

L'Hôpital de Dakar

Exemple de coopération hospitalière française

Julien Gottsmann
Directeur d'hôpital

L'exemple de l'hôpital principal de Dakar illustre les difficultés d'adéquation entre réforme hospitalière sénégalaise et recentrage de la coopération française.

Les systèmes hospitaliers des pays d'Afrique noire francophone connaissent à l'heure actuelle un important mouvement de réforme, tant sur le plan institutionnel que sur le plan financier. Viennent se coupler à cette mutation la refonte et le recentrage des actions de coopération menées par la France dans ces pays. Au croisement de ces deux problématiques, de nombreuses difficultés apparaissent, comme en témoigne, de manière symptomatique, l'exemple de l'Hôpital principal de Dakar.

L'Hôpital principal de Dakar, une institution spécifique et incontournable

Cet établissement, longtemps fleuron de la coopération française au Sénégal et structure incontournable dans le paysage hospitalier sénégalais, est un héritage direct de la colonisation. Créé en 1880, l'Hôpital principal fonctionnait sur un système original et unique en son genre : la convention franco-sénégalaise du 18 novembre 1971 le plaçait en effet sous la double tutelle des forces armées sénégalaises et de la République française. Le Sénégal détenait les terrains, les bâtiments et les matériels, mais la France conservait la gestion de l'établissement. Un organe paritaire, la Commission mixte franco-sénégalaise, réunie annuellement, supervisait l'activité de l'hôpital et se prononçait sur les choix stratégiques. L'organisation interne de l'établissement était calquée sur celle des hôpitaux militaires français, avec à sa tête un directeur

médecin-chef et un gestionnaire chargé de l'administration.

Le statut financier et budgétaire de l'hôpital principal était également très particulier : soumis en théorie aux règles du droit public, budgétaires et comptables françaises, l'Hôpital principal voyait ses recettes rattachées au budget du ministère de la Coopération français suivant la procédure des fonds de concours puis rétrocédées à l'hôpital sous la forme de délégations mensuelles de crédits assurées par le payeur de France au Sénégal. Les comptes de l'établissement étaient donc par ce biais théoriquement soumis au contrôle de la Cour des comptes française. C'est l'ambassadeur de France au Sénégal qui avait le titre d'ordonnateur secondaire de l'établissement, tandis que le directeur en était l'ordonnateur délégué.

Un statut aussi spécifique ne pouvait qu'entrer en contradiction avec le contenu de la grande réforme hospitalière lancée au Sénégal depuis 1998 et avec les formes actuelles de la coopération.

Une réforme hospitalière surdimensionnée et découplée de la réalité du terrain ?

Tout comme la plupart des pays d'Afrique noire, la République du Sénégal s'est engagée dans une ambitieuse restructuration de son système hospitalier intervenue en application de la loi n° 98-08 portant réforme hospitalière et de la loi n° 98-12 relative à la création, l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, toutes deux adop-

tées par l'Assemblée nationale le 12 février 1998.

La principale innovation de cette réforme a été de conférer aux hôpitaux la personnalité morale de droit public ainsi que l'autonomie financière et administrative en les érigeant en établissements publics de santé. Il s'agit d'une rupture, puisque les hôpitaux étaient auparavant, sauf exception, directement rattachés au ministère de la Santé et gérés administrativement en régie d'État.

Un nouveau découpage géographique a été mis en place, par le biais d'une carte sanitaire qui détermine les zones de couverture de chaque établissement ainsi que ses structures techniques. Les projets de création, d'extension, de conversion et de regroupement sont désormais encadrés par un régime d'autorisation préalable.

Les hôpitaux doivent tous se doter de projets d'établissement et mettre en place une politique d'évaluation donnant lieu à un rapport annuel du directeur. La place des malades est redéfinie avec l'édiction d'une charte des droits et devoirs des patients.

Cette réforme hospitalière s'est, on le voit, largement inspirée du modèle français, en particulier de la loi hospitalière de 1991, et même de certains éléments de la réforme hospitalière française de 1996. Mais, ayant déjà quelques difficultés à s'appliquer en France (pays qui consacre plus de 10 % de son PIB à la santé), comment ne pas penser qu'un tel type de réforme s'avère quelque peu déconnecté de la réalité hospitalière sénégalaise ?

On assiste depuis une vingtaine d'années à une dégradation alarmante de l'état des infrastructures hospitalières du pays : congestion des grands hôpitaux devant l'explosion démographique des métropoles, insuffisance de la prise en charge des urgences, désaffectation des établissements de moindre importance et désertification sanitaire des campagnes, inadéquation entre offre et demande de soins liée à l'absence totale d'études épidémiologiques, dégradation des locaux, manque de matériels, de médicaments, de consommables et mauvais entretien des équipements, insuffisance des ressources humaines, mais surtout, absence de réel système de protection sociale, système de tarification aléatoire, démobilisation des personnels, impossibilité à dégager des capacités d'investissement... Est-il vraiment pertinent d'attribuer l'autonomie de gestion à des structures qui n'ar-

L'Hôpital principal de Dakar en quelques chiffres

- **523 lits** : 156 de médecine (interne, infectieuse, digestive, cardiologie) ; 179 de chirurgie (générale, viscérale, orthopédique et traumatologique, maxillo-faciale et stomatologie) ; 13 de réanimation-anesthésie hémodialyse ; 83 de gynécologie et obstétrique ; 60 de pédiatrie ; 10 d'ophtalmologie ; 10 d'ORL ; 12 de psychiatrie.

- **Un plateau médico-technique complet** : bloc opératoire, stérilisation, radiologie, scanner, service de biologie et de biochimie, banque de sang, pharmacie.

- **1058 agents** : 68 médicaux ; 630 para-médicaux ; 168 administratifs ; 160 logistiques ; 21 assistants techniques français ; 11 médecins CSN.

- **Activité (1999)** : 27 000 entrées ; 182 000 journées d'hospitalisation ; DMS de 6,7 ; taux d'occupation des lits : 92 % ; 71 000 consultations.

- **Budget de 5 Mds F CFA** (50 millions FF) : 2 Mds F CFA de charges de personnel ; 1,6 Mds F CFA de dépenses logistiques ; 1 Md F CFA pour les fournitures médicales et pharmaceutiques ; 340 millions CFA pour les investissements.

rivent pas à tenir de véritables budgets, ne gèrent leurs ressources humaines que de manière lointaine, n'ont qu'une connaissance très limitée de leur activité médicale et n'arrivent pas à recouvrir une partie importante de leurs recettes ? Un tableau aussi sombre impliquait peut-être de dégager d'autres priorités qu'une réforme d'ordre très institutionnel.

En tout cas, les préalables techniques à la mise en place de cette réforme sont très nombreux, et pas des moindres. On peut citer, en particulier, l'élaboration d'un plan comptable, l'établissement de manuels de procédure, la mise en place d'un système de gestion des ressources humaines, la création d'un système d'information médicale, la remise à plat des liens entre les facultés de médecine et les centres hospitaliers, ou encore l'institution d'un contrôle central effectif. La tâche paraît titanesque et l'on peut se demander à juste titre si on n'a pas mis la charrue avant les boeufs...

Toujours est-il qu'une telle évolution du système hospitalier sénégalais ne pouvait qu'accentuer la spécificité du statut de l'Hôpital principal de Dakar. La volonté de la France de mettre un terme à un type de coopération jugé politiquement anachronique (l'Hôpital principal était le dernier établissement en gestion directe) et de restreindre le poids financier de ses actions de coopération en Afrique noire a également fortement joué dans le sens d'un changement de statut. Plus même que la réforme hospitalière, c'est cette volonté d'ordre politique qui semble avoir été le facteur décisif de l'évolution de l'Hôpital principal.

D'une volonté de restructuration au risque d'un bradage ?

Même si l'Hôpital principal s'impose comme un des meilleurs établissements publics de santé du Sénégal, voire d'Afrique de l'Ouest, son fonctionnement s'est avéré depuis une quinzaine d'années systématiquement déficitaire. Sur un budget prévisionnel de 5,2 milliards de francs CFA, les derniers exercices se sont soldés par un déficit d'exploitation compris entre 300 et 400 millions de francs CFA, soit 6 à 8 % de dépassement. Une analyse succincte de la structure des dépenses montre en outre que seule une très faible part du budget est consacrée aux opérations d'investissement (à hauteur de 6 % des dépenses totales) et que les opérations d'amortissement sont quasiment inexistantes.

De plus, les indicateurs d'activité de l'hôpital sont à la baisse : le nombre de lits a été réduit, le nombre d'entrées a baissé de 10 % entre 1998 et 1999, le nombre de journées d'hospitalisation a chuté de 14 % de 1996 à 1999.

Ces faiblesses, ajoutées aux salaires des nombreux coopérants techniques français envoyés sur place (au total, fin 1999, 22 personnes rémunérées par le budget de la coopération, non compris la quinzaine de CSN payés par l'hôpital lui-même), représentent un engagement financier jugé excessif dans le cadre du recentrage de la coopération franco-africaine.

En outre, le statut particulier de l'Hôpital principal, structure militaire gérée directement par des Français, ne lui permettait pas de bénéficier des dons des bailleurs de fonds autres que français.

On voit ainsi comment deux facteurs a priori disjoints, la mise en œuvre de la réforme hospitalière sénégalaise d'une part

et la volonté de faire entrer l'Hôpital principal dans le cadre général de l'actuelle politique de coopération française d'autre part, ont conduit à un projet de réforme des statuts de cet établissement.

Le contenu de la réforme

Trois principaux textes viennent régir le nouveau fonctionnement de l'hôpital : la nouvelle convention franco-sénégalaise du 24 décembre 1999, qui vient remplacer le texte de 1971, ainsi que la loi du 26 décembre 1999 portant organisation et fonctionnement de l'Hôpital principal et son décret d'application.

Il s'agit d'abord de normaliser le statut de l'Hôpital principal dans le tissu hospitalier sénégalais issu de la réforme hospitalière de 1998, en lui conférant le statut d'établissement public de santé autonome. Cet établissement public sera doté d'un agent comptable propre, responsable de la mise en place et de la tenue d'une vraie comptabilité (au-delà de la simple comptabilité administrative actuellement tenue par la Paierie de France).

La gestion de l'Hôpital principal sera progressivement transférée aux autorités sénégalaises. Dans un premier temps, il est prévu la nomination, à côté du médecin-chef directeur qui restera pour l'instant un coopérant français, d'un directeur-adjoint sénégalais. Un conseil d'administration sénégalais devrait également être mis en place.

Entre difficultés techniques et réticences

Certes, le schéma prévu apparaît à première vue séduisant, en permettant une prise en main par les Sénégalais eux-mêmes de la gestion d'un de leurs plus importants hôpitaux et mettant fin à ce qui pourrait être tenu pour du « néocolonialisme ». Mais paradoxalement, la partie sénégalaise freine la mise en place de cette réforme dont la mise en œuvre sur le terrain est sans cesse repoussée.

Le transfert de gestion rencontre en effet un certain nombre de réticences et se heurte à de nombreux obstacles techniques. D'abord parce qu'une partie des Sénégalais interprètent ce changement de statut comme la conséquence d'une certaine volonté de désengagement de la coopération française. Ils peuvent avoir l'impression que la France cherche à se débarrasser le plus rapidement possible d'une institution qui lui coûte trop cher,

au risque, dans la précipitation, de brader une structure qui s'impose comme un des meilleurs hôpitaux du Sénégal et même d'Afrique de l'Ouest. Une certaine appréhension se fait jour également au sein des agents de l'hôpital : la plupart d'entre eux sont réticents devant ce projet et craignent que la nouvelle direction sénégalaise ne parvienne pas à garantir un bon fonctionnement de l'établissement et compromette le versement de leurs salaires.

Ce problème pose la question de la formation des directeurs d'hôpital au Sénégal, et plus largement en Afrique noire. En effet, aucune structure n'assure la formation des dirigeants hospitaliers dans ces pays depuis le démantèlement de la filière internationale de l'École nationale de la santé publique. On ne peut attendre qu'avec impatience la mise en place d'un dispositif de formation commun aux pays d'Afrique de l'Ouest actuellement en cours d'élaboration à l'École nationale d'administration d'Abidjan, sous la conduite de l'ENSP.

Mais il ne s'agit pas que d'un problème de formation et d'individus. Les modes de gestion administrative en vigueur dans les pays d'Afrique noire doivent prendre en compte de nombreux facteurs sociaux et culturels absents ou limités en Europe et qui la rendent particulièrement délicate.

Le dernier défi du changement de statut sera d'arriver à intégrer l'Hôpital principal dans le paysage hospitalier de droit commun du Sénégal, ce qui implique son intégration à la carte sanitaire et au service public hospitalier et donc la réduction voire l'abandon de certaines activités (par exemple, le pôle mère-enfant) en contrepartie du développement de pôles de compétences spécifiques (notamment, la médecine interne et les urgences). Encore faut-il que la carte sanitaire ne se contente pas de refléter l'état existant de l'offre hospitalière. En tout état de cause, ce travail d'intégration et de banalisation se heurtera à une culture de la particularité très fortement ancrée dans l'établissement et qui conduit tant le personnel que la direction à vivre ce changement de statut comme une véritable révolution.

Quelle coopération dans le domaine de la gestion hospitalière ?

Ainsi, l'analyse d'un exemple ponctuel et spécifique tel que celui de l'Hôpital principal de Dakar peut-il s'avérer révélateur,

voire symptomatique, des difficultés et des interrogations que traverse la coopération hospitalière française en Afrique noire.

Parmi ces difficultés, il faut souligner la multitude des dissensions internes à la partie française : une ligne de fracture très nette divise les coopérants militaires, logiquement réticents à abandonner une institution dans laquelle ils se sont investis depuis si longtemps, et les représentants du secrétariat d'État à la Coopération qui cherchent à mettre un terme à une situation jugée anachronique et politiquement incorrecte, en remplaçant l'Hôpital principal le plus rapidement possible dans le cadre général de la politique de coopération. D'une certaine manière, ce sont l'unité et la cohérence des actions de la coopération française qui sont remises en cause.

Autre difficulté mise en exergue par l'exemple de l'Hôpital principal de Dakar et par la réforme hospitalière sénégalaise : la primauté systématique accordée à la dimension médicale de la coopération hospitalière, au détriment de la dimension gestionnaire. Quelle forme ces actions de coopération peuvent-elles et doivent-elles prendre, étant entendu que la gestion directe est désormais bannie ? Il peut s'agir de soutiens techniques aux réformes hospitalières, d'aides financières aux projets d'établissement et d'actions de formation, du développement de partenariats et de jumelages entre les hôpitaux français et les hôpitaux africains. Le chantier est énorme et les risques d'erreur omniprésents.

Pour pouvoir les éviter, quelques règles de bon sens s'imposent, comme de confier les postes de conseil et d'audit à de vrais professionnels du milieu hospitalier, notamment à des directeurs d'hôpital, et non pas à des fonctionnaires généralistes. De même, il ne faut pas essayer de plaquer les schémas d'organisation sanitaire occidentaux, mais au contraire, adopter une approche très pragmatique pour mieux correspondre aux réalités et aux exigences de base du terrain. Il apparaît également nécessaire d'établir un meilleur contrôle *a posteriori* de l'utilisation des fonds octroyés, par exemple par la création d'un corps d'inspection indépendant. Mais surtout, il est indispensable de parvenir à réduire les dissensions internes entre les différents acteurs et à fédérer toutes les bonnes volontés sur des projets structurés par les mêmes objectifs et les mêmes principes. ■