

ORGANISATION HOSPITALIERE

**(Politique & Innovations
hospitalières**



LA REFORME HOSPITALIERE

Changements & Innovations

Bilan et perspectives



Pourquoi la reforme

- ❖ Difficultés à satisfaire la population et le personnel hospitalier
- ❖ Hôpitaux peu fréquentés par les usagers
- ❖ Absence de responsabilisation des usagers
- ❖ Absence de souplesse dans la Gestion
- ❖ Dérives qui ont eu pour conséquence le dysfonctionnement de l'hôpital

Rappel historique

A l'instar de la France, la plupart des pays francophones subsahariens ont entamé une profonde réflexion à la fin des années 90 sur leur système de santé pour enfin trouver les voies et moyens de le rendre performant ; cette réflexion a abouti sur une volonté de procéder à une réforme du système hospitalier.

Rappel historique (bis)

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


Rappel historique (ter)

L'objectif visé est de conduire à une transformation radicale des méthodes de gestion des hôpitaux, afin d'améliorer leurs performances et la qualité des services et des soins qu'ils dispensent ;

cette dite réforme devait permettre à tout individu, quelle que soit sa condition sociale, de bénéficier de soins de qualité, dans le cadre d'établissements publics de santé à la gestion autonome et au sein desquels la notion de performance se substituerait à la logique administrative

CADRE REGLEMENTAIRE



- 
- La Réforme Hospitalière, adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998, est consacrée par deux lois fondamentales et complémentaires à savoir :

La loi 98-08 du 02 mars 1998

- portant réforme hospitalière.
- modifiée par la loi 2015 – 12 du 03 juillet 2015 intégrant le CHSCT, et les UFR, la CCE dans les EPSNH, la carte sanitaire....


La loi 98-12 du 02 mars 1998


- ➔ relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé (EPS).



Ces deux lois sont complétées


PAR DEUX DECRETS
D'APPLICATION





Le décret 98-701 du 26 août 1998

- ➔ Relatif à l'organisation
des établissements
publics de santé
hospitaliers.



Le décret 98-702 du 26 août 1998

- Portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé.



Rappel des objectifs de la réforme hospitalière

- Amélioration de la qualité des services
- Renforcement des capacités de gestion



Rappel des objectifs de la réforme hospitalière

Ces objectifs contribuent à améliorer:

- l'accès des populations à des services de qualité
- la maîtrise des charges financières et le recouvrement des coûts



Innovations

La réforme hospitalière est marquée par des innovations majeures relatives à:

- l'accès aux soins,
- l'organisation interne des EPS,
- aux droits des usagers,
- l'exercice de la tutelle




Innovations

- à la qualité des services,
 - aux relations avec les partenaires,
 - au financement
- 

Accès au soins



- Adoption d'une tarification modulable tenant compte des spécificités régionales et des conditions sociales des malades
 - Prise en charge des cas d'urgence sans préalable
- 



Droits des usagers

- Adoption de la charte du malade
- Représentation des usagers dans les Conseils d'administration des EPS



Systeme d'information medicalisé


- Mise en place d'un systeme d'information medicalisé (SIM) pour une plus grande connaissance de l'activite et des couts

Carte hospitalière (composante de la carte sanitaire)

- Détermine les zones de couverture des hôpitaux
- Etablit pour chaque zone, la nature et l'importance des installations et des activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins des populations



CHANGEMENTS MARQUANTS

- Vision stratégique consacrée par les projets d'établissement
 - Logique d'entreprise à la pratique des nouveaux outils de gestion
- 



Projet d'établissement

- Instaure une dynamique nouvelle caractérisée par une vision stratégique
- Mobilise et réunit les acteurs internes autour d'objectifs communs
- Garantit un financement sur la base d'objectifs négociés avec l'Etat et/ou le privé



Relation avec les Institutions de formation

- Possibilités de passation de conventions avec la Faculté de Médecine , de Pharmacie et d'odontostomatologie, les écoles publiques ou privées de formation (Conventions hospitalo-universitaires)




Démarche qualité

- Elaboration d'une politique nationale qualité
- Mise en place de chantiers qualité dans les EPS
- Adoption de démarches et stratégies innovantes



Financement

- Octroi de subvention d'exploitation et d'investissement
 - Allocation de fonds de dotation des Collectivités locales
- 

Contrats de performance/Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

- Ils s'inscrivent dans le cadre général de la politique de contractualisation définie par le Ministère chargé de la Santé
- Ils contribuent à la réalisation des objectifs de la réforme hospitalière
- Ils favorisent une gestion participative au sein des EPS
- Ils constituent un bon moyen de plaider pour le financement des EPS auprès des bailleurs



Gouvernance

- Création de nouveaux organes
- Conseil d'administration,
- Commission Médicale d'Etablissement
- Comité Technique d'Etablissement
- Nouveaux services (CSSI, CG, AI)





Gouvernance

- Mise en place de manuels de procédures procédures et d'outils de gestion
- Elaboration de budgets, d'états financier, de rapports d'activités, de suivi budgétaire et de gestion

Organisation et Contrôle

- un manuel d'organisation des hôpitaux
- un manuel de contrôle de gestion des hôpitaux
- un manuel de procédures administratives, financières et comptables
- un manuel de procédures de ressources humaines
- des outils de gestion des ressources humaines
- un plan comptable hospitalier



FIN de la 1^{ère} partie



Les constats actuels :
la réforme « au milieu
du gué » (2008 – 2015)



Rappel des objectifs de la réforme

- procéder à une restructuration du système hospitalier
- pas de désengagement de l'Etat et encore moins la privatisation de la santé
- hôpital assure une mission de service public, veiller à ce que tout citoyen puisse accéder à certains services essentiels .

Une réforme critiquée sur la méthode:

- une « usine à gaz », plaquée sur la réalité de terrain
- une démarche complexe lancée en une seule fois dans tous les établissements sans réelle définition de priorité
- une absence d'étapes bien balisées dans la conduite du projet à court et moyen terme
- un manque de données chiffrées précises: activité hospitalière, répartition des patients selon leur capacité financière, coût de l'hospitalisation et des actes...

Une réforme critiquée sur son pilotage:

- une absence d'autorité clairement identifiée pour assurer le pilotage national
- une insuffisance d'accompagnement et d'encadrement dans la mise en place des projets d'établissement (PE)
- un engagement inégal des différents acteurs: CA, CME, CTE, directeur, chef de service ...
- une absence de lettre de mission des directeurs

Une réforme critiquée sur son pilotage:

- ▶ un manque d'évaluation nationale quantifiée et chiffrée du dispositif ...
- ▶ ... et surtout une absence de contrôle et de sanction en cas de non atteinte des résultats

Une réforme critiquée sur sa mise en œuvre:

- une absence de priorité au sein de chaque EPS et au niveau national dans la rédaction des PE
- des PE parfois rédigés par des cabinets de conseil sans réelle implication des intervenants de l' EPS
- des projets médicaux nouveaux conduisant seulement à des demandes de moyens peu réalistes
- un décalage majeur entre coût évalué des PE et budget constaté des EPS

Une réforme critiquée sur sa mise en œuvre:

- une absence ou un retard des PE voire un rejet dans certains établissements universitaires
- des créations de postes de personnels contractuels peu qualifiés à durée indéterminée hérités en partie des comités de santé et peu adaptés aux besoins hospitaliers
- une agitation sociale liée à l'hétérogénéité des statuts des personnels des EPS.

Une réforme qui a permis des avancées réelles dans la réponse à la demande de soins

- des taux de fréquentation des hôpitaux améliorés
- le maintien d'un accès de l'ensemble de la population quelles que soient ses ressources
- le développement d'une offre de soins hospitaliers et du niveau d'équipement médical

Une réforme qui a permis des avancées réelles au niveau institutionnel

► la mise en place d'instances internes :
CA, CME, CCE, CTE qui

- traduisent une réalité de l'établissement
- permettent un dialogue interne et une formalisation des problèmes

Une réforme qui a permis des avancées réelles au niveau institutionnel

- la prise de conscience progressive d'un intérêt collectif à agir
- l'apprentissage d'une démarche participative
- l'association des usagers aux réflexions sur les projets

Une réforme qui a permis des avancées réelles au niveau de la gestion

- une augmentation substantielle des subventions de l'état aux EPS
- la mise en place d'outils comptables et de gestion harmonisés suivis régulièrement
- une formation des acteurs médicaux et non médicaux sur le plan managérial

Une réforme qui a permis des avancées réelles au niveau de la gestion

- ▶ une meilleure lisibilité dans les comptes des EPS et un accroissement significatif des recettes internes
- ▶ le recrutement de cadres de gestion formés pour des postes stratégiques
- ▶ la prise de conscience de l'intérêt de la mise en place d'une démarche qualité

Des démarches d'évaluation existantes:

- ▶ la « concertation nationale sur le système hospitalier » 2006 :

Un travail majeur encore peu utilisé.

- ▶ Les directives du CIM de Mai 2008:

Un travail peu exploité

- ▶ Revue documentaire des évaluations de la réforme 2010:

Un travail qui reste à être finalisé

Analyse :

comment expliquer cette situation ?

- Un cadre juridique et réglementaire perfectible
- une planification sanitaire inappliquée
- une absence de cadre d'orientation pour la politique hospitalière
- une insuffisance de définition des missions et un manque d'articulation des établissements en échelons du système hospitalier
- une insuffisante prise en compte du caractère universitaire de certains EPS
- des conséquences financières lourdes du décret 98 702 sur le recrutement de personnels contractuels

Analyse :

comment expliquer cette situation ?

Un cadre juridique et réglementaire perfectible

- Une insuffisance de la définition des missions et des moyens d'actions de la DES
- une insuffisance dans la mise en œuvre de la caisse unique notamment dans les CHU où l'activité privée se fait de façon opaque et échappe totalement à la comptabilité de l'EPS.

Analyse :

comment expliquer cette situation ?

- La dispersion des initiatives et l'insuffisance des outils
 - l'absence de connaissance des coûts réels de l'activité hospitalière (hospitalisation, consultations, actes diagnostiques et thérapeutiques)
 - le lancement et la validation de projets médicaux coûteux et non évalués dans leur pertinence en termes coût bénéfice sans articulation intra et inter EPS

Analyse :

comment expliquer cette situation ?

- La dispersion des initiatives et l'insuffisance des outils
- des subventions aux EPS
 - attribuées de façon automatique sans évaluation et sans contrat d'objectif
 - sans lien avec la réalité des dépenses hospitalières

Analyse :

comment expliquer cette situation ?

- La faiblesse de la culture de projet
- des PE disproportionnés, irréalistes par rapport aux réalités de terrain et peu priorités
- une résistance très forte de nombreux acteurs au changement et une hostilité du corps médical, notamment universitaire
- L'autonomie introduite par la réforme souvent confondue avec une liberté totale d'action

Une situation très inégale entre les EPS de Dakar et ceux des autres régions:

Une distribution très inégale de l'endettement :

- **2 EPS de Dakar représentent 42 % de l'endettement entre 2006 et 2010**
- 5 EPS de Dakar représentent 62 % de l'endettement entre 2006 et 2010
- 12 EPS régionaux représentent 38 % de l'endettement entre 2006 et 2010

Perspectives

- Textes complémentaires à prendre
- Lettre de mission du directeur,
- Classification des EPS en fonction de la taille et du poids
- Normes et standards à définir pour les EPS
- Projet de poste de directeur adjoint

Perspectives

- Identification de Pôles de compétence inter-régionaux et SROS,
- Fonction publique hospitalière avec statut commun du personnel hospitalier
- Document de politique nationale hospitalière et plan de développement du système hospitalier



Fin de la 2^éme partie

II- LES CHANGEMENTS

□ Changements opérés

- L'adoption de la loi n° 2015-12 du 03 juillet 2015, modifiant la loi n° 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière



CHANGEMENTS

- ▶ L'élargissement du champ d'application des conventions hospitalo-universitaires: articles 13 à 15 ;
- ▶ **Article 13.-** Les établissements publics de santé hospitaliers participent à la formation initiale et continue dispensée aux différentes professions de santé notamment en abritant des stages et en offrant un encadrement.

Les établissements publics de santé hospitaliers sont habilités, pour tout ou partie de leurs services cliniques et médico-techniques, à passer une convention avec les institutions publiques ou privées de formation, d'enseignement et de recherche en sciences de la santé, selon des modalités fixées par décret ».

CHANGEMENTS

- **Article 14.-** Les conventions hospitalo-universitaires passées entre les établissements publics de santé d'une part et les institutions publiques ou privées de formation, d'enseignement et de recherche en sciences de la santé d'autre part, précisent notamment les droits et les obligations des enseignants qui interviennent dans les hôpitaux. Elles déterminent l'organisation de leurs fonctions, leurs responsabilités et leurs conditions de travail selon les clauses d'une convention cadre fixée par arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé et du Ministre chargé de l'enseignement supérieur ».

CHANGEMENTS

« **Article 15.-** Il est créé des comités de coordination hospitalo-universitaire où siègent des représentants des établissements publics de santé ayant signé une convention avec les institutions publiques ou privées de formation, d'enseignement et de recherche en sciences de la santé, des représentants de ces mêmes institutions, des représentants du ministère chargé de l'enseignement supérieur et des représentants du ministère chargé de la santé.

La composition, l'organisation et le fonctionnement de ces comités de coordination hospitalo-universitaires sont fixés par arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé et du Ministre chargé de l'enseignement supérieur ».

CHANGEMENTS

❖ Le mode d'établissement de la carte sanitaire par décret: article 18 ;

« **Article 18.-** La carte sanitaire a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Elle détermine également de façon globale, sans distinguer le secteur public et le secteur privé, les structures et les équipements nécessaires à la prise en charge des soins, ainsi que leur localisation.

La carte sanitaire est établie sur la base des données démographiques, épidémiologiques et des progrès des techniques médicales, après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante.

La carte sanitaire est actualisée au moins tous les cinq ans. Elle est fixée par décret ».

CHANGEMENTS

- ❖ Un meilleur encadrement du retrait ou de la suspension de l'autorisation d'exploitation accordée aux établissements hospitaliers privés: article 21 ;

« **Article 21.-** L'autorisation d'exploitation est donnée au vu des conclusions positives d'une visite de conformité dont les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. L'autorisation est donnée à une personne physique ou à une personne morale de droit privé. Cette autorisation ne peut être cédée.

L'établissement autorisé est assujéti à des contrôles périodiques des activités de soins, des installations et des équipements. Il est tenu de fournir les éléments nécessaires au système national d'information sanitaire et social.

En cas de déficience et d'anomalie constatées, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté dûment motivé, procéder à la suspension ou au retrait de l'autorisation accordée ».

CHANGEMENTS

- ❖ La régularisation de l'existence des Commissions Consultatives d'Etablissement (CCE) dans les EPS non hospitaliers: article 24 ;

Article 24.- Il est institué une Commission Médicale d'Etablissement (CME) dans chaque établissement hospitalier et une Commission Consultative d'Etablissement (CCE) dans chaque établissement public de santé non hospitalier.

L'organisation et le fonctionnement de ces commissions sont fixés par décret ».

CHANGEMENTS

- ❖ La création du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) dans les EPS, article 25 ;

Article 25.- Il est institué dans chaque établissement hospitalier ou non hospitalier :

- un Comité Technique d'Etablissement (CTE) ;
- un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

L'organisation et le fonctionnement de ces comités sont fixés par décret ».

CHANGEMENTS

- ❖ La fixation des modalités de nomination des chefs des services médicaux, chirurgicaux et médicaux techniques par décret ;

Article 29.-Les services médicaux, chirurgicaux et médico-techniques des établissements publics de santé sont placés sous la responsabilité d'un médecin, d'un biologiste, d'un odontologiste ou d'un pharmacien hospitalier qui prend le titre de chef de service.

Les modalités de nomination des chefs des services médicaux, chirurgicaux et médico-techniques des établissements publics de santé sont fixées par décret».



CHANGEMENTS

- Changements opérés
 - La signature du décret n° 2016-404 du 6 avril 2016 portant statut du personnel des établissements publics de santé



CHANGEMENTS

□ Changements opérés

- L'adoption de la loi n° 2016-28 du 19 août 2016, modifiant la loi n° 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des EPS

CHANGEMENTS

- **Article 4.-** Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend au plus douze (12) membres.

La présidence du conseil d'administration des établissements publics de santé de premier et de second niveaux est assurée par le Président du conseil départemental.

Dans le département dont le périmètre correspond à celui de la ville la présidence du conseil d'administration des établissements publics de santé de premier et de second niveaux est assurée par le Maire de ville exerçant les compétences du Président de conseil départemental.

CHANGEMENTS

- Toutefois, lorsque le périmètre du département ne correspond pas au territoire de ville, elle est assurée par :
 - le maire de la ville, si l'établissement public de santé se trouve sur le territoire de la ville ;
 - le président du conseil départemental, si l'établissement public de santé se trouve en dehors du territoire de la ville.

CHANGEMENTS

- La présidence des conseils d'administration des établissements publics de santé de troisième niveau est assurée par une personnalité qualifiée nommée par décret sur proposition du Ministre chargé de la Santé.
- La rémunération du Président du conseil d'administration et les indemnités de session des administrateurs des établissements publics de santé (EPS) sont fixés par décret ».



CHANGEMENTS

«**Article 6.-** En cas d'irrégularité ou de carence, le conseil d'administration peut être suspendu ou dissout par décret.

Pour ce qui concerne les établissements créés par le département ou la commune, la suspension ou la dissolution est prononcée par délibération du conseil départemental ou du conseil municipal.

La décision de suspension ou de dissolution désigne un conseil d'administration provisoire pour une durée maximale de six mois. Au terme de ce délai un nouveau conseil d'administration est constitué».



CHANGEMENTS

Article 7.- Les directeurs des établissements publics de santé sont des agents de l'Etat de la hiérarchie A ou assimilés. Ils sont nommés par décret, sur proposition du Ministre chargé de la Santé.

En cas de faute grave ou de mauvaise gestion, ils peuvent être révoqués à tout moment sans préjudice des poursuites pénales ou disciplinaires.

La rémunération et la liste des avantages et indemnités des directeurs des établissements publics de santé sont fixées par décret».



CHANGEMENTS

«**Article 13.-** Un agent comptable assure notamment le règlement des dépenses, le recouvrement des recettes, ainsi que la confection des états financiers de l'établissement public de santé.

Il transmet le compte de gestion et les états financiers approuvés par le Conseil d'administration à la Cour des comptes dans un délai de six (06) mois après la fin de l'exercice budgétaire.

L'agent comptable est nommé par arrêté du Ministre chargé des Finances sur proposition du Directeur général chargé de la Comptabilité publique. **Il est placé sous l'autorité du Directeur de l'établissement public de santé d'affectation».**

CHANGEMENTS

□ Changements attendus

- Révision du décret n°98-701 du 26 août 1998 pour :
- ❖ prévoir la nomination des chefs de service médico-techniques ;
- ❖ Déterminer la composition et les attributions du CHSCT.



CHANGEMENTS

□ Changements attendus

- Révision du décret n° 98-702 pour entre autres prévoir de :
 - ❖ faire nommer le PCA par décret et les autres administrateurs par arrêté ;
 - ❖ Créer un poste de Directeur adjoint.

CHANGEMENTS

❑ Changements attendus

- ❖ **Le décret relatif à la rémunération et aux avantages des Directeurs d'EPS ;**
- ❖ **Le décret fixant la rémunération du Président du conseil d'administration et les indemnités de session des administrateurs des établissements publics de santé ;**



CHANGEMENTS

❑ Changements attendus

- ❖ **Le décret portant régime financier spécifique aux EPS ;**
- ❖ **L'élaboration d'un règlement intérieur par chaque EPS.**

```
graph TD; PCA[PCA] --- EPS3["EPS3  
(Tous les EPS 3 sans exception)"]; EPS3 --- P["Personnalité qualifiée"]; PCA --- EPS2["EPS 2 ET  
EPS1"]; EPS2 --- PC["Président du  
Conseil  
Départementa"]; style EPS3 fill:#336666,color:#fff; style P fill:#336666,color:#fff; style EPS2 fill:#8B4513,color:#fff; style PC fill:#8B4513,color:#fff;
```

PCA

EPS3

(Tous les EPS 3 sans exception)

Personnalité qualifiée

EPS 2 ET
EPS1

Président du
Conseil
Départementa



Exception EPS2

EPS2

CHR de Thies

Maire de la
ville



Exception EPS1

Maire de la
Ville

```
graph TD; A[Maire de la Ville] --> B[Institut d'Hygiène Sociale]; A --> C[Youssou Mbargane Diop de Rufisque]; A --> D[Roi Baudouin de Guédiawaye];
```

Institut
d'Hygiène
Sociale

Youssou
Mbargane
Diop de
Rufisque

Roi Baudouin
de
Guédiawaye



Fin du cours