

Sommaire

LISTES DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	6
PARTIE I : L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS	
Chapitre I : La place de l'hôpital dans la santé	8
Chapitre II : Les facteurs influant l'offre de soins hospitaliers.....	20
Chapitre III : Performance de l'offre de soins hospitaliers	23
PARTIE II : EVALUATION DE L'OFFRE HOSPITALIERE DE SOINS : CAS DU CHUA/HUJRA	
Chapitre I : Relation entre le développement d'un pays et la santé	33
Chapitre II : Diagnostic du secteur hospitalier : cas du CHUA/ HUJRA.....	43
Chapitre III : Analyse de l'offre de soins	60
CONCLUSION	66
LISTE DES TABLEAUX	67
LISTE DES FIGURES.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	69
ANNEXES	

Listes des abréviations

ACODESS	Association pour la Coopération et le Développement des Structures Sanitaires
AFMV	Association Française-Madagascar de Vendée
ASP	Avis de sommes à payer
CBM	Christoph Blindness Mission
CHD	Centre Hospitalier de District niveau I et II
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CSB	Centre de santé de base
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EVASAN	Evacuation Sanitaire
FANOME	Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko (Financement pour l'Approvisionnement NON-stop des Médicaments.)
HUJRA	Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
INFP	Institut National de Formation Professionnel
LSFM	Lions Sight First de Madagascar
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNS	Politique Nationale de Santé
SALAMA	Centrale d'Achats de médicaments essentiels et consommables médicaux
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPFR	Unité Para-clinique de Formation et de Recherche
USFR	Unité de Soins de Formation et de Recherche
USPFR	Unité de Santé Publique de Formation et de Recherche

INTRODUCTION

Depuis les années 70, la recherche économique appliquée à la santé a beaucoup évolué surtout dans les pays développés tandis que dans les pays en développement, elle n'a pas encore connu son essor. Et c'est le cas de Madagascar où les recherches dans ce domaine sont encore insuffisantes. Depuis la période de la colonisation qui a apporté la civilisation occidentale dans le pays, la valeur culturelle malgache ne cesse de perdre son essence, en plus la dégradation continue de l'économie influence tous les secteurs notamment les Etablissement de soins.

Dans un système de santé, nous pouvons trouver la Demande de santé, l'Offre de santé ainsi que le financement du système et notre étude s'est ici consacrée à l'offre de santé spécialement dans le milieu hospitalier du secteur public. Dans ce système, nous nous sommes situés dans une situation d'oligopole avec une infinité de demandeurs qui sont les patients autrement dit les personnes qui ont besoin des prestations de services et avec quelques offreurs prestataires de services de soins. Cette situation est aussi visible dans un centre hospitalier qui est un centre de production et de distribution de soins pour les patients. Un hôpital est aussi considéré comme un centre de référence de dernier degré et c'est lui qui permet d'assurer les actes chirurgicaux et de certains actes que les autres centres de santé ne peuvent pas exécuter.

Comme nous sommes ici dans le cas d'un pays en développement où les centres de santé ne peuvent pas assurer une performance surtout au niveau de la capacité à combiner leurs activités avec les dimensions techniques, médicales, humaines, matériels ainsi que financières.

Le système de santé se situe donc dans une situation d'« *underuse* ». L'hôpital présente un élément essentiel du système de santé et donc il est concerné par cette situation. C'est dans ces centres, que l'Etat alloue plus de subventions surtout s'ils sont rattachés au secteur public, que des vies sont sauvées, que les personnels qualifiés se trouvent et que les appareils et infrastructures les plus avancés sont installés. Mais pour quels raisons un hôpital n'est donc pas performant du point de vue de la qualité et qu'il n'assure pas la pérennité des soins ? Nous sommes alors ici ramené à identifier les obstacles qui empêchent un hôpital de bien fonctionner surtout sur l'accomplissement du travail c'est à dire la prestation des soins offerts aux différentes catégories de patients qui en demandent.

Une étude de cas a été alors réalisée sur le Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona sise à Ampefiloha dans la Région Analamanga à partir des données recueillies au sein de l'hôpital, des observations directes dans quelques services ainsi que des entretiens réalisés avec les chefs des services, les autres documents obtenus au sein de la Ministère de la Santé publique et des centres de documentation que ce soit dans les bibliothèques ou les organisations internationales.

Ce travail se distingue par deux grandes parties :

-la première constitue la partie théorique concernant l'Offre de soins hospitaliers qui nous permet d'éclaircir trois grands chapitres qui mettront en exergue la place de l'hôpital dans le système de santé, les différents facteurs influant l'offre de soins hospitaliers ainsi que sa performance. Et ;

- la deuxième partie porte sur l'évaluation de l'offre de soins hospitaliers à Madagascar nous conduisant à une étude de cas qui se divise aussi en trois chapitres à savoir la relation entre le développement et la santé, le diagnostic ainsi qu'à une analyse dégageant les points forts, les problèmes ainsi que des suggestions portant sur l'offre de soins du CHUA/HUJRA.

PARTIE I

L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

CHAPITRE I

LA PLACE DE L'HOPITAL DANS LE SYSTEME DE SANTE

Les systèmes de santé s'articulent autour des établissements de santé et en particulier l'hôpital. Pendant une grande partie du XXème siècle, les hôpitaux ont joué un rôle essentiel dans la plupart des systèmes de santé dans le monde.

I. Etude économique de la santé

Avant d'entamer une analyse économique de l'hôpital sur le marché, il est aussi nécessaire de rappeler le fonctionnement du marché classique et montrer la particularité du marché de la santé.

1. Le marché classique

Concernant l'étude d'un marché classique, nous nous référons à la théorie néoclassique c'est-à-dire qu'on procèdera à une analyse microéconomique portant sur les comportements des agents économiques sur un marché quelconque.

a- Définition du marché

« Un marché est le lieu concret ou abstrait constitué par la rencontre de l'offre et de la demande pour un bien de qualité définie, avec détermination simultanée, en ce lieu et à cet instant, des quantités à échanger et du prix unitaire de ce bien ». (Ahmed Silem, 1997)

Un marché pertinent est défini par :

- une dimension du produit, c'est-à-dire tous les biens et services qui constituent des substituts proches et qui font partie même du marché.
- une dimension géographique, notamment le territoire où les consommateurs peuvent se ravitailler.

On peut trouver deux types de concurrences sur le marché : la concurrence pure et parfaite et la concurrence imparfaite. Mais dans la réalité, il n'existe pas une vraie forme de concurrence pure et parfaite.

La concurrence parfaite est conditionnée par :

- L'atomicité du marché dont le prix est considéré comme un donné exogène pour les agents, l'accent est mis sur leur nombre et leur part de marché.
- L'homogénéité des produits c'est-à-dire que tous les biens sur le marché peuvent être remplacés en tout temps et sans frais par une autre unité sans que les consommateurs ne ressentent de modification de leur utilité.
- La transparence du marché : l'information est libre, gratuite et symétrique pour tous les acteurs.
- La libre entrée et sortie : absence de barrières qui s'opposent à l'entrée des nouveaux concurrents potentiels sur le marché.

Si ces conditions sont respectées, le marché aboutit à une allocation optimale des ressources.

b- Structures du marché

Les structures du marché déterminent les comportements et les performances du marché. Ces performances indiquent l'efficacité du fonctionnement du marché par les indices de performance telles que le profit, le taux de rendement, l'intensité de l'innovation, la diversité des produits,...

Plusieurs structures du marché peuvent exister, elles sont déterminées par les caractéristiques du bien, le nombre et la dimension des intervenants, les conditions d'entrée et de sortie du marché et d'adaptabilité réciproque de l'offre et de la demande, la qualité de l'information détenue par les agents. Ces structures peuvent se résumer dans le tableau de Stackelberg.¹

Tableau1 : Tableau de Stackelberg

Offre Demande	Un (mono)	Quelques (oligo)	Infinité (poly)
Un (mono)	Monopole bilatéral	Monopsone contrarié	Monopsone
Quelques (oligo)	Monopole contrarié	Oligopole bilatéral	Oligopsone
Infinité (poly)	Monopole	oligopole	Concurrence

Le modèle de référence est ici le modèle de concurrence pur et parfaite dont les hypothèses sont déjà mentionnés dans la sous-section a.

c- La Demande

Elle représente la somme des demandes individuelles des consommateurs. Plus le prix annoncé sur le marché est faible, plus la demande est forte ; inversement, plus la demande est forte, plus le prix aura tendance à baisser.

d - L'Offre

Elle est constituée de la somme des offres individuelles des vendeurs. Plus le prix sur le marché est élevé, plus les quantités offertes seront élevées ; inversement, si l'offre sur le marché est moins importante, le prix aura tendance à baisser.

Le prix d'équilibre s'établit au point de rencontre entre l'offre et la demande. Comme dans le schéma ci-dessous :

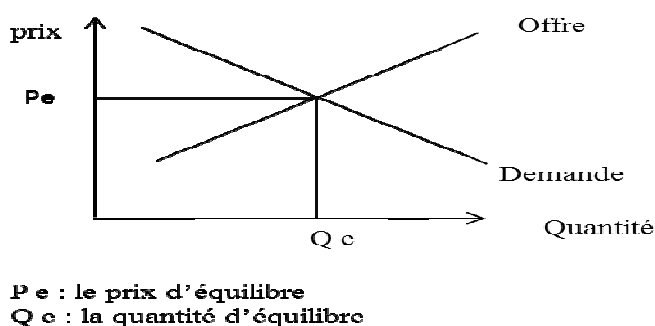


Figure 1 : L'équilibre entre l'offre et la demande

¹Ahmed Silem (1997). Introduction à l'analyse économique, chapitre 6, page 133.

2. Particularité du marché de la santé

La santé fait partie des biens publics dont leur production n'est pas en totalité assurée par l'Etat mais aussi par le secteur privé.

Selon les économistes libéraux, le marché est défini comme un mécanisme neutre et impartial, est à la base de l'allocation optimale efficiente, voir optimale des ressources.

Et d'après les hypothèses décrites ci-dessus concernant la concurrence pure et parfaite, dans le domaine de la santé, elles sont rompues et d'autres caractéristiques peuvent spécifier les soins médicaux. Ainsi ces ruptures et caractéristiques peuvent être exposées par les idées suivantes :

- Il y a un nombre insuffisant de parties contractantes (par exemple, dans le marché de la santé, il y a un médecin pour 200habitant dans une commune)
- Les conditions de production sont trop complexes et incertaines,
- La structure des investissements est rigide,
- Les éventualités qui conditionnent la réalisation du contrat sont trop nombreuses,
- L'opportunisme des agents économiques risque d'augmenter considérablement les coûts de réalisation.

Ces dernières ne peuvent pas alors permettre une allocation optimale de ressources.

Mais pour que le mécanisme du marché puisse alors fonctionner, deux conditions sont toutefois nécessaires :

- Les consommateurs consomment des biens ou des services en fonction de leur budget (rapport entre la contrainte budgétaire et une demande solvable, c'est-à-dire la propension des consommateurs à payer)
- la souveraineté des consommateurs c'est-à-dire qu'ils disposent des informations qui vont leur permettre de faire des choix rationnels, de maximiser leur utilité.

Est-ce que ces deux conditions sont respectées dans le marché de la santé ?

a- Du côté de la Demande

Les patients ou les consommateurs de soins ont pour objectif de maximiser leur utilité sous contrainte d'un budget.

La demande solvable et la contrainte budgétaire sont déterminantes si les patients payent à l'acte, c'est-à-dire si les prestations sont fournies par des offreurs de soins privés, par contre, le coût de risque de maladie ne doit pas être payé par l'individu seul. Ce coût devrait être socialisé et payé par la fiscalité et/ou par la cotisation sociale. La contrainte budgétaire est minime lorsque les prestations sont assurées par le secteur public.

Les consommateurs ont une incertitude concernant la production de soins à cause de la complexité des savoirs, la difficulté et le coût de la recherche d'information.

Il y a aussi une aversion pour le risque car la réalisation d'un évènement est incertaine et l'individu se doute de son état de santé.

b- Du côté de l'Offre

L'offre de soins est constituée des prestations données par les personnels de santé en utilisant les infrastructures et les matériels mis à leur disposition. Elle a une souveraineté décisionnelle qui implique que le moteur du marché est de son côté. De ce fait, le malade ne peut pas choisir et n'a pas l'information sur la quantité et la qualité de soins demandées c'est-à-dire que le consommateur n'a pas le choix et les informations sur les quantités et les qualités des soins.

L'offre a alors le monopole d'information. Ce sont les médecins qui sont les fournisseurs de prestations.

Pour englober alors ce qui sont dits ci-dessus, selon Arrow¹ « le marché des soins médicaux est caractérisé par des dysfonctionnements liés à l'imperfection et à l'asymétrie de l'information, qui entraînent également sur le marché de l'assurance maladie, une prise en charge inadéquate des risques .Il identifie principalement cinq caractéristiques particulières du marché de soins médicaux : la nature de la demande, les attentes en termes d'incitation des médecins, l'incertitude sur les produits, les conditions de l'offre et le mode de fixation des prix ».

Ici notre analyse se consacre à l'offre de soins, et en particulier dans les hôpitaux, d'où la section suivante nous conduit à une étude des hôpitaux sur le marché.

3. Les hôpitaux sur le marché

Comme l'hôpital est un élément fondamental de l'offre de santé, son étude économique présente aussi des incertitudes comme celle de la santé globale. Cette incertitude se voit dans un double perspectif :

- une incertitude concernant le produit, le résultat du traitement dépendant non seulement du consommateur mais aussi du producteur,

- une incertitude de la demande qui est une variable aléatoire.

Dans cette analyse, un hôpital sera considéré sans but lucratif . Cela implique alors que les trois acteurs dont l'hôpital, le médecin et le patient jouent un rôle interdépendant. « Les hôpitaux exercent leur activité sur toute une série de marchés .Il leurs faut attirer des médecins dans leurs équipes, car ce sont eux qui admettent les patients à l'hôpital. Il leur faut aussi attirer des patients, car ce sont eux qui payent. »².

a- Les hôpitaux et le marché du personnel médical

L'attrait d'une équipe médicale est l'une des difficultés de l'hôpital car seul un médecin peut prescrire un traitement à un patient que l'hôpital assure ou le médecin lui-même. Nous pouvons remarquer que ce système ne se rencontre pas dans tous les pays.

Une partie de la recherche économique a défini que les médecins constituent un important « input » de la production de soins médicaux à l'hôpital. Cet input est analysé de la même manière que toutes les mains d'œuvre.

Il paraît évident que les moyens mis en œuvre par l'hôpital pour attirer les médecins sont étroitement liés au problème du partage des gains au sein de l'établissement .Pauly³ et Redisch y insiste beaucoup, au point de voir dans l'hôpital la quasi-propriété des médecins.

Les hôpitaux doivent alors fournir aux médecins qu'ils veulent attirer les moyens de faire ce qu'ils ne pourraient pas faire ailleurs. Les médecins et l'hôpital se trouvent alors dans une position symétrique. Non seulement l'hôpital a besoin des médecins mais la plupart d'entre eux ont besoin d'avoir accès à un hôpital au moins pour pratiquer leur métier.

Selon la façon dont les hôpitaux se font payer leurs soins, il est facile de mesurer à quel point la concurrence qu'ils se font auprès des médecins peut leur coûter cher. En particulier, dans un système où l'assurance maladie rembourse la plus grande partie, sinon la totalité du coût

¹Sandrine Chambaretaud et Laurence Hartmann(2004). Economie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles, page238

²Phelps, Les fondements de l'économie de la santé, les hôpitaux sur le marché, pages 116.

³ Pauly : professeur de systèmes de soins de santé, d'assurance et de gestion des risques, les entreprises et les politiques publiques à la Wharton School et professeur d'économie à l'École des Arts et Sciences à l'Université de Pennsylvanie.

d'hospitalisation, la concurrence que se font les hôpitaux pour attirer les médecins peut prendre forme d'une distorsion technologique intense.

b- Les hôpitaux et les patients

Les hôpitaux doivent attirer des patients car ce sont ces derniers qui sont les premiers à contribuer au financement des coûts hospitaliers.

Ce qui attire les médecins vers un hôpital déterminé, attire aussi les patients. Mais il y a une particularité, c'est que celui qui vise à attirer les patients est contradictoire avec ce qui est fait pour les médecins. L'attrait des patients vers l'hôpital dépend de plusieurs facteurs à savoir : la réputation de l'hôpital sur la qualité des soins, leur perception envers l'hôpital, l'attitude amicale de l'équipe médicale, la proximité de l'hôpital pour les patients et leur famille.

Pour la plupart des patients, le prix n'a qu'une influence secondaire sinon nulle, car l'assurance maladie offre de leur rembourser tous les coûts facturés par l'hôpital. Pour d'autres, qui n'ont pas d'assurance, le prix a une influence sur le choix de l'hôpital.

Concernant la concurrence entre hôpitaux ; même avec une couverture d'assurance étendue, il est clair que le prix a de l'importance, au moins jusqu'à un certain point.

Une étude effectuée par Feldmann et Dowd en 1986 en utilisant les données d'une zone métropolitaine (Minneapolis Saint Paul) a tenté d'estimer la courbe de demande pour des hôpitaux individuels, afin de déterminer exactement l'importance du prix. Elle a estimé les courbes de demande de 31 hôpitaux de cette zone, en utilisant des techniques basées sur une idée économique classique : pour une entreprise fixant ses prix au-dessus de son prix de revient dans le but de maximiser son profit, la majoration optimale est inversement proportionnelle à l'élasticité de la demande à laquelle elle est confrontée. C'est l'indice Lerner λ qui montre la majoration optimale pour une entreprise en situation de monopole, en fixant un prix, η étant l'élasticité de la demande et CM le coût moyen de l'hôpital.

$$\lambda = (P - CM/P) = - 1 / \eta$$

Ceci est conforme au modèle de fixation de prix oligopolistique proposé par Cournot¹ en proposant que l'entreprise fixe ses prix en pensant que si elle fait varier sa production, aucune autre ne le fera.

L'interdépendance de ces trois acteurs est résumée sur le schéma suivant :

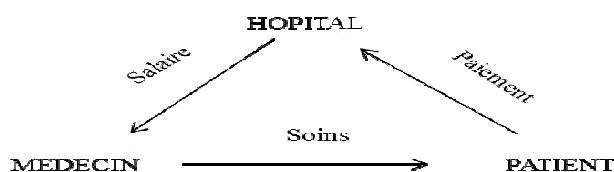


Figure 2 :L'interdépendance des 3 acteurs

¹Augustin Cournot : économiste néo-classique français(1938), définit l'équilibre pour un monopole, du duopole et de l'intuition de l'équilibre général. Ici, son modèle montre que lorsque le nombre d'entreprise tend vers l'infini, les règles de fixation des prix de chacune d'elles se rapprochent de celle de la concurrence parfaite. Plus précisément, quand n tend vers l'infini, la part de chaque entreprise tend vers 0 et la majoration (indice de Lerner) devient faible

c- Un modèle d'équilibre entre la qualité et le prix

Newhouse¹, en 1970, a initié, dans sa décision de créer un hôpital, un modèle sur le choix du coût et de la qualité d'un hôpital. Il a défini l'hôpital comme ayant une seule fonction d'utilité, en montrant le degré auquel il équilibre ses différents objectifs. Dans ce modèle, l'hôpital ne désire que deux choses : la taille et la qualité, mais ceci se généralise à d'autres dimensions du choix d'un hôpital.

Supposons que la fonction d'utilité de l'hôpital ait deux caractéristiques : la « quantité » (notée N par nombre de jours) et la qualité par jour de soins (notée S pour service). L'hôpital tente de maximiser la fonction d'utilité $U(N, S)$. La disposition des patients à payer pour les services de l'hôpital est représentée par la courbe de demande inverse de l'hôpital $P(N, S)$, expression dans laquelle la disposition à payer P décroît avec la quantité totale N et croît avec la qualité des soins S .

En terme de formule, on a : $\delta P / \delta N < 0$ et $\delta P / \delta S > 0$

L'hôpital sans but lucratif est aussi confronté à une contrainte de rentabilité, ses recettes devant être égales à ses coûts c'est-à-dire : $P(N, S) \times N = C(N, S)$. Supposons que les patients réagissent de façon normale à la qualité et au prix. On peut présumer qu'un supplément de qualité S et de quantité N fait augmenter les coûts. Ainsi les courbes de demande suivantes représentent les différents niveaux de qualité (figure 3-a). Toutes ces courbes ont leur pente inclinée vers le bas mais elles se situent à un niveau plus élevé pour des qualités plus hautes.

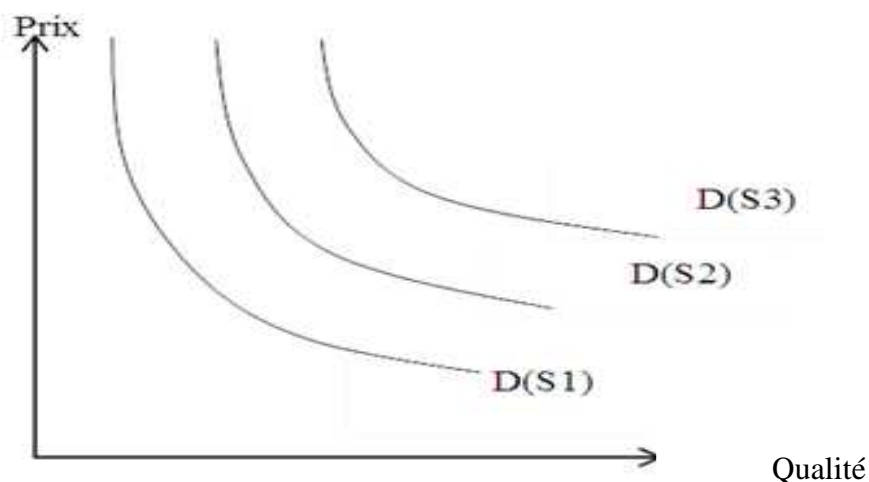


Figure 3-a : Courbes de demande

La figure 3-b représente les courbes du coût moyen de l'hôpital pour différents niveaux de qualité, ces courbes de coût se superposent les unes aux autres. A tout niveau de production donné, une qualité plus élevée coûterait plus cher.

¹ Ou John D. MacArthur, professeur de politique de santé et de Gestion, Directeur de la Division de la recherche sur les politiques de santé et d'éducation, et président de la Commission des diplômes de haut niveau dans la politique de santé à l'Université Harvard.

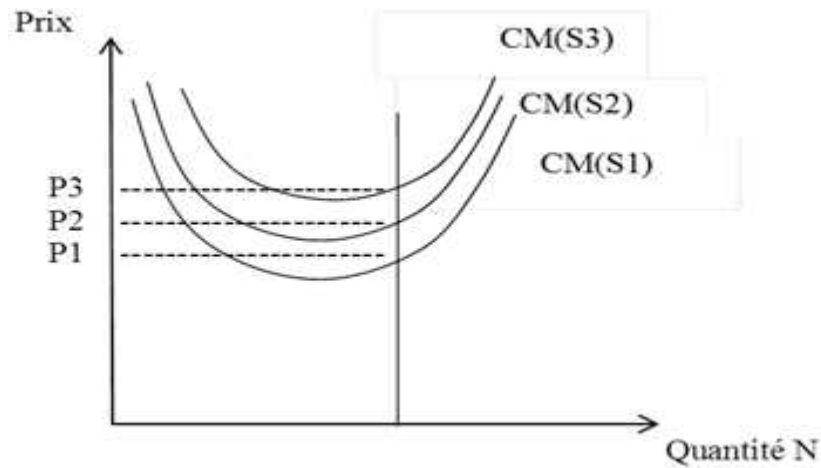


Figure 3-b : Courbes de coût moyen

La figure ci-dessous représente la manière dont se combine l'équilibre de la quantité et de la qualité

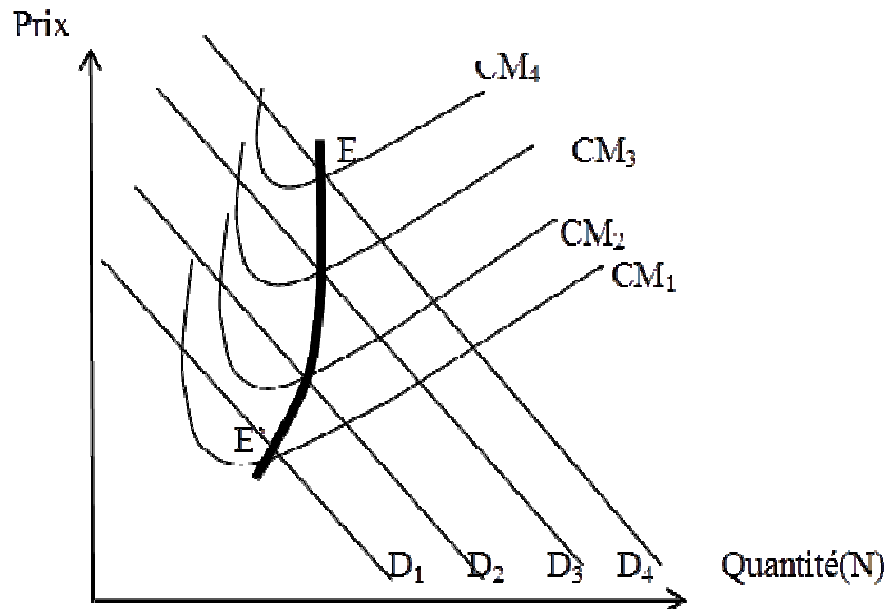


Figure 4 : Combinaisons d'équilibre de quantité et de qualité

N.B : D_i est ici $D_i S_i$ (pour $i=1$ à 4) la disposition à payer de l'individu pour une qualité donnée.

En générale, la courbe de demande pour une qualité spécifique (S_1) doit couper la courbe de coût moyen correspondante soit en deux points soit en un seul ou ne jamais la couper.

Les points d'intersection des courbes de demande et de coût sont importants, car ils indiquent les combinaisons de prix, de coût de qualité et de quantité qui maintiennent l'hôpital en position d'équilibre. Celui-ci peut alors appliquer un prix égal à son coût moyen pour cette production et cette qualité. A ce prix, la quantité demandée sera exactement égale à la quantité fournie.

En d'autres termes, ces points d'intersection sont des points d'équilibre. Et s'il n'y a pas d'intersection, le choix de la qualité n'est pas réalisable, car pour produire de la qualité à ce niveau, cela coûterait toujours plus cher à l'hôpital par rapport à ce que ses patients seraient disposés à payer, quel que soit le niveau de production.

Quand deux intersections se produisent, celle située la plus bas à droite est la meilleure pour l'hôpital, car sa production est plus forte. Or, par hypothèse, les hôpitaux préfèrent produire davantage de soins, pour autant que la qualité n'en souffre pas. Ainsi, l'intersection au point le plus haut à gauche de la courbe de demande d'un niveau de qualité spécifique et de la courbe du coût moyen, n'a-t-elle pas d'importance.

Choisissons d'abord un niveau de qualité, S_1 et traçons la courbe de coût moyen et de demande correspondantes CM_1 et D_1 . Des deux intersections, celle située en bas et à droite est un choix d'équilibre possible pour l'hôpital. Ainsi de suite pour les autres niveaux de qualité et on aura toutes les combinaisons possibles.

La figure 4 nous montre alors toutes ces combinaisons des courbes de demande et de coût, en traçant la série entière des points quantité-qualité satisfaisant à la fois aux conditions de la demande à laquelle fait face l'hôpital et à sa contrainte du zéro profit. Cette série de points forme la ligne EE' , une ligne continue si longue que la qualité peut varier indéfiniment. Elle peut monter ou descendre, mais seule compte la portion de la courbe orientée vers le bas car, sur la portion dont la pente est ascendante, l'hôpital pourrait augmenter à la fois N et S , qui sont tous deux des biens pour le preneur de décisions de l'hôpital. En d'autres termes, l'hôpital se trouvait à un niveau donné de qualité sur la portion de la courbe EE' orientée vers le haut, il pourrait augmenter à la fois la quantité et la qualité et être encore en équilibre.

Nous pouvons choisir le meilleur point d'équilibre possible pour l'hôpital sur la demande de soins médicaux, en utilisant le concept de courbe d'indifférence. Ayant supposé que le preneur de décision de l'hôpital possède une fonction d'utilité augmentant avec deux biens (N et S), traçons une série de courbes d'indifférence pour ce preneur de décision, la figure 5 montre ces courbes.

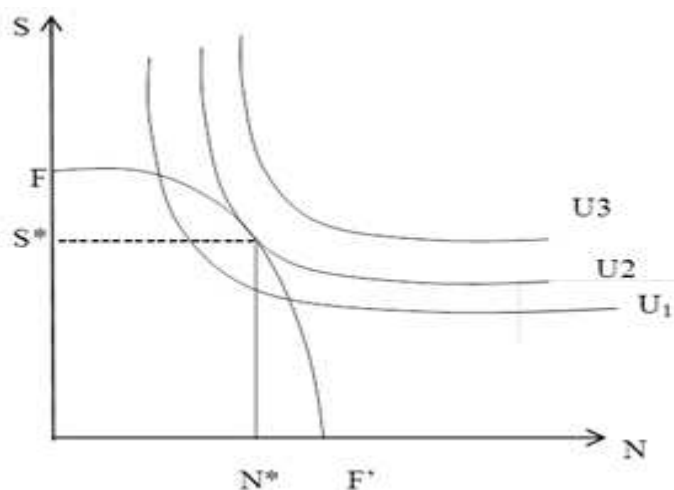


Figure 5 : Courbes d'indifférence pour la qualité et la quantité

Pour trouver la meilleure combinaison possible de N et S , il faut partir des points de la courbe EE' de la figure 4 et retracer cette courbe sur la figure 5. On peut le faire étant donné que chaque point de la courbe EE' décrit une combinaison unique de qualité S et de quantité N . Ainsi on obtient les points de la courbe EE' des possibilités-opportunités pour l'hôpital, avec la

combinaison optimale de N et de S définie par la tangente à la courbe d'indifférence du preneur de décision de l'hôpital en N^* et S^* .

Etudiant maintenant les deux sections suivantes : les différents types d'offre de soins et les offreurs ainsi que les services hospitaliers et l'offre de soins à l'hôpital.

II. Les différents types d'Offre de soins et les offreurs

1. Les différents types d'Offre de soins

Le nombre et le type de services médicaux offerts par un centre de santé sont des facteurs explicatifs des écarts en termes d'effectifs de patients. On peut alors distinguer deux types d'offre de soins médicaux à savoir l'offre de soins hospitaliers et l'offre de soins ambulatoire.

a- L'Offre de soins hospitaliers

« Les hôpitaux pourvoient aux examens de médecine préventive et de diagnostic, au traitement avec ou sans hospitalisation des malades, blessés, convalescents et femmes enceintes... »¹

De cette définition, l'hôpital peut offrir des prestations à savoir les soins préventifs, curatifs et d'hospitalisation. Et les personnels sont concentrés dans un même endroit.

- i. Les soins préventifs constituent les différents soins pour éviter la survenue d'une maladie.

Exemple : la vaccination contre la rougeole.

- ii. Les soins curatifs qui sont les différents traitements pour guérir la maladie.

Exemple : le traitement d'un patient atteint d'une grippe.

- iii. L'hospitalisation concernant le traitement d'un patient qui nécessite une assistance permanente de la part des agents de santé jusqu'à ce qu'il serait capable de rentrer chez lui.

Exemple : un traitement d'une méningite qui peut conduire le patient à une hospitalisation d'environ 10 jours.

b- L'Offre de soins ambulatoires

Elle concerne plutôt des soins temporaires qui ne permettent pas une hospitalisation. Les personnels sont éparpillés. On peut trouver ce type de soins dans des différents cabinets (cabinet médical ou dentaire), des centres d'analyse ou des laboratoires,...

Quel que soit le traitement administré au patient, cela nécessite la consommation de médicaments et l'utilisation de divers matériels médicaux

2. Les offreurs de soins dans un hôpital

Dans un hôpital, les médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes, les infirmières, les paramédicaux, les sages-femmes ainsi que les pharmaciens² sont les principaux offreurs de soins.

¹ L. ROCHE, J SABATINI(1982). L'économie de la santé, p 55

² Les pharmaciens sont les offreurs de médicaments prescrits par un médecin dans un hôpital contribuant au traitement du patient.

III. Les services hospitaliers et offre de soins à l'hôpital

Avant, l'hôpital était une institution des pauvres et des vieillards que celle des malades et cela jusqu'à ce que surviennent les crises économiques du XVIII^{ème} siècle. L'hôpital n'était pas seul à offrir des secours mais était un centre de protection sociale important au point que des économistes tels Turgot et des écrivains comme Montesquieu mirent en question les structures parce que dans une nation où la pauvreté était générale, elles attiraient les miséreux par la certitude d'y trouver des secours.

Jusqu'à la révolution française, le système hospitalier est en large partie sous l'influence de l'Eglise, la religion a été le facteur culturel, la force spirituelle permettant le développement de l'aide charitable. Grâce à elle, des établissements ont pu être créés et fonctionnés.

L'évolution du système hospitalier montre un renforcement progressif de l'action de l'Etat allant de pair avec un affaiblissement du pouvoir religieux et un développement relatif du pouvoir municipal.

L'Etat essaie de centraliser et de coordonner le système hospitalier en maintenant un contrôle global, l'Eglise s'occupe surtout de la pratique des soins et des cultes.

A l'heure actuelle, Le système hospitalier repose sur une distinction fondamentale entre les établissements :

- Le service public : regroupant les établissements publics de santé et certains établissements à but non lucratif
- Le secteur privé constitué des établissements à but lucratif et surtout les établissements à caractère commercial ou les cliniques.

Concernant les établissements publics qui nous intéressent, on trouve différentes catégories.

1. Les différentes catégories d'hôpitaux publics

Un centre hospitalier public peut être catégorisé selon l'importance géographique où il est implanté et aussi suivant la spécialisation de l'hôpital à un type de soins.

a- Les hôpitaux généraux

Ce sont des hôpitaux qui sont mis en place pour faire face à de nombreux types de maladies et de blessures et ont généralement un service d'urgence pour faire face à des menaces immédiates pour la santé et la capacité d'envoyer des services médicaux d'urgence.

Un hôpital général est souvent le principal établissement de soins de santé dans sa région, avec un grand nombre de lits pour des soins intensifs et des soins de longue durée, des installations spécialisées pour la chirurgie, la cardiologie et la neurologie.

b- Les hôpitaux spécialisés

Ces hôpitaux sont des centres de traumatologie, de réhabilitation des hôpitaux, pour des personnes âgées (la gériatrie) .Ils ont pour objectifs de faire face aux besoins médicaux spécifiques, tels que des problèmes psychiatriques (hôpital psychiatrique).

c- Les hôpitaux universitaires

Un hôpital universitaire est un hôpital d'enseignement qui combine l'aide aux patients à l'enseignement aux étudiants en médecine et qui est souvent lié à une école de médecine. Ce sont

alors les centres hospitaliers universitaires car il s'agit des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médicaux et postuniversitaires ainsi que la recherche médicale et les enseignements paramédicaux.

d- Les hôpitaux locaux

Ils ne peuvent assurer que les soins en médecine seulement, principalement en courte durée ainsi que quelques soins de réadaptation.

2. Les services hospitaliers

« Les établissements publics de santé sont soumis au contrôle de l'Etat [...] soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable [...] ¹. Un hôpital public fait alors parti de ces établissements en offrant des soins à la population.

Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients qui lui sont confiés ². Il :

- concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation des paramédicaux
- concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée
- participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

Les centres hospitaliers qu'ils soient universitaires ou générales, ont pour missions principales l'admission d'urgence, les examens diagnostics, les hospitalisations à courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguës, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Il convient alors de distinguer les services internes et externes d'un hôpital :

a- les services internes :

Les services internes concernent l'hospitalisation des patients pendant lesquels ils peuvent bénéficier des traitements donnés par les médecins.

L'hospitalisation peut se distinguer en trois structures selon la durée de cures ou de soins accordés au patient :

- Le court séjour : a rapport aux services spécialisés qui concernent des affections graves, pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, comme les services de gériatrie prenant en charge des patients âgés souffrant le plus souvent de pathologies multiples et complexes pour leur apporter des soins médicaux adaptés et préserver leur autonomie.
- Le moyen séjour : il s'agit de la rééducation, la réadaptation et la réinsertion des patients en assurant une prise en charge globale qui intègre les dimensions physiques, psychologiques, et social du soin. Il requiert, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale des malades, des soins continus. L'admission se fait après une hospitalisation en soins de courte durée, mais elle

¹M. GODFRYD .Textes de droit hospitalier, le service public hospitalier, page16.

² M.GODFRYD .Textes de droit hospitalier, le service public hospitalier, page11

peut parfois intervenir directement à partir du domicile ou d'une maison de retraite.

- Le long séjour concerne les personnes dont l'état nécessite, en principe, une surveillance médicale constante. Pour être admis dans cette structure, il faut tout d'abord présenter des signes de pertes d'autonomie importante comme l'impossibilité de se laver, de se lever, de s'habiller, et de se nourrir seul ; mais aussi avoir besoin de soins médico-techniques continus.

b- Les services externes :

Dans un hôpital et à chaque service, les patients peuvent consulter des médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes, concernant leur état de santé ou de leur maladie. Ces actes n'engendrent pas automatiquement une hospitalisation.

CHAPITRE II

LES FACTEURS INFLUANT L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

L'Offre de soins dans un hôpital est influencée par différents facteurs qui lui permettent d'assurer la quantité produite ainsi que la qualité des soins offertes. Ces facteurs jouent aussi un rôle très importante sur le comportement des patients sur le choix d'un hôpital .Ce sont les facteurs démographiques et culturels, les infrastructures et enfin le financement.

I. Les facteurs démographiques et infrastructures

Les facteurs démographiques concernent tous les personnels de santé qui offrent des prestations de soins aux patients : les médecins, les infirmiers, les paramédicaux,...Ce sont eux qui assurent la production des services de soins pour les patients donc garantissent la qualité des soins offerts.

Les infrastructures permettent aussi aux personnels de santé de bien pratiquer leur métier .La technologie des matériels disponibles dans l'hôpital leur motivent à assurer une qualité de soins.

II. Les facteurs culturels

Le niveau de développement d'un pays peut influencer l'offre de soins qu'il soit ambulatoire ou hospitalier.

Dans les pays développés, on peut trouver des grands hôpitaux même dans les zones rurales tandis que dans les pays en voie de développement, les hôpitaux ne se trouvent que dans les grandes villes avec un nombre insuffisant pour la population, les ruraux ont donc intérêt de s'approcher de la ville pour qu'ils puissent bénéficier des soins hospitaliers.

La pratique de la médecine dans un hôpital peut être aussi influée par la pathologie et l'épidémiologie. Comme par exemple, la fréquence d'une maladie rencontrée dans un hôpital peut amener les médecins à rechercher des traitements plus efficaces.

III. Le financement de l'offre hospitalière

Quand on parle de l'offre de soins hospitaliers, il y a lieu de considérer les prestations de soins offertes par les offreurs et les médicaments qu'ils prescrivent à leurs patients.

Le mode de financement des soins de santé influe sur leur production et leur distribution. Lorsqu'il y a un changement sur la politique de financement, les caractéristiques telles que le type et la qualité des services de santé disponibles, les lieux où ils sont dispensés et les usagers risquent d'évoluer. Autrement dit, l'efficience et l'équité dans la prestation et de l'utilisation des soins de santé risquent d'en subir les conséquences.

Dans un pays et plus précisément dans un hôpital, on peut constater que le financement peut provenir de trois sources, et qu'il y a plusieurs mécanismes de paiement faits par le patient lorsqu'ils vont dans un hôpital.

1. Les sources de financement

Le financement de l'offre est assuré par :

- L'Etat ;
- Les contributions privées directes comme celles des usagers payés par le malade ou la communauté ou indirectes comme la couverture sanitaire par l'employeur ou par une organisation non gouvernementale ;
- L'assurance maladie qui peut être gérée par l'Etat ou par le privé.

2. Les modalités de paiement des services de santé

Il s'agit de la tarification des services qui assure la viabilité du centre de santé. Elle peut être acceptable par les usagers, oriente les patients vers les services les plus efficaces, stimule ou non la prévention, incite la continuité des soins et permet une gestion plus simple et plus efficace.

On peut distinguer cinq principaux modes de paiement qui peuvent être appliqués dans un hôpital¹.

a- Les modes de paiement axés autour d'une marge sur le médicament :

Le paiement au médicament

C'est un mode paiement qui consiste à vendre aux usagers les médicaments prescrits en appliquant une marge bénéficiaire. Les bénéfices réalisés sur les médicaments peuvent être affectés au renouvellement du stock et au fonctionnement du dépôt de médicaments ainsi qu'aux frais de fonctionnement du centre de soins.

Le paiement éclaté

Le patient paie, d'une part, pour les actes et, d'autre part, achète les médicaments essentiels prescrits dans le dépôt de l'hôpital. Cette modalité implique un double paiement par les usagers. Une double caisse est alors préconisée. Le circuit du médicament doit être autonome du point de vue de la gestion, c'est-à-dire que le bénéfice réalisé sur le médicament ne doit financer que la filière pharmaceutique ; la tarification des actes servant à financer les autres frais de fonctionnement du centre.

b- Les modes de paiement fondés sur le forfait

Le paiement forfaitaire à l'acte

Un prix unique est fixé pour chaque consultation, qui comprend à la fois le prix de l'acte effectué par le soignant et le prix des médicaments délivrés pour une période limitée. Les patients connaissent à l'avance la dépense exacte qu'entraîne leur visite au centre.

Le paiement forfaitaire par épisode de maladie

Le patient paie un forfait comprenant le prix total de tous les soins, y compris les médicaments, pour un épisode de maladie. Ce paiement peut également être différencié selon la pathologie.

¹ Les systèmes de recouvrement des coûts, page 45.

Le paiement per capita

Les membres d'une communauté paient une fois par an, ou selon une autre périodicité, une somme forfaitaire unique pour tous les services et tous les traitements. Cette cotisation donne droit à la gratuité des soins ou à des tarifs réduits.

Ces mécanismes servent à répartir les ressources entre les différentes catégories de prestataires et ont une incidence sur le total des dépenses du système et sur la viabilité financière des dispositifs de financement des soins de santé. En d'autre terme, ils influencent le comportement des prestataires dont dépendent l'efficacité allocative et technique et la qualité des soins.

CHAPITRE III

LA PERFORMANCE DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

La performance se définit comme la capacité à atteindre les objectifs fixés, elle repose sur des objectifs définis et des référentiels de représentations du réalisé. On peut distinguer trois types de performance :

- performance verticale : désignant la capacité de l'offre de soins de l'hôpital à converger vers les objectifs globaux de notre société.
- performance latérale : la capacité de l'hôpital à répondre aux besoins des malades qui s'adressent à lui, mais aussi aux attentes des salariés, des financeurs du système, donc des citoyens.
- performance horizontale : la capacité de l'hôpital à combiner son activité avec les autres entités du système de soins pour assurer la qualité de la prise en charge dans ses dimensions, technique (le juste équipement), médicale (le juste acte), du soin (les justes compétences), organisationnelle (le juste délai, le juste temps, la juste information), sociale (le juste lieu), psychologique (la juste attention et la juste communication).

Quand on parle de performance, cela doit correspondre à l'utilité et de la qualité des services pour la collectivité.

Pour cela, il est primordial de mesurer la performance d'un hôpital en tenant compte de la qualité des soins et à partir des indicateurs ou de descripteurs que l'on trouve au sein de l'hôpital.

I. Mesure de performance

La mesure de performance peut se réaliser selon quelques critères comme l'efficacité, l'efficience, l'équité

L'efficacité est une relation entre les moyens utilisés et les résultats obtenus, elle se voit sur l'effet du système de santé de la population. On peut citer comme indicateurs d'efficacité : l'espérance de vie en bonne santé, le taux de mortalité,...

L'efficience se définit par le rapport efficacité/coût. Les indicateurs le concernant sont : la dépense de santé/habitant/an, la dépense totale en % de la richesse nationale, part de dépenses publiques et privés...

C'est une priorité d'autant plus importante que les ressources sont rares. Dans le domaine hospitalier, il n'est pas évident de mesurer l'efficience globale de l'institution mais, en revanche, il est possible d'aborder cet aspect d'un point de vue analytique, en examinant les facteurs qui peuvent y contribuer.

L'équité peut être verticale ou horizontale.

Une équité est verticale lorsqu'elle se réfère à une inégalité de contribution c'est-à-dire que les pauvres sont financés par les plus riches.

Elle est horizontale lorsqu'il y a une égalité de chances sur l'accès aux soins c'est-à-dire qu'à besoin égal, on a un traitement égal quel que soit le niveau de revenu. L'accessibilité se mesure selon plusieurs dimensions : sociologique, économique et géographique. Pour chacun de ces facteurs, le statut de l'hôpital peut permettre de favoriser certains aspects.

A part ces deux types d'équité, il y a aussi l'équité rawlsienne qui est une incertitude universelle sur l'avenir, donc chacun a intérêt que la collectivité prenne des mesures, il y a alors une égalité des moyens et de chance pour avoir une égalité d'accès aux soins et des états de santé.

Les indicateurs de l'équité peuvent être la morbidité, l'offre de soins et de service /habitant, le temps d'accès aux soins, la liberté d'accès et de choix, le taux de remboursement, les dépenses de prévention.

II. La qualité de l'offre de soins hospitaliers

1. La qualité de soins proprement dite

Le système de soins hospitaliers est confronté à des problématiques comme la prise en charge assurantielle des dépenses de santé dans un souci d'égalité d'accès aux soins, ensuite la croissance des dépenses impliquant la recherche constante d'une optimisation de la production, et enfin la qualité des prestations fournies dans un objectif d'efficacité .

La qualité est une notion ancienne, mais le concept qualité apparaît plus récemment avec le développement de la production industrielle. Dans son analyse, Deming¹ démontra que l'obtention de la qualité est dépendante de l'implication de tous les acteurs de l'entreprise : les clients, les fournisseurs, les actionnaires et la collectivité. De plus elle repose sur la maîtrise des processus basés sur un cycle dynamique et itératif.

Assurer la qualité, consiste à définir et à mettre en œuvre de façon systémique les dispositions nécessaires pour fonder la confiance par la preuve, tant de façon interne à l'entreprise qu'à l'égard des clients.

Dans le domaine de la santé, les définitions de la qualité de soins sont nombreuses et cette multiplicité entraîne une certaine confusion chez les professionnels de santé .En voici alors quelques définitions.

D'après Avedis Donabedian², en 1980, « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins* ».

Selon l'OMS en 1982, « *L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortissement d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Selon l'American Medical Association, en 1984 :« *Les soins de haute qualité contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie* » .

Ces définitions ont un point commun en insistant sur l'amélioration de la qualité de vie des patients à travers la qualité de soins offerts par les agents de santé.

On peut alors envisager la qualité des soins par trois approches : en distinguant les différentes dimensions de la qualité des soins, en envisageant les différents points de vue selon l'observateur, et enfin, en étudiant les principaux problèmes de qualité de soins rencontrés.

a- L'approche multidimensionnelle de la qualité des soins à son évaluation

Cette approche permet de distinguer les différents niveaux de la qualité des soins. Avedis Donabedian, connu pour ses travaux sur la théorie de qualité des soins, l'appréhende par quatre

¹ Approche conceptuelle de la qualité de soins, Claire Hurlimann, adsp n°35 juin 2001, page 23

² Avedis Donabedian : père de la qualité sanitaire qui définit trois domaines distincts de la qualité : la structure, le processus et le résultat.

niveaux concentriques depuis la relation médecin- soignant jusqu'à la qualité du système de la population.

i. *Les soins fournis par les médecins ou par les autres producteurs de soins*

La qualité de ces soins dépend d'une part, des caractéristiques techniques et d'autre part des caractéristiques relationnelles des soignants. La technicité est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement de producteurs de soins. Les capacités relationnelles du médecin ou du soignant sont capitales et intègrent différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité,... mais aussi l'information du patient sur sa maladie et la prise en charge proposée. Ainsi, le lien relationnel entre le patient et son médecin est un facteur primordial de la qualité des soins

ii. *Les installations et équipements*

La deuxième dimension de la qualité des soins est représentée par les installations utilisées dans le système de soins. Les installations et les équipements doivent assurer aux patients un certain confort, être agréables et propres et respecter l'intimité et la confidentialité.

iii. *Les soins mis en œuvre par le patient*

C'est le troisième niveau de la qualité des soins. La participation du patient au processus de soins est fondamentale pour la réussite du traitement.

iv. *Les soins reçus par la communauté*

La dernière dimension de la qualité des soins correspond aux soins reçus par l'ensemble de la communauté : il s'agit alors de l'accessibilité aux soins par tout le monde ,le niveau de qualité obtenu quel que soit la situation géographique , économique et social des patients .La qualité des soins dépend alors de nombreux facteurs que les producteurs de soins ne peuvent eux-mêmes pas tous contrôler.

b- La qualité de soins : variations selon l'observateur

Cela consiste à différencier la qualité des soins selon la perception des différents acteurs du système de santé.

i. *La qualité des soins selon les patients*

Ils ont une vision de la qualité des soins plus orientée sur le vécu des soins : la communication avec les soignants, les délais d'obtention d'un rendez-vous, ...

ii. *La qualité des soins selon les professionnels de santé*

Dans cette vision, c'est l'excellence qui prime : les compétences des professionnels et l'opportunité d'exécution des soins sont primordiales pour les médecins. Le deuxième critère de qualité important pour le corps médical et soignant est la relation avec le patient.

iii. *La qualité des soins selon les organisateurs les organismes payeurs*

Pour les pouvoirs publics et l'assurance maladie, l'approche population de la qualité des soins est privilégiée, avec une recherche de l'utilisation optimale des ressources c'est-à-dire apporté des soins essentiels au plus grand nombre plutôt que l'excellence technique à une minorité. L'offre des soins et son accessibilité sont donc prioritaires, l'efficacité du système est recherchée et la maîtrise des coûts intègrent la qualité des soins.

c- Les principaux problèmes de qualité de soins

i. *Le manque de soins ou « underuse »*

Il est fréquemment rencontré lors de la prise en charge des pathologies chroniques, l'un des problèmes de qualité correspond à une insuffisance de soins qui est favorable en termes de résultats. Ce défaut de soins qu'ils soient préventifs ou curatifs est plus fréquent dans les pays où le système de soins ne garantit pas à toute la population une bonne couverture maladie.

ii. *L'excès de soins ou « overuse »*

C'est une problématique fréquente dans les pays développés : les soins sont délivrés alors qu'ils ne sont pas utiles, ce qui représente un risque potentiel pour les patients, sans bénéfice en

termes de santé. Elle pourrait être des prescriptions antibiotiques inutiles, des hospitalisations inappropriées, ...

iii. Les erreurs à l'origine de complication ou « *misuse* »

Ils correspondent aux erreurs réalisées dans le processus de soins. Les soins délivrés sont nécessaires, mais la défaillance de l'un des maillons de la chaîne de soins conduit à ces complications pour le patient. Les complications peuvent survenir suite à une intervention chirurgicale (infections nosocomiales, hémorragies), à des erreurs médicamenteuses (incompatibilité médicamenteuses, non-respect des contre-indications,...) ou à d'autres défauts dans la délivrance des soins.

2. La qualité des soins à l'hôpital

« La recherche de la qualité est au cœur des préoccupations hospitalières d'aujourd'hui, comme elle l'est d'ailleurs dans la plupart des secteurs de l'économie nationale »¹.

Cela peut correspondre alors à la recherche de la sécurité des soins en prenant plusieurs formes, elle s'inscrit sur des prescriptions normatives, et justifie la mise en place de dispositifs de vigilance.

L'organisation d'une assurance-qualité suit une procédure d'une bonne gestion des services et des hommes, et en particulier de la coordination des professionnels œuvrant au service des malades.

La démarche qualité dans les hôpitaux s'appuie sur différentes procédures et la formation continue permet d'accompagner le développement d'une culture qualité.

3. Modélisation de la qualité

La modélisation de la qualité se fait sous contrainte et on peut faire une étude de l'incidence de l'amélioration de la qualité de soins sur la demande.

Plusieurs travaux sont alors amenés par² :

- BROWN (1970)
- FOROBOTIN ET PESOVITCH(1974)
- FELDSTEIN(1981)

La décision de la production se fera en fonction du prix de la journée P_n avec n période. Dans ce modèle, considérant un coût moyen de journée qui est fonction d'un déficit journalier D_n . On aura :

$$C_n = P_n + D_n$$

Le déficit est inhérent surtout dans les établissements publics mais cela dépend de la gestion .C'est une variable liée à la contrainte de gestion qui concernera toutes les organismes sans but lucratif. Dans les organismes privés, cette contrainte est annulée.

Lorsqu'on considère les administrateurs, ils doivent appliquer la meilleure gestion possible, ainsi le coût moyen de journée doit tenir compte des frais de l'hôpital comme les frais de maintenance, des fournitures et des matériels.

Soient :- L_n : le nombre de personne employées par jour

- W_n : le salaire moyen (donné)

- J_n : l'indicateur de quantité des matières consommables utilisées

- V_n : le prix des matières consommables (donné)

¹ M.DUPONT, F.SALAUN. L'assistance publique-hôpitaux de Paris, Les hôpitaux de Paris, page 70

² Cours dispensé en Economie de la santé

- K_n : le total des intérêts et charges fixes

Le coût moyen de journée s'écrit : $C_n = W_n L_n + V_n J_n + K_n$

Cette équation que traduit l'hôpital doit faire un choix sur la quantité des inputs pour bien gérer au mieux, ainsi que la quantité de travail.

Il y a une variable qui n'est pas mesurer directement mais que l'administrateur doit le prendre en compte, c'est la quantité du point de vue des prestataires de soins notée H_n . D'où la fonction de production de la qualité peut s'écrire comme suit :

$$H_n = h(L_n, J_n)$$

A l'optimum, on résout le programme de maximisation de la qualité sous les trois contraintes : budgétaire, technique et de gestion. Et dans ce cas, L_n et J_n sont déterminés par les fonctions L et J qui tiennent compte de C_n, W_n, V_n, K_n .

$$\left\{ \begin{array}{l} L_n = L(C_n, W_n, V_n, K_n) \\ J_n = J(C_n, W_n, V_n, K_n) \end{array} \right. \longrightarrow$$

On passe donc de la maximisation de la quantité à la maximisation de la qualité. Cette dernière amène à écouler la production.

Lorsqu'on considère le malade, sa préférence dépend de la qualité. Ici, on parle d'utilité mais pas de la maximisation de la qualité.

Au-delà de ce modèle, on peut parler de *démarche qualité* qui est une démarche intégrée dans le management hospitalière et elle indique que la quantité des produits de santé est fonction de deux facteurs :

- de l'organisation, et

- des procédures où on fait référence aux normes ISO 9000

Lorsqu'un prestataire veut se reconnaître à l'international, il doit se référer à ces normes.

Dans le milieu international de la santé, les secteurs hospitaliers poursuivent des initiatives de mise en place de programme qualité, il s'agit du système d'accréditation hospitalière. Mais mis à part l'accréditation, d'autres démarches peuvent être utilisées dans le domaine de la santé comme la certification ISO¹. Ces procédures sont fondées sur le concept de la qualité et de son évaluation.

Le système d'accréditation présente des caractéristiques communes, à savoir :

- la prise en compte de l'ensemble de l'organisation des soins ;

- l'existence d'un manuel ou référentiel rassemblant les standards de qualité ;

- la visite réalisée sur site, qui est une phase d'évaluation externe menée par des professionnels de soins ;

- la formalisation de la procédure par la production d'un rapport d'accréditation.

On peut dire alors que tous les pays sont à la recherche de moyens permettant de rendre leurs institutions de soins plus performants, au moins en termes de qualité de production et de sécurité.

4. Le lien entre le volume de soins et la qualité dans les hôpitaux

Au cours des dernières décennies, les études portant sur la relation entre le volume d'activité et la qualité des soins dans le secteur de la santé ont suscité une vive controverse notamment parce qu'elles ont souvent servi d'argument à la concentration de l'offre de soins hospitaliers, qui est présenté comme un moyen d'améliorer la qualité.

¹ ISO : International Organisation for Standardisation

Les concepts théoriques relatifs à l'économie industrielle ont été mobilisés pour mieux comprendre le lien entre le volume d'activité et les résultats des soins.

a- Les mesures de la qualité

Les taux de mortalité constituent les indicateurs le plus souvent retenus pour définir la qualité. Dans la plupart des cas, il s'agit du taux de mortalité à l'hôpital. Les autres indicateurs sont :

La durée de séjour d'hospitalisation

La survenue de réadmissions non programmées, de réintervention ou de complications postopératoires

Le nombre de personnes atteintes des infections nosocomiales ou autres événements indésirable survenus à l'hôpital et liés aux soins.

b- Le volume d'activité

Il existe deux façons d'appréhender le volume d'activité : soit comme une variable continue, soit comme variable en classes.

Considérer le volume comme une variable continue implique que les résultats cliniques varient également de manière continue ou linéaire selon le niveau d'activité. Dans une grande majorité des études, le volume d'activité est considéré comme une variable nominale, qui regroupe les établissements/chirurgiens dans des classes ou catégories définies par des seuils de volume. Ces seuils et les catégories peuvent être fixés a priori ou a posteriori.

c- Causalité volume-qualité

La corrélation entre le volume et la qualité des soins dans les établissements des soins se base sur deux hypothèses principales :

- la théorie des effets d'apprentissage(ou « la pratique rend parfait »), selon laquelle la qualité des soins dispensés par les médecins et les hôpitaux augmentent lorsqu'ils soignent plus de patients. Cela suggère que la relation volume–qualité résulte d'une économie d'échelle interne (propre à l'établissement) ;
- la théorie des « renvois sélectifs », selon laquelle on oriente plus volontiers les patients vers des médecins et des établissements de bonne réputation. Cela suppose que c'est la qualité qui engendre le volume d'activité.

Dans le cas particulier des soins hospitaliers, l'effet d'apprentissage semble être très significatif, notamment dans le cadre de procédures de soins complexes.

Par ailleurs, le volume d'activité d'un établissement détermine également son niveau d'influence dans sa zone d'implantation et donc des répercussions sur l'activité des hôpitaux environnant et sur le niveau de concurrence. Cela génère des économies d'échelles externes qui impactent la performance de l'établissement lui-même et plus globalement celle du marché hospitalier.

Si le lien existant entre volume et qualité est majoritairement dû à des effets d'apprentissage, la centralisation de certains services serait susceptible de présenter un intérêt collectif.

Si l'explication principale est plutôt le « renvoi sélectif » des patients (c'est-à-dire que les établissements de qualité attirent plus de patients), la concentration de l'activité pourrait engendrer une réduction de la concurrence sans augmentation de la qualité.

III. Les indicateurs et descripteurs hospitaliers

Un hôpital doit avoir un accès à ses propres données sous formes d'indicateurs pour se classer parmi d'autres hôpitaux.

D'une manière générale, il y a deux types d'informations qui peuvent être tirés des statistiques hospitaliers, à savoir les descripteurs et les indicateurs.

Ces types d'informations peuvent refléter la performance de l'hôpital.

1. Les descripteurs

Ce sont des informations relatives à une seule entité. Elles sont caractérisées par une définition, une interprétation et une mise en garde. La provenance des données, la méthode de calcul, la validation et le traitement logique des données indiquent comment et sur la base de quelles données le descripteur est calculé.

Les descripteurs sont groupés en quatre catégories, dont :

a- La population où on trouve la taille de la population

b- Les patients :

On peut distinguer :

- le pourcentage des résidents étrangers
- le pourcentage des résidents
- le nombre de sorties dans l'année
- le nombre de cas de semi-hospitalisation

c- Les prestations

- le nombre de journées d'hospitalisation
- Le nombre de natures de prestations médicales offertes

d- Les ressources

Les descripteurs concernant les ressources peuvent être :

- le nombre de lits,
- le nombre de salles d'opération,
- le personnel médical,
- le personnel infirmier,
- le personnel total,
- le personnel médical, infirmier total en formation,
- les dépenses moyennes de personnel médical,
- les dépenses moyennes de personnel infirmier,
- les dépenses moyennes de personnel,
- les charges fiscales,
- les charges des investissements,
- les autres charges d'exploitation,
- les charges totales,
- les produits d'hospitalisation et soins,

- les autres produits d'exploitation,
- les cotisations, subvention, déficit couvert,
- le résultat d'exploitation.

2. Les indicateurs

Les indicateurs représentent des informations combinant des données de plusieurs entités. La conception générale d'un indicateur repose sur une définition, une méthode de calcul, des conseils d'interprétations, elle est parfois accompagnée d'une brève discussion des choix méthodologiques. La conception détaillée décrit de manière systématique les traitements administratifs et logiques nécessaires à la confection de l'indicateur.

Elles peuvent être groupées en sept, à savoir :

a- Le rayonnement

b- L'efficacité

c- La pertinence où il y a :

- la durée moyenne de séjour qui est calculée en divisant le nombre total des journées d'hospitalisation par le nombre d'hospitalisation,
- la durée moyenne en séjour aigu, reposant sur le même principe que la durée moyenne de séjour mais s'en différencie par la considération des séjours en psychiatrie et en gériatrie.

d- L'adéquation comprenant :

- le coût moyen par journée qui est calculé en divisant les charges liées aux hospitalisations et aux cas semi-hospitaliers par le nombre de journées,
- le coût moyen par journée sans charges des investissements, calculé en divisant les charges liées aux hospitalisations sans les charges d'investissements et des intérêts, par le nombre de journées,
- le coût moyen par journée ajusté sans charges des investissements, calculé en divisant le coût par journée, sans charges des investissements par la case mix brut de l'établissement,
- le nombre de personnel médical, infirmier, et total pour 1000 journées d'hospitalisation : c'est le nombre d'employé du personnel en équivalent plein temps(EPT) pour 1000 journées qui est calculé en divisant le nombre d'EPT par le nombre de journées d'hospitalisation

e- L'effectivité.

f- L'efficience.

g- La productivité

La productivité concerne le taux d'occupation des lits qui est le nombre de journées d'hospitalisation divisé par le nombre de journées-lits en pourcent.

Il est à noter que certains de ces informations peuvent ne pas exister dans un hôpital, et cela va dépendre du pays ou de la région où l'hôpital est implanté et aussi du niveau du développement.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Cette analyse de l'offre sanitaire, en particulier l'offre de soins hospitaliers, a permis de distinguer le mécanisme de marché des soins médicaux des autres services marchands ou non marchands par ses caractéristiques liées à l'incertitude.

La production des biens et services médicaux peuvent être influencé par différents facteurs contribuant au fonctionnement d'un hôpital tant sur son organisation que sur leur relation avec les patients.

Un hôpital offre ses services ou ses biens en vue de satisfaire les patients afin de les mener à un meilleur état de santé. L'offre de soins hospitaliers constitue alors un élément fondamental pour évaluer la qualité des soins et de performance de l'hôpital même et aussi permet à l'hôpital de se classer par rapport aux autres centres hospitaliers.

Les études faites par les économistes de la santé sont centrés sur le cas des pays développés où ils généralisent leurs théories sur l'ensemble du système de santé au niveau mondial, or plusieurs hypothèses et théories ne sont pas valables dans certains pays, surtout dans les pays en développement comme Madagascar.

Mais cela n'empêche pas ces pays à adapter leur et à améliorer leur cas dans le contexte où ils se trouvent. C'est pour cela qu'on est amené à évaluer comment un hôpital public peut-il assurer sa performance en considérant le contexte où il se trouve.

PARTIE II

EVALUATION

DE L'OFFRE HOSPITALIERE DE

SOINS

(CAS DU CHUA/HUJRA)

CHAPITRE I

RELATION ENTRE LE DEVELOPPEMENT D'UN PAYS ET LA SANTE

D'après Amartya Sen¹, « s'il existe un rapport entre la richesse d'une part, et notre santé, notre longévité et d'autre accomplissement de l'autre, ce lien peut être ou ne pas être très solide et risque fort de dépendre dans une grande mesure d'autres éléments. Le fossé qui sépare ces deux éléments autrement dits la richesse économique et une vision plus large de la vie, est un élément majeur de l'élaboration d'une théorie de développement. »

Il insiste sur le fait que ce qui fait l'utilité de la richesse, c'est ce qu'elle nous permet de faire, c'est la liberté qu'elle nous donne, notamment celle de vivre longtemps et bien. Il est aussi important de savoir le rôle déterminant que joue la richesse dans la condition de vie et la qualité de vie. On ne conçoit le développement que si l'on se place très au-delà de l'accumulation de richesse et de la croissance du produit national brut ou d'autres variables liées au revenu. Le développement doit consister avant tout à améliorer la vie que nous menons et à renforcer des libertés dont nous jouissons. Or, l'une des plus grandes libertés est celle de ne pas souffrir d'une maladie, que l'on peut prévenir et d'échapper à une mort évitable, d'où l'importance des rôles joués par les établissements de santé.

I. Développement et santé

Un niveau élevé de revenu d'un individu ou d'une communauté rend mieux son état de santé, lui permet d'échapper à la mort prématurée et à la morbidité évitable. Toutes choses égales par ailleurs, la longévité tend à augmenter avec le revenu par habitant.

Un homme, qui n'est pas en bonne santé, n'est certainement pas un bon agent de développement économique, l'action en faveur de la santé apparaît donc comme une branche essentielle de la stratégie générale du développement. Ainsi, dans une stratégie de développement d'un pays, on trouve un ou des programmes concernant la santé qui vise en générale « la santé pour tous ». Cette action contribue à l'amélioration de la santé de la population et présente jusqu'à un certain point le caractère d'un véritable investissement d'où l'importance occupée par les réalisations sanitaires dans les plans et programmes de développement.

Dans les années 70, la santé et le développement ont suscité un intérêt accru du fait de l'attention portée aux stratégies de développement fondée sur l'équité, et en raison des problèmes provoqués par des effets du ralentissement de la croissance économique. Le rapport entre la santé et le développement joue dans les deux sens : le développement socio-économique conduit à une amélioration de l'état de santé, et cette dernière contribue à l'essor de l'économie.

1. Les effets de la santé sur le développement socio-économique

L'amélioration de l'état de santé constitue un objectif important. La santé accroît les potentialités humaines de toutes sortes et elle représente une exigence fondamentale de l'homme. C'est en reconnaissant les effets de la santé sur le développement que l'on peut qualifier la santé

¹ Bulletin de l'OMS, la revue internationale de santé publique, recueil d'article, page 18.

comme un préalable au développement. En effet, il y aura une diminution de l'absentéisme et une augmentation du nombre d'heure de travail et d'études, une amélioration de la qualité et du rendement de la force du travail ; des changements dans les attitudes, les habitudes et les comportements des gens, un développement mental se traduisant en une capacité d'apprendre et à un développement du capital humain,...et avec son interaction avec la nutrition, il y aura plus de perspective d'emploi.

2. Les effets du développement socio-économique sur la santé

En général, revenu et espérance de vie vont de pair d'où le progrès économique est déterminant dans l'amélioration de la santé et l'accroissement de la longévité.

Lorsqu'un pays atteint un développement intégral, les impacts de ce dernier sur le secteur sanitaire peuvent être nombreux. On peut citer la disponibilité des ressources susceptibles d'assurer le développement sanitaires, l'utilisation des technologies médicales modernes, un accès de la population aux prestations sanitaires de base, l'amélioration de la qualité de vie et de la situation sanitaire de la population, un changement au niveau de la production, de la répartition des produits du développement socio-économique et des habitudes de consommation, une création de perspective d'emploi au profit des individus afin d'accroître leurs bien-être économiques et social, ...

Il y a alors une corrélation entre les deux variables et cela est confirmé par certaines analyses statistiques qui ont été présentées par Sudhir¹ Anand et Martin Ravallion. En se basant sur des comparaisons entre pays, ils concluent que l'espérance de vie est bien corrélée avec le PNB par habitant, mais que cette relation est due essentiellement à l'impact du PNB sur les revenus des pauvres en particulier, et les dépenses publiques notamment celle relatives aux soins de santé. Et ces derniers sont constatés par la diversité de niveau de vie dans le monde.

En bref, l'amélioration de la santé est consubstantielle au développement, la santé et la prospérité économique ont tendance à se renforcer mutuellement, autrement dit une bonne santé permet de gagner plus facilement sa vie et, lorsqu'on bénéficie d'un revenu élevé, on se fait plus volontiers soigner, on se nourrit mieux et on peut choisir de mener une vie plus saine. Et même lorsqu'une économie est pauvre, on peut améliorer la santé dans d'importance proportion en utilisant les ressources disponibles d'une manière qui soit socialement productive. D'un point de vue économique, il est important d'examiner le coût relatif des traitements médicaux et de la distribution des soins de santé. Etant donné que ces derniers sont des processus à très forte intensité de main d'œuvre, les économies où les salaires sont bas, ont un avantage relatif à allouer davantage de ressources et en tous les cas pas moins aux soins de santé.

La situation sanitaire dans le monde est très diversifiée par tout dans le monde, cette diversification se voit par la différence de niveau de développement. Dans les pays développés, où les recherches en économie de la santé, le système de santé incluant les établissements de santé ainsi que la sécurité sociale sont très développés, la population bénéficie d'une meilleure qualité de soins donc d'un état de santé meilleur. Pour ces pays, leurs gouvernements accordent plus de priorités au secteur santé soit une dépense considérable allouée pour ce secteur. Par contre, dans les pays en développement, la priorité n'est pas encore la santé mais les objectifs consistent à prioriser d'autres secteurs qui sont jugés comme productifs.

¹ Dans Human Development in poor country: on the role of private incomes and public services, Journal of economics perspectives, 1993, p133-150 énoncé dans le Bulletin de l'OMS 2000 n°2 p19.

Si l'Afrique a réalisé des progrès remarquables en matière de santé comme la lutte contre le paludisme, la variole et certaines maladies, la situation sanitaire est restée critique dans de nombreux pays. L'hôpital, dont la vocation est de servir le public, s'inscrit aussi bien en Afrique que dans le reste du monde dans un contexte qu'il est important de garder constamment en mémoire. Comment un hôpital et ses activités contribuent-ils alors au développement ?

II. Comment un hôpital et ses activités participent-ils au développement ?

Un hôpital peut contribuer au développement en participant à celui du système de santé parce qu'il constitue une organisation essentielle dans ce dernier.

L'hôpital a pour mission d'appuyer les soins de santé primaires en tant que mécanisme d'orientation, de recours et de soutien. Un hôpital peut aussi permettre de réduire les risques des maladies prévisibles.

Le succès d'un hôpital qui s'engage dans le processus de la « santé pour tous » se mesure par :

- la qualité des soins dispensés aux individus ;
- l'amélioration de l'état de santé de la population dans son aire d'influence ;
- la meilleure prise en charge par l'individu de sa propre santé.

C'est dans l'hôpital que les agents de santé sont formés, qu'ils acquièrent des connaissances avant de travailler dans les autres centres de santé.

L'hôpital a alors des rôles ainsi que des fonctions à assurer dans le système de santé de même celui du malgache.

1. Rôles de l'hôpital

Les rôles de l'hôpital correspondent à ses missions et consistent essentiellement, d'après la réforme hospitalière malgache, « à assurer des soins de qualité, à contribuer à la délivrance d'une formation de qualité, à participer à la recherche de type opérationnelle ou clinique avec des partenaires nationaux ou étrangers, à soutenir les formations sanitaires de niveau inférieur (les appuyer sur le plan technique, logistique, organisationnel et gestionnaire) ainsi qu'à assurer la sécurité de la population »¹.

2. Fonctions de l'hôpital

Les fonctions de l'hôpital permettent de comprendre les ressources mobilisées dans l'hôpital. Un hôpital doit répondre aux attentes de la population, fonctionner selon une organisation et des procédures, mobiliser des ressources humaines de différents niveaux de qualité et en quantité suffisante, s'appuyer sur des immobilisations (bâtiments, infrastructures et équipements), obéir aux principes de l'hygiène et de l'assainissement hospitaliers et enfin s'articuler avec les autres intervenants du système de santé autour de priorités.

¹ Réforme hospitalière, les axes stratégiques, 2007, page 17

A part ces rôles et fonctions, un hôpital assure les services non disponibles dans les centres de santé de base comme par exemple lors d'un cas de maladie qui nécessite une chirurgie, le médecin va référer le patient dans un hôpital.

Un hôpital révèle aussi des indicateurs qui peuvent signifier le niveau de vie d'une population. Lorsque le nombre d'hospitalisation est élevé c'est que les gens ne consultent pas des professionnels de santé au niveau de la base à cause de l'insuffisance de revenu et qu'il ne les consultent que dans le cas où leur maladie s'aggrave, donc le niveau de revenu a une influence sur l'accès au système de santé.

III. Analyse globale de la situation sanitaire de la population malgache

1. Analyse de la situation

a- Présentation de Madagascar

Madagascar est une île se situant dans l'Océan indien, séparé de la côte Sud-Est de l'Afrique par le Canal de Mozambique. Madagascar se situe entre le 12^{ème} et le 27^{ème} degré de latitude Sud et le 43^{ème} et le 50^{ème} de longitude Est. Elle mesure 1580 km du Nord au Sud et 550 km d'Ouest en Est et est bordée d'une côte de 5000 km. Avec une superficie de 587 041 km², elle se positionne en quatrième île du monde de par sa superficie.

En 2009, la population est estimée à 19 577 776 ¹ d'habitants, elle est caractérisée par sa jeunesse avec 48% ont moins de 15 ans. Avec 2.8% de croissance annuelle, l'espérance de vie à la naissance est de 61.2 ans en 2010² contre 50 ans en 2003³

La république de Madagascar est une république démocratique et libérale. La structure administrative compte 22 régions, 116 District et 1597 Communes (Loi N°94-007 relative aux pouvoirs, compétences et ressources des Collectivités Territoriales Décentralisées.

b- Situation économique

Classée parmi les pays pauvres, Madagascar tient le 135^{ème} sur 177 pays recensés selon l'ONU en ce qui concerne l'Index du Développement Humain (0.435 en 2010⁴). L'économie demeure essentiellement agricole. Ce secteur occupe 78% de la population active, mais ne représente que 28.8% du PIB.

c- Situation sanitaire de la population malagasy

Depuis des années, l'accès de la population surtout les plus démunis aux services de santé constitue une des grandes préoccupations du Gouvernement. Ce dernier dépense 196 million \$US⁵ en matière de santé et cette dépense constitue 3.5 % du PIB⁶.

Des indicateurs peuvent alors décrire le niveau de santé malgache comparé à d'autre pays de l'Afrique, ce sont des indicateurs de base de développement s'inscrivant dans le Compte National de Santé. (A Madagascar, il n'existe malheureusement que pour l'année 2003).

¹ Annuaire statistique de la santé 2009

² Rapport sur le développement humain 2010 du PNUD, page 16

³ CNS 2003

⁴ Ibid.

⁵ Sommaire des indicateurs CNS pour 2003, cf. Annexe

1\$US= 6 068 Fmg en Décembre 2003

⁶ Ibid.

L'état de santé des malgaches par rapport au Produit Intérieur Brut(PIB) par tête, bien qu'il demeure inférieur aux standards des pays occidentaux, est supérieur à celui des autres pays africains. D'après le tableau ci-dessous, l'espérance de vie est l'une des plus élevées de la région sub-saharienne .Le taux de mortalité maternelle de 550 pour 100 000 naissances vivantes est l'un des plus faibles de la région, mais la santé maternelle reste encore délicate à Madagascar.

Il est à noter que la réduction de la mortalité maternelle et infantile constitue l'un des objectifs principaux de la stratégie de la lutte contre la pauvreté du gouvernement malgache et est inscrit dans les axes des Objectifs Millénaires de Développement.

Tableau 2 : Comparaison des indicateurs de base de développement

Indicateurs	Moyenne Afrique subsaharienn e	Madagascar	Kenya	Ouganda	Malawi	Rwanda	Ethiopie
Population, million(2002)	626.1	16.4	32.0	25.8	12.1	8.4	70.7
PIB milliards	418.5	5.5	14.4	6.3	1.7	1.6	6.7
PIB/tête (\$US)	633	324	450	249	156	190	97
%de la population sous le seuil de pauvreté (1\$/jour)	-	61	23	-	41.7	51.7	26.3
Taux de mortalité infantile moins de 5ans (/1000 naissances)	172	136	123	140	178	203	169
Mortalité maternelle (/100000 naissances vivantes)	830	550	1000	880	1400	1800	850
Taux de fertilité	5.4	5.7	3.9	7.1	6.1	5.7	6.1
Taux d'alphabétisation	61	70	74	68	64	64	41
Espérance de vie	46.9	50	56	44.7	42	45	50
Utilisation d'un moyen de contraception(%)	Non disponible	18	39	23	31	13	8
Taux de prévalence du SIDA chez les adultes(%)	7.3	1.7	6.7	4.1	14.2	5.1	4.4

Source : Comptes Nationaux de Santé 2003, MSP, page11.

2. Offre de santé à Madagascar

a- Système de santé

Le système de santé est constitué de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population.

Le système de santé malgache comporte trois niveaux à savoir :

- le niveau central, qui définit l'orientation globale de la politique nationale de santé, les grands axes stratégiques et le suivi de la mise en œuvre,
- le niveau régional, coordonnant l'exécution de la politique nationale de santé et la mise en œuvre au niveau des régions,
- le niveau District, constituant le niveau périphérique et qui assure la mise en œuvre de toutes les activités des programmes de santé au niveau des Centres Hospitaliers du niveau 1 et 2 et des Centre de Santé de Bases(CSB) qui assurent les soins de santé primaires.

b- L'offre de soins

L'offre de soins à Madagascar est assurée par des centres et des établissements privés ou publics. Les établissements privés sont organisés en hôpitaux privés (clinique, polyclinique,...), des cabinets médicaux, les établissements publics sont organisés en CSB, CHD, CHRR et des CHU.

Puisqu'on s'intéresse à ces derniers types, les tableaux ci-dessous nous montrent l'évolution de quelques indicateurs qui reflètent certaines caractéristiques de l'offre de santé du secteur public.

i. Les établissements de soins dans le secteur public

Les soins sont organisés selon trois niveaux :

- ❖ Les formations sanitaires de bases du 1^{er} recours : CSB1, CSB2 et
- ❖ Les CHD1 et les CHD2 ainsi que les CHRR ou les hôpitaux de 2^{er} recours
- ❖ Les CHU de Mahajanga, d'Antananarivo et de Toamasina

Ces centres ont chacun leur spécificité de par leur fonction, les soins dispensés, les personnels. Ces derniers sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Catégories de personnel et fonctions des différentes structures sanitaires¹

structure	niveau	fonction	Soins dispensés	Personnel
CHU	3	2 ^{ème} référence	complets	Toutes spécialités
CHRR CHD1 CHD 2	2	1 ^{ère} référence	Chirurgie d'urgence, soins obstétricaux complets	Chirurgien, spécialiste en réanimation, assistant chirurgien, infirmière, anesthésiste, paramédicaux
CSB 2	1	1 ^{er} contact	Soins obstétricaux essentiels, vaccination, soins de santé de base	Médecin, paramédicaux,
CSB 1	1	1 ^{er} contact		Infirmier, sage-femme, aides-soignants

Le tableau ci-après nous donne les effectifs de ces établissements dans toutes les régions pendant l'année 2008.

Tableau 4 : Nombre des formations sanitaires en 2008

Formations sanitaires	Nombre
CSB1	1114
CSB2	2109
CHD1	68
CHD2	53
CHRR	20
CHU	2

Source : Service des Statistiques Sanitaires dans le Journal Africain de la statistique 2009

On peut remarquer ici qu'il y a 2 régions (Analamanga et Boeny) parmi les 22, n'ont pas de CHRR car pour eux ce sont les CHU qui sont les centres de référence. Et en ce moment, le CHRR de la région Antsinanana est devenu un CHU.

ii. Les ressources humaines dans la profession de santé

Les professionnels de santé se distinguent en secteur privé et public. Ici, notre étude se focalise sur les établissements de soins publics où ils détiennent une place très importante dans les actions que mène le gouvernement malgache en vue d'éradiquer la pauvreté.

¹ PNS2005, page 23

Ces professionnels peuvent être des médecins, des infirmiers, des dentistes, des sages-femmes qui exercent leur métier dans le secteur public.

Le tableau ci-après illustre l'évolution des ratios de la population par rapport à ces prestataires cités précédemment de 2006 à 2008.

Tableau 5 : Charge démographique en ressources humaines et infrastructures de 2006 à 2008

Indicateur	2006	2007	2008
Ration population pour un CSB	1/5787	1/5825	1/5748
Ratio population pour un médecin public	1/5598	1/5281	1/4981
Ratio population pour un dentiste public	1/91944	1/95941	1/88640
Ratio population pour un infirmier public	1/6370	1/6407	1/6450
Ratio femme en âge de procréer pour une sage-femme publique	1/1465	1/1549	1/1715

Source : Direction des ressources humaines/Service des Statistiques Sanitaires, Annuaire statistique 2009

Le nombre de médecins publics a augmenté pendant cette période, cela étant dit que le nombre de gens occupés par un médecin a diminué. De même aussi pour les sages-femmes.

De plus, le nombre de personnels de santé dans le secteur public connaît aussi une évolution, cette dernière est donnée par le tableau suivant.

Tableau 6 : Evolution des effectifs du personnel de santé du secteur public par catégorie

Personnels de santé	2006	2007	2008
Professeurs Agrégés	17	45	45
Médecins spécialisés	483	543	562
Médecins généralistes	2736	2981	3157
Chirurgiens-dentistes	196	194	209
Pharmaciens	7	7	7
Infirmiers	2829	2905	2872
Sages-Femmes	2877	2810	2750
Aides sanitaires	1309	1288	1049
Administratifs	2902	2961	3112
Personnel d'appui	2514	2678	2757
Total	15870	16412	16520

Source : VPMS/DRH (Journée Africaine de la Statistique 2009)

En général, à partir de 2006, le nombre de personnels de santé s'accroît d'année en année, en passant de 15870 à 16520, soit un accroissement de 4,47%.

iii. Les caractéristiques des CHU

Cadre juridique

Selon la législation malgache en vigueur, la catégorisation des Etablissements publics stipule qu'un établissement public doit avoir comme statut : « Etablissement Public à caractère administratif » (EPA) ou « Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial » (EPIC). Les CHU appartiennent alors à la première catégorie et ils sont placés sous tutelle du Ministère des Finances et du Budget, du Ministère de la Santé Public et celui de l'Enseignement Supérieur. Les recettes générées avec le FANOME sont versées au Trésor public.

A titre de rappel, la mise à contribution des utilisateurs par le processus dénommé « FANOME » dans toutes les formations sanitaires publiques est institué par le décret n°2003-1040 du 14 Octobre 2003.

Les caractéristiques des CHU à Madagascar sont stipulées par le décret ministériel N°2004-1027 fixant l'organisation et le fonctionnement des CHU. Les CHU se différencient des

autres centres par leur organisation, par les soins et le financement des soins ainsi que par la disposition des différents services.

Cadre organisationnel

Au sein de chaque CHU, on observe la présence d'une unité de soins hospitaliers d'appoint qui répondent aux exigences spécifiques suivant les catégories de patients et dont la participation financière est prévue pour assurer une contribution financière au fonctionnement de l'établissement.

Du point de vue de l'organisation, dans un CHU, on peut trouver un Conseil d'Administration, la Direction d'Administration, des directions, des services administratifs et techniques et d'un Conseil Médical Hospitalo-Universitaire.

Les directions dans les CHU peuvent être assurées par un Professeur en médecine, des Spécialistes praticiens hospitaliers ou de Santé publique justifiant des formations en Administration ou en gestion ou par un spécialiste en administration ou en gestion d'entreprise ayant des acquis solides dans le domaine de la santé.

L'organisation des services se fait en deux parties à savoir les services administratifs et les services cliniques et para-cliniques. Dans les services administratifs, on trouve un service financier, un service de la gestion et du développement des ressources humaines, un service de la maintenance et de la logistique ainsi qu'un service des relations extérieures et de documentations. Tandis que les services cliniques et para-cliniques constituent des services de soins, d'exploration para-cliniques et de santé publique ; ils sont organisés en différentes unités à savoir les unités de soins de formation et de recherche(USFR), les unités para-cliniques de formations et de recherches(UPFR) ainsi que les unités de santé publique de formation et de recherche(USPFR). Les chefs de service de ces unités sont des enseignants chercheurs, Professeur d'enseignement supérieur et de recherche en médecine ou au moins spécialistes praticiens hospitalo-universitaires.

Après avoir présenté succinctement la relation entre la santé et le développement, la contribution d'un hôpital dans le développement ainsi que l'analyse globale de la situation sanitaire de la population malgache, on est en mesure de faire un diagnostic du secteur hospitalier à Madagascar en prenant comme étude de cas le Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo/Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona ou le CHUA/HUJRA qui est à la fois un hôpital dispensant des enseignements et un hôpital de recours.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DU SECTEUR HOSPITALIER (CAS DU CHUA/ HJRA)

Avant d'énoncer la présentation et le fonctionnement de cet hôpital, il est nécessaire de décrire la région où il se trouve.

Le Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona se trouve dans la région Analamanga dont le chef-lieu est Antananarivo Rénivohitra.

La région Analamanga a une superficie de 16911 km² avec une estimation¹ de la population en 2004 de 2 811 490, autrement dit avec une densité démographique de 166.3 habitant/km². L'HJRA se trouve alors dans la partie Sud-Ouest de la ville d'Antananarivo plus précisément à Ampefiloha sur une superficie de 7 ha avec une surface bâtie de 2.47 ha.

Lorsque les gens sont malades, ils sont référés à l'hôpital universitaire après être passé dans les hôpitaux de 1^{er} recours et les centres de bases, c'est-à-dire lorsque ces derniers n'ont pas pu les soigner faute de moyens ou lorsqu'une intervention chirurgicale est nécessaire,...Mais cela n'empêche pas aussi les gens d'arriver directement à l'hôpital universitaire pour des urgences ou des consultations externes auprès des professeurs ou des médecins spécialisés selon leur pathologie.

I. Présentation et fonctionnement de l'hôpital

A. Présentation de l'hôpital

1. Historique

L'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona(HJRA) a été construit en 1965, sous financement par la Communauté Economique Européenne et a été équipé pour être le centre de référence de l'Océan Indien et de l'Afrique de l'Est. Il est institué en Etablissement Hospitalier de Recours international, tout en restant composante du CHU Antananarivo.

L'établissement a reçu la dénomination Hôpital Ravoahangy Andrianavalona en 1973. Il a fonctionné avec les services de Laboratoire en 1975, la Réanimation Médicale puis le service de Bergonie. Un service de chirurgie a été ouvert en 1981, suivi du transfert provisoire de deux services de médecine générale de l'hôpital de Befelatanana en 1982. En 1985, ces services de médecine ont été intégrés à l'hôpital de Befelatanana et en 1986, tous les services de Chirurgie ont été transférés à l'HJRA. Ainsi ce dernier est devenu un établissement à vocation essentiellement chirurgicale et d'explorations para cliniques.

L'établissement fait partie du groupe Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, deux centres lui sont rattachés : le Centre de Stomatologie de Fenoarivo et Chirurgie Maxillo-faciale et le Centre d'Appareillage de Madagascar.

Actuellement, elle a pour dénomination : Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo/Hôpital Universitaire Ravoahangy Andrianavalona(CHUA/HJRA).

¹ Source RGPH 1994 ,22 régions en chiffres, novembre 2004, INSTAT

Le CHUA/HUJRA, en tant que service public demeure un établissement à caractère non exclusif et reste ouvert à tout le monde, il constitue une institution de caisse de solidarité au bénéfice des patients réputés et reconnus « démunis », et garde le régime Hospitalo-Universitaire tout en respectant le choix de la classe des prestations qu'exigent les patients de la catégorie particulière payante et internationale. L'Etablissement respecte sa vocation curative et humanitaire et répond dans tous les cas aux obligations de disponibilité et de dispensation de soins de qualité, autant pour les patients payants que non payants pour tous les prestations. Ainsi, son fonctionnement se fait à partir de la mise en place de tous les services spécialisés, des infrastructures, des équipements de pointe correspondants, ainsi que des personnels qualifiés pour assurer les exigences de prestations de soins attendus.

2. Missions

L'hôpital a pour missions :

- de dispenser des soins de référence ;
- d'assurer un encadrement pédagogique normalisé ;
- de participer activement aux activités de recherche ;
- de contribuer à la formation continue ;
- et de chercher des partenaires suivant la politique des 3P (Partenariat Public Privé)

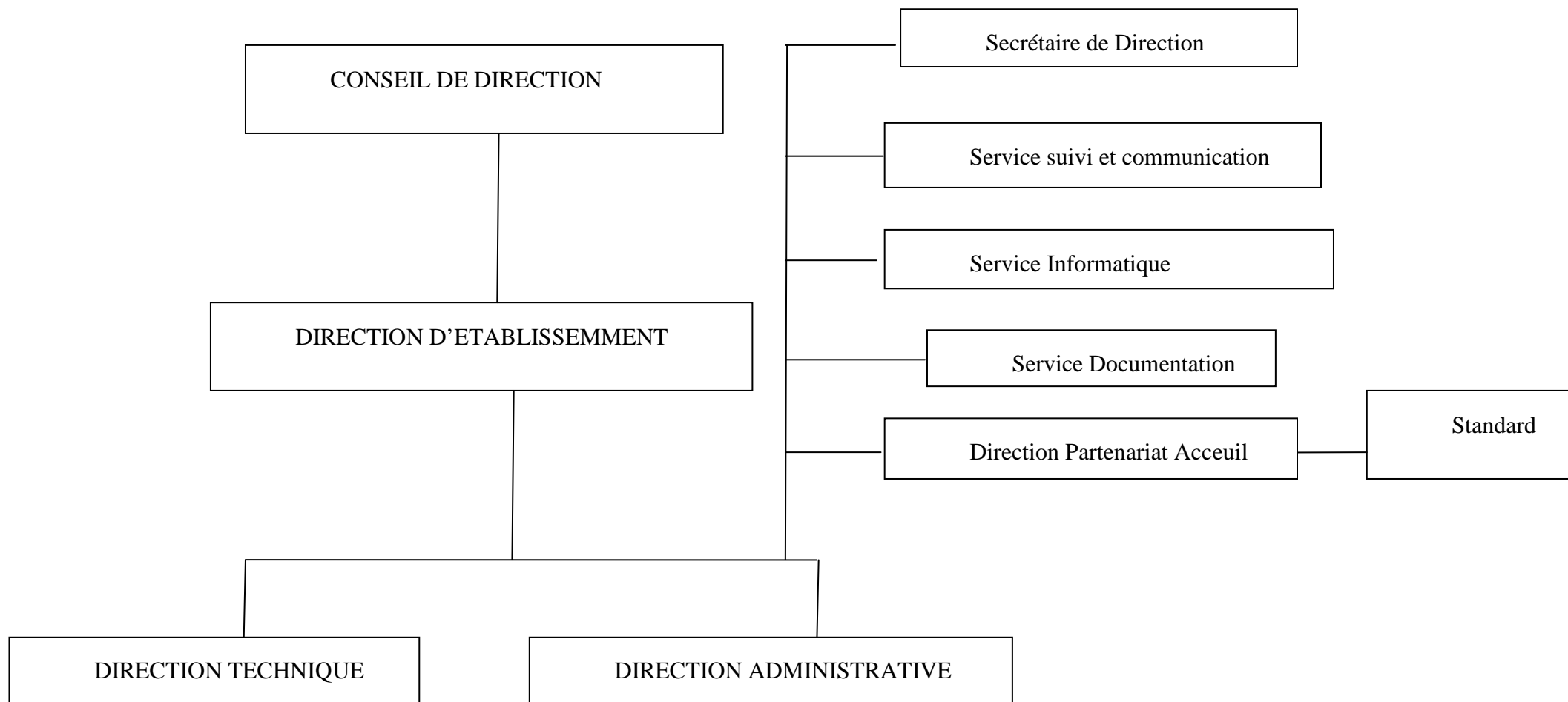
3. Organisation

D'après l'article 2 du décret N°2004-1027 fixant l'organisation et le fonctionnement des CHU, le fonctionnement du CHUA/HUJRA et de ses composantes sont assurés par les organes ci-après :

- Organe délibérant : le Conseil d'Administration
 - Organes exécutifs : le Direction Général, les Directions, les Services Administratifs et Technique
 - Organe consultatif : le Conseil Médical Hospitalo-Universitaire
- Cet article concerne tous les CHU mais le CHUA/HUJRA présente quelques particularités.

L'établissement est tenu par un conseil de direction qui est dirigé par un Directeur d'établissement, et a deux directions : une direction technique et une direction administrative .Chacune de ces deux directions se subdivise en plusieurs services d'où l'organigramme suivant.

Organigramme des directions du CHUA/HJRA



Source : service communication du CHUA/HUJRA

a- La direction technique

Cette direction se subdivise en huit services¹ :

- le service Anesthésie et Réanimation,
- le service Chirurgie,
- le service Tête et cou,
- le service sciences biologiques,
- le service sciences fondamentales,
- le service urgence,
- le service médecine,
- et le service santé publique.

Chaque service a plusieurs composantes.²

b- La direction administrative

Dans cette direction, il y a sept services :

- le service logistique ;
- le service finances et budget ;
- le service de gestion et de ressources ;
- le service bâtiments et travaux ;
- le service cessions et bureaux des entrées ;
- le service sécurité et environnement ;
- et le service actions sociale.

Chaque service dispose aussi des divisions³.

B. Fonctionnement de l'hôpital

1. Capacité hospitalière

Le taux d'occupation moyen des lits dans l'ensemble de l'hôpital est donné par le tableau pendant l'année 2010 et par service.

¹ Cf. annexe IV

² Ibid.

³ Cf. ANNEXE V

Tableau 7 : répartition et taux d'occupation moyen des lits par service

services	nombre de lits	TOML en %	services	nombre de lits	TOML en%
URGENCES	21	11,00	Urologie B	40	25,75
Traumato A	50	46,83	Réanimation chirurgicale I	20	57,83
Traumato B	39	62,00	Réanimation chirurgicale II	20	39,08
Traumato infantile	41	92,67	Réveil	6	71,08
Viscéral A	42	35,25	Orl	21	21,58
Viscéral B	43	46,33	Ophtalmologie	37	17,58
Viscéral infantile	40	35,25	REA NEPHRO	19	24,17
chirurgie cardiaque	50	11,50	REA MEDICALE	18	71,33
chirurgie thoracique	27	60,17	ONCOLOGIE	62	78,08
NEURO CHIR	45	65,75	TOTAL GENERALE	680	41,25
Urologie A	39	36,33			

Source : Rapport d'activité de l'HJRA 2010

Au total, l'HUJRA compte 680 lits d'hospitalisation avec un taux d'occupation moyen de 41.25%. On peut dire ce chiffre n'a pas beaucoup changé ces dernières années¹.

D'après ce tableau, le pourcentage moyen d'occupation des lits varie d'un service à un autre. Les lits qui sont les plus occupés se trouvent dans le service traumatologie infantile avec un pourcentage de 92.67%, autrement dit, en 2010, la plus part des patients hospitalisées sont des enfants qui ont des problèmes traumatologiques. Après celui-ci, dans le service d'oncologie 78.08 % des lits sont occupés car l'hospitalisation d'un patient nécessite certains les types de cancer.

Les services dont les lits sont moins occupés sont les urgences avec un pourcentage moyen de 11% et celui de la chirurgie cardiaque avec 11.50%. Ces pourcentages sont faibles par rapport aux autres services à cause du temps consacré pour les concernés qui ne dure pas plus d'une journée.

Les lits dans cet hôpital sont classés en 4 catégories et ce classement se fait c'est-à-dire selon le choix et le revenu des patients.

¹ De 2006 -2010

Tableau 8 : Répartition des lits selon les catégories en 2010

SERVICE	1ère cat	2è cat	3è cat	4è cat	TOTAL
URGENCES				21	21
Traumatologie A	4	6		40	50
Traumatologie B	3	6		30	39
Traumatologie infantile	4	3		34	41
Viscéral A	4	6	12	20	42
Viscéral B	3	6	10	24	43
Viscéral infantile	4	6		30	40
chirurgie cardiaque	4	6		40	50
chirurgie thoracique	2	9		16	27
NEURO- CHIRURGIE	4	6	0	35	45
Urologie A	4	6	12	17	39
Urologie B	4	6	10	20	40
Réanimation chirurgicale I	1	3	6	10	20
Réanimation chirurgicale II	1	3		16	20
Salle de réveil				6	6
ORL Oto-Rhino-Laryngologie			6	15	21
Ophtalmologie	4			33	37
REANIMATION NEPHROLOGIQUE	1	2		16	19
REANIMATION MEDICALE	4			14	18
ONCOLOGIE	7	14		41	62
TOTAL	58	88	56	478	680

Source : Rapport d'activité de l'HUJRA 2010

Les lits de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégories se trouvent dans les salles payantes et représentent seulement 29,7 % des lits de l'hôpital tandis que presque la totalité des lits c'est-à-dire 70,3% sont destinées pour tout le public.

2. Ventilation des ressources humaines par service et formation du personnel

Comme il s'agit d'un hôpital public, les personnels sont des fonctionnaires, des agents non encadrés, des employés de longue durée ou des contractés du secteur public .Mais ces types de personnels autres que fonctionnaires arrivent à le devenir par intégration qui peut être réalisée après 6 ans de service.

L'entrée en service est limitée à l'âge de 40ans mais cela n'est pas respecté dû à l'étude faits par les médecins qui nécessite au moins 8 années .Et ils sont retraités à l'âge de 60ans sauf

s'il y a une demande de prolongement d'exercice par le personnel intéressé .Ce dernier cas est pratiqué surtout par les médecins spécialistes ou les professeurs.

a- Répartition des personnels dans les différents services

Dans chaque service, les ressources humaines se répartissent selon les différents corps ou catégories dans les services comme tous fonctionnaires de l'Etat malgache. Voyons d'abord les types de personnel de santé selon les catégories puis la répartition de tous ces personnels selon les services.

Les personnels qui assurent l'offre de soins au CHUA/HUJRA sont des infirmiers, des sages-femmes, les réalisateurs adjoints, des paramédicaux, des médecins et des professeurs. Ce sont eux qui offrent des soins aux patients lors d'une hospitalisation, et ce sont les médecins ainsi que les professeurs qui reçoivent des gens en consultations externes.

En 2011, 785 personnels ont été recensés au sein de l'hôpital et ce nombre se subdivise en personnels administratifs et techniques .Il y a 131 personnels administratifs et 654 personnels techniques.

Plus de ¾ des personnels de l'hôpital assurent en totalité l'offre de soins

Tableau 9 :

Les types de personnel de santé selon leur niveau d'étude et leur qualification

Catégories	Niveau	Personnels
I	CEPE	
II	BEPC et équivalent	Sage-femme, infirmier
III	Baccalauréat et équivalent	Sagefemme, infirmier
IV	Bacc+2	Réalisateur adjoint ¹
V	Licence	Réalisateur adjoint, paramédicaux
VI	Maîtrise	-
VII	DEA et équivalent	-
VIII	Doctorat	Médecin généraliste
IX	Spécialisation	Médecin spécialiste
X	Agrégation	Professeur

Source : Service des Ressources humaines du CHUA/HUJRA

¹ Les réalisateurs adjoints sont aussi des sages-femmes et des infirmiers mais ce qui les différencie avec ces derniers ce sont leur niveau. Avant ce sont les personnes qui ont leur BEPC qui ont droit d'y entrer or en ce moment, ce sont les bacheliers qui y sont entrés.

b- Les formations des personnels

Les personnels qu'ils soient techniques ou administratifs, bénéficient de différentes formations. Ces formations se font au pays même ou à l'extérieur. On peut alors citer quelques formations que les personnels de l'HUJRA peuvent acquérir en plus de leur diplôme d'origine.

Les formations au niveau local

L'hôpital est en relation avec quelques instituts comme l'Alliance Française pour une formation en langue française, l'INFP pour des formations en informatique, mais il dispense aussi des formations sur la déontologie et l'éthique pour les chefs de services. Pour certains personnels, il y a aussi des formations et des stages pratiques dans les services administratifs.

Le ministère de la santé donne aussi des formations sur la pharmacovigilance via INSPC.

Les formations faites à l'étranger

Ces formations sont données aux médecins, aux majors de service ainsi qu'aux infirmiers. Elles constituent alors des stages de formations spécialisées et approfondies et peuvent se poursuivre jusqu'à un an et demi au maximum. Ces formations sont prises en charge par le gouvernement du pays de destination ou le Ministère chargé de la Santé.

3. Matériels et équipements

Les matériels et équipements utilisés sont gérés par le service matériel qui a aussi pour mission d'évaluer les mobiliers ainsi que les matériels techniques et administratifs. C'est dans ce service, que les livres et les journaux comptabilisant les matériels sont tenus et que les matériels nouvellement acquis sont pris en charges. C'est aussi dans ce service que les matériels hors d'usage c'est-à-dire les matériels condamnés à ne plus être utilisés sont gardés.

L'acquisition des matériels suit deux manières de comptabilisation selon son mode d'acquisition, achat ou donation. S'il s'agit de matériels achetés, l'enregistrement se fait dans la comptabilité matériels du service où l'acquisition de ces matériels suit un procédé qui se fait par une facture pro forma qui va être certifiée et envoyée au Ministère chargé des Finance et du Budget et puis il y aura un ordre d'entrée pour une étape appréciative venant de ce ministère même. Pour les matériels acquis par don, l'enregistrement se fait par la comptabilité de l'administration.

Les matériels qu'on trouve dans l'hôpital sont classés suivant une nomenclature de treize éléments dans le tableau de la page suivante.

Tableau 10 : Nomenclature des matériels du CHUA/HUJRA

Comptes	Les matériels
1	Les combustibles lumineux
2	Effets d'habillement, équipement, campement, pansage...
3	Meubles et objets d'ameublement, literie et couchage
4	Drogues, médicaments et objet de pansement
5	Outils, instruments de musique, gymnastique et sport, matériels de guerre
6	Matériels de voie ferrés
7	Matériels flottants et accessoires
8	Matériels et objets destinés aux travaux
9	Vivre et fourrage, semence et plante, animaux vivants
10	Ouvrages et bibliothèques des sciences et arts, matériels d'enseignement, fournitures diverses
11	Caisse d'emballage, récipients, objets non classés précédemment
12	Matériels destinés à être vendus
13	Matériels de postes et de télécommunications

Source : Service matériel du CHUA/HUJRA

Les matériels techniques se trouvent dans les comptes numéro 1, 2, 3 et 4.

4. Modes de tarifications

En général, la tarification au CHUA/HUJRA se fait par un paiement éclaté c'est-à-dire que les patients payent en même temps les actes et les médicaments ainsi que par un paiement per capita qui concerne les patients qui travaillent dans des entreprises qui sont en partenariat avec l'hôpital. Mais des exceptions sont accordées à certains patients (c'est-à-dire les démunis) qui ne payent pas, ces derniers sont des cas sociaux étudiés par les médecins traitants.

5. Accès aux soins

L'accès aux soins est surtout en relation avec l'accessibilité géographique ainsi que financière.

Comme l'HJRA est situé au centre de la ville dans la région Analamanga , en considérant le nombre de la population de la région , cet hôpital se trouve être à la disposition des patients .En plus, il se trouve dans la capitale de Madagascar, cela favorise la proximité du point de vue de la référence nationale et internationale.

Du point de vue financière, pour assurer l'équité concernant l'accès aux soins, le CHUA/HUJRA dispose un système de financement favorise le paiement des actes, la considération de la situation financière de certaines catégories de patients, les subventions données par les partenaires ainsi que la collaboration intersectorielle qui permet de mettre en place le système de tiers payant.

6. Les médicaments

Au CHUA/HUJRA, la pharmacie est une entité indépendante et sa gestion est assurée par des religieuses dont la livraison des médicaments est assurée par SALAMA. Les prix des médicaments sont le minimum possible.

A part la pharmacie, les services ont aussi des médicaments d'urgence indispensables pour certains cas. En plus de ceci, il y a des médicaments gratuits et ils sont obtenus avec un accord avec des ONG ou des organisations internationales comme l'OMS ou l'UNICEF, et ces types de médicaments ne sont pas disponibles dans les pharmacies. Ces types de médicament correspondent à une action pour lutter contre une maladie (exemples le tuberculose)et se trouvent dans le service qui est chargé du traitement de la maladie.

7. Organisation comptable et financière

Comme les autres CHU, la gestion comptable du CHU/ HJRA est soumise aux règles de la comptabilité publique .Ses comptes doivent être tenus régulièrement et conformément au Plan Comptable Général en vigueur.

Un budget prévisionnel est préparé par le Directeur d'Etablissement avec avis du Conseil d'Administration. L'établissement peut avoir comme ressources : les contributions de l'Etat, les ressources propres, les subventions, les fonds d'aides extérieures, les dons et les legs, les produits de placement des ressources disponibles, les emprunts et les autres ressources autorisées par les textes en vigueur. De l'autre côté, ses dépenses sont : les dépenses de fonctionnement, les dépenses d'investissement et les remboursements d'emprunts. A part ces deux postes, il dispose aussi un compte courant dans une ou plusieurs banques primaires, des comptes en devises, tous autres comptes destinés à l'attribution de financement dans le cadre de ses missions et un compte de dépôt au trésor.

II. Diagnostic du CHUA/HUJRA

Il s'agit ici d'évaluer les données déterminent la performance de cet hôpital. Ces données peuvent avoir un caractère qualitatif (constaté lors de l'observation) et quantitatif (calculé à partir des données contenues dans les rapports d'activités de l'hôpital).

L'objectif de l'établissement au cours de l'année 2009 était « CHUA/Hôpital Joseph RAVOAHANGY ANDRIANAVALONA, Vitrine de Madagascar », et axé sur :

- l'accueil et l'approche des malades afin de créer un climat de confiance entre usagers et/ou le personnel de la Santé.
- la sensibilisation du personnel sur les besoins des usagers.
- le renforcement de la capacité et sens de responsabilités du personnel.

L'évaluation de la performance a été effectuée par rapport à ces axes.

1. Du point de vue quantitatif

D'après le tableau de la page suivante, les descripteurs ont évolué depuis 2006, ces chiffres concernent l'ensemble de tous les services du CHU/HUJRA.

- a. Concernant le nombre de lits, de 2006 à 2007, il a augmenté de 47 lits (671-624), ensuite il a diminué un peu en 2008 c'est-à-dire qu'il est passé de 671 à 656 lits soit une diminution de 5 lits. En 2009, le nombre est passé de 656 à 681 soit 21 lits de plus et s'est stagné en 2010.
- b. Le nombre de personnes qui sont entrées à l'hôpital a une tendance à la hausse mais une très forte augmentation est remarquable à partir de 2009, cela peut être expliqué par le début de la crise qui a eu lieu au pays surtout dans la capitale.
- c. Pour le nombre des sortants, on peut remarquer une hausse de 2006 à 2008, et à partir de 2009 il a diminué.
- d. Le nombre de journées d'hospitalisation réalisées a aussi connu un accroissement de 2006 à 2009 et a baissé en 2010.

Tableau 11 :L'évolution de quelques descripteurs hospitaliers

descripteurs	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de lits	624	671	656	681	680
Nombre d'entrants	23 043	23 270	24 775	27 642	22 076
Nombre de sortants	22 956	25 397	27 515	26 000	22 891
Journées réalisées	115 602	123 639	121 774	124 075	120336
Nombre de décédés	974	1 080	1 126	1 060	1 014
Interventions chirurgicales	5 671	5 841	6 713	5 908	4 523
Nombre de consultations externes	18 156	20 519	48 508*	43 724*	41 329*

* consultations à l'urgence incluses *Source : Rapports d'activités du CHUA/HUJRA 2006-2010*

2. Du point de vue qualitatif

La qualité des soins dans cet hôpital est jugée à partir des matériels utilisés dans les services qui sont obtenus par achat effectué par l'hôpital lui-même ou par le Ministère chargé de la Santé et ceux qui sont reconditionnés ; et par l'accomplissement même des actes au niveau des différents services.

a- Les états des matériels techniques utilisés dans les services

A part les matériels qui sont déjà en place, l'hôpital a acquis d'autres matériels qui sont achetés par lui-même ou par le Ministère chargé de la Santé. Certains sont aussi obtenus avec un accord de partenariat avec des associations étrangères comme l'Association Française Madagascar de Vendée (AFMV) ou avec des pays comme le Monaco par l'intermédiaire de son consulat ou le Japon.

Achat des matériels neufs par l'hôpital lui même

Chaque année, par l'intermédiaire des fonds alloués pour l'hôpital, il peut acheter des matériels neufs. En 2011, il a acheté par lui-même des respirateurs, des compresseurs d'air médical, des tensiomètres, des monitorings, des aspirateurs chirurgicaux, des boîtes chirurgicales.

Achats par le Ministère chargé de la Santé

A part le budget octroyé pour l'hôpital, le Ministère aide aussi ce dernier à obtenir des matériels. Pour l'année 2011, il a acheté une radiographie numérique, des tensiomètres et des consommables.

❖ Les matériels reconditionnés

D'autres manières peuvent se présenter pour acquérir des matériels, c'est à dire des matériels reconditionnés venant des cliniques ou des hôpitaux étrangers.

Le CHUA/HUJRA est en coopération avec l'AFMV pour l'obtention des différents matériels qui sont gratuits mais seul le dédouanement est à la charge de l'hôpital. Ces matériels sont les chariots, les tables d'examen, des glucomètres, des livres pour la bibliothèque.

Le Consulat de Monaco fait aussi de même, en 2011, il a permis à l'hôpital d'obtenir un scialytique.

L'association japonaise BURMAS a aussi permis à l'hôpital d'alléger les coûts de l'oxygène en payant une partie ainsi que des panneaux indicateurs qui facilitent les directions des patients pour aller vers tel ou tel service.

b- La gratuité des soins et le recouvrement des coûts

Le principal but de l'hôpital est d'améliorer la qualité de soins mais cela se réalise avec plusieurs contraintes auxquels les professionnels de santé doivent faire face. Au niveau financier, les personnels prennent en compte la situation financière des patients mais par contre cela engendre une perte de temps.

Presque tous les patients espèrent de l'hôpital que les soins dispensés soient gratuits et croient pouvoir ne rien dépenser.

La gratuité des soins consiste à alléger les problèmes sociaux et elle présente des coûts énormes.

i. Qui recouvrent alors ces coûts ?

L'Etat par l'intermédiaire du Ministère chargée de la santé qui mène des programmes pour subventionner les démunis. L'aide de l'Etat peut aussi se voir à travers le fond d'équité en médicament et SALAMA.

Par l'hôpital lui-même grâce à ses propres fonds qui sont obtenus à partir des loyers donnés par les entreprises (comme l'Homéopharma ou le BVF-SG), des livraisons de certificats médicales, du pourcentage sur les médicaments, des frais de consultations externes et des autres activités comme le parking.

ii. Qui bénéficient de la gratuité des soins

En général, les soins dispensés sont gratuits mais ce sont les médicaments, les actes opératoires, les analyses ainsi que les consultations externes qui sont payants.

L'hôpital subventionne alors des catégories de gens dits démunis, ils peuvent être temporels ou éternels. Mais avant que les professionnels de santé procèdent à une subvention, une étude de la situation du patient par le service social est effectuée. Les démunis temporels s'engage avec l'hôpital à payer les factures dans un délai après son hospitalisation tandis que les

démunis éternel sont des cas sociaux où tous sont gratuits ; pour ces derniers, ce sont les médecins qui assurent tout (les médicaments, les matériels...).

c- La qualité du point de vue de l'accueil

La qualité de soins se voit dès que les patients arrivent à l'hôpital c'est-à-dire dès l'accueil soit de l'hôpital même ou dans les différents services. Les patients obtiennent toutes les informations qu'ils veulent à l'accueil.

L'accueil représente la première image de l'hôpital par les patients et cette image dépend de différents facteurs comme la relation des personnels avec les patients et les infrastructures de l'hôpital.

3. Cas du service d'ophtalmologie

Le service d'ophtalmologie du CHU/HUJRA est un service de spécialité chirurgicale qui a une structure particulière parmi tous les services qui sont rattachés à l'hôpital. Cette particularité est remarquée surtout sur le mode de tarification qu'il s'agit des consultations externes ou l'hospitalisation.

A. Organisation du service

Le service d'ophtalmologie ¹est composé :

- de 25 lits dont 4 se trouvent dans les salles payantes,
- d'un bloc opératoire ;
- des box de consultations externes
- un box d'urgences
- une salle pour les explorations fonctionnelles c'est-à-dire de l'Angiographie², du champ visuel et de la biométrie oculaire.
- une salle pour le traitement au LASER(rétinopathie diabétique et de la cataracte secondaire).

Du point de vue des offreurs de soins, le service est muni de :

- quatre ophtalmologistes composés de chirurgien pédiatrique, de spécialistes en plastie et en rétine,
- quatre diplômés en chirurgie oculaire essentiel,
- un médecin généraliste,
- cinq infirmiers,
- deux secrétaires,
- trois agents de surface.

Ce sont les quatre premiers types de personnel qui assurent les prestations de soins dans le service.

¹ Données obtenues au moment de l'entretien.

² Angiographie : radiographie des artères, des veines ou des vaisseaux lymphatiques rendus opaques par l'injection d'un produit de contraste

B. Le fonctionnement du service

a- Les activités réalisées dans le service

Ces activités sont :

- i. Les consultations externes qui concernent les pathologies oculaires et les prescriptions de lunettes
- ii. Les urgences
- iii. La microchirurgie (opérations sous microscope). Dans cette chirurgie, il y a :
 - l'opération de la cataracte qui est en partenariat avec le Lions Sight First Madagascar qui assure les consommables des patients (collyre, fil, implants intraoculaires,..)
 - la chirurgie programmée
 - les urgences chirurgicales
- iv. Les visites des malades hospitalisés
- v. L'Angiographie
- vi. Le traitement rétinopathie diabétique et de la cataracte secondaire au Laser.

A part ces activités, le service peut procéder à une évacuation chirurgicale comme la chirurgie vitréo-rétine qui est pratiquée à l'île Maurice.

b- Le mode de tarification

Dans le CHU HJRA, seul ce service pratique une tarification nette et cela dépend du type d'activité ou d'acte opératoire.

a. Selon le type d'activité

Chaque activité pratiquée par le service est soumise à un ASP ou Avis de Sommes à Payer mais le montant varie selon le type d'acte. L'ASP est connu par la cession et comprend un pourcentage contribuant au développement de l'hôpital. Le tableau suivant illustre quelques tarifications.

Tableau 12 : La tarification du service d'ophtalmologie selon les activités

Type d'activité	Montant
Consultation externes : <ul style="list-style-type: none">– Gratuites :– payantes :	Sur rendez vous <ul style="list-style-type: none">– 15 000 Ariary si spécialiste– Et 10 000 Ariary si généraliste
Opération cataracte	Environ 120 000 Ariary payé par le LSFM
Angiographie	15 000 Ariary
Laser	40 000 Ariary par séance
Hospitalisation <ul style="list-style-type: none">– Salle gratuite– Salle payante	Gratuites 2 400 Ariary par jour

Source : Service d'ophtalmologie 2011

REMARQUES :

-Avant 2009, les consultations externes avec une tarification n'étaient pas autorisées mais suite à une demande du service, elles sont maintenant pratiquées avec une fixation des montants à payer par les patients à chaque acte. Dans ces sommes, il y a un pourcentage qui est versé pour l'hôpital.

-Comme tout paiement effectué dans l'hôpital, les patients paient les frais de consultation à la cession et c'est ce paiement qui diffère le service d'ophtalmologie des autres services.

Cette évolution¹ concernant les tarifications des consultations externes a pour but d'éviter les bruits qui courent sur la corruption dans ce service.

-Les consultations externes se font tous les jours ouvrables et les rendez-vous se prennent quelques jours (2jours ou à une semaine) avant la consultation. Celles qui sont payantes concernent les gens qui sont prêts à payer et ils sont directement reçus par le professionnel de santé lors de leur arrivée à l'hôpital en faisant la queue avec ceux qui y sont déjà.

-L'opération cataracte se fait avec le Lions Sight First Madagascar qui paye presque la totalité des dépenses lors de l'opération.

b. Selon l'acte chirurgical

Les coûts des actes chirurgicaux varient selon les catégories des patients, qu'ils soient indigent, ou appartenant au grand public ou pris en charge :

- pour les indigents, les actes chirurgicaux sont gratuits
- pour le grand public, ils varient de 5000 Ariary à 20 000 Ariary ;
- pour les personnes qui sont sous contrat avec des entreprises en partenariat avec l'hôpital et les fonctionnaires, ils vont de 10 000 Ariary à 40 000Ariary.

Il est ici nécessaire d'évoquer que les coûts des actes pour les personnes prises en charge sont le double de ceux du public.

c- Les partenaires

Le service d'ophtalmologie exerce ses activités avec plusieurs partenaires comme le Ministère chargé de la Santé, le Lions Sight First Madagascar, Le CBM, l'Université de Leeds.

- a. Le Ministère chargé de la Santé
Il joue un rôle de coordonnateur des activités ophtalmologiques à Madagascar.
- b. Le Lions Sight First Madagascar : qui prend en charge les patients qui vont suivre une opération de la cataracte.
Non seulement il aide ces types de patients mais motive aussi les personnels (médecin et paramédicaux) avec des indemnités d'environ 9 000Ariary par patient opéré et par personnel ; il verse aussi 1 000 Ariary par patient opéré pour l'hôpital.
- c. Le CBM ou Christoph Blindness Mission

¹ Affirmé par le Chef de Service d'ophtalmologie.

- d. L'Université de Leeds en Angleterre permettant au médecin et au paramédicaux d'obtenir des formations sous forme de bourses extérieures mais aussi au service d'acquérir des matériels (par don ou par participation à l'achat des matériels techniques indispensables ainsi que des logiciels)
- e. KCCO en Tanzanie
Elle donne aussi des formations au personnel de santé et des matériels pour le service.

d- Les défaillances du service

Le service d'ophtalmologie évacue sanitaire des patients pour des actes qui ne peuvent pas être réalisés à l'hôpital faute d'équipements disponibles et de matières consommables qui sont très coûteux.

Il y a aussi des médicaments que seuls les médecins ou les spécialistes possèdent et donc les patients sont obligés de les acheter auprès d'eux si ces médicaments sont indispensables à leurs traitements.

Puisque les matériels techniques dans le service d'ophtalmologie figurent parmi les matériels les plus coûteux, cela marque l'insuffisance de ces derniers d'où un matériel peut être utilisé par plusieurs personnels de santé et cela peut avoir des impacts sur la qualité des soins offerts.

CHAPITRE III

ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS

I. Les points forts de l'hôpital

Même si le CHUA/HUJRA est situé dans un pays en développement, il présente des points forts qui le conduisent à améliorer son fonctionnement et surtout la qualité des soins. Ainsi, on peut citer quelques faits tels que la disposition de plusieurs personnels qualifiés qui assurent l'offre proprement dite, les encadrements des étudiants ainsi que les recherches. A part cela, il bénéficie aussi des avantages des accords de partenariat qu'il contracte.

1. La disposition de personnels qualifiés

C'est dans cet hôpital que sont concentrés les professionnels de santé les plus qualifiés du pays. En 2011, ils comptent 44 médecins spécialistes et 16 professeurs de spécialités diverses et sont répartis dans les différents services de l'hôpital même. Ces professionnels assurent l'encadrement cliniques et para-cliniques des étudiants en médecine et les paramédicaux.

A part les personnels de santé en place, pendant l'année universitaire, les étudiants de la faculté de médecine à partir de la deuxième année, ainsi que les paramédicaux venant des établissements publics ou privés qui sont en partenariat avec le CHUA/HUJRA effectuent leur stages ou font du bénévolat dans les différents services donc ces derniers présentent des potentialités humaines de l'hôpital.

2. Les avantages obtenus par l'intermédiaire du partenariat

Par l'intermédiaire des partenaires, nationaux ou internationaux, l'hôpital peut disposer de certains avantages comme les formations des personnels, les acquisitions de matériels de haute technologie ainsi que des médicaments.

Les formations obtenues conduisent à une meilleure compétence des personnels de santé.

II. Les problèmes et critiques sur l'offre de soins de l'hôpital

Nombreux sont les problèmes que l'hôpital rencontre, ceux-ci sont vus à travers les personnels de santé, les infrastructures, les soins offerts et la disponibilité financière de l'hôpital.

1. Les problèmes relatifs aux personnels de santé

a- Manque de personnel

L'insuffisance de personnel persiste dans le CHUA/HUJRA pour assurer les soins. Ce manque de personnels se voit surtout sur les effectifs des infirmiers¹ ; selon les normes, 9

¹ Voir Annexe III

infirmiers doivent s'organiser en 3 groupes pour faire une rotation de huit heures par jour à chacun. Or, dans plusieurs services il n'y a que trois infirmiers au plus qui doivent en assurer 24 heures de travail chacun. Cette situation est surtout remarquée pendant les vacances des étudiants en médecine mais même si ces derniers effectuent leurs stages, ils ne peuvent pas totalement assurer la totalité des prestations de services.

b- Absence de motivation des personnels

Même s'il y a les primes dits intéressements donnés à chaque personnel, leur manque de motivation existe à cause de l'insuffisance de ces derniers. Ces sommes étant obtenues à partir des recettes dégagées par l'hôpital lui-même.

Ce qui démotive aussi les personnels est l'insuffisance des matériels techniques utilisés dans les services.

Ce problème a des impacts sur les réalisations des actes tant qu'au niveau opératoire ou des consultations des patients donc a des conséquences néfastes sur la qualité de soins.

c- Chevauchement des fonctions

Ce problème concerne surtout les personnels qualifiés tel que les Professeurs, en fait ils occupent à la fois des fonctions administratives et techniques. A titre d'exemple, un professeur est à la fois un Directeur et puis un Chef de service. En plus de cela, il s'occupe aussi des consultations externes des patients. Cela est aussi en relation avec le manque de personnels destinés à exercer dans les services administratifs et pour d'autre raison que les professionnels de santé n'acceptent pas en quelque sorte que d'autres techniciens spécialisés dans ce domaine y entrent.

2. *Problème relatifs à la qualité des soins*

La qualité des soins se voit à partir de différents indicateurs hospitaliers tel que le taux de mortalité qui est obtenu par le nombre de patients décédés par rapport au nombre de patients entrants à l'hôpital pendant une période déterminée. A part cela, il y a la durée moyenne de séjour qui permet de qualifier le professionnalisme donc la qualité des soins offerts et enfin le taux d'occupation moyen des lits.

Les tableaux ci-après montrent l'évolution de ces indicateurs dans chaque service.

Tableau 13 : Evolution de quelques indicateurs en marquant la qualité de soins¹

Indicateurs	Année	2006	2007	2008	2009	2010
Taux d'occupation moyen de lit		52,00	50,00	48,00	47,00	41,27
Taux de mortalité		4,22	4,64	4,50	3,86	4,59
Durée moyenne de séjour		6,60	6,80	6,57	5,25	4,42

Source : rapport d'activité du CHUA/HUJRA 2006-2010

¹ Le taux d'occupation de lit et le taux de mortalité sont donnés en pourcentage tandis que la durée moyenne de séjour est en nombre de jour d'hospitalisations.

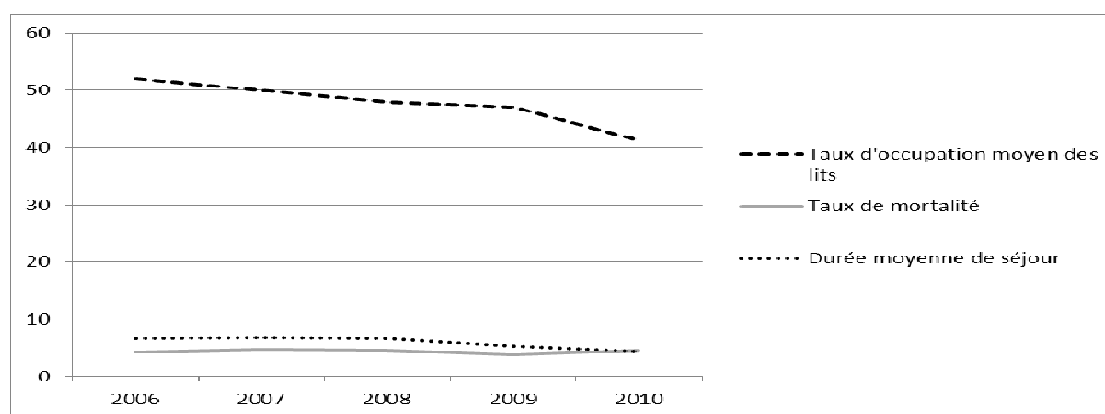


Figure 6 : Evolution de quelques indicateurs

Le taux de mortalité dans l'hôpital indique l'efficacité des soins dispensés à l'hôpital, cet indicateur a bien connu une évolution, en 2007, il a connu un pourcentage le plus élevé de 4,64 % pendant les 5 années d'études c'est-à-dire que cette année par rapport aux autres a connu une inefficacité des soins offerts par l'hôpital. Le taux le plus bas est celui de l'année 2009 avec 3,86% malgré la crise qui a frappé tous les secteurs. Ce dernier montre alors une meilleure efficacité par rapport aux autres années.

La durée moyenne de séjour marque le professionnalisme des personnels de santé ainsi que la pertinence. Depuis 2006, il y a une tendance à la baisse sauf en 2007, la durée a augmenté en moyenne de 0,2 jour. Cela montre que les personnels font de leur mieux pour ne pas prolonger la durée d'hospitalisation des patients en utilisant les moyens mis à leur disposition.

Cet indicateur est aussi lié au taux d'occupation moyen des lits indiquant la productivité des soins offerts. Ce taux connaît une diminution de 2006 avec 52% des lits occupés en moyenne à 2010 avec un pourcentage de 41,27 %.

3. Les problèmes relatifs aux consultations externes

Etant donné que le CHUA/HUJRA fait partie des grands hôpitaux de Madagascar, les tarifications des actes ne sont pas encore structurées et plus particulièrement ceux des consultations externes.

La structuration des consultations externes n'est pas encore mise en place sauf celui du service d'ophtalmologie.

A part cela, suivant les règles de l'hôpital, ces consultations externes doivent se faire à l'après midi et les activités opératoires le matin ; or certains personnels de santé ne respectent pas cela et reçoivent encore des patients le matin.

Normalement, les professionnels de santé doivent déclarer à l'administration les statistiques des consultations externes, mais en réalité ils y sont réticents et ne déclarent pas leurs activités. Cela, évidemment à cause des coûts de consultations qu'ils imposent aux patients c'est-à-dire que lorsqu'ils les déclarent, ils sont censés de verser une partie des sommes obtenues pour l'hôpital. Cette non déclaration engendre la non fiabilité des statistiques concernant les consultations externes ainsi que l'existence de la corruption entre le médecin et les patients...

4. Les problèmes liés aux infrastructures et les consommables

Même s'il y a les aides des partenaires pour l'acquisition des matériels et des équipements, leur insuffisance persiste encore. A titre d'exemple, les patients qui sont dans le coma doivent avoir chacun un respiratoire or dans la réalité, ce matériel ne se trouve que dans les blocs opératoires et dans les réanimations.

L'insuffisance des maintenances et des réparations des matériels endommagés aggravent cela faute de ressources financières et de techniciens spécialistes au niveau local.

5. Disponibilité financière de l'hôpital

Le CHUA/HUJRA n'est pas encore en mesure de se contenter de ses ressources propres. C'est pour cela que l'Etat se charge de la plus grande partie des ressources utilisées par l'intermédiaire du Ministère chargée de la Santé. En plus de celle-ci, les partenariats font partie des sources de financement de l'hôpital aussi. Mais, même s'il y a ces sources de financement, la situation financière de l'hôpital est encore critique.

La priorisation de l'Etat est concentrée dans le financement des centres de santé de base, d'où la part donnée pour les hôpitaux et en particulier pour le CHUA/HUJRA est moindre par rapport aux premiers.

Cette manque de ressources a alors des conséquences néfastes pour la réalisation des actes. A titre d'exemple, en plus, $\frac{3}{4}$ du budget de l'hôpital est consacré à l'achat des matières consommables comme l'oxygène qui est vraiment indispensable pour presque tous les actes.

Par ce problème de financement, la gratuité des actes n'est pas possible pour l'hôpital car il a besoin des patients pour constituer une source de financement.

Puisque le CHUA/HUJRA est situé dans un pays en développement, tous ces problèmes sont liés au niveau de développement du pays et que les priorisations restent encore à discuter.

Pour ces différents problèmes évoqués, des suggestions pour y remédier peuvent être avancées.

III. Suggestions

Les suggestions apportées concernent la tarification dans l'hôpital, la protection sociale et l'engagement de l'Etat vis-à-vis des patients, la stimulation de la motivation des matériels.

1. Recouvrement des coûts par la structuration de la tarification

La structuration de la tarification est indispensable pour l'hôpital pour assurer un meilleur fonctionnement et même pour éradiquer l'insuffisance des ressources. Pour ce dernier la participation des usagers s'avère importante. En plus, les recettes, qu'on peut dégager à partir de la tarification permettent d'investir dans la formation des personnels, l'organisation des services, à la qualité de l'équipement, donc peuvent avoir un impact sur la qualité des soins.

D'après l'ACODESS¹, l'organisation du recouvrement des coûts hospitaliers dépend de la dimension des établissements ainsi que de leur localisation géographique. Comme le CHUA/HUJRA fait partie des grands hôpitaux de Madagascar et qu'il se situe dans la capitale, les recouvrements des coûts doit être fait au forfait et à la prestation.

Le recouvrement des coûts au forfait est parfaitement adaptable à un hôpital universitaire du fait de sa dimension, cela facilite l'organisation de chaque service permet d'établir un prix unique pour toutes les consultations.

Le recouvrement à la prestation permet à l'hôpital d'avoir une comptabilité analytique permettant une transparence.

Par ces tarifications, les patients connaissent d'avance les sommes qu'ils doivent payer lors de leur séjour ou de leur consultation à l'hôpital et peuvent donc prendre les dispositions qui s'imposent.

2. Renforcement de la protection sociale et engagement de l'Etat vis-à-vis des patients

A part ces recouvrements, pour respecter l'équité, une autre solution est aussi envisageable comme le renforcement de l'assurance sociale qui prend en charge une catégorie de malades. Ces derniers doivent être à la charge de l'Etat et doivent être l'objet d'étude spécifique pour pouvoir remplacer la gratuité des actes ou la prise en charges faits par les médecins.

Les dépenses publiques relatives à la santé et plus précisément pour l'hôpital doivent être augmentées pour que l'objectif d'équité et d'égalité soit atteint. Ainsi une révision de la priorisation des objectifs doit être faite par le Ministère chargé de la santé voir le gouvernement tout entier, l'Etat.

3. Stimulation de la motivation des personnels

Une fois que l'hôpital acquiert des bénéfices par le système de recouvrement par la tarification, les intéressements ainsi que les avantages alloués au personnel augmenteront et cela aura des impacts sur l'amélioration de la qualité de soins.

4. Les solutions relatives aux manques de matériels

Premièrement l'hôpital doit former des techniciens qui soient capable d'assurer la maintenance et les réparations des matériels endommagés.

La procédure administrative sur l'acquisition de matériels doit être allégée par l'Etat pour faciliter les achats.

Ces suggestions peuvent être réalisées dans les grands hôpitaux nationaux ou régionaux où les différents problèmes définis ci-dessus persistent mais elles requièrent des conditions selon le contexte ou le pays se trouve ; comme Madagascar est encore dans une situation de crise qui frappent tous les secteurs, il est un peu difficile pour lui de s'engager dans ces solutions.

¹ La place de l'hôpital en Afrique, le recouvrement des coûts hospitaliers, page 242.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

On peut donc dire que les différents facteurs : personnels de santé, infrastructures et facteurs culturels comme le niveau de développement ont une influence considérable sur les soins dispensés pour les patients. Mais ce qui influe le plus c'est le niveau de développement. Puisque Madagascar fait partie des pays en développement, comme ce nom l'indique, cela nous met dans une situation de carences et que les objectifs de développement sont plutôt axés vers la demande de santé c'est-à-dire sur une catégorie de personnes qui a besoin le plus de prise en charge ainsi qu'une offre de soins primaires. Le CHUA/HUJRA est donc en situation d'*underuse*, cela a des conséquences sur la situation sanitaire en général et en particulier sur l'offre de soins hospitaliers à Madagascar.

CONCLUSION

Les études que nous avons effectuées sur l'hôpital nous a montré qu'il a pour principal objectif de combiner la quantité et la qualité de soins et cela se fait par un recouvrement des coûts par les patients .Ce denier est évident dans les pays développés même avec une importante prise en charge des patients mais il semble contestable dans les pays en développement comme Madagascar avec une protection sociale très faible.

Dans presque tous les pays en développement, la situation d' « *underuse* » est omniprésente dans les composantes du système de santé et cela conduit à la non performance même de certains centres et en particulier l'hôpital public malgré l'aide de l'Etat. La relation entre le niveau de développement et les obstacles activant la non performance de l'Offre de soins et le pérennité de ces soins peut être traduite par la demande des patients d'une gratuité de soins. Pour ceux-ci, cette gratuité se traduit par un « zéro dépense » c'est-à-dire « ne rien payer » lorsqu'ils vont aux centres de santé .Et même s'il s'agit du secteur public où il y a la participation de l'Etat, cette attente ne peut être satisfaite faute de financements et de priorités d'objectifs sur la répartition du budget d'où la défaillance de l'Etat sur les prises en charge des patients et sur sa responsabilité dans les centres de santé .

A part cela, les manques d'infrastructures, des personnels sanitaires travaillant au sein de l'hôpital et des moyens financiers conduisent aussi au centre et plus précisément les prestataires de soins qui y sont déjà, au fait de ne pas assurer une qualité de soins suffisante.

Malgré les limites de la recherche effectuée comme la non disponibilité et la non fiabilité de certaines données, l'insuffisance des recherches exploitables dans ce domaine, on a quand même pu constater que les hôpitaux publics comme le CHUA/HUJRA, qui est à la fois un centre de soins et de recherche, n'arrivent pas encore à recouvrir leur coûts eux-mêmes d'où le recours à des partenariats étrangers pour pallier aux manques. En plus, la tarification de tous les actes, pour éviter les pertes, est aussi nécessaire pour un hôpital afin de recouvrir ses coûts et d'assurer une certaines qualités des soins dispensées aux patients. Une autonomie de chaque direction est aussi envisageable pour un bon fonctionnement en évitant les chevauchements des tâches dans les services techniques et administratifs.

Liste des tableaux

Tableau1 : Tableau de stackelberg	9
Tableau 2 : Comparaison des indicateurs de base de developpement.....	37
Tableau 3 : Categories de personnel et fonctions des differentes structures sanitaires.....	39
Tableau 4 : Combres des formations sanitaires en 2008.....	39
Tableau 5 : Charge demographique en ressources humaines et infrastructures	40
Tableau 6 : Evolution des effectifs du personnel de sante du secteur public par categorie	41
Tableau 7 : Repartition et taux d'occupation moyen des lits par service	47
Tableau 8 : Repartition des lits selon les categories en 2010	48
Tableau 9 : Les types de personnel de sante selon leur niveau d'etude et leur qualification	49
Tableau 10 : Nomenclature des materiels	51
Tableau 11 :L'evolution de quelques descripteurs hospitaliers	54
Tableau 12 : La tarification du service d'ophtalmologie selon les activites	57
Tableau 13 : Evolution de quelques indicateurs marquants la qualite de soins	61

Liste des figures

Figure 1 : L'équilibre entre l'offre et la demande.....	9
Figure 2 :L'interdependance des 3 acteurs	12
Figure 3-a : Courbes de demande	13
Figure 3-b : Courbes de cout moyen.....	14
Figure 4 : Combinaisons d'équilibre de quantite et de qualite.....	14
Figure 5 : Courbes d'indifference pour la qualite et la quantite	15
Figure 6 : Evolution de quelques indicateurs	62

BIBLIOGRAPHIE

- ACODESS (Association pour la Coopération et le Développement des Structures Sanitaires) (1980). La place et le rôle de l'hôpital en Afrique, recueil des actes de journées internationales d'Abidjan, 6-7-8 Juin 1980.
- (T.)BARNAY, BEJEAN(S). Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance .REVUE ECONOMIQUE 2009/03 Vol : 60, N°2, 2009, Pages 233-237.
- (D).BERTRAND Approche conceptuelle de la qualité des soins, Accréditation et qualité des soins hospitaliers. ADSP n°35, Paris, Juin 2001,78 pages.
- (S.)CHAMBARETAUD, L. HARTMANN. économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles. Presses de Sciences Po / Revue de l'OFCE 2004/ 4, N°91, 2004, pages 235-268.
- (M.)DUPONT, F.SALAUN, L'assistance publique-hôpitaux de Paris. Ed PUF, Que sais-je ? 1999 ,126pages.
- (M.) GODFRYD. Textes de droit hospitalier. Ed PUF, Que sais-je ? France, 1997,127 pages
- INSTAT, Annuaire statistique 2009
- Ministère chargé de la Santé .Politique Nationale de la Santé 2005
- Ministère chargé de la Santé .Réforme hospitalière 2007
- Ministère chargé de la Santé, Compte National de Santé 2003.
- Ministère chargé de la Santé. Etudes sur l'humanisation de l'hôpital à Madagascar : proposition d'une stratégie nationale pour l'amélioration de l'accueil de l'hôpital, septembre 2007, 90pages.
- Ministère chargé de la Santé. Loi n°2011-002 portant Code de la Santé.
- OMS Economie de la santé : choix de textes de l'OMS. (1994).
- (E.) PHELPS, Les fondements de l'économie de la santé, NOUVEAUX HORIZONS, PUBLI UNION, 1995, 267pages
- (M.)Pierre, JP Foirry .Le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé, bilan et perspective. Collection RAPPORTS D'ETUDE, Ministère des affaires étrangères, 1999,149 pages.
- PNUD. Rapport sur le développement humain 2010.
- Rapport d'activité du CHU JRA 2006-2010.
- (B.N)RICHARD, Expérimentation du recouvrement des coûts en milieu hospitalier malgache. L'HARMATTAN, 2005,164pages.
- (B.N.)RICHARD, Hôpitaux et système de soins de santé à Madagascar. L'HARMATTAN.2005
- (B.N)RICHARD, Monographie de la sécurité sociale malgache. Edition SME, 2004, 101pages.
- (L.) ROCHE, J.SABATINI et R.SERANGE .F .L'économie de la santé. Ed PUF, Que sais-je ? 1982 ,128 pages.
- (A.)SEN, Santé et développement BULLETIN DE L'OMS, la revue internationale de santé publique, recueil d'articles n°2 ; 2000, pages18-23.

- (A.)SILEM, Introduction à l'analyse économique, ARMAND COLIN, 3ème édition. COLLECTION CURSUS, série économie, 1997,190 pages.

ANNEXES

Listes des annexes

ANNEXE I : Sommaire des indicateurs CNS de Madagascar en 2003.....	II
ANNEXE II : Questionnaire d’entretien auprès de quelques chefs de service en vue d’obtenir des données qualitatives.....	IV
ANNEXE III : Les personnels travaillant dans les services techniques du CHU/HUJRA.....	V
ANNEXE IV : Organigramme de la direction technique du CHUA/HUJRA.....	VII
ANNEXE V : : Organigramme de la direction administrative du CHUA/HUJRA.....	VIII

ANNEXE I : Sommaire des indicateurs CNS de Madagascar en 2003

Indicateurs économiques généraux	
Population	16 441 000
PIB (nominal)	33 893 milliards FMG (5,6 milliards \$US47)
PIB par tête	2 101 060 FMG (339 \$US)
Indicateurs CNS généraux	
Dépenses totales de santé	1 191,2 milliards FMG (196 millions \$US)
DTS en pourcentage du PIB	3.5%
Dépenses de santé par tête	72 454 FMG (11,9 \$US)
Dépenses de santé par tête, par le Gouvernement Central	16 869 FMG (2,78 \$US)
Dépenses de santé par tête par les bailleurs de fonds	26 699 FMG (4,40 \$US)
Sources de fonds (en pourcentage des DTS)	
Fonds publics	32%
Fonds privés	31%
Reste du Monde	37%
Agents de financement (en pourcentage des DTS)	
Secteur public	55%
Secteur privé	40%
Reste du Monde	5%
Dépenses des ménages	
Dépenses totales des ménages en santé	235 074 millions FMG (38,7 millions \$US)
Versements directs des ménages	227 163 millions FMG (37,4 millions \$US)

Dépenses totales des ménages en % des DTS	20%
Versements directs des ménages par tête	13 816,8 FMG (2,2 US\$)
Prestataires (en pourcentage des DTS)	
Prestataires du secteur public	67%
Prestataires du secteur privé	28%
Autres prestataires non identifiés	5%
Fonctions (en pourcentage des DTS)	
Soins hospitaliers	7%
Soins ambulatoires	28%
Médicaments	20%
Programmes de prévention et de santé publique	28%
Administration de la santé	10%
Investissement en capital	7%

Sources : Comptes CNS 2003 ; INSTAT

ANNEXE II : Questionnaire d'entretien auprès de quelques chefs de service en vue d'obtenir des données qualitatives

1. Comment se trouvent les états des matériels techniques utilisés dans le service ?
2. Quels sont les problèmes fréquemment rencontrés au niveau des personnels et des activités techniques offertes aux patients ?
3. Les personnels de santé suffisent-ils à offrir des soins aux patients (avec ou sans les étudiants stagiaires)
4. Avis sur la gratuité des soins :
 - a. Est-ce qu'elle assure la qualité des soins offerts ?
 - b. Est-ce qu'elle motive les personnels de santé ?
5. Est-ce qu'il y a des mesures prises concernant les patients hospitalisés qui se trouvent dans une situation d'insuffisance de revenu où il ne peut pas se munir des médicaments ou des matières consommables indispensables à leur traitement ou à leur opération ?
6. Est-ce qu'il y a une structure générale des consultations externes ?

ANNEXE III : LES PERSONNELS TRAVAILLANT DANS LES SERVICES TECHNIQUES

services techniques	R C2	RC1	C tho	Car vasc	San repr	med prev	apti	Visc B	Visc A	uroB	uroA	Urg med	Urg chi	Tra D	traB	Tra A	Reed fonc		Rea nep	q o	total	
Professionnels agrées			1		1			1	1	1									1		6	
Médecins spécialistes	2	2		1	1			1	2	1	1	5	5				5			1	27	
Médecin généralistes	4	3		1	1	2	6	2	4	2	1	4	24	2	1	1	2		3		63	
Réalisateur adjoints et sage femmes	6	7	5	3	4			4	4	1	2	2	13	4	2	3	12		3	7	82	
Infirmier	3	1		1		1		1	2	3	2	3	8	1	2	1	8		3	1	41	
employé d'administration							2	1	1	1					1		1			2	9	
ELD		1		1						1									2	12	17	
Bénévole	2	3	3		1				2	1	1	1	11		1	1	1			2	30	
Concepteur																					0	
Employé de service		3	2	1			1	2		1	1	4	8	1	1	3	2		2	1	33	
opérateur													3						1		4	
Agent contractuel	1							1	1		1		2							12	18	
Technicien supérieur															1						1	
Aide sanitaire														1							1	
Encadreur	1											1	2								4	
ECD	1			1									4	1							7	
réalisateur													1							3	4	
masso kiné																	1				1	
Assistant de service															1		1				2	
total	20	20	11	10	7	3	9	13	17	12	9	20	81	10	10	9	33		15	41	350	350

(Suite page suivante)

ANNEXE III(Suite)

services techniques	ori	opht	onco	Neuro c	ped	parasi	Micro	immuno	Im med	hemato	Cyto	biochimie	anatomie	banque	Bio med	labo	cempa	embryo	prel	endo		
Professionnels agreges			1		2			1	1	1						1					7	
Medecins specialistes	3	4			1			2	1			1	1	4			1				18	
Médecin généralistes	6	5	9		6	3	3	3	1	6				7					1	1	51	
Realisateur adjoints et sage femmes	1	2	9		4	3		1		9	1	2	2	2	7	2		2			47	
Infirmier	3	3	3			1		2	2	2	1				1				1		19	
employé d'administration					1				4		2	1	2	1	1	6	1		1		20	
ELD	1		1		1	1		2				2			1						9	
Bénévole	2		2		2	1		2			1			1		1	1				13	
Concepteur			1										1		1				1		4	
Employé de service	2	3	4		1	1	1	1	2	1	2	1	1		3			1			24	
opérateur			1		1			1						1	1					1	6	
Agent contractuel	1	1	1							1	1					2			1	1	9	
Technicien supérieur											1				1	2					4	
Aide sanitaire													1								1	
Encadreur		1				1					1	1	1			2					7	
ECD							1		1	2										1	5	
réalisateur							1														1	
Assistant de service											1										1	
Secret cont			1							1						1					3	
Attaché de planification															1						1	
preparateur labo																			1		1	
total	19	19	33		17	13	6	14	12	23	12	5	11	6	28	16	3	1	4	5	4	251

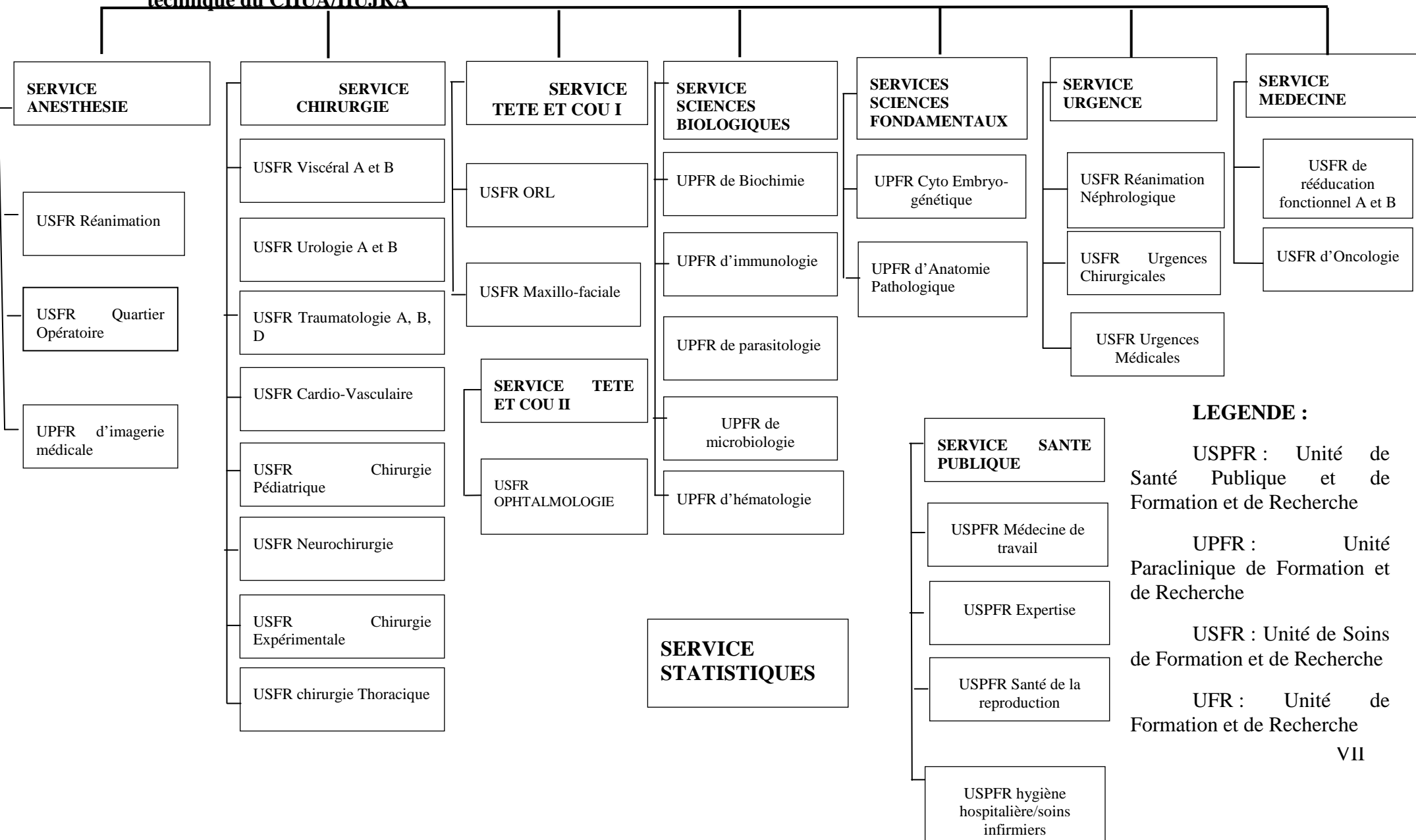
Le total général des personnels travaillant dans les services est de 601

source : service de Ressources Humaines du CHUA/HUJRA

ANNEXE IV Organigramme de la direction

DIRECTION TECHNIQUE

technique du CHUA/HUIRA



LEGENDE :

USPFR : Unité de Santé Publique et de Formation et de Recherche

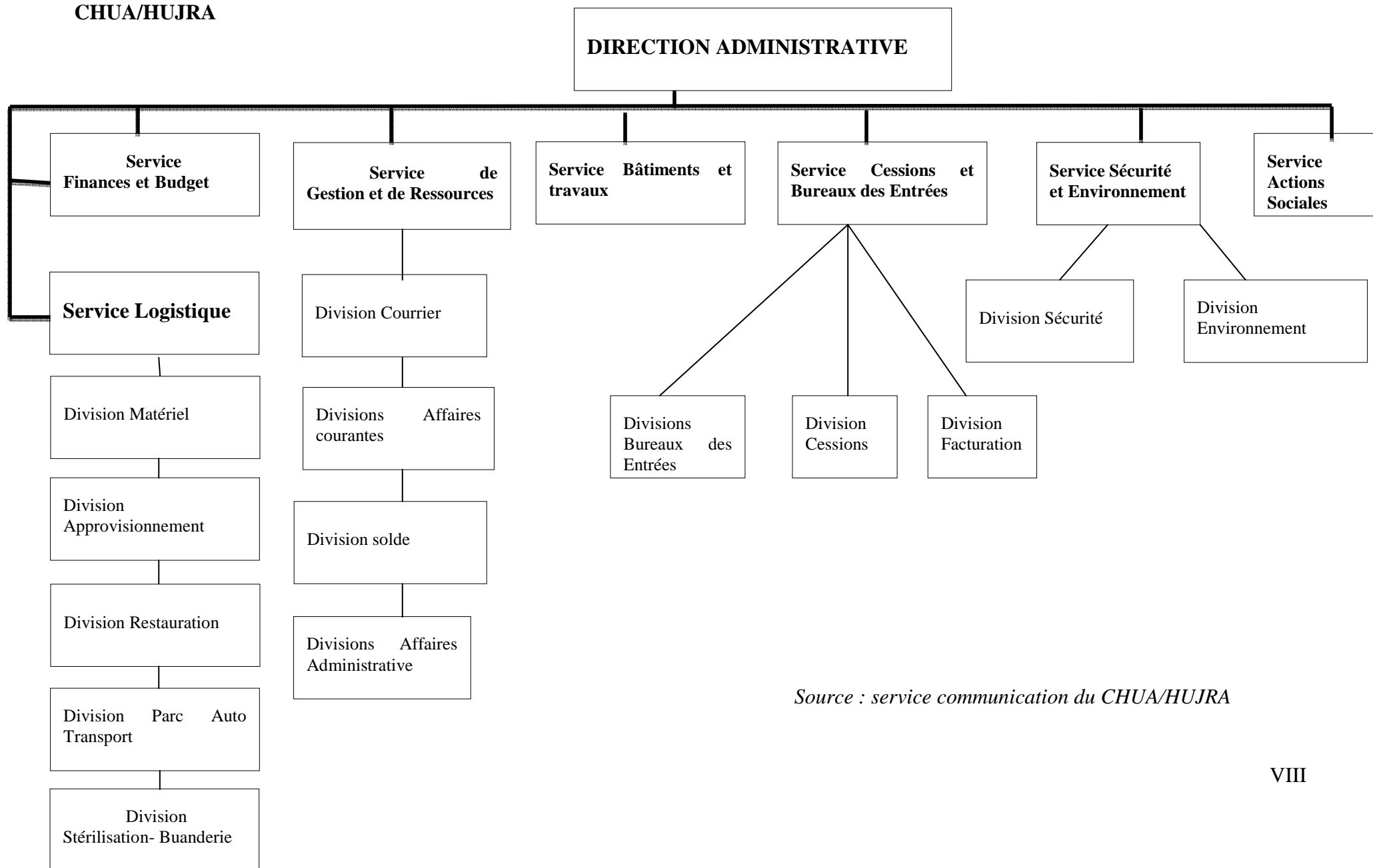
UPFR : Unité Paraclinique de Formation et de Recherche

USFR : Unité de Soins de Formation et de Recherche

UFR : Unité de Formation et de Recherche

ANNEXE V : Organigramme de la direction administrative du

CHUA/HUJRA



Source : service communication du CHUA/HUJRA

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	3
LISTES DES ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	6
PARTIE I:L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS	
Chapitre I :La place de l'hôpital dans le système de santé.....	8
I. Etude économique de la santé	8
1. Le marché classique.....	8
2. Particularité du marché de la santé	10
3. Les hôpitaux sur le marché	11
II. Les différents types d'Offre de soins et les offreurs	16
1. Les différents types d'Offre de soins	16
2. Les offreurs de soins dans un hôpital.....	16
III. Les services hospitaliers et offre de soins à l'hôpital	17
1. Les différentes catégories d'hôpitaux publics.....	17
2. Les services hospitaliers	18
Chapitre II : Les facteurs influant l'offre de soins hospitaliers	20
I. Les facteurs démographiques et infrastructures	20
II. Les facteurs culturels.....	20
III. Le financement de l'offre hospitalière	20
1. Les sources de financement	21
2. Les modalités de paiement des services de santé.....	21
Chapitre III :La Performance de l'offre de soins hospitaliers.....	23
I. Mesure de performance.....	23
II. La qualité de l'offre de soins hospitaliers	24
1. La qualité de soins proprement dite	24
2. La qualité des soins à l'hôpital.....	26
3. Modélisation de la qualité.....	26
4. Le lien entre le volume de soins et la qualité dans les hôpitaux	27
III. Les indicateurs et descripteurs hospitaliers	29
1. Les descripteurs	29
2. Les indicateurs	30
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	31

PARTIE II: EVALUATION DE L'OFFRE HOSPITALIERE DE SOINS (CAS DU CHUA/HUJRA)

Chapitre I : Relation entre le développement d'un pays et la santé.....	33
I. Développement et santé	33
1. Les effets de la santé sur le développement socio-économique.....	33
2. Les effets du développement socio-économique sur la santé	34
II. Comment un hôpital et ses activités participent-il au développement ?	35
1. Rôles de l'hôpital	35
2. Fonctions de l'hôpital	35
III. Analyse globale de la situation sanitaire de la population malgache	36
1. Analyse de la situation.....	36
2. Offre de santé à Madagascar.....	38
Chapitre II Diagnostic du secteur hospitalier (cas du CHUA/ HUIRA).....	43
I. Présentation et fonctionnement de l'hôpital.....	43
A. Présentation de l'hôpital	43
1. Historique.....	43
2. Missions	44
3. Organisation.....	44
B. Fonctionnement de l'hôpital	46
1. Capacité hospitalière.....	46
2. Ventilation des ressources humaines par service et formation du personnel.....	48
3. Matériels et équipements	50
4. Modes de tarifications.....	51
5. Accès aux soins.....	52
6. Les médicaments.....	52
7. Organisation comptable et financière	52
II. Diagnostic du CHUA/HUIRA	53
1. Du point de vue quantitatif	53
2. Du point de vue qualitatif	54
3. Cas du service d'ophtalmologie.....	56
A. Organisation du service.....	56
B. Le fonctionnement du service.....	57
Chapitre III : Analyse de l'offre de soins.....	60
I. Les points forts de l'hôpital.....	60
1. La disposition de personnels qualifiés	60
2. Les avantages obtenus par l'intermédiaire du partenariat.....	60
II. Les problèmes et critiques sur l'offre de soins de l'hôpital.....	60
1. Les problèmes relatifs aux personnels de santé	60

2.	Problème relatifs à la qualité des soins	61
3.	Les problèmes relatifs aux consultations externes.....	62
4.	Les problèmes liés aux infrastructures et les consommables.....	63
5.	Disponibilité financière de l'hôpital	63
III.	Suggestions	63
1.	Recouvrement des coûts par la structuration de la tarification	63
2.	Renforcement de la protection sociale et engagement de l'Etat vis-à-vis des patients	64
3.	Stimulation de la motivation des personnels.....	64
4.	Les solutions relatives aux manques de matériels	64
	CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	65
	CONCLUSION.....	66
	LISTE DES TABLEAUX	67
	LISTE DES FIGURES.....	68
	BIBLIOGRAPHIE	69
	ANNEXES	I

Nom : RABOTOVAO

Prénoms : Samy Nirina Emma Ghislaine

Titre : Evaluation de l'offre hospitalière de soins dans le secteur public (Cas du CHUA/HUJRA)

Nombre de pages : 70

Tableaux : 13

Graphiques : 6

Résumé

La recherche en économie de la santé depuis les années 70 nous a permis d'étudier les théories ainsi que les modèles sur les hôpitaux. Or, dans les pays en développement, ces recherches n'ont pas encore connu leur essor. Cette étude sur l'évaluation de l'offre de soins hospitaliers nous permet donc d'identifier les obstacles qui empêchent l'hôpital à ne pas être performant du point de vue de la qualité et de la pérennité des soins. Dans une structure oligopolistique, l'offre de soins détient le moteur du marché dont l'hôpital fait partie. Ce dernier dépend surtout de deux acteurs : les personnels de santé et les patients pour assurer une qualité et une quantité de soins à un prix de la production. Les soins préventifs, curatifs et d'hospitalisation sont fournis soit par le secteur public ou privé, et notre cas est ici focalisé dans le secteur public qui est soumis au contrôle de l'Etat. Les personnels de santé, les infrastructures, le niveau de développement ainsi que le financement jouent un rôle très important sur l'offre hospitalière de soins. Ils permettent de définir la performance de l'offre du point de vue de la qualité et de l'utilité à partir de certains critères et d'indicateurs ou de descripteurs. En prenant comme cas un à Madagascar, il est important de remarquer que le développement d'un pays ainsi que la santé sont interdépendants et par la diversité de niveau de développement, la situation sanitaire de chaque pays est aussi différente. D'abord, on est situé dans un pays en développement, cette situation est encore critique et cela est aussi valable pour l'hôpital. En étant un élément fondamental d'un système de santé, l'hôpital peut contribuer au développement en participant à l'essor même de ce système et cela est aussi valable pour l'HUJRA qui est un hôpital universitaire à vocation chirurgicale. La présentation de cet hôpital ainsi que son fonctionnement permet alors de voir les différents éléments le composant, un diagnostic fait à partir de ces derniers mène à évaluer ce que l'hôpital dispose. On a alors pu constater des points positifs de l'hôpital et des problèmes pour lesquels on a pu suggérer des solutions qui sont encore difficiles à réaliser surtout dans un pays en développement où les priorités restent encore à étudier.

Mots clés : hôpital, offre, qualité, soins, underuse.

Encadreur : Professeur Blanche Nirina RICHARD

Adresse de l'auteur : Cité Universitaire Ankatso II Bloc 5 porte 7.