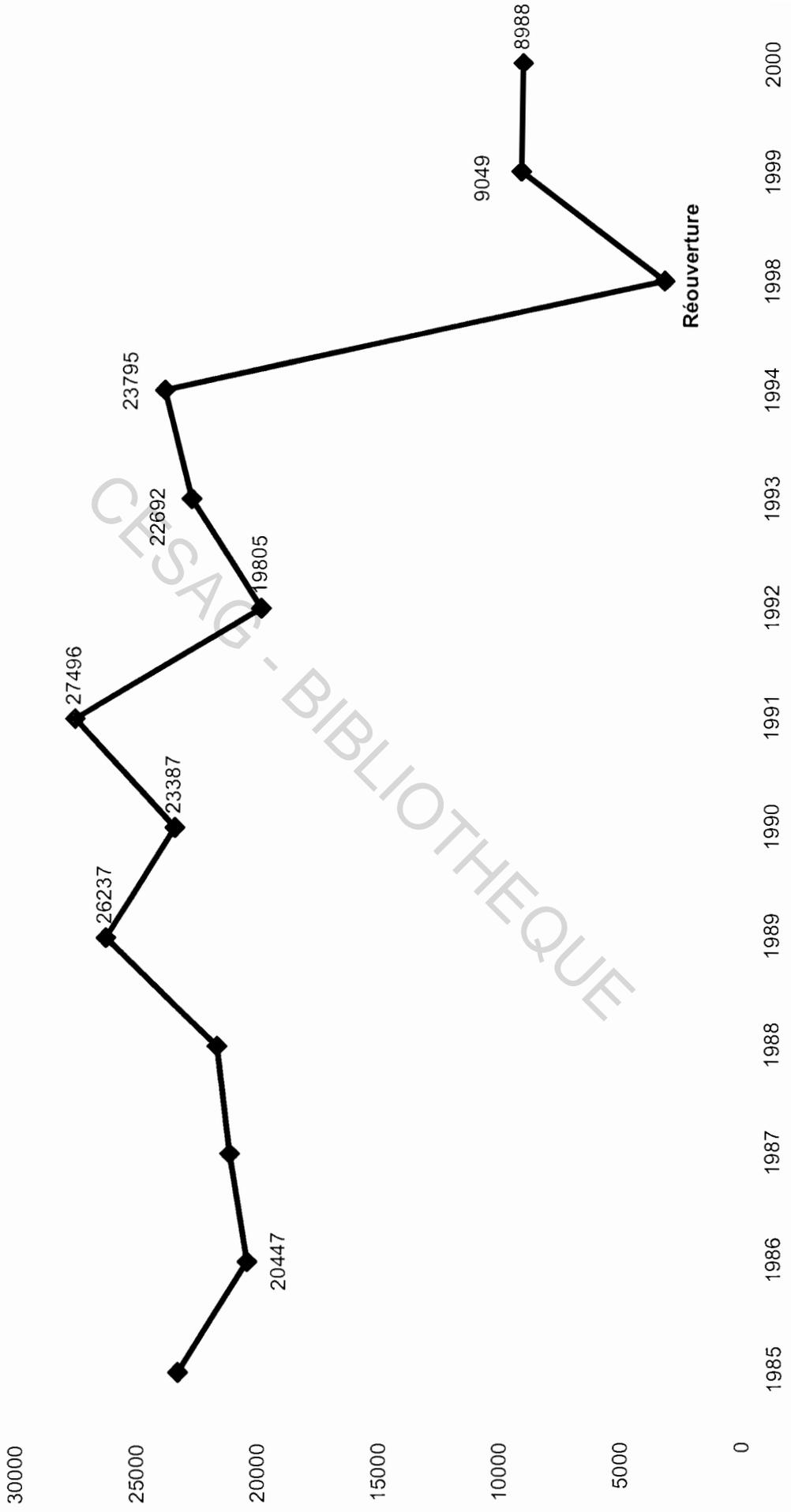
	Budget (1)	Subvention (2)	Recettes réalisées (3)	(4) = (2) + (3)	(5) = (1) - (4)	(6) = (5)/(1)
1985	3391081000	3252623500	123188715	3375812215	15268785	0,45026306%
1986	3753757000	3230781000	118823760	3349604760	404152240	10,76660636%
1987	4025000000	3925300000	nd	nd	nd	nd
1988	4022000000	3922000000	104472000	4026472000	-4472000	-0,11118846%
1989	4121066000	3878718000	148792020	4027510020	93555980	2,27018883%
1990	3911940000	3559037000	217212332	3776249332	135690668	3,46862856%
1991	3679810000	3279810000	545024000	3824834000	-145024000	-3,94107304%
1992	4202388000	3486388000	503930300	3990318300	212069700	5,04640933%
1993	4234800000	3507400000	872179558	4379579558	-144779558	-3,41880509%
1994	4528845000	3481489000	715279445	4196768445	332076555	7,33247782%
1998	4530215000	3370215000	565016445	3935231445	594983555	13,13367147%
1999	4760564000	3160564000	762575581	3923139581	837424419	17,59086568%
2000	4594727000	2892727000	544841875	3437568875	1157158125	25,18448049%

Moyenne = 6,48104375%

ANNEXE N°6 : Personnel médical du CHU-C



ANNEXES N°7 : Evolutions des Hospitalisations au CHU-C



ANNEXES N°8 : Evolution des Consultations au CHU-C

