



Administration

Université d'Ottawa
University of Ottawa

*Thèse de Maîtrise en Administration des
Affaires (M.B.A)*

**LA REFORME DE LA GESTION
HOSPITALIERE EN TUNISIE
A LA LUMIERE DE CERTAINES
EXPERIENCES ETRANGERES**

Soutenue par Hajer KHEDHER

Sous la direction du Professeur Gilles FAQUET

© Hajer KHEDHER, Ottawa, Canada, 1996



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-612-16412-8

Canada



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

A mes parents,

DEDICACES

A mes frères Slim, Fayçal et Jalel;

A mon fiancé Sofiane;

A ma belle-soeur Dorra;

A mon adorable nièce Meriem;

A mon oncle Nouredine et à sa femme Meherzia;

Aux familles Khedher, Kennou et Ouinniche;

en témoignage de mon profond amour.

A mes deux meilleures copines tunisiennes au Canada.

A tous ceux qui m'aiment en Tunisie et qui ont partagé mes succès.

Special thanks to all my friends in Marchand Residence -8th and 9th floor-.

REMERCIEMENTS

Toute ma gratitude et mes remerciements au Professeur **Gilles PAQUET**. J'ai eu la chance de l'avoir en tant qu'enseignant et l'honneur de l'avoir comme directeur de thèse. Ses conseils m'ont été fort bénéfiques, son suivi continu et ses critiques pointues, claires et pertinentes. Je tiens également à le remercier d'avoir mis à ma disposition tous les moyens nécessaires pour faciliter mon travail et de m'avoir mise en contact avec des personnes qui m'ont aidée.

Mes remerciements à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de cette thèse:

- **Professeur Michel Nedzela** qui m'a fortement encouragée pour ce travail.
- **Professeur Joseph Lloyd Jones**, Vice Recteur Adjoint à l'Université d'Ottawa, pour ses conseils et l'intérêt qu'il a apporté à mon projet.
- **Madame Michelle Albagli**, Directrice des Communications à l'Association canadienne des soins de santé, pour son accueil chaleureux.

- *Professeur Douglas Angus, de la Faculté d'Administration (Programme M.H.A), de m'avoir aidée par ses connaissances dans le domaine de la santé.*
- *Mme Marie Saumure, pour sa précieuse collaboration dans la critique et la correction du document.*
- *Tous les employés du centre informatique de la Faculté d'Administration pour leur aide lors du traitement de ce document.*
- *L'Université d'Ottawa, qui m'a accueillie chaleureusement durant mes deux années d'étude et qui a financé mon déplacement en Tunisie m'offrant ainsi l'opportunité de faire une étude sur le terrain.*
- *M. Mountasser Waïli, Directeur de la Mission Universitaire et Educative de Tunisie au Canada, de m'avoir mise en contact avec le Ministère de la Santé Publique en Tunisie.*

En Tunisie, je tiens également à remercier :

- *Docteur Abdelmajid Krifa, Directeur Général de L'Institut National De Nutrition et de Technologie Alimentaire, qui a supervisé l'étude empirique lors de mon déplacement en Tunisie et m'a introduite dans les hôpitaux sélectionnés.*
- *Docteur Hédi Achouri, Directeur du Projet de Réforme de la Gestion Hospitalière au Ministère de la Santé Publique tunisien, pour sa collaboration.*

• **M. Moncef Ezzine**, *Directeur Général de l'hôpital Sahloul;*
M. Nejib Youssef, *Directeur Général de l'Institut Salah Azaciz;*
M. Slaheddine Mountasser, *Directeur Général de l'hôpital Habib Thameur;*
pour l'accueil chaleureux qui m'a été réservé dans leurs établissements.

• **Mme Olfa Zribi**, *de l'Unité de Coordination du Projet au Ministère de la Santé Publique, pour son encouragement et ses conseils.*

• **M. Mokhtar Khedher**, *pour son encouragement et les moyens qu'il a mis à ma disposition en Tunisie pour l'élaboration de l'étude empirique.*

• **M. Soufiane Ouinniche**, *de m'avoir aidée dans la distribution et la collecte des questionnaires dans les différents établissements.*

Mes remerciements à tous les membres du jury qui m'ont honorée par leur présence et encore plus par leur jugement.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I : INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE II : UNE PROBLÉMATIQUE « ÉCONOMICO-GESTIONNAIRE » DE LA SANTÉ ...	5
1. Introduction	5
2. Un cadre d'analyse du système de santé : Offre, demande, financement et gestion	5
2.1 Nature de la santé et des soins	5
2.2 Nature du système de santé	6
2.3 Caractéristiques de l'offre, de la demande, du financement et du marché des soins hospitaliers	8
2.3.1 Offre des soins	8
2.3.2 Demande des soins	10
2.3.3 Financement des systèmes de santé	11
2.3.4 Marché des soins hospitaliers	13
2.4 La gestion dans l'hôpital	15
3. Demande de soins hospitaliers	16
3.1 Composantes privée et publique	16
3.2 Influence de la démographie, des prix et des revenus	17
3.2.1 Influence de la démographie	17
3.2.2 Influence du revenu	18
3.2.3 Influence du prix	18
3.3 Impact du financement et des politiques sociales	19
3.4 Conditions culturelles et demande de soins	20

4. Offre de services hospitaliers	20
4.1 <i>Gamme des soins et système de production</i>	20
4.2 <i>Organisation de l'industrie</i>	21
4.3 <i>Intégrité du système et structure de pouvoir</i>	21
4.4 <i>Impératifs et objectifs des producteurs</i>	22
4.5 <i>Mode de financement et impact sur la production</i>	22
5. Imperfections du marché hospitalier	23
5.1 <i>Déséquilibre</i>	23
5.2 <i>Biais et travers : Inefficacité</i>	24
5.3 <i>Sources des imperfections</i>	25
6. Dimensions gestionnaires	26
6.1 <i>Gestion publique et gestion privée</i>	26
6.2 <i>Gestion et système productif</i>	26
6.3 <i>Gestion et financement</i>	27
6.4 <i>Gestion, efficacité et satisfaction du client</i>	27
6.5 <i>Optimum social et gestion</i>	28
7. Les principaux axes de réformes	28
7.1 <i>Assouplir le système de production</i>	28
7.2 <i>Diminuer les coûts</i>	29
7.2.1 <i>Au niveau de la gestion de l'hôpital</i>	29
7.2.7 <i>Au niveau du gouvernement</i>	30
7.3 <i>Agir sur la demande</i>	31
8. Conclusion	31
Bibliographie	33
CHAPITRE III : LES RÉFORMES DE LA GESTION HOSPITALIÈRE : CERTAINES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES	35
1. Introduction	35
2. L'expérience canadienne	37
2.1 <i>Evolution du système de santé canadien</i>	37

2.2	<i>Etat de santé de la population canadienne</i>	40
2.3	<i>Système de santé canadien</i>	41
2.3.1	<i>Offre des soins</i>	41
2.3.2	<i>Demande des soins</i>	45
2.3.3	<i>Financement du système</i>	46
2.4	<i>Secteur hospitalier</i>	51
2.4.1	<i>Historique des réformes</i>	51
2.4.2	<i>Gestion des établissements hospitaliers au Canada</i>	52
2.4.3	<i>Problèmes dans le système de santé et en particulier dans les hôpitaux</i>	53
2.4.4	<i>Les réformes actuelles et les orientations futures</i>	54
3.	<i>L'expérience grecque</i>	58
3.1	<i>Evolution du système de santé grec (de 1937 à nos jours)</i>	58
3.2	<i>Etat de santé de la population grecque</i>	61
3.3	<i>Système de santé</i>	61
3.3.1	<i>Offre des soins</i>	61
3.3.2	<i>Demande des soins</i>	64
3.3.3	<i>Financement du système</i>	64
3.4	<i>Secteur hospitalier</i>	66
3.4.1	<i>Mode de gestion actuel</i>	66
3.4.2	<i>Financement des hôpitaux</i>	67
3.4.3	<i>Les réformes engagées dans les établissements hospitaliers</i>	67
3.4.4	<i>Problèmes dans les établissements hospitaliers</i>	68
4.	<i>Conclusion</i>	70
	<i>Bibliographie</i>	75
	CHAPITRE IV : LA RÉFORME DE LA GESTION HOSPITALIÈRE EN TUNISIE	75
1.	<i>Evolution du système de santé tunisien</i>	75
2.	<i>Etat de santé de la population tunisienne</i>	77
2.1	<i>Espérance de vie</i>	77
2.2	<i>Mortalité</i>	77

2.3 Morbidité	78
3. Système de santé tunisien	79
3.1 Offre des soins	79
3.1.1 Infrastructure hospitalière	79
3.1.2 Ressources humaines et matérielles	83
3.2 Demande des soins	85
3.3 Financement du système	86
4. Situation du secteur hospitalier jusqu'à 1991	88
4.1 Un régime juridique (EPA) inapproprié des hôpitaux	88
4.2 Mauvaise exploitation de l'infrastructure disponible	90
4.3 Problèmes d'inefficacité interne dans les hôpitaux	92
4.3.1 Un système d'information de gestion désarticulé des structures sanitaires	92
4.3.2 Entretien et maintenance des équipements négligés dans les hôpitaux publics	93
4.3.3 Défaillances de fonctionnement des services hospitaliers	93
4.3.4 L'accueil des malades	94
4.3.5 Mauvaise gestion des approvisionnements et des stocks dans les hôpitaux.....	95
4.3.6 Une responsabilité diluée en matière de gestion financière	95
4.4 Les problèmes de financement de la santé	98
4.4.1 Le sous-financement du secteur public	98
4.4.2 Modalités de partage des charges financières du secteur de la santé publique.....	101
4.5 Situation critique de l'hôpital public : nécessité d'une réforme en 1991	101
5. La réforme de la gestion hospitalière en Tunisie	102
5.1 Les objectifs du projet de réforme	103
5.2 Secteur concerné par la réforme	103
5.3 Cadre institutionnel de la réforme	104
5.4 Les objectifs de la nouvelle structure juridique et organisationnelle	105
5.5 Pourquoi une nouvelle structure juridique ?	106
5.6 La nouvelle structure juridique EPS	106
5.7 La modification de la structure organisationnelle des hôpitaux	107
5.7.1 Le conseil d'administration	108
5.7.2 Le directeur général	110

5.7.3 La tutelle	111
5.7.4 Le comité médical	111
5.7.5 Les organes de contrôle	111
5.7.6 Le statut du personnel	111
5.8 Les composantes gestionnaires de la réforme	112
5.8.1 Développement des capacités de gestion	112
5.8.2 Amélioration de la qualité des services	120
5.8.3 Les stratégies sectorielles	122
5.8.4 Définition d'un cadre de réforme des mécanismes de financement.....	124
5.9 Les moyens de mise en oeuvre de la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie	128
5.9.1 Les moyens institutionnels de mise en oeuvre du projet de soutien à la réforme hospitalière	128
5.10 Financement du projet	130
6. Conclusion	131
Bibliographie	134

CHAPITRE V : EVALUATION DES PROJETS DE RÉFORME DE LA GESTION

HOSPITALIÈRE	139
1. Introduction	139
2. Le concept d'évaluation	139
3. Utilité de l'évaluation	140
4. Méthode d'évaluation : Choix des critères d'évaluation	144
4.1 <i>Style de management dans l'hôpital</i>	146
4.2 <i>Degré D'atteinte des résultats voulus</i>	147
4.3 <i>Acceptation par les patients</i>	147
4.4 <i>Impacts secondaires</i>	147
4.5 <i>Coût et productivité</i>	147
4.6 <i>Réactions de l'organisation</i>	148
4.7 <i>Résultats financiers</i>	148

4.8 Climat de travail	148
4.9 Contrôle et diffusion de l'information	148
5. Choix des instruments d'évaluation : Les indicateurs de performance dans l'hôpital	149
5.1 Critères de choix des indicateurs	149
5.2 Délimitation du champs de l'évaluation	150
5.3 Classification des indicateurs	151
6. Analyse et interprétation des indicateurs	152
7. Conclusion	152
Bibliographie	155

CHAPITRE VI : EXAMEN DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA RÉFORME DE LA GESTION HOSPITALIÈRE EN TUNISIE

1. Introduction	156
1.1 Formulation des questionnaires	156
1.2 Choix des établissements	160
1.3 Période de l'étude	160
1.4 Choix des répondants	161
1.5 Méthode de dépouillement des questionnaires	161
2. Processus de réforme	163
2.1 La qualité des services offerts	163
2.1.1 Aménagement des locaux administratifs et d'accueil des malades	163
2.1.2 Renouvellement des équipements médicaux	164
2.1.3 Les indicateurs globaux financiers et d'activité	165
2.2 Les procédures de gestion	167
2.2.1 Recrutement du personnel	167
2.2.2 Formation des ressources humaines	168
2.2.3 Climat social	169
2.2.4 Le manuel de politiques et de procédures	170
2.2.5 L'informatisation	170

2.2.6 Le système d'information de gestion	171
3. Témoignages des acteurs	171
3.1 <i>Les administrateurs</i>	171
3.2 <i>Les médecins</i>	180
3.3 <i>Les patients</i>	187
4. Etude de l'impact	189
5. Conclusion	192
Bibliographie	195
CHAPITRE VII : CONCLUSION GÉNÉRALE	201
Bibliographie	208
ANNEXES	209
ANNEXE 1	
LES DIFFERENTS MODES DE FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE	210
ANNEXE 2	
PARTICULARITES ET INFRASTRUCTURE DES HOPITAUX CANADIENS	214
ANNEXE 3	
REGIMES DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE EN TUNISIE	218
ANNEXE 4	
TARIFS DES CONSULTATIONS ET DES HOSPITALISATIONS DANS LES STRUCTURES PUBLIQUES DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	224
ANNEXE 5	
LES QUESTIONNAIRES	226
ANNEXE 6	
RESULTATS DES DEPOUILLEMENTS DES QUESTIONNAIRES.....	249
ANNEXE 7	
STATISTIQUES SUR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE.....	284
ANNEXE 8	
ECHANTILLONS DE JOURNAUX TUNISIENS.....	298

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis les premières années après l'indépendance de 1956, le gouvernement tunisien s'est engagé dans une politique ayant comme objectif la promotion du capital humain. Parallèlement, une oeuvre éducationnelle et sanitaire a été entreprise. Les progrès réalisés dans ces deux secteurs sont reconnus par les instances internationales et régionales.

Depuis 1978, date de la déclaration d'Alma-Ata, sur la protection sanitaire de base, lors du congrès mondial de la santé tenu dans l'ex-URSS, la Tunisie s'est engagée à oeuvrer pour la réalisation des objectifs du programme « la santé pour tous » en l'an 2000. Depuis, le gouvernement tunisien a entériné toutes les résolutions adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). D'ailleurs, la constitution de la république tunisienne stipule clairement que la prospérité de la nation repose sur l'instruction et la protection de la santé.

Le mode de gestion du secteur de la santé est soumis au principe de l'égalité de tous les citoyens quelles que soient leurs conditions sociales. Cela réclame un service public. Or ce mode de gestion a entraîné des résultats qui ont suscité des discussions acharnées et le bilan de la décennie passée a permis de faire ressortir les insuffisances suivantes :

- inadéquation des mécanismes de financement du secteur public de la santé;
- désarticulation du système d'information de gestion dans les structures sanitaires;
- responsabilité diluée en matière de gestion financière;
- inefficacité interne des structures hospitalières;
- désarticulation des modes d'accessibilité;
- qualité d'accueil déclinante dans les établissements hospitaliers.

Face à cette situation, il a semblé urgent de mettre en place un vaste programme de réforme du secteur de la santé s'intéressant à tous les niveaux de prestation des soins (du centre de santé de base jusqu'à l'hôpital universitaire). Le projet de réforme de la gestion hospitalière engagé par le gouvernement depuis 1992 est une partie de ce programme.

La stratégie gouvernementale est de moderniser la gestion des structures hospitalières et de rationaliser le déploiement des ressources qui y sont engagées afin d'améliorer les conditions de prise en charge des malades et les conditions d'exercice des professionnels de la santé dans le secteur public.

L'objectif général de ce projet est de promouvoir l'efficacité et la qualité des services de l'hôpital en améliorant l'efficacité interne des hôpitaux et en mettant à leur disposition des informations relatives aux activités et aux coûts des soins. Grâce à ces informations, les pouvoirs publics pourront réexaminer les modalités de partage des charges financières des structures publiques de santé.

Pour atteindre ces objectifs, il a été jugé nécessaire de créer une nouvelle structure institutionnelle, l'Établissement Public de Santé (EPS). Ces établissements sont dotés d'une personnalité civile et d'une autonomie financière; ils sont régis par la législation commerciale et administrés par des conseils d'administration et des directeurs généraux. Par ailleurs, un système intégré d'information de gestion a été conçu tant au niveau des procédures gestionnaires qu'au niveau des supports informatiques nécessaires pour la collecte et le traitement de l'information.

Ce projet de réforme de la gestion dans les établissements publics hospitaliers a démarré le 1^{er} janvier 1992 par la création des trois premiers EPS. Il a été étendu, conformément au calendrier arrêté dans l'accord de prêt avec la Banque Mondiale, à huit établissements additionnels en 1993 et à cinq établissements en 1994. Les quatre derniers EPS ont été créés en 1995.

Notre étude veut examiner les progrès de la réforme hospitalière en Tunisie à la lumière de ce que nous connaissons de ce genre de réforme dans divers pays. Nous avons adopté cette perspective internationale afin de baliser de manière raisonnable les progrès accomplis. Les réformes hospitalières sont en effet extrêmement complexes et il serait déraisonnable d'en mesurer les progrès par rapport à des indicateurs arbitraires. Il nous a semblé utile de juger les progrès en Tunisie en tenant compte de deux expériences parallèles : celles du Canada et de la Grèce. Dans un cas, il s'agit d'un pays (le Canada) qui a commencé sa réforme il y a bien des années et qui a des moyens financiers importants; dans l'autre cas, il s'agit d'une réforme qui en est encore à un stade embryonnaire dans un pays qui a des moyens limités.

Il nous semblé que l'expérience tunisienne se trouvait plus ou moins à mi-chemin entre ces deux expériences, et que nous pourrions mieux évaluer les progrès en Tunisie en tenant compte de ce qui a pu être accompli dans ces deux autres pays.

Notre travail commence par la mise en place, en chapitre II, d'une problématique « économique-gestionnaire » de la santé qui va nous permettre de bien comprendre les grandes dimensions des réformes hospitalières. Ensuite, nous allons examiner, dans les chapitres III et IV, les expériences grecque et canadienne, puis l'expérience tunisienne. Au chapitre V, nous élaborons une grille d'analyse des réformes hospitalières qui va nous servir dans la préparation des questionnaires administrés au corps administratif, au corps médical et aux patients de quatre établissements choisis parmi les 20 EPS. Les résultats de cette enquête sont rapportés et analysés dans le chapitre VI. Enfin, le dernier chapitre tire un certain nombre de conclusions de notre enquête.

De plus, même si notre travail a porté en priorité sur l'expérience tunisienne, nous avons examiné d'autres expériences connexes que nous avons voulu bien camper dans leurs divers contextes historiques. Pour appuyer notre argumentation, nous avons eu recours à un grand nombre de documents publics d'agences internationales, d'agences nationales et d'associations diverses qui présentent, résument, analysent et synthétisent ces expériences diverses. Nous n'avons pas toujours pu citer in extenso ces documents fort longs et détaillés non plus que toujours les présenter verbatim dans le fil de notre argumentation. Nous avons

utilisé ces documents d'une manière éclectique pour notre propos, mais nous avons pris grand soin de nous assurer que nos emprunts reflétaient fidèlement le sens profond des documents consultés et de bien noter chacune de nos sources avec précision.

Il n'a pas été possible de traiter tous les aspects de cette expérience de réforme en Tunisie. Le sujet est vaste, la réforme est complexe et encore en train de s'accomplir, les renseignements restent incomplets pour le moment, et le temps nous était compté.

Nous espérons seulement que nos commencements d'analyse vont s'avérer utiles.

*UNE PROBLEMATIQUE « ECONOMICO-GESTIONNAIRE »
DE LA SANTE*

1. Introduction

Pourquoi faire une analyse économique du système de santé ? « Théoriquement, pour le définir et l'analyser, l'examiner ou le choisir - pour le regarder ou le faire fonctionner - pour l'amender, l'améliorer au besoin, ou en changer » [Dangoumau 1989:8]. Cependant, comme le système de santé est influencé par de nombreux facteurs non économiques (facteurs culturels, facteurs démographiques, pouvoir médical et pouvoir des organisations consuméristes, etc.), même si on adopte une approche économique, on ne saurait négliger ces autres facteurs si on veut comprendre le fonctionnement des systèmes de santé.

2. Un cadre d'analyse du système de santé : Offre, demande, financement et gestion

2.1 Nature de la santé et des soins

En 1952, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a défini la santé comme étant « l'état de bien être physique, mental et social ne consistant pas seulement en un état d'absence de maladie et d'infirmité ». [Nouira 1990:16]

L'ignorance des malades quant à leurs besoins médicaux, quant aux diagnostics mais aussi quant à la nécessité de traitements ou la qualité des fournisseurs des soins, donnent à la santé une importance cruciale et laissent l'individu toujours à la recherche d'une bonne santé.

2.2 Nature du système de santé

Un système de santé est une organisation qui « coordonne l'activité des professions de santé avec celles des différents partenaires contribuant au financement des soins » dans le but de livrer à la population les soins, médicaments, etc. nécessaires au maintien et à l'amélioration de l'état de santé [Berseniack et Duru 1992:3]. Un système de santé combine :

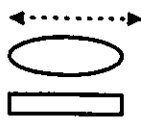
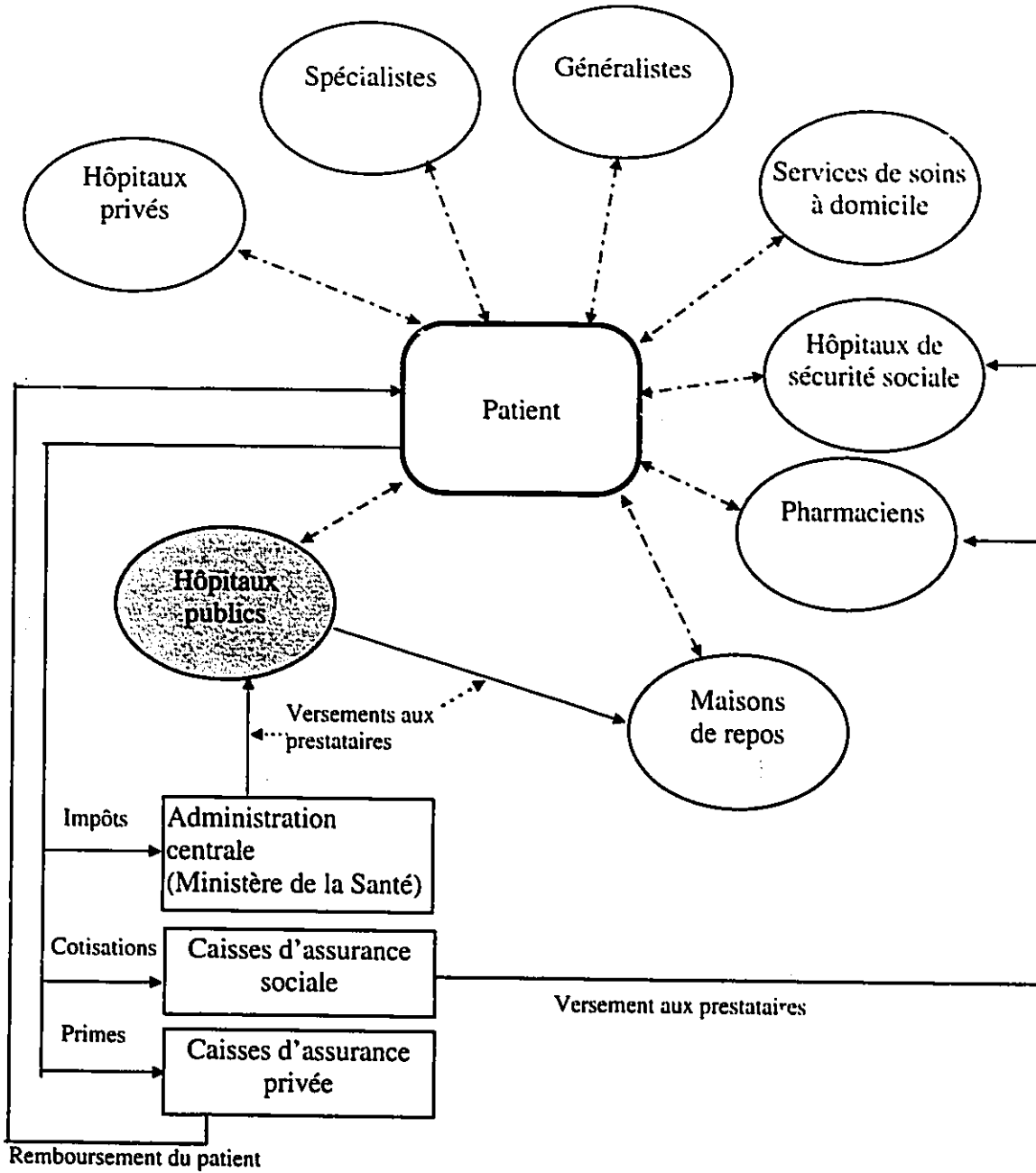
- l'offre des soins : assurée par les médecins, les hôpitaux, etc.,
- la demande des soins : manifestée par la population, et
- le financement : assuré par l'Etat, les assurances, etc.

Toutes ces composantes sont intégrées par le biais des flux financiers et humains ainsi que des flux d'information et des organisations de production.

L'hôpital est l'un des éléments les plus importants et les plus complexes dans un système de santé. Il est le plus coûteux des services de santé, dépend des autres cadres institutionnels du système pour son financement (état, organismes d'assurance, etc.) et sa fonction de production de soins (les médecins, etc.); de plus, il est soumis à diverses réglementations et possède des fonctions multiples. La fonction majeure de l'hôpital, en tant que prestataire de soins aux malades, est d'assurer les activités de diagnostic et de traitement dont les médecins ont besoin pour la gestion clinique de leurs malades. L'hôpital offre aussi certains services « hôteliers » et sociaux, tels que repas, blanchissage et assistance aux malades pendant qu'ils séjournent dans l'établissement. Les intrants de l'hôpital, comme entité économique, sont les prestations spécifiques qu'il fournit en terme d'heures de soins infirmiers, de médication et d'examens de laboratoire, etc. Ses extrants sont : la main d'oeuvre, le matériel et les appareils utilisés pour assurer ces prestations. Ainsi, chaque malade hospitalisé reçoit un ensemble spécifique de prestations dont le coût est variable.

A côté de son but d'offrir des soins, l'hôpital est chargé d'activités de support dans la production, diffusion et application de savoir, ainsi que d'activités de support dans la conduite de projets de recherche médicale. (Voir graphique 1-1 du système de santé et la place de l'hôpital dans ce système, p. 7.)

GRAPHIQUE I-1 : CARTOGRAPHIE D'UN SYSTEME DE SANTE



Flux de services et flux financiers
Services de soins
Cadres institutionnels de financement et de régulation

2.3 Caractéristiques de l'offre, de la demande, du financement et du marché des soins hospitaliers

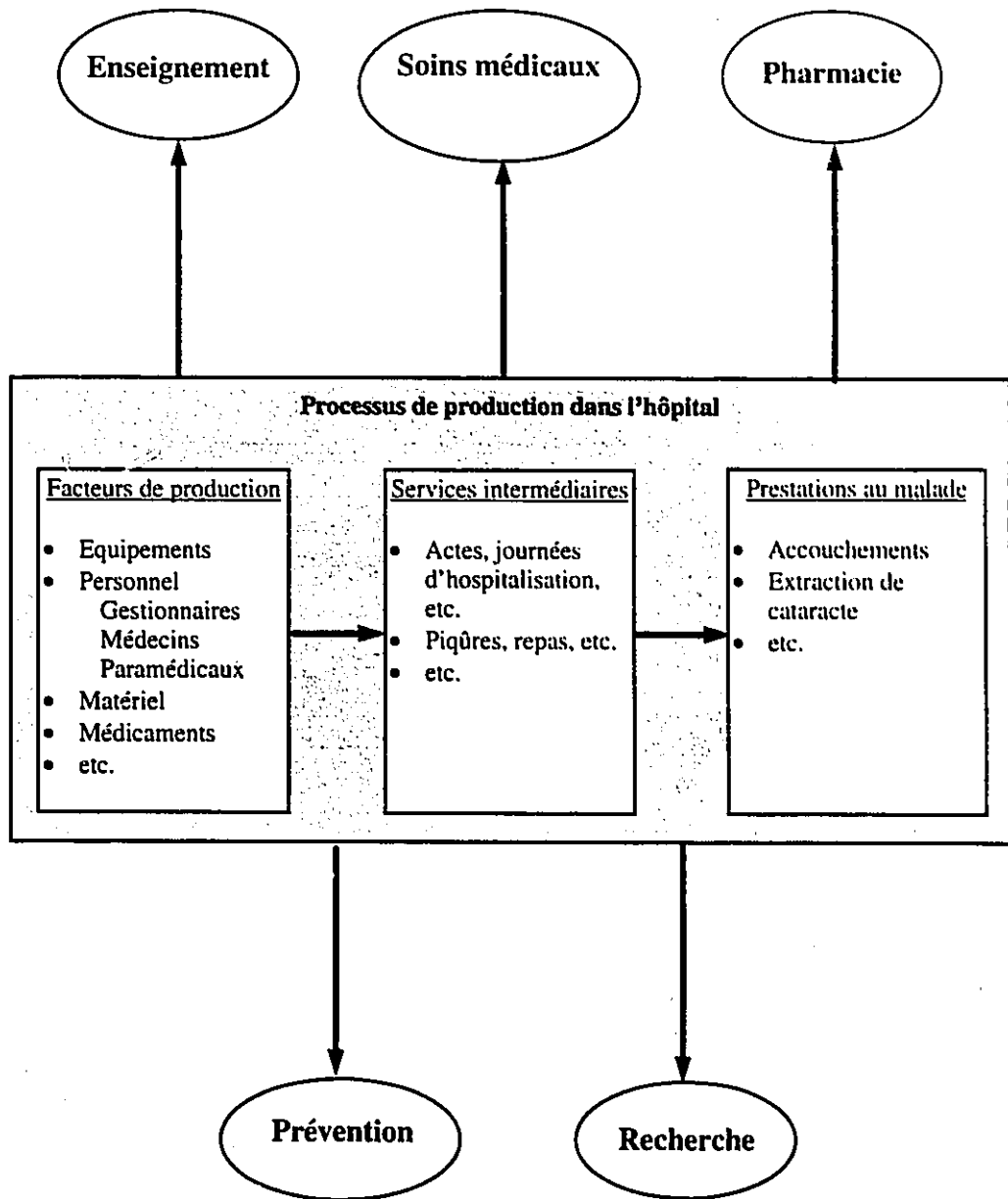
2.3.1 Offre des soins

Lévy a essayé de définir l'offre de services d'hospitalisation comme suit : « Les « entrées » (admissions) ont le mérite de rechercher « le produit » autour de la personne du malade mais compte tenu de l'hétérogénéité des états de santé des différents malades à l'entrée et à la sortie, comme des traitements reçus par les uns et les autres, on ne peut dire que le « malade traité » puisse valablement représenter le produit de l'hôpital ». [Lévy 1976:16]

L'hôpital est devenu aujourd'hui un centre d'une haute technicité, grâce à sa complexité et à ses buts multiples (soins, recherche, enseignement, etc.). Il est aussi caractérisé par une organisation particulière où le système d'autorité est double : administratif et professionnel. Personnels, équipements et consommations intermédiaires sont mis en place dans l'hôpital, dans un processus de production pour offrir des soins. (voir graphique 1-2 du processus de production, p. 9.) D'où un phénomène de demande conjointe dans la mesure où, à un service unique sont associés des utilisateurs multiples; on a donc autant de « produits » que de couples hôpital-utilisateurs [Lévy 1976:16].

Ces caractéristiques propres de l'offre des services hospitaliers n'empêchent pas l'hôpital d'être de plus en plus confronté à des changements semblables à ceux qui confrontent toutes les grandes organisations qui, sur le plan externe, sont amenées à jouer un rôle croissant dans leur environnement institutionnel et économique et qui, sur le plan interne, sont pressées d'améliorer la qualité de ce qu'elles produisent souvent avec des ressources rationnées [Steudler 1988:234].

Graphique 2-2 : Processus de production dans l'hôpital et ses multiples fonctions



2.3.2 Demande des soins

Trois traits essentiels permettent de caractériser la demande des soins hospitaliers : son caractère aléatoire, sa dépendance par rapport à l'offre et son indivisibilité relative.

- Son caractère aléatoire :

Hormis le cas des soins préventifs, l'usager ne peut anticiper sur la part de son budget devant revenir aux soins et à l'hygiène. Ainsi la demande est quasi impossible à cerner. La notion de « besoin de santé » est apparemment objective puisqu'elle paraît liée à la morbidité. En fait, elle renvoie à la santé elle-même. Elle est donc aussi subjective et culturelle. Ce qui est maladie et ne l'est pas, ce qui est tolérable et ne l'est pas, varie avec les individus, les classes sociales et le moment précis dans l'évolution au sein d'une société [Dangoumau 1989:5].

- Sa dépendance par rapport à l'offre :

La demande des soins hospitaliers paraît fortement liée à l'offre. Plus l'offre des soins augmente, c'est-à-dire plus le nombre de médecins ou d'hôpitaux augmente, plus la demande des soins médicaux de la population augmente puisque c'est le médecin qui décide de l'hospitalisation. De plus, tout progrès technique médical qui donne lieu à une offre de services hospitaliers nouveaux crée sa propre demande à proportion que les médecins s'emploient à l'utiliser [Lévy 1976].

- Son indivisibilité relative :

La consommation des soins hospitaliers apparaît partiellement indivisible pour ce qui est des soins utilisés pour chaque individu. En effet, du point de vue qualitatif, chaque malade consomme un ensemble de soins non différenciés. La valeur des soins qu'il reçoit dépend des facteurs qui caractérisent l'hôpital tout entier : nombre et compétences du personnel médical et paramédical, état des équipements, etc. « Du reste, la demande des soins est peu

personnalisée: le malade est « client » de l'hôpital et bien plus rarement de tel médecin et de lui seul » [Lévy 1976:10].

2.3.3 Financement des systèmes de santé

Dans la plupart des pays, les méthodes de financement et d'organisation des systèmes de santé sont différents. Elles diffèrent par :

- la mesure dans laquelle elles se fondent sur le paiement direct par les patients, l'assurance privée, l'assurance sociale et l'impôt pour financer les services de santé;
- les méthodes de rémunération des fournisseurs par des organismes tiers;
- la mesure dans laquelle le gouvernement se charge lui-même de la prestation des soins ou la laisse au secteur privé; et
- la mesure dans laquelle la régulation est du type dirigiste ou vise à favoriser et à canaliser les forces du marché [OCDE 1992:19].

Dans un système de santé, on peut dégager quatre méthodes principales de rémunération des fournisseurs des soins hospitaliers :

- paiement par le patient non assuré,
- paiement par le patient qui est remboursé par son assurance,
- paiement indirect par des tiers en vertu de contrats d'égal à égal,
- au moyen de budgets et de salaires à l'intérieur d'une organisation intégrée.

Il y a lieu de signaler que les méthodes de paiement des divers fournisseurs qui opèrent dans l'hôpital se divisent en : honoraires à l'acte, capitation (rémunération forfaitaire par patient inscrit pour une période donnée), et salaire (paiement au temps passé). Quant aux méthodes de paiement des hôpitaux, elles se divisent en paiement par patient, paiement à la journée et budgets forfaitaires globaux. Ainsi, un système de santé est né par la combinaison des

méthodes de financement et de paiement. D'où l'existence de huit combinaisons ou modèles (Voir graphiques 1 à 7 en annexe 1) :

- Paiement volontaire intégral par le patient (Graphique 1).
- Le modèle de remboursement (du patient) par une assurance volontaire (Graphique 2).
- Le modèle de remboursement par un régime public obligatoire (Graphique 3).
- Le modèle de l'assurance volontaire avec contrat (Graphique 4).
- Le modèle de l'assurance publique obligatoire avec contrat (Graphique 5).
- Le modèle volontaire intégré (Graphique 6).
- Le modèle public intégré (Graphique 7).
- Le modèle du paiement intégré obligatoire par le patient (modèle très rare).

Egalement, certains systèmes de santé nationaux optent pour le système mixte, en combinant l'un ou l'autre des modèles cités plus haut. Parmi les avantages tirés de la combinaison de ces modèles on cite [OCDE 1992:28] :

- « Les systèmes volontaires peuvent jouer le rôle de soupape de sécurité pour les systèmes obligatoires ».
- « Une participation modérée aux dépenses peut atténuer les effets d'incitation à la consommation qui résultent d'une couverture générée par un tiers payant en particulier dans le modèle de remboursement ».
- « Le modèle d'assurance publique avec contrat a bonne réputation en ce qui concerne les soins ambulatoires probablement parce qu'il préserve l'indépendance des médecins ».
- « Le modèle de l'assurance obligatoire intégrée est apprécié dans les soins hospitaliers, en partie parce qu'il favorise le contrôle des dépenses ».

Comme on peut le constater à partir de l'annexe I-1, en adoptant l'un ou l'autre des modèles ou en optant pour un système mixte, cinq principaux groupes d'acteurs entrent en interaction. Il s'agit :

- des patients,
- des fournisseurs de premier recours (tels que les médecins généralistes);
- des fournisseurs de second recours (tels que la plupart des services hospitaliers);
- des caisses d'assurances ou tiers payants, et
- de l'Etat en tant que régulateur du système.

2.3.4 Marché des soins hospitaliers

Les structures du marché des soins hospitaliers sont marquées par le cloisonnement, la structure de pouvoir des fournisseurs, le dualisme privé-public et le déséquilibre régional.

- Le cloisonnement :

Pour des raisons à la fois institutionnelles, techniques et de comportement, l'hôpital apparaît comme un monde relativement fermé sur lui même et coupé des autres éléments de l'appareil de production et de distribution des soins médicaux [Lévy 1976].

Un certain nombre de contraintes institutionnelles pèsent sur l'hôpital et contribuent à son cloisonnement :

⇒ l'existence d'une réglementation du secteur hospitalier, qui définit la hiérarchie ou encore l'infrastructure hospitalière et qui précise à la fois la composition et les pouvoirs des différents organes de l'hôpital (directeurs, conseils d'administration, etc.);

⇒ son caractère de service public qui fait que l'hôpital doit être ouvert à tout individu pour assurer en permanence des soins à toute heure et à tout moment de l'année;

⇒ l'existence d'une planification hospitalière qui détermine la mise en place ou l'extension de l'hôpital.

Enfin, il y a lieu de signaler que les structures existantes telles que les cliniques privées, les hôpitaux ruraux et l'hospitalisation à domicile n'ont pas réussi à effectuer le décloisonnement nécessaire.

- Le pouvoir des fournisseurs :

Dans le marché hospitalier, les médecins détiennent le monopole dans l'offre des soins. Leur pouvoir pèse beaucoup sur les jeux de la concurrence dans l'industrie hospitalière. Cherchant toujours à contrôler tout le marché des soins, on les voit groupés en associations pour pouvoir agir plus efficacement et avoir recours à toutes sortes de mesures qui ne diffèrent en rien des tactiques utilisées par les syndicats. En somme, « les médecins, comme tous les offreurs, ont plus d'intérêt à bien surveiller le marché (des soins) parce que ce marché tient la clé de leur avenir » [Paquet 1967b : 62].

- Le dualisme privé-public :

Le marché des soins hospitaliers comporte un double secteur : public et privé. D'un côté on trouve un marché administré, dont l'organisation et la structure sont rigoureusement arrêtées. Des différentiations y apparaissent quant à l'emplacement géographique, aux fonctions, à la taille et également quant à la nature des soins (hôpitaux de court séjour, hôpitaux de moyen ou de long séjour). D'un autre côté, on trouve un secteur privé, commercial ou à but non lucratif. Les relations entre le secteur public et privé vont de la concurrence à la complémentarité.

- Le déséquilibre régional :

La distribution géographique des établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, est inégale d'une région à l'autre. On trouve ainsi au moins quatre types de situations : [Lévy 1976:17]

⇒ Des régions bien équipées tant en lits privés qu'en lits publics.

⇒ Des régions sous équipées dans les deux secteurs.

⇒ Des régions relativement suréquipées en hospitalisation privée mais sous-équipées en moyens d'hospitalisation publique.

⇒ Des régions qui, à l'inverse, sont correctement pourvues en lits publics mais où l'équipement privé est très inférieur à la moyenne.

2.4 La gestion dans l'hôpital

La gestion est l'ensemble de procédures et de techniques permettant de faire évoluer toute entité économique et sociale dans la trajectoire tracée pour atteindre les objectifs fixés. L'augmentation des coûts hospitaliers, la complexité, l'incertitude et l'ambiguïté dans le processus de production et de financement dans l'hôpital, justifient la présence et le rôle actuel du gestionnaire hospitalier. Son pouvoir relève, essentiellement, « de sa position hiérarchique formelle, il repose sur la détention des ressources internes, des informations correspondantes et sur le contrôle de l'offre » [Kleiber 1991:185].

Opérant dans un environnement complexe, le rôle de l'hôpital l'amène à la fois à entrer dans des rapports de plus en plus complexes avec les acteurs que sont les médecins, l'Etat, le patient et les organismes de sécurité sociale. Le gestionnaire est là pour assurer l'intermédiation entre l'hôpital et son environnement ou encore entre l'hôpital et les instances d'allocation de ressources.

Face à l'administration sanitaire, le gestionnaire va défendre ses besoins en financement pour essayer d'augmenter la part versée par les acteurs extérieurs, mais face au corps médical il adoptera une autre manière de faire, celle de défendre la logique des moyens dont

il dispose. Voilà cependant qu'il se trouve sous la pression de l'administration sanitaire qui lui demande en permanence la rationalisation des dépenses dans son établissement. Il est vrai que la rationalisation peut viser simultanément la poursuite d'objectifs primaires, nécessaires à l'organisation, et secondaires, utiles aux individus et aux groupes: c'est le cas par exemple de la simplification d'une procédure d'admission ou de la mécanisation de certaines tâches qui peuvent augmenter l'efficacité, économiser des ressources et d'une manière générale, orienter de façon plus productive la répartition des moyens [Kleiber 1991]. En revanche, vu la rareté permanente des ressources et vu que les dépenses sont ordonnées en majorité par les soignants, le gestionnaire, cherchant toujours à rationaliser, va agir sur les recettes, procéder à la fermeture d'un certain nombre de lits ou diminuer l'effectif employé. « L'habileté des gestionnaires dans la négociation, sa gestion des tarifs lui donneront une légitimité interne, s'il peut par ce biais, augmenter les moyens et éviter des arbitrages internes difficiles et impopulaires » [Kleiber 1991:179].

3. Demande de soins hospitaliers

3.1 Composantes privée et publique

Le bien « soin » a les caractéristiques d'un bien mixte privé-public [Paquet 1967b : 52]. Des biens sont dits privés lorsqu'ils « sont consommés de façon inégale par les divers individus et que leur consommation par un individu ou une famille réduit d'autant ce qui est disponible pour les autres ». Alors que des biens sont dits purement publics lorsque « tout le monde les consomme également et que ma consommation d'un tel bien ne réduit en rien ce qui est disponible pour les autres » [Paquet 1967a : 48].

Ainsi, ce caractère mixte des soins va affecter l'analyse de la demande. Il faut en effet la décomposer en demande publique et en demande privée. Dans la mesure où un individu ne pourra être exclu des bénéfices d'un bien, tel que les soins médicaux, il tendra à ne pas révéler ses préférences pour ce bien. Ainsi, si tout le monde se fait vacciner contre la coqueluche et que je refuse de payer pour ce vaccin, ma probabilité de souffrir de cette maladie a été réduite sans que cela me coûte [exemple cité par Paquet 1967b : 56]. Il en ressort donc que la demande privée des citoyens qui sont prêts à payer le prix pour les soins

est plus faible que la demande collective qui est manifestée par la population en tant que tout. Il y aura donc sous-consommation de soins si on s'en remet aux seuls impératifs de la demande privée. Pour fournir autant de soins que la population le désirerait collectivement si tous et chacun étaient francs et honnêtes, il va falloir y ajouter une composante publique. Celle-ci peut être soit directement financée par le secteur public (comme dans le cas de la médecine préventive) ou encore prendre la forme d'une subvention à la consommation privée (un financement partiel) pour qu'elle s'accroisse.

Dans l'idéal, on pourrait espérer pouvoir répondre à la demande publique et à la demande privée via des créneaux séparés. Ceci n'est pas nécessairement possible puisque la consommation de soins sera toujours en partie privée et publique. Certains (plus riches) peuvent consommer plus et mieux en utilisant les établissements privés, mais il ne saurait être question de présumer que puisque le service est fourni par un établissement public, cela ne correspond qu'à la composante publique. A tout moment, les deux composantes sont intimement reliées.

3.2 Influence de la démographie, des prix et des revenus

3.2.1 Influence de la démographie

« Les différentes catégories de population n'ont pas les mêmes besoins et ne consomment pas les mêmes types de produits de santé » [Beresniak et Duru 1992:50-51]. L'environnement démographique influence à la fois la demande publique et privée. Au fur et à mesure que les individus vieillissent, ils sont plus exposés aux maladies et surtout aux maladies chroniques, ce qui explique leur utilisation fréquente des services de santé. De plus, ayant dans la plupart des pays une bonne couverture sociale, ces personnes âgées sont incitées à consommer plus de soins. D'ailleurs, l'augmentation dans les pays développés de l'effectif des personnes inactives, comparé à celui des personnes actives, a conduit les gouvernements en place à penser à réviser leur planification budgétaire.

Toutefois, il faut noter que la relation entre l'âge et l'utilisation des services de santé n'est pas simplement linéaire, de même qu'elle est différente pour chaque type de service

médical. Par exemple « la relation entre l'âge et l'utilisation des services hospitaliers est différente de celle qui existe entre l'âge et l'utilisation des services dentaires » [Feldstein 1992]. Même en ce qui concerne les soins hospitaliers, il y a des différences dans les admissions et la durée de séjour selon les groupes d'âge.

D'un autre côté, le sexe influence considérablement la demande des soins. En effet, on remarque souvent que les femmes sont plus attentives et s'intéressent plus à leurs états de santé; elles dépensent donc plus que les hommes en soins.

De même le statut conjugal et la taille des familles jouent un rôle dans la variation de la demande des soins. Généralement, les célibataires utilisent davantage de soins hospitaliers que les personnes mariées car la disponibilité de personnes à la maison pour s'occuper d'un malade peut remplacer des journées supplémentaires à l'hôpital » [Feldstein 1992].

3.2.2 Influence du revenu

Un certain nombre d'études ont analysé la relation entre le revenu familial et les dépenses de santé.

Les familles ayant les plus hauts revenus ont des dépenses de soins plus importantes, bien que les pourcentages de revenus dépensés en soins décroissent à mesure que les revenus augmentent [Feldstein 1992]. Il en ressort qu'étant donné le caractère mixte du bien soins, le revenu est un facteur qui va influencer essentiellement la demande privée.

3.2.3 Influence du prix

D'un point de vue économique, le prix d'un service de soin et son utilisation sont inversement proportionnels : l'achat ou l'utilisation de ce service augmentera à fur et à mesure que l'on réduira son prix [Feldstein 1992]. Par le biais des systèmes de couverture, une partie ou la totalité du prix est payée par un tiers ou l'Etat, à la place du malade. Ainsi, l'influence du prix se manifeste surtout au niveau de la demande privée et se mesure par le changement dans le prix net ou encore le montant effectivement déboursé par le malade. Pour la composante publique de la demande, si le prix des soins médicaux augmente, le

malade préfère garder sa maladie que de payer le prix demandé par le médecin. « Ce choix peut être fort rationnel pour l'individu : cela dépend strictement de ses préférences » [Paquet 1967b : 54]. Voilà qui peut être cependant irrationnel au plan social. De là, la mise en place d'institutions de manière à entraîner les citoyens à demander davantage de soins.

3.3 Impact du financement et des politiques sociales

S'il existe seulement une demande privée de soins médicaux, on aura une demande publique trop faible comparée à la demande optimale fixée par rapport au principe de l'intérêt général. C'est ce qui explique l'intervention du gouvernement ou encore des organismes tiers pour financer les soins médicaux dans le but d'encourager la demande publique et atteindre par là la demande optimale souhaitée par la politique de santé du pays. Un gouvernement va donc, par ses subventions, encourager une demande plus forte et particulièrement la demande publique pour arriver à un niveau de demande optimal. De plus, chaque pays a son propre système de protection sociale. Ces mécanismes ont pour but essentiellement de faciliter au malade sa demande des soins en contre partie de primes déboursées qui varient selon les risques encourus. Dans certains pays comme la France et la Tunisie, le développement important des assurances privées dites « complémentaires » (ou des mutuelles) constitue un autre stimulant à la demande des soins puisqu'il s'agit d'une indemnisation totale et complète du risque maladie.

L'intervention d'un tiers payant va augmenter la demande. C'est un moyen utilisé par le gouvernement pour éviter qu'un seul individu ait à encourir tous les frais de sa guérison alors que s'en suivront des avantages pour des tiers (effets externes). D'autre part, plus la subvention à la consommation de soins est forte, plus les gens auront tendance à dépenser plus et ne pas s'en priver. Il peut s'en suivre une sur-consommation et par conséquent, plusieurs pays vont avoir des difficultés à assurer les frais de fonctionnement de leurs systèmes de santé.

3.4 Conditions culturelles et demande des soins

L'environnement culturel joue un rôle dans les différences de comportement sanitaires des individus puisque c'est cet environnement qui est à l'origine des modes de vies très divers entraînant des différences d'exposition aux facteurs de risque de maladies.

Une meilleure éducation des membres de la famille leur permet de reconnaître les premiers symptômes d'une maladie, et par conséquent il y aura une volonté accrue de rechercher un traitement précoce. Ainsi, une telle famille dépense plus en soins préventifs et moins, après, pour les maladies graves. De plus, des niveaux supérieurs d'études peuvent permettre d'avoir une meilleure connaissance des besoins en soins médicaux, de connaître les différentes attitudes à adopter face à la recherche des soins, et d'avoir une plus grande efficacité dans l'achat et la production des soins. Finalement, les différences dans l'utilisation et la consommation des services médicaux reflètent des différences dans l'éducation des familles.

4. Offre de services hospitaliers

4.1 Gamme des soins et système de production

Deux gammes de soins sont offertes par les établissements hospitaliers : des soins de courte durée et des soins de longue durée. Les soins de courte durée sont dispensés aux malades dont l'état de santé, au moment de leur admission à l'hôpital, requiert des services diagnostiques et thérapeutiques et (ou) des soins infirmiers spécialisés et une surveillance médicale pour une période déterminée. Les soins de longue durée, quant à eux, sont dispensés aux malades dont l'état de santé, au moment de leur admission, requiert des traitements suivis et des soins constants.

La production hospitalière est une production de service pour satisfaire un besoin primordial à la vie humaine, à savoir le besoin de santé sous ses deux formes préventive et curative. Quant au système de production, l'hôpital fait intervenir des facteurs de production de différents types pour obtenir un ou plusieurs « outputs » (des soins qui se traduisent par des actes ou des journées d'hospitalisation). « Mais l'hôpital ne vend pas ses

produits sur un marché. Il offre ses produits à une clientèle, largement orientée par l'ensemble du système social et médical et en fait payer le prix aux organismes de sécurité sociale » [Lévy 1976:17].

4.2 Organisation de l'industrie

Les hôpitaux sont classés selon deux critères : la durée moyenne du séjour et le mode de gestion. L'hôpital de court séjour est un hôpital dans lequel la durée moyenne de séjour des malades est inférieure à 30 jours. Si la durée moyenne de séjour excède les 30 jours, il s'agit, dans ce cas, d'un hôpital de long séjour. Selon le deuxième critère, le contrôle ou la propriété de l'hôpital peuvent être soit :

- gouvernementales (c'est à dire fédérales, d'Etat ou locales).
- à but non lucratif (c'est à dire bénévoles ou communautaires) c'est le cas de la majorité des centres hospitaliers.
- à but lucratif.

Partant de ces deux critères, les gouvernements tracent l'infrastructure de leurs systèmes hospitaliers.

4.3 Intégrité du système et structure de pouvoir

L'hôpital fait intervenir plusieurs acteurs appartenant à des corps différents. Trois groupes principaux coexistent dans l'hôpital :

- la direction et les services administratifs et généraux,
- les médecins, et
- les paramédicaux.

La responsabilité est le dénominateur commun de l'action de ces trois groupes : responsabilité du bon fonctionnement par la direction, responsabilité diagnostique et thérapeutique par les médecins, responsabilité dans la démarche des soins et son application par le personnel infirmier. Toutefois, cette responsabilité est source d'affrontement entre les

administrateurs et les médecins. En effet, d'un côté, la finalité des médecins dans l'hôpital est non économique puisqu'ils sont loin de la logique de gestion de l'hôpital. Ils manifestent toujours des pressions sur les administrateurs pour l'achat d'équipements médicaux neufs et plus performants malgré parfois la rareté des ressources financières. D'un autre côté, les administrateurs jouent un rôle économique et ne peuvent juger l'apport du matériel médical demandé, ou de la qualité des soins offerts par les médecins que d'une manière indirecte. Par conséquent, ils n'ont pas toujours suffisamment de pouvoir pour contrôler et gérer d'une manière efficace les soignants. De là la confrontation entre les administrateurs et les médecins. Il s'agit d'un problème universel que rencontre la gestion des hôpitaux puisqu'il est impossible de satisfaire toutes les catégories dans l'hôpital.

4.4 Impératifs et objectifs des producteurs

L'hôpital se trouve dans une situation d'équilibre complexe car il est appelé à fonctionner en empruntant à la logique de l'entreprise tout en répondant à des missions de service public. Il dépend, sur le plan financier, des clients et de la sécurité sociale, dont il dessert les assurés. D'autre part, sur le plan politique et administratif, il dépend d'un gouvernement dont il attend qu'il joue un rôle moteur au niveau des grandes orientations, sans pour autant qu'il étouffe ses initiatives.

L'hôpital est une institution qui est chargée de produire, de diffuser et d'appliquer un certain savoir. Par là, les objectifs de l'hôpital se résument comme suit :

- assurer la prévention sous ses trois formes (primaire, secondaire et tertiaire);
- assurer les soins médicaux (diagnostic et traitement des troubles de santé);
- assurer l'enseignement et la recherche médicale.

4.5 Mode de financement et impact sur la production

Là encore le caractère mixte du bien soins affecte l'offre à son tour. En effet, « dans un système économique concurrentiel, l'offre augmente jusqu'à ce que le coût de la dernière unité offerte soit juste égal au prix payé pour cette unité. Mais dans la mesure où le prix du bien non privé (mixte) demeure indéterminé, il n'est pas possible de parler d'une courbe

d'offre i.e. d'un barème de prix et de quantités offertes » [Paquet 1967b : 56]. Mais, puisque le malade, de par l'indemnisation, souvent totale, de ses soins de santé, n'hésite pas à recourir plus souvent aux services médicaux, il va donner lieu à une multiplication des établissements de soins dans les pays où le système de couverture sociale est bien développé : d'où la possibilité de surproduction.

5. Imperfections du marché hospitalier

5.1 Déséquilibre

Dans le cas d'un bien privé, les mécanismes de marché sont efficaces, tandis que dans le cas d'un bien public, l'inefficacité du marché est totale à cause de l'impossibilité d'exclure les non-payants [Paquet 1967a : 40]. Offrant un bien mixte, le marché des soins hospitaliers ne ressemble en rien à un marché sur lequel les prix seraient « librement » négociés avec des utilisateurs multiples. Le marché hospitalier n'est donc pas nécessairement efficace. En effet, la plupart des postulats afférents aux marchés concurrentiels sont violés. Ainsi :

- Les consommateurs ne reçoivent pas une information parfaite quant à leurs soins.
- Il n'y a pas une mobilité totale des ressources.
- Les malades et les producteurs ne sont pas encouragés à minimiser leurs coûts d'achat et de fourniture des services des soins.

De plus, et d'un point de vue économique, l'intervention d'une entité externe dans le système de financement des soins telle que l'assurance-maladie réduit l'imputabilité et déplace l'équilibre entre l'offre et la demande de soins. L'intervention de ces organismes d'assurance-maladie fait augmenter les quantités de soins produites et consommées. Résultat : une sur-production et une sur-consommation des soins de santé sont possibles.

5.2 Biais et travers : inefficacité

L'Etat, avec son rôle de régulateur, va pallier les insuffisances du marché et va essayer d'assurer une allocation efficace des ressources rares, de manière à :

- concrétiser l'engagement politique de fournir un service à la population (droit pour tous à la santé);
- réduire au minimum les coûts pour la collectivité et pour les individus, en intervenant à deux niveaux :
 1. au niveau de l'organisation des services de santé dans le cadre général d'une planification plus ou moins souple;
 2. au niveau du financement des prestations directement par le biais de l'imposition soit indirectement par la mise en tutelle des organismes financiers (sécurité sociale, assurance).

Ces interventions ont pour objectifs de modifier les règles du jeu du marché et de créer de nouvelles incitations et contraintes tendant à réguler la demande et l'offre de soins médicaux.

Toutefois, en mettant en place une réglementation ferme et en la révisant régulièrement, le gouvernement donne lieu à des mécontentements chez les offreurs de soins. On se trouve alors dans un cercle vicieux : « des pressions s'exercent sur les tarifs et des dépassements sont constatés à tous les niveaux » [Feldstein 1992].

Afin de rééquilibrer le marché hospitalier, les gouvernements ont procédé par subventions aux hôpitaux pour augmenter la disponibilité des ressources médicales. Toutefois, si le manque de mobilité totale des ressources et les conditions d'exercice de la profession médicale limitent la disponibilité des soins, en augmentant les prix, les subventions déboursées par les gouvernements à ces fins contribuent à l'inefficacité du marché.

Enfin, il y a lieu de préciser que, dans les années 80, les gouvernements et particulièrement le gouvernement fédéral canadien, se sont tournés vers une nouvelle approche (« Triple E ») axée essentiellement sur la recherche de l'efficacité, de l'économie et de l'efficience dans la mise en oeuvre des programmes publics et leur application particulière [Baker 1980:19]. Projeté sur le marché hospitalier, l'émergence de ce mouvement des « trois E », invite les gestionnaires des établissements hospitaliers à considérer soigneusement ces trois facteurs et les rapports complémentaires qui s'exercent entre eux.

5.3 Sources des imperfections

Etant donnée la nature technique des services offerts et le préjudice que le patient peut subir à cause d'un médecin incompetent, le gouvernement est intervenu pour réglementer la profession médicale et les établissements de soins en insistant sur la protection du consommateur grâce à des établissements à but non lucratif. Les restrictions posées par le gouvernement concernent :

- l'admission des médecins à la profession,
- la circulation de l'information (la qualité des différents producteurs, etc.).
- la compétitivité des prix.
- la nature mixte du bien soins où la participation de l'Etat sera surtout liée à la composante publique des biens.

En somme, cette intervention de l'Etat implique « la connaissance d'une norme globale que l'on peut nommer l'Intérêt Général. C'est cette norme qui dictera à l'Etat démocratique la règle de conduite et guidera sa main dans l'allocation des ressources publiques. Or c'est justement la définition de cette norme qui, en quelque sorte, remplace la logique du marché.» [Paquet 1967b:55]. Finalement, ces restrictions qui sont des imperfections qui empêchent le secteur hospitalier d'être plus performant, ont été instituées sous les auspices gouvernementaux [Feldstein 1992].

6. Dimensions gestionnaires

6.1 Gestion publique et gestion privée

La gestion privée diffère de la gestion publique en ce qui a trait à l'autonomie dans les décisions d'investissement et de financement. La gestion de l'hôpital public, étant sous le contrôle du gouvernement puisqu'il y participe financièrement, ne peut être indépendante des objectifs généraux de la planification nationale de la santé, objectifs qui peuvent être en contradiction avec la maximisation de l'activité et des recettes des unités hospitalières.

La gestion privée consiste à offrir des services en quantités suffisantes et de meilleure qualité, tout en assurant une certaine marge de profit. En revanche, la gestion publique consiste à remplir sa fonction de soins et sa mission de service public afin d'atteindre l'optimum social recherché.

6.2 Gestion et système productif

Etant donné que l'activité essentielle de l'hôpital est une activité de service, les ressources humaines constituent un facteur d'une grande importance dans la gestion de l'établissement. Les conditions de travail du personnel hospitalier et le système d'interaction en place déterminent largement les coûts et l'efficacité des soins dispensés.

Néanmoins, la prédominance du personnel dans ces établissements rend la gestion de cette composante plus complexe pour certaines raisons telles que : [Lévy 1976:15]

- les statuts en sont très diversifiés, les autorités compétentes différentes (administrateurs et médecins, médicaux et paramédicaux, etc.);
- la hiérarchie au sein de l'hôpital est peu claire : le personnel infirmier dépend à la fois des médecins et des administrateurs;
- la diversité des formations, des spécialisations et des statuts y crée une difficulté évidente de communication et de participation;

- les deux « appareils », techniques et bureaucratiques, qui existent pour diriger l'hôpital sont en conflit latent.

Dans ce contexte, le rôle du directeur est particulièrement délicat et les chances de progrès résident dans la constitution d'une véritable équipe de direction associant ceux qui incarnent les différentes fonctions de l'hôpital.

A côté de la gestion du personnel, la gestion du progrès technique est également délicate. Toute décision prise à ce niveau doit prendre en considération les répercussions considérables sur la demande des soins, sur les coûts hospitaliers et sur l'organisation hospitalière.

6.3 Gestion et financement

Vu que le produit de l'hôpital est largement indivisible, difficile à cerner quant à son coût et à son efficacité, son financement est donc complexe à assurer. L'originalité de l'établissement hospitalier est qu'il n'est pas maître de ses dépenses et de ses recettes. En effet, les parts forfaitaires déboursées par l'Etat et les organismes de sécurité sociale constituent une contrainte à laquelle l'hôpital doit se conformer et par là maîtriser ses dépenses. Quant aux recettes, elles aussi échappent au contrôle de l'hôpital public puisque le prix de journée n'obéit pas aux lois classiques de formation des prix dans une économie de marché.

6.4 Gestion, efficacité et satisfaction du client

La structure de pouvoir dans l'hôpital et les confrontations entre les deux blocs médecins et administrateurs peuvent influencer la qualité des soins et par la suite toucher le bien-être du malade. Malgré cela, le partage de pouvoir n'a pas encore atteint son équilibre, quoique aujourd'hui, face à l'augmentation des dépenses des soins et l'impératif de rationalisation, on commence à prendre conscience qu'il ne peut exister de gestion hospitalière efficace sans la participation active du corps médical à la prise de décisions et sans la présence d'une administration bien organisée.

Par ailleurs, Steudler a essayé de définir une gestion efficace de l'hôpital comme suit : « L'entreprise doit veiller à ne pas avoir de pannes plutôt que d'avoir d'excellents dépanneurs (le zéro panne); elle doit lutter contre tous les délais qui immobilisent et stérilisent les ressources (le zéro délai); il vaut mieux pour elle produire directement de la qualité que de prévoir en bout de chaîne un contrôle de celle-ci (le zéro défaut). Il en va de même pour l'hôpital. Cette qualité qu'il est amené à rechercher, comme on le voit lorsqu'il entreprend des études sur la qualité des soins ou s'ouvre aux cercles de qualité, il ne pourra l'obtenir qu'en développant la responsabilisation à tous les niveaux. Il ne pourra ainsi la réaliser qu'en recherchant les meilleurs outils de gestion » [Steudler 1988:241].

6.5 Optimum social et gestion

« L'hôpital traite des malades et non de la matière inerte » [Massion 1969:75]. En effet, un grand nombre d'éléments différencient l'hôpital par rapport à une entreprise classique de service. Il est donc difficile de transposer simplement des règles et méthodes du secteur « industriel » au secteur hospitalier sans les adapter aux particularités de l'entreprise hospitalière à défaut de quoi on risque de ne pas concilier entre l'éthique, qui ne tient pas compte des critères de la rationalité économique, et l'économique.

7. Les principaux axes de réforme

7.1 Assouplir le système de production

Plusieurs auteurs estiment que l'un des principaux facteurs responsables de l'augmentation des coûts de l'hôpital et des problèmes de gestion hospitalière est l'absence d'implication et de participation des médecins à la gestion hospitalière. Le dédoublement d'un service, le transfert de lits d'une spécialité à l'autre, la création d'un second service de même spécialité, la répartition des malades, etc. ne peuvent se réaliser sans l'accord du médecin. De plus, l'admission des malades est prononcée sur avis du médecin qui va, pendant le séjour du malade prescrire des examens, des médicaments, demander une surveillance intensive, manipuler un matériel parfois sophistiqué et fragile.

Ainsi, l'un des principaux résultats escomptés du fait de la participation des médecins aux activités et aux décisions de gestion sera le contrôle des coûts hospitaliers. Par ailleurs, si les médecins participent aux décisions d'allocation de fonds et autres ressources, ils auront tendance à donner une évaluation objective des besoins en personnel, en équipements, etc., et non d'extravagantes demandes. En effet, les médecins font toujours de la pression sur les administrateurs pour satisfaire leurs revendications. Toutefois :

- si les médecins participent à l'élaboration du budget, ils seront plus informés et seront plus rationnels quant à la non-utilisation des lits et des services auxiliaires; et
- plus de communication entre l'administration et le corps médical à travers une gestion participative augmentera l'information et l'intérêt des administrateurs quant aux activités du corps médical; ceci leur permettra de surveiller l'efficacité de leurs efforts.

Enfin, il faut ajouter que la participation des médecins à la gestion doit concerner tous les médecins hospitaliers, soit qu'ils désignent des représentants dans des institutions de gestion, soit qu'ils apparaissent directement impliqués et un équilibre doit s'instaurer entre le degré d'autorité et le degré de responsabilité.

7.2 Diminuer les coûts

7.2.1 Au niveau de la gestion de l'hôpital

L'hôpital est contraint par un budget financé en grande partie et forfaitairement par l'Etat et les organismes d'assurance sociale. Si l'hôpital n'arrive pas à couvrir ses dépenses par ces fonds, il procédera par exemple à la fermeture d'un certain nombre de lits. Le problème fondamental du financement de l'hôpital est l'ignorance de ses coûts. Par conséquent, il ne peut pas facturer aux organismes d'assurances le coût total dépensé pour chaque assuré, c'est ce qui explique d'ailleurs le caractère forfaitaire du montant versé par ces organismes et par l'Etat. En mettant en place des outils gestionnaires de calcul des coûts (outils de comptabilité générale et analytique, outils de gestion du malade, outils de gestion

financière, etc.) et en organisant les activités de l'hôpital autour du client, l'hôpital pourra estimer ses coûts par malade et se faire rembourser par la sécurité sociale.

Certains hôpitaux ou encore l'Etat procèdent à l'augmentation des prix des services hospitaliers pour couvrir les coûts de l'hôpital. Cette solution n'est pas très efficace sur le plan de la politique sociale. Pour cela on cite l'expérience de Helmes en 1978. Celui-ci a essayé de remplacer la gratuité des soins ambulatoires en Californie par l'instauration d'un versement de 1 \$ à chaque consultation. Ses résultats ont montré une diminution des demandes des visites de 8 % et une augmentation des demandes d'hospitalisations de 17 %. Helmes a expliqué ce phénomène par le fait que les malades ont préféré retarder la consultation du médecin jusqu'à l'aggravation de leur état et ont eu alors recours à un traitement intensif plus cher. En fin de compte, la dépense totale pour l'Etat a augmenté [Beresniak et Duru 1992:49].

7.2.2 Au niveau du gouvernement

La méthode la plus efficace pour contrôler les coûts des hôpitaux est la régulation. « La méthode régulationniste place une très grande confiance dans l'utilisation de contrôles effectués par une instance de décision centralisée et portant sur l'investissement du capital et la fixation des prix (...). L'alternative à cette approche est de faire confiance aux forces du marché pour donner aux décideurs de l'hôpital les stimulants appropriés qui amélioreraient la performance de l'hôpital. » [Feldstein 1992].

On dénombre trois types de régulateurs envisageables dans l'institution hospitalière :

- **Privé décentralisé** : qui pose la prise en charge par la sécurité sociale avec rôle dominant des médecins. Ce régulateur permet une meilleure maîtrise et efficacité sanitaire, à condition qu'il y ait une meilleure coordination avec les facteurs (ou éléments) extra-sanitaires et une bonne coexistence public/privé.
- **Public décentralisé** : Ce système nécessite également une bonne coordination avec les autres facteurs extra-sanitaires. La décentralisation peut se situer au niveau des

provinces, des directions régionales, ou même au niveau des hôpitaux avec un rôle dominant des médecins. Ce système permet une meilleure adaptation aux conditions du pays.

- **Public centralisé** : qui suppose un rôle dominant de la part de l'administration centrale (Ministère de la Santé). Ce type de régulateur peut être efficace pour un système jeune à la recherche de son identité. [Ben Turkia 1992:108]

7.3 Agir sur la demande

Grâce à la relation de corrélation entre l'offre et la demande, il est souvent plus facile de manipuler l'offre que d'agir directement sur la demande. Parmi les mesures prises par les gouvernements au niveau de l'offre on cite, les quotas de médecins autorisés à se spécialiser et le développement de nouvelles technologies médicales. Toutefois, ces mesures peuvent accentuer les inégalités dans l'offre des soins et encombrer l'accès pour certains services ou examens qui, en fin de compte, risqueraient de coûter plus cher. Il faut donc procéder par l'éducation du citoyen et faire que ses demandes soient plus prudentes. Cela réclame une conscience plus claire des coûts mais aussi une éducation des citoyens et une plus grande imputabilité (conscience des coûts) de leur part.

8. Conclusion

Depuis des années la gestion des systèmes de santé présente une tâche difficile pour les gouvernements des différents pays du monde. D'abord, le bien « soin » lui même présente une confusion quant à sa définition puisqu'il est un bien mixte présentant à la fois les caractéristiques d'un bien public et celles d'un bien privé.

Ensuite, l'offre et la demande des soins sont tous deux difficiles à cerner. L'offre des soins dans ses composantes publique et privée ne peut être mesurée alors que le produit de l'hôpital est lui même difficile à préciser. La demande des soins quant à elle, avec ses composantes privée et publique, est en même temps aléatoire, indivisible et dépendante de l'offre. S'ajoute à ces réalités le fait que le marché hospitalier dans lequel devraient se rencontrer, en principe, l'offre et la demande, est lui même inefficace.

Enfin, c'est au niveau du financement de la santé que ressort le gros problème ou encore le dilemme de la gestion du système de santé. Comme on l'a montré dans ce chapitre, suite au caractère mixte du bien « soins », les dépenses de santé présentent aujourd'hui un lourd fardeau sur les budgets des Etats. Plusieurs solutions ont été proposées et d'autres ont été mises en application dans différents pays, mais le problème du financement de la santé est toujours là et encore rattaché aux politiques sociales des pays qui cherchent à assurer la santé pour toute leurs populations les citoyens. Paquet [1995:18] renvoie le problème de la santé à l'imputabilité et propose que pour rétablir cette imputabilité « il faudrait commencer par sensibiliser les citoyens aux coûts des services public, qu'ils consomment. Par exemple, une facture pro forma envoyée annuellement aux citoyens pourrait leur donner une liste par article de soins qu'ils ont reçu et des coûts que les gouvernements ont dû déboursier pour ces soins. Cela redonnerait au citoyen un certain sens des responsabilités et le forcerait à se demander s'il est raisonnable de se précipiter chez le médecin au moindre mal de tête, quand cela coûte tellement cher ».

Dans les chapitres qui suivent on va essayer de voir les expériences du Canada, de la Grèce et de la Tunisie pour résoudre le problème de la santé et de la gestion des services de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- Baker W. [1980] : « The « Triple E » Movement and Productivity in Canada's Federal Public Service ». *Optimum*. Volume 11; n°3, pp. 5-20.
- Banque Mondiale [1993] : *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*; Washington.
- Beresniak A. et Duru G. [1992] : *Economie de la santé*. Editions Masson. Paris.
- Ben Turkia M. [1992] : *Le management hospitalier en Tunisie : diagnostic et remèdes*. Editions ENA, Tunis.
- Dangoumau J. [1989] : « Grandeur et servitude de l'économie de santé ». *Journal d'Economie Médicale*, T. 7, n° 1, pp. 3-9.
- Feldstein P. [1992] : *Analyse économique de la santé*. Collection politique et technologies. Editions Seillans. Paris.
- Klarmen H. [1965] : *The Economic of Health*. Columbia University Press. New York and London.
- Kleiber C. [1991] : *Questions de soins : essais sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins*. Editions Payot. Lausanne (Suisse).
- Launois R. [1992] : « Réforme du système de santé : Serpent de mer ou choix raisonné? ». *Journal d'Economie Médicale*, T. 10, n° 1/2, pp. 55-67.
- Lévy E. [1976] : « L'hôpital est-il une entreprise ». *Revue Française de Gestion*, mars - avril, pp. 9-24.
- Massion J. [1969] : « L'organisation des structures hospitalières ». *Gestions Hospitalières*, N°20, pp. 74-80.
- Nouria N. [1990] : *Gestion et devenir de l'hôpital public à travers le rapport médecins et administrateurs*. Mémoire de troisième cycle en gestion; Institut Supérieur de Gestion de Tunis.
- OCDE [1992] : *La réforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE*. Etude de politique de santé n°2. Publications de l'OCDE. Paris.

- Paquet G. [1967a] : « Perspectives économiques et notion de système », dans Boudreau T., *L'économie de la santé*, chapitre II, pp. 39-50, Université de Sherbrooke: Division de médecine sociale, Faculté de Médecine.
- Paquet G. [1967b] : « Définition économique du bien santé et analyse du marché des soins », dans Boudreau T., *L'économie de la santé*, chapitre III, pp. 51-62, Université de Sherbrooke; Division de médecine sociale, Faculté de Médecine.
- Paquet G. [1995] : « Rétablir l'imputabilité ». *Le Droit*, pp. 18.
- Steudler F. [1988] : « Vers une nouvelle stratégie hospitalière ». *Journal d'Economie Médicale*, T 6, n°4, pp. 233-243.

LES REFORMES DE LA GESTION HOSPITALIERE :

CERTAINES EXPERIENCES ETRANGERES

1. Introduction

Parmi plusieurs pays qui sont à différents stades du développement de leurs systèmes de santé, on s'est fixé sur le Canada et la Grèce dans le but d'introduire, par la suite, l'expérience tunisienne dans le domaine de la gestion hospitalière. Le tableau 3-1 permet de souligner les différences entre le Canada (Amérique du Nord), la Grèce (Europe de l'Ouest), la Tunisie (Afrique du Nord), les Etats Unis (Amérique), le Japon (Asie) et la France (Europe) au niveau des indicateurs démographiques.

Les divers types de gouvernement : fédéral au Canada, démocratique en Grèce et république en Tunisie ainsi que des cultures différentes, tous ces éléments peuvent expliquer les différences entre ces pays en matière de politique de santé, mais voilà qu'on découvre des stades d'évolution comparables en ce qui concerne la gestion dans les établissements hospitaliers publics.

Personne ne peut nier la performance et le développement de la gestion dans les hôpitaux publics canadiens. La Tunisie en a pris l'exemple et vient de transposer (depuis 1991) l'expérience canadienne dans ses hôpitaux publics, alors que la Grèce, face à des problèmes énormes d'inefficacités internes dans les hôpitaux, s'apprête peut-être à suivre l'expérience tunisienne. D'un système hospitalier centralisé en Grèce à un système hospitalier décentralisé au Canada, la Tunisie se place entre les deux grâce à la récente réforme de gestion dans les hôpitaux pour décentraliser le système.

Tableau 3-1 : Tableau comparatif de certains pays dans le domaine de la santé

Indicateurs	Canada	Grèce	Tunisie	Etats-Unis	Japon	France
Population (millions) (1990)	26 639	10 089	8 074	259 600	123 540	56 735
Population par habitant (1990)	80,4	78,6	68,8	78,8	81,9	80,9
Mortalité infantile (pour mille des naissances vivantes) (1990)	73,8	74,1	67,2	72,0	75,9	72,7
Mortalité infantile (pour mille des naissances vivantes) (1990)	0,68	0,97	0,42	0,91	0,46	0,72
Nombre de médecins par habitant (1990)	59 409	34 336	4 424	601 010	203 797	152 096
Nombre de lits par habitant (1990)	2,2	3,2	1,8	2,3	1,6	-
PIB par habitant (milliards de \$) (1991)	21,6	6,8	1,5*	22,2	27,0	20,9
Dépense totale de santé (en millions de dollars américains) (1990)	51 594	3 609	614	690 667	189 930	105 467
Dépense totale de santé par habitant (1990)	1 945	358	76	2 763	1 538	1 869
Dépense totale de santé en pourcentage du PIB (1990)	9,1	5,5	4,9	12,7	6,5	8,9
Dépense totale de santé en pourcentage du PIB (1990)	6,8	4,2	3,3	5,6	4,8	6,6
Dépense totale de santé en pourcentage du PIB (de 1982 à 1992)	2,4	1,3	1,6	7,0	1,6	2,3
Variation des dépenses de santé en pourcentage du PIB (de 1982 à 1992)	+ 20,0 %	+ 23,0 %	-2,9 %**	+ 36,0 %	+ 3,0 %	+ 17,0 %

Source : OCDE [1994:1993a;1993b] et rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé, Banque Mondiale, Washington, juin 1993.
 * La Tunisie médicale [1994].
 ** Ministère de la Santé Publique, Direction Etudes et Planification, Tunis 1995.

Dans ce qui suit, le but n'est pas de comparer ou d'évaluer les expériences grecque ou canadienne dans ce domaine mais de les expliquer dans le cadre de chaque système de santé afin d'évaluer l'effort de l'expérience tunisienne à la lumière de ces deux expériences.

2. L'expérience canadienne

2.1 Evolution du système de santé canadien

Le système de santé canadien moderne s'est développé durant les années 1920. Il était centré autour de l'hôpital, institution devenue fort importante aussi bien pour les classes moyennes et aisées que pour les pauvres. A cette époque, les découvertes en bactériologie et en immunologie permettaient de s'attaquer aux problèmes d'épidémies dans les villes. Toutefois, deux sortes de problèmes ont constitué des barrières à l'accès aux soins : le manque de praticiens et d'infrastructure dans certaines régions et les problèmes de paiement pour des services qui devenaient de plus en plus coûteux.

L'Acte de l'Amérique du Nord Britannique (AANB) de 1867, établissant le Canada comme une nation, a prévu une division des droits et pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et accordé à ces dernières la responsabilité des services de santé. Quand une province voulait de l'aide du gouvernement fédéral pour implanter de nouvelles mesures, ou plus tard, quand le Fédéral voulut introduire des programmes nationaux, des disputes constitutionnelles se sont suivies qui ont retardé l'implantation. Les années 1920 et 1930 ont été des périodes de grands changements. Basés sur l'expérience des médecins municipaux et des schémas des hôpitaux des Prairies, les mouvements des fermiers en Alberta et en Colombie-Britannique favorisaient l'assurance-santé subventionnée par le gouvernement fédéral. Survint par la suite la Grande Dépression, avec ses effets dévastateurs sur le pays, laquelle jumelée avec une série d'années de sécheresse dans les Prairies et les provinces de l'Ouest, ont mis le système de santé sous de sérieuses contraintes. Dans les Prairies, beaucoup de municipalités ont fait faillite et beaucoup de personnes ne pouvaient plus payer pour les soins. Le résultat fut une propagation des maladies contagieuses comme la pneumonie et la tuberculose faute de moyens de les contrôler [Sutherland et Fulton 1994].

Les années 30 virent l'apparition des premiers projets politiques pour une assurance-maladie gouvernementale au niveau national. Mais ce n'est qu'avec la Seconde Guerre mondiale que le gouvernement a commencé à intervenir pour prévenir la dépression économique et l'instabilité sociale de l'après-guerre, en faisant un grand effort dans la planification de la reconstruction. L'assurance-santé, entre autres mesures de sécurité sociale, reçut plus d'attention. D'où une recommandation faite de mettre en place un système de santé universel, intégral et financé conjointement par le Fédéral et les provinces.

En 1948, le gouvernement fédéral subventionna de moitié la construction d'hôpitaux dans les provinces. Ensuite, au début des années 50, ces subventions furent coupées de 50 % pour disparaître par la suite.

Ce n'est qu'en 1957, à l'époque de la naissance des droits nouveaux sociaux [Paquet 1979] et avec la « Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques » que le Fédéral commença à accorder son support aux services hospitaliers. Cette loi consiste à donner la liberté aux provinces d'opérer et de financer leurs propres plans, le Fédéral payant pour la moitié des services spécifiés que sont l'hébergement et les repas dans une salle standard, les services infirmiers nécessaires, les tests de diagnostic et de laboratoire, les médicaments, l'utilisation des salles d'opération et de réanimation, les fournitures chirurgicales de routine, les services de radiologie et de physiothérapie et les services des autres employés des hôpitaux. Cependant, le schéma d'assurance hospitalière ne couvrait pas les soins chroniques et psychiatriques.

En 1957, la Saskatchewan a été la première province à avoir l'idée de l'implantation du programme d'assurance-hospitalisation universelle. Elle fut suivie par le Programme Fédéral d'Allocations pour la Santé en 1958 et d'un programme d'assurance, et finalement de l'implantation de l'assurance de soins médicaux en 1962 [Sutherland et Fulton 1994].

En 1964, la Commission Royale d'Enquête sur les services de santé (Commission Hall) recommandait un programme similaire à celui de la Saskatchewan pour tout le Canada. Ce n'est qu'en 1972 que le Canada a réussi à implanter le concept d'une couverture universelle

comprenant l'hospitalisation, les soins dispensés par les médecins et quelques services subordonnés.

Par la suite, la crise économique des années 70 donna lieu à une crise des coûts dans les services de soins (augmentation rapide des coûts). En 1977, le gouvernement fédéral introduisit d'autres arrangements de financement des soins médicaux, le Financement des Programmes Etablis (FPE). Sous ce programme, la contribution fédérale aux coûts des soins devint directement liée à la taille de la population et à la croissance économique (PIB et taux d'inflation).

La nouvelle formule comprend essentiellement :

- Un paiement per capita basé sur les dépenses antérieures et ajusté régulièrement en relation avec le PIB pour que le support continue de croître avec l'économie.
- Un transfert des points d'impôts du fédéral à la province, c'est à dire que le fédéral réduisait son taux d'imposition pour laisser les provinces augmenter le leur.
- Un paiement additionnel indexé per capita a été fait pour aider les maisons de repos, les résidences de soins, les soins à domicile et les soins ambulatoires.

Ainsi, avec ce nouveau mode de paiement (non plus corrélé avec les coûts réels), les provinces ont eu une grande flexibilité en termes des montants à dépenser et de la manière de le faire, et en l'occurrence, elles ont transféré un grand nombre de soins continus et chroniques des hôpitaux vers des institutions spécialisées.

En 1984 est venue la Loi canadienne sur la santé, pour consolider la loi sur l'Assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957 et la Loi sur les soins médicaux de 1966, pour établir les objectifs de la politique canadienne en matière de santé et les cinq principes d'origine qui demeurent valides jusqu'à aujourd'hui.

En 1995, les transferts fédéraux aux provinces ont fait l'objet d'une importante réforme dans le budget du gouvernement Chrétien. A partir de 1996, le gouvernement fédéral a renoncé à la gestion de la politique sociale. Il entend combiner ses versements aux provinces pour la santé, l'éducation post-secondaire et l'aide sociale dans une seule et même enveloppe et laisser le soin aux provinces de la répartir et de l'administrer en fonction de leurs priorités. Toutefois, cette enveloppe que le gouvernement fédéral transmettra à ses partenaires provinciaux sous forme du nouveau « Transfert Canadien en Matière de Santé et de Programmes Sociaux » (TCSPS) sera amputée au total de près de 2,8 milliards de dollars canadien pour passer de 29,7 milliards en 1995-1996 à 26,9 milliards en 1996-1997. De cette façon « Ottawa accroît la marge de manoeuvre des provinces dans la gestion des programmes de sécurité du revenu » [Hébert 1995a:A4]. Mais les provinces seront libres de toute contrainte dans la gestion de ces programmes et la Loi canadienne sur la santé continue de s'appliquer.

2.2 Etat de santé de la population canadienne

- Espérance de vie :

Les canadiens jouissent d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde. L'espérance de vie à la naissance a augmenté graduellement de 6 années de 1961 à 1992, passant de 74,3 années pour les femmes et 68,4 années pour les hommes, à 81,2 années pour les femmes et 74,9 pour les hommes (voir tableau 3-2).

- Mortalité :

De 1974 à 1992, le taux de mortalité infantile a chuté de plus de la moitié, passant de 14,8 à 6,1 décès par 1000 naissances vivantes. Plus des deux tiers des décès au Canada, en 1991, étaient attribuables à des maladies du système circulatoire (39 %) ou au cancer (28 %).

- Morbidité

Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé. Ce groupe comprend les personnes âgées, les chômeurs, les assistés sociaux, les femmes chefs de familles monoparentales et les membres de groupes minoritaires tels les autochtones et les immigrants.

TABLEAU 3-2 : ETAT DE SANTE DE LA POPULATION CANADIENNE

	1961	1971	1981	1992
Espérance de vie à la naissance				
Garçons	68.4	69.3	71.9	74.9
Filles	74.3	76.4	78.9	81.2
Mortalité infantile pour 1000 naissances	27.2	17.5	9.6	6.1

Source : Statistique Canada, rapports sur la santé 5, n° 2 (Ottawa : Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993), 215.

2.3 *Système de santé canadien*

2.3.1 *Offre des soins*

L'acte constitutionnel de 1867 (l'AANB mentionné plus haut) plaça l'offre de soins sous la juridiction des gouvernements provinciaux. C'est ainsi que le système de santé canadien est, en fait, l'ensemble de 10 systèmes indépendants.

Le système de santé canadien est à la fois public et privé. La prestation des services de santé varie selon la province ou le territoire. Chaque réseau local de services de santé comprend la majorité des éléments suivants :

- *Services hospitaliers :*

Les établissements vont des hôpitaux communautaires, offrant des soins actifs généraux, aux hôpitaux d'enseignement spécialisés, offrant des soins tertiaires.

- *Services des praticiens indépendants :*

Les médecins pratiquent en cabinet individuel ou collectif, ou dans les hôpitaux, les centres de santé communautaire ou les cliniques privées.

- *Soins communautaires :*

Les centres de soins communautaires sont des établissements multidisciplinaires (vaste gamme de services accentuant les soins intégrés, continus et holistiques) de soins ambulatoires, financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

- *Soins de longue durée :*

C'est un réseau constitué de services communautaires et de soins en établissement. Les secteurs public et privé offrent, tous deux, ce service.

- *Cliniques de soins ambulatoires :*

Ce sont des cliniques privées à but lucratif, financées par la facturation à l'acte des médecins auprès des régimes provinciaux d'assurance-santé ou par le paiement privé des services non assurés.

- *Soins à domicile et hôpitaux extra-muros :*

C'est un service novateur au Canada. Il fournit à domicile les soins infirmiers ou médicaux habituellement dispensés à l'hôpital.

- *Services de santé publique :*

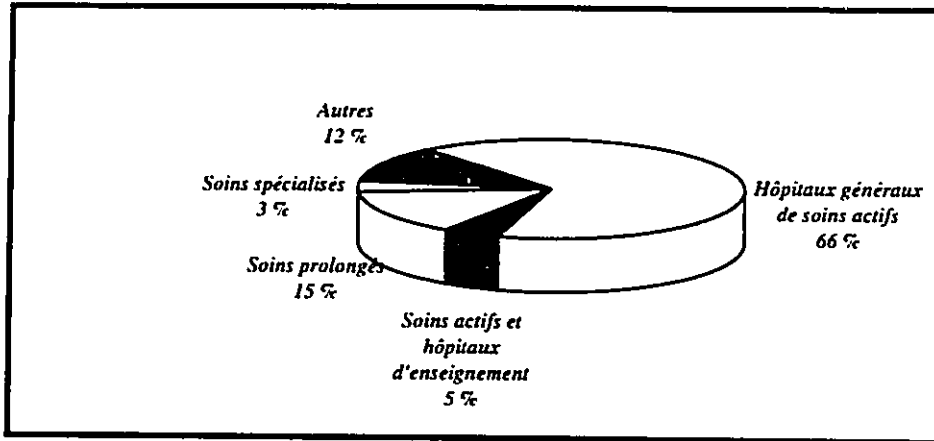
L'importance de ces services varie selon les provinces. Il s'agit d'éducation sanitaire, de promotion de la santé, de planification familiale, etc.

2.3.1.1 Les hôpitaux

Au Canada, 65% des hôpitaux offrent des soins actifs, 34 % des soins spécialisés, et 14,5 % des soins prolongés. La durée moyenne de séjour (DMS) dans les hôpitaux de soins actifs est de 7 jours. Toutefois, si les patients sont atteints d'un trouble chronique, ils s'adressent à un établissement de soins de longue durée.

En ce qui concerne l'infrastructure des hôpitaux au Canada, celle-ci se divise essentiellement en hôpitaux publics, hôpitaux privés à but lucratif et hôpitaux fédéraux (voir annexe 2-1 : Particularités et infrastructure des hôpitaux canadiens). Cependant, il faut noter que 95 % de l'ensemble des hôpitaux canadiens sont des établissements sans but lucratif. Alors que les hôpitaux privés, représentant moins de 5 % de l'ensemble des hôpitaux, sont pour la plupart des établissements de long séjour [Association des hôpitaux du Canada 1995].

Concernant le nombre de lits offerts dans les établissements hospitaliers, tout au long des années 70 et 80, la rapide mise en place de l'infrastructure hospitalière au Canada a fait que ce nombre ainsi que le nombre des hôpitaux sont demeurés assez stables. En 1995, 76 % des hôpitaux comptent moins de 200 lits (la majorité desservant de moyennes ou petites collectivités). Les hôpitaux de 200 à 500 lits comptent pour 19 % au total, alors que les hôpitaux spécialisés ou de soins prolongés comptent pour 18 % [Association des hôpitaux du Canada 1995:10] (voir graphique 3-1).

GRAPHIQUE 3-1 : INFRASTRUCTURE HOSPITALIERE AU CANADA

- Soins spécialisés : surtout psychiatrie et pédiatrie mais aussi oncologie, orthopédie, etc.
- Soins prolongés : réadaptation, soins aux malades chroniques, soins psychiatriques de longue durée.
- Autres : postes de soins infirmiers et hôpitaux en régions éloignées.

Source : Statistique Canada, la statistique annuelle des hôpitaux, 1991-1992. Partie I (Ottawa :Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993), 215.

Au Canada, les soins de longue durée assurent l'hébergement et les soins dans un continuum où les patients vivent indépendamment en recevant des services de santé et d'aide familiale à la maison, ou sont soignés dans des hôpitaux ou des centres de jour qui offrent des services professionnels à l'extérieur du domicile, ou vivent dans des établissements de soins de longue durée ou des hôpitaux pour maladies chroniques. En 1994, le Canada comptait 6 203 établissements de soins de longue durée dont 33 % était privés. Dans 40 % des cas, la majorité des pensionnaires étaient âgés.

2.3.1.2 Médecins et personnel paramédical

En 1991, le Canada comptait plus de 54 000 professionnels de la santé. De 6 à 8 % de la population active du Canada travaille dans ce secteur [Association des hôpitaux du Canada 1995:9], le groupe professionnel le plus important étant celui des soins infirmiers (on comptait, en 1991, une infirmière autorisée par 122 habitants, et une infirmière auxiliaire autorisée par 337 habitants [Association des hôpitaux du Canada 1995:9]). Quant aux médecins, ils comptent pour plus de 11 % du personnel de santé. Le nombre de médecins a accru proportionnellement plus vite que la population dans les années 70 et 80 (la croissance démographique était nettement supérieure à ce qu'elle est de nos jours). En 1992, le Canada comptait un médecin par 448 habitants (y compris les internes et les résidents) (voir tableau 3-3).

TABLEAU 3-3 : DONNEES AU SUJET DES MEDECINS

	1980	1992
Médecins	37 287	53 836
Nombre d'habitants par médecin	650	514

Source : Santé et Bien-Etre social Canada, « nombre et répartition des médecins au Canada, 1992 » (Ottawa, 1993).

En outre, les médecins généralistes jouent en quelque sorte un rôle de « filtre » dans le système de santé. C'est généralement avec eux que les patients ont les premiers contacts, cela leur permet de les orienter vers les spécialistes et les admissions dans les hôpitaux, et ils se prononcent sur la nécessité des examens, des traitements ou la prescription des médicaments. Les médecins jouissent d'une grande autonomie professionnelle [OCDE 1994]. La majorité des médecins sont rémunérés à l'acte, ils doivent soumettre leurs demandes de remboursement à la régie d'assurance-maladie de leur province.

Toutefois, dans les hôpitaux, les médecins ne sont pas des employés. Dans les hôpitaux universitaires, ils sont compensés pour leur tâche d'enseignement et autres, en sus de leurs honoraires facturés à l'acte aux régimes provinciaux d'assurance-santé.

2.3.2 Demande des soins

L'enquête effectuée par Statistique Canada en 1991 auprès de 12 000 Canadiens, a révélé que plus de 9 adultes sur 10 avaient consulté un professionnel de la santé en 1991. Chez les personnes âgées, les plus pauvres sont susceptibles de consulter un médecin plus souvent. Concernant l'utilisation des hôpitaux, on relève que de 1982-1983 à 1992-1993, dans les hôpitaux de soins actifs, spécialisés et prolongés, le nombre d'admissions et de jours-patients par 1 000 habitants a diminué de 13,5 % et de 24 %, respectivement [Association des hôpitaux du Canada 1995] (voir tableau 3-4).

TABLEAU 3-4 : UTILISATION DES HOPITAUX AU CANADA (HOPITAUX DE SOINS ACTIFS, SPECIALISES ET PROLONGES)

	1982-1983	1992-1993	Variation
Lits par 1000 habitants	7,00	5,99	-14,4 %
Jours-patient par 1000 habitants	2173	1 652	-24,0 %
Admissions par 1000 habitants	147,7	127,7	-13,5 %
Durée moyenne de séjour (en jours)	13,6	12,7	-6,6 %
	1981-1982	1991-1992	
Chirurgie			
• Interventions par 1000 habitants	104,1	102,0	-2,0 %
• en hospitalisation	63,4 %	49,3 %	-22,2 %
• à l'externe	36,6 %	51,7 %	+44,3 %

Source : Statistique Canada, La statistique hospitalière : Rapport annuel préliminaire, 1992-1993; La statistique annuelle des hôpitaux, 1981-1982, 1982-1983, 1991-1992. Ottawa: Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie.

Les principaux consommateurs de soins en établissements demeurent les personnes âgées. En effet, en 1991-1992 les personnes âgées de 65 ans et plus comptaient pour plus de 31 % des radiations totales et pour 57 % du total des jours d'hospitalisation [Association des hôpitaux du Canada 1995]. La durée moyenne de séjour constitue également un bon indicateur de l'utilisation des services hospitaliers. Ce paramètre a enregistré une diminution de 6,6 % entre 1982-1983 et 1992-1993, dans tous les groupes d'âge. A noter, toutefois, que la DMS dans les hôpitaux publics de soins actifs (sauf les hôpitaux d'enseignement et de soins de longue durée) a été en 1992-1993 de 7,43 jours [Association des hôpitaux du Canada 1995:11] (voir tableau 3-4).

2.3.3 Financement du système

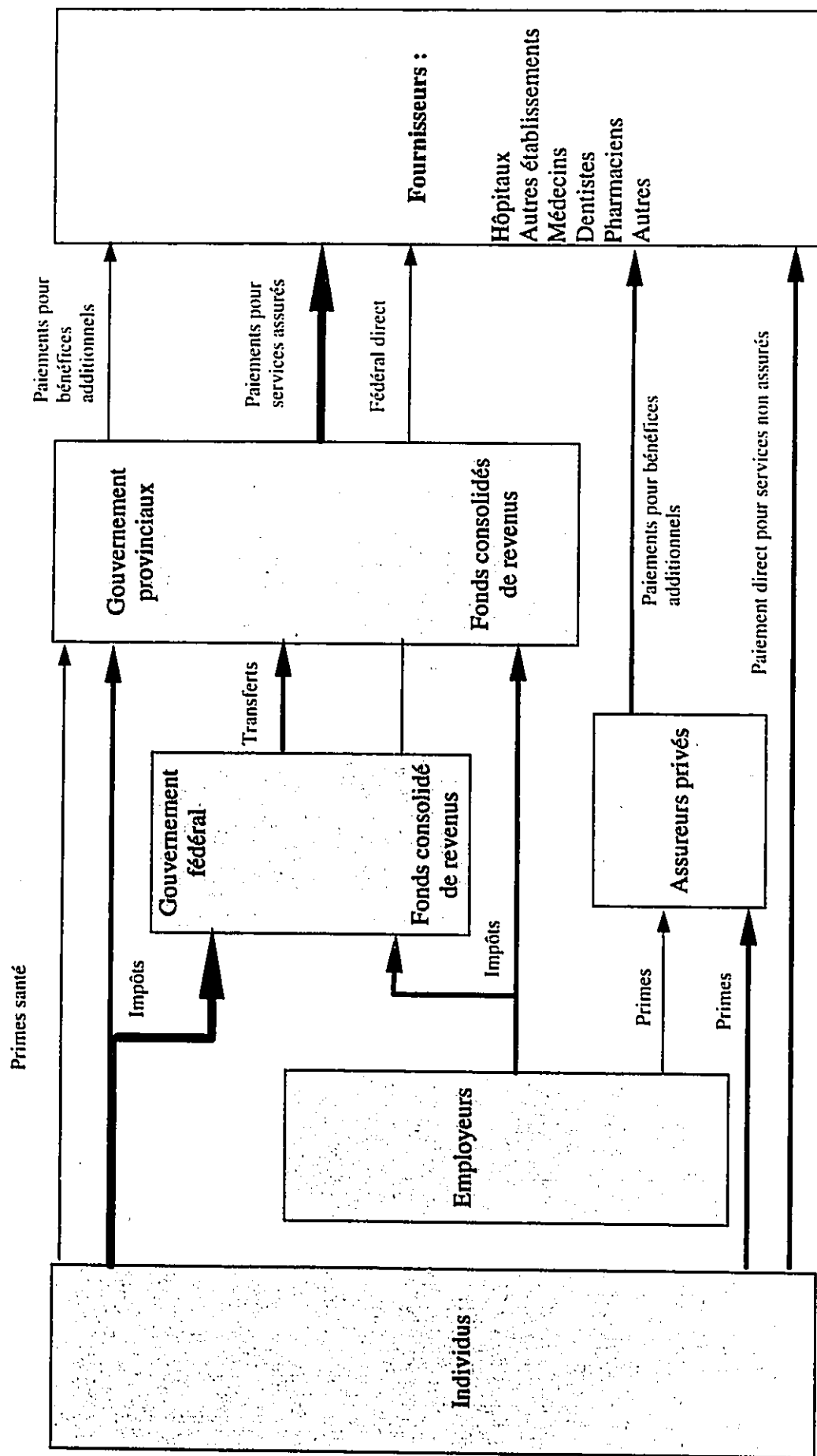
Le système de santé du Canada est financé par un régime exhaustif d'assurance publique où le ministère de la Santé Provincial est le payeur unique. Ce système constitue donc un réseau dans lequel s'imbriquent 12 régimes d'assurance-maladie, dont 10 provinciaux et 2

territoriaux. Chacun de ces régimes est d'application universelle. Ils sont liés entre eux par des normes nationales fixées au niveau fédéral [OCDE 1994] (voir graphique 3-2).

Ainsi, la Loi canadienne sur la santé pose cinq principes que les régimes provinciaux et territoriaux doivent respecter s'ils veulent recevoir des fonds fédéraux. Ces principes sont :

- **Gestion publique** : chaque plan d'assurance doit relever du gouvernement provincial et doit être administré sans but lucratif.
- **Intégralité des services** fournis par les hôpitaux et les médecins, y compris tout service qui est médicalement nécessaire.
- **Universalité** : les régimes d'assurance doivent être universels; ils doivent protéger tous les résidents autorisés d'une province ou d'un territoire.
- **Accessibilité** : Tous les Canadiens, quelque soit leur âge, leur revenu, leur statut socio-économique ou leur état de santé doivent avoir facilement accès aux services médicaux et hospitaliers nécessaires, sans obstacle d'ordre financier.
- **Transférabilité** : chaque plan d'assurance provincial doit être transférable entre les provinces, pour que les résidents admissibles soient couverts dans n'importe quelle province.

Graphique 3-2: Le financement du système de santé du Canada



Source : OCDE [1994]

En outre, il faut préciser que les services de santé sont financés par un système d'impôts progressif, auquel on peut ajouter les charges sociales payées par les employeurs ou les primes payées par les individus. Les services de soins assurés sont fournis surtout par des médecins indépendants qui facturent directement au régime provincial d'assurance-santé, et par les hôpitaux, pour la plupart des organismes sans but lucratif financés en vertu des enveloppes budgétaires provinciales [Association des hôpitaux du Canada 1995].

Concernant les dépenses publiques de santé, entre les années 70 et le début des années 90, les dépenses de santé au Canada ont augmenté d'une manière remarquable, passant de 7 % du produit intérieur brut (PIB) en 1970 à 10 % au début de 1990. D'ailleurs c'est grâce à cette proportion que le Canada se situe au second rang des pays de l'OCDE après les Etats Unis en ce qui concerne la proportion du PIB consacrée à la santé (voir tableau 3-5).

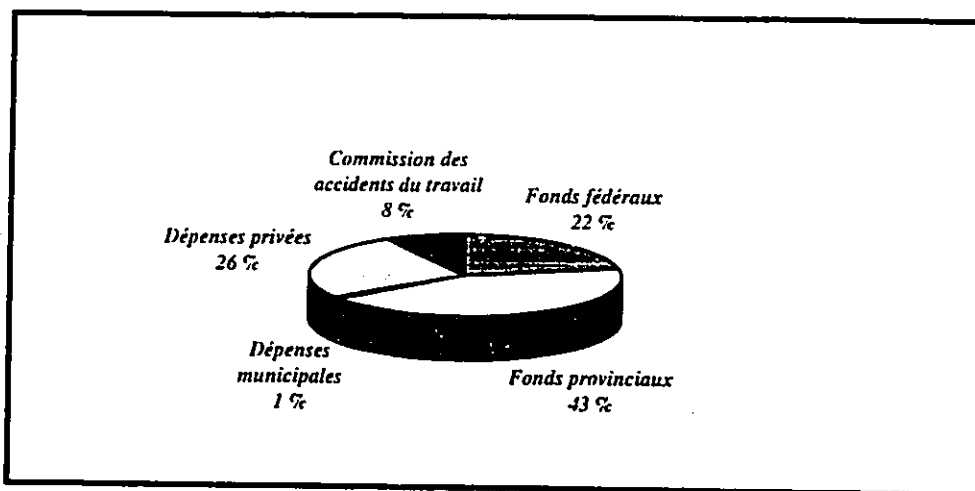
TABLEAU 3-5 : EVOLUTION DE LA PROPORTION DU PIB CONSACREE A LA SANTE (TOTAL DES DEPENSES DE SANTE EN POURCENTAGE DU PIB)

1981	7,5 %	1988	8,7 %
1982	8,3 %	1989	8,9 %
1983	8,5 %	1990	9,3 %
1984	8,4 %	1991	9,9 %
1985	8,5 %	1992	10,1 %
1986	8,8 %	1993	10,1 %
1987	8,8 %		

Source : Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1993* (Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994), tableau 1A, n.p.

La répartition des dépenses de santé par source de financement donne la plus grande part aux provinces, qui ont contribué pour 46,5 % de toutes les dépenses de santé en 1993, suivies du secteur privé (28 %) puis du fédéral (23,5 %) et enfin des dépenses municipales (0,1 %) (voir graphique 3-3).

GRAPHIQUE 3-3 : REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE DE FINANCEMENT, 1993.



Source : Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1993* (Ottawa : ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1994), 15 [Rapport de l'Association des hôpitaux du Canada 1995].

Toutefois, il faut souligner que les contributions fédérales sont en diminution au cours des deux dernières décennies (voir tableau 3-6).

TABLEAU 3-6 : REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE 1983

	1983	1993
Hôpitaux	41,7	38,0
Autres établissements	11,2	10,2
Médecins	15,4	15,1
Autres professionnels	6,6	6,0
Médicaments	9,1	15,1
Depenses en capital	5,2	3,7
Autres dépenses	10,9	11,7

Source : Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1993* (Ottawa : ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1994), tableau 6c, n.p. [Rapport de l'Association des hôpitaux du Canada 1995].

En constatant la croissance des dépenses de santé entre 1980 et 1990, certains économistes de la santé au Canada (tels que Angus) ont trouvé que les facteurs qui ont contribué à cette croissance ont été essentiellement les suivants :

- Inflation économique générale (48 %).
- Inflation additionnelle de 18 % dans le secteur de la santé.
- Les technologies et autres ressources (15 %).
- La croissance de la population (12 %).
- Le vieillissement de la population (4 %).
- Le nombre accru de traitements dispensés (3 %).

2.4 Secteur hospitalier

2.4.1 Historique des réformes

Au Canada, il n'y a presque pas eu de réformes qui se sont consacrées à la gestion des hôpitaux. Etant très autonomes, les hôpitaux dépendent peu du gouvernement en ce qui a trait à leur gestion. C'est ce qui explique le fait que la majorité des réformes ayant touchées les hôpitaux au Canada, se rapportent au financement dans un objectif global de réduction des coûts.

La principale réforme adoptée dans le passé, est celle de l'instauration du « ticket modérateur » dans les hôpitaux publics. Au début des années 70, la Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques a permis aux provinces, avec le consentement préalable du gouvernement fédéral, d'imposer une participation financière des patients : c'est ce qu'on a appelé « ticket modérateur », mais les transferts fédéraux aux provinces étaient réduits en proportion.

Dans les années 80, les ministres provinciaux ont eu recours au budget global pour le financement des hôpitaux publics. « Cette méthode a notamment pour avantage de permettre aux administrateurs des hôpitaux de gérer leurs installations avec plus de souplesse pour répondre aux besoins de la population locale, d'améliorer les possibilités de

planification grâce à la prévisibilité du financement et de permettre de maîtriser les coûts par le strict respect des plafonds » [OCDE 1993a:105]. Pour appliquer cette méthode, le gouvernement provincial a procédé de deux manières : il a pris totalement en charge les déficits hospitaliers en laissant aux hôpitaux un « quasi laisser-faire » ou il a obligé ces établissements, dans l'optique d'un « déficit zéro » de fonctionner avec les fonds alloués ou de combler l'année suivante le déficit encouru [OCDE 1994]. Une fois cette méthode mise en application, les gouvernements provinciaux se sont intéressés à l'amélioration de la gestion du financement dans les hôpitaux pour la rendre plus efficace. Tel a été le cas de plusieurs provinces qui ont mis en place des programmes d'incitation permettant le report d'excédents sur l'exercice suivant [OCDE 1994].

2.4.2 Gestion des établissements hospitaliers au Canada

En général, au Canada, les services hospitaliers ont été dispensés par des établissements dirigés par des conseils d'administration autonomes. Ils appartiennent le plus souvent à des organismes bénévoles, aux autorités municipales ou provinciales ou, plus rarement, à des ordres religieux (voir annexe 2 : Particularités et infrastructure des hôpitaux canadiens). Dominé par les professionnels de la santé, le secteur hospitalier canadien emploie, également, des milliers de gestionnaires occupants différents postes. Le nombre de professionnels de gestion employés dans ce secteur a été estimé en 1994 à 9 342, nombre qui a doublé par rapport aux effectifs en 1982 [La société des comptables en management du Canada 1994].

D'un autre côté, étant donné que les hôpitaux font appel à des fonds importants, on ne peut ignorer la gestion budgétaire, élément clé de la gestion hospitalière. La méthode budgétaire appliquée dans les hôpitaux canadiens se caractérise par la distinction entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses d'équipement. Le financement des dépenses d'équipement varie sensiblement d'une province à l'autre, mais il converge en deux points communs : l'approbation du Ministre provincial de la santé qui se prononce au regard des besoins, et la participation obligatoire des municipalités et ou d'organismes privés (de 10 à 40 %) [OCDE 1994].

2.4.3 Problèmes dans le système de santé et en particulier dans les hôpitaux

2.4.3.1 Disparités géographiques

Aux disparités géographiques de répartition des professionnels de la santé, s'ajoutent celles de répartition des hôpitaux selon leur taille. Dans le Grand Nord du Canada, seulement de petits postes de soins infirmiers fournissent aux collectivités des services de soins publics et primaires. « Les médecins visitent régulièrement ces postes, mais il faut parfois transporter les patients par avion vers les villes du Sud pour recevoir des services spécialisés » [Association des Hôpitaux du Canada 1995:10].

2.4.3.2 Vieillesse de la population

La population du Canada a vieilli considérablement au cours des derniers 25 ans. Les personnes de 30 à 35 ans représentaient, en 1993, la plus grande proportion de la population canadienne. De plus, Statistique Canada estime que dans 30 ans, les personnes âgées composeront entre 20 et 25 % de la population [Association des hôpitaux du Canada 1995:12]. Il en ressort donc que les besoins de la population canadienne en soins de longue durée seront plus prononcés dans le futur. À préciser que la durée moyenne de séjour pour les personnes âgées de plus de 75 ans était de 26,1 jours, en 1992, alors qu'elle n'est de 4,8 jours pour les moins de 15 ans. Par conséquent, le Canada ne pourra échapper à une restructuration de l'infrastructure actuelle de l'offre des soins afin de mieux répondre aux besoins de la population [Association des hôpitaux du Canada 1995].

2.4.3.3 File d'attente importante dans les établissements hospitaliers

L'enquête générale menée par Statistique Canada, en 1991, auprès de 12 000 canadiens, a montré que 7 % des répondants ont déclaré avoir dû attendre pour recevoir des soins au cours de la dernière année et ils ont rapporté un temps d'attente de 8 semaines, au moins, pour consulter un spécialiste ou pour des procédures de chirurgie électives.

Pour remédier à ce problème, les hôpitaux ont eu recours à la chirurgie externe, économisant ainsi les coûts que le malade aurait pu engendrer s'il avait été hospitalisé. C'est ainsi que de 1981-1982 à 1991-1992, la proportion offerte en clinique externe est

passée du tiers (36,6 %) à la moitié (51,7 %) de toutes les interventions [Association des hôpitaux du Canada 1995:13].

2.4.3.4 Coût du personnel hospitalier

Les ressources humaines dans les hôpitaux canadiens constituent la première source des coûts puisqu'elles absorbent à elles seules, 75 % et plus du budget opérationnel total [La société des comptables en management du Canada 1994].

2.4.4 Les réformes actuelles et les orientations futures

La revue des problèmes actuels dans les hôpitaux canadiens explique le fait que les réformes qui ont été mises en place par le gouvernement n'ont pas porté directement sur la gestion des établissements hospitaliers. En effet, ces derniers sont autonomes et tout changement dans leur modes ou techniques de gestion est du ressort des directeurs en place qui ne font que réagir à la demande de la population tout en respectant la politique actuelle du gouvernement dans le secteur de la santé. En somme, étant imbriqué dans le système sanitaire et étant le catalyseur de ce dernier, l'hôpital verra sa gestion et sa stratégie modifiée pour suivre les objectifs de toute réforme adoptée par le gouvernement dans le système de santé.

La réforme actuelle menée par le gouvernement canadien vise l'ensemble du système de santé du Canada dans un objectif général de réduction des coûts. Ainsi, pour faire face aux problèmes cités dans le paragraphe précédent, les gouvernements provinciaux et territoriaux essaient diverses formules dans le cadre d'une réforme générale des systèmes de santé. Les éléments importants de cette réforme sont :

- **La restructuration des administrations :**

Comme on l'a déjà mentionné, les hôpitaux canadiens sont, en général, dirigés par des conseils d'administration autonomes. Toutefois, ce système est en voie de transformation. En effet, les provinces ont mis en place des structures administratives régionales chargées d'administrer le continuum des services de santé pour une région géographique donnée. Les

conseils de ces autorités peuvent être nommés par les ministères provinciaux de la santé, élus par les collectivités, ou les deux. Leur mission consiste en la répartition du financement et la mise en place des programmes.

- La rationalisation des services :

Dans le but de réduire les doublons et de réduire les coûts, la rationalisation des services entre les divers hôpitaux consiste à partager les services médicaux, administratifs et de soutien. Il s'agit également de regrouper sous une seule instance administrative des services apparentés d'un même secteur (par exemple les soins de longue durée). On a ainsi assisté à la fermeture et à la fusion de plusieurs hôpitaux.

- Le contrôle de la pratique médicale :

Il s'agit de réduire les écarts de la pratique médicale grâce à des guides de pratique clinique qui aident les médecins et les patients à choisir les soins de santé appropriés pour un contexte clinique donné.

- Promotion des soins à domicile :

Poursuivant toujours un but de réduction des coûts, les pratiques des soins à domicile consistent à assurer les soins postopératoires et les soins continus au domicile du patient.

- Rémunération des médecins hospitaliers :

Des mécanismes de rechange pour la rémunération des médecins ont été prévus, tel le financement des services médicaux en milieu hospitalier remplaçant le modèle de rémunération à l'acte.

- Coopération public-privé :

C'est un accord de partenariat ou encore de sous-traitance entre les organismes des secteurs public et privé en vue de fournir certains services médicaux, par exemple les tests de laboratoire ou certaines chirurgies de jour.

- Consolidation des activités de prévention :

Il s'agit d'une réorientation des ressources des établissements vers les communautés, la promotion de la santé et la prévention des maladies.

- Fusion des ministères de la Santé et des Services Sociaux :

La fusion des ministères de la Santé et des Services Sociaux permettra, affirme l'Association des Hôpitaux du Canada, une gestion plus efficace de tous les services qui ont pour but d'améliorer l'état de santé de la population.

Toutefois, à partir de l'année 1996, le gouvernement fédéral canadien renoncera à la gestion de la politique sociale au profit des gouvernements provinciaux (comme on l'a expliqué plus haut). Cette décentralisation permettra ainsi une réorientation du système de santé canadien vers la différenciation entre les différentes politiques sanitaires des différentes provinces.

Ainsi, pour ne pas rentrer dans les détails de chaque politique sanitaire dans chacune des provinces canadiennes, on propose dans ce qui suit de prendre le cas de la province de l'Ontario et de passer en revue la réforme engagée récemment dans le système de santé en général et dans les hôpitaux en particulier.

Réforme dans la province de l'Ontario

La réforme engagée dans la province de l'Ontario, pour le secteur de la santé, a été consacrée à une réorganisation fondamentale de la prestation des soins de longue durée, tant au niveau communautaire qu'institutionnel, ainsi qu'une orientation des soins aux malades chroniques, de la réadaptation et de la santé mentale. D'importantes lois sur les établissements de soins de longue durée ont été adoptées (projet de loi 101), la réglementation des professions de la santé, le consentement au traitement, etc.

Au niveau des soins de longue durée, on a créé des organismes de services polyvalents (OSP) dans le but d'élargir l'éventail des services communautaires de longue durée. Ces organismes ont pour mission de coordonner l'accès aux services de soins de longue durée dispensés à domicile et en établissement. Autrement dit, les établissements de soins de longue durée ne contrôleront plus leurs admissions. De plus, ce projet de réorientation de ces soins comprend également :

- Le regroupement des foyers pour personnes âgées et des maisons de soins infirmiers sous une seule catégorie, soit les établissements de soins de longue durée.
- La suppression progressive des soins en résidence dispensés dans les établissements de soins de longue durée créant ainsi une augmentation des niveaux de soins requis.
- L'introduction d'un nouveau mode de financement reposant sur la casuistique.

En ce qui concerne les soins aux malades chroniques, le ministère de la Santé de l'Ontario a recommandé la réduction du nombre de lits de soins aux malades chroniques dans la province pour encourager les soins à domicile.

Ainsi, la réforme actuelle engagée par le ministère de la Santé de l'Ontario s'est essentiellement consacrée à la réorganisation de l'infrastructure d'offre des soins. Cette réforme cherche à réduire les pressions sur les services de santé que sont : la réduction du

financement public pour les services de santé, la croissance des coûts et les changements démographiques. Par conséquent, les Conseils Régionaux de la Santé (CRS) sont appelés à jouer un rôle important dans la planification et l'organisation de la santé. En l'occurrence, dans la région d'Ottawa-Carleton, le conseil régional de la santé a entrepris un projet de restructuration des hôpitaux pour les rendre plus efficaces et plus efficients afin de répondre aux besoins actuels et futurs de la population d'Ottawa-Carleton et des communautés voisines [Conseil régional de santé d'Ottawa-Carleton 1995b]. Ainsi, les opportunités discutées par le conseil régional dans le cadre de ce projet se limitent à la consolidation des services actuels offerts dans la majorité des hôpitaux, au déplacement de certains services vers les communautés et les soins à domicile et au fusionnement ou à la fermeture de certains hôpitaux. En somme, le projet de reconfiguration des services de santé dirigé par le conseil régional de santé d'Ottawa-Carleton s'intéresse surtout aux programmes et services hospitaliers dans le but de trouver des solutions innovatrices pour faire mieux avec moins de coûts.

3. L'expérience grecque

3.1 Evolution du système de santé grec de 1937 à nos jours

L'année 1937 représente une date importante dans l'évolution du système de santé grec. C'est la création du premier organisme de sécurité sociale (IKA) et par là la mise en place d'un système global d'assurance-maladie. Ensuite, les années 50 et la croissance économique réelle des années 60, ont vu une multiplication des organismes d'assurance à une époque où les dépenses publiques de santé sont restées inférieures à 2,5 % du PIB [OCDE 1994].

A partir des années 70, avec le passage du régime des colonels (1967-1974) à un régime démocratique, le système de santé grec a été largement influencé essentiellement au niveau de son financement. En effet, après la restauration de la démocratie, les dépenses publiques de santé ont augmenté plus rapidement que l'ensemble de l'économie, alors qu'en 1970 elles avaient été diminuées en cédant 50 % de ces dépenses au secteur privé. La crise s'est encore aggravée jusqu'à 1983, date de l'approbation de la loi n° 1397 et d'une vaste

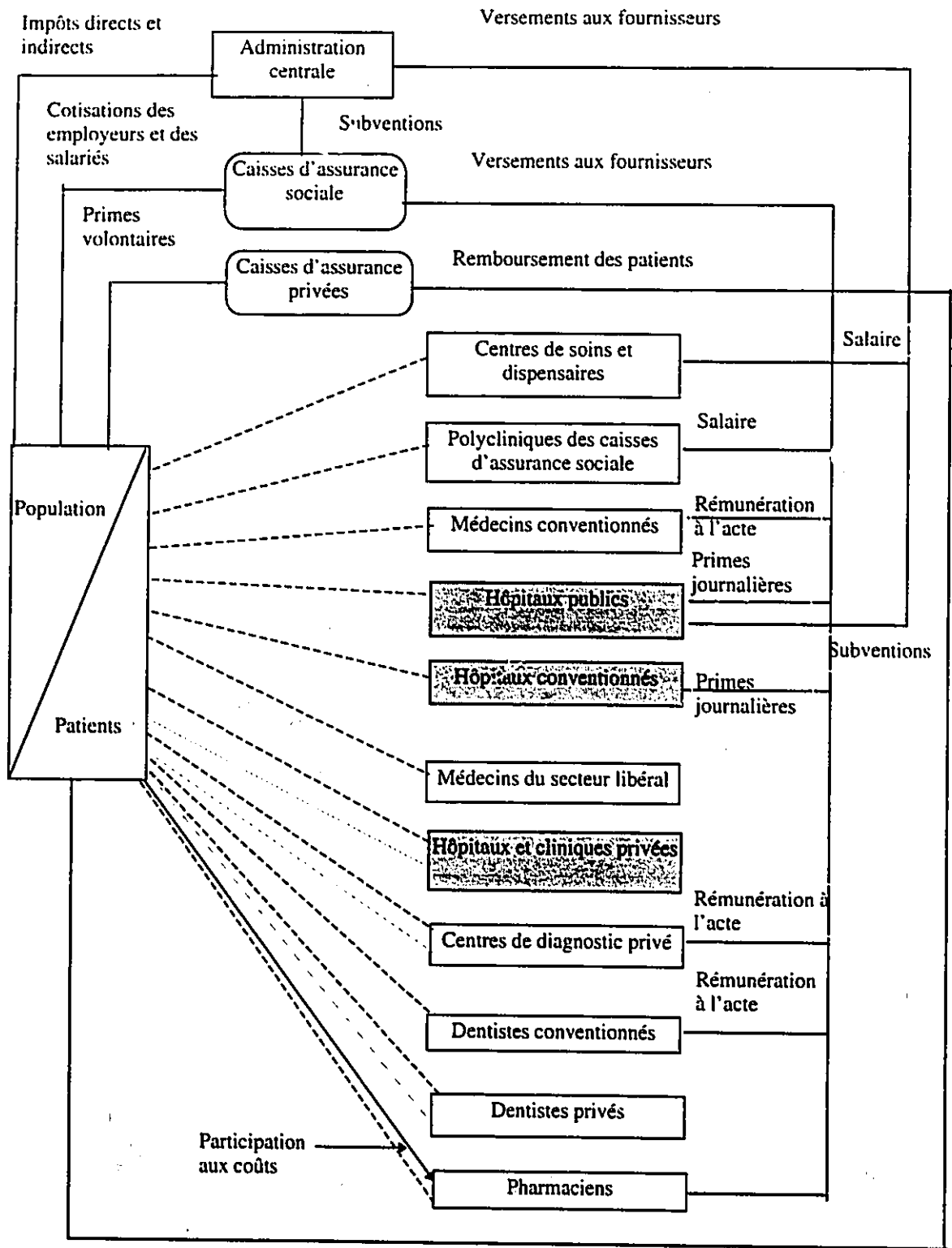
réforme du système de santé grec. Cette loi représentait pour la Grèce « la plus importante réforme législative de tous les temps dans le domaine de santé » [OCDE 1994:153].

La réforme de 1983 créa pour la première fois en Grèce un service national de santé coïncidant avec l'introduction des systèmes nationaux de santé dans la plus part des pays d'Europe méridionale. Les grands principes de cette réforme se sont intéressés essentiellement aux éléments suivants : [OCDE 1994]

- Responsabilité de l'Etat en ce qui concerne la fourniture des services de santé. L'Etat devait devenir le principal fournisseur de soins. Autrement dit, les soins aussi bien primaires que secondaires devaient être assurés principalement par les hôpitaux et centres de santé publics et par des généralistes payés par l'Etat.
- Equité dans la prestation médicale de sorte que l'accès aux soins serait assuré à toute la population grecque, indépendamment du revenu ou d'autres critères socio-économiques.
- Décentralisation de la planification du système de santé avec l'accroissement de la participation des collectivités locales aux décisions par la création d'un conseil central de la santé au ministère de la Santé.
- Développement des services de santé primaires pour accroître la disponibilité des soins médicaux dans les zones rurales.
- Interdiction des médecins du secteur public d'avoir une clientèle privée.

A noter enfin que jusqu'à nos jours, la réforme de 1983 n'a pas atteint tous ses objectifs et certaines composantes de sa mise en place sont restées sur du papier. Le système de santé grec reste très centralisé et largement réglementé par le gouvernement (voir schéma du système de santé grec. graphique 3-4).

GRAPHIQUE 3-4 : SYSTEME DE SANTE GREC



→ Flux financiers

--- Flux de services

..... Paiements privés

Source : OCDE [1994]

3.2 Etat de santé de la population grecque

- Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance a augmenté graduellement de 12 années pour les femmes et de 4 années pour les hommes sur une période allant de 1960 à 1987, passant de 67,3 années pour les femmes et 70,4 années pour les hommes, à 79,4 années (en 1992) et 74 années (en 1991), respectivement (voir tableau 3-7).

- Mortalité

De 1960 à 1991, le taux de mortalité infantile a chuté de plus de 75 % passant de 40,1 à 9 décès pour 1 000 naissances vivantes (voir tableau 3-7).

TABLEAU 3-7 : ETAT DE SANTE DE LA POPULATION GRECQUE

	1960	1970	1980	1987	1991
Espérance de vie à la naissance					
Hommes	67,3	70,1	72,2	74,1	74,0
Femmes	70,4	73,6	76,3	78,9	79,4*
Mortalité pour 1000 naissances	40,1	29,6	17,9	11,7	9,0

* 1992

Source : [OCDE 1994, 1993a et b]

3.3 Système de santé grec

3.3.1 Offre des soins

L'offre des soins en Grèce est divisée entre les secteurs public, privé et les caisses d'assurance. Les fournisseurs publics de soins sont les spécialistes employés dans les centres de santé, dispensaires, centres de consultation provinciaux et hôpitaux du secteur public. Les fournisseurs contractuels sont les spécialistes, les hôpitaux et cliniques qui ont un contrat avec les organismes d'assurance sociale pour offrir des soins à leurs assurés,

ainsi que les hôpitaux et les spécialistes privés indépendants assurant des services qui sont payés directement par les malades.

Etant donné que les caisses d'assurance sociale offrent chacune leur propre éventail de soins, la population grecque a accès à un large éventail de fournisseurs de soins publics et privés. L'offre des services de santé est assurée par les fournisseurs de premier recours, les fournisseurs de second recours et les services de pointe.

3.3.1.1 Les fournisseurs de premier recours

Il s'agit de l'accès aux centres de santé et aux médecins. Cet accès est différent en ville et dans la campagne.

- *Les centres de soins*

La totalité de la population rurale a accès aux centres de santé et aux médecins ruraux ainsi qu'aux services externes des hôpitaux des centres urbains. En 1993, il y avait dans les campagnes 170 centres de soins et 1 311 dispensaires qui emploient 10 % des médecins [OCDE 1994]. L'accès à ces services est gratuit pour toute la population à la différence des hôpitaux des centres urbains qui demandent pour les patients un ticket modérateur forfaitaire (1000 drachmes; 1 dollar US = 240,8 drachmes; Taux du 25/3/1996) pour les consultations qui ne sont pas des urgences. Dans les centres urbains, la caisse d'assurance IKA qui gère son propre réseau de 242 polycliniques et de médecins contractuels auxquels ses patients ont libre accès alors que d'autres caisses passent des contrats avec des médecins pour les soins à dispenser à leurs adhérents [OCDE 1994].

- *Les médecins*

En Grèce, presque tous les fournisseurs de soins primaires sont des spécialistes. La spécialité de médecin généraliste a été créée en 1987, avec une formation de 3 ans, mais comme elle n'est pas suffisamment considérée, la majorité des étudiants en médecine préfèrent une spécialisation clinique. C'est ainsi qu'on dénombre seulement 1993,5

généralistes sur un total de 38 738 médecins exerçants en Grèce. En outre, faute de généralistes, il n'a pas été possible de mettre en place un système de filtrage et d'orientation. Les patients s'adressent aux fournisseurs de second recours soit directement, soit par consultation dans un service hospitalier de consultation externe [OCDE 1994]. Enfin, il y a lieu de mentionner que tous les médecins (à part ceux qui travaillent dans les centres de santé et les dispensaires ruraux) ont le droit d'avoir une clientèle privée.

3.3.1.2 Fournisseurs de second recours essentiellement les hôpitaux publics et privés

Les caisses d'assurance accordent à leurs patients le libre accès aux hôpitaux publics et aux hôpitaux privés agréés. A noter à ce niveau que ce n'est qu'à partir des années 80 que le gouvernement grec a pris progressivement la charge de certains hôpitaux qui appartenaient aux caisses de sécurité sociale. Aujourd'hui, seule la caisse IKA possède le maximum d'hôpitaux (5 hôpitaux). Ainsi, plusieurs hôpitaux privés sont sous contrat de plus d'une caisse, c'est ce qui explique d'ailleurs la difficulté de connaître le nombre de lits d'hôpitaux fonctionnant sous contrats privés.

3.3.1.3 Services spécialisés

Il s'agit des centres privés de diagnostic offrant des services spécialisés de pointe et onéreux. En 1993, on dénombre 192 centres dont la majorité sont situés à Athènes [OCDE 1994]. Tous les patients assurés ont libre accès à ces centres qui sont remboursés sur la base d'honoraires à l'acte.

D'ailleurs, les médecins qui travaillent dans les hôpitaux publics et les organismes d'assurance sociale ont souvent des intérêts financiers dans ces centres de diagnostic. C'est ce qui explique l'excès de prescriptions et d'examens, et même les patients des hôpitaux publics sont souvent envoyés dans ces centres pour y subir des examens au cours de leur hospitalisation. Enfin, il faut ajouter que l'activité de ces centres n'est ni surveillée ni contrôlée quant à la qualité et à la quantité des services fournis.

3.3.2 Demande des soins

En général, les patients consultent un médecin contractuel de leur caisse d'assurance et ont souvent recours à un autre médecin à titre privé pour avoir un deuxième avis ou parce qu'ils ne sont pas satisfaits des conditions de traitement dans les polycliniques des assurances sociales. En outre, les patients préfèrent souvent les grands hôpitaux universitaires de province (ou se rendre à Athènes) aux hôpitaux locaux de district. Ils sont libres de choisir n'importe quel hôpital public ou privé sous contrat. D'où un encombrement voire une saturation des grands centres hospitaliers urbains. En effet, cela s'explique essentiellement par l'absence d'un système d'orientation des patients puisqu'ils sont souvent obligés de choisir eux-mêmes leur hôpital de sorte qu'ils préfèrent être hospitalisés dans des établissements offrant des services coûteux et de haute technologie avec des médecins réputés. S'ajoute à cela le fait que les hôpitaux locaux de district sont souvent mal dotés en personnel et en équipement.

En outre, l'augmentation rapide des patients dans les hôpitaux ces dernières années a obligé certains grands hôpitaux d'Athènes et des grands centres urbains de se doter de lits supplémentaires pour répondre à l'excès de la demande alors que les hôpitaux locaux de zone rurale ont un taux d'occupation de moins de 60 % [OCDE 1994].

3.3.3 Financement du système

Le système de santé grec est essentiellement caractérisé par l'abondance des tiers payants que sont l'État et les caisses d'assurance sociale. La quasi-totalité de la population est couverte par une assurance sociale ou une autre. Toutefois, les assurances privées se sont développées considérablement ces dernières années, mais elles couvrent encore une faible partie et essentiellement les hospitalisations.

En comparaison avec les autres pays de l'OCDE, les dépenses totales de santé en Grèce en pourcentage du PIB sont faibles : 5,3 % du PIB en 1993 [OCDE 1994]. Néanmoins, l'OCDE [1994] mentionne que « si l'on considère les chiffres des comptes nationaux complétés par ceux du Ministère de la Santé et les estimations des auteurs, en 1991, les dépenses de santé ont atteint en Grèce 7,8 % du PIB en prix courant ». Ces dépenses de

santé se divisent en dépenses publiques, représentant 70 %, et en dépenses privées. Ces chiffres présentent toutefois des doutes quant à leur estimation puisque l'OCDE indique qu'ils sont sous estimés (voir tableaux 3-8 et 3-9).

TABLEAU 3-8 : DEPENSES DE SANTE EN GRECE EN POURCENTAGE DU PIB DE 1987 A 1991

	1987	1988	1989	1990	1991
Dépenses publiques	4,6	4,6	4,8	5,1	4,6
Dépenses privées	3,2	3,0	3,0	3,1	3,3
Dépenses totales de santé	7,8	7,6	7,8	8,2	7,9

Source : Comptes nationaux; Ministère de la Santé; estimations des auteurs [OCDE 1994].

TABLEAU 3-9: DEPENSES TOTALES DE SANTE EN POURCENTAGE DU PIB

1960	2,6
1970	3,7
1980	4,0
1990	4,9
1991	4,8

Source : Angus 1995.

Les recettes totales du système de santé grec sont assurées conjointement par la contribution relative de l'assurance sociale, de la fiscalité générale et des paiements privés. Dans ce système de financement, les paiements privés non remboursés constituent la source la plus importante de recettes et représentent 40 % des recettes totales. Les cotisations d'assurance sociale sont restées stables dans le temps et représentent environ 30 % des recettes totales de la santé, alors que le reste est fourni par l'Etat à partir de la fiscalité générale et spécifique (voir tableau 3-10).

TABLEAU 3-10: SOURCES DE RECETTES DU SYSTEME DE SANTE GREC EN POURCENTAGE DES RECETTES TOTALES

	1987	1988	1989	1990
Assurance sociale	31,8	31,5	30,8	31,8
Fiscalité générale	29,4	31,8	33,8	26,3
Paiements privés	38,7	36,7	35,4	41,7

Sources : Estimations des auteurs. OCDE 1994.

En ce qui concerne le financement des caisses d'assurance sociale, les cotisations patronales et salariales représentent les principales sources de recettes de ces organismes (75 % du total de ces recettes), et le reste est subventionné par l'Etat.

3.4 Secteur hospitalier

L'infrastructure hospitalière en Grèce est caractérisée par les hôpitaux publics, les hôpitaux et cliniques assurant, sous contrat pour le compte des organismes d'assurance sociale, les services requis pour leurs adhérents, et enfin les hôpitaux privés assurant des services payés directement par les patients.

De plus, en Grèce, c'est le ministère de la Santé qui a le pouvoir de régler tous les aspects financiers et gestionnaires dans les établissements hospitaliers.

3.4.1 Mode de gestion actuel

L'organisation et la gestion des hôpitaux sont définis en détail et réglementés par la loi. C'est le ministère de la Santé grec qui détermine les effectifs de personnels, la répartition des qualifications dans chaque établissement hospitalier et les conditions d'emploi ainsi que les niveaux de salaires. Les décisions de nomination, de mutation ou de réduction d'effectifs sont directement du ressort du Ministère et aucune administration hospitalière ne peut prendre de décisions autonomes à ce sujet sans l'approbation de l'organisme central. D'un autre côté, tous les administrateurs des hôpitaux sont nommés essentiellement en raison de leur appartenance au parti politique au pouvoir et non en raison de leur compétences ou de leurs qualifications. De ce fait, il n'existe pas d'administrateurs ayant des compétences en matière de gestion hospitalière.

3.4.2 Financement des hôpitaux

Les budgets hospitaliers sont détaillés par postes et sont approuvés par le Ministère. La gestion financière de ces établissements est strictement réglementée de sorte que les directeurs d'hôpitaux n'ont aucun droit pour transférer les dépenses d'une rubrique à une autre. Il en est de même des centres de santé et des autres services financés par le secteur public.

En Grèce, les hôpitaux publics sont théoriquement gérés dans le cadre de budgets fixes dont les recettes totales sont déterminées au début de l'exercice. Toutefois, souvent les dépenses dépassent largement ces limites, ce qui explique le déficit enregistré dans tous les hôpitaux et qui s'élève à 0.9 milliards de drachmes environ (1 dollar US = 240,8 drachmes; Taux du 25/3/1996) [OCDE 1994]. Les taux journaliers payés aux hôpitaux par les organismes d'assurance sociale ont enregistré deux augmentations considérables : une en 1992, où ils ont augmenté de 200 à 300 % selon le type d'hôpital, et l'autre en 1993 où ils ont encore doublé. Toutefois, il faut remarquer que les nouveaux taux ne couvrent toujours que les frais d'hébergement alors que les soins et les examens sont payés en supplément (voir tableau 3-11).

TABLEAU 3-11 : POURCENTAGE DES DEPENSES HOSPITALIERES DANS LES DEPENSES TOTALES DE SANTE

	1960	1970	1980	1990
Dépenses hospitalières	63,0	46,4	48,9	57,5

Source : OCDE 1994.

3.4.3 Les réformes engagées dans les établissements hospitaliers

Les réformes engagées par le gouvernement grec pour les hôpitaux ne se sont pas intéressées à l'amélioration de la gestion de ces derniers, mais essentiellement à restructurer toute l'infrastructure et l'offre des soins existantes.

La réforme de 1983, mentionnée plus haut, s'est intéressée également aux hôpitaux. En effet, la loi 1397 a mis un terme à la création de nouveaux hôpitaux et cliniques privées à

but lucratif et les montants payés aux cliniques déjà en activité par les organismes d'assurance ont été maintenus à un niveau inférieur à ceux des hôpitaux publics, ce qui a entraîné la fermeture de plusieurs hôpitaux privés de petite taille. Quant aux hôpitaux privés à but non lucratif, ceux-ci ont eu le choix d'entrer dans le secteur public et de là continuer à être subventionnés par le budget de l'Etat, ou de rester privés sans aucun soutien financier public [OCDE 1994]. La même loi (1397) a prévu également un système d'orientation des patients sur un réseau de centres de soins primaires afin de réduire le flux de malades vers le secteur hospitalier et d'une région à l'autre, et d'assurer la continuité des soins. Ces centres de soins seraient dotés de généralistes et de spécialistes et assureraient une gamme complète de soins curatifs et de rééducation essentiellement dans les zones rurales. En outre, « les centres de santé seraient liés aux hôpitaux secondaires et tertiaires ainsi qu'aux dispensaires ruraux locaux. Ainsi pourrait être mise en place la planification et la gestion, aussi bien au niveau national qu'au niveau régional, et supprimée la séparation entre services primaires et secondaires » [OCDE 1994:163].

De plus et dans le but de réduire les dépenses privées et d'éliminer les pratiques abusives des médecins en exercice, la loi de 1983 a interdit aux médecins employés dans les hôpitaux et les centres de santé publics d'avoir une clientèle privée : ils sont donc salariés à plein temps dans ces établissements.

En ce qui a trait au financement des hôpitaux, le gouvernement a suggéré, dans le cadre de la loi de 1983, que les organismes d'assurance devraient rémunérer tout médecin ou hôpital (public ou privé), qui dispenserait des soins à leurs assurés, et non pas seulement les médecins ou hôpitaux ayant un contrat avec la caisse [OCDE 1994].

3.4.4 Problèmes actuels dans les établissements hospitaliers

- Les administrateurs des hôpitaux n'ont pas le pouvoir ou la liberté de réduire les coûts à cause des contraintes suivantes :

⇒ le système de comptabilité publique utilisé dans les hôpitaux publics est bureaucratique,

⇒ les procédures de passation de marchés publics sont périmées, et

⇒ tous les salariés des hôpitaux sont considérés comme des fonctionnaires ayant une totale sécurité de l'emploi.

- « Il n'y a pratiquement aucune évaluation de la qualité des soins. Les pratiques d'assurance de qualité et d'audit clinique sont inconnues et, bien que le système soit fortement centralisé, il ne possède pas de personnel formé au niveau de l'administration centrale, qui paraît incapable d'élaborer des politiques applicables » [OCDE 1994:155].
- La Grèce présente l'un des rapports les plus élevés du nombre de médecins par habitant parmi les pays de l'OCDE. En effet, en 1991 il y avait 1 médecin pour environ 300 habitants et on compte actuellement 1 000 nouveaux médecins par an [OCDE 1994].
- Il y a une pénurie de personnel infirmier qualifié dans les établissements hospitaliers grecs. En 1991, on comptait environ deux infirmiers pour trois médecins [OCDE 1994].
- Le financement du secteur hospitalier se trouve confronté à d'importants déficits.
- Le transfert de patients entre les clientèles publiques et privées des fournisseurs, l'excès de prescriptions de médicaments et la pratique des examens médicaux coûteux se sont aggravés.
- Le non-suivi de l'application des objectifs des réformes précédentes. Tel a été le cas du système d'orientation des patients qui n'a été jamais réalisé.
- Mécontentement des patients quant à la qualité des soins dispensés. « Selon une récente étude d'Eurobaromètre, les citoyens grecs sont ceux qui sont les plus mécontents de leur système de santé parmi les pays de l'Union Européenne. C'est en Grèce qu'on trouve la

plus faible proportion de personnes satisfaites de leurs services de santé et la plus forte proportion de personnes estimant qu'ils sont inefficaces »[OCDF 1994].

En somme, « les réformes du système de santé, bien qu'elles aient amélioré la disponibilité des services, n'ont pas agi sur les problèmes importants qu'elles étaient censées atténuer. Cela vaut en particulier pour la structure de financement et de gestion du système » [OCDE 1994:164].

4. Conclusion

Pour résumer la situation actuelle des hôpitaux dans chacun des deux pays étudiés, le Canada et la Grèce, on peut les caractériser par les dimensions importantes prises par les réformes introduites dans les établissements de ces pays.

Dans le cas du Canada, l'évolution des réformes engagées dans le système de santé et dans les hôpitaux en particulier a eu pour résultat de placer les hôpitaux canadiens au peloton de tête des autres hôpitaux du monde entier quant à l'efficacité de la gestion hospitalière. La stratégie canadienne était de changer la gestion et de la rendre plus efficace dans les établissements hospitaliers publics dans le but de changer les comportements ou les mentalités des administrateurs hospitaliers. Aujourd'hui, l'hôpital canadien est une institution de gestion autonome où les cadres administratifs disposent de tous les moyens et sont pleinement responsables de la bonne conduite de leur établissement. La place est maintenant cédée à une réforme plus générale, celle du financement de la santé dans un objectif global de réduction des coûts.

Cependant, en Grèce, la conduite des réformes des systèmes de santé et des hôpitaux en particulier n'était pas aussi claire qu'au Canada. A côté des contraintes dérivées de la centralisation étatique au niveau des hôpitaux publics, le gouvernement grec n'a pas touché le mode de gestion dans ces établissements où les techniques de gestion sont traditionnelles et où les coûts sont élevés et la qualité des soins et des services est moyenne. Les réformes du système de santé grec (car il n'y a pas eu de réforme consacrée aux hôpitaux) et surtout celle de 1983 (loi 1397) s'est intéressée à l'amélioration de la disponibilité des services de

soins. Cette réforme était surtout structurelle, elle visait à réviser la répartition et le nombre de fournisseurs de soins en Grèce. De plus, cette réforme était peu profonde, car à côté du fait qu'elle n'a pas amélioré la gestion des hôpitaux publics, elle n'a pu résoudre le problème de la mauvaise répartition du personnel médical et paramédical. En effet, le secteur de la santé en Grèce présente l'un des rapports les plus élevés du nombre de médecins par habitant parmi les pays de l'OCDE (1 médecin pour 300 habitants en 1991 et 1 000 nouveaux médecins par an), ajouté à une pénurie de personnel infirmier (2 infirmiers pour 3 médecins en 1991) [OCDE 1994].

En Tunisie, un pays méditerranéen de l'Afrique du Nord, on assiste actuellement à une importante réforme de gestion dans les grands hôpitaux publics. Cette réforme, caractérisée par le passage d'une centralisation des décisions de gestion et de financement des hôpitaux au niveau du ministère de la Santé publique, à une décentralisation au niveau des hôpitaux en réorganisant leur mode de gestion par la mise en place de techniques modernes de gestion hospitalière. Ainsi, la logique de la réforme tunisienne introduite dans 20 établissements hospitaliers depuis le 1er janvier 1991 consiste dans l'introduction de changements organisationnels dans ces établissements à travers la transformation des structures juridiques dans le but de promouvoir l'efficacité de gestion dans ces hôpitaux et par conséquent changer la mentalité du personnel administratif et médical dans ces établissements.

Les expériences canadienne et grecque vont nous aider à juger l'expérience tunisienne puisque la première montre l'importance de la gestion dans la réalisation des objectifs de l'efficacité, de l'efficience et de l'économie dans les hôpitaux alors que la deuxième expérience montre les difficultés inhérentes à la centralisation étatique au niveau des hôpitaux publics (voir tableau comparatif 3-12).

Tableau 3-12 : Caractéristiques des systèmes de santé de certains pays

Pays Caractéristique	Canada	Grèce	Tunisie	Etats Unis	Japon	France
Prédominance du financement public ou privé	Fournisseurs privés	Fournisseurs publics	Fournisseurs publics et privés	Fournisseurs privés	Fournisseurs publics et privés	Fournisseurs publics et privés
Source de financement du système de santé (soins financés par)	Impôt	Impôt	Sécurité sociale	Régime d'assurance volontaire	Sécurité sociale	sécurité sociale
Gestion des hôpitaux publics	Décentralisée	Centralisée	Décentralisation partielle	----	Décentralisée	Décentralisée

Source : Angus D. [1993]

BIBLIOGRAPHIE

- Angus D. [1995] : *Health Care Costs : Canada in Perspective*. Document de travail 95-75. Université d'Ottawa.
- Association des hôpitaux du Canada (AHC) [1995] : *Le système de santé canadien : faits saillants. Publications de l'AHC*. Ottawa.
- Banque mondiale [1993] : *Rapport sur le développement dans le monde : Investir dans la santé*. Washington.
- Conseil Régional de Santé d'Ottawa-Carleton (OCRDHC) [1995] : *The Foundation for Change : Results of the Foundation Phase Health Services Reconfiguration Project*. Discussion Document. Ottawa.
- Conseil régional de santé du Toronto Métropolitain (MTDHC) [1995a] : *Directions for change : toward a coordinated Hospital System for Metro Toronto* ; le rapport final de la commission de restructuration des hôpitaux de la MTDHC, Toronto.
- Conseil régional de santé du Toronto métropolitain (MTDHC) [1995b] : *Hospital restructuring project -Insight from other jurisdictions on restructuring, regionalization and governance initiative-* ; Document de travail de la MTDHC. Toronto.
- Hébert C. [1995a] : « Ottawa coupe ». *La Presse de Tunisie* du 28 février , 128; pp. A2-A4.
- Hébert C. [1995b] : « Ottawa s'en remet aux provinces en matière de politique sociale »; *La Presse de Tunisie* du 28 février, 128; pp. A2-A4.
- La Société des comptables en management du Canada [1994] : *The Canadian Health Care Sector*. Management accounting handbook. Industry Perspectives Series. Hamilton, Ontario.
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) [1994] : *La réforme des systèmes de santé - étude de dix-sept pays de l'OCDE-*; Publications de l'OCDE; études de politique de santé n°5, Paris.

- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) [1993a] : *OCDE Health Systems : Facts and Trends 1960-1991*; Publications de l'OCDE; Health Policy Studies No.3. Volume 1, Paris.
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) [1993b] : *OCDE Health Systems : The socio-economic Environment Statistical References* ; Publications de l'OCDE; Health Policy Studies No.3. Volume 2, Paris.
- Paquet G. [1979] : « Corporations professionnelles et droits nouveaux ». *Critère*. Numéro 25, Printemps, pp. 203-214.
- Statistique Canada [1991-1992] : *Indicateurs des hôpitaux*, parties 3 et 4. Catalogue n° 83-246.
- Sutherland R. et Fulton J. [1994] : *Spending Smarter, and Spending Less : Policies and Partnerships for Health Care in Canada* . Les Presses de l'Association des hôpitaux du Canada, Ottawa.
- *Tunisie Médicale* [1994] : « Etude des principaux indicateurs de la santé dans le monde ». V.72; n° 3, avril, Tunis, pp. 431-458.

LA REFORME DE LA GESTION HOSPITALIERE

EN TUNISIE

1. Evolution du système de santé tunisien

L'histoire des premiers hôpitaux en Tunisie éclaire le chemin parcouru par la Tunisie pour doter le pays d'une infrastructure hospitalière à la mesure des besoins de sa population. Avant la colonisation, la Tunisie ne comptait que deux établissements sanitaires : l'hôpital Sadiki et l'hôpital civil français. L'assistance médicale se confondait alors avec les hôpitaux.

« L'hôpital musulman » fondé à Tunis par Hammouda Bacha vers le milieu du XI^{ème} siècle de l'Hégire (XVI^{ème} siècle après J.C.), finit à cause de l'exiguïté des lieux qu'il occupait, par céder la place à un dispensaire municipal. Transféré dans la rue des « Bechemkias » près de la « Kasbah » et restructuré par le Ministre Kheireddine il fut inauguré en 1880 par Sadok Bey et pris en son honneur le nom de « l'hôpital Sadiki » (aujourd'hui hôpital Aziza Othmana). Parmi ses dépendances, il y avait ce qui devrait être plus tard l'hôpital Ernest Conseil -- essentiellement composé de tentes et de baraquements et servant de lazaret en cas d'épidémie -- réservé alors aux malades contagieux. Les locaux rudimentaires, implantés sur la colline de la « Rabta » avaient hébergé les victimes de la variole en 1905, de la peste en 1907, du typhus en 1909 et 1910 et du choléra en 1911 [MSP 1987:19].

En 1881, date de l'établissement du protectorat français en Tunisie, seulement quatre établissements de soins assuraient sommairement une assistance médicale aux populations locales. Il s'agissait de l'hôpital civil français, l'hôpital colonial italien (réservé à la colonie italienne, nombreuse à l'époque), l'hôpital israélite et l'hôpital militaire de Belvédère.

L'hôpital civil français, fondé en 1842, avait pour tous locaux deux chambres louées sur la rue Sidi Saber. Les malades devenus de plus en plus nombreux, l'hôpital s'avéra insuffisant, ce qui conduisit à son transfert dans une caserne cédée par le Bey et spécialement aménagée à cet effet. Il prit pour nom l'hôpital de « Saint-Louis ». Mais très vite aussi, ce dernier fut trop étroit. Naquit alors l'idée de créer un autre plus moderne, l'hôpital civil français (en 1897) qui n'était pas destiné à accueillir la population arabe et musulmane [MSP 1987:22].

C'est surtout après la création et la mise en place de la Direction de l'Assistance et de la Santé Publique que les structures de soins se multiplièrent en se dotant de services médicaux différents. Ainsi, dès les années 1930, d'importantes formations hospitalières ont vu le jour [Zribi 1991:A1].

Dans les années 1950, les structures administratives de la santé ont évolué pour répondre aux besoins sanitaires de l'époque où l'action était axée sur le côté épidémiologique pour lutter contre le paludisme, la variole et la tuberculose. Pourtant les résultats furent médiocres à l'intérieur du pays, non seulement à cause de l'insuffisance de la capacité hospitalière, mais aussi à cause de la mauvaise répartition des médecins et des services médicaux dans le pays, de l'insuffisance des moyens humains et financiers, ainsi que du manque de mesures d'hygiène [Zribi 1991:A1].

En 1952, pour répondre aux besoins de la santé au pays, 526 médecins dont seulement 153 étaient tunisiens, couvraient 79 localités et une double vocation d'assistance hospitalière et d'hygiène commençaient à se dessiner.

Le potentiel du pays à la veille de l'indépendance se limitait à un médecin tunisien pour 22 000 habitants (1 pour 700 en comptant les médecins étrangers), 5 500 lits hospitaliers en y incluant les 1 000 lits des infirmiers dispensaires, soit 1,5 lits pour 1 000 habitants, et un seul laboratoire d'analyse, celui de l'Institut Pasteur [MSP 1987:22]. A noter que 80 % de la capacité du service hospitalier était concentrée dans la capitale, Tunis.

Aujourd'hui, la population tunisienne est de 8,4 millions (en 1993), concentrée sur les régions du littoral (passant de 61 % en 1966 à 65 % en 1989). Cette population est jeune puisque 36,6 % ont moins de 15 ans alors que les âgés de plus que 60 ans représentent 7,6 %. Toutefois, la Tunisie entre dans une période de transition démographique avec une population âgée croissante. Ainsi, le poids démographique de la population âgée de plus de 60 ans, qui représentait 5,6 % de la population totale en 1966 est passé à 7,6 % en 1989, et la tendance vers le vieillissement de la population se poursuivra pour atteindre 8 % en l'an 2001 et 13 % en l'an 2020, ce qui ne manquera pas d'augmenter les pressions sur le secteur de la santé [MSP 1994].

2. Etat de santé de la population tunisienne

2.1 Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est passée de 66,1 ans pour les hommes et 68,2 ans pour les femmes en 1984 à 69 ans et 71 ans respectivement pour les hommes et pour les femmes en 1994, soit une évolution moyenne de 3 ans entre les hommes et les femmes en l'espace de 10 ans (voir tableau 4-1).

2.2 Mortalité

Le taux brut de mortalité est tombé de 16 pour 1 000 en 1965 à 7 pour 1 000 en 1988. Le taux de mortalité infantile est passé de 175 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1956 à 51,6 en 1984 puis à 32 pour 1 000 en 1994 (voir tableau 4-1). Ce taux est actuellement le plus bas des pays du Maghreb, même s'il demeure plutôt élevé par rapport à celui des pays à revenus intermédiaires de la tranche supérieure. Ce progrès revient essentiellement au programme de lutte contre les diarrhées infantiles puisqu'en 1988, il y avait 7,5 cas de diarrhées par an pour chaque enfant, alors qu'aujourd'hui, on compte seulement 2,8 cas; d'où une diminution de 50 % du taux de mortalité infantile [MSP 1994].

Toutefois, ce progrès n'a pas été uniformément réparti sur l'ensemble du pays et les écarts sont encore notables entre zones urbaines et zones rurales. C'est ainsi que le taux de mortalité infantile demeure deux fois plus élevé en milieu rural, où le pourcentage de

femmes qui reçoivent des soins prénatals est encore inférieur de 35 % à ce qu'il est en milieu urbain.

2.3 Morbidité

Au plan de la maîtrise de la situation épidémiologique, le paludisme, la bilharziose et le choléra ont été complètement éradiqués.

Grâce au programme national de vaccination, aucun cas de poliomyélite n'a été signalé en Tunisie depuis 1992. L'objectif dans les prochaines années est d'éradiquer certaines autres maladies, comme l'a expliqué le Ministre de la Santé lors d'une conférence : « Le système de santé tunisien a développé une politique de soins de base axée sur la prévention des maladies épidémiques et la lutte contre certains fléaux sociaux ainsi que le traitement des maladies courantes. C'est ainsi que divers programmes ont été mis en oeuvre et ont permis d'éradiquer certains fléaux, tels que le paludisme, la bilharziose et le trachome. Le programme national de vaccination a permis de réduire l'incidence des six (6) maladies cibles de ce programme. » [Mhenni 1993:5].

A côté du programme national de vaccination qui cible les maladies en voie d'éradication comme la diphtérie, la polio ou la rougeole, le Ministère de la Santé Publique tunisien veille aujourd'hui sur 15 programmes de santé dont les principaux sont :

- La lutte contre la diarrhée infantile a connu un grand succès grâce à l'amélioration de la diététique et de l'hygiène.
- La lutte contre le paludisme. Le dernier cas a été relevé en 1979.
- La lutte contre la bilharziose. Le dernier cas a été relevé en 1982.
- La lutte contre le sida. Le premier cas a été relevé en 1987, et on a dénombré 370 cas en 1992 [Ghannouchi 1994:8].

TABLEAU 4-1 : ETAT DE SANTE DE LA POPULATION TUNISIENNE

	1984	1989	1990	1991	1992	1994
Natalité pour 1000 habitant	32,1	25	25,4	25,2	25,3	
Mortalité pour 1000 habitants	6,5	6,0	6,4	6,4	6,2	
Indice de fécondité	4,71	3,45	3,47	3,45	3,32	
Espérance de vie à la naissance	67,1	68,3	68,8	68,8		70,0
Hommes	66,1	67,0	67,2	67,2		69,0
Femmes	68,2	69,7	69,9	69,9		71,0
Mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	51,6			41,7		32,0

Source : Institut National de Statistique en Tunisie (INS). Données du recensement pour 1994 (Avril 1994).

3. Système de santé tunisien

La Tunisie a opté pour un système de santé à deux piliers : l'un public (hôpitaux universitaires, hôpitaux régionaux, hôpitaux de circonscription, dispensaires, etc.) garantissant aux plus démunis la possibilité de recevoir les soins nécessaires à leur rétablissement et assurant la prévention et les traitements, et qui font appel dans certains établissements à la plus haute technologie, et jouant aussi le rôle de centre de formation et de recherche; l'autre privé (libres praticiens cliniques) permettant le libre choix par le malade du médecin et du type d'établissement.

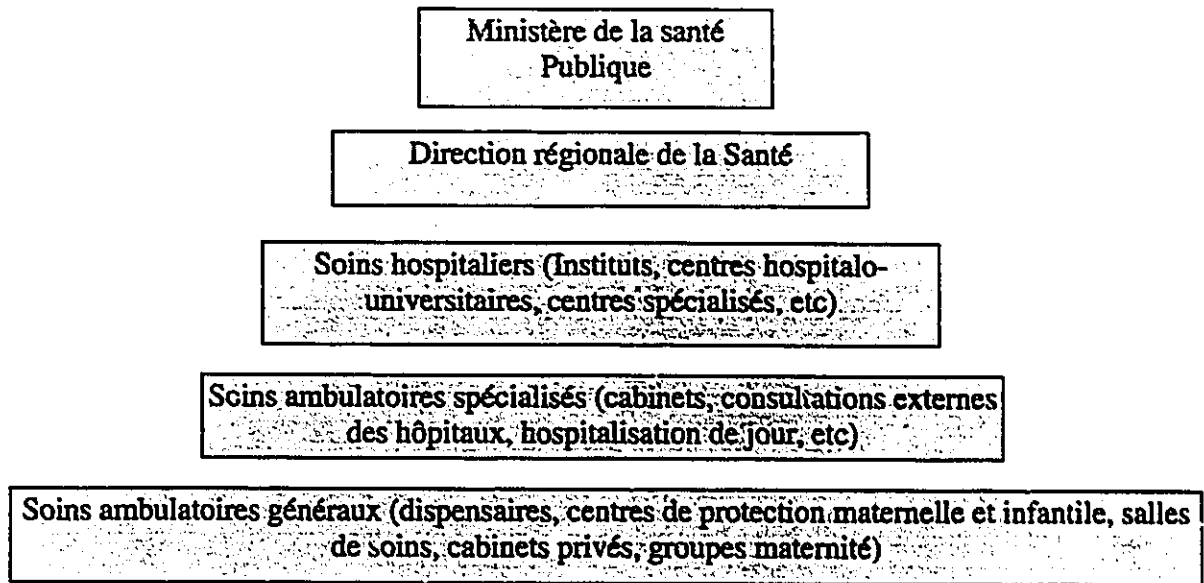
3.1 Offre des soins

3.1.1 Infrastructure hospitalière

3.1.1.1 Classification par importance des établissements

Les structures de soins sont organisées de façon telle que la demande des citoyens, quelle que soit la gravité de leur état ou leur lieu de résidence, puisse être satisfaite dans les meilleures conditions, c'est-à-dire le plus vite et le plus efficacement possible et aux meilleurs coûts. La pyramide des services de santé en Tunisie (voir graphique 4-1) est

formée d'éléments complémentaires aux fonctions bien définies : structure de base prenant en charge les situations courantes dans les domaines préventif et curatif et orientant les cas complexes vers des institutions de premier ou de deuxième recours disposant de moyens de diagnostic, de traitement, de suivi et de réhabilitation plus élaborés [Nouira 1990].



GRAPHIQUE 4-1 : LES ETAGES DE LA PYRAMIDE DES SERVICES

Les hôpitaux publics en Tunisie sont classés de manière « hiérarchique » comme suit :

- **Les centres hospitalo-universitaires (C.H.U), instituts et centres spécialisés**

Les C.H.U, instituts et centres spécialisés ont une vocation nationale. Ils reçoivent sur prescription médicale des malades provenant de tout le territoire tunisien nécessitant un traitement spécialisé. Ils élaborent et contrôlent techniquement la politique de santé dans le domaine qui leur est propre. Ces établissements réalisent le maximum d'admissions et le maximum de journées d'hospitalisation. Les instituts et centres spécialisés sont tous situés

dans la capitale et en 1994, la Tunisie dispose de 21 instituts et centres spécialisés et de 10 C.H.U (voir tableau 4-2).

- **Les hôpitaux régionaux :**

Les hôpitaux régionaux sont pour la plupart situés dans les chefs-lieux de gouvernorats et ont compétence pour tous les problèmes de santé du gouvernorat. Ils assurent des prestations dans les domaines de la médecine générale, de la chirurgie et des spécialités courantes (ophtalmologie, pneumo-phtisiologie).

Le nombre d'hôpitaux régionaux a été multiplié par deux depuis 1984, pour atteindre 29 hôpitaux en 1994 (voir tableau 4-2).

A noter à ce niveau qu'administrativement la Tunisie est divisée en 23 « gouvernements » subdivisés à leur tour en « délégations ». En 1990, tous les gouvernorats ont été dotés d'une Direction Régionale de la Santé. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la déconcentration et du rapprochement de l'administration du citoyen. Chaque gouvernorat est subdivisé de fait en plusieurs circonscriptions sanitaires qui englobent une à deux délégations administratives.

- **Les hôpitaux de circonscription ou hôpitaux auxiliaires**

Les hôpitaux de circonscription sont situés au siège d'une délégation et dotés le plus souvent d'une capacité de 50 lits desservant la population de cette délégation et parfois des délégations voisines lorsque celles-ci ne sont pas pourvues d'un hôpital. Le nombre d'hôpitaux de circonscription est passé de 75 en 1985 à 102 en 1994 (voir tableau 4-2).

- Les centres de protection maternelle et infantile (P.M.I)

Les centres de PMI sont répartis à travers tout le pays. Ils ont des activités curatives (soins aux enfants) et préventives (surveillance de la grossesse, éducation sanitaire, vaccination, etc.).

3.1.1.2 Classification par niveaux de soins

Au sein d'un réseau cohérent, les formations sanitaires publiques sont classifiées en fonction du niveau de soins assurés.

Au premier niveau, les 1 663 centres de santé de base, 102 hôpitaux de circonscription et six maternités autonomes, assurent des soins ambulatoires de santé de base et un premier niveau de services hospitaliers (voir tableau 4-2).

Au deuxième niveau, les 29 hôpitaux régionaux, situés principalement en milieu rural, assurent à la population un certain nombre de soins spécialisés et des services hospitaliers.

Enfin, le troisième niveau de soins englobe dans les quatre grands pôles urbains (Tunis, Monastir, Sousse et Sfax) les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux ainsi que les instituts de soins spécialisés, qui offrent tous des services de haut niveau. Toutefois, il est important de mentionner que le rôle national de ce troisième niveau de soins mérite d'être souligné. En 1989, ces formations sanitaires ont assuré, sur l'ensemble du pays, 43 % des accouchements assistés et 45 % des admissions hospitalières, 60 % des journées d'hospitalisation et 70 % des interventions chirurgicales [MSP 1994].

Ainsi grâce à ce système à trois niveaux, 90 % de la population est à moins d'une heure de marche d'un organisme sanitaire public.

TABLEAU 4-2 : INFRASTRUCTURE PUBLIQUE, PARAPUBLIQUE ET PRIVEE EN TUNISIE.

	1956	1985	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Infrastructure publique								
Instituts et centres spécialisés	1	20	22	22	20	21	21	21
C.H.U	6	16	11	10	10	10	10	10
Hôpitaux régionaux	5	14	23	25	25	25	29	29
Hôpitaux de circonscription	40	75	102	99	99	103	102	102
Centres de santé de base	241	1 196	1 476	1 506	1 516	1 566	1 663	
Hôpitaux militaires			3	3	3	3	3	
Infrastructure parapublique								
Polyclinique CNSS				6	6	6	6	
Centres d'hémodialyse				3	3	3	3	
Total	293	1 321	1 637	1 674	1 682	1 737	1 837	

	1984	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Infrastructure privée									
Cabinets de libre pratique	985			1 567		1 700	2 100		
Cliniques privées		28	30	31	33	42	42		45
Centres d'hémodialyse		12	14	18	19	27	18		42
Cabinets de radiologie						56			
Laboratoires d'analyse de biologie	53			101		115	126	129	
Laboratoires d'anatomie pathologie						5	8	8	

Source : Ministère de la Santé Public de Tunisie. Département études et planification.

3.1.2 Ressources humaines et matérielles

Au cours de l'ère post-coloniale, l'objectif premier a été d'accroître l'accès aux services de santé.

De 8 000 en 1965, le nombre d'habitants par médecin est passé à 1 834 en 1989, puis à un médecin pour 1 603 habitants en 1993, les zones urbaines en étant les principaux bénéficiaires (voir tableau 4-3).

Pour la formation des médecins spécialistes, près de 50 % des médecins tunisiens sont spécialisés et parmi ceux-ci 72 % exercent des fonctions d'enseignement [MSP 1994]. Cette spécialisation accentue l'orientation hospitalière urbaine du système de santé tunisien dans la mesure où les services spécialisés sont disponibles en premier lieu dans les hôpitaux universitaires ou dans les instituts spécialisés.

Concernant la répartition du personnel dans la période du VII^{ème} plan (1988-1992), le secteur public emploie la quasi totalité du personnel paramédical et 57 % du personnel médical alors que plus de 80 % des chirurgiens dentistes et des pharmaciens exercent dans le secteur privé (voir tableau 4-3).

TABLEAU 4-3 : DEMOGRAPHIE DU PERSONNEL DE SANTE ET DENSITE

	1989	1990	1991	1992	1993
Nombre de médecins	4 313	4 424	4 500	5 099	5 248
Dentistes	602	809	898	969	1 004
Pharmaciens	1 224	1 433	1 538	1 570	1 369
Paramédicaux	22 342		23 883	24 950	
Nombre d'habitants par médecin	1 834	1 825	1 822	1 639	1 603
Nombre d'habitants par dentiste	13 140	9 980	9 131	8 622	8 378
Nombre d'habitants par pharmacien	6 462	5 634	5 332	5 322	6 144
Nombre d'habitants par personnel paramédical	354		343	335	343

Source : Ministère de la Santé Publique de Tunisie. Département études et planification.

En ce qui concerne la répartition des lits d'hôpitaux, en 1993 la Tunisie comptait 18 430 lits d'hôpitaux dont 91 % appartenaient au secteur public contre 12 532 en 1970 puis 16 554 lits en 1989, soit une croissance de 5 898 lits de 1970 à 1993 (voir tableau 4-4).

TABLEAU 4-4 : REPARTITION DES LITS ENTRE LE PUBLIC ET LE PRIVE ET SUR LA POPULATION TUNISIENNE

	1984	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Capacité en lits hospitaliers publics (actifs)	14 895	15 492	15 352	15 449	15 845	16 730	
Nombre de lits pour 1000 habitants	2,12	1,86	1,9	1,88	1,88	1,98	
capacité en lits privés		1 062		1 468	1 663	1 700	1 719
% des lits privés		6,4 %		8,7 %	9,5 %	9,2 %	

Source : Ministère de la Santé Publique. Département études et planification.

Le tableau 4-4 ci dessus montre une diminution du nombre de lits pour 1000 habitants malgré l'augmentation de la capacité hospitalière. Cela est dû essentiellement à une croissance démographique rapide.

3.2 Demande des soins

La demande des soins en Tunisie concerne en priorité le secteur public de la santé et en particulier les structures hospitalières publiques qui, d'une part, sont réparties sur l'ensemble du territoire national, contrairement aux cliniques privées et au secteur parapublic, et d'autre part dispensent toutes sortes de soins.

Les institutions hospitalières publiques en Tunisie sont fréquentées en majorité par les indigents (personnes économiquement faibles). La carte nationale de pauvreté indique que 116 000 familles devraient bénéficier de la gratuité des soins [Azak 1994:3].

3.3 Financement du système

L'institution hospitalière publique en Tunisie est financée principalement par le budget de l'Etat. L'Etat accorde une subvention forfaitaire pour couvrir les frais de soins aux indigents, mais qui sert en réalité à assurer le fonctionnement des services de santé.

Les dépenses totales de santé en Tunisie ont évolué de 139 millions de dinars (1 dinar tunisien \approx 1 \$ US) en 1980 à 291 millions de dinars en 1985, pour atteindre 577 millions de dinars en 1990 et 741 millions de dinars en 1992 (1 Dinar tunisien = 1 Dollar américain). En l'espace de 12 ans, les dépenses totales de santé ont quintuplé, en doublant tous les 5 ans. Par rapport au PIB, ces dépenses ont constitué respectivement 3,9 %, 4,2 %, 5,2 % et 5,3 % dépassant les 5 % fixés comme référence minimale par l'Organisation Mondiale de la Santé [MSP 1994].

Les dépenses de santé par personne et par an ont quadruplé, passant de 22 dinars par habitant et par an en 1980, à 40 dinars en 1985, à 71 dinars en 1990 et à 88 dinars (environ 88 \$ US) en 1992.

En ce qui a trait à l'assurance-maladie, la population tunisienne n'est pas couverte à 100 % contre le risque maladie. Le régime de prise en charge des soins n'est pas total, il considère trois catégories de Tunisiens :

- les indigents ou les démunis n'ont rien à payer, la prise en charge est totalement assurée par l'Etat;
- les affiliés aux caisses de sécurité sociale et les bénéficiaires de tarifs réduits paient un ticket modérateur de 2 dinars (environs 2 \$ US) pour les consultations et de 12 à 18 dinars (environ 12 à 18 \$ US) pour chaque hospitalisation quelle que soit sa durée; et

- les couches aisées et ceux qui ne sont pas affiliés à un régime de couverture contre la maladie paient l'intégralité de la facture selon les tarifs officiels en vigueur dans les établissements sous tutelle du Ministère de la Santé Publique tunisien [Essoussi 1992:7].

En outre, le Ministère de la Santé Publique assure la prise en charge des domaines de la recherche, de la formation et de la prévention. Concernant le budget de la santé publique, ce dernier a connu depuis 1986 pour les dépenses de fonctionnement une diminution passant de 10,74 % des dépenses de fonctionnement de l'Etat en 1986 à 8 % des dépenses de fonctionnement de l'Etat en 1991. Quant aux dépenses d'équipement, elles ont évolué d'une manière instable par rapport aux dépenses d'équipement de l'Etat (voir tableau 4-5).

TABEAU 4-5 : EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE PUBLIQUE

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Evolution en % des dépenses de fonctionnement	5,01	8,09	8,53	11,06	11,77	8,19	16,37	10,19	8,61	11,07
Evolution en % des dépenses d'équipement	-30,05	-22,79	-12,63	33,91	4,09	11,35	8,41	42,1	13,0	13,9
Evolution en % des dépenses totales du MSP	-1,94	3,73	6,3	13,04	10,98	8,49	15,59	13,15	5,12	11,41
% des dépenses du MSP / Etat	7,12	7,28	5,66	6,11	7,08	6,96	7,45	7,52	7,37	7,37
% des dépenses du MSP / PIB	2,48	2,36	2,36	2,48	2,47	2,37	2,47	2,44	2,46	2,46

Source : Ministère de la santé Publique de Tunisie, Département études et planification, Tunis 1995.

4. Situation du secteur hospitalier jusqu'à 1991

4.1 Un régime juridique (EPA) inapproprié des hôpitaux

L'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers en Tunisie revêtaient un caractère particulier. En effet, les hôpitaux n'étaient ni des entreprises publiques, ni des établissements publics industriels et commerciaux (EPIC) et ni des services administratifs déconcentrés de l'administration générale. Jusqu'en 1991, la situation de l'hôpital public tunisien était, préoccupante, non pas en raison de son caractère public mais en raison de son régime juridique qui en faisait un Etablissement Public à Caractère Administratif (EPA), c'est-à-dire en raison des dispositions statutaires, financières et réglementaires qui le régissaient.

Pour bien comprendre le dysfonctionnement de l'hôpital public tunisien avec la structure juridique EPA, on propose d'expliquer les caractéristiques de ce régime.

D'abord, un établissement public est un service public autonome doté d'une personnalité juridique. L'établissement public est donc une personne publique autonome chargée d'un service public donné, sous la tutelle de l'administration (centrale, régionale ou locale).

Il existe deux types d'établissements publics : les établissements publics à caractère administratif (EPA) et les établissements publics industriels ou commerciaux (EPIC). Le tableau 4-6 résume le caractère de chaque établissement public. Cependant, il faut ajouter que les établissements publics sont soumis à une double structure de tutelle, administrative et financière. La première est exercée par le Ministère de rattachement (Ministère de la Santé dans le cas de l'hôpital public) et la deuxième par le Ministère des Finances.

TABLEAU 4-6 : LES CARACTERISTIQUES DES REGIMES EPA ET EPIC

	EPA	EPIC
Domaines d'intervention	Ils existent et interviennent surtout dans le domaine des grands services : publics sanitaires, scolaires et universitaires.	Ils interviennent dans le secteur économique : industriel, artisanal, commercial et touristique.
Personnel	Fonctionnaires.	Ils sont dans une situation de droit privé et régis par le code du travail, exception faite du personnel de direction et du comptable s'il est comptable public.
Contentieux	Relève de la juridiction administrative.	Relève de la juridiction judiciaire (civile ou commerciale).
Contrats	Actes administratifs qui peuvent être attaqués par le recours pour excès de pouvoir. Leurs contrats sont passés en vertu des règles établies pour les contrats administratifs.	Contrats de droit privé soumis au code des obligations et des contrats.
Comptabilité et fiscalité	Le régime comptable et financier est soumis aux règles de la comptabilité publique.	Le régime comptable et financier échappe aux règles de la comptabilité et des finances publiques. Leur comptabilité est établie sous la forme commerciale. Ils sont assujettis à l'impôt.

Pour les EPIC, il existe un texte de portée générale, loi du 12 février 1965, auquel il faut ajouter le statut de l'établissement public lui même. Cette loi indique les modalités de

contrôle et de tutelle des EPIC, officines et sociétés nationales. Par contre, pour les EPA, il n'existe pas de loi similaire, donc le régime administratif est incertain [Ben Achour 1985].

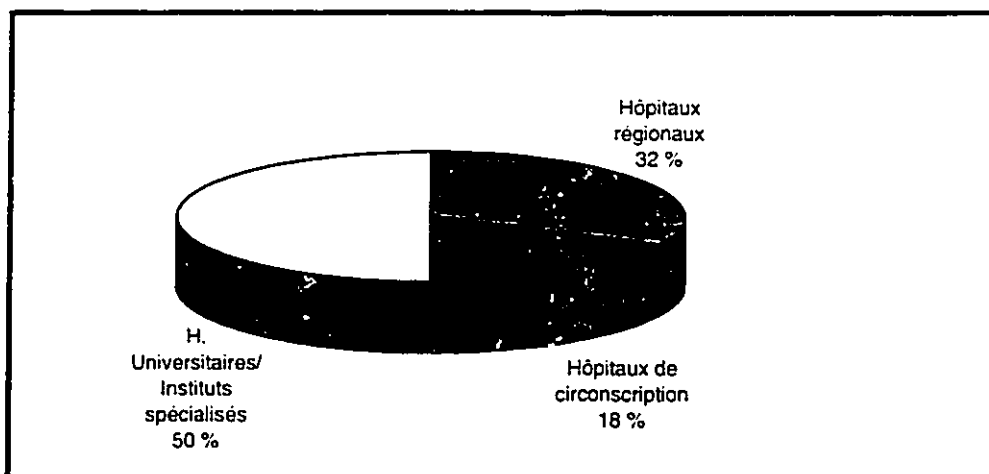
A ce niveau, on propose de citer les dires de Aleya, en 1989, critiquant le régime juridique des hôpitaux en tant qu'EPA à l'époque : « Un hôpital public ne doit pas être un établissement dont le régime juridique est une extension, un décalque de l'administration centrale. Peu de raisons valables plaident en faveur du maintien de ce régime pour les hôpitaux; ou alors il est condamné à servir d'épouvantail pour les médecins...et d'alibi pour l'Etat qui lui permet d'afficher sa bonne conscience à l'égard de ceux, qui incapables de recourir aux soins onéreux d'un secteur privé mercantile, sont dans l'obligation d'aller à l'hôpital » [Aleya 1989:30].

4.2 Mauvaise exploitation de l'infrastructure disponible

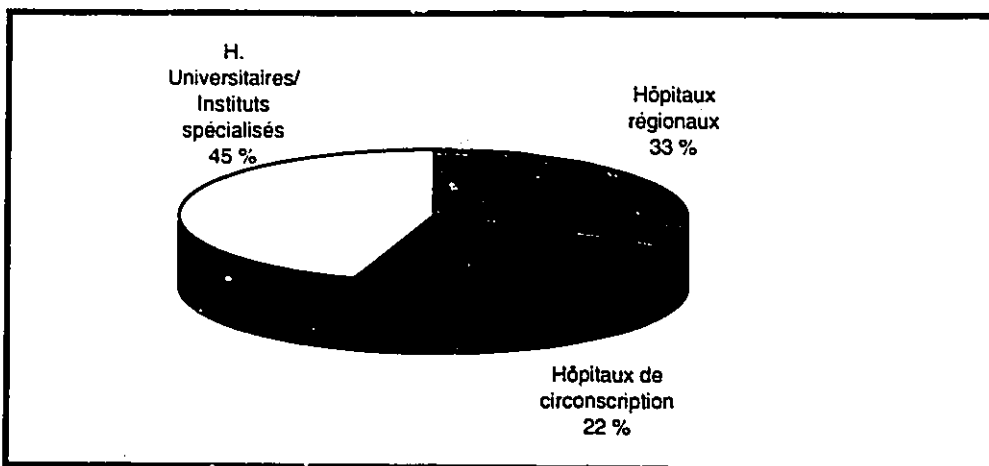
Un des problèmes du système de santé tunisien est la mauvaise exploitation de l'infrastructure hospitalière disponible. Bien que conçu et mis en place comme un système cohérent de type pyramidal, le réseau de soins de santé fonctionne mal. Les différents niveaux de soins ne se complètent pas et on ne tire pas parti de leur potentiel. En effet, les hôpitaux de circonscription et les hôpitaux régionaux (c'est à dire les capacités hospitalières de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne) sont notablement sous-utilisés, alors qu'il y a un encombrement voire une saturation des structures sanitaires de 3^{ème} ligne. Ces distorsions en matière d'offre et d'utilisation des services sont illustrées dans les graphiques 4-2 à 4-4.

Malgré les efforts consentis pour promouvoir les soins ambulatoires et en particulier les soins de santé de base, le système de santé tunisien reste caractérisé par un certain degré d'hospitalocentrisme au niveau des investissements, des activités et des prestations. Les taux d'occupation moyens des lits révèlent une sous-exploitation évidente de l'infrastructure régionale (54 %) et locale (42 %), avec une exploitation satisfaisante des structures universitaires (76 %) [MSP 1992].

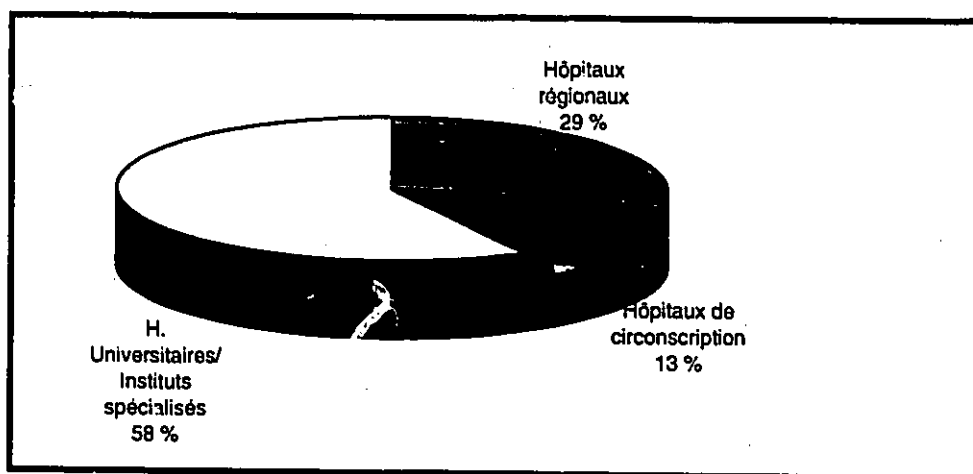
GRAPHIQUE 4-2 : REPARTITION DES LITS PAR TYPE D'ETABLISSEMENT (1989)



GRAPHIQUE 4-3 : REPARTITION DES ADMISSIONS HOSPITALIERES (SECTEUR PUBLIC, 1989)



GRAPHIQUE 4-4 : REPARTITION DES JOURNEES D'HOSPITALISATION PAR ETABLISSEMENT (1989)



Source : Ministère de la Santé Publique et Institut National de Statistique.

Les hôpitaux universitaires, disposant de 50 % des lits hospitaliers, ont cumulé 85 % des journées d'hospitalisation en 1989 et 64 % des interventions chirurgicales y ont été pratiquées. En raison des défaillances en chaîne des structures de première et de seconde ligne en matière de prise en charge des pathologies courantes, les structures universitaires, dont le rôle est le recours spécialisé de haut niveau, se voient chargées de traiter des maladies qui auraient dû être prises en charge dans les structures régionales, voire locales. Cette situation a donc entraîné un afflux très important vers ces structures causant des difficultés à la fois organisationnelles et financières [MSP 1992].

4.3 Problèmes d'inefficacités internes dans les hôpitaux

4.3.1 Un système d'information de gestion désarticulé des structures sanitaires

Le système d'information des années 1980 ne permettait pas de disposer de toutes les informations nécessaires pour une meilleure gestion du système de santé à ses différents niveaux et, par là même, d'en évaluer l'efficacité et la qualité des prestations. L'absence des informations épidémiologiques permettant de saisir avec la précision voulue l'évolution de la morbidité, ainsi que des informations économiques de calcul des coûts des soins, constituent les principales lacunes du système d'information sanitaire.

L'enregistrement des patients, que ce soit pour des hospitalisations ou des consultations externes, se borne à une formalité administrative qui ne fournit au Ministère de la Santé Publique que des renseignements très agrégés sur l'activité hospitalière. L'origine géographique des patients n'est généralement pas consignée et la mauvaise qualité de l'enregistrement tant au niveau des admissions, que du diagnostic et du traitement, empêchent que soit réalisée toute analyse de la justification de la visite ou de l'admission à ce niveau de soins. Le statut social est généralement indiqué aux fins de paiement des services dans le cas des malades indigents et assurés. Mais la direction de l'hôpital ne compile pas systématiquement ces informations, alors que celles-ci serviraient autant à justifier sa requête budgétaire au Ministère de la Santé Publique, qu'elle permettraient aux autorités centrales de négocier le niveau de financement et les ressources des hôpitaux avec des divers bailleurs de fonds.

Dans certains établissements, un patient peut utiliser l'une des multiples entrées, se faire soigner et repartir sans avoir été enregistré comme patient, évitant ainsi d'avoir à payer les soins qui lui ont été donnés.

4.3.2 Entretien et maintenance des équipements négligés dans les hôpitaux publics

La maintenance englobe tout ce qui est surveillance, entretien, travaux de mise en état et réparation des équipements biomédicaux, bâtiments et équipements de génie civile (électricité, chauffage, climatisation, etc.). Son importance est donc primordiale pour la longévité et la survie de l'infrastructure hospitalière et sanitaire.

Les sources d'inefficacités liées au gaspillage des ressources étaient nombreuses dans les hôpitaux tunisiens. Un problème généralement préjudiciable à la bonne marche des hôpitaux tenait à la médiocrité de l'entretien tant des bâtiments que des équipements électromécaniques, des équipements médicaux et des services généraux. Il y avait également de gros problèmes dans l'entretien des systèmes de chauffage, dans la ventilation, dans l'installation électrique, ainsi qu'au niveau des cuisines et des buanderies.

En général, l'entretien régulier et préventif était souvent repoussé faute de capacités techniques et de ressources financières suffisantes. Dans les années 1980, environ 30 % de l'équipement médical des hôpitaux tunisiens était obsolète et 60 % environ des installations physiques nécessitaient une profonde réfection. De plus, la mauvaise utilisation ou le manque de ressources exacerbaient le cercle vicieux de l'inefficacité générale. En outre, faute de matériel diagnostique simple ou parce que celui-ci est de mauvaise qualité, on pratiquait des procédures coûteuses.

4.3.3 Défaillances de fonctionnement des services hospitaliers

Les raisons des défaillances de fonctionnement de certains services hospitaliers étaient internes et externes. Les raisons internes étaient principalement :

- Mauvaise organisation des services qui a entraîné la création, souvent, de goulots d'étranglement au niveau des consultations externes.

- Absence d'autonomie financière et de gestion dans les services qui a fait que ces derniers ne disposaient pas de leur propre budget qui leur permettrait d'améliorer les conditions d'hospitalisation et de travail.
- Pour certains services on soulevait : le rôle assez effacé joué par le chef de service soit parce qu'il est tenu par d'autres obligations par ailleurs ou bien parce qu'il ne disposait pas d'assez de pouvoir pour mieux négocier avec l'administration de son institution et l'administration centrale les besoins (ressources humaines et matérielles) de son service.

Quant aux raisons externes de défaillance de fonctionnement de certains services hospitaliers on constatait :

- La manque de personnel médical et paramédical pour certaines spécialités, qui a fait que les services ne respectaient pas les normes internationales des différentes densités médicales.
- Le sous-équipement de certains services. Par exemple, le nombre de lits en chirurgie générale et en spécialité chirurgicale est très insuffisant par rapport à la demande qui ne cesse de s'accroître (notons que la Tunisie détient le record du nombre de décès sur 100 accidents de la route). Le même phénomène est constaté en pédiatrie et en radiologie.
- L'organisation générale, la gestion et la régularisation au sein des institutions hospitalières ne permettaient pas des prévisions sérieuses et fiables sur l'activité des services hospitaliers.

4.3.4 L'accueil des malades

Jusqu'au début des années 1990, l'humanisation dans les hôpitaux tunisiens était souvent sacrifiée : salles communes, mauvais accueil, relation infirmiers-malades très mal assurée, repas mal préparés et mal présentés, malades dépersonnalisés, visites des proches très mal organisées et insalubrité. Ces problèmes n'ont fait qu'aggraver la détérioration de l'image de marque de l'hôpital auprès du public tunisien [Ben Turkia 1992b].

4.3.5 Mauvaise gestion des approvisionnements et des stocks dans les hôpitaux

Selon l'article 5 du règlement des hôpitaux de 1939, l'économiste dans l'hôpital est responsable de la réception, du stockage et de la distribution des denrées et objets mobiles. Il était donc plus « magasinier » qu'économiste. L'économiste procédait lui-même à la réception des denrées alimentaires et surveillait la préparation et la distribution des aliments. Il dressait, chaque mois, l'inventaire des denrées restant en magasin et procédait, chaque fois qu'il le jugeait nécessaire, à des recensements dans les services; bref, toutes les tâches de surveillance, réception, vérification, distribution, etc. qu'un simple magasinier est appelé à effectuer [Ben Turkia 1992b].

4.3.6 Une responsabilité diluée en matière de gestion financière

Les hôpitaux publics tunisiens qui étaient sous le statut d'établissement public à caractère administratif étaient caractérisés par l'absence de gestionnaires en nombre et en compétence suffisants et l'absence de techniques modernes de gestion. Ces insuffisances ont contribué à l'appauvrissement de l'une des principales tâches de la gestion hospitalière : la gestion financière. Parler de fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement, de la trésorerie, du prix de revient prévisionnel, de la valeur ajoutée, de la capacité d'autofinancement, etc., en 1980, dans les hôpitaux tunisiens, c'est « courir le risque d'être considéré comme trop ambitieux » [Ben Turkia 1992b], puisque ces concepts n'ont aucune signification sans une comptabilité générale et une comptabilité analytique.

« La tenue du prix de revient, des prix de journée et la gestion de trésorerie dans les hôpitaux tunisiens se rapprochaient énormément de ceux tenus par un épicier : un tableau de recettes et dépenses, prix de vente fixé, prix de revient global et sans précision, etc. » [Ben Turkia 1992b]. En effet, par analogie au prix de vente, le prix de journée est fixé par l'organisme de tutelle pour tous les hôpitaux et par grands services (médecine, chirurgie et spécialités). Le prix de revient est calculé approximativement par une simple division des dépenses de fonctionnement par le nombre de journées d'hospitalisation, alors que la gestion de trésorerie (plutôt le contrôle et le suivi de la trésorerie) était strictement réglementée par le code de la comptabilité publique (l'unique comptabilité appliquée dans les hôpitaux tunisiens).

En somme, la raison essentielle de la défaillance de la gestion financière dans les hôpitaux publics tunisiens était l'inexistence d'une description ou d'une formalisation de la responsabilité financière assignée à chaque palier d'intervention, que ce soit au niveau de la direction de l'établissement, des services, ou du Ministère de la Santé Publique.

- **Au niveau de l'établissement**

Le manque de responsabilité financière se traduisait par des dépassements budgétaires annuels d'une chronicité inquiétante. En effet, les dépenses réelles s'accroîtraient à un rythme accéléré à partir de 1987, alors qu'un bon nombre d'établissements hospitaliers voyaient leur déficit budgétaire dangereusement s'amplifier. Au cours de 1988, les impayés ou les dépassements ont atteints plus de 7,6 millions de dinars (environ 7,6 millions de \$ US) pour l'ensemble des formations sanitaires publiques. Sept hôpitaux (dont cinq CHU) réalisaient 50 % de ces dépassements [MSP 1992].

- **Au niveau des services**

Au niveau des services hospitaliers, la responsabilité financière était inexistante. En effet :

⇒ Le responsable du service ignorait son enveloppe annuelle des dépenses;

⇒ Le responsable ne contrôlait pas les coûts de main-d'oeuvre car, d'une part, aucune compilation périodique n'était disponible, et d'autre part, la main-d'oeuvre relevait d'une instance externe au service;

⇒ Le responsable ne contrôlait pas complètement les dépenses autres que salariales car les seules données de consommation par service, compilées au magasin central, ne consignaient que la quantité des produits utilisés et non leur valeur monétaire.

Par ailleurs, les services dans les hôpitaux tunisiens, ne planifiaient pas leurs dépenses, le tout pouvant se réaliser soit de façon ad hoc, soit de façon urgente.

- **Au niveau du Ministère de la Santé Publique**

La direction de l'administration de tutelle des hôpitaux publics tunisiens ne disposait ni du reflet exact des réalités financières, ni du feed-back des résultats de la part des établissements. Ce phénomène revient à de nombreuses lacunes :

⇒ Le financement octroyé annuellement à l'hôpital est basé essentiellement sur la reconduction du budget de l'année précédente rehaussé d'un pourcentage plus ou moins justifié;

⇒ Aucune considération n'était donnée aux fluctuations en volume des activités de l'hôpital, en tout cas de manière formelle et objective;

⇒ Le profil des malades hospitalisés dans le centre hospitalier (par exemple les pathologies relevant du niveau tertiaire par rapport aux cas relevant de la première ligne de soins) n'était pas enregistré;

⇒ Le budget octroyé aux hôpitaux ne tenait pas compte de l'augmentation de l'indice des prix des fournitures hospitalières, notamment en ce qui concerne les médicaments;

⇒ Le financement d'investissements (immobilisations et équipements) s'est porté en priorité sur les équipements médicaux coûteux;

⇒ Les relations et les échanges d'information en matière de finances entre le Ministère et l'établissement avaient été réduites au strict minimum, ce qui a ralenti considérablement les interventions de part et d'autre;

⇒ Le budget accordé en début d'année à l'hôpital est bien inférieur aux dépenses réelles qu'il devra déboursier. Le plus souvent l'établissement était donc assuré dès le départ qu'il dépasserait son enveloppe budgétaire.

Par conséquent, « l'hôpital comme toute entreprise quelle que soit sa nature, ne peut fonctionner dans un contexte où les gestionnaires en titre n'assurent pas le contrôle des coûts de main-d'oeuvre et des autres dépenses et où la plus haute instance centrale ne possède pas les informations ou les moyens nécessaires pour exercer son vrai rôle de coordination » [Ben Turkia 1992b].

Une telle situation dans les hôpitaux publics tunisiens s'est traduite par un gaspillage important bien que difficile à évaluer de manière précise, et par un surcoût considérable.

4.4 Les problèmes de financement de la santé

En Tunisie, le financement de la santé est assuré essentiellement par trois partenaires, à savoir l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les ménages. La principale source de financement du secteur de la santé en Tunisie a toujours été le budget de l'Etat dans lequel les crédits alloués à la santé ont représenté jusqu'ici la deuxième composante après l'éducation.

Le financement du secteur de la santé en Tunisie se heurte à deux problèmes majeurs. D'abord, les ressources financières de l'ensemble du secteur sont faibles en raison du sous-financement marqué du secteur public; ensuite, les modalités de partage des charges financières dans le secteur public ne permettent pas de mobiliser les ressources nécessaires.

4.4.1 Le sous-financement du secteur public

A partir de la fin des années 1970, on a assisté à l'amorce d'un changement dans la structure de financement de la santé par le clivage vers la diminution de la part de l'Etat au profit d'une augmentation sensible de la part des ménages et par l'émergence de la notion de maîtrise des dépenses de santé dans la politique de santé en Tunisie [MSP 1992].

En 1989, le secteur de la santé publique a assuré 50 % des soins ambulatoires et plus de 90 % des services hospitaliers, c'est à dire plus de 80 % du total des soins curatifs, cela en plus de ses activités de prévention des maladies ainsi que d'administration et de régulation du secteur. La même année, il s'est vu attribuer 54,4 % du total des ressources du secteur de

la santé, les secteurs parapublic et privé en recevant, respectivement, 3,5 % et 38,6 %. Le reste, soit 3,5 %, a servi à payer des soins de santé dispensés à l'étranger (voir tableau 4-7).

TABLEAU 4-7 : SOURCES ET UTILISATION DES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTE (EN MILLIONS DE DINARS TUNISIEN, 1987 ET 1989) -- 1 DINAR TUNISIEN = 1 DOLLAR AMERICAIN --

Sources	1987		1989	
	Millions de dinars tunisiens	%	Millions de dinars tunisiens	%
Etat	169,5	48	191,4	44,3
Assurances sociales	67,4	18,9	86,4	20
Ménages	118,1	33,1	154,2	35,7
Total	355,0	100	432,0	100
Utilisations	Millions de dinars tunisiens	%	Millions de dinars tunisiens	%
Secteur public	204,4	58	235,2	54,4
Secteur parapublic	12,6	3,5	15,0	3,5
Secteur privé	128,7	36	166,8	38,6
Soins à l'étranger	9,7	2,5	15,0	3,5
Total	355,4	100	432,0	100
En % du PIB	4,5		4,5	

Sources : Caisse Nationale de Sécurité Sociale 1990. Ministère de la Santé publique 1988.

Après une période de croissance entre 1980 et 1984, les ressources du secteur de la santé publique ont baissé, leur part du PIB est tombée de 2,5 % en 1985 à 2,3 % en 1980 (depuis 1980, les dépenses de santé ont quintuplé, en doublant tous les 5 ans, alors que le PIB s'est accru moins rapidement, en quadruplant de 1980 à 1992). En effet, dans la plupart des pays, les dépenses de santé absorbent une part croissante des ressources au fur et à mesure que le PIB augmente, ce qui n'était pas le cas en Tunisie puisque le secteur de la santé reçoit une part moindre de la richesse nationale alors qu'il demeure de loin le principal dispensateur des soins de santé (et des services les plus coûteux) [MSP 1992].

Ainsi, il apparaît que si le total des dépenses de santé est demeuré à peu près stable en pourcentage du PIB, il s'est produit un déplacement de ressources au détriment du secteur public et en faveur des secteurs parapublic et privé en forte croissance. Cependant, ce transfert de ressources ne s'est pas accompagné d'un transfert correspondant d'activité, et ce déséquilibre constitue une cause majeure des difficultés croissantes que connaît le secteur de la santé publique en Tunisie.

La baisse relative des ressources du secteur de la santé, peut être attribuée à plusieurs facteurs. D'abord, la part du budget de l'Etat (fonctionnement et investissement) allouée au secteur de la santé, est passée de 7,9 % en 1985 à 6,2 % en 1989. Malgré cela la contribution du budget de l'Etat représente une part croissante du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique, puisque, de 82,6 % en 1985, elle est passée à 83,7 % en 1989 et 84,4 % en 1990. Ensuite la contribution des caisses d'assurance sociale (voir Annexe 3 : Les régimes de couverture du risque maladie en Tunisie) a baissé en valeur réelle, représentant, en 1990, 9,1 % des ressources du secteur de la santé publique, contre 12,7 % en 1985. Enfin, la contribution des ménages par le biais de la tarification et du ticket modérateur a sensiblement augmenté en valeur nominale tout en demeurant stable en pourcentage (aux alentours de 6 % des ressources du Ministère de la Santé Publique). Toutefois, il faut souligner qu'en 1992 la part des ménages a été estimée à 48 %, celle de l'Etat à 37 % et celle des caisses à 15 % [MSP 1994].

Ainsi, associé au faible niveau des capacités de gestion, ce grave sous-financement du secteur de la santé publique en Tunisie s'est traduit par des pénuries chroniques en équipement et fournitures médicales, un entretien insuffisant des bâtiments et équipements, une faible motivation du personnel et par conséquent une qualité de service médiocre dans l'ensemble du secteur de la santé publique. Le premier et deuxième niveau de soins étaient les plus affectés par cette situation de sous-financement. Par conséquent, la population tunisienne était contrainte de rechercher les soins auprès des structures de haut niveau (CHU et instituts spécialisés), où malgré la part importante des ressources qui leur sont allouées, les conditions étaient également précaires et en dégradation.

4.4.2 Modalités de partage des charges financières du secteur de la santé publique

La répartition des dépenses de santé selon les fournisseurs de soins, développée dans le paragraphe précédent, a permis de relever d'autres défaillances qui sont jusqu'à aujourd'hui encore existantes. En effet, bien qu'il assure la part dominante des prestations de santé les plus coûteuses, le secteur de la santé publique ne mobilise que 46 % des dépenses totales de santé. La majorité des dépenses des ménages sont effectuées dans le secteur privé alors que les caisses de sécurité sociale ne réservent que 48 % de leurs dépenses au Ministère de la Santé Publique.

Cette distribution des charges est loin de refléter la répartition de la population en matière d'assurance-maladie puisque les estimations montrent qu'au moins 50 % de la population est assurée contre le risque maladie. Par ailleurs et concernant l'assistance médicale gratuite, le nombre de cartes de soins (environ 800 000) dépasse largement toutes les estimations du nombre de familles pouvant bénéficier de cette forme d'intervention [Azak 1994].

Enfin, il y a lieu de noter que les taux actuels des cotisations pour assurer la couverture du risque maladie (6,25 % pour la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et 3 % pour la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale) ne permettent pas de prendre en charge correctement ce risque.

4.5 Situation critique de l'hôpital public : nécessité d'une réforme en 1991

Le Dr Ben Turkia a largement critiqué la situation des hôpitaux publics dans les années 1980 tout en proposant plusieurs axes de réformes. Dans un de ses ouvrages il a mentionné : « Le mal du système sanitaire et hospitalier tunisien n'est pas tout à fait un problème d'infrastructure ou d'effectifs, c'est surtout un problème de gestion et de mentalité (...). Aucune technique sérieuse de gestion n'est appliquée dans les institutions tunisiennes de soins : des cadres administratifs quantitativement et qualitativement légers et des techniques dérisoires couvrant uniquement le côté administratif de ces institutions sont tant bien que mal appliqués... » [Ben Turkia 1992:32].

Ainsi après une analyse de la situation des hôpitaux universitaires, il s'est avéré que ces structures, qui mobilisent à elles seules plus de 50 % des ressources disponibles pour la santé publique, souffraient de diverses insuffisances dans leur gestion. C'est ce qui a conduit le Ministère de la Santé Publique à promouvoir ces établissements dans le cadre d'un projet de réforme de la gestion hospitalière adopté par l'Etat tunisien en 1991.

5. La réforme de la gestion hospitalière en Tunisie

La loi relative à l'organisation sanitaire de 1991 a permis de déclencher une réforme hospitalière ayant pour objectifs:

- L'amélioration de la qualité des prestations de soins, la rationalisation des modes de gestion et l'optimisation des coûts.
- L'élaboration, la mise en oeuvre et le développement d'un système d'évaluation des activités et des coûts hospitaliers.

Cette réforme permettra par ailleurs au gouvernement de réviser le financement du secteur public de santé et la répartition des charges entre les différentes catégories de bénéficiaires.

La réalisation de ces objectifs passe impérativement par la transformation de la structure institutionnelle et organisationnelle des hôpitaux. Ainsi, pour mener à bien cette réforme, le gouvernement tunisien a mis en place le projet d'appui à la réforme hospitalière qui a fait l'objet d'un accord de prêt avec la Banque mondiale signé le 22 mai 1991 et ratifié par la loi n° 91-73 du 2 août 1991.

5.1 Les objectifs du projet de réforme

L'objectif général du projet est d'améliorer l'efficacité et la qualité des services du secteur hospitalier et de réduire le fardeau que les plus grands hôpitaux font peser sur les ressources de l'Etat. Le projet vise ainsi à atteindre deux objectifs principaux :

1. Accroître l'efficacité interne des établissements hospitalo-universitaires, contenir les coûts et améliorer la qualité des services.
2. Fournir les informations relatives aux activités et aux coûts dans les structures hospitalières pour permettre un réaménagement des modalités de partage des charges financières du secteur entre les principales sources de financement (Etat, caisses de sécurité sociale et malades payants à titre personnel ou par l'intermédiaire d'un tiers).

5.2 Secteur concerné par la réforme

Le gouvernement tunisien a identifié l'organisation, la gestion et le financement des hôpitaux publics comme un secteur d'action prioritaire. C'est ainsi que les 22 plus grands établissements hospitaliers (hôpitaux universitaires et instituts spécialisés) ont été retenus pour la mise en place des réformes envisagées par étapes :

- 1^{ère} étape : Transformation de 4 hôpitaux
- 2^{ème} étape : Transformation de 8 hôpitaux
- 3^{ème} étape : Transformation de 5 hôpitaux
- 4^{ème} étape : Transformation de 5 hôpitaux

La priorité donnée au troisième niveau de soins dans la mise en oeuvre des réformes est justifiée par deux facteurs principaux :

1. D'abord, les 22 hôpitaux et instituts spécialisés concernés absorbent environ 50 % de l'ensemble des ressources du secteur de la santé publique en Tunisie. Tenter de contrôler la croissance des coûts est donc une priorité, quand, en parallèle, les changements

épidémiologiques les poussent à la hausse et les efforts déployés pour renforcer les soins périphériques demandent que davantage de ressources leur soient allouées.

2. Parce que les caisses d'assurance sociale ont recours pour l'essentiel à leur propre réseau de polycliniques (CNSS) ou au secteur privé pour les soins ambulatoires à leurs bénéficiaires, la plupart des services dispensés aux assurés sociaux par le secteur de la santé publique l'est en milieu hospitalier urbain. Ainsi, la réforme des modalités de partage des charges financières du secteur, qui devrait permettre la réallocation des ressources entre les différents niveaux de soins, vise à faire supporter à chaque source de financement la part réelle des charges qui lui revient. Aussi, les efforts pour améliorer l'efficacité et la qualité des services et acquérir la connaissance indispensable des caractéristiques d'utilisation et de coûts des services de santé doivent-ils être déployés en priorité au sein des structures hospitalières de troisième niveau.

5.3 Cadre institutionnel de la réforme

La transformation de la structure juridique des hôpitaux en tant qu'EPA vers la création des Etablissements Publics de Santé (E.P.S), a été déclenchée par la loi n° 91-63 du 27 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire. Aux termes de l'article 18 de cette loi : « Les établissements publics de santé sont dotés de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Ils sont réputés commerçants dans leurs relations avec les tiers et régis par la législation commerciale (...). Les établissements publics de santé sont placés sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique »

Ainsi les EPS constituent une catégorie intermédiaire entre les établissements publics à caractère administratif (EPA) et les établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC). Ils sont administrés par des conseils d'administration et dirigés par des directeurs généraux. Leur personnel reste régi par les dispositions législatives et réglementaires applicables au personnel de l'Etat, des collectivités publiques locales et des établissements publics à caractère administratif. Leurs biens sont insaisissables même en vertu de titres dûment exécutoires.

5.4 Les objectifs de la nouvelle structure juridique et organisationnelle

Le Ministère de la Santé Publique de la Tunisie énonce cinq buts essentiels qui sont poursuivis à travers le changement du statut juridique des hôpitaux :

- En premier lieu, il s'agit de permettre aux hôpitaux de connaître leurs coûts par acte ou par toute autre unité de référence ainsi que de maîtriser ces coûts. Pour cela la structure doit posséder tous les outils de gestion, notamment en matière de personnel. Ces éléments ne doivent pas être éparpillés à plusieurs niveaux (ministériel, régional et local). En effet, l'hôpital doit s'auto-gérer et ses responsables doivent pouvoir disposer de l'ensemble des éléments d'information nécessaires et les maîtriser.
- Il est indispensable que l'hôpital dispose d'un pouvoir de direction fort, doté de compétences précises et capable de définir une stratégie pour l'établissement, d'obtenir l'adhésion du corps médical à cette stratégie puis de la mettre en oeuvre.
- Une plus grande souplesse dans la gestion du personnel, essentiellement non médical, est également recherchée afin de doter la direction hospitalière de plus de liberté dans la gestion et de motiver le personnel et de l'intéresser davantage à la bonne marche de leur établissement.
- Le quatrième objectif concerne l'assouplissement des procédures d'acquisition et une décentralisation de la gestion des équipements pour plus d'efficacité.
- Enfin, la position du comptable de l'hôpital n'était ni totalement « dans » l'hôpital, ni totalement en « dehors ». Il n'était de ce fait pas suffisamment intéressé au bon recouvrement des recettes. Ainsi, une situation différente a été définie pour aboutir à un rôle plus actif attribué à ce gestionnaire dont dépendent le paiement rapide des fournisseurs, le recouvrement effectif des créances et l'équilibre de trésorerie de l'hôpital.

5.5 Pourquoi une nouvelle structure juridique

Ni l'un ni l'autre des statuts juridiques examinés plus haut (EPA et EPIC), n'est totalement conforme aux objectifs mentionnés ci-dessus. En effet :

- Le statut EPA des établissements d'hospitalisation présente le maximum d'inconvénients face aux buts poursuivis : rôle insuffisamment directif attribué au directeur, commission administrative composée de membres exclusivement issus de l'établissement, partage des pouvoirs entre différents niveaux en ce qui concerne la gestion des personnels et les procédures d'achat, gestion ministérielle centralisée de certaines fonctions et tutelle très large sur l'établissement.
- L'expérience de l'hôpital Habib Thameur en tant qu'EPIC fait apparaître, à travers les textes qui l'ont institué, des innovations en matière d'organisation administrative dont la première est le statut d'établissement public à caractère industriel et commercial attribué à un hôpital. Le président directeur général a autorité sur tous les agents. De plus, par la qualité même d'EPIC attribuée à la structure, la comptabilité n'est plus traitée par un ordonnateur puis par un comptable, ces deux fonctions étant réunies entre les mêmes mains. Par contre, il est incontestable que le statut prévu ne correspond pas totalement à ce qui est recherché. Le conseil d'administration, outre le président directeur général, est exclusivement composé de représentants des Ministères, membres extérieurs à l'hôpital, et peut déléguer ses attributions au chef de l'établissement. Les règles sur les contrôles financiers et techniques sont peu développées et très souples, apparaissant insuffisantes dans le cadre d'une structure fonctionnant très largement à partir des deniers publics. De plus, les textes généraux sur les EPIC ne sauraient non plus être totalement suivis. Ils sont insuffisamment adaptés à l'activité hospitalière et aux objectifs recherchés.

5.6 La nouvelle structure juridique E.P.S

En l'absence de schéma préétabli convenant parfaitement à l'activité hospitalière recherchée, il a été convenu donc de créer un nouvel établissement public qui, en raison de ses missions et de ses originalités, serait qualifié de manière spécifique : Etablissement

Public de Santé (E.P.S), puisque le caractère juridique essentiel des établissements publics est de pouvoir se modeler, à travers les textes qui les instituent, aux activités poursuivies.

Ainsi, face aux objectifs poursuivis, la structure d'EPS devrait être développée à partir des structures juridiques existantes (EPA ou EPIC). De là l'établissement public serait construit sur les bases suivantes :

- un conseil d'administration et une direction forts et équilibrés dans leurs pouvoirs respectifs;
- une tutelle allégée mais essentielle; et
- des organes gravitant autour de la direction permettant tout à la fois l'efficacité et le contrôle.

5.7 La modification de la structure organisationnelle des hôpitaux

La structure organisationnelle retenue (organigramme) est celle qui serait à même d'aider les gestionnaires à atteindre les objectifs fixés. L'organigramme proposé pour les EPS tient compte des spécificités du personnel affecté et vise à instaurer une direction par objectif (voir l'organigramme type au graphique 4-8). Dans cette structure, les organes consultatifs ont un rôle très important à jouer en matière de conception des plans de développement et de définition des stratégies d'action. A ce niveau, citons notamment le comité de direction qui constitue un dispositif de pilotage collégial de l'EPS.

Les choix organisationnels adoptés instituent une séparation des tâches qui a pour objectif d'éliminer les incompatibilités et vise à consolider le rôle de certaines fonctions clés dans les centres hospitaliers, dont notamment l'accueil et la prise en charge administrative du malade par la mise en place d'un dispositif d'information et d'assistance sociale plus consolidé, l'hôtellerie hospitalière pour lui assurer un hébergement adéquat et contribuant valablement à optimiser la prise en charge médicale, la maintenance des équipements pour augmenter leur temps de disponibilité et leur durée de vie notamment par l'entretien préventif, l'hygiène hospitalière dont l'importance ne saurait être ignorée dans un milieu potentiellement microbien et l'audit interne dont le rôle est de préserver, de renforcer et

d'adapter le dispositif du contrôle interne. Ainsi l'effort de réaménagement a essentiellement porté sur :

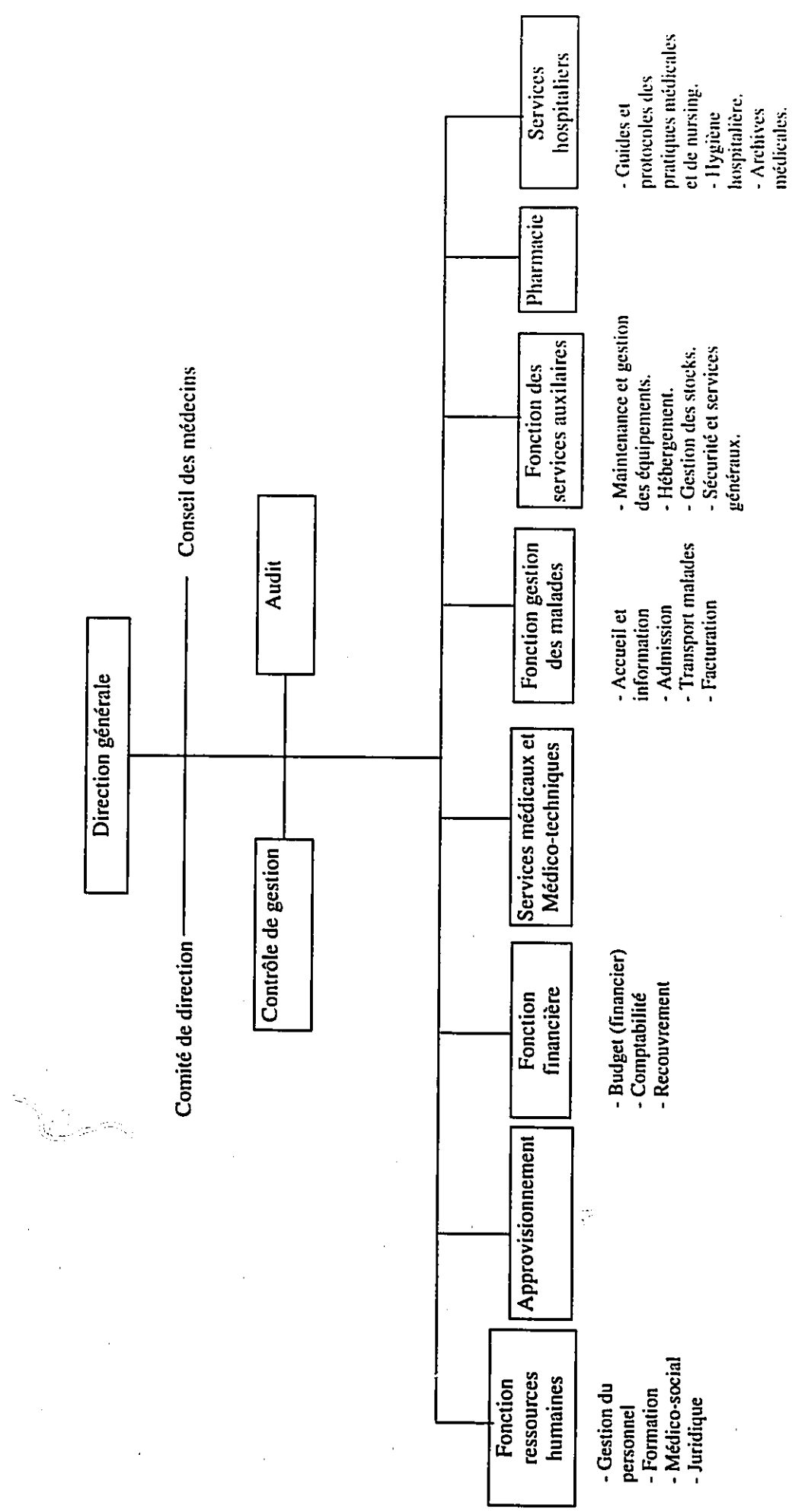
- le conseil d'administration,
- le chef de l'établissement,
- la tutelle,
- le comité médical,
- les organes de contrôle,
- le statut du personnel.

5.7.1 Le conseil d'administration

Dans le but d'instituer un mécanisme permettant de doter l'institution d'un conseil d'administration fort, de nature à garantir un bon équilibre entre les pouvoirs du directeur général et les acteurs de l'hôpital, il s'agira d'un conseil mixte à la fois composé de membres extérieurs à l'établissement et de membres relevant de celui-ci (Article 1^{er} du décret n° 91-1844 du 2 décembre 1991).

L'établissement public de santé est alors administré par un conseil d'administration présidé par un de ses membres nommé par arrêté du Ministère de la Santé Publique. Ce conseil comprend en outre un représentant du Ministère du Plan et des Finances, deux représentants du Ministère de la Santé avec la possibilité d'assurer l'une des représentations par le directeur régional de la santé, un représentant du Ministère de l'Education, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, un représentant du Ministère des Affaires Sociales, un représentant de la collectivité locale concernée, le président du conseil de santé, un représentant du personnel clinique, un représentant du personnel non clinique (ouvrier, administratif, etc.), un représentant du syndicat des personnels, le contrôleur d'Etat, etc.

Figure 4-8 : Organigramme type des EPS
Conseil d'administration



Les missions du conseil d'administration sont énumérées dans l'article 3 du même décret et se résument dans ces 4 points :

1. Proposer la création, suppression et transformation des services médicaux et pharmaceutiques.
2. Proposer l'organisation des différents services administratifs et techniques de l'établissement.
3. Proposer le recours aux emprunts conformément à la législation en vigueur.
4. Approuver les contrats programmes en fonction de la carte sanitaire et suivre leur exécution.

5.7.2 Le directeur général

La fonction du directeur général dans l'établissement public de santé a été définie dans les articles 7 et 8 du décret n° 91-1844 du 2 décembre 1991 -- fixant l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement des établissements publics de santé --.

Nommé par décret (et non désigné par le conseil d'administration parmi ses membres), le directeur général possède les pouvoirs de décision dans toutes les matières qui ne sont pas expressément réservées au conseil d'administration ou qui lui sont déléguées par ce dernier. De plus, le directeur général est entouré de directeurs et de services administratifs lui permettant d'assurer, outre la gestion quotidienne de l'établissement, la préparation du bilan annuel de l'hôpital et du budget. Il exécute les délibérations du conseil, passe les marchés et représente juridiquement l'institution. Il est chargé de la surveillance de la comptabilité et est responsable de sa bonne tenue.

Enfin, il faut préciser que le directeur général ne peut cumuler sa fonction avec aucune autre et qu'il est révocable à tout moment par le gouvernement.

5.7.3 La tutelle

Aux termes de l'article 19 du même décret, cité ci-dessus, : « Sont soumis à l'approbation du Ministère de la Santé Publique, après avis des ministres des finances et du plan et du développement régional, les budgets prévisionnels ainsi que leur schéma de financement ».

La tutelle se charge également d'autoriser les achats d'équipements lourds, dont les systèmes importants d'informatique; elle autorise également la création ou la fermeture de lits. Ces deux dernières fonctions ont pour objectif de permettre le respect du plan hospitalier national qui est une partie intégrante d'un plan national de santé.

5.7.4 Le comité médical

Conformément aux articles 9, 10 et 11 du décret n° 91-1844, dans chaque EPS est institué un comité consultatif dénommé « comité médical » composé de l'ensemble des chefs de services médicaux, pharmaceutiques et de médecine dentaire, qui élit son président parmi ses membres. Ses missions consultatives portent sur le programme des services et les choix médicaux liés à l'exécution du budget. De plus, le dernier paragraphe de l'article 9 précise que le directeur général de l'établissement ou son représentant assiste aux délibérations du comité médical.

5.7.5 Les organes de contrôle

Les organes de contrôle se composent du contrôleur d'Etat, du contrôleur technique, de la commission d'ouverture de plis et de dépouillement des offres, de la commission interne des marchés, auxquels s'ajoutent les audits extérieurs prévus par la loi de base sur les EPIC.

5.7.6 Le statut du personnel

Le personnel des EPS est régi par les dispositions législatives et réglementaires applicables au personnel de l'Etat, des collectivités publiques locales et des établissements publics à caractère administratif, ainsi que par les dispositions de leurs statuts particuliers. En outre, le régime de rémunération des directeurs généraux ainsi que du personnel administratif et technique nanti d'un emploi fonctionnel au sein des établissements publics de santé est fixé par décret.

5.8 Les composantes gestionnaires de la réforme

5.8.1 Développement des capacités de gestion

Le système de gestion hospitalière comporte quatre volets :

- un manuel de politiques et de procédures,
- un système d'information de gestion, et
- des guides de pratiques et protocoles médicaux et de nursing.

5.8.1.1 Le manuel de politiques et de procédures

Le manuel de politiques et de procédures contient les principales politiques et procédures que chaque établissement public de santé est invité à observer dans le cadre de ses relations avec les usagers, les bénéficiaires et le personnel qui lui est affecté ainsi que les documents utiles à l'administration de l'établissement. Ce manuel a pour objectifs entre autres de :

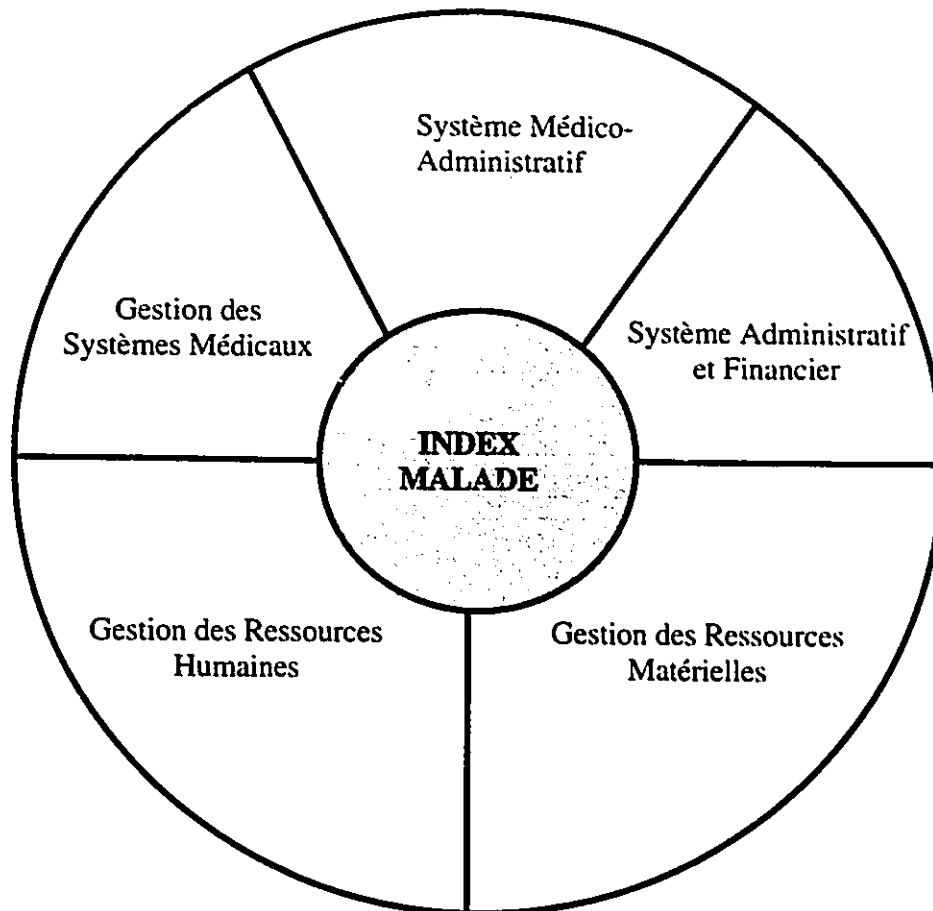
1. Délimiter les responsabilités et favoriser la séparation des fonctions.
2. Adapter les structures organisationnelles aux besoins fonctionnels de l'établissement.
3. Formaliser les procédures et assurer leur cohérence dans un système global de contrôle interne.
4. Constituer une référence officielle pour le contrôle d'application, la formation du personnel et l'exercice de l'audit interne.
5. Assurer l'instauration d'un système de contrôle interne [MSP 1991].

Le système de contrôle interne préconisé tient compte évidemment des spécificités de l'activité de l'hôpital et fait partie intégrante de la stratégie des responsables afin de créer un environnement de contrôle approprié aux objectifs et aux particularités de l'hôpital. Toutefois, il y a lieu de préciser les principales composantes d'un système de contrôle interne, en l'occurrence un personnel qualifié, compétent et consciencieux. Par ailleurs, dans le but de préserver et d'améliorer la qualité du contrôle interne, il s'agit de doter l'entreprise d'organes de contrôle appropriés (contrôle de gestion et audit interne, guide de protocoles et pratiques).

5.8.1.2 Le système d'information de gestion

« La sincérité, la fiabilité et la pertinence des informations qui représentent un des objectifs du système de contrôle interne repose essentiellement sur le système d'information de gestion qui doit permettre de traduire en termes comptables les informations qui lui parviennent dans des délais acceptables, assurer le traitement des informations d'une manière pertinente en permettant leur exploitation par les différents utilisateurs; appréhender l'ensemble des transactions de l'établissement, inclure dans sa conception des procédures de contrôle de ces informations afin de déceler celles qui pourraient être omises ou incorrectement transmises et assurer enfin une conservation adéquate des informations reçues et produites » [Krifa 1992:5] (voir graphique 4-5).

GRAPHIQUE 4-5 : SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER



Source : Manuel de politiques et de procédures [MSP 1991].

Le système d'information de gestion prescrit pour les EPS puise ses principes de base dans le système américain « Uniform System of Account for Hotels and Restaurants ». Ce système a été modifié plusieurs fois depuis sa création en 1925, mais le principe de base est resté le même. De nos jours, ce système est largement utilisé aux USA de par son caractère obligatoire et sur le plan international notamment en Europe. L'objectif visé à travers ce système est la décentralisation rationnelle de la gestion des EPS caractérisés par la diversité de leurs activités et la rapidité des services qu'ils sont appelés à accomplir. Cette décentralisation est effectuée tant au niveau de la prise de décision qu'au niveau de la responsabilité.

De plus, ce système basé sur le principe de découpage de l'unité hospitalière en centres de responsabilités, d'une part, et sur l'affectation directe des charges et produits aux divers centres de responsabilité concernés, d'autre part, permet la mesure des performances, la quantification et l'amélioration de l'utilisation des moyens, la détermination des coûts et la production par le système lui-même, et sans traitement complémentaire complexe, des informations permettant la gestion du secteur de la santé publique par pathologie [MSP 1991].

Le Directeur du projet de réforme au Ministère de la Santé Publique a présenté le nouveau système d'information dans les EPS comme suit : « Un système d'information performant est impératif pour toute gestion efficiente du secteur de la santé. Il permet de gérer en temps réel les ressources mobilisées et les services rendus, de prévoir à temps les actions correctives pour améliorer la qualité des soins dispensés; d'évaluer les performances d'un établissement ou d'un secteur et de planifier le développement futur des structures de santé » [Achouri 1992]. Egalement le Ministre de la santé publique tunisien a annoncé dans un discours : « Au préalable il est essentiel de mettre en place un système national d'information sanitaire qui permet de disposer de statistiques sanitaires pertinentes et actualisées englobant l'information gestionnaire, épidémiologique et économique, de mesurer les résultats de programmes engagés et de fixer les priorités du développement futur » [Mhenni 1993:10].

- ***Les guides de protocoles***

Les guides de protocoles et pratiques ont pour but d'introduire une plus grande rationalité dans l'exercice des activités médicales et la prestation des soins et d'instaurer un processus d'évaluation qui ne saurait que conforter tous les partenaires (médecins, infirmiers et malades).

5.8.1.3 Le modèle de gestion financière

Comme on l'a mentionné plus haut, un des problèmes dont souffre le système sanitaire tunisien est la défaillance de la gestion opérationnelle de ses institutions et particulièrement

celle de ses institutions hospitalières. En effet, les hôpitaux publics ne disposaient ni de comptabilité générale ni de comptabilité analytique, et la comptabilité publique n'offrait que peu de chances à la gestion financière de s'épanouir (seule la maîtrise des recettes et des dépenses était assez bien assurée). De plus, les hôpitaux en tant qu'EPA ne disposaient que d'un receveur détaché du Ministère des Finances qui assurait le simple suivi financier des recettes et des dépenses sans aucune analyse sérieuse, ni statique ni dynamique de leur situation financière.

Avec les nouveaux EPS, les modifications apportées à la gestion financière dépendent principalement de trois facteurs :

1. Normaliser les rapports : institutions sanitaires et organismes tiers payants.
2. Introduction de la comptabilité générale et de la comptabilité analytique.
3. Formation et recrutement de cadres administratifs qualifiés en gestion.

La direction financière au sein de chaque EPS est chargée non seulement de la maîtrise des flux de fonds (recettes et dépenses) mais aussi et surtout d'assainir la situation financière, d'effectuer des analyses sérieuses et enfin de constituer une plate forme solide pour la fixation des prix de journée, les prévisions budgétaires et toute décision financière stratégique ou opérationnelle.

C'est ainsi que les articles 12 à 17 du décret n° 91- 1844 du 2 décembre 1991 ont été consacrés à l'organisation financière des établissements publics de santé. L'article 12 énonce que les budgets prévisionnels de fonctionnement et d'investissement ainsi que leur schéma de financement sont établis en fonction des objectifs et prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir et ce en rapport avec le contrat programme établi entre le Ministère de la Santé Publique et l'établissement public de santé. Le contrat programme définit les objectifs généraux des activités de l'établissement et leur développement sur les plans sanitaire, technique et financier; il détermine donc les moyens matériels et humains dont l'établissement doit disposer pour accomplir sa mission. D'un autre côté, aux termes de l'article 17, la comptabilité des EPS est tenue conformément aux règles qui régissent la

comptabilité commerciale. Les bilans et les comptes de gestion et de résultats et les documents qui leur sont annexés sont arrêtés par le conseil d'administration, et l'établissement doit les communiquer à la chambre des députés, au Premier Ministère, au Ministère des Finances, au Ministère du Plan et du Développement Régional et au Ministère de la Santé Publique.

- ***Les manuels de gestion et de procédure***

Les manuels de gestion et de procédure sont le moyen par lequel la direction de l'établissement ainsi que la tutelle pourront saisir la réalité de la situation et y apporter les réaménagements ou ajustements nécessaires.

⇒ Le manuel de gestion financière. Il constitue le document de base du système de gestion financière des EPS. Il sert d'instruments de standardisation en vue d'une uniformité dans l'élaboration, la compilation et l'interprétation des paramètres financiers. Les données qu'il fournira seront utilisées par la tutelle pour octroyer l'allocation budgétaire et pour procéder aux réaménagements nécessaires entre les programmes du Ministère [MSP 1991].

⇒ Le manuel de comptabilité générale. Il est conçu de manière à répondre aux besoins d'information des différentes catégories d'utilisateurs (directeurs, chefs de services médicaux, Tutelle, Ministère des Finances, etc.). Il permet de disposer d'informations susceptibles d'aider la direction de l'hôpital et la tutelle à évaluer les activités des services, mesurer les performances, découvrir les lacunes, prévenir les erreurs d'investissement et de fonctionnement [MSP 1991].

5.8.1.4 Développement des ressources humaines

La formation du personnel de gestion a été identifiée comme l'une des principales orientations du projet de réorganisation des structures hospitalières [MSP 1991]. En vue de mettre en place la nouvelle structure organisationnelle des hôpitaux, le gouvernement tunisien a envisagé de créer progressivement dans les 22 hôpitaux visés par la réforme

environ 250 postes dans les domaines de l'administration, de la gestion, des finances ainsi que de la maintenance, de la sécurité et de l'hygiène hospitalière. Une analyse des effectifs en place a fait apparaître que compte tenu du profil des personnels à engager pour pourvoir les nouveaux postes, la majeure partie du personnel (au moins 50 %) a été engagée ou détachée d'autres services publics auprès du Ministère de la Santé Publique.

La description des tâches de chaque catégorie en fonction du poste occupé a conduit à élaborer des programmes de recyclage et de formation continue adaptés aux besoins de l'établissement. Concernant les programmes de formation, le personnel de direction (directeurs et chefs de services) qu'il soit nouvellement recruté ou prélevé sur les fonctionnaires du Ministère de la Santé Publique bénéficie de stages de formation à l'étranger dans des structures gérées de façon similaire à la nouvelle gestion des structures hospitalières concernées par la réforme. Pour les autres cadres et employés des hôpitaux, la formation a pour objectif de renforcer leurs capacités dans les domaines de l'organisation, de la gestion, de la maintenance et du développement du système informatisé de gestion. Au total le projet de réforme a prévu la mise en oeuvre de programmes de formation pour plus de 1 000 employés des hôpitaux concernés [MSP 1993].

5.8.1.5 L'informatisation

L'informatique est un outil de soutien au système de gestion d'un organisme aux plans opérationnel, tactique et stratégique. L'informatisation suppose donc l'existence préalable de procédures, normes et pratiques de gestion reconnues et appliquées de manière cohérente par tous les niveaux de l'organisation. La mise en oeuvre de cette composante dans le cadre de la réforme de la gestion hospitalière a commencé d'abord par la création du centre informatique du Ministère de la Santé Publique pour finir par informatiser les procédures de gestion dans les EPS.

5.8.1.5.1 Le Centre Informatique du Ministère de la Santé Publique (CIMSP)

Dans le cadre du projet global de réforme de la gestion hospitalière en Tunisie, l'ampleur des changements apportés aux hôpitaux concernés a suggéré la création de mécanismes de pilotage à un niveau décisionnel élevé, celui du Ministère de la Santé Publique, afin d'assurer l'uniformité dans l'application des procédures informatisées ainsi que la

discipline dans l'observation des règles régissant l'implantation de l'informatique dans le réseau hospitalier [MSP 1991].

De plus, l'absence historique de pratiques de gestion reconnues et d'expérience en informatique de gestion, le besoin de définir et de mettre en application des politiques, des normes, des standards et des procédures homogènes, le besoin de sélectionner et de développer des systèmes uniques pour contenir l'escalade des coûts ont conduit à opter pour la création de ce centre informatique.

La création du centre informatique du Ministère de la Santé Publique et son mode d'organisation ont été fixés par la loi n° 92-19 du 3 février 1992. Ainsi, aux termes de l'article premier de cette loi, il est créé un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, réputé commerçant dans ses relations avec les tiers et régi par la législation commerciale. Ce centre a pour rôle et activité principale la normalisation de la fonction informatique dans le réseau de la santé et la fourniture de services informatiques aux hôpitaux (conseils, suivi, contrôle, etc.).

Enfin, on précise que ce centre est administré par un conseil d'administration et dirigé par un président directeur général nommé par décret. Il est financé par une subvention servie par le budget de l'Etat et les dons en legs de toute personne physique ou morale tunisienne ou étrangère (les modes de financement de ce centre sont fixés dans les articles 8 et 9 de la loi n° 92-19).

5.8.1.5.2 Informatisation au sein des hôpitaux

L'informatisation des procédures de gestion dans les EPS est consacrée aux fonctions suivantes :

- la gestion du personnel,
- la gestion des approvisionnements et des stocks,
- la gestion du dossier administratif du malade,

- la saisie des données sur les interventions subies par le malade : les médicaments, les analyses de laboratoire et de radiologie et des actes médicaux et chirurgicaux,
- la facturation des prestations, et
- la comptabilité générale et le contrôle financier.

Toutefois cette implantation est séquentielle. Dans un premier temps, le système à mettre en place dans les hôpitaux est la gestion du dossier administratif du malade qui permettra à long terme l'informatisation du dossier médical. Ce système permettra l'unification du dossier administratif et médical du patient par l'adoption d'un numéro de dossier médical unique à chaque malade. Cet identifiant unique est attribué autant pour les consultations externes que pour les hospitalisations et le dossier demeure toujours unique dans la banque de données. A noter également que même le dossier physique du malade (dossier papier) devra obligatoirement comporter l'identifiant unique. Ainsi, l'adaptation d'un dossier centralisé permettra au gestionnaire de mieux identifier la clientèle et aux malades de bénéficier d'un suivi plus rigoureux. Enfin, ce système aidera à réduire les coûts en évitant de refaire les examens par méconnaissance du contenu du dossier médical (exemple, radiologie).

5.8.2 Amélioration de la qualité des services

5.8.2.1 Aménagement des locaux administratifs et d'accueil des malades

L'aménagement des locaux administratifs et d'accueil des patients concerne l'ensemble des locaux, mobiliers, équipements et fournitures nécessaires à la bonne marche des nouveaux services administratifs qui sont d'une importance fondamentale pour l'application de la réforme. Le projet prévoit l'aménagement d'environ 14 500 m² existants en fonction des spécifications envisagées et l'ajout aux locaux existants de 8 600 m² environ [MSP 1993].

5.8.2.2 Renouvellement des équipements médicaux

Nombre d'hôpitaux souffraient de graves « déficits » en matériel médical, en particulier de diagnostic, ce qui se traduit par des longs délais d'attente, de longues durées de séjour et finalement des coûts très élevés. Néanmoins cette situation n'est pas nouvelle, elle est

l'aboutissement du retard accumulé en matière de renouvellement et de renforcement du parc d'équipements hospitaliers. Pour cela le gouvernement a signé un accord entre le Ministère de la Santé Publique et les caisses d'assurance sociale (la CNSS et la CNRPS) pour la mise en place d'un vaste programme de renforcement technologique des hôpitaux du secteur public. Quant au projet de réforme, celui-ci fournira du matériel médical pour améliorer les capacités diagnostiques et thérapeutiques et la qualité des services médicaux [La Presse 1993e].

En outre, de manière générale, la stratégie gouvernementale au sujet de l'investissement en équipements médicaux a été résumée par le Ministre de la Santé Publique tunisien comme suit : « Les investissements dans le domaine de la santé doivent avoir pour facteur déterminant la satisfaction des besoins les plus répondus de la population mais aussi la nécessité de disposer de structures qui restent au diapason de l'évolution des techniques médicales avancées. Le défi est "de réussir les dosages" » [Mhenni 1993:12]. Par conséquent la carte sanitaire, conçue comme un cadre fixant les moyens humains et matériels disponibles au niveau du secteur de la santé, sera considérée comme un document de référence lors de la programmation de nouveaux projets de construction des établissements hospitaliers et sanitaires et l'acquisition des équipements modernes par les différents intervenants en matière de santé. Ainsi la création d'un conseil supérieur des équipements lourds et les commissions techniques départementales constitue une action qui va permettre de rationaliser les choix technologiques, de tirer meilleur profit des équipements disponibles et de réussir l'introduction de technologies innovantes [La Presse 1993e].

5.8.2.3 Renforcement des unités de maintenance hospitalière

La création d'un service de maintenance permettra la réduction des temps d'arrêt et des coûts de réparation avec un personnel formé et doté des outils de gestion nécessaires [MSP 1991].

5.8.2.4 Amélioration des conditions d'hébergement et d'hygiène hospitalière

La réforme de la gestion hospitalière a envisagé dans le cadre de son objectif d'amélioration des conditions d'hébergement et de séjour, de fournir des services de qualité, continus et accessibles. Aussi, la création d'un service « hôtellerie » permettra l'amélioration des conditions de séjour et d'hygiène générale (literie, cuisine, signalisations, etc.).

En outre, le projet de réforme a fixé pour cette composante le plan d'action suivant :

- le renouvellement des deux tiers du parc de literie et petits mobiliers, l'amélioration de la distribution des repas et le renouvellement prioritaire des équipements de cuisine et de buanderie;
- des travaux prioritaires de réfection des réseaux électriques et d'assainissement, de chauffage et de climatisation.

Enfin, il y a lieu d'ajouter que vu l'importance des conditions d'hébergement des malades et de l'hygiène hospitalière dans l'image de marque de l'hôpital public, la circulaire n° 92-22 du 22 octobre 1992 a été consacré à l'accueil, à l'orientation et à la prise en charge du citoyen dans les hôpitaux tunisiens ainsi qu'à l'amélioration de l'environnement hospitalier.

5.8.2.5 Protection de l'environnement hospitalier

Les besoins des 22 EPS en matière de traitement des déchets médicaux et de protection contre les risques d'incendies seront évalués dans le cadre d'une étude financée par le projet de réforme.

5.8.3 Les stratégies sectorielles

5.8.3.1 Le plan stratégique sanitaire

A côté des autres composantes de la réforme de la gestion hospitalière, on relève l'élaboration d'un plan stratégique sanitaire par la Ministère de la Santé Publique qui fixera

les moyens de restructuration et de développement du secteur hospitalier et de la politique de santé en Tunisie pour les dix prochaines années. Le plan stratégique sanitaire est divisé en quatre parties distinctes :

- L'état des lieux concernant la situation démographique, socio-économique, épidémiologique ainsi que l'offre des soins.
- L'analyse des performances et des défaillances du système de santé au niveau de l'infrastructure publique et privée, des ressources humaines, des équipements et de la maintenance, des ressources financières et de la couverture du risque maladie.
- Les orientations stratégiques jusqu'à au moins l'an 2006. A noter que cette troisième partie a été jugée la plus importante dans la mesure où elle définira les principales actions à entreprendre en matière de formation et de répartition du personnel de la santé publique, de l'infrastructure et des technologies, du médicament, de la recherche, de l'information, de la communication, de l'éducation et de l'environnement, du fonctionnement des institutions sanitaires et du mode de financement de l'ensemble du système. Il s'agit également de définir le rôle de chaque intervenant et particulièrement l'Etat ainsi que les autres secteurs fournisseurs de soins [MSP 1994].
- Le suivi et l'évaluation du plan stratégique. Il s'agit de traduire le plan en programmes quantifiés et limités par des échéances annualisées et régionalisées et identifier pour chaque programme les indicateurs d'évaluation qui lui seront appliqués [MSP 1994].

5.8.3.2 Les plans directeurs hospitaliers

L'élaboration des plans directeurs hospitaliers est fixée pour les 9 plus anciens et plus grands hôpitaux parmi les établissements cités plus haut. L'élaboration d'un plan directeur comprend cinq étapes successives, à savoir :

- analyse de l'existant,
- projet organisationnel,

- projet médical,
- programme de travaux de l'établissement, et
- un schéma directeur.

5.8.4 Définition d'un cadre de réforme des mécanismes de financement

D'importantes mesures concrètes ont été prises par le gouvernement tunisien en ce qui concerne les modalités de partage des charges financières, telles que :

- dans le but d'augmenter la contribution des ménages au financement du secteur public de santé, les tarifs des consultations et des hospitalisations dans les établissements hospitaliers et sanitaires relevant du Ministère de la Santé Publique ont été révisés par arrêté conjoint des Ministres de l'Economie et des Finances et de la Santé Publique du 13 décembre 1990. Cette révision a permis de doubler les tarifs susmentionnés à partir du 1^{er} novembre 1991 par rapport à ceux en vigueur en 1990. L'augmentation s'est faite en deux temps : le 1^{er} novembre 1990 et le 1^{er} novembre 1991 (voir annexe 4: Tarifs des consultations et des hospitalisations);
- la contribution aux frais de soins et d'hospitalisation des bénéficiaires de la gratuité partielle des soins (tickets modérateurs payables par les assurés et les indigents de type II) a été relevée de 50 % en janvier 1991 (voir annexe 3);
- le Ministère de la Santé Publique et les caisses d'assurance sociale (la CNSS et la CNRPS) se sont entendus sur la mise en place d'un vaste programme de renforcement technologique des hôpitaux du secteur public financé sur 5 ans (1991 à 1995) par la CNSS et la CNRPS à hauteur de 50 millions de dinars (environ 50 millions de dollars US) [La Presse 1993e].

L'objectif gouvernemental en matière de révision des modalités de partage des charges financières est de parvenir à un partage plus équitable entre les différents régimes institutionnels et donc entre les différents segments de la population. Pour atteindre cet objectif, la stratégie poursuivie est d'utiliser les mécanismes déjà existants en Tunisie mais

en les rationalisant et en les mettant à jour. Ces mécanismes sont l'assurance-maladie publique obligatoire, le ticket modérateur pour responsabiliser les assurés et prévenir une demande injustifiée (tant du point de vue quantitatif que qualitatif) et enfin l'intervention du gouvernement tant pour organiser que pour réguler le système en assurant son équilibre financier. Ce rôle de régulateur est aujourd'hui essentiel dans la mesure où le fonctionnement, souvent critiqué, de l'assurance-maladie s'allie aux caractéristiques professionnelles et économiques de la population tunisienne pour imposer une intervention financière massive de l'Etat [Azak 1994]. Ainsi l'atteinte des objectifs généraux en matière de partage des charges financières dépend, au delà de la volonté gouvernementale, de sa capacité à négocier ces transformations avec les partenaires sociaux et essentiellement les employeurs et les employés.

Toutefois, il faut préciser que ces négociations auront lieu lorsque le gouvernement disposera des informations nécessaires que les réformes introduites devraient aider à rassembler. En effet, le projet de la réforme hospitalière finance actuellement trois études :

1. Etude et évaluation des régimes d'assurance médicale gratuite.
2. Etude et évaluation de l'assurance-maladie dans les systèmes de sécurité et de prévoyance sociale.
3. Etude visant l'élaboration d'une méthodologie et la préparation d'une stratégie pour améliorer la répartition des charges financières entre les différentes sources de financement des hôpitaux.

5.8.4.1 Réévaluation des critères d'admissibilité et des prestations fournies dans le cadre des programmes d'assistance médicale gratuite type I et type II

Le gouvernement tunisien est convaincu de la nécessité de revoir les programmes actuels afin de mieux les cibler sur les véritables nécessiteux. Le projet de réforme contribuera à ce réexamen en finançant une étude qui poursuivra les objectifs ci-après :

- revoir les systèmes actuels « AMG type I et type II » en recensant la population qui constitue ces deux catégories ainsi que sa situation économique et sa localisation géographique.
- dégager les options de réforme des systèmes actuels permettant de :
 - ⇒ Mieux cibler les soins gratuits sur les couches de la population nécessiteuse. Seront étudiés en particulier les changements à apporter aux critères d'admissibilité à ces prestations et le coût de maintien de cette catégorie, et
 - ⇒ Réduire au minimum l'AMG type II en explorant essentiellement deux options : soit relever sensiblement le coût de la carte annuelle et améliorer le recouvrement du ticket modérateur, soit obliger la majeure partie de cette catégorie de la population à adhérer aux régimes d'assurance sociale par le versement d'un montant forfaitaire calculé sur la base des ressources estimées (salaire minimum par exemple) [Krifa 1993].

5.8.4.2 Elaboration d'une méthodologie et préparation d'une stratégie pour améliorer la répartition des charges financières entre les différentes sources de financement

La plupart des services dispensés par le secteur public aux bénéficiaires des régimes d'assurance sociale sont les services hospitaliers, les consultations externes étant fournies, pour la grande majorité, par les polycliniques de la CNSS et par le secteur privé.

L'une des options étudiées pour rompre avec le système actuel de l'allocation forfaitaire annuelle du Ministère de la Santé Publique est de s'acheminer progressivement vers un

système de contribution directement lié au coût réel et au niveau d'utilisation des services offerts. Ainsi, dès qu'un hôpital serait en mesure de fournir les informations standardisées sur l'utilisation et les coûts de ses services, la part du montant forfaitaire qui lui est attribuable serait déduite et remplacée, dans l'allocation de l'exercice suivant, par le montant calculé à partir de l'utilisation et du coût réel. Etant donné que la connaissance des coûts réels est liée à la mise en place des systèmes d'information de gestion dans les hôpitaux, l'augmentation attendue des contributions financières des caisses d'assurance sociale devrait être progressive [Azak 1994].

Sur la base des premiers résultats attendus de mise en oeuvre de cette étude, le Ministère de la Santé Publique mettra au point une méthode pour l'établissement de nouvelles conditions financières avec les caisses d'assurances sociales.

5.8.4.3 Evaluation des composantes assurance-maladie des actuels systèmes d'assurances sociale et des systèmes complémentaires

Vu le système de prise en charge du risque maladie en Tunisie, il est difficile d'estimer le montant des contributions des employeurs et des employés au titre de l'assurance-maladie et ce pour deux raisons :

- les contributions aux diverses composantes des caisses d'assurance sociale (santé, accident, pension) ne sont pas formellement séparées, et
- les ménages, tout comme les employeurs, contribuent non seulement aux principaux systèmes d'assurances sociales (CNSS et CNRPS) mais également, à titre volontaire, à une myriade de systèmes d'assurances complémentaires (assurance-groupe, mutuelles). Conçues au début comme un complément aux régimes d'assurance sociale, celle-ci se sont considérablement développées entraînant couverture et prestations multiples et gaspillage des ressources [Azak 1994].

Par conséquent, le gouvernement tunisien s'est engagé à réexaminer les prestations d'assurance-maladie fournies par les divers régimes qu'ils soient obligatoires ou

volontaires. Le projet de réforme de la gestion hospitalière y contribuera grâce à une étude dont les objectifs sont les suivants :

- évaluer la couverture et les prestations des régimes actuels d'assurance sociale -- la CNSS et la CNRPS-- ainsi que les autres régimes de prestations santé et accidents du travail liés à l'exercice d'un emploi. L'étude précisera les taux d'affiliation actuels ainsi que le montant des contributions et l'utilisation qui en est faite,
- recueillir des renseignements et évaluer les divers régimes complémentaires, tels que les assurances groupe et les mutuelles, déterminer les sources de financement, le montant des ressources générées et l'utilisation qui en est faite, et
- préciser les options de réforme qui permettraient d'accroître les taux d'affiliation aux régimes d'assurance sociale et de limiter au maximum voire éviter les couvertures multiples [MSP 1992].

En outre, une attention particulière sera portée aux modalités d'application de la loi n° 86-86 du 1er septembre 1986 organisant les régimes de prestations sociales pour le secteur public et le secteur privé et au rôle dévolu des régimes complémentaires. Enfin il faut préciser que ces trois études seront réalisées par l'unité de coordination du projet de réforme avec l'appui d'une assistance technique.

5.9 Les moyens de mise en oeuvre de la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie

5.9.1 Les moyens institutionnels de mise en oeuvre du projet de soutien à la réforme hospitalière

La mise en oeuvre de la réforme hospitalière, engagée par le Ministère de la Santé Publique, est réalisée par différents organes qui sont chargés de l'exécution des différentes composantes du projet.

5.9.1.1 Le Comité de Gestion de la Réforme Hospitalière (CGRH)

Sous la présidence du Ministre de la Santé Publique, le comité de gestion de la réforme hospitalière est chargé de la coordination des différentes activités du projet et notamment du suivi et, de la mise en oeuvre de la réforme aussi bien que de l'exécution du projet. Ce comité est composé des directeurs des principales directions centrales du Ministère de la Santé Publique directement concernés par la réforme et des représentants des départements du Plan et des Finances.

Les attributions, la composition et la fréquence des réunions du comité de gestion de la réforme hospitalière ont été fixées par arrêté du Ministre de la Santé Publique du 12 décembre 1991. Le CGRH se réunit au moins deux fois par an sur l'initiative du Ministre de la Santé Publique ou en cas de besoin sur la demande d'un de ses membres pour assurer la cohérence de toutes les réformes et les activités du projet et en particulier :

- discuter le programme annuel d'exécution envisagé,
- proposer les ajustements et les modifications du calendrier qui s'imposent, et
- faire le point et analyser les progrès accomplis.

5.9.1.2 L'Unité de Coordination du Projet (UCP)

L'unité de coordination du projet de réforme est établie pour être maintenue pendant la durée du projet. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire avec des profils adaptés aux différentes composantes du projet, notamment des gestionnaires, un expert comptable et un architecte avec à sa tête un coordonnateur à plein temps.

Parmi les responsabilités de l'UCP on cite :

- Agir pour le compte du CGRH en servant d'entité de gestion de toutes les activités du projet et proposer pour approbation par le CGRH un programme annuel d'exécution. L'UCP établit l'ordre du jour des réunions du CGRH et la documentation correspondante;

- Agir pour le compte du Ministère de la Santé Publique, en assurant la préparation des stratégies sectorielles (plan stratégique de développement hospitalier à moyen terme, étude sur les modalités de partage des charges financières, etc.) et en informant le CGRH des conclusions et des recommandations de ces études et suivre leur exécution;
- Coordonner l'exécution des composantes du projet, suivre et évaluer la progression des indicateurs de performance, identifier les actions correctives à engager en cas de besoin et mener à bien les activités centralisées (tenir les comptes du projet, passation des marchés, etc.). En particulier l'UCP fournit l'assistance technique nécessaire aux directeurs généraux des hôpitaux responsables de la mise en oeuvre du projet au sein de leur établissement; et
- Assurer la liaison avec la Banque Mondiale (prêteur).

Le projet ainsi décrit a été subdivisé hôpital par hôpital de telle sorte que des activités propres à chaque établissement soient identifiées et programmées sur toute la période d'exécution du projet. Une fois nommé, le directeur général reçoit de l'UCP « un dossier de projet » propre à son établissement définissant l'envergure et les objectifs du projet, les actions à mener, leurs calendriers prévisionnels et leurs coûts estimatifs [MSP 1992].

5.9.1.3 Le centre informatique du Ministère de la Santé Publique

Traité plus haut - paragraphe 5.8.1.5.1.-.

5.10 Financement du projet (un dinar tunisien = un dollar US)

Le coût global du projet de réforme de la gestion hospitalière en Tunisie a été arrêté à 42,1 millions de dinars dont 16,6 millions de dinars financés localement et le reste soit 25,5 millions de dinars financés par la Banque mondiale au moyen d'un prêt remboursable sur 17 ans (prêt n° 3308-TUN signé le 22 mai 1991 et ratifié par la loi n° 91-73 du 2-08-1991).

Le financement des différentes composantes du projet est effectué conformément au tableau 4-8 ci-dessous.

TABEAU 4-8 : LES PARTICIPATIONS DE LA TUNISIE ET DE LA BIRD DANS LE FINANCEMENT DES DIFFERENTES COMPOSANTES DU PROJET (EN 1000 DINARS)

Composante du projet	Coût		
	TUNISIE	BIRD	TOTAL
• <i>Gestion financière</i>			
- Développement des manuels	5 (10 %)	45 (90 %)	50
- Formation du personnel	274 (11 %)	2 260 (89 %)	2 534
• <i>Système informatique</i>	849 (140 %)	5 172 (86 %)	6 021
• <i>Locaux administratifs et d'accueil des malades</i>			
- Honoraires d'architectes	389 (63 %)	22 (37 %)	614
- Travaux : aménagements, rénovation	4 323 (63 %)	2 504 (37 %)	6 827
• <i>Gestion du projet</i>			
- Formulation stratégique hospitalière	129 (86 %)	21 (14 %)	150
- Plans directeurs	388 (86 %)	62 (14 %)	450
- Etudes des régimes d'indigence	52 (87 %)	8 (13 %)	60
- Mise en oeuvre, suivi et évaluation	216 (86 %)	34 (14 %)	250
• <i>Amélioration de la qualité des services</i>			
- Renouvellement des équipements techniques	2 379 (28 %)	6 118 (72 %)	8 497
- Renforcement maintenance	336 (28 %)	864 (72 %)	1 200
• <i>Amélioration de l'hébergement</i>			
- Equipements	2 403 (50 %)	2 423 (50 %)	4 826
- Installations	2 322 (50 %)	2 341 (50 %)	4 663
TOTAL	14 065 (39 %)	22 077 (61 %)	36 142
• <i>Aléas et imprévus</i>			
- Imprévus	966	1 034	2 000
- Aléas	1 536	2 464	4 000
TOTAL	1 6567 (39 %)	25 575 (61 %)	42 142

Source: Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière 1991.

6. Conclusion

La loi tunisienne relative à l'organisation sanitaire a permis de déclencher une réforme hospitalière en 1991 ayant comme objectifs :

1. L'amélioration de la qualité des prestations de soins, la rationalisation des modes de gestion et l'optimisation des coûts.

2. L'élaboration, la mise en oeuvre et le développement d'un système d'évaluation des activités et des coûts hospitaliers.

La réforme permettra par ailleurs au gouvernement tunisien de tracer les orientations générales quant au financement du secteur public de santé et à la répartition des charges entre les différentes catégories de bénéficiaires.

La réalisation de ces objectifs est passée impérativement par la transformation de la structure institutionnelle et organisationnelle de 20 établissements hospitaliers dans le cadre du projet d'appui à la réforme hospitalière.

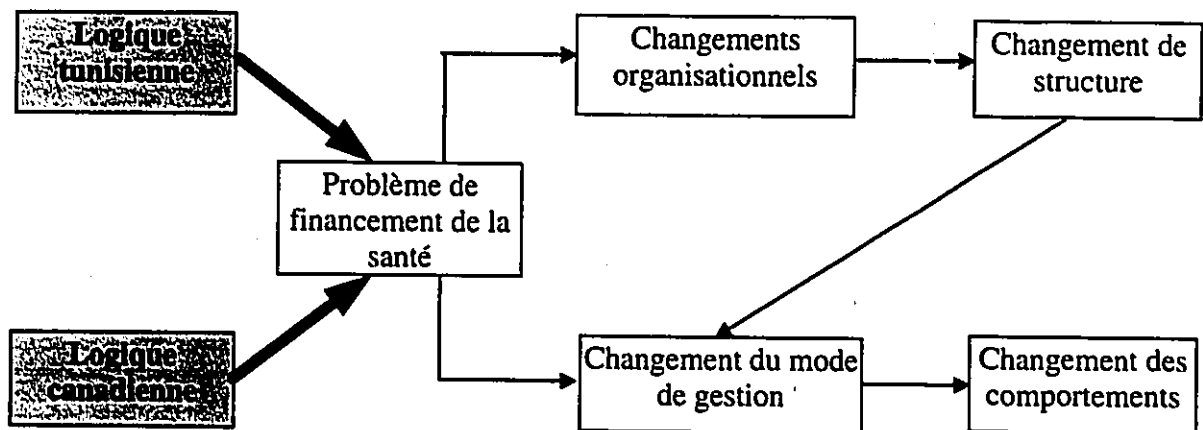
A la lumière des études des expériences grecque et canadienne, on peut dire que la réforme tunisienne suit une logique semblable à celle de la réforme canadienne. En effet, comme le montre le tableau 4-9 ci dessous, le fondement de la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie est le problème de financement de la santé. La logique stratégique étant des changements organisationnels dans les 20 centres hospitalo-universitaires, suivis de changement dans la structure juridique en attribuant à ces établissements le statut d'Etablissement Public de Santé, le tout dans un objectif à moyen terme de changer la gestion, les comportements et les mentalités dans ces établissements à long terme (voir graphique 4-6).

TABLEAU 4-9 : CAUSES, FORMES ET LEVIERS CLES DES REFORMES TUNISIENNE, CANADIENNE ET GRECQUE

	Causes	Formes	Levier clé
Réforme tunisienne	Problème de financement de la santé	Changements organisationnels	Changement de structure
Réforme grecque	Inégalité dans la disponibilité des soins	Plus grande équité dans la disponibilité des fournisseurs de soins	Augmentation des effectifs médicaux
Réforme canadienne	Problème de financement de la santé	Changement du mode de gestion	Changement des comportements

Quant à la logique canadienne elle est déjà au stade du changement dans les comportements où on peut évaluer aisément l'impact des 3 E sur l'établissement hospitalier canadien. Cependant il faut mentionner que la réforme tunisienne n'est pas entièrement mise en place puisqu'environ trois ans et quelques mois après la transformation des premiers EPS et seulement une année qui nous sépare de la création des 5 derniers, donc il est trop tôt pour parler d'une évaluation de la réforme, mais on dirait plutôt une évaluation du progrès de la réforme tunisienne. Toutefois, l'évaluation selon les critères d'efficacité, d'efficience et d'économie serait possible.

GRAPHIQUE 4-6 : LOGIQUES DES REFORMES TUNISIENNES ET CANADIENNES



Enfin, dans le cas de la Grèce, cette dernière évaluation n'est pas possible puisque ces trois critères ne sont pas pris en compte dans la logique de la réforme grecque. Celle-ci, partant d'une réorganisation de la disponibilité des services de soins a créé un levier négatif, celui de la croissance rapide du nombre des médecins. Les problèmes de financement, de la qualité des soins, de l'inefficacité de gestion et de la croissance des coûts sont encore présents dans les hôpitaux publics grecs et aucune réforme ne leur était consacrée.

BIBLIOGRAPHIE

- Achouri H. [1992] : « Un système d'information pour une gestion efficace de la santé ». *La Presse de Tunisie* du 23 janvier; pp.5.
- Aleya H. [1989] : *L'économie tunisienne : réalités et voies pour l'avenir*. Editions 1989. Tunis.
- Allani F. [1995] : « 1995- Santé Publique : Deux nouveaux statuts évolués ». *La Presse de Tunisie Weekend* du 31 décembre; n° 429; pp. 12.
- Azak Z. [1994] : « Le financement de la santé : trois catégories sociales, trois modes de paiement ». *Le Temps de Tunisie* du 14 décembre; pp. 3.
- Azak Z. [1995] : « Réforme hospitalière : Pour un meilleur rapport qualité-coût ». *Le Temps de Tunisie* du 11 janvier; pp. 3.
- Ben Achour I. [1985] : *Droit administratif*. Centre de recherche de la faculté des sciences économiques et de gestion de Tunis.
- Ben Turkia M. [1992a] : « En marge de la réforme hospitalière : Des hôpitaux malades de gestion ». *La Presse de Tunisie* du 2 novembre; pp.4.
- Ben Turkia M. [1992b] : *Le management hospitalier en Tunisie : Diagnostic et remèdes*. Centre de recherche et d'études administratives de l'école Nationale d'Administration de Tunis.
- Bergaoui F. [1992] : « La réforme en débat : Plaidoyer pour une médecine publique de qualité ». *La Presse de Tunisie* du 30 janvier; pp. 5.
- Chaabane M. [1994] : *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé*. Document de travail, Tunis.
- Dammak A. [1995] : « Pour une plus grande maîtrise des dépenses relatives à la santé ». *La Presse de Tunisie (Supplément économie)* du 22 novembre; pp. 1.
- Dhaoui R. [1995] : « Santé : Quelle formation paramédicale en Tunisie ? ». *Le Temps de Tunisie* du 4 mars; pp. 2.
- Essoussi H. [1992] : « Pour la santé des tunisiens : 16 Programmes nationaux ». *Le Renouveau de Tunisie* du 15 novembre; pp. 7.

- Ghannouchi S. [1994] : « Entretien avec le Ministre de la Santé Publique : Pour une plus grande cohérence du système de santé ». *Le Renouveau de Tunisie* du 24 septembre; pp. 8-9.
- Gharbi T. 1992 : « Les politiques de santé en Afrique : Défis et perspectives ». *La Presse de Tunisie* du 14 septembre, pp. 5.
- Guezguez M. [1993] : *La mesure des performances par les indicateurs en milieu hospitalier*. Mémoire de maîtrise en gestion hospitalière; ESC.
- Hlaoui N. [1995] : « Réforme Hospitalière : Ce qui va changer ». *Tunis-Hebdo de Tunisie* du 24 avril; pp. 2.
- Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire 1994 : *Rapport d'activité*. Tunis.
- Krifa A. [1993] : *Les fondements et les objectifs de la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie*. Notes de cours; ESC Tunis.
- Krifa A. [1992] : « La réforme de la gestion hospitalière en Tunisie ». *Le Temps de Tunisie* du 25 janvier; pp. 5.
- La Presse [1992 a] : « Réforme de la gestion hospitalière : L'hôpital se prend en charge ». *La Presse de Tunisie* du 24 janvier; pp. 3
- La Presse [1992 b] : « Santé Publique : Les hôpitaux s'humanisent ». *La Presse de Tunisie* du 9 novembre; pp. 4.
- La Presse [1993 a] : « Pour un accueil plus chaleureux et une meilleure prise en charge du malade ». *La Presse de Tunisie* du 29 septembre; pp. 5.
- La Presse [1993 b] : « Colloque sur les recettes hospitalières : efficacité et efficience des deniers publics ». *La Presse de Tunisie* du 26 octobre; pp. 7.
- La Presse [1993 c] : « Santé - Investissement : Quelles priorités pour le Maghreb ? ». *La Presse de Tunisie* du 10 novembre; pp. 5.
- La Presse [1993 d] : « Santé : Vers l'élaboration d'un programme stratégique à long terme ». *La Presse de Tunisie* du 10 décembre; pp. 7.
- La Presse [1993 e] : « Financement des équipements dans les hôpitaux : Accord Santé Publique - Caisses Sociales ». *La Presse de Tunisie* du 14 septembre; pp. 4.

- La Presse [1994] : « Services d'urgence : Une des priorités de l'année en cours ». *La Presse de Tunisie* du 05 février; pp. 3.
- La Presse [1995 a] : « Etablissements Publics de Santé : accéder à l'autogestion ». *La Presse de Tunisie* du 22 juin; pp. 5.
- La Presse [1995 b] : « Rapport annuel de l'OMS - Programme `Santé pour tous` : La Tunisie dans le peloton de tête ». *La Presse de Tunisie* du 23 mai; pp. 5.
- La Presse [1995 c] : « Soins hospitaliers : Nette amélioration qualitative des prestations ». *La Presse de Tunisie* du 11 août; pp. 2.
- La Presse [1995 d] : « Un comité d'experts pour parachever la réforme hospitalière ». *La Presse de Tunisie* du 09 septembre; pp. 1.
- *La Tunisie Médicale* [1994] : « Les principaux indicateurs du secteur de la santé dans le monde »; V72; n3; avril. Tunis.
- Le Renouveau [1994] : « Santé : Infrastructure, équipements et prestations en 1994 : Performances ». *Le Renouveau de Tunisie* du 13 novembre; pp. 8.
- Le Temps [1993] : « Santé Publique : Majoration des tarifs minimum ». *Le Temps de Tunisie* du 12 décembre; pp. 2.
- Mehdi M. [1992] : *Le partage du pouvoir et des responsabilités en milieu hospitalier*. Mémoire de maîtrise en gestion hospitalière; ESC.
- Mejri A. [1992] : « Santé publique - La réforme en débat - : Pour une vraie mutation de la santé publique ». *La Presse de Tunisie* du 5 mars; pp. 2.
- MSP [1987] : 1956-1986 : *trente ans au service de la santé, un engagement, une éthique*. INSP; MSP; pp. 18-22 et 68-70.
- MSP, Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière [1991] : *Manuel des politiques et des procédures des EPS*. Tunis.
- MSP : Ministère de la Santé Publique [1992]: *Situation du secteur de la santé*.
- MSP Direction des études et de la planification [1994] : *Le secteur de la santé en chiffres*. Décembre; Tunis.
- Nouira N. 1990 : *Gestion et devenir de l'hôpital public à travers le rapport médecins et administrateurs*. Mémoire de troisième cycle Gestion; Institut Supérieur de Gestion de Tunis.

- Subra H. [1985] : « L'hôpital public tunisien ». *Servir : Revue tunisienne du service public*; n35; I-1985, publications de l'ENA; Tunis; pp. 39-55.
- Yatouji K. [1992] : « Gestionnaire hospitalier : Quel profil demain ? ». *Le Temps de Tunisie* du 16 novembre; pp. 4 et 23.
- Zaeïm M. [1995] : « Le financement de la santé : situation et perspectives ». *La Presse de Tunisie (Supplément économie)* du 22 novembre; pp. 1.
- Zarrouk F. [1985] : « L'hôpital public tunisien pour une meilleure gestion ». *Servir : Revue tunisienne du service public*; n35; I-1985, publications de l'ENA; Tunis; pp. 37-38.
- Zribi O. [1991] : *Analyse des processus de décision et proposition pour un système d'information dans les établissements hospitaliers tunisiens*. Thèse pour l'obtention du titre de docteur de l'université de Rennes I en sciences de gestion.

SEMINAIRES

- **Thème 1** : *Cinquième journée de la santé publique organisée par la Direction Régionale de la Santé Publique de Bizerte*. Remel Bizerte le 19 juin 1995.
- **Thème 2** : *La stratégie gouvernementale en matière de santé publique*. Rassemblement constitutionnel démocratique (RCD); Congrès de la Persévérance; Tunis 29-30-31 juillet 1993.
- **Thème 3** : *Investir dans la santé : Quelles priorités pour le Maghreb ?*. Tunis 8-12 novembre 1993.

Les interventions de :

- Mhenni H. [1993] (Ministre de la Santé publique) : *Investir dans la santé en Tunisie*; pp. 1-13.
- Kaddar M. [1993] (Economiste) : *Financement et dynamique des systèmes de santé au Maghreb*.

- Achouri H. [1993] (Directeur de la réforme) : *Les régimes du risque maladie dans le système de santé tunisien.*
- Thème 4 : *La réforme de la gestion hospitalière : Cas de l'Institut Salah Azaeiz.* Ecole Supérieure de Commerce de Tunis le 15-04-1994. Intervention de Youssef N. (Directeur de L'Institut).

***EVALUATION DES PROJETS DE REFORME DE LA
GESTION HOSPITALIERE***

1. Introduction

Les différentes réformes présentées succinctement dans les chapitres précédents montrent bien l'importance accordée par les différents pays à l'amélioration des programmes de santé et du bien-être pour développer de nouveaux programmes capables de répondre aux besoins de la majorité de la population.

Pour bien comprendre le projet de réforme de la gestion hospitalière en Tunisie, en l'absence d'une littérature ou d'études récentes sur l'évaluation des réformes de gestion dans les hôpitaux, on a pensé d'aborder le problème par la prise en compte d'une batterie d'indicateurs qui vont nous permettre de juger l'apport de cette réforme.

2. Le concept d'évaluation

Veney et Kaluzny [1991:64] définissent l'évaluation comme étant : « La collecte et l'analyse de l'information par différentes méthodes stratégiques afin de déterminer la pertinence, le progrès, l'efficience, l'efficacité et l'impact des activités du programme.»

L'Association américaine de santé publique définit, de son côté, l'évaluation, dans son dictionnaire des termes administratifs utilisés dans la santé publique, comme étant : « Le processus de détermination de la valeur ou du degré du succès dans l'atteinte des objectifs prédéterminés. Elle inclut à la limite les étapes suivantes : formulation des objectifs; identification des critères propres à utiliser dans la mesure du succès; détermination et explication du degré du succès; et recommandations pour d'autres activités du programme » [La société des comptables en management du Canada 1994].

Enfin, Baker [1980] propose une méthode qui semble être la plus appropriée à notre cas. C'est l'évaluation de la gestion des établissements publics à travers la mesure des « trois E », à savoir, efficacité, économie et efficience qu'il définit comme suit :

- **Efficacité.** C'est le fait de se fixer sur la fourniture des produits les plus appropriés. Une opération est efficace quand elle produit des biens ou des services qui servent de façon optimale aux objectifs de l'organisation.
- **Economie.** C'est le fait de se fixer sur l'acquisition et l'utilisation des ressources appropriés au plus bas coût avec une attention nécessaire à la qualité.
- **Efficience.** L'efficience d'une opération est déterminée en répondant à la question suivante : comment la transformation d'inputs en outputs est-elle menée à bonne fin? Plus le ratio input/output est élevé, plus l'opération devient efficiente.

3. Utilité de l'évaluation

Dans une grande partie des pays du tiers monde, le rapport entre les dépenses sanitaires et le revenu national oscille autour de 2 % alors que dans les pays les plus riches ce taux monte à 12 %.

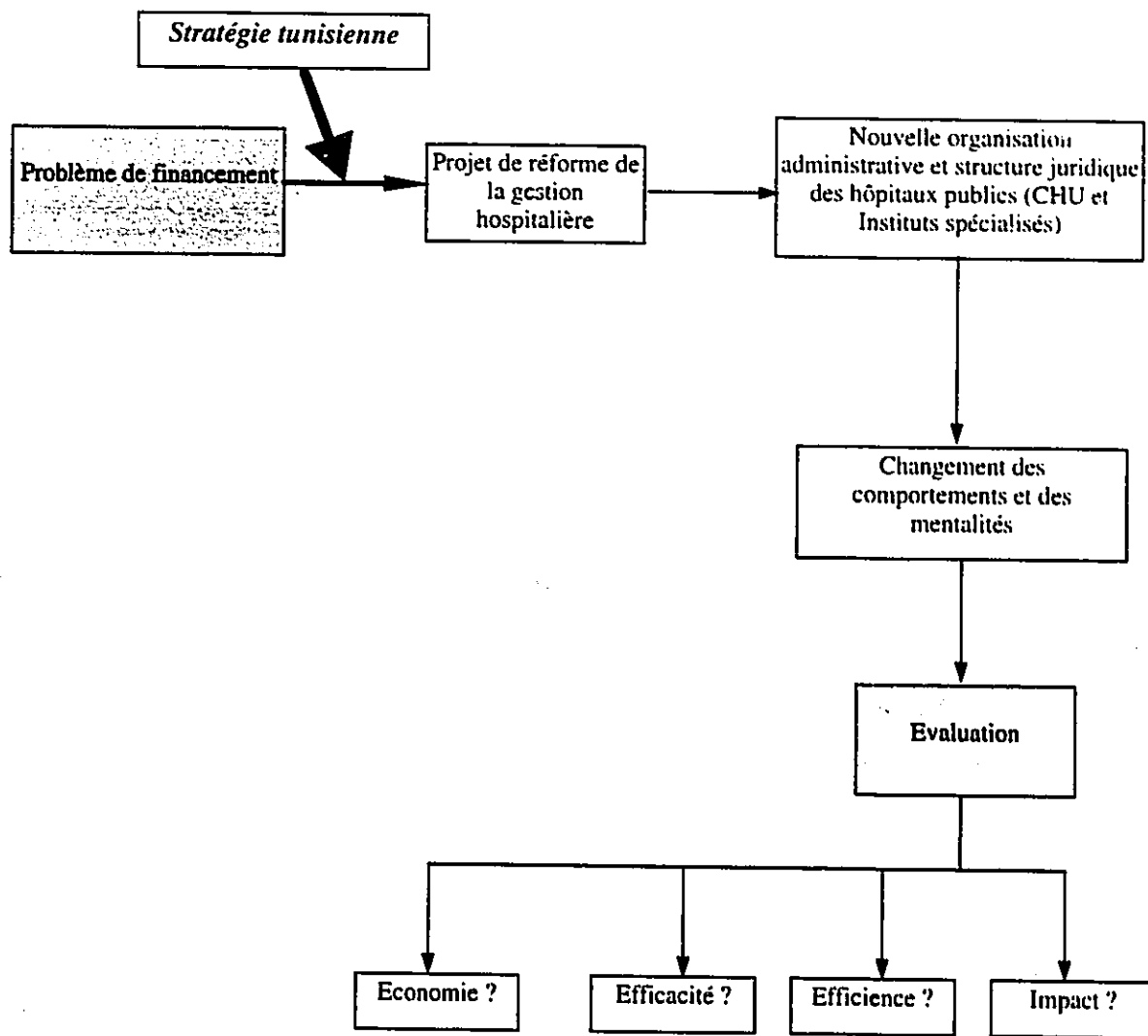
A notre époque, une des questions majeures posées est la maîtrise des dépenses de santé. C'est en réalité un défi lancé à toutes les sociétés pour minimiser les coûts tout en essayant de conserver, sinon d'améliorer la qualité des services offerts. Partant de cette problématique de financement, l'hôpital, de par ses articulations dans le système de santé, se trouve au centre des discussions et des coupures budgétaires. En effet, les gouvernements imposent à l'hôpital un contrôle sévère de ses coûts pour essayer de les minimiser. Ainsi, au sein de l'hôpital, le problème devient celui d'arriver à concilier la qualité des soins et les restrictions budgétaires, ce qui, à priori, paraît un dilemme presque impossible. La solution était alors de restructurer ou encore de réformer la gestion dans les hôpitaux.

Dans le cas des trois pays étudiés précédemment, il ressort que les stratégies gouvernementales en ce qui concerne les hôpitaux publics reposent sur une problématique fondamentale, celle du financement de la santé en général et des hôpitaux en particulier. Le but de la stratégie canadienne est de promouvoir les critères d'efficacité, d'économie et d'efficience dans les hôpitaux publics canadiens afin de changer les comportements des administrateurs et des patients. A noter que ces trois critères sont déjà pris en considération au niveau du gouvernement fédéral canadien dans l'objectif d'améliorer la productivité du secteur public. Cette étape a été caractérisée par Baker, en 1980, comme étant l'émergence du mouvement des « trois E ».

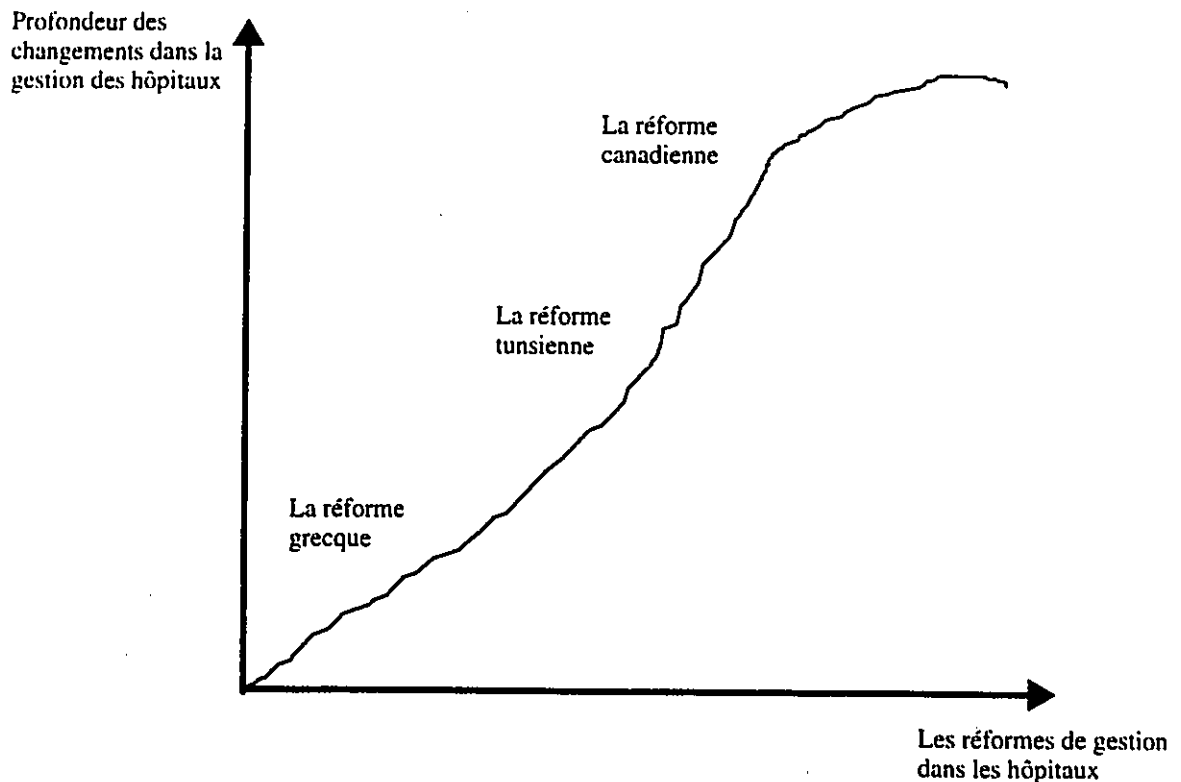
Se basant sur ces trois critères on va essayer de proposer une grille d'évaluation du progrès de la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie conformément à la logique stratégique de cette dernière (voir graphique 5-1).

Concernant le cas de la Grèce, la notion des 3 E est inapplicable vu qu'il n'y a pas eu une réforme dans la gestion des hôpitaux grecs pour réduire les coûts et assurer l'efficacité et l'efficience de gestion (voir graphique 5-2).

GRAPHIQUE 5-1 : FONDAMENT ET EVALUATION DE LA REFORME DE GESTION DANS LES HOPITAUX TUNISIENS



GRAPHIQUE 5-2 : CLASSIFICATION DES REFORMES CANADIENNE, GRECQUE ET TUNISIENNE
SELON LA PROFONDEUR DES CHANGEMENTS DANS LA GESTION DES HOPITAUX



En somme, ce type d'évaluation va essayer de chercher des réponses à un certain nombre de questions dont les plus importantes sont :

- Le projet de réforme de la gestion hospitalière converge-t-il vers les objectifs qui lui ont été fixés ?
- Est-ce que les fournisseurs du projet (Etat, organisme de financement, etc.) sont satisfaits des effets de la nouvelle gestion dans l'hôpital ?

- Est ce que les bénéficiaires du projet (hôpitaux, patients, etc.) de réforme sont satisfaits des effets de la nouvelle gestion dans l'hôpital ?
- Est ce que les résultats financiers et sanitaires de l'hôpital montrent qu'il y a eu une amélioration dans les « trois E » (efficacité, économie et efficience) par rapport à la situation antérieure?

4. Méthode d'évaluation : choix des critères d'évaluation

Cherchant à travers les réformes hospitalières à changer à la fois le comportement des citoyens envers les services de santé et les pratiques médicales et gestionnaires dans les établissements hospitaliers, le processus d'évaluation d'une réforme de ce genre veut fondamentalement répondre à la question : est ce que les nouvelles pratiques de gestion dans l'hôpital sont plus économiques, plus efficaces et plus efficientes ?

Au Canada, plusieurs organismes gouvernementaux, des dirigeants exécutifs et des conseillers ont mené des recherches pour trouver la meilleure méthode d'évaluation de la gestion dans l'hôpital. Ils ont reconnu que, dans la théorie et dans la pratique, les dirigeants et les analystes utilisent plusieurs méthodes pour évaluer l'efficacité dans les hôpitaux. Mais, selon eux, aucun modèle n'a été qualifié de parfaitement satisfaisant. Il s'agit donc, de développer, suivant les cas, une méthode ou une stratégie d'évaluation spécifique tenant compte des données disponibles et du degré de coopération des directeurs des hôpitaux et des gestionnaires en général au processus d'évaluation.

Dans notre cas, notre approche était de nous inspirer de la stratégie développée par la Fondation canadienne pour la vérification intégrée - FCVI - En collaboration avec Coopers et Lybrand et utilisée pour évaluer l'efficacité de l'hôpital Queen Elizabeth (région métropolitaine de Toronto) en 1992. La méthode consiste à synthétiser le concept d'efficacité de la gestion dans l'hôpital dans une structure comprenant neuf attributs ou critères et essayer dans chacun de ces derniers de répondre à un certain nombre d'interrogations (voir tableau 5-1).

TABLEAU 5-1 : STRATEGIE DE LA FONDATION CANADIENNE POUR LA VERIFICATION INTEGREE

Critères	Questions	Sources de renseignement
Style de management dans l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> • Est ce que chacun dans l'hôpital comprend ce qu'il fait ? 	Corps administratif Corps médical
Degré d'atteinte des résultats voulus	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est ce qui a réussi ? • Qu'est ce qui a échoué ? • Comment les objectifs actuels présentent-ils des défis ? 	Corps administratif
Acceptation par les patients	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que ceux qui utilisent les services de soins hospitaliers les trouvent plus satisfaisants ? • Est-ce qu'ils respectent les nouvelles pratiques et y coopèrent ? 	Corps médical Patients
Impacts secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les effets inattendus, positifs ou négatifs, qui ont apparu avec la réforme ? 	Corps administratif Corps médical
Coût et productivité	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les outputs de l'hôpital sont en croissance alors que les coûts sont en diminution ? 	Corps administratifs (gestionnaires)
Réactions dell'organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Comment l'établissement hospitalier anticipe et s'adapte aux changements dans son environnement ? 	Corps administratif Corps médical

<p>Résultats financiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment est-ce que les revenus se comparent par rapport aux coûts ? 	<p>Corps administratif</p>
<p>Climat de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les employés de l'hôpital sont engagés dans le processus de réforme ? • Est-ce qu'ils manifestent une initiative ? • Est-ce que le climat de travail est sain ? • Est-ce que les employés ont des occasions de perfectionnement ? 	<p>Corps administratif Corps médical</p>
<p>Contrôle et diffusion de l'information</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que chacun dans l'hôpital dispose de l'information qu'il doit avoir ? • Est-ce qu'il utilise cette information ? 	<p>Corps administratif Corps médical</p>

4.1 Style de management dans l'hôpital

On cherche à savoir si cet établissement a des objectifs, des plans, des buts pour les différents services, et des arrangements organisationnels compréhensibles. Autrement dit, voir si chacun des acteurs dans l'hôpital comprend ce qu'on demande de lui. Plus précisément, dans cet attribut, il s'agit de soulever la capacité des dirigeants de l'hôpital à répondre aux questions suivantes :

- On est dans l'hôpital pour quoi faire ?
- Quel est notre objectif ?
- Comment on planifie notre activité ?

- Est-ce qu'on connaît nos activités actuelles et les différents services ?
- Comment est-on organisé, qui doit faire quoi ?
- Est-ce que les clients de l'hôpital connaissent et comprennent toutes ces questions ?

4.2 Degré d'atteinte des résultats voulus

Ce critère est relié à l'étendue dans laquelle les buts et les objectifs ont été réalisés. En somme, il s'agit de voir qu'est-ce qui a réussi et qu'est-ce qui a échoué ?

4.3 Acceptation par les patients

Qu'est-ce que, les consommateurs ou les clients de l'hôpital pensent des nouvelles pratiques de gestion ou du projet ? Comment répondent-ils à cela ? Autrement dit, est-ce que ceux qui utilisent les services de soins hospitaliers les trouvent plus satisfaisants ? Est-ce qu'ils respectent les nouvelles pratiques et y coopèrent ?

4.4 Impacts secondaires

Quel est le degré d'importance des conséquences significatives, inattendues, qui sont apparus avec le projet de réforme ? Cependant, il faut souligner que les impacts secondaires peuvent être positifs ou négatifs (les comportements sociaux, climat de travail, etc.)

4.5 Coût et productivité

C'est l'exploration des relations entre les coûts, les inputs et les outputs. Ce qui revient à poser les questions suivantes :

- Est-ce que les outputs de l'hôpital sont en croissance alors que les coûts sont en diminution ?
- Comment peut-on comparer les ratios de coût et de performance avec les autres hôpitaux similaires ?

4.6 Réactions de l'organisation

Comment l'établissement hospitalier anticipe-t-il les changements dans son environnement et s'y adapte-t-il ? Par exemple, comment une organisation détecte-t-elle les changements des besoins de ses clients ou du marché des produits ou des services, ou des fonds disponibles ou à la technologie et réagit-t-elle à ces changements ?

4.7 Résultats financiers

C'est l'utilisation de la comptabilité et des rapports de la performance financière pour étudier l'efficacité de gestion. Au fait, c'est l'utilisation des états financiers pour lier les revenus avec les coûts.

4.8 Climat de travail

Le climat social interne de l'organisation hospitalière est une autre composante de l'efficacité.

- Est-ce que les employés de l'hôpital sont engagés dans le processus du changement ou de la réforme ?
- Est-ce qu'ils font preuve d'initiative ?
- Est-ce que le climat de travail est sain ?
- Est-ce que les employés ont des occasions de perfectionnement ?

D'autres facteurs peuvent être utilisés pour décrire l'environnement de travail tels que les attitudes des employés, la rotation des employés, etc.

4.9 Contrôle et diffusion de l'information

Est-ce que les éléments clés se rattachant à la performance et à la force de l'entreprise sont identifiés, reportés et minutieusement contrôlés ? Autrement dit :

- Est-ce que chaque acteur dans l'hôpital dispose de l'information nécessaire ?

- Est-ce que les processus sont en place pour fournir de l'information concernant les activités clés et les indicateurs de performance ?
- Comment cette information est-elle utilisée pour contrôler la performance ?

5. Choix des instruments d'évaluation : les indicateurs de performance dans l'hôpital

A ce niveau, une fois les critères ou les attributs fixés, ces derniers vont permettre la mesure des performances de l'établissement hospitalier à travers des indicateurs.

Toutefois, pour choisir ces indicateurs il y a lieu de se poser les questions suivantes :

- Comment choisir les indicateurs de performance de l'établissement et quels critères retenir?
- De quels indicateurs a-t-on besoin, à quelles fins et pour quels acteurs hospitaliers ?

5.1 Critères de choix des indicateurs

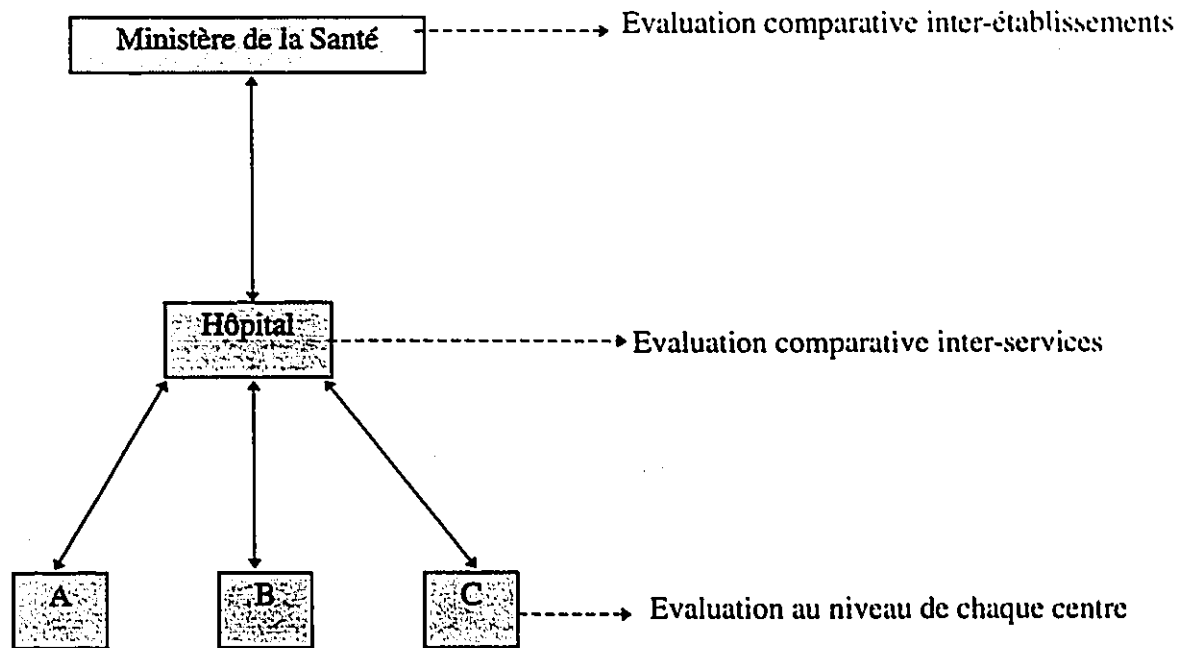
On dénombre cinq critères essentiels [Ben Turkia 1991b:206] :

- **Simplicité** : plus l'indicateur est simple, plus il est compréhensible.
- **Fraîcheur** : plus l'indicateur date, plus les possibilités d'actions correctives paraissent limitées et plus il perd de l'intérêt.
- **Caractère « diététique »** : si des indicateurs en nombre suffisant risquent de ne pas susciter l'intérêt du responsable, trop d'indicateurs peuvent au contraire être facteur « d'indigestion ».
- **Représentativité** pour un centre d'activité donné.

- Utilité de l'indicateur.

5.2 Délimitation du champ de l'évaluation

Le circuit d'information dans le secteur hospitalier se présente comme suit :



GRAPHIQUE 5-3 : TYPES D'EVALUATION

Ainsi, à chaque niveau de ce circuit d'information des indicateurs sont mesurés pour évaluer les performances de gestion. Il s'agit donc de bien définir l'étendue et le champ de l'évaluation : s'agit-il d'une évaluation comparative entre les établissements réformés, ou d'une évaluation comparative entre les services d'un même hôpital ou encore d'une évaluation au niveau de chaque service dans un même établissement hospitalier ?

5.3 Classification des indicateurs

On propose de classifier les indicateurs comme suit :

- Indicateurs d'activité

Nombre d'admissions

Journées d'hospitalisation

Durée moyenne de séjour, etc.

- Indicateurs financiers

Ecarts réalisations-budget

Evolution des recettes

Evolution des impayés , etc.

- Indicateurs des ressources humaines

Effectif médical et paramédical

Effectif formé

Nombre d'heures d'absentéisme

Taux de départs, etc.

- Indicateurs de coûts

Coût d'une journée d'hospitalisation

Coût salarial., etc.

- Indicateurs de qualité

Accueil des malades

Taux de renouvellement du matériel

Nombre de panneaux de signalisation, etc.

6. Analyse et interprétation des indicateurs

Grâce aux indicateurs de performance cités plus haut, l'étape de l'analyse permet de transformer les données et les informations brutes collectées lors de l'étape précédente en des indicateurs vérifiables par rapport aux objectifs fixés.

D'après Selby [1978] l'analyse des données doit donner lieu à un changement dans un seul groupe entre deux périodes de temps, ou à une différence entre deux groupes généralement dans la même période de temps. La collecte des données constitue donc une preuve de changement ou une preuve de différence entre deux périodes de temps. Le changement peut être démontré par la comparaison des données actuelles avec les données historiques. Ces dernières sont, généralement, collectées dans la période de définition du projet de réforme; elles seront ensuite non seulement une base pour l'évaluation mais aussi une manière de définir le problème lui-même. L'analyse du changement de ces indicateurs à travers le temps ou entre deux périodes de temps permet de montrer l'importance du projet. Quant à la différence, elle est démontrée par la comparaison de deux ensembles de données ou plus, collectées à partir de deux groupes ou plus. D'ailleurs, la littérature des méthodes statistiques traite essentiellement de la collecte et l'analyse des données pour montrer les différences.

En somme, le choix des indicateurs pour chacun des critères d'efficacité et leur comparaison dans le temps et dans l'espace nous permettent de répondre aux interrogations de chacun des critères (voir graphique 5-4).

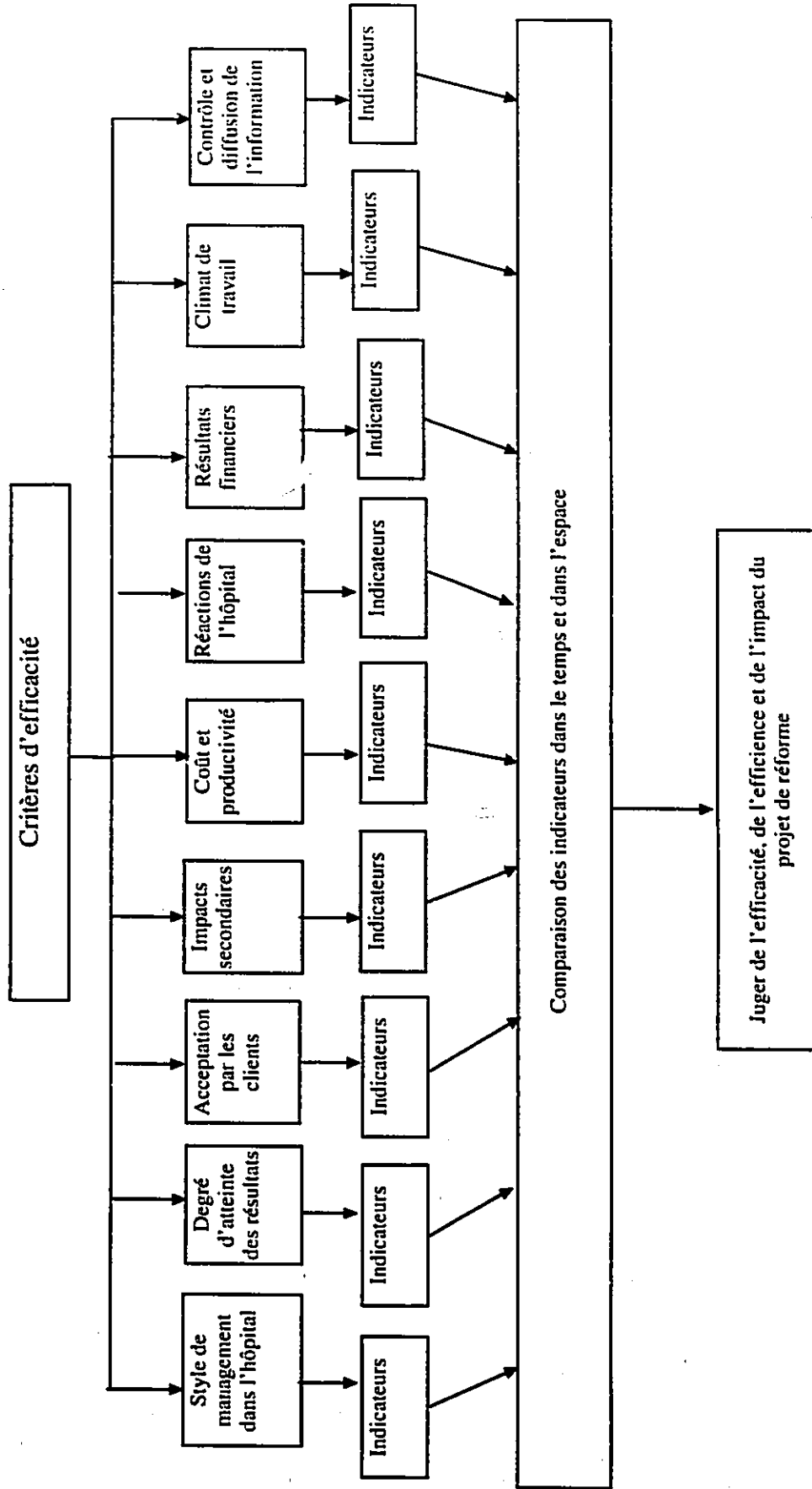
7. Conclusion

Partant d'une problématique fondamentale qui est celle du fardeau du financement des services de santé qui pèse sur les gouvernements, des réformes de gestion dans les établissements hospitaliers ont été mises en oeuvre dans plusieurs pays pour changer les pratiques de gestion hospitalière afin d'atteindre l'efficacité, l'efficacités et l'économie dans

l'hôpital. L'objectif général étant essentiellement de changer les habitudes et les comportements.

Dans ce chapitre, on a proposé une méthode d'évaluation d'une réforme de gestion hospitalière. Pour dégager l'apport ou encore l'efficacité d'une telle réforme, on s'est fixé neuf critères d'efficacité et on a attribué à chacun d'eux un certain nombre d'indicateurs. La comparaison de ces indicateurs dans le temps (avant et après la mise en place des nouvelles procédures de gestion) et dans l'espace (entre les différents établissements réformés), nous permet de nous prononcer sur l'efficacité de la réforme, en l'occurrence la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie, qui fera l'objet du chapitre suivant.

GRAPHIQUE 5-4 : PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA GESTION DE L'HÔPITAL.



BIBLIOGRAPHIE

- Baker W. [1980] : « The "Triple E" Movement and Productivity in Canada's Federal Public Service ». *Revue Optimum*. Volume 11, n°3, pp. 5-20.
- Ben Turkia M. [1991a] : « Indicateurs de gestion hospitalière et tableaux de bord ». *Revue IDEES*. N°33. Tunis .
- Ben Turkia M. [1991b] : *Le management hospitalier en Tunisie : Diagnostic et remèdes*. Centre de recherche et d'études administratives de l'Ecole Nationale d'Administration de Tunis.
- La société des comptables en management du Canada [1994] : *The Canadian Health Care Sector*. Management accounting practices handbook. Industry perspectives series, Ontario, Canada.
- *Publication du gouvernement du Québec : Evaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire* [1995]; Ministère de la santé et des Services Sociaux; Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Etudes et analyses, pp. 3.
- Selby M. [1978] : *Program Management : Evaluation and Project Monitoring*. Health Policy Analysis and Accountability Network inc.
- Veney J. et Kaluzny A. [1991] : *Evaluation and decision making for health services*. Health Administration Press. Second edition. Ann Arbor, Michigan .

***EXAMEN DE L'ETAT D'AVANCEMENT DE LA
REFORME DE LA GESTION HOSPITALIERE EN TUNISIE***

1. Introduction

Dans le but d'examiner de plus près la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie, démarrée depuis le 1^{er} janvier 1991 transformant jusqu'à aujourd'hui 20 centres hospitalo-universitaires en Etablissements Publics de Santé (EPS), trois types de questionnaires ont été adressés au corps administratif, au corps médical et aux patients dans quatre établissements.

1.1 Formulation des questionnaires

Les trois types de questionnaires comprenaient essentiellement des questions ouvertes et des questions à échelle. L'objectif à travers le choix de ce genres de questions est de recueillir le maximum d'informations et de commentaires sur ce processus de réforme. En somme, il s'agissait de faire parler les administrateurs, les médecins et les patients en donnant leur avis sur les changements apportés par la nouvelle organisation juridique et administrative dans leurs établissements respectifs (voir annexe 5 : Les questionnaires).

L'ordre des questions suivait les étapes de mise en place de la réforme. Ainsi, le questionnaire adressé au corps administratif était composé de 25 questions divisées en 6 parties comme suit :

1. Présentation de l'hôpital : Question 1 → Question 3.
2. La transition EPA → EPS : Question 5 → Question 12.
3. Faits de transformation : Question 13 → Question 18.
4. Succès / échec : Question 19.

5. Impact: secondaires : Question 20.
6. Etat d'avancement du processus : Question 21 → Question 25.

En ce qui concerne le questionnaire adressé au corps médical, il comprenait 22 questions divisées en 6 parties, où on retrouvait, à côté de la présentation du médecin, les 5 dernières parties citées ci-dessus. Dans un but de comparaison, la majorité des questions adressées aux médecins ont été déjà adressées aux cadres administratifs (voir tableaux 6-1 et 6-2).

Enfin, le questionnaire adressé au patient était plus court et comprenait 8 questions axées surtout sur l'évaluation de la qualité des services et des soins dans les établissements. Egalement dans ce cas les questions qui ont été adressées aux médecins et aux cadres administratifs couvrant cette composante ont été reposées aux patients.

TABLEAU 6-1 : RESULTATS DES REPNSES DU CORPS ADMINISTRATIF PAR ETABLISSEMENT

Numéro de la question	Hôpital Sahloul	Institut Salah Azaïez	Institut de Nutrition	Hôpital Habib Thameur	Moyenne des hôpitaux
Q 4	6.0	3.75	8.8	7.75	6.0
Q 5	5.0	7.5	8.0	7.75	7.0
Q 6	6.5	7.5	8.2	6.75	7.0
Q 7	6.5	8.0	8.8	8.25	8.0
Q 8	5.75	7.0	7.8	5.5	6.0
	1.5	0.25	7.4	4.0	3.0
Q 9	6.75	9.75	8.4	7.75	8.0
	3.25	5.25	7.6	4.75	5.0
Q 10	3.75	6.25	7.0	5.25	6.0
Q 11	8.5	4.75	7.0	4.5	6.0
Q 12	6.5	8.5	8.0	7.5	8.0
Q 13	9.5	9.25	8.4	6.0	8.0
Q 14	7.25	5.75	9.2	8.5	8.0
Q 15	5.0	3.5	8.8	9.0	7.0
Q 16	6.0	6.25	6.4	5.33	6.0
Q 17	7.0	7.25	7.8	7.0	7.0
Q 18	6.5	6.25	7.8	8.0	7.0
	4.0	2.25	7.4	7.25	5.0
	3.75	6.75	6.8	7.0	6.0
Q 19	6.75	7.75	8.6	8.0	8.0
Q 22	8.25	7.75	8.4	7.5	8.0
	5.5	7.5	8.2	6.0	7.0
Q 23 (Somme des réponses)	14.0	9.0	17.0	16.0	56.0
	18.0	7.0	14.0	12.0	51.0
	14.0	4.0	14.0	5.0	37.0
	14.0	5.0	10.0	14.0	43.0
	22.0	6.0	20.0	22.0	70.0
	38.0	18.0	13.0	13.0	42.0
	7: Insuffisance du budget: le Mode de financement	7: Motivation du personnel	4: Motivation du personnel	7: Motivation du personnel	18: Motivation du personnel: 7: Insuffisance du budget: le Mode de financement
Q 25	6.75	5.75	7.8	8.25	7.0
	5.5	7.25	8.6	8.5	8.0
	7.5	6.25	7.8	8.5	7.0

Questions reprises au corps médical

TABLEAU 6-2 : RESULTATS DES REPONSES DU CORPS MEDICAL PAR ETABLISSEMENT

Numéro de la question	Hôpital Sahloul	Institut Salah Azaeiz	Institut de Nutrition	Hôpital Habib Thameur	Moyenne des hôpitaux
Q 5	0,0	0,66	0,0	1,33	1,0
Q 6	4,0	0,0	5,0	0,66	2,0
Q 7	1,33	3,66	1,66	6,66	3,0
Q 8	3,0	5,0	3,33	7,33	5,0
Q 10	7,33	7,33	6,0	6,66	7,0
Q 11	5,0	4,66	7,33	5,66	6,0
Q 12	7,33	7,33	7,0	7,33	7,0
Q 13	7,33	6,66	6,66	7,66	7,0
Q 14	6,66	4,66	5,33	6,0	6,0
	4,66	3,0	4,66	5,66	5,0
	6,66	5,33	6,33	6,33	6,0
Q 15	6,0	5,66	6,0	6,33	6,0
Q 18	3,66	5,33	4,0	6,66	5,0
	2,66	4,33	5,66	4,33	4,0
Q 19	12,0	9,0	12,0	0,0	33,0
	14,0	14,0	12,0	3,0	43,0
	8,0	13,0	9,0	0,0	18,0
	9,0	6,0	9,0	2,0	26,0
	9,0	11,0	15,0	0,0	35,0
	10,0	10,0	4,0	2,0	26,0
	2: Insuffisance du financement	7: Entente entre les médecins	7: Meilleure prise en charge du malade	3: Manque de moyens informatiques	
Q 21	3,66	3,66	2,66	7,66	4,0
	7,0	4,66	7,0	8,0	7,0
	5,66	7,0	5,33	7,33	6,0

TABLEAU 6-3 : RESULTATS DES REPONSES DES PATIENTS PAR ETABLISSEMENT

Numéro de la question	Hôpital Sahloul	Institut Salah Azaeiz	Institut de Nutrition	Hôpital Habib Thameur	Moyenne des hôpitaux
Q 6	7,2	6,2	6,6	4,0	6,0
	8,3	7,6	7,9	8,8	8,0
	5,3	4,2	2,1	3,6	4,0
	8,4	7,6	9,0	8,7	8,0
	8,0	7,0	7,1	9,1	8,0
	8,8	8,7	4,9	10,0	8,0



Questions posées aux corps médical et administratif

1.2 Choix des établissements

Sur les 20 EPS existants aujourd'hui, notre choix s'est fixé sur 2 hôpitaux et 2 institutions :

- Hôpital Habib Thameur

⇒ Transformé en EPS le 1^{er} janvier 1994

⇒ Capacité : 250 lits.

⇒ Architecture : Monobloc

- Hôpital Sahloul à Sousse (centre de la Tunisie à 180 km de la capitale)

⇒ Transformé en EPS le 1^{er} janvier 1992 par la loi n° 91-91 du 16 novembre 1991.

⇒ Capacité : 509 lits.

⇒ Architecture : monobloc

- Institut Salah Azaeiz de cancérologie à Tunis

⇒ Transformé en EPS le 1^{er} janvier 1993 par la loi n° 92-56 du 9 juin 1992.

⇒ Capacité : 192 lits.

⇒ Architecture : monobloc.

- Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire à Tunis

⇒ Transformé en EPS le 1^{er} janvier 1993 par la loi n° 92-56 du 9 juin 1992.

⇒ Capacité : 75 lits.

⇒ Architecture : Monobloc.

1.3 Période de l'étude

L'étude s'est effectuée en Tunisie entre le 18 décembre 1995 et le 10 janvier 1996.

1.4 Choix des répondants

Notre échantillon était constitué au total de 17 cadres administratifs, de 12 médecins et de 40 patients répartis comme le montre le tableau 6-4.

TABLEAU 6-4 : NOMBRE DE PERSONNES INTERROGÉES PAR ÉTABLISSEMENT

	Hôpital Habib Thameur	Hôpital Sahloul	Institut Salah Azaeiz	Institut de nutrition	Total
Cadres administratifs	4	4	4	5	17
Médecins	3	3	3	3	12
Patients	10	10	10	10	40
Total	17	17	17	18	69

Dans chaque hôpital, on a toujours procédé par interviewer le directeur général de l'établissement, ensuite les cadres administratifs, les médecins et enfin les patients.

Nous avons essayé de diversifier notre échantillon de façon à avoir en même temps des réponses des médecins qui ont coopéré avec le processus de réforme et des médecins qui étaient à l'encontre de ses objectifs. En moyenne, c'était des entretiens qui ont duré plus de deux heures, surtout à l'hôpital Sahloul à Sousse. Quant aux patients, notre choix s'est fixé essentiellement sur les personnes hospitalisées et moins sur les personnes en consultation externe, mais surtout sur ceux qui avaient déjà visité l'hôpital ou l'institution avant la réforme, dans le but de permettre aux répondants d'évaluer les changements. Enfin, il y a lieu de préciser que le questionnaire adressé aux patients a été traduit en arabe car la majorité ne parlaient pas français.

1.5 Méthode de dépouillement des questionnaires

Une fois tous les questionnaires rassemblés, le dépouillement a été fait établissement par établissement (voir annexe 6 : Résultats des dépouillements des questionnaires). Pour chaque établissement et pour chaque question, on prenait la moyenne arithmétique simple des réponses. Ensuite on a calculé la moyenne de ces résultats dans les quatre

établissements comme le montrent les tableaux 6-1, 6-2 et 6-3. Des arrondissements au centième inférieur ont été effectués au résultat final.

A noter enfin que dans les paragraphes qui suivent on s'est basé sur trois sources d'informations :

- Les résultats des questionnaires adressés aux corps administratif et médical et aux patients qu'on retrouve aussi bien dans l'évaluation des progrès de la réforme que dans les témoignages des acteurs et dans l'étude de l'impact.
- Les données recueillies auprès de la direction du projet de réforme de la gestion hospitalière au Ministère de la Santé Publique tunisien. Ces données ont été utilisées dans la partie relative à l'évaluation des progrès de la réforme afin d'avoir une vue d'ensemble sur les 20 Etablissements Publics de Santé transformés et y placer notre échantillon. Notre but était également de comparer les informations recueillies auprès du Ministère de la santé Publique sur l'état d'avancement de cette réforme avec celles données par les personnes interrogées dans les 4 EPS. C'est avec des entretiens avec le directeur du projet de la réforme hospitalière tunisien et avec certains cadres de l'unité de coordination du projet qu'on a pu rassembler un certain nombre de données sur les 20 EPS (voir annexe 7 : Statistiques sur les EPS).

- La Presse tunisienne. Plusieurs journalistes ont suivi la naissance, la mise en place et l'état d'avancement de la réforme de la gestion dans les hôpitaux publics tunisiens. On a essayé de couvrir la majorité des journaux et des revues d'actualité tunisiens qui ont traité dans leur articles de ce sujet, et ce depuis 1992 à nos jours. La collecte de ces articles nous a été possible grâce au Centre de Recherche Pédagogique de l'Ecole Nationale d'Administration de Tunis et l'information trouvée a été utilisée essentiellement dans l'évaluation des progrès de la réforme. Les articles traités ont été trouvés dans des journaux tunisiens en français (La Presse, Le Temps, Le Renouveau, Tunis-Hebdo, etc.) et dans des journaux tunisiens en arabe (Essabah, El Hourria, Echchourouk, El Raï El Am, etc. -- un échantillon de ces articles se trouve en annexe 8-).

2. Processus de réforme

Se mettant à la place du patient ayant déjà visité l'hôpital avant sa transformation en EPS, on va essayer de dégager dans cette partie les modifications apportées à son processus d'admission ou d'hospitalisation grâce à la nouvelle réforme.

2.1 La qualité des services offerts

2.1.1 Aménagement des locaux administratifs et d'accueil des malades

D'après les cadres administratifs interviewés, les aménagements des locaux administratifs et d'accueil des malades ont été achevés dans l'hôpital Sahloul, l'Institut Salah Azaeïz et l'Institut National de Nutrition, mais à l'hôpital Habib Thameur les travaux sont encore en cours. Toutefois, du point de vue des médecins, les aménagements des locaux d'accueil des malades sont considérés encore insuffisants puisque les salles communes existent toujours; c'est ce qui explique le score 3 sur 10 attribués à l'état d'avancement de cette composante tout en étant convaincu que l'aménagement des locaux administratifs est déjà suffisant.

Parmi les changements remarquables par les patients dans ces 4 EPS, la création d'un bureau d'orientation et de renseignement à l'intention du public (décision du Ministère de la Santé Publique en 1992). Ce bureau est implanté à l'entrée de chaque établissement, il est distinct du bureau des entrées et est fonctionnel tous les jours de 7 h à 19 h. Des panneaux généraux

de présentation de l'établissement ont été implantés à l'entrée et des panneaux spécifiques indiquant la position de chaque service. A l'hôpital Sahloul et à l'Institut Salah Azaeiz, des « bandes-guides » de différentes couleurs ont été tracées sur les chaussées pour faciliter l'orientation des personnes. Egalement les circuits de déplacement des voitures ont été organisés à l'intérieur des établissements visités.

Pour ce qui est de la réorganisation des consultations externes, lors de l'inscription, des jetons numérotés sont remis aux visiteurs pour attendre leur tour. Cependant plusieurs patients se plaignent encore de la longueur des files d'attente pour s'enregistrer vu le nombre important de visiteurs. C'est pour cette raison que les responsables des hôpitaux visités oeuvrent pour le renforcement et la généralisation des consultations sur rendez-vous.

Quant à la propreté et à l'hygiène, on a remarqué que tous les patients interrogés sont satisfaits et ont bien apprécié les changements à ce niveau (moyenne de 8 sur une échelle de 10 donnée par les 40 patients interrogés pour cette composante). Dans le cas de l'Institut National de Nutrition, la moyenne donnée à cette composante était faible, 5 sur 10. Ceci peut être expliqué par le fait que le plus grand nombre de patients interrogés dans l'Institut étaient des hospitalisés dans un même service. En outre, les responsables des 4 EPS organisent des campagnes périodiques de propreté en impliquant leurs personnels; résultat : la grande satisfaction des patients. Ainsi, dans le but d'offrir des conditions de séjour toujours meilleures aux malades hospitalisés, ces établissements ont amélioré la literie, la tenue du malade et la nourriture qui lui est servie, les douches ont été généralisées ainsi que le chauffage, l'équipement des salles de jeux et l'équipement des bibliothèques hospitalières.

2.1.2 Renouvellement des équipements médicaux

Le renouvellement des équipements médicaux est une composante qui relève encore du Ministère de la Santé Publique et plus précisément de la direction des équipements. L'évaluation de l'état d'avancement de cette composante dépend de la spécialisation ou de la nature des soins donnés dans chaque hôpital ou institution. Les personnes du corps administratif interrogées placent cette étape en phase de finalisation (score moyen de 8 sur

10 donné par les administrateurs des 4 établissements alors que le directeur de l'Institut Salah Azaeiz a confirmé que près de 6 millions de dinars tunisien -- environ 6 millions de dollars U.S.-- ont été affectés à l'équipement et à l'aménagement). En revanche, les médecins, toujours à l'affût de nouveaux équipements médicaux, jugent l'effort du Ministère de la Santé Publique moyen et, de leur avis cette étape n'est pas encore complétée. La plupart des médecins interrogés ont confirmé qu'ils ont toujours fait des demandes d'achat d'équipement mais le budget du Ministère ne le permet pas encore. Ainsi, on a soulevé essentiellement l'insatisfaction à ce sujet des médecins de l'hôpital Sahloul et de l'Institut National de Nutrition (une moyenne des réponses de 3 sur 10 pour ces deux établissements concernant l'état d'avancement de cette composante).

Toutefois, plusieurs médecins ont souligné qu'avec les équipements disponibles, les compétences médicales tunisiennes sont arrivées à des résultats remarquables sur la qualité des soins. La justification à cela est la limitation du nombre de cas envoyés pour des soins à l'étranger dans les spécialités de chirurgie cardio-vasculaire, d'ophtalmologie et de neurochirurgie. Ce nombre est passé en effet de 1 171 cas envoyés à l'étranger en 1987 à 431 cas envoyés en 1992 [Essabah 1994 : 2 (article en arabe)].

Egalement l'analyse de l'évolution de certains indicateurs permet de montrer une amélioration de la qualité des prestations fournies dans les 4 établissements étudiés et plus généralement dans les 20 EPS transformés jusqu'à aujourd'hui.

2.1.3 Les indicateurs globaux financiers et d'activité

La commission sectorielle d'évaluation des réalisations accomplies au cours des trois premières années de l'actuel plan quinquennal de développement économique et social (1992-1996), a souligné que l'amélioration de la qualité des soins dans les 20 établissements hospitaliers réformés en EPS est due essentiellement à une meilleure exploitation des capacités et des moyens techniques, humains et financiers [Essabah 1994:2 (article en arabe)]. Parmi les points soulevés par cette commission on cite :

- Un accroissement substantiel de l'activité dans les 20 EPS. Entre 1991 et 1994, l'augmentation moyenne des hospitalisations est de 32 % et l'augmentation moyenne des consultations externes et des urgences est de 23 % (données pour les 16 derniers EPS transformés [La Presse 1995c] (pour plus de détails, voir tableaux 1 à 4 en annexe 7). Ces informations ont été confirmées par les administrateurs et les médecins interrogés dans les 4 établissements étudiés (en moyenne ces deux corps ont estimé l'augmentation de l'activité dans ces hôpitaux ou institutions à 70 %).
- Une baisse de la durée moyenne de séjour de 8,7 jours en 1991 à 7,8 jours en 1994 et une diminution du taux d'occupation des lits de 79 % en 1993 à 77 % en 1994 (voir tableaux 5 et 6 en annexe 7).
- Une légère maîtrise des coûts confirmée par les personnes interrogées dans les 4 EPS choisis. Les cadres du corps administratif interrogé ont attribué en moyenne 6 sur une échelle de 10 à l'augmentation des coûts dans leurs établissements, alors que les médecins ont attribué 7 sur 10.
- Une augmentation des recettes propres de 44 % en dinars constants entre 1991 et 1994 pour les 20 premiers EPS (voir le tableau 7 en annexe 7). Pour les 4 EPS étudiés, les cadres administratifs travaillant dans ces établissements ont confirmé ce résultat (ils ont jugé l'augmentation des recettes à 80 % en moyenne -- voir tableau 6-1 --) alors que les médecins ont jugé cette augmentation faible (une moyenne de 60 % donnée à l'augmentation de ces recettes -- voir tableau 6-1 --) en justifiant que les hôpitaux publics tunisiens ne peuvent réaliser des recettes importantes tant que la nomenclature des prix des soins fixée par le Ministère de la Santé Publique ne couvre pas la totalité des soins offerts.
- Une réduction des impayés de 1 % passant de 7 773 000 dinars (environ 7 773 000 dollars US) en 1991 à 7 718 000 dinars (environ 7 718 000 dollars US) en 1994 (pour les 16 premiers EPS). Cette diminution a été jugée faible par les administrateurs de l'hôpital

Sahloul, de l'Institut National de Nutrition et de l'Institut Salah Azaeiz. Pour l'hôpital Habib Thameur, la réduction des impayés était totale (voir tableau 8 en annexe 7).

2.2 Les procédures de gestion

2.2.1 Recrutement du personnel

C'est au niveau de cette composante que des retards ont été enregistrés. La majorité des cadres hospitaliers interviewés dans les 4 établissements de l'échantillon ont positionné l'évolution de cette étape du processus de réforme à environ son milieu. L'analyse des réponses à la question 10 adressée au corps administratif montre qu'en moyenne les besoins des 4 EPS en personnel administratif ont été couverts à 60 % (voir tableau 6-1). Une insuffisance est encore importante à l'hôpital Sahloul. De plus, plusieurs cadres ont souligné l'insuffisance du personnel d'encadrement et d'exécution non seulement dans leurs établissements mais également dans la plupart des EPS établis. Ils ont ajouté que le manque de personnel qualifié est essentiellement la cause des retards dans l'implantation et dans l'évolution des changements souhaités dans le projet de réforme. D'autres personnes attribuent le retard enregistré dans l'état d'avancement de cette composante au statut de la fonction publique (voir tableau 9 en annexe 7).

De par la réglementation en vigueur, le personnel hospitalier demeure soumis au statut de la fonction publique, ce qui a constitué un facteur limitant pour le recrutement des cadres qui disposent d'une expérience avérée dans la gestion des entreprises publiques ou privées. La seule issue ayant pu être identifiée jusqu'à présent est le recours au recrutement d'un personnel contractuel pour occuper des fonctions vitales dans les établissements publics de santé, telles que les fonctions comptables et financières. Toutefois, le recours à cette catégorie de personnel ne peut être que transitoire car il est évident qu'à la première meilleure occasion qui se présentera à ces cadres, ils mettront fin au contrat qui les lie au Ministère de la Santé Publique d'autant plus que les montants des émoluments qui leur sont servis ne sont pas intéressants. De plus, il faut préciser que cette catégorie de personnel constitue plus de 25 % des cadres des EPS.

Outre les difficultés inhérentes au personnel contractuel dans les 20 EPS, des difficultés sont vécues pour détacher ou muter des cadres d'autres départements ou entreprises. En effet, certains départements ne disposent pas d'un nombre suffisant de cadres pour approuver des mutations ou des détachements nombreux au profit de la Santé Publique, sans compter que les cadres eux-mêmes ne les demandent que pour des raisons personnelles (mutation pour rapprochement ou bénéfice d'un emploi fonctionnel) en sachant que leur carrière et leurs émoluments ne subiront aucune modification.

Enfin, il y a lieu de souligner que les cadres recrutés dans les EPS l'ont été en général à des niveaux de qualification inférieurs à ceux initialement retenus. Par conséquent, deux solutions se présentent à l'administration centrale actuellement; la première concerne la modification de la réglementation en vigueur concernant les modalités d'octroi et de rémunération des titulaires d'un emploi fonctionnel (ou de certaines fonctions uniquement) dans les EPS, pour les aligner sur celles des entreprises publiques. Cette solution aura le mérite d'instaurer des incitatifs pécuniaires pour favoriser le recrutement des cadres qualifiés et expérimentés qui exercent actuellement dans les entreprises publiques ou privées. La deuxième solution consiste à recruter directement les diplômés de l'Ecole Supérieure de Commerce de Tunis (spécialité gestion hospitalière) en ayant à l'esprit que c'est leur première expérience et qu'ils doivent être correctement encadrés pendant au moins la première année de travail [Yatouji 1992].

2.2.2 Formation des ressources humaines

Depuis 1992, de nombreuses sessions ainsi qu'un programme de formation comportant même des stages de quelques semaines à l'étranger ont été réservés aux cadres hospitaliers. Les programmes de formation ont été essentiellement axés sur les disciplines suivantes : gestion, informatique et maintenance.

Les résultats de l'analyse des réponses à la question 6 adressée aux corps administratifs a fait ressortir qu'en moyenne les besoins de formation des cadres dans ces 4 établissements ont été satisfaits à 70 % (voir tableau 6-1).

2.2.3 Climat social

Dans les 4 EPS étudiés, les deux blocs médecins et administrateurs ont qualifié favorable le climat social dans leurs établissements respectifs. En moyenne, pour ces deux corps, le chiffre attribué à cette composante sur l'échelle de 10 était 7. A l'hôpital Sahloul par exemple, au niveau de la prise en charge du personnel il y a eu implantation d'une cellule sociale confiée à des assistantes sociales pour assurer le suivi des problèmes pouvant se poser aussi bien aux personnels qu'aux malades. Dans le cas de l'Institut National de Nutrition, plusieurs indicateurs sont utilisés pour évaluer le climat social dans l'institution, tels que le nombre d'agents ayant quitté l'institution et le nombre d'absences du travail (voir tableaux 6-5 et 6-6).

TABLEAU 6-5 : AGENTS AYANT QUITTES L'INSTITUT DE NUTRITION EN 1994

Catégorie du personnel	Nombre	Nature du départ
Administratifs	3	Mutation
Techniciens supérieurs	2	Mutation
Infirmiers	2	Mutation
	1	Permutation
Auxiliaires	1	Mutation
Ouvriers	3	Mutation

Source: Rapport d'activité de l'Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire. Tunis 1994.

TABLEAU 6-6 : ABSENCES DU TRAVAIL

Taux d'absentéisme général	7,8 %
Taux d'absentéisme pour raison de santé	7,3 %
Taux d'absentéisme pour autres raisons	0,5 %

Source: Rapport d'activité de l'Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire. Tunis 1994.

2.2.4 Le manuel de politiques et de procédures

Le manuel de politiques et de procédures n'est pas entièrement mis en place dans les 4 établissements. Les cadres administratifs dans ces EPS ont répondu qu'en moyenne, ce manuel est mis en place dans leurs établissements à 80 %. Cependant, il demeure carrément mal connu par le corps médical. D'après les résultats des réponses au questionnaire adressé à ce dernier (voir tableau 6-2, Q6), les médecins ont répondu qu'ils ne connaissent, en moyenne, que 20 % de ce manuel. De l'autre côté, les administrateurs sont conscients de l'ignorance du corps médical de ce manuel (ils jugent les connaissances des médecins de ce manuel à en moyenne 50 % -- voir tableau 6-1 --).

Rappelons que l'objectif de la réforme de la gestion hospitalière à travers ce manuel est de standardiser le fonctionnement des EPS en vue d'une meilleure planification des activités ainsi que d'une meilleure répartition des ressources. Mais il se trouve que les EPS développent leurs propres politiques et procédures puisque certaines sections du manuel de politiques et de procédures sont encore en finalisation.

2.2.5 L'informatisation

Dans les 4 établissements choisis, des retards sont enregistrés pour l'informatisation des procédures de gestion. Les interviewés, parmi les cadres administratifs, ont jugé la mise en place de cette composante en moyenne à 60 % (voir tableau 6-1; Q8). Dans le cas de l'Institut Salah Azaeiz par exemple, il y a eu jusqu'à aujourd'hui informatisation des postes de travail suivants :

- comptabilité,
- facturation, et
- gestion des malades. Reste encore la pharmacie.

En outre, puisque le niveau actuel de soutien informatique demeure insuffisant, la coordination avec le Centre Informatique du Ministère de la Santé Publique (CIMSP) reste encore incomplète. On rappelle que le CIMSP est appelé à constituer le mécanisme de pilotage au niveau décisionnel très élevé du Ministère de la Santé Publique afin d'assurer

l'uniformité dans l'application des procédures informatisée de gestion ainsi que la discipline dans l'observation des règles régissant l'implantation de l'informatique dans le réseau hospitalier.

2.2.6 Le système d'information de gestion

Il est évident qu'étant donné les retards enregistrés dans la mise en place de certaines composantes du projet de réforme on trouvera des retards également au niveau de l'implantation du système d'information de gestion. L'analyse des réponses à la question 5 (voir tableau 6-1) adressée aux corps administratifs dans les 4 EPS choisis fait ressortir que les administrateurs évaluent l'implantation du système d'information de gestion dans leurs établissements complétée en moyenne à 70 %. A noter que l'objectif de ce système est de disposer à terme de toutes les informations relatives au malade, à la maladie (les causes de morbidité et de mortalité hospitalière) et aux coûts des soins pour chaque malade [Ghannouchi 1994].

3. Témoignages des acteurs

3.1 Les administrateurs

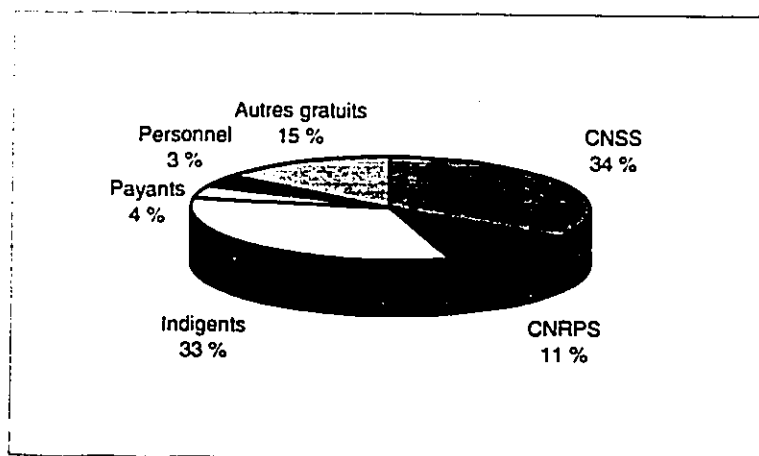
Dans l'ensemble des 4 hôpitaux et instituts visités, on a pu constater que le personnel administratif était satisfait de la nouvelle réforme hospitalière ayant transformé récemment leurs établissements en EPS. Les directeurs généraux de ces établissements sont des personnes jeunes et dynamiques (de l'avis des cadres et des médecins dans ces EPS) ayant, pour la majorité, déjà travaillé au Ministère de la Santé Publique et connaissant parfaitement la situation des hôpitaux publics tunisiens et du secteur de la santé en général. Les cadres, quant à eux, sont de jeunes personnes ayant juste terminé leurs maîtrises en gestion hospitalière et qui ont été directement recrutées de l'Ecole Supérieure de Commerce de Tunis. D'autres, par contre, sont des anciens administrateurs dans l'hôpital depuis qu'il était un établissement public à caractère administratif, ou encore des cadres mutés d'autres établissements.

La structure administrative dans ces 4 établissements est conforme à l'organigramme type préconisé par le projet de réforme pour tous les EPS (voir graphique 4-8) sauf que le nombre de services ou de sous-directions et leur nature varient selon l'importance de l'établissement (voir tableau 6-1, Q3). Ainsi, par exemple, la structure administrative de l'Institut Salah Azaeiz (192 lits) est composée d'une direction générale (chargée également de la gestion du personnel), d'un service financier et comptable, d'un service d'approvisionnement, d'un service de maintenance et d'un service chargé de la gestion administrative des malades. Cependant, à l'hôpital Sahloul (509 lits), l'organisation administrative est plus importante et comprend une direction générale, une direction financière, une sous-direction des ressources humaines, une sous-direction de la gestion des malades, une sous-direction économique et une sous-direction hygiène et soins.

Par la suite, selon l'analyse des réponses à la question 22 (voir tableau 6-1) des cadres administratifs interrogés dans les 4 EPS choisis, il est ressorti un accord avec la nouvelle réforme du personnel administratif travaillant déjà dans l'hôpital avant sa transformation en EPS. Cet accord a été estimé par les cadres administratifs à 80 % en moyenne. A noter que ce consensus a été évalué à 50 % en 1993 lors de notre dernier questionnaire adressé au personnel administratif des 16 premiers EPS [Khedher 1994:108], ce qui montre que le personnel administratif est de plus en plus impliqué et convaincu des objectifs de la réforme.

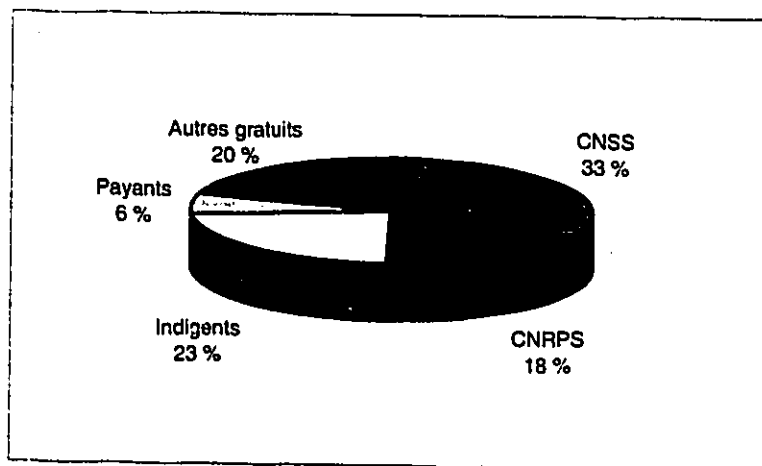
Du côté financier, la majorité des interviewés ont confirmé que les recettes de leurs établissements ont augmenté, mais les épargnes réalisées étaient négligeables devant une augmentation remarquable et très importante du nombre d'admissions (augmentation de 45 % enregistrée à l'Institut Salah Azaeiz selon son directeur général entre 1991 et 1994) puisque la majorité des patients sont des indigents que l'Etat prend entièrement en charge alors que le reste sont des assurés ne payant qu'une proportion de 10 % des coûts des soins. Les payants quant à eux représentent une proportion faible. On propose pour cela de citer la répartition des patients selon leurs régimes de prise en charge admis dans les deux établissements l'Institut Salah Azaeiz et l'Institut National de Nutrition (voir graphiques 5-1, 5-2a et 5-2b).

GRAPHIQUE 6-1 : REGIME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS HOSPITALISES A L'INSTITUT SALAH AZAEIZ EN 1994



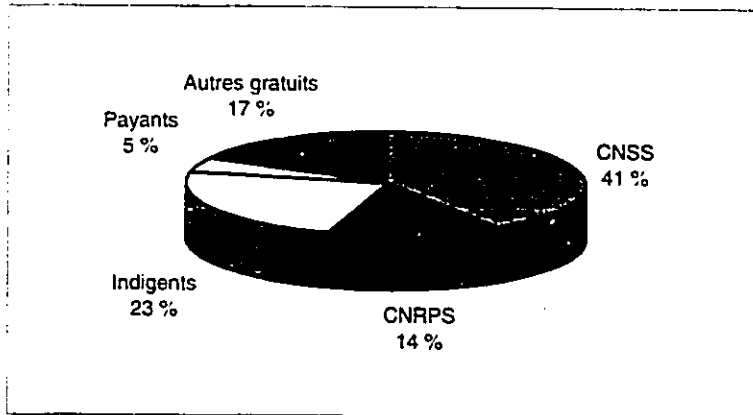
Source : Institut Salah Azaeiz, 1994.

GRAPHIQUE 6-2A : REGIME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN CONSULTATION A L'INSTITUT NATIONAL DE NUTRITION ET DE TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE, 1994.



Source : Rapport d'activité de l'Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire, Tunis 1994.

GRAPHIQUE 6-2B: REGIME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS HOSPITALISES A L'INSTITUT NATIONAL DE NUTRITION ET DE TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE, 1994.



Source : Rapport d'activité de l'Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire, Tunis 1994.

Quant à l'amélioration de la qualité des soins (voir tableau 6-1; Q18), les administrateurs ont encerclé en moyenne dans les 4 EPS le chiffre 7 sur l'échelle de 10 qui leur a été présentée. De plus, plusieurs moyens ont été mis en place pour augmenter la qualité des soins dans ces 4 hôpitaux et instituts. Selon les personnes interrogées parmi les cadres administratifs dans ces établissements, les principaux moyens étaient :

- Hôpital Sahloul

⇒ Création d'un service de soins. C'est le seul EPS parmi les 20 existant aujourd'hui disposant de ce service. La responsabilité de ce service est confiée à un surveillant général qui veille sur l'hygiène et la propreté de l'hôpital et s'occupe des réclamations des malades.

⇒ Formation et réunions périodiques avec les chefs des services de soins.

⇒ Abonnement à des revues traitant de la qualité des soins.

⇒ Stages dans des établissements étrangers et des séminaires de recyclage du personnel paramédical.

- Institut Salah Azaeiz

⇒ Rénovation des installations médicales.

⇒ Extension, aménagement et rénovation des installations techniques (électricité, chauffage, plomberie , etc.).

⇒ Meilleures conditions d'hygiène et de restauration.

⇒ Recrutement du personnel technique, paramédical et ouvriers spécialisés.

⇒ Formation du personnel. Tous les médecins partent souvent en congrès à l'étranger et instauration d'un budget de formation des paramédicaux en plus du budget du Ministère de la Santé Publique.

⇒ Amélioration des conditions d'accueil et meilleure prise en charge du malade (disponibilité du personnel et orientation du malade).

- Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire

⇒ Sensibilisation du personnel paramédical et des ouvriers.

⇒ Acquisition du matériel et amélioration des conditions de travail.

⇒ Formation continue des médecins et des paramédicaux.

⇒ Création de cercles de qualité.

⇒ Multiplication du nombre de revues spécialisées répondant au profil de la qualité des soins.

- Hôpital Habib Thameur

⇒ Aménagement des locaux d'accueil des malades.

⇒ Sensibilisation du personnel paramédical.

⇒ Renforcement du plateau technique de l'établissement.

⇒ Renforcement de la procédure gestion des malades (recrutement des intendantes).

Toutefois, en ce qui concerne l'attente des malades, les résultats de l'analyse ont montré qu'elle est plus ou moins longue d'un établissement à l'autre. A l'Institut Salah Azaeiz de cancérologie, par exemple, le temps d'attente des malades pour une hospitalisation est très long. Les répondants du corps administratif à ce sujet (voir tableau 6-1, Q18) ont évalué l'attente des malades trop longue (ils ont attribué, en moyenne, 2 sur l'échelle de 10 dans les 4 établissements). Les causes de ce problème reviennent essentiellement au fait que l'Institut Salah Azaeiz est le seul établissement en Tunisie spécialisé en cancérologie ajouté à une augmentation de 45 % des admissions entre 1991 et 1994.

Quant à la qualité des services d'infirmier offerts par le personnel paramédical, les administrateurs interrogés ont classé l'amabilité de ce personnel en moyenne à 60 % pour l'ensemble des 4 EPS choisis (voir tableau 6-1, Q18). Précisons que plusieurs campagnes de sensibilisation de ce personnel ont été organisées dans la majorité de ces établissements pour améliorer la qualité de l'accueil et des services offerts aux malades consultants et hospitalisés par ce personnel.

Concernant les pratiques d'évaluation de l'activité et des résultats dans les 4 hôpitaux et institutions de l'échantillon, elles ne sont pas encore utilisées dans ces établissements. Toutefois, certains administrateurs, notamment les chefs de services, ont eu l'initiative d'utiliser certains instruments et indicateurs d'évaluation mais seulement au niveau de leurs services (voir tableau 6-1; Q21). On précise également, qu'à l'Institut National de Nutrition,

on utilise déjà des techniques d'audit interne, d'analyse financière, de contrôle budgétaire et un tableau de bord pour toute l'activité de l'institution (voir tableau 6-1; Q21). L'audit externe est effectué annuellement dans tous ces établissements et est confié à une firme comptable privée.

Néanmoins, la lenteur de la décentralisation des décisions de la part du Ministère de la Santé Publique constitue, selon certains directeurs généraux, un handicap pour compléter l'application de toutes les règles de gestion prévues dans le manuel de politiques et de procédures ainsi que pour tracer la stratégie de leurs établissements. Des réponses enregistrées à la question 24 adressée au corps administratif (voir tableau 6-1), on a pu dégager les principales décisions qui sont encore du ressort du Ministère de la Santé Publique :

- le choix et le recrutement du personnel (mais, le directeur de l'Institut Salah Azaeiz nous a précisé qu'à partir du premier janvier 1996 la paie et le recrutement du personnel reviendront aux directeurs généraux des EPS et il en sera de même pour les sanctions et les conseils de discipline),
- financement des hôpitaux,
- statut du malade (indigent ou autre),
- les grosses dépenses dans les EPS (achat de nouveaux équipements lourds, gros chantiers , etc.),
- tarification des actes de soins, qui malgré sa révision en 1993 demeure faible, selon les administrateurs, et ne reflète pas la qualité des soins offert (voir annexe 4 relatif à la révision des tarifs de 1993),
- accès aux concours internes pour la promotion des agents, et

- motivation du personnel.

Egalement à côté des décisions encore centralisées au niveau du Ministère de la Santé Publique, plusieurs autres obstacles ont été soulevés par les administrateurs interviewés. On cite les principaux :

- insuffisance de cadres administratifs compétents,
- manque de coopération du corps médical,
- la mentalité du personnel et leur laisser-aller,
- le statut de la fonction publique pour le recrutement des cadres hospitaliers,
- le rôle du conseil médical dans l'utilisation des ressources.

L'analyse des réponses à la question 23 relative au classement de tous ces obstacles par ordre d'importance (voir tableau 6-1) a fait ressortir que les corps administratifs ont classé la mentalité du personnel et leur laisser-aller comme étant l'obstacle majeur rencontré dans la gestion de leurs établissements, suivi en seconde place par la centralisation des décisions au niveau du Ministère de la Santé Publique et en troisième place le statut de la fonction publique pour le recrutement des cadres hospitaliers. Ce résultat vient en fait confirmer les dires de Ben Turkia [1992b:19] : « Le mal du système sanitaire et hospitalier tunisien n'est pas tout à fait un problème d'infrastructure ou d'effectif, c'est surtout un problème de gestion et de mentalité. »

Cependant, d'autres cadres administratifs ont évoqué un autre problème non moins important que les autres, celui de la motivation du personnel. Depuis le démarrage de la réforme, les différentes catégories de personnel n'ont pas arrêté de souligner l'insuffisance de cette composante. Certains cadres ont même précisé que la faible coopération, voire l'opposition constatée de certaines personnes dans certains EPS demeure une préoccupation majeure des gestionnaires hospitaliers tant qu'ils ne peuvent décider de la motivation de leurs personnels. « Il est en effet inadmissible de réclamer au personnel un effort supplémentaire et une performance supérieure sans qu'il y ait une motivation conséquente » [Ben Turkia 1992a:51]. Plusieurs autres critiques ont été faites de cette réforme au sujet de

la négligence au niveau de la motivation du personnel hospitalier. C'est ainsi que Ben Turkia a expliqué le problème : « Le système de motivation (rémunérations et avantages) ne prévoit pas actuellement de bonifications en fonction de la performance et de l'efficacité des cadres. Nous avons toujours appelé à réviser rapidement le Code de la Fonction Publique et à revoir surtout son système de sanctions et de bonifications. » Il propose pour cela « de bonifier et de sanctionner en fonction de l'efficacité, de la productivité et de la performance du cadre : voilà ce qui manque à nos hôpitaux et à notre administration en général. Or actuellement ce qui se passe c'est que lorsqu'on veut sanctionner "un administratif", on ne le bonifie pas... et la seule bonification reste la promotion ! Pis encore, cette forme de sanction est exercée contre ceux qui n'appartiennent pas à la sphère "du décideur" ça c'est grave! » [Ben Turkia 1992 a : 4].

Enfin, le dépouillement des réponses à la question 19 adressée aux cadres administratifs dans ces 4 EPS (voir tableau 6-1), a fait ressortir que l'ensemble de ces personnes ont qualifié la réforme de gestion à ce stade comme étant un succès réalisé dans leurs établissements. Ce succès a été évalué en moyenne à 80 % par l'ensemble des personnes interrogées. Les principaux commentaires enregistrés sur ce point sont :

- « Sans doute il y a une nette amélioration mais il est nécessaire que les autres éléments de l'ensemble suivent notamment le mode de financement de la santé. »
- « Il reste beaucoup à faire surtout au niveau de la motivation du personnel qui reste la plus grande lacune de cette réforme. »
- « Notre succès est tributaire de la bonne organisation. »
- « La présence d'une équipe homogène et compétente permet de solutionner les problèmes et d'améliorer les conditions de fonctionnement de l'hôpital. »

- « Nous assistons à une meilleure prise en charge du malade (accueil, orientation, information, confort au niveau des salles d'attente, etc.), une maîtrise de l'information grâce à la rationalisation de la gestion et à l'informatisation. »
- « Pour la réussite de cette réforme il faut avoir le nombre de personnel qualifié et suffisant que ce soit dans l'administration ou dans les services hospitaliers qui sont tous les deux en manque. »
- « Les résultats sont en général positifs. La réforme est à ses débuts, nous espérons d'autres améliorations dans les années qui suivent. »

3.2 Les médecins

L'examen des réponses au questionnaire adressé aux médecins, dans les hôpitaux Sahloul et Habib Thameur et dans les instituts de nutrition et Salah Azaeiz, a montré que d'une façon générale les médecins sont moyennement satisfaits de la nouvelle organisation administrative apportée par la réforme.

Parmi les commentaires des médecins lors des interviews une réalité nous a surpris : ces derniers ignorent les objectifs de la réforme hospitalière qui a transformé leurs établissements respectifs en EPS ainsi que ses étapes de mise en place. « On ne voit pas de changement surtout qu'on ne connaît pas les objectifs de cette réforme » a remarqué un médecin. De plus, il est important d'ajouter à ce niveau que lors de notre dernier questionnaire adressé aux corps médical et paramédical¹ en 1993 dans les 11 premiers EPS, seulement 54 % étaient informés des objectifs de la réforme [Khedher 1994:138].

Les résultats du présent questionnaire (voir tableau 6-2; Q4) montrent que seulement 4 médecins sur 12 étaient satisfaits du processus de la réforme, soit 33 % de l'ensemble des répondants. Une question qui avait le même sens a été adressée aux médecins et paramédicaux en 1993 et les résultats étaient que seulement 54 % des répondants étaient satisfaits de la nouvelle organisation administrative et structure juridique apportée par la

¹ Echantillon composé de 10 médecins et 12 paramédicaux dans les 11 premiers EPS transformés.

réforme. Ainsi, on peut dire que la proportion des non-satisfaits a baissé depuis 1993 de 46 % (résultats du premier questionnaire) à 33 % en 1995 (résultats du présent questionnaire).

Les principaux arguments avancés par les personnes non satisfaites sont :

- « On ne voit pas de modifications tangibles et appréciables sur le plan ressources propres de l'hôpital. On s'est lancé dans une réforme sans préparer les bases de sa réussite: d'une part on ne peut pas gérer une institution hospitalière sans la coopération des médecins dans la prise de décision et d'autre part les prix figurant dans la nomenclature du Ministère de la Santé Publique sont dérisoires et ne couvrent même pas le prix des médicaments. »
- « On n'est pas satisfait car on travaille dans les mêmes conditions. On pense que c'est le fond qui nécessite une restructuration totale. »
- « Moyennement satisfait car la réforme hospitalière vise à améliorer les prestations des services rendus dans l'ensemble des hôpitaux. Cette amélioration devrait avoir comme conséquence l'admission d'un nombre plus important de patients ciblés par le secteur privé alors qu'on ne constate pas de changement quant à la catégorie de la majorité des patients avant et après la réforme. »

Après avoir recueilli ces commentaires, on est allé les exposer devant les gestionnaires de ces établissements. Leurs commentaires étaient « la réforme actuelle dans les hôpitaux est une réforme de gestion qui ne concerne pas les médecins ». A cela un des médecins a répondu « mais les médecins constituent le noyau de l'activité de l'hôpital et sans leur coopération la réforme ne pourra jamais avancer même s'il s'agit d'une réforme de gestion ».

Après avoir longuement discuté avec les médecins (en moyenne deux heures d'entretien pour chacun des 12 médecins interviewés), à mon avis, leurs arguments (pour les non-

satisfaits) ne sont pas solides. Ce qui les préoccupe le plus c'est qu'ils ne sont ni consultés ni informés des grandes décisions prises dans l'hôpital ou qui concernent l'hôpital telle que la réforme des EPA. Toutefois, on a remarqué que la personnalité du directeur général de l'établissement et son mode de gestion et de communication influençaient beaucoup les avis des médecins. C'est dans l'Institut Salah Azariz où on a pu relever la satisfaction des 3 médecins interrogés. L'un d'eux a précisé : « Notre directeur général fait des efforts gigantesques. Il a nettement amélioré les conditions de travail des services. Il sait écouter et connaît bien la mentalité des médecins(...). C'est l'homme qu'il faut pour la pleine réussite de cette réforme. »

En ce qui concerne l'état d'avancement de la mise en place des composantes de la réforme, les questions adressées aux médecins étaient les mêmes que celles adressées aux administrateurs. Cependant des écarts ont été soulevés dans les réponses des deux acteurs. Le tableau 6-7 suivant fait ressortir ces écarts.

TABLEAU 6-7 : MOYENNE DES REPONSES DES MEDECINS ET DES ADMINISTRATEURS AUX QUESTIONS RELATIVES A L'ETAT D'AVANCEMENT DES COMPOSANTES DE LA REFORME DANS LES 4 EPS

Composantes	Médecins	Administrateurs
Implantation des équipements informatiques dans les unités de soins	1	3
Connaissance du manuel de politiques et de procédures par les médecins	2	5
Aménagement des locaux administratifs et d'accueil	3	6
Renouvellement des équipements médicaux	5	8

Pour l'implantation des équipements informatiques dans les unités de soins, les réponses des deux parties ont convergé. En effet, comme on l'a précisé lors de l'étude de l'état d'avancement du processus, les installations informatiques sont présentes mais non encore fonctionnelles. Quant à l'aménagement des locaux administratifs et d'accueil, les deux réponses ne divergent pas en réalité car les médecins ont évalué seulement l'aménagement des locaux d'accueil (le 3 figurant dans le tableau ci dessus est attribué à l'aménagement

des locaux d'accueil) en précisant que les locaux administratifs ont été déjà aménagés. Là où on a soulevé des contradictions dans les réponses des deux acteurs, c'est au niveau du degré de connaissance par les médecins du manuel de politiques et de procédures. Les cadres administratifs croyaient que le manuel était connu à 50 % par le corps médical alors que ces derniers ont rectifié pour dire qu'ils n'en connaissent que 20 %. Il en était de même pour l'évaluation de l'état d'avancement du renouvellement des équipements médicaux. Les administrateurs ont confirmé qu'en moyenne ces équipements ont été renouvelés à 80 % (voir tableau 10 en annexe 7) alors que les médecins ont jugé que seulement 50 % des renouvellements nécessaires ont été complétés. A ce sujet les médecins ont critiqué les cadres administratifs en ce sens qu'ils ne sont pas des connaisseurs des équipements médicaux et que seuls les médecins peuvent juger de l'obsolescence d'un matériel.

Quant aux indicateurs de changement (financiers et d'activité) proposés dans les deux questionnaires adressés aux corps administratifs (Q13; Q14; Q16; Q17 et Q18) et médical (Q10 jusqu'à Q14), la majorité des réponses ont coïncidé. A noter que les médecins ont précisé qu'ils ne connaissaient pas avec précision l'évolution des indicateurs de recettes, de coûts et d'activité dans leurs établissements, mais notre but à travers la reprise de ces questions au corps médical était essentiellement d'évaluer leur degré de constatation des changements. Le tableau 6-8 suivant résume les résultats des réponses des deux corps.

TABLEAU 6-8 : MOYENNE DES REPONSES DES MEDECINS ET DES ADMINISTRATEURS AUX QUESTIONS RELATIVES A L'EVALUATION DES INDICATEURS FINANCIERS ET D'ACTIVITE DANS LES 4 EPS

Indicateurs	Médecins	Administrateurs
Augmentation du niveau d'activité	7	8
Augmentation des recettes de l'hôpital	6	8
Augmentation des coûts	7	6
Climat social dans l'hôpital	7	7
Amélioration de la qualité des soins	6	7
Temps d'attente des malades	5	5
Amabilité du personnel paramédical	6	6

Il en ressort donc que les médecins ont confirmé les réponses des administrateurs quant à l'augmentation plus ou moins importante du niveau d'activité, des recettes et des coûts. Ils ont partagé également l'avis des administrateurs pour qualifier favorable le climat social dans leurs établissements (une moyenne de 70 % attribuée au climat social dans les 4 EPS). Concernant l'amélioration de la qualité des soins, les deux acteurs partageaient l'avis que l'attente des malades est en moyenne longue. D'ailleurs les médecins de l'hôpital Sahloul ont précisé que plus de 40 % des hospitalisés proviennent d'autres régions que celle où se trouve l'hôpital.

En outre, les moyens mis en place pour augmenter la qualité des soins cités par les administrateurs dans ces 4 EPS ont été cités à nouveau, en majorité par les médecins. Voici ce que les médecins ont ajouté à ce sujet :

- Hôpital Sahloul

⇒ « Indications des droits des patients (faire connaître leurs droits). »

⇒ « Donner l'exemple aux paramédicaux tout en les motivant. »

⇒ « La forme architecturale de l'hôpital est excellente (un seul bloc), ce qui a permis de faciliter les différentes fonctions de l'hôpital. »

- Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire

⇒ « Augmentation du nombre de salles de consultations ».

⇒ « Disponibilités des médicaments, amélioration du fonctionnement des laboratoires et durée d'hospitalisation écourtée. »

D'un autre côté, d'autres médecins ont précisé que les moyens mis en place pour augmenter la qualité des soins sont encore insuffisants. Certains médecins ont précisé :

- « Il n'y a pas eu vraiment de moyens qui ont été mis en place pour augmenter la qualité des soins. Les moyens qui devraient être mis en place sont : réduire les délais de rendez-

vous, réduire les listes d'attente, réduire les salles communes, recruter et garder les médecins les plus compétents, renvoyer les médecins non compétents, acquérir le meilleur matériel sur le marché et enfin faire de la publicité pour attirer les malades payants. »

- « On note une amélioration de l'aspect extérieur des locaux sans de véritables améliorations des moyens de fonctionnement (matériels et cadres paramédicaux : le nombre est insuffisant). »

De plus, la qualité des soins et la satisfaction des patients reviennent également dans les réponses des médecins à la question 17 relative aux indicateurs qu'ils proposent pour évaluer l'état d'avancement de cette réforme. Les indicateurs cités par les médecins diffèrent un peu de ceux cités par les cadres administratifs. Les deux acteurs ont insisté sur les indicateurs financiers au point qu'un médecin a précisé que « le meilleur indicateur est le coût de chaque acte hospitalier ». Toutefois, certains médecins ont ajouté les indicateurs suivants à ceux déjà cités par les administrateurs :

- l'arrivée de nouveaux patients en consultation,
- l'évaluation de l'efficacité et de la rentabilité des services médicaux,
- la réduction des salles communes,
- le nombre de malades payants venant du privé,
- la compétence des médecins à faire des actes de pointe,
- la satisfaction du malade et des corps médical et paramédical,
- le nombre et l'importance des travaux de recherche effectués depuis la transformation de l'hôpital en EPS,
- nombre de personnel médical et paramédical,
- qualité d'accueil des malades,
- aspect des locaux,
- délais d'attente des malades (consultations et hospitalisations),
- disponibilité des médicaments et des équipements.

Pour les administrateurs et les médecins travaillant déjà dans ces établissements quand ils étaient EPA, les médecins interviewés ont qualifié leur consensus avec le processus de réforme comme étant en accord à 40 % en moyenne dans ces 4 EPS alors qu'ils estimaient que le consensus des anciens administrateurs était de 50 % en moyenne pour ces établissements. Toutefois, comme on l'a vu lors de l'analyse de la position des cadres administratifs, de leur point de vue, ces derniers ont évalué le consensus des anciens administrateurs et médecins en moyenne à 80 % et 70 % respectivement dans l'ensemble des 4 EPS. Ainsi, les administrateurs ont surestimé le consensus des médecins travaillant à l'hôpital ou à l'institut avant sa transformation en EPS, alors que les médecins de l'autre côté ont sous-estimé le consensus des anciens administrateurs dans les EPS.

En somme, il faut préciser que les médecins interrogés ont considéré les résultats enregistrés jusqu'à présent dans leurs établissements comme étant en moyenne un succès à 60 %, alors que les administrateurs l'ont évalué à 80 % (voir tableaux 6-2 et 6-3).

De plus, plusieurs médecins ont insisté sur la nécessité du comité médical. Cependant cette nouvelle entité créée avec la réforme demeure encore assez distante de la gestion des établissements notamment en matière de priorisation des besoins financiers et matériels, d'utilisation des ressources, d'évaluation de la qualité de l'acte médical, etc. En effet, d'un côté, certains médecins disaient que « le comité médical a une valeur limitée dans la mesure où il n'a pas le pouvoir décisionnel dans l'hôpital » et qu'« en pratique le comité médical ne joue aucun rôle » et d'un autre côté, d'autres ont précisé que le conseil médical est peu structuré et parfois très divisé surtout lors des arbitrages relatifs à l'utilisation des ressources. Les principaux commentaires de ce dernier groupe de médecins étaient :

- « L'entente entre les médecins chefs de services n'est pas totale lors des réunions du comité médical. »
- « Le comité médical est le meilleur moyen pour que les médecins se trouvent en désaccord. »

- « Le comité médical est une bonne initiative pour faire participer les médecins dans la gestion de l'hôpital, mais à condition que ces derniers aient de bonnes intentions et qu'ils ne s'organisent pas en clans ou en groupes de pression qui pourraient faire obstacle à leurs confrères et à l'administration. » Conséquemment, certains médecins ont proposé que le rôle du conseil médical doit être précisé pour éviter ces problèmes.

Enfin, à côté du problème d'entente cité par plusieurs médecins, on trouve essentiellement l'obstacle de la mentalité du personnel et son laisser-aller (le même résultat que celui enregistré chez les administrateurs) suivi du problème du statut de la fonction publique et celui du pouvoir décisionnel encore centralisé au niveau du Ministère de la Santé Publique. En effet, certains médecins s'interrogeaient : « Le statut juridique des EPS leur donne une autonomie administrative et financière. Cependant on trouve des décisions qui continuent à venir du Ministère de la Santé Publique notamment en ce qui concerne la tarification hospitalière qui est dérisoire. Quel est alors l'intérêt du conseil d'administration ? ». Ainsi, la majorité des médecins étaient unanimes pour dire que « l'autonomie doit être plus large et doit englober la révision des coûts des actes, le recrutement du personnel à tous les niveaux administratifs et techniques, et le rôle du Ministère de la Santé Publique devrait être limité à un rôle de supervision. »

3.3 Les patients

Les patients choisis pour répondre à notre questionnaire étaient surtout des malades hospitalisés ou en consultation qui pour la majorité ont visité l'hôpital au moins une fois avant sa transformation en EPS, afin de dégager leurs opinions sur les changements apportés avec la réforme.

Trois résultats nous ont surpris lors de cette étude :

- D'abord le nombre important de patients venant de régions différentes de celles où se trouve l'hôpital ou l'institut. Plus de 50 % des personnes interrogées ont été envoyées par les hôpitaux régionaux, les hôpitaux communautaires ou les dispensaires. A préciser à ce niveau que le taux d'occupation des hôpitaux régionaux et des hôpitaux de

circonscription demeure insuffisant. Par exemple en 1992, le taux d'occupation des hôpitaux de circonscription était de 40,6 % passant à 41,6 % en 1993 [La Presse 1995c]. C'est ce qui justifie la priorité du 8^{ème} plan du développement économique et social (1992-1996), soit d'augmenter les taux d'occupation de ces structures pour alléger l'encombrement dans les grands centres hospitalo-universitaires. Parmi les actions prévues par ce plan on cite essentiellement :

⇒ renforcement du plateau technique de ces hôpitaux pour qu'ils soient les plus performants possibles,

⇒ création de services spécialisés et leur dotation en personnel médical et paramédical adéquat,

⇒ renforcement des consultations spécialisées au niveau des centres polyvalents et des centres de santé de base pour limiter l'afflux vers les hôpitaux universitaires.

- Ensuite la majorité des patients interrogés ignoraient complètement l'existence d'une réforme de gestion dans les hôpitaux qu'ils fréquentaient. Seulement 8 patients sur les 40 interrogés ont pris connaissance de la réforme des hôpitaux publics, soit un faible taux 20 %. Notons que plusieurs articles de la presse tunisienne ont largement critiqué le Ministère de la Santé Publique et sa responsabilité pour informer le citoyen tunisien de cette réforme. Certains médecins ont précisé que sans l'information et la sensibilisation du citoyen à cette réforme on ne peut réussir l'humanisation dans les EPS.
- Enfin, parmi les patients qui ont fait partie de l'échantillon choisi, on a noté plusieurs patients bénéficiant du régime de prise en charge des indigents et donc bénéficiant de la gratuité des soins (environ 40 % de notre échantillon) (voir tableau 6-3). Ainsi, les résultats de la moyenne des réponses à la question 6 relative aux coûts des soins s'expliquent. Sur les 40 patients interviewés, on a trouvé un seul patient payant. On ajoute qu'avec 800 000 cartes de soins en 1992, près de la moitié de la population tunisienne bénéficie d'une assistance médicale et d'une couverture sanitaire totale ou

partielle [Essoussi 1992:7]. Comme on l'a précisé plus haut, plusieurs médecins ont critiqué la manière dont la Ministère de la santé Publique fixe les tarifs des soins en tenant compte de la situation financière du patient et que même avec les majorations des prix en 1993, les tarifs restent faibles et ne couvrent pas les coûts des soins. En effet, un journaliste a commenté cette réévaluation des tarifs en disant que « la création de nouveaux services médicaux et l'acquisition d'équipements ultra-sophistiqués impliquent des charges financières supplémentaires que le Ministère de la Santé Publique a voulu partager mais dans des proportions très minimes avec les citoyens. En fait ces contributions ne devraient rapporter que quelques 4 millions de dinars (environs 4 millions de dollars US) par an aux caisses des établissements hospitaliers, alors que leurs besoins sont évalués à 116 millions de dinars (environs 116 millions de dollars US) au titre du budget de gestion seulement » [le Temps 1993: 2].

Finalement, les résultats des réponses des patients (voir tableau 6-3) ont montré que ces derniers sont très satisfaits de la réforme dans ces 4 établissements. On note qu'ils ont apprécié à 80 %, en moyenne, la propreté dans les hôpitaux, la qualité des soins et l'accueil. Reste encore à résoudre le problème de la longueur des files d'attente des malades pour l'hospitalisation et ou la consultation. En comparant ces résultats avec ceux enregistrés avec les cadres administratifs et les médecins, il semble que ces derniers ont sous-estimé la satisfaction des patients à l'égard de cette réforme. A la lumière de ces résultats, on peut déjà dire que la réforme est sur la bonne voie et que ses résultats, quant à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts, commencent à se faire apprécier par les patients.

4. Etude de l'impact

Tous les médecins et cadres administratifs étaient unanimes pour préciser que le plus important impact secondaire causé par la réforme est l'augmentation inattendue du nombre d'admissions non suivie d'une augmentation suffisante des recettes dans ces établissements. Certains ont qualifié cet impact en même temps de négatif et positif (voir tableau 6-1, Q20 et tableau 6-2, Q16). En effet, « l'augmentation du nombre de malades est non proportionnelle à l'amélioration des conditions de travail. Il y aura augmentation des recettes de l'hôpital mais une diminution de la qualité des soins » ajoute un médecin.

Tandis qu'un autre a ajouté qu'« il y a eu plus d'admissions et une grande publicité pour l'hôpital (Sahloul) mais le budget, les équipements et le personnel sont les mêmes et n'ont pas évolué avec la demande. »

Quant aux impacts positifs, un médecin a mentionné « une meilleure gestion à tous les niveaux ». Un autre a ajouté « l'hôpital est agréable, propre, le personnel est gentil avec les malades, il y a de nouvelles possibilités techniques de diagnostic grâce à l'achat de matériel ». Toutefois, les justifications des cadres administratifs étaient un peu différentes. Parmi les impacts positifs mentionnés par ces derniers on a pu remarquer leur admiration pour le style de gestion et le mode de communication de leurs directeurs généraux.

- « La réforme administrative a permis de motiver les agents et d'améliorer leur rendement. La nomination d'un directeur général jeune et ouvert a permis d'instaurer un climat paisible et de faciliter la communication entre l'administration et les services hospitaliers. »
- « Le personnel est très motivé grâce au rôle important du directeur qui a constitué un moteur. »

Quant aux impacts négatifs, les médecins ont insisté sur les problèmes entre eux et le corps administratif en place dans leurs établissements. Parmi les commentaires enregistrés on cite surtout :

- « Absence d'entente entre le personnel administratif et le personnel médical et paramédical : le message passe mal. »,
- « Il y a un conflit entre les administrateurs et les médecins. Il existe une étanchéité entre ces deux blocs. Rien qu'à voir les bureaux des administrateurs qui sont plus luxueux et plus confortables alors que ceux des médecins très ordinaires ».

- « Rôle pléthorique pris par un cadre administratif non habilité dans les choix des équipements (matériel et médicaments). »
- « Il y a eu une explosion de paperasse à remplir que je pense qu'elle ne sert pas à grand chose. »

Cependant, du point de vue des cadres administratifs, les impacts secondaires négatifs qui se sont produits avec la mise en place de la réforme tournent autour de la mentalité du personnel et son laisser-aller ainsi que du financement des hôpitaux. La réticence de certaines personnes dans les EPS aux objectifs de la réforme, le manque de motivation du personnel et le manque de personnel administratif compétent et qualifié ont été surmontés dans certains hôpitaux (essentiellement l'Institut Salah Azaeiz) par la sensibilisation du personnel (création d'un prix d'hygiène, un prix pour le meilleur agent d'accueil, etc.) et du corps médical. De plus, un cadre administratif a souligné de son côté que « la plupart des impacts étaient attendus : la réticence de certains médecins et les moyens financiers qui n'ont pas suivi cette mutation socio-gestiono-économique ».

Enfin, dans le but de mesurer ou de synthétiser la performance de tout le processus de réforme, les médecins et les cadres administratifs ont été interrogés sur l'impact de la nouvelle organisation administrative sur les « 3 E » : Economie, Efficacité et Efficience. Les résultats enregistrés se résument dans le tableau 6-9 ci-dessous.

TABLEAU 6-9 : MOYENNE DES REPONSES DES MEDECINS ET DES CADRES ADMINISTRATIFS SUR LE JUGEMENT DES « 3E » DANS LES 4 EPS

	Administrateurs	Médecins
Economie	7	4
Efficacité	8	7
Efficience	7	6

Comme le montre le tableau 6-9, les réponses des deux corps étaient semblables pour juger l'efficacité et l'efficience dans leurs établissements plus proches du succès que de l'échec.

Certains médecins, par contre, ont jugé l'efficience comme un échec dans leurs établissements en disant : « On n'a jamais défini les priorités ». Toutefois, on a noté à l'hôpital Sahloul une satisfaction des cadres administratifs et du personnel médical suite à l'initiative de donner en sous-traitance certaines fonctions dans l'hôpital telles que le nettoyage et l'hygiène des locaux.

En revanche, pour l'économie, les administrateurs et les médecins étaient divisés. Les premiers ont confirmé qu'ils ont réalisé un grand pas pour faire les choses au plus bas prix (un succès pour l'économie à 70 % en moyenne dans les 4 EPS) alors que les médecins ont jugé l'économie comme étant un échec dans ces 4 établissements en justifiant cela par le fait qu'on « ne peut faire des économies tant que les soins sont un bien public où la politique sociale prime en Tunisie ».

5. Conclusion

Parmi les 20 hôpitaux et instituts spécialisés transformés en EPS, dans les 4 établissements choisis pour cette étude on a soulevé en général une satisfaction des cadres administratifs et des patients ainsi que des médecins mais d'un degré moindre. Les étapes de mise en place de la réforme sont en progression dans ces EPS, quoique certains retards ont été enregistrés dans certaines composantes telles que la formation et le recrutement du personnel ainsi que l'informatisation administrative et dans les unités de soins.

En se référant à notre grille d'évaluation élaborée dans le chapitre V (Tableau 5-1) et issue de la stratégie de la Fondation canadienne pour la vérification intégrée, et à la lumière de ce qui a été dit précédemment, on peut tirer des conclusions quant à l'évaluation de la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie (voir tableau 6-10).

TABLEAU 6-10 : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA RÉFORME DE LA GESTION HOSPITALIÈRE EN TUNISIE

Critère	Évaluation
1. Style de management	+
2. Degré d'atteinte des résultats	+
3. Acceptation par les clients	++
4. Impacts secondaires	+
5. Coût et productivité	+
6. Réaction de l'établissement	Ø
7. Résultats financiers	+
8. Climat de travail	+
9. Contrôle et diffusion de l'information	Ø

- + Satisfaisant
- ++ Très satisfaisant
- Ø Pas encore rempli

Il ressort donc, qualitativement, de cette grille d'analyse que sur les 9 critères, il nous a semblé à la lumière des résultats de nos questionnaires que 7 critères sont remplis dans l'état actuel de la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie dans les 4 EPS étudiés.

Le style de management dans les quatre établissements étudiés est satisfaisant. D'ailleurs, les réponses des médecins et des administrateurs justifient ce résultat. Les directeurs de ces établissements sont de bons communicateurs et ont réussi à avoir des relations favorables avec les médecins qui ont refusé de coopérer avec la réforme à ses débuts. Le résultat est encore plus satisfaisant dans le cas de l'Institut Salah Azaeïz. Mais c'est essentiellement à cause du manque de moyens financiers et humains suffisants et de l'absence d'une autonomie complète dans la prise de décision que les directeurs mentionnés ont en des difficultés à s'approprier une stratégie adéquate pour leurs établissements.

Le degré d'atteinte des résultats est également satisfaisant vu les résultats enregistrés dans les réponses aux questions 19, pour le corps administratif, 15 pour le corps médical et 5

pour les patients. A noter, en plus, que ces derniers ont en général apprécié et accepté cette réforme.

Quant au critère se référant aux impacts secondaires, les plus importants impacts enregistrés dans ces établissements sont la mécontente médecins-administrateurs et l'accroissement considérable du nombre d'admissions (expliqué plus haut). Par la suite, le climat social dans ces quatre EPS a été jugé, par les répondants, comme étant satisfaisant.

Pour les résultats financiers et les contrôles des coûts, plusieurs efforts ont été enregistrés, mais ces efforts restent négligeables devant les contraintes de la politique sociale du pays et le nombre de patients bénéficiant de la gratuité totale ou partielle des soins.

Toutefois, a côté de ces 7 critères jugés satisfaisants, deux autres critères ne sont pas remplis dans l'état actuel de ces EPS. Il s'agit des réactions de l'établissement à l'environnement et du contrôle et de la diffusion de l'information. Mais il est important de signaler que ces deux composantes sont présentes en partie dans ces établissements. En effet, ces derniers réagissent partiellement à l'environnement financier et technologique faute d'autonomie totale dans la fixation des tarifs et dans l'acquisition des équipements lourds (décisions centralisées au niveau du Ministère de la Santé Publique). Quant au contrôle et à la diffusion de l'information, les 4 EPS étudiés ne peuvent pas être évalués efficacement sur la base de ce critère vu que le système d'information de gestion préconisé par le projet de réforme n'est encore entièrement mis en place à cause des retards enregistrés dans certaines composantes comme l'informatisation des procédures de gestion.

Pour conclure, on peut dire que la réforme de la gestion hospitalière engagées dans les hôpitaux publics tunisiens a fait un grand pas, même s'il reste des retards à rattraper et des problèmes à contourner. Les efforts enregistrés jusqu'à maintenant sont cependant encourageants puisque seulement 3 ans nous séparent du démarrage de ce projet.

BIBLIOGRAPHIE

- Azak Z. [1994] : « Le financement de la santé : trois catégories sociales, trois modes de paiement ». *Le Temps de Tunisie* du 14 décembre; pp. 3.
- Azak Z. [1995] : « Réforme hospitalière : Pour un meilleur rapport qualité-coût ». *Le Temps de Tunisie* du 11 janvier; pp. 3.
- Ben Turkia M. [1992a] : « En marge de la réforme hospitalière : Des hôpitaux malades de gestion ». *La Presse de Tunisie* du 2 novembre; pp.4.
- Ben Turkia M. [1992b] : *Le management hospitalier en Tunisie : Diagnostic et remèdes*. Centre de recherche et d'études administratives de l'école Nationale d'Administration de Tunis.
- Bergaoui F. [1992] : « La réforme en débat : Plaidoyer pour une médecine publique de qualité ». *La Presse de Tunisie* du 30 janvier; pp. 5.
- Dammak A. [1995] : « Pour une plus grande maîtrise des dépenses relatives à la santé ». *La Presse de Tunisie (Supplément économie)* du 22 novembre; pp. 1.
- Dhaoui R. [1995] : Santé : « Quelle formation paramédicale en Tunisie ? ». *Le Temps de Tunisie* du 4 mars; pp. 2.
- Essoussi H. [1992] : « Pour la santé des Tunisiens : 16 Programmes nationaux ». *Le Renouveau de Tunisie* du 15 novembre; pp. 7.
- Ghannouchi S. [1994] : « Entretien avec le Ministre de la Santé Publique : Pour une plus grande cohérence du système de santé ». *Le Renouveau de Tunisie* du 24 septembre; pp. 8-9.
- Hlaoui N. [1995] : « Réforme Hospitalière : Ce qui va changer. ». *Tunis-Hebdo de Tunisie* du 24 avril; pp. 2.
- Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire 1994 : *Rapport d'activité*. Tunis.
- Khedher H. [1994] : *La réforme de la gestion hospitalière en Tunisie : Fondement, mise en oeuvre et état d'avancement*. Mémoire de maîtrise en gestion, Institut Supérieur de Gestion de Tunis.

- Krifa A. [1992] : « La réforme de la gestion hospitalière en Tunisie ». *Le Temps de Tunisie* du 25 janvier; pp. 5.
- La Presse de Tunisie [1992 a] : « Réforme de la gestion hospitalière : L'hôpital se prend en charge ». *La Presse de Tunisie* du 24 janvier; pp. 3
- La Presse de Tunisie [1992 b] : « Santé Publique : Les hôpitaux s'humanisent ». *La Presse de Tunisie* du 9 novembre; pp. 4.
- La Presse de Tunisie [1993 a] : « Pour un accueil plus chaleureux et une meilleure prise en charge du malade ». *La Presse de Tunisie* du 29 septembre; pp. 5.
- La Presse de Tunisie [1993 b] : « Colloque sur les recettes hospitalières : efficacité et efficience des deniers publics ». *La Presse de Tunisie* du 26 octobre; pp. 7.
- La Presse de Tunisie [1993 c] : « Santé - Investissement : Quelles priorités pour le Maghreb ? ». *La Presse de Tunisie* du 10 novembre; pp. 5.
- La Presse de Tunisie [1993 d] : « Santé : Vers l'élaboration d'un programme stratégique à long terme ». *La Presse de Tunisie* du 10 décembre; pp. 7.
- La Presse de Tunisie [1993 e] : « Financement des équipements dans les hôpitaux : Accord Santé Publique - Caisses Sociales ». *La Presse de Tunisie* du 14 septembre; pp. 4.
- La Presse de Tunisie [1995 a] : « Etablissements Publics de Santé : accéder à l'autogestion ». *La Presse de Tunisie* du 22 juin; pp. 5.
- La Presse de Tunisie [1995 b] : « Rapport annuel de l'OMS - Programme `Santé pour tous` : La Tunisie dans le peloton de tête ». *La Presse de Tunisie* du 23 mai; pp. 5.
- La Presse de Tunisie [1995 c] : « Soins hospitaliers : Nette amélioration qualitative des prestations ». *La Presse de Tunisie* du 11 août; pp. 2.
- La Presse de Tunisie [1995 d] : « Un comité d'experts pour parachever la réforme hospitalière ». *La Presse de Tunisie* du 09 septembre; pp. 1.
- Le Renouveau [1994] : « Santé : Infrastructure, équipements et prestations en 1994 : Performances ». *Le Renouveau de Tunisie* du 13 novembre; pp. 8.
- Le Temps [1993] : « Santé Publique : Majoration des tarifs minimum ». *Le Temps de Tunisie* du 12 décembre; pp. 2.
- Mejri A. [1992] : « Santé publique - La réforme en débat - : Pour une vraie mutation de la santé publique ». *La Presse de Tunisie* du 5 mars; pp. 2.

- MSP : Ministère de la Santé Publique [1992]: *Situation du secteur de la santé*.
- MSP [1987] : 1956-1986 : *trente ans au service de la santé, un engagement, une éthique*. INSP; MSP; pp. 18-22 et 68-70.
- MSP Direction des études et de la planification [1994] : *Le secteur de la santé en chiffres*. Décembre; Tunis.
- MSP, Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière [1991] : *Manuel des politiques et des procédures des EPS*. Tunis.
- Subra H. [1985] : « L'hôpital public tunisien ». *Servir : Revue tunisienne du service public*; n35; I-1985, publications de l'ENA; Tunis; pp. 39-55.
- Yatouji K. [1992] : « Gestionnaire hospitalier : Quel profil demain ? ». *Le Temps de Tunisie* du 16 novembre; pp. 4 et 23.
- Zaeïm M. [1995] : « Le financement de la santé : situation et perspectives ». *La Presse de Tunisie (Supplément économie)* du 22 novembre; pp. 1.
- Zarrouk F. [1985] : « L'hôpital public tunisien pour une meilleure gestion ». *Servir : Revue tunisienne du service public*; n35; I-1985, publications de l'ENA; Tunis; pp. 37-38.
- Zribi O. [1991] : *Analyse des processus de décision et proposition pour un système d'information dans les établissements hospitaliers tunisiens*. Thèse pour l'obtention du titre de docteur de l'université de Rennes I en sciences de gestion.

SEMINAIRES

- **Thème 1** : *Cinquième journée de la santé publique organisée par la Direction Régionale de la Santé Publique de Bizerte*. Remel Bizerte le 19 juin 1995.
- **Thème 2** : *La stratégie gouvernementale en matière de santé publique*. Rassemblement constitutionnel démocratique (RCD); Congrès de la Persévérance; Tunis 29-30-31 juillet 1993.

- **Thème 3** : *Investir dans la santé : Quelles priorités pour le Maghreb ?*. Tunis 8-12 novembre 1993.

Les interventions de :

- Mhenni H. [1993] (Ministre de la Santé publique) : *Investir dans la santé en Tunisie*; pp. 1-13.
 - Kaddar M. [1993] (Economiste) : *Financement et dynamique des systèmes de santé au Maghreb*.
 - Achouri H. [1993] (Directeur de la réforme) : *Les régimes du risque maladie dans le système de santé tunisien*.
-
- **Thème 4** : *La réforme de la gestion hospitalière : Cas de l'Institut Salah Azaeiz*. Ecole Supérieure de Commerce de Tunis le 15-04-1994. Intervention de Youssef N. (Directeur de L'Institut).

BIBLIOGRAPHIE ARABE

- "الأخبار" [1994] : "مشروع إصلاح المؤسسات الإستشفائية لا خصوصية ولا تفويت"
Journal "الأخبار" du 09/12/1994; pp.10.
-
- El youssefi M. [1993]: "40% من الحالات الإستشفائية غير إستشفائية"
Journal "الصباح الأسبوعي" du 12/09/1993; pp.5.
-
- Yousletti S. [1992] :
 "تحسين الخدمات داخل المستشفيات: إجراءات ستغير وجه الصحة ببلادنا"
Journal "الحرية" du 24/11/1992; pp.4.
-
- Melki S. [1993]:
 "مراد بن تركية في حوار حول أول تقييم لمشروع إصلاح التصرف في المستشفيات العمومية"
Journal "الصباح" du 18/12/1993; pp.4
-
- "كاتب الدولة للصحة يعرض ملامح الإصلاح الصحي الى غاية سنة 2006" : [1994] "الصباح"
Journal "الصباح" du 24/04/1994; pp.2.
-
- Youssefi M. [1994] :
 "وزير الصحة العمومية في حديث "للحرية": إصلاح التصرف في المستشفيات : النتائج الاولية مشجعة"
Journal "الحرية" du 26/10/1994; pp. 8,9 et 10.
-
- "الصحة: مؤشرات مشجعة... ورغم ذلك النقائص ما زالت موجودة...": [1992] "الصباح"
Journal "الصباح" du 14/11/1992; pp.5.
-

-Achour Hedi [1992] : "منزلة المريض في الإصلاح الإستشفائي"

Journal "الصباح" du 18/01/1992; pp.4

- [1993 a] "الرأي العام":

المرضى يشكون من طول الانتظار أمام أجهزة السكانار بالمستشفيات - أهل الإختصاص يشخصون الأسباب ويقدمون الحلول -

Journal "الرأي العام" du 23/12/1993; pp.3.

- [1993 b] "الرأي العام":

"فريق طبي تونسي يجري أول عملية جراحية على القلب المفتوح دون مساعدة خارجية بالمستشفى الجامعي بصفاقس."

Journal "الرأي العام" du 23/12/1993; pp.3.

- [1993 a] "الصباح": "التعريف المنخلضة لمصاريف العلاج والإقامة بالمستشفيات"

Journal "الصباح" du 26/03/1993; pp.7.

- [1993 b] "الصباح": "تعريفات جديدة للعلاج والإقامة في المستشفيات لغير المنخرطين"

Journal "الصباح" du 16/03/1993; pp. 7.

- [1995] "الحرية":

وزير الصحة في اللقاء الدوري بالإعلاميين: "الإصلاح الإستشفائي مشروع ناجح ونتأجه ملموسة"

Journal "الحرية" du 11/01/1995; pp.5.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La mise en place depuis 1992 d'une réforme de gestion dans certains hôpitaux publics tunisiens est issue de la constatation que les problèmes rencontrés par les hôpitaux (inefficacités internes et qualité déclinante des services) trouvent leur origine dans l'absence d'un processus de gestion apte à restaurer puis maintenir la crédibilité des hôpitaux tunisiens (et du Ministère de la Santé Publique) auprès de ses bailleurs de fonds, l'Etat, les caisses d'assurance-maladie et les patients eux-mêmes.

A la lumière des expériences grecque et canadienne dans le secteur de la santé, il nous est apparu que l'expérience tunisienne suit la bonne direction qui lui a été tracée. Cherchant depuis l'indépendance à réorganiser les structures des soins et à assurer des services à la majorité de la population (stratégie actuelle de l'expérience grecque), le gouvernement tunisien a lancé depuis 1992 un défi pour restructurer les hôpitaux publics dans un but à plus long terme de changer les comportements et les mentalités et de résoudre le problème du financement de la santé. Partant tous deux d'une problématique de financement, l'expérience tunisienne a emprunté à l'expérience canadienne sa logique stratégique dans le secteur de la santé en commençant par changer la gestion dans les hôpitaux publics pour atteindre les objectifs d'économie, d'efficacité et d'efficience et par là changer le comportement des administrateurs et des patients. Les hôpitaux tunisiens sont aujourd'hui au stade du changement des structures juridique et organisationnelle pour réorganiser le mode de gestion en vigueur.

L'étude menée sur le terrain, visant à approfondir l'analyse des textes législatifs (se trouvant en annexe 9) et des rapports du Ministère de la Santé Publique, a nettement confirmé l'existence encore de certains problèmes qui ont été cités par la plupart des répondants dans les 4 établissements sélectionnés :

1. Le financement des hôpitaux.
2. Les mésententes entre les deux blocs médecins et administrateurs.
3. La motivation du personnel, leur mentalité et leur laisser-aller.
4. Les décisions encore centralisées au niveau du Ministère de la Santé Publique.

En ce qui concerne le problème de financement de la santé en général et des hôpitaux en particulier, la question pressante qui se pose aujourd'hui est la suivante : est-ce que l'économie nationale est en mesure de supporter à jamais les frais et les charges de la santé? Un des médecins interrogés a proposé de commencer d'abord par sensibiliser le citoyen tunisien : « Il faut lui faire connaître les coûts réels de ses soins. Pour cela je propose de réévaluer le ticket modérateur et de l'appliquer pour tous les patients qui se présentent à l'hôpital ou encore créer une autre assurance pour une couverture totale et sera financée par les cotisations des adhérents. » En effet, chercher de nouveaux moyens de financement pour la santé publique en Tunisie devient une nécessité. La part du budget de l'Etat réservée à la santé ne cessant de croître d'année en année (voir tableau 10 en annexe 7) sans que cela suffise. Mejri [1992:2] a proposé une plus grande participation des caisses au financement des hôpitaux publics. « De même les communes ou les municipalités pourraient verser périodiquement aux hôpitaux de circonscription et régionaux une somme globale qui servirait à la prise en charge des indigents. Conséquence : améliorer celle-ci au niveau régional, diminuer le nombre de malades dirigés vers les centres hospitalo-universitaires et instituts spécialisé et augmenter par là même les performances et l'efficacité de ces structures de troisième ligne. »

Du côté du Ministère de la Santé Publique, les hauts responsables du Ministère de la Santé Publique ont précisé que cette réforme de la gestion des hôpitaux n'est qu'une partie d'un vaste programme de réforme du secteur de la santé et n'est qu'une étape pour préparer les

bases pour une réussite d'une réforme de financement de la santé. Ainsi, la nouvelle organisation des EPS permettra de mieux identifier le malade et son régime de prise en charge des soins en fonction duquel le malade doit s'acquitter des montants qui sont à sa charge : l'indigent n'a rien à payer, le bénéficiaire de tarifs réduits et les assurés sociaux paient un ticket modérateur et celui qui n'est pas affilié à un régime de couverture de la maladie payera l'intégralité de la facture selon les tarifs officiels en vigueur dans les établissements sous tutelle du Ministère de la Santé Publique.

De plus, le Ministre de la santé publique a précisé « un des résultats prévus par cette réforme est de calculer les coûts réels des soins pour chaque malade et ce pour les trois raisons majeures suivantes :

- En connaissant la décomposition du coût, le gestionnaire peut aisément identifier le potentiel de maîtrise des dépenses, en réduisant les gaspillages possibles et en favorisant les sources d'économie afin de maximiser les résultats en minimisant les coûts.
- Les coûts par malade étant connus, il sera facile de les répartir selon les organismes de prise en charge et de présenter au gouvernement des données fiables qui lui permettront de mieux appréhender le dossier du financement de la santé et d'engager les réformes nécessaires dans ce domaine afin d'aboutir à un partage plus équitable des charges entre les différentes sources institutionnelles de financement.
- Le calcul des coûts réels des prestations de soins permet d'élaborer une tarification par référence à ces coûts ». [Mhenni 1993:11]

A noter également que parmi les actions entamées depuis 1995 dans le domaine du financement, on cite le programme de facturation par les EPS à l'adresse des caisses de sécurité sociale qui ont été invitées à prendre en charge les dépenses de santé de leurs affiliés. « Pour les autres modes de paiement, la réactualisation de la formule des cartes de soins gratuits devrait contribuer aussi à mieux gérer les dépenses des établissements en question. Il en serait de même pour la formule de paiement direct et en plein tarif -- pour les

catégories aisées et non couvertes par les caisses de sécurité. Ce tarif est cependant bien moins élevé que celui pratiqué dans le secteur privé. » [Azak 1995:3]

Enfin, à notre avis, le dilemme du financement se résume comme suit : comment pouvoir fournir les prestations sanitaires à tous les citoyens de la manière la plus efficace et au moindre coût ? Ce qui devrait conduire à la conciliation entre le principe de la vérité des charges et des coûts de la santé d'une part et le principe de la solidarité nationale pour leur couverture d'autre part afin de réaliser une refonte du schéma du financement. L'évaluation définitive de cette réforme s'effectuera dans le cadre du 9^{ème} plan de développement économique (1997-2001) et laissera alors la place à la réforme du financement de la santé tant attendue.

A notre avis, à côté des propositions citées par les répondants et des efforts fournis par le gouvernement pour résoudre le problème de financement, il faut sensibiliser davantage le citoyen ou encore le consommateur des soins hospitaliers à l'importance des coûts engendrés par les services qui lui ont été fournis. Pour cela, il serait intéressant si on envoyait à chaque patient admis à l'hôpital une facture lui montrant les montants qu'il aurait pu payer pour les services qu'il a reçus. Il s'agit simplement de faire une copie de la facture envoyée aux payeurs réels que sont les organismes d'assurances-maladie ou l'Etat et de l'acheminer au client.

Concernant les problèmes de désaccord entre les deux blocs médecins et administrateurs, un des médecins a proposé la formation de deux directions, une direction administrative et une direction technique (les médecins) ainsi que la formation des médecins en gestion à côté des administrateurs pour que les deux corps puissent coopérer. « Il ne suffit pas d'augmenter le nombre d'administrateurs mais de former en parallèle les médecins en gestion hospitalière », ajoute un médecin. De plus, plusieurs médecins ont proposé la création d'une commission d'évaluation de la qualité et des coûts des soins pour essayer d'améliorer le rapport qualité/prix.

Toutefois, il nous semble que ce genre de problème peut être contourné indirectement grâce aux talents des directeurs généraux des établissements. En effet, cette problématique a été contournée dans la majorité des quatre EPS étudiés. Cela a été possible grâce aux directeurs de ces établissements qui ont réussi à intégrer les nouveaux cadres recrutés et surtout ils ont su communiquer avec les médecins pour les convaincre davantage des objectifs de la réforme. A noter que ces directeurs ne disposent pas de l'autonomie totale pour la gestion de leur établissement. Ainsi, à notre avis, le renforcement du pouvoir de décision du directeur de l'hôpital est une condition *sine qua non* à une gestion plus efficace. Déjà avec une autonomie partielle et des moyens (financiers et humains) insuffisants, les directeurs des quatre établissements étudiés sont arrivés à réaliser des miracles et à assurer un bon climat de travail dans leurs établissements. A ce sujet Yatouji [1992:4] ajoute « L'hôpital sera de plus en plus demain un atelier hyper-sophistiqué de réparation des machines humaines. Il ne serait être lui-même un interminable chantier de réparation. Les pannes doivent être prévenues et cela est possible et quand elle surviennent, elles doivent être réparées d'urgence et c'est possible. Mais pour bien gérer concomitamment les hommes, les machines et les crédits, il faut disposer d'un certains nombre d'outils notamment d'information ce qui commande au gestionnaire hospitalier d'avoir et de même de cultiver des qualités de communicateur. »

Quant au problème de motivation du personnel, sa mentalité et son laisser-aller, certains répondants ont proposés les solutions suivantes :

- « Motiver davantage les cadres de la santé publique et les associer davantage aux progrès de l'hôpital. »
- « Créer des commissions d'évaluation du personnel pour les recruter ou encore les sanctionner. »
- « Il faut faire disparaître le statut de la fonction publique. Il ne faut pas que le personnel soit recruté en fonction de la demande. Je propose de procéder par détachement et de

payer plus le personnel. S'il ne remplis pas ses fonctions on le renvoie à son poste d'origine d'où il a été détaché. » (un médecin)

- « L'humanisation des hôpitaux n'est pas le fait de les transformer en EPS mais il faut éduquer tout le personnel de l'hôpital. »
- « Investir plus dans la formation du personnel paramédical. »
- « Prévoir et appliquer pour chaque lit de malade le nombre de personnel à affecter. »

D'après notre analyse de l'expérience tunisienne à la lumière des expériences grecque et canadienne, nous avons conclu que la logique de la réforme tunisienne tend vers des changements dans les comportements et les mentalités. Nous croyons cependant qu'il est plus opportun de commencer par certaines actions urgentes telles que le changement du statut de la fonction publique qui a toujours donné à l'employé une sécurité totale d'emploi sans l'existence d'un système de bonification ou de sanction pour faire progresser la qualité des services offerts dans ces établissements. A notre avis, il s'agit de déléguer aux directeurs généraux des EPS la responsabilité de gérer leurs personnels tout en disposant de leur propre système de motivation capable d'encourager plus les différentes catégories de personnel dans l'hôpital.

En plus de ce qui a été dit en ce qui concerne l'intervention de l'Etat, l'étude sur le terrain a également révélé que malgré l'entrée en vigueur de cette nouvelle réforme préconisant une autonomie administrative et financière dans ces hôpitaux, l'action de la tutelle se fait encore sentir dans le contrôle des actes de gestion et dans la prise de décisions. « Cette ingérence du pouvoir central, se veut avoir deux justifications; l'une politico-culturelle; l'autre économique et financière. La première est un héritage du système politique dont l'origine remonte au schéma napoléonien de centralisation du pouvoir : elle consiste en une attitude de défiance vis-à-vis du pouvoir local où les relations sont basées sur la surveillance et le contrôle plutôt que sur la confiance et l'initiative. La seconde est légitimée par l'exigence d'ordre économique de limiter les dépenses de santé et d'hospitalisation. Elle est donc la

manifestation d'une volonté de limiter les coûts, d'allouer les ressources plus judicieusement et de prendre en charge les problèmes hospitaliers. Elle est aussi indéniablement la preuve d'un intérêt porté à la dimension sociale de la santé et à la préservation de la santé de la population. » [Zribi 1991:452]

Enfin, nous n'avons fait dans le cadre de cette recherche universitaire qu'apporter le fruit de nos réflexions sur les conditions actuelles d'avancement du projet de réforme de la gestion hospitalière en Tunisie. Notre ambition était d'inscrire notre recherche dans la perspective d'une contribution, si modeste soit-elle, à une évaluation plus complète de cette réforme. Cette étude a donc mis en évidence l'expérience tunisienne à la lumière des expériences grecque et canadienne dans le domaine de la gestion hospitalière.

Finalement, notre souhait est que ce travail puisse servir aux organes décisionnels au niveau du Ministère de la Santé Publique ainsi qu'au niveau des Etablissements Publics de Santé pour alimenter le débat afin de solutionner rapidement les problèmes gênant la bonne marche du processus de réforme pour atteindre les objectifs d'économie, d'efficacité et d'efficience dans nos hôpitaux publics.

BIBLIOGRAPHIE

- Azak Z. [1994] : « Le financement de la santé : trois catégories sociales, trois modes de paiement ». *Le Temps de Tunisie* du 14 décembre; pp. 3.
- Mejri A. [1992] : « Santé publique - La réforme en débat - : Pour une vraie mutation de la santé publique ». *La Presse de Tunisie* du 5 mars; pp. 2.
- Zribi O. [1991] : *Analyse des processus de décision et proposition pour un système d'information dans les établissements hospitaliers tunisiens*. Thèse pour l'obtention du titre de docteur de l'université de Rennes I en sciences de gestion.

SEMINAIRES

- **Thème 1** : *Cinquième journée de la santé publique organisée par la Direction Régionale de la Santé Publique de Bizerte*. Remel Bizerte le 19 juin 1995.
- **Thème 2** : *La stratégie gouvernementale en matière de santé publique*. Rassemblement constitutionnel démocratique (RCD); Congrès de la Persévérance; Tunis 29-30-31 juillet 1993.
- **Thème 3** : *Investir dans la santé : Quelles priorités pour le Maghreb ?*. Tunis 8-12 novembre 1993.

Les interventions de :

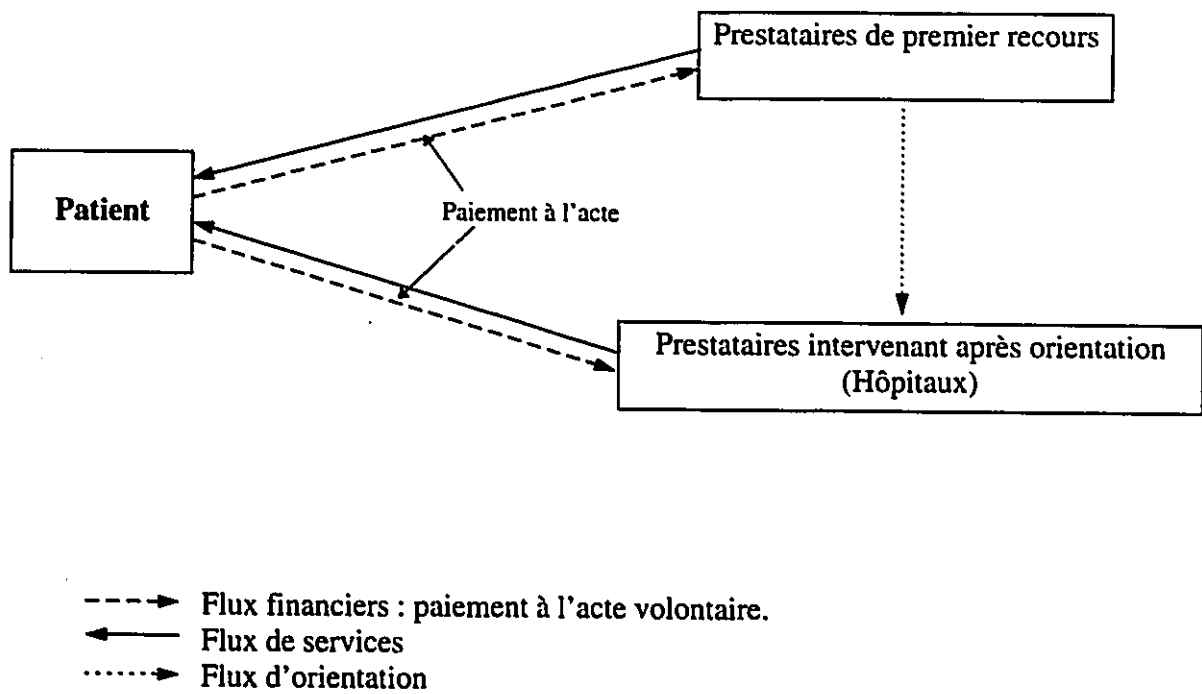
- Mhenni H. [1993] (Ministre de la Santé publique) : *Investir dans la santé en Tunisie*; pp. 1-13.
- Kaddar M. [1993] (Economiste) : *Financement et dynamique des systèmes de santé au Maghreb*.
- Achouri H. [1993] (Directeur de la réforme) : *Les régimes du risque maladie dans le système de santé tunisien*.

ANNEXES

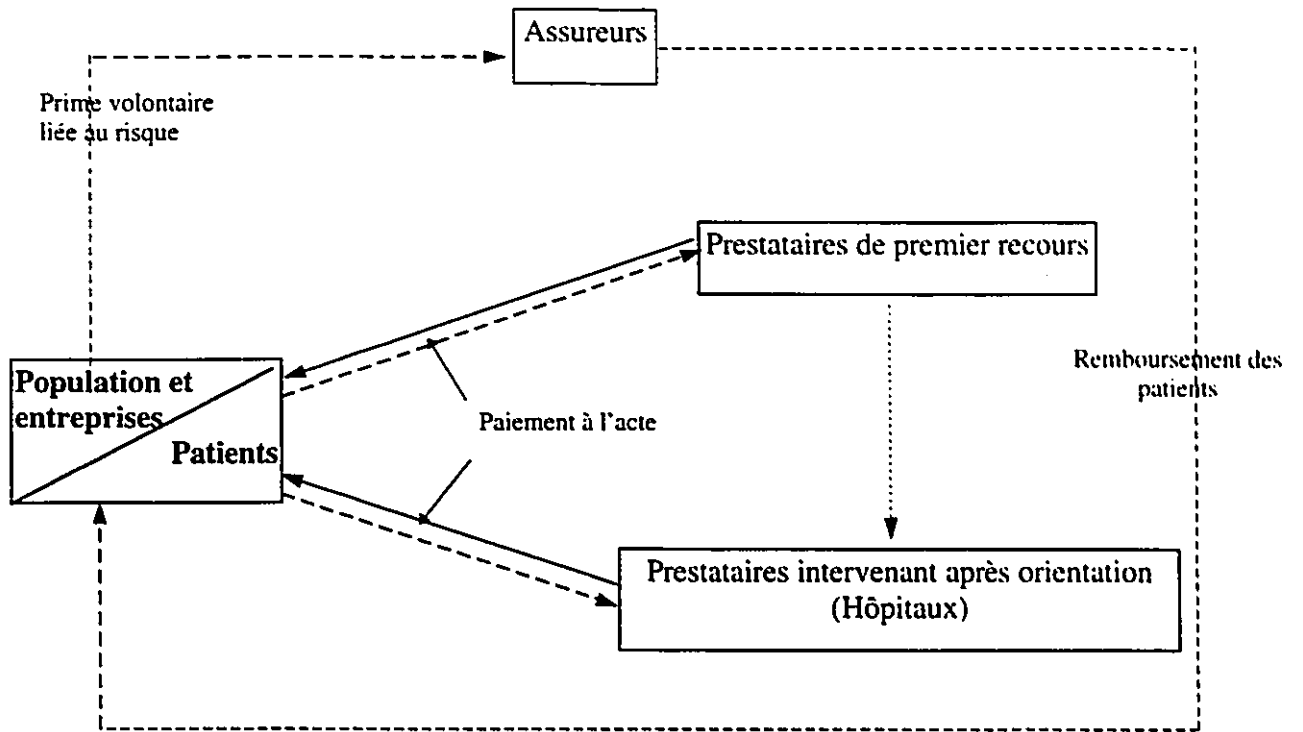
ANNEXE 1

LES DIFFERENTS MODES DE FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

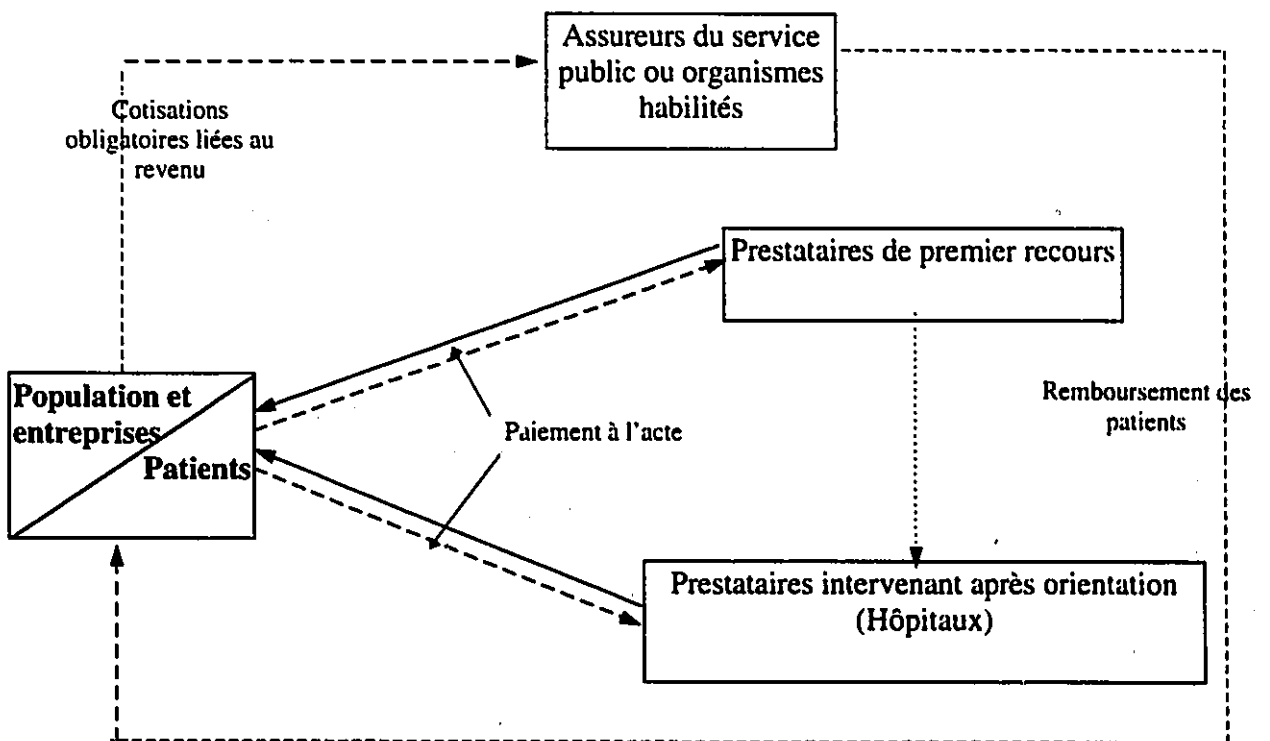
Graphique 1 : *Système de paiement volontaire des soins par les patients*



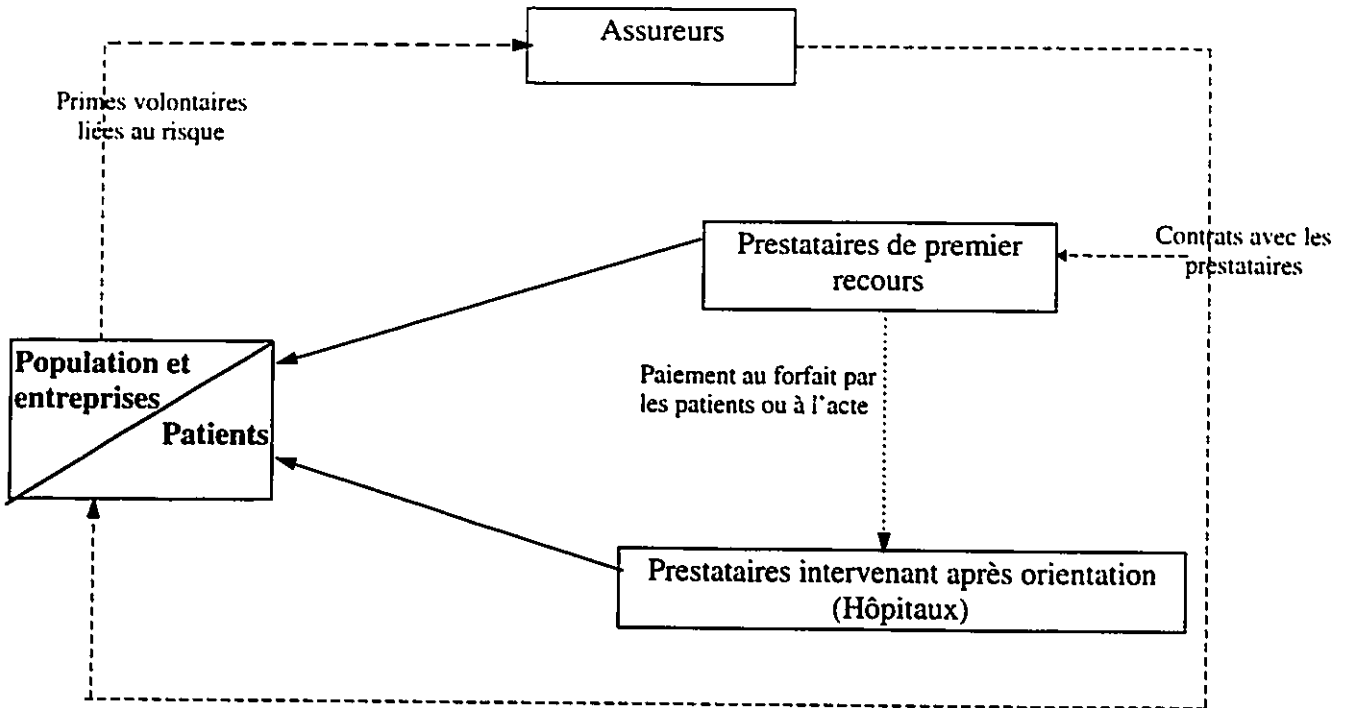
Graphique 2 : Assurance volontaire avec remboursement des patients



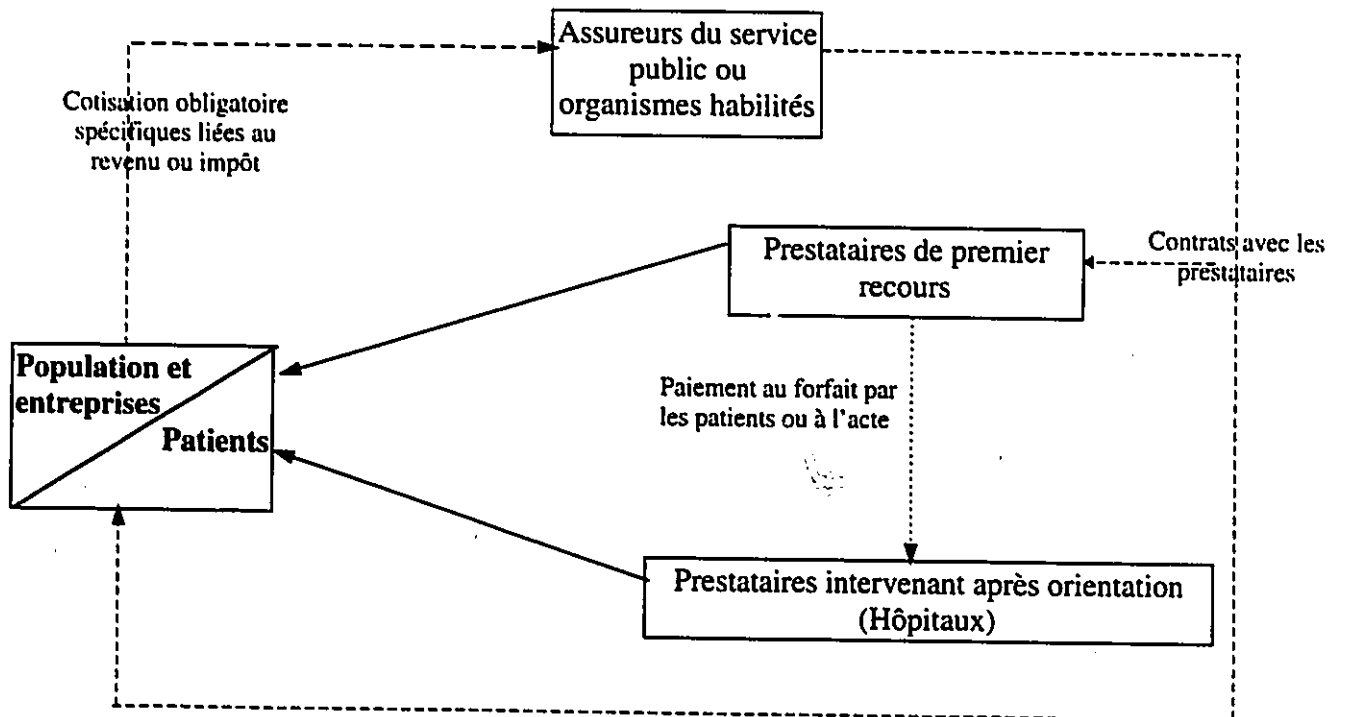
Graphique 3 : Assurance obligatoire avec remboursement des patients



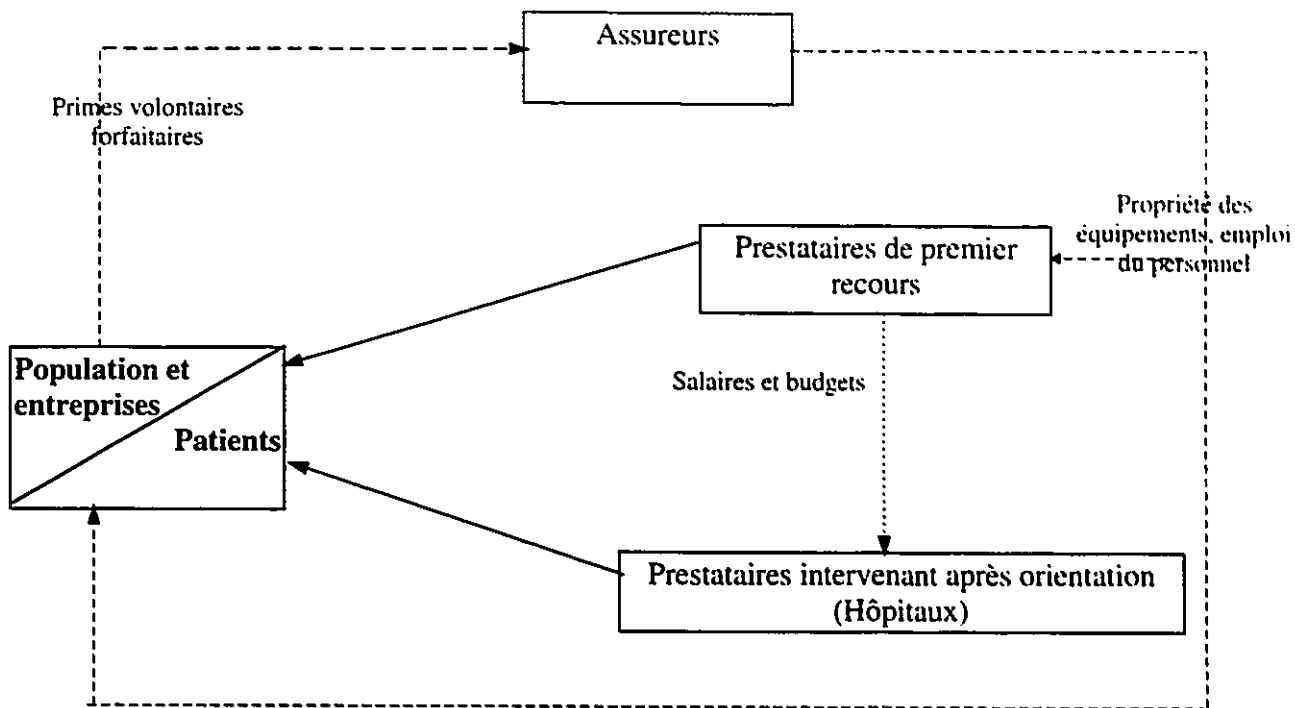
Graphique 4 : Assurance volontaire avec contrats assureurs/prestataires



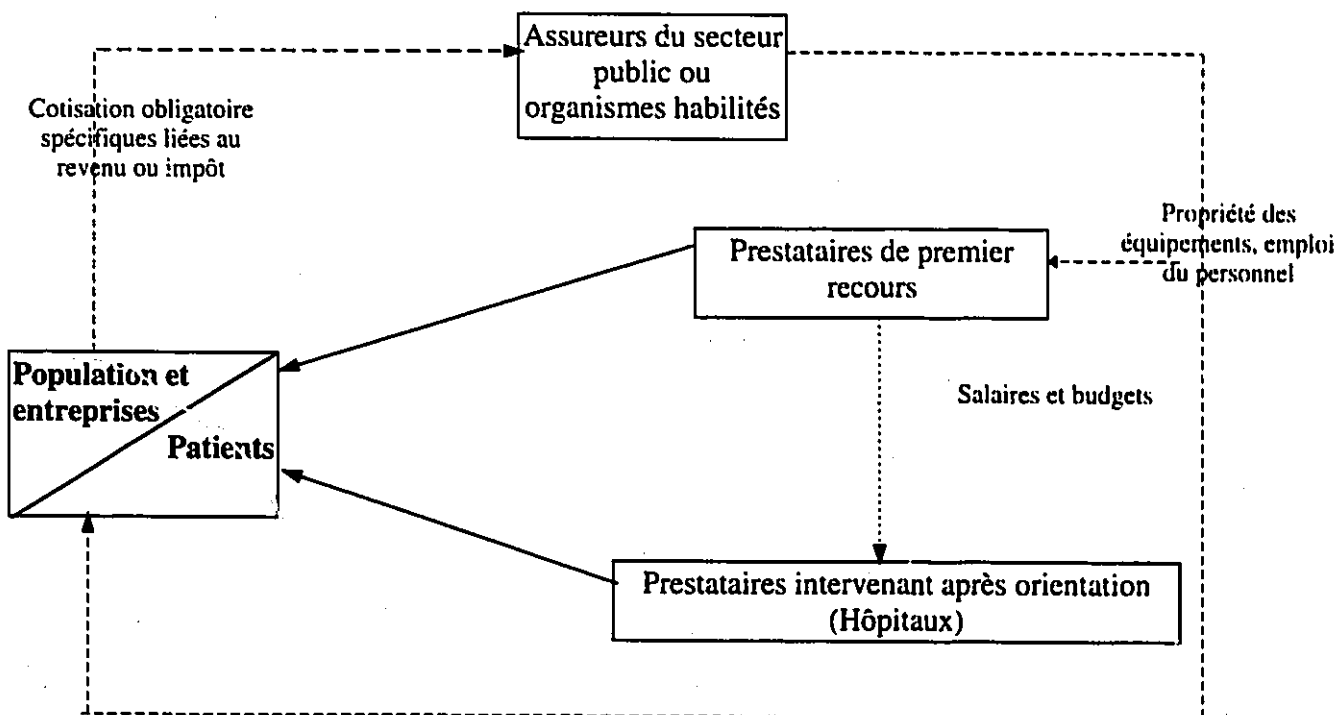
Graphique 5 : Assurance obligatoire avec contrats assureurs/prestataires



Graphique 6 : Assurance volontaire avec intégration assureurs/prestataires



Graphique 7 : Assurance obligatoire avec intégration assureurs/prestataires



ANNEXE 2

PARTICULARITES ET INFRASTRUCTURE DES HOPITAUX CANADIENS

I)- Genre d'hôpitaux au Canada

*** Hôpital public** (s'applique aux hôpitaux sans but lucratif, aux hôpitaux provinciaux et aux hôpitaux municipaux). Hôpital reconnu par la province comme « public ». Un tel hôpital ne vise ordinairement pas à réaliser des bénéfices.

*** Hôpital privé à but lucratif.** Cette définition s'applique aux hôpitaux reconnus comme « privés à but lucratif »; il s'agit des hôpitaux que des particuliers ou des organismes privés possèdent et exploitent en vue de réaliser des bénéfices.

*** Hôpital fédéral.** Hôpital appartenant à un ministère ou un organisme du gouvernement du Canada et ne visant pas à réaliser des bénéfices.

II)- Genre d'unité

*** Unités de soins de courte durée - Adultes et enfants.** Il s'agit des unités d'hospitalisation où sont traités les malades dont l'état, au moment de leur admission, requiert des services diagnostiques et thérapeutiques et (ou) des soins infirmiers spécialisés et une surveillance médicale.

*** Unités de soins de longue durée - Adultes et enfants.** S'applique aux unités d'hospitalisation où sont traités les malades dont l'état, au moment de leur admission, requiert des traitements suivis et des soins infirmiers constants.

III) Genre de service

Hôpital général

* **Sans unités de soins de longue durée.** Hôpital qui assure principalement le diagnostic et le traitement à court terme d'une grande variété d'affection et de traumatismes, sans distinction d'âge et de sexe.

* **Avec unités de soins de longue durée.** Hôpital comprenant un groupe de lits ou de chambres ou encore une aile ou un bâtiment séparé qui est considéré comme quartier de traitement distinct. Pour y être admis, il faut en général remplir les formalités de demande d'admission, même s'il s'agit d'un transfert d'un autre quartier de l'hôpital.

* **Hôpital d'enseignement.** Hôpital qui offre des programmes d'enseignement, dûment approuvés par les autorités compétentes, pour la formation clinique principale des étudiants effectuant leurs deux dernières années d'étude dans des disciplines médicales, dont la médecine interne et la chirurgie générale.

Hôpitaux généraux divers

* **Hôpital spécialisé.** Hôpital qui assure principalement le diagnostic et le traitement à court terme d'un nombre restreint de maladies ou de traumatisme, ou qui fournit un vaste éventail de services à des personnes d'un groupe d'âge particulier.

* **Hôpital pédiatrique.** Hôpital qui se spécialise dans le diagnostic et le traitement à court terme de malades souffrant de troubles psychiatriques.

* **Autres hôpitaux.** Centre anticancéreux, hôpital ou institut de cardiologie, institut psychiatrique, maternité, institut neurologique, hôpital orthopédique, etc.

* **Hôpital de réadaptation (convalescence comprise).** Hôpital qui assure principalement la surveillance constante et le traitement de malades dont l'état est censé s'améliorer considérablement à la suite de soins de physiothérapie et de réadaptation.

* **Hôpital de soins prolongés (Maladies chroniques comprises).** Hôpital qui dispense principalement des traitements constants aux personnes atteintes de maladies de longue durée ou celles dont les chances de guérison sont faibles et qui requièrent des soins médicaux et infirmiers constants.

* **Hôpital psychiatrique (soins prolongés).** Hôpital qui assure principalement l'évaluation et le traitement suivi de malades atteints de troubles psychiatriques.

* **Autres.** Les postes infirmiers et les hôpitaux éloignés

Propriété et gestion

La propriété et la gestion de l'hôpital sont deux aspects distincts de son fonctionnement.

- **Propriété.** Le propriétaire de l'hôpital est la personne, le groupe de personne, l'organisme ou la personne morale qui est le propriétaire enregistré selon l'acte de propriété.

- **Gestion.** Il s'agit de la personne, du groupe de personne, de l'organisme ou de la personne morale qui est chargé, de jour en jour, de s'assurer que l'hôpital est en mesure d'exercer son activité et de fournir les services.

* **Organisme sans but lucratif.** Hôpital sans but lucratif que possède et (ou) dirige un organisme non gouvernemental.

* **Société laïque.** Hôpital sans but lucratif que possède et (ou) dirige un groupe de bénévoles laïque.

* **Organisme religieux.** Hôpital sans but lucratif que possède et (ou) dirige organisme religieux.

* **Croix-rouge.** Hôpital sans but lucratif que possède et (ou) dirige la Société canadienne de la Croix-rouge ou une de ses divisions principales.

* **Municipalité (région ou district).** Hôpital sans but lucratif que possède et (ou) dirige une ville, un village, un comté, une municipalité ou toute autre administration municipale, une association de municipalités, un district ou toute autre personne morale qui est autorisé à lever des impôts ou à agir comme municipalité. On peut considérer que la propriété et la gestion font partie du domaine

municipal si les membres du conseil d'administration de l'hôpital sont nommés ou élus par l'autorité municipale ou le corps électoral ou encore leur est soumis d'une autre manière.

* **Gouvernement provincial.** Hôpital sans but lucratif que possède et (ou) dirige une direction, une division, un organisme ou un ministère d'un gouvernement provincial ou territorial.

* **Gouvernement fédéral.** Hôpital sans but lucratif que possède et (ou) dirige un ministère ou un organisme du gouvernement du Canada. La gestion est généralement confiée à un des organismes suivants : Affaires des anciens combattants, Santé et Bien-être social Canada, Défense national ou Energie atomique du Canada.

* **Privé à but lucratif.** Hôpital que possède et (ou) exploite un particulier ou un organisme privé en vue de réaliser des profits.

Source : Statistique Canada [1991-1992] : *Indicateurs des hôpitaux*, parties 3 et 4. Catalogue n° 83-246.

ANNEXE 3

REGIMES DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE EN TUNISIE

1. INDIGENTS

Régime de l'assistance médicale gratuite (AMG)

AMG 1

AMG 2

- Accès aux prestataires: Accès totalement gratuit au secteur public sous tutelle du Ministère de la Santé Publique uniquement.
- Couverture de la population :
AMG 1 : 116800 ménages
AMG 2 : 663000 ménages
- Financement : Subventionné en totalité par l'Etat pour AMG 1, le Régime exige une contribution du bénéficiaire de AMG 2: une contribution forfaitaire annuelle pour validation du carnet (10 dinars) et une contribution forfaitaire pour chaque consultation (0,6 dinars à 2 dinars) et chaque hospitalisation (de 7 dinars à 18 dinars par hospitalisation).
- Soins à l'étranger pris en charge par l'Etat sur le budget du Ministère de la Santé Publique.

Assurés sociaux

2. LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE (CNSS)

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale couvre les employés du secteur privé et de certaines entreprises publiques sont couvert par :

- Octroi des soins dans les structures publiques de Santé. Carnet de soins délivré par la caisse à ses affiliés; validité renouvelée tous les deux ans.

- Dispensation directe de soins ambulatoires à travers 6 polycliniques implantées dans les grandes agglomérations urbaines et l'assuré peut s'adresser à ses structures ou aux structures publiques de Santé sans limitation.
- Prise en charge de certains actes effectués dans le secteur privé et / ou dans le secteur public (hémodialyse, fourniture médicale, soins hautement spécialisés).
- Prise en charge de soins à l'étranger.
- Financement : cotisation des employés et des employeurs (en pourcentage des salaires bruts) :

⇒ Régimes des salariés non agricoles : 6,25 %

Employeur : 4,668 %

Employé : 1,562 %

⇒ Régimes des indépendants non agricoles : 5,40 %

Employé : 5,40 %

⇒ Régimes des salariés agricoles : 1,20 %

Employeur : 0,9 %

Employé : 0,3 %

⇒ Régimes des indépendants agricoles : 1,20 %

Employé : 1,20 %

3. LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE, INVALIDITE ET SURVIE (CAVIS)

La CAVIS couvre les soins de Santé des retraités :

- Salariés des entreprises
- Salariés des entreprises agricoles
- Salariés du secteur agricole

- Salarié de certaines entreprises publiques

⇒ Couverture de la population CNSS/CAVIS (1992):

908844 dont 748794 actifs
160050 passifs

4. LA CAISSE DE RETRAITE DU PERSONNEL D'ELECTRICITE, DU GAZ ET DU TRANSPORT (CREGT)

La CREGT couvre les employés de certaines entreprises publiques de transport, d'électricité et de gaz.

- Financement : 3 %

Employeur : 1 %

Employé : 2 %

- Prestations :

⇒ Remboursement des frais de soins dispensés aux affiliés dans les structures publiques et privées de santé pour les maladies de longue durée et les interventions chirurgicales sur la base de la tarification officielle en vigueur.

- Dispensation directe de soins dans les services médicaux des entreprises et/ou par conventionnement avec des médecins.

- Couverture de la population (1992) :

21486 dont 16789 actifs
4697 passifs

5. LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE SOCIALE (CNRPS)

La CNRPS couvre les fonctionnaires de l'Etat, des établissements publics administratifs et de certaines entreprises publiques.

- *Régime obligatoire* : deux possibilités exclusives l'une de l'autre.

⇒ Octroi de soins dans les structures publiques de santé : Carnet de soins délivré par la caisse à ses affiliés ou,

⇒ Remboursement de frais de maladies de longue durée et d'interventions chirurgicales, sur la base de tarification officielle quel que soit le prestataire.

- *Régime facultatif*

Remboursement des frais quel que soit le prestataire y compris pour les maladies ordinaires.

⇒ Les soins à l'étranger sont pris en charge par la CNRPS pour tous ses affiliés.

⇒ Couverture de la population (1992) :

553954 dont 460019 actifs
93953 passifs

- Financement : cotisations des employés et des employeurs :

Régime obligatoire : 3 %

Employeur : 1,5 %

Employé : 1,5 %

Régime facultatif : 4,5 %

Employeur : 1,5 %

Employé : 3 %

⇒ **L'ensemble du système de sécurité sociale tous régimes et toutes caisses confondus couvre 1 484 284 affiliés dont 1 225 602 actifs (83 %) et 258 682 passifs (17 %).**

6. LES ASSURANCES PRIVEES ET LES MUTUELLES

- Les assurances groupes couvrent les employés de certaines entreprises privées ou publiques (assurance groupe des employés de la CNSS).

- Les mutuelles couvrent les fonctionnaires de l'Etat et des établissements publics (mutuelle des agents de la santé publique).

Il s'agit de régimes de remboursement de frais avancés par l'adhérent ou l'affilié.

7. LES REGIMES DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

- Géré pour le secteur privé par les assurances privées jusqu'à l'année 1992, il devient du ressort de la CNSS.
- Les employés du secteur public sont à la charge de l'Etat.

8. LES AUTRES REGIMES LEGAUX DE COUVERTURE DE LA MALADIE

Diverses catégories socioprofessionnelles bénéficient de la gratuité totale des soins dans les structures de santé malgré les autres couvertures dont ils peuvent disposer. Il s'agit des catégories suivantes :

- Les militaires;
- Les forces de sécurité intérieure;
- Les agents de brigades de douanes;
- les résistants;
- Les handicapés;
- Le personnel de la santé publique.

⇒ Par ailleurs, la législation en vigueur accorde le bénéfice de la gratuité des soins et de l'hospitalisation à toutes personnes concernées par les études scientifiques, par les campagnes préventives ou atteintes de maladies épidémiques.

FREQUENTATION DES STRUCTURES DE SANTE RELEVANT DU MINISTERE DE LA SANTE
PUBLIQUE (1990)

	Consultations et urgences	Hospitalisations
Assurés sociaux	45,6 %	53,4 %
Assistance médicale gratuite	29,2 %	22,2 %
Catégories socioprofessionnelles		
Bénéficiaire de la gratuité des soins	18,2 %	18,2 %
Payants	70 %	62 %

Source : Achouri H. Séminaire 1993.

ANNEXE 4

TARIFS DES CONSULTATIONS ET DES HOSPITALISATIONS DANS LES
STRUCTURES PUBLIQUES DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUEMalades payants

	1-1-1991*	1-11-1991*	25-1-1993*	Evolution 91/93
Consultations				
• Médecine générale	3 Dinars	4 Dinars	5 Dinars	+ 67 %
• Médecine dentaire	3 Dinars	4 Dinars	5 Dinars	+ 67 %
• Spécialités				
Prof. & MCA	7 Dinars	10 Dinars	12 Dinars	+ 71 %
Autres spécialistes	5 Dinars	7 Dinars	8 Dinars	+ 60 %
Hospitalisations : Tarifs de la journée d'hospitalisation				
• Hôpitaux de circonscription				
Quelque soit le service	5 Dinars	6 Dinars	12 Dinars	+ 140 %
• Hôpitaux régionaux				
Médecine et spéc. médicales	7 Dinars	6 Dinars	15 Dinars	+ 114 %
Chirurgie et spéc. chirurgicales	12 Dinars	16 Dinars	20 Dinars	+ 67 %
• Hôpitaux universitaires				
Médecine, pédiatrie, pneumo, dermato, psychiatrie	9 Dinars	12 Dinars	18 Dinars	+ 100 %
Nutrition, endocrino, cardio, gastro, gynéco, rhumato, neuro	12 Dinars	16 Dinars	20 Dinars	+ 67 %
Chirurgie et spéc. chirurgicales, néphro, radiothérapie, réa et soins intensifs	20 Dinars	25 Dinars	30 Dinars	+ 50 %
Remarque : Les substitutions peuvent permettre à leurs malades de visiter un médecin de leurs choix. Dans ce cas les tarifs augmentent de 50 %. De même pour les personnes hospitalisées désirant une chambre privée.				

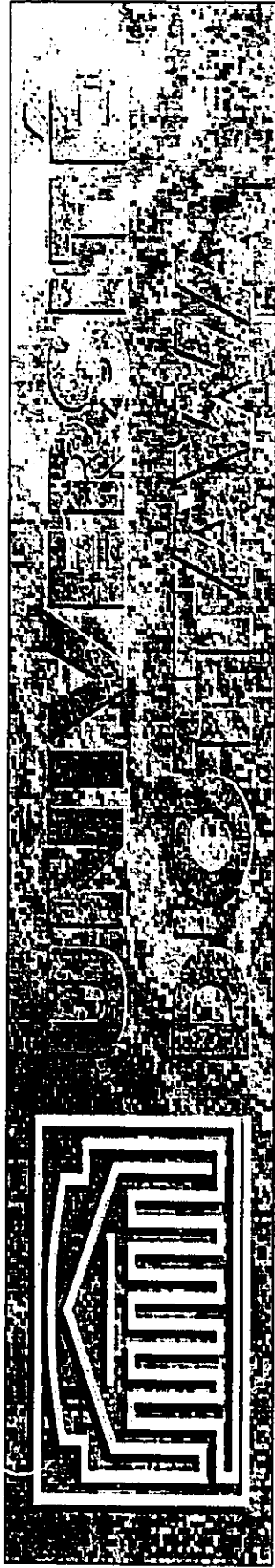
*Source : Journal Officiel de la République Tunisienne n° 19 du 9 mars 1993.

Tickets modérateurs

	1-1-1991*	1-3-1993*	Evolution 91/93
Consultations			
• Centres de santé de base	0,400 Dinars	0,600 Dinars	+ 50 %
• Hôpitaux de circonscription	0,700 Dinars	1 Dinars	+ 43 %
• Hôpitaux régionaux	1,500 Dinars	1,500 Dinars	+ 0 %
• Hôpitaux universitaires	1,500 Dinars	2 Dinars	+ 33 %
Hospitalisations			
• Hôpitaux de circonscription			
Médecine, spéc. médicales et G-Obst.	7 Dinars	7 Dinars	+ 0 %
Chirurgie et spéc. chirurgicales	13 Dinars	13 Dinars	+ 0 %
• Hôpitaux régionaux			
Médecine, spéc. médicales et G-Obst.	7 Dinars	10 Dinars	+ 43 %
Chirurgie et spéc. chirurgicales	13 Dinars	15 Dinars	+ 15 %
• Hôpitaux universitaires			
Médecine, spéc. médicales et G-Obst.	7 Dinars	12 Dinars	+ 71 %
Chirurgie et spéc. chirurgicales	13 Dinars	18 Dinars	+ 38 %

*Source : Journal Officiel de la République Tunisienne n° 19 du 9 mars 1993.

ANNEXE 5
LES QUESTIONNAIRES



Questionnaire
Corps administratif

Tunisie . Décembre 1995



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté d'administration

Faculty of Administration

A QUI DE DROIT

Dans le cadre de son programme de M.B.A. à la Faculté d'Administration à l'Université d'Ottawa, Hajer KHEDHER travaille, sous ma supervision, à une étude de la réforme de la gestion hospitalière en Tunisie.

Pour les besoins de cette étude, elle a à consulter et à interviewer certains membres du corps administratif et du corps médical de certains hopitaux tunisiens, ainsi que quelquespatients. Pour guider ce travail, Hajer KHEDHER a préparé un court questionnaire. La confidentialité complète et totale des résultats de ces entrevues et des réponses aux questionnaires sera évidemment maintenue.

Je vous serai reconnaissant de tout le temps que vous pourrez accorder à la requête que vous fait Hajer KHEDHER, car le succès de son travail de recherche dépend beaucoup de votre coopération

Gilles Paquet

Professeur d'économie et de management public
et
Ancien Doyen de la Faculté d'Administration

Décembre 1995

➔ Présentation de l'hôpital

1)- Quelle est la date de transformation de votre établissement en EPS et la date de votre nomination dans cet hôpital ?

2)- Quelle est la taille de votre établissement ?

3)- Comment se présente la structure administrative actuelle de l'hôpital ?

4)- Depuis la transformation de l'hôpital en EPS, avez-vous réalisé des économies sur le coût moyen ou sur les recettes globales ? Comment les qualifiez-vous : (Encercler le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

Importantes 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 faibles

→ La transition EPA ↔ EPS

(Pour chaque item encercler le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

- | | | | |
|---|------------------------|----------------|------------|
| 5)- La mise en place du système d'information de gestion : | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | complétée | pas encore |
| 6)- La formation des cadres hospitaliers : | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | complétée | pas encore |
| 7)- Le modèle de gestion financière préconisé par le projet : | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | en application | pas encore |
| 8)- L'informatisation des procédures de gestion : | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | complétée | pas encore |
| - L'implantation des équipements informatiques dans les unités de soins : | 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | complétée | pas encore |

- 9)- Le manuel de politiques et de procédures : Entièrement mis en place 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 pas encore
- 10)- Le recrutement du personnel nécessaire : connu par le corps médical 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 ignoré par le corps médical
- 11)- L'aménagement des locaux administratifs et d'accueil des malades : complété 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 pas encore
- 12)- Le renouvellement des équipements médicaux : complété 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 pas encore

➔ **Faits de transformation**

(Pour chaque item encrer le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

- 13)- Variation du niveau d'activité (Admissions, etc.) : augmentation 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 diminution
- 14)- Augmentation des recettes propres : forte 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 faible
- 15)- Diminution des impayés : forte 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 faible

- 16)- Variation des coûts : augmentation 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 diminution
- 17)- Climat social dans l'hôpital (absentéisme, taux de départ, etc.) : favorable 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 défavorable
- 18)- Amélioration de la qualité des soins : importante 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 faible
- Attente des malades : très courte 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 très longue
- Personnel paramédical motivé et : très aimable 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 peu aimable

- Quels sont les moyens mis en place pour augmenter la qualité des soins ?

➔ **Succès / échec**

(Pour chaque item encrer le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

19)- A votre avis, les résultats enregistrés jusqu'à aujourd'hui

dans votre établissement présentent-ils :

un succès

1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

un échec

Vos commentaires ?-----

➔ **Impacts secondaires**

20)- Est ce qu'il est apparu des impacts secondaires inattendus (positifs ou négatifs) depuis la transformation de votre hôpital en EPS ?

Lesquels et comment ils ont été surmontés ou utilisés en faveur de l'hôpital ?

➔ Etat d'avancement du processus

21)- Etant donné le nouveau mode de gestion dans l'hôpital, utilisez vous des instruments ou des indicateurs d'évaluation ? Lesquels?

22)- Pensez-vous que le personnel administratif travaillant déjà dans l'hôpital avant sa transformation en EPS, manifeste actuellement un consensus avec le processus de réforme ? Comment qualifiez-vous ce consensus : accord 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 désaccord
(Encercler le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

Qu'en est-il du personnel médical ? Leur consensus est : accord 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 désaccord

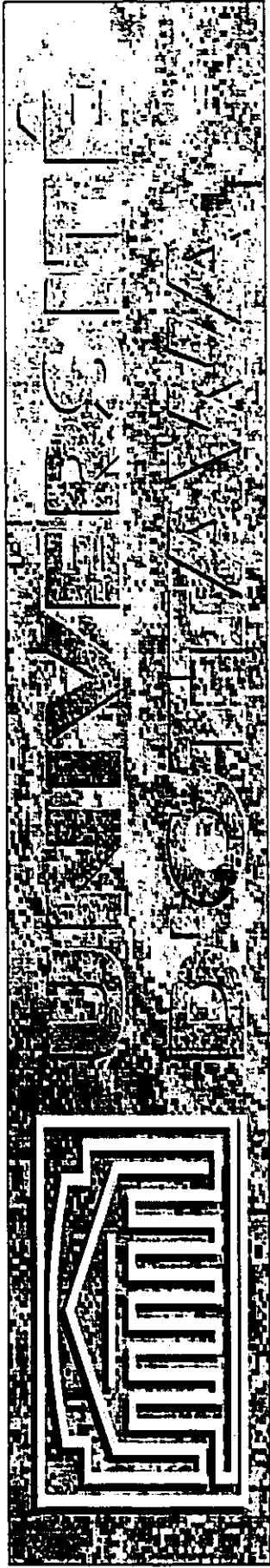
23)- Quels sont les obstacles rencontrés dans la gestion de votre établissement depuis sa transformation en EPS ? (Classez de 1 à 7 par ordre d'importance) :

- Insuffisance du corps administratif compétent
- Manque de coopération du corps médical
- La mentalité du personnel et leur laisser-aller
- Le statut de la fonction publique pour le recrutement des cadres hospitaliers
- Le rôle du conseil médical dans l'utilisation des ressources
- Le pouvoir décisionnel encore centralisé au niveau du Ministère de la Santé Publique
- Autres : -----

24)- L'autonomie administrative et financière des EPS, préconisée par la loi, n'est pas encore totale. Quelles sont les limites de votre autonomie dans l'hôpital ou alors quelles sont les décisions qui sont encore du ressort du Ministère de la Santé Publique ?

25)- Comment jugez-vous les éléments suivants dans votre établissement :
(Pour chaque item encerclez le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

Economie (Faire les choses au plus bas prix) :	Réussite	1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	échec
Efficacité (Faire la chose bien) :	Réussite	1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	échec
Efficience (Faire la bonne chose) :	Réussite	1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	échec



Questionnaire

Corps médical

Tunisie . Décembre 1995

➡ Présentation

1)- Quelle est votre spécialité ?

2)- Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet hôpital ?

3)- Avez-vous travaillé dans d'autres hôpitaux ?

➡ La transition EPA ➡ EPS

4)- Etes-vous satisfait du processus de réforme dans les hôpitaux ? Pourquoi ?

➔ Faits de transformation

(Pour chaque item encerclez le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

- | | | | |
|--|--------------|-------------------------|-------------|
| 10)- Variation du niveau d'activité (admissions, etc.) : | importante | 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | négligeable |
| 11)- Variation des recettes de l'hôpital : | augmentation | 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | diminution |
| 12)- Variation des coûts : | augmentation | 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | diminution |
| 13)- Climat social dans l'hôpital (absentéisme, taux des départs, etc.) : | favorable | 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | défavorable |
| 14)- Amélioration de la qualité des soins : | importante | 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | faible |
| - Attente des malades : | très courte | 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | très longue |
| - Personnel paramédical motivé et : | très aimable | 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 | peu aimable |

- Quels sont les moyens mis en place pour augmenter la qualité des soins ?

➔ **Succès / échec**

(Pour chaque item encercler le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

15)- Comment qualifiez vous les résultats enregistrés jusqu'à aujourd'hui
dans votre établissement :

un succès 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 un échec

Vos commentaires ?

➔ Impacts secondaires

16)- Est ce qu'il est apparu des impacts secondaires inattendus (positifs ou négatifs) depuis la transformation de votre hôpital en EPS ?
Lesquels et comment ils ont été surmontés ou utilisés en faveur de l'hôpital ?

➔ Etat d'avancement du processus

17)- Si on propose d'évaluer l'état d'avancement de cette réforme, quels indicateurs suggérez-vous à l'étude ?

18)- Pensez-vous que le personnel administratif travaillant déjà dans l'hôpital avant sa transformation en EPS, manifeste actuellement un consensus avec le processus de réforme ? Comment qualifiez-vous ce consensus : accord 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 désaccord

Qu'en est-il du personnel médical ? Leur consensus est : accord 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 désaccord

19)- Quels sont les obstacles rencontrés dans la gestion de votre établissement depuis sa transformation en EPS ? (Classez de 1 à 7 par ordre d'importance) :

- Insuffisance du corps administratif compétent
- Manque de coopération du corps médical
- La mentalité du personnel et leur laisser-aller
- Le statut de la fonction publique pour le recrutement des cadres hospitaliers
- Le rôle du conseil médical dans l'utilisation des ressources
- Le pouvoir décisionnel encore centralisé au niveau du Ministère de la Santé Publique
- Autres :- -----

20)- L'autonomie administrative et financière des EPS, préconisée par la loi créant ces derniers, n'est pas encore totale. Quelles sont les limites de votre autonomie dans l'hôpital ou alors quelles sont les décisions qui sont encore du ressort du Ministère de la Santé Publique ?

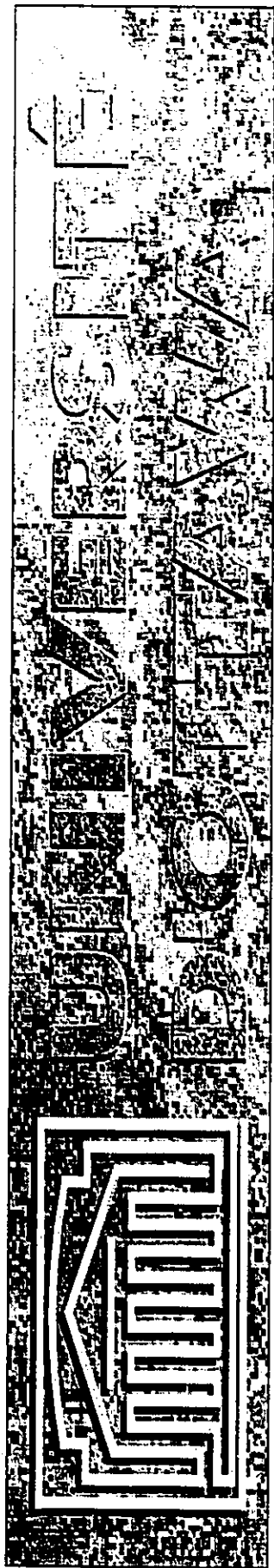
21)- Comment jugez-vous les éléments suivants dans votre établissement :
(Pour chaque item encrer le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

Economie (Faire les choses au plus bas prix) : Réussite 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 échec

Efficacité (Faire la chose bien) : Réussite 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 échec

Efficience (Faire la bonne chose) : Réussite 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 échec

22)- Vos commentaires et suggestions sur l'ensemble de cette réforme ?



Questionnaire

Patients

Tunisie . Décembre 1995

➔ Présentation

① Veuillez indiquer votre groupe d'âge :

- Moins de 18 ans
- 18 à 24 ans
- 25 à 34 ans
- 35 à 44 ans
- 45 à 64 ans
- Plus de 64 ans

② Combien de fois avez-vous visité cet hôpital ?

③ Pourquoi avez-vous choisi cet hôpital ?:

➔ Le processus de réforme dans les hôpitaux

④ Est ce que vous avez entendu de la réforme des hôpitaux ? Si Oui, comment vous l'avez su et qu'en pensez vous?

⑤ Lors de vos dernières visites à l'hôpital, est ce que vous avez remarqué des changements quant à l'accueil et la qualité des soins ?

⑥ Comment jugez-vous les éléments suivants dans cet hôpital :

(Pour chaque item encerclez le chiffre correspondant le plus à votre opinion)

Le temps d'attente	très court	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	très long
L'accueil	personnalisé	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	négligé
Les coûts des soins	élevés	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	faibles

Le personnel médical	aimable	1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	peu aimable
La qualité des soins	supérieure	1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	inférieure
La propreté de l'hôpital	élevée	1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	basse

⑦ Si vous avez à critiquer cet hôpital vous direz....

⑧ Vos suggestions ?

ANNEXE 6

RESULTATS DES DEPOUILLEMENTS DES QUESTIONNAIRES

HOPITAL HABIB THAMEUR - TUNIS -

CORPS ADMINISTRATIF

	Administrateur 1	Administrateur 2	Administrateur 3	Administrateur 4
(01)	1-1-1994	1-1-1994	1-1-1994	1-1-1994
(02)	Mais 1994	Janvier 1990	Juillet 1994	1993
(03)	Taille moyenne	250 lits	CHU	CHU
	Structure prévue par l'organigramme type des EPS.	Conseil d'administration + Direction générale + 8 services.	Organigramme type des EPS.	Actuellement il me semble que la structure de l'hôpital est définissable vu le manque d'une organisation administrative bien définie (statut de la fonction publique).
(04)	8	8	8	7
(05)	8	8	7	8
(06)	6	7	6	8
(07)	8	8	8	9
(08)	3	8	6	5
(09)	3	1	5	7
(10)	8	8	7	8
(11)	6	5	3	5
(12)	5	6	7	3
(13)	7	2	8	1
(14)	7	8	8	7
(15)	7	6	---	5
(16)	9	9	8	8
(17)	10	8	9	9
(18)	---	4	7	5
(19)	7	7	8	6

	---	8	8	8	8
	7	7	7	7	8
	7	6	8	7	7
	Encourager les différents services à introduire les nouvelles techniques de diagnostic et de soins et utiliser toutes les opportunités qui nous sont offertes pour améliorer notre rendement interne par l'utilisation optimale de la capacité hospitalière, l'utilisation des lits de jours (l'hôpital de jours) surtout au sein des services O.R.L. et ophthalmo.	Meilleure répartition des tâches, limiter les responsabilités et stages pour certains agents.	Aménagement des locaux d'accueil des malades, sensibilisation du personnel paramédical et l'achat de nouveaux équipements médicaux.	Renforcement du plateau technique de l'établissement, renforcement de la procédure de gestion des malades (intendants) et sensibilisation des surveillants de services.	8
(016)	8	8	8	8	8
	---	Reste des améliorations	---	Il reste beaucoup à faire surtout au niveau de la motivation du personnel qui reste la plus grande lacune de cette réforme	8
(020)	Les impacts secondaires sont multiples et d'ordre interne et externe. Pour nos clients l'EPS est perçu comme une entreprise privée qui cherche le profit et qui devrait augmenter les tarifs et ne plus tolérer la prise en charge de certains cas sociaux, l'application de la réglementation s'est faite graduellement et l'image de l'EPS s'est beaucoup améliorée.	---	Impacts positifs : La réforme administrative a permis de motiver les agents et d'améliorer leurs rendements. La nomination d'un directeur général jeune et ouvert a permis d'instaurer un climat paisible et de faciliter la communication entre l'administration et les services hospitaliers. Impacts négatifs : La mentalité du personnel et le laisser aller surmontés par la sensibilisation et l'instauration de nouvelles méthodes de travail.	---	---

O21	Indicateurs comptables, indicateurs d'activité (comparaison) et les doléances des citoyens.	Les statistiques annuelles en attendant l'informatisation.	Les statistiques et les bilans. La présence des cadres administratifs : permanence et contrôle inopiné.	Ratio recettes constatées / recettes recouvrées, indicateurs sanitaires (DMS, taux d'occupation des lits, etc.) et les états de trésorerie mensuels.
O22	9	9	8	4
O23	7 4-3-1-5-6-2	7 2-4-1-3-5-4	7 4-2-1-5-6-3	3 6-3-2-1-5-4-7; Autres : Motivation du personnel
O24	Le recrutement du personnel, la tenue d'une loi des cadres qui devrait tenir compte des spécificités de l'établissement. La discussion avec les autorités des finances du budget d'investissement. La discipline des médecins et cadres administratifs catégorie A.	Autonomie administrative partielle.	La gestion du personnel.	Les décisions stratégiques: recrutement du personnel et en général gestion des ressources humaines (paie, formation, recrutement, etc.).
O25	8	10	7	8
	8	10	8	8
	8	10	8	8

HOPITAL HABIB THAMEUR - TUNIS -

CORPS MEDICAL

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3
	O.R.L.	Pharmacie	Neurologie
	12 ans	13 ans	3 ans
	Non en tant que titulaire	Oui.	Oui.
	Moyennement satisfait car la réforme hospitalière vise à améliorer les prestations des services rendus dans l'ensemble des hôpitaux. Cette amélioration devrait avoir comme conséquence l'admission de nombre plus important de patients ciblés par le secteur privé alors qu'on ne constate pas de changements quant à la catégorie de la majorité des patients avant et après la réforme.	C'est trop tôt pour juger.	Oui, car il y a des possibilités d'acquisition de matériels; et non pour les raisons suivantes: 1. Couverture du système sanitaire de façon étanche entre privé et public. L'hôpital est de plus en plus réservé aux pauvres, les malades privés ne peuvent disposer des compétences de l'hôpital. 2. Les salles communes. 3. Conditions matérielles des médecins de l'hôpital abaissées par rapport à leurs collègues du privé.
05	1	1	2
06	2	0	0
07	5	10	5
08	5	8	9
09	Oui, ceci sensibilise les médecins à mieux gérer selon les moyens de l'EPS, les services qu'ils peuvent rendre et ainsi seront impliqués tout au moins dans les domaines qui les concernent.	C'est indispensable d'avoir une collaboration étroite entre le comité médical et l'administration ; c'est une création indispensable pour l'établissement.	Oui, à condition que les médecins aient de bonnes intentions et qu'ils ne s'organisent pas en clans ou en groupes de pression qui pourrait faire obstacle à leurs confrères et à l'administration.
10	7	6	7
11	5	5	7
12	7	6	9
13	7	8	8
14	6	6	6
15	3	4	10

	<p>5</p> <p>Amélioration au niveau de l'accueil des patients, plus de coordination entre le plateau technique et les services d'hospitalisation. Diversifier l'équipement pour augmenter les prestations de services.</p>	<p>5</p> <p>---</p>	<p>9</p> <p>Il n'y a pas eu vraiment de moyens qui ont été mis en place pour augmenter la qualité des soins. Les moyens qui devraient être mis en place sont : réduire les délais de rendez vous, réduire les listes d'attente, réduire les salles communes, s'assurer et garder les médecins les plus compétents, renvoyer les médecins non compétents, acquérir le meilleur matériel sur le marché et enfin faire de la publicité pour attirer les malades payants.</p>
	<p>7</p> <p>Le succès sera encore plus notable s'il y a amélioration des conditions d'hôtellerie et s'il y a encouragement des services dont le rendement est meilleur.</p>	<p>6</p> <p>---</p>	<p>6</p> <p>Les mesures administratives de propreté, etc. sont bonnes mais la réforme me semble négliger le côté compétence et efficacité médicale. Le succès de la réforme devrait se mesurer par le côté commercial de l'admission des malades payants non par la propreté des locaux qui est une chose qui devrait être acquise, mais par la présence des médecins les plus compétents.</p>
016	<p>Impact positif : meilleure gestion à tous les niveaux. Impact négatif : absence de révision des coûts des actes.</p>	<p>Non.</p>	<p>L'hôpital est agréable, propre, le personnel est gentil avec les malades, il y a de nouvelles possibilités techniques de diagnostic grâce à l'achat de matériel.</p>
017	<p>- Le meilleur indicateur est le coût de chaque acte hospitalier. - Autres: l'arrivée de nouveaux patients en consultation et les recettes propres de l'hôpital.</p>	<p>---</p>	<p>1. Evaluation des services médicaux: leur efficacité et leur rentabilité. 2. La réduction des salles communes. 3. Le nombre de malades payants venant du privé. 4. La réussite des médecins à attirer des malades et à faire des actes de pointe.</p>
018	<p>5</p> <p>4</p>	<p>5</p> <p>3</p>	<p>10</p> <p>6</p>
019	<p>0 - 0 - 0 - 1 - 0 - 2 - 3: Autres: Manque de moyens</p>	<p>0 - 1 - 0 - 0 - 0 - 0</p>	<p>0 - 2 - 0 - 1 - 0 - 0 - 3: Autres: L'empêchement</p>

	informatiques.			« dans les faits » des compétences médicales à exercer en temps partiel dans le privé démobilitise les médecins.
020	Suggestions : l'autonomie doit être plus large et doit englober la révision du coût des actes, le recrutement du personnel à tous les niveaux administratifs et techniques. Le rôle du Ministère de la Santé Publique devrait être limité à un rôle de supervision.	Le recrutement.	Le recrutement.	
021	7	6	10	
	7	8	9	
	7	5	10	
	---	---		Cette réforme doit donner à la Tunisie des hôpitaux modernes, efficaces, à la pointe du progrès avec des médecins heureux de leur sort et des hôpitaux qui doivent être supérieur au secteur privé et non une séparation sans raison de la santé en deux systèmes étanches (le privé et le public pour ceux qui ne peuvent payer la clinique). Rétablir le statut des « compétences » hospitalo-universitaires qui garantirait le côté « soins » de la réforme en restant dans le secteur hospitalier non en désertant les hôpitaux.

HOPITAL HABIB THAMEUR - TUNIS -

PATIENTS

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9	Patient 10
01	45 à 64	35 à 44	25 à 34	35 à 44	18 à 25	25 à 34	45 à 64	plus de 64	plus de 64	
02	Ayant déjà visité l'hôpital l'an dernier et hospitalisé depuis 3 semaines.	Plus que 6 fois et hospitalisé depuis 1 semaine.	Plus que 3 fois et hospitalisé depuis 2 jours.	Plus que 10 fois et hospitalisé depuis 17 jours.	Traité depuis 3 ans et hospitalisé depuis 16 jours.	Plus que 3 fois et hospitalisé depuis 27 jours.	Plus que 3 fois et hospitalisé depuis 25 jours.	Plus que 10 fois et hospitalisé depuis 3 jours.	Traité depuis 2 ans et hospitalisé depuis 2 jours.	Hospitalisé depuis 1 mois.
03	Envoyé par l'hôpital régional de la Mehdiia (centre de la Tunisie).	Envoyé par le dispensaire de la Médina Jedida (Tunis)	Caravane sanitaire de Douz (sud de la Tunisie).	Envoyée par le dispensaire de Bouargoub (Centre de la Tunisie).	Envoyé par le dispensaire de Kairouan (centre de la Tunisie).	Envoyé par l'hôpital régional de Guebelli (Sud de la Tunisie).	Envoyé par l'hôpital régional de Testour (sud de la Tunisie).	Envoyé par le dispensaire de la Cité El Khadra (Tunis).	Envoyé par l'hôpital régional du Kef (Nord ouest de la Tunisie).	Envoyé par l'hôpital de la Marsa (Tunis).
04	Oui, à travers la T.V.	Oui, à travers la T.V.	Oui, à travers la T.V.	Oui, à travers la T.V.	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.
05	Oui	Oui, plus propre et accueilli plus personnalisé.	Oui, accueil plus personnalisé.	Oui, plus propre.	Oui, propreté et qualité des soins.	Oui, propreté et accueil.	Oui, plus propre.	Oui, plus propre.	Oui, plus propre.	Oui, plus propre.
06	8	3	3	5	4	2	2	2	9	2
	8	8	8	9	9	9	9	9	9	10
	5 (10 %)	6 (10 %)	Indigent	5 (10 %)	7 (10 %)	Indigent	Indigent	5 (10 %)	8 (10 %)	Marine
	4	9	9	9	9	9	9	10	9	10
	9	8	8	10	9	9	10	9	9	10

10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.

INSTITUT NATIONAL DE NUTRITION ET DE TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE DE TUNIS

CORPS ADMINISTRATIF

	Administrateur 1	Administrateur 2	Administrateur 3	Administrateur 4	Administrateur 5
01	1993	1993	1993	1993	1993
02	1975	1993	1993	1993	1993
03	75 lits	70 lits	Catégorie C	Taille moyenne. Catégorie C	Taille moyenne. Catégorie C.
	L'institut est régié par le code de la comptabilité commerciale, le statut général des personnels de la fonction publique.	Structure fonctionnelle selon l'organigramme type des EPS.	Structure fonctionnelle.	Structure fonctionnelle.	Structure fonctionnelle.
04	8	9	9	8	10
05	8	9	7	7	9
06	9	9	7	7	9
07	9	10	7	9	9
08	9	8	6	8	8
09	10	10	0	7	10
10	9	9	8	7	9
11	9	7	4	8	10
12	8	8	4	7	8
13	9	8	4	9	5
14	9	9	8	9	5
15	9	9	7	9	8
16	9	10	9	8	8
17	8	10	9	9	8
18	8	3	9	5	7
19	9	8	10	4	8

018	9	8	8	7	7
	8	9	8	6	6
	8	7	8	5	6
	Sensibiliser le personnel, acquisition de matériel et amélioration des conditions du travail.	Dossier unique malade et plan des soins.	Formations continue, création des cercles de qualité, multiplication du nombre des revues spécialisées répondant au profil de la qualité des soins et des stages.	Moyens financiers et humains.	Les moyens matériels et la bonne organisation augmentent la qualité des soins.
019	9	9	8	9	8
	Les résultats sont en général positifs. La réforme est à ses débuts, nous espérons d'autres améliorations dans les années qui suivent.	---	Il reste encore des lacunes dues à l'ancien régime nécessitant des interventions en vue d'une meilleure amélioration (qualification des agents administratifs, octroi de motivations, etc.).	---	Le succès est tributaire de la bonne organisation.
020	- Meilleurs gestion, meilleur encadrement et meilleure évaluation des activités des services.- Amélioration des conditions d'accueil et de séjour des malades.- Fluidité de la gestion financière (autonomie financière) et suppression du contrôle à priori.	---	Augmentation inattendue du nombre d'admissions.	---	---
021	Utilisation de l'audit interne.	Tableau de bord, analyse financière et contrôle budgétaire.	Personnellement j'utilise parfois pour évaluer notre activité (service gestion des malades) le diagramme de PARETO, etc.	Techniques de gestion financière et audit.	---
022	9	9	7	9	8
	9	9	6	9	8

023	6-4-3-2-5-1	3-6-4-1-5-2	1-2-4-3-6-5	6-2-3-1-4-5	1-0-0-3-0-0-4: Autres : La motivation du personnel .
024	Recrutement, organisation des concours, promotion des agents, contrôle de tutelle sur tous les actes administratifs.	Recrutement, motivation du personnel.	Recrutement, accès aux concours internes pour la promotion et l'achat des équipements lourds.	Recrutement, construction et les investissements stratégiques.	Recrutement.
025	8 9 9	10 8 8	6 9 8	8 9 5	7 8 9

INSTITUT NATIONAL DE NUTRITION ET DE TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE DE TUNIS
CORPS MEDICAL

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3
Q1	Diabétiologie et maladies de la nutrition	Nutrition, sexologie et andologie.	Endocrino-nutrition.
Q2	19 ans	10 ans	25 ans
Q3	Oui.	Non.	Oui.
Q4	Oui parce qu'il y a plus d'objectivité dans la supervision et plus de justice dans la répartition des tâches.	Non, car on travaille dans les mêmes conditions. Je pense que c'est le fond qui nécessite une restructuration totale.	Oui, meilleure gestion, meilleure appréciation du coût de la santé mais autonomie partielle dans la gestion du budget.
Q5	0	0	0
Q6	5	0	10
Q7	0	5	0
Q8	5	0	5
Q9	Oui.	Oui, car l'administrateur comprend bien la gestion et l'organisation des structures mais le médecin comprend plus le malade.	Certainement.
Q10	8	5	5
Q11	9	7	6
Q12	6	8	7
Q13	7	5	8
Q14	5	5	6
	7	5	2
	6	5	8
	Augmentation du nombre de salles de consultation.	Les mêmes qu'auparavant.	Disponibilité des médicaments, amélioration du fonctionnement des laboratoires et durée d'hospitalisation écourtée.

015	7	5	6
Amélioration nette de la gestion et par la suite amélioration des recettes de l'hôpital.	Ce n'est qu'un début, une évaluation est capitale et une participation des médecins est nécessaire.		Contraintes dans le recrutement du personnel. Pas d'indemnités valorisant le travail de chacun. Les indemnités actuelles ne font pas la différence entre ceux qui travaillent beaucoup et bien et les autres.
Impact négatif: L'augmentation du nombre des malades est non proportionnelle à l'amélioration des conditions de travail. Il y aura augmentation des recettes de l'hôpital mais une diminution de la qualité des soins.	Je ne vois aucun changement.		Parfois conflits avec l'administration (locaux, moyens matériels, pouvoir de décision, etc.).
Satisfaction ou non des malades et des corps médical et paramédical. Le nombre et l'importance (valeur) des travaux de recherche effectués depuis la transformation de l'hôpital en EPS.	---		Les chiffres : budget, nombre de malades admis, taux d'occupation des lits et qualité des soins. Le bien être des techniciens de la santé ; peu de changement à ce niveau.
4	5	5	3
7	5	5	5
6 - 4 - 1 - 3 - 5 - 2	3 - 2 - 4 - 5 - 6 - 1 - 7: Autres. Le malade doit avoir la liberté de choisir son médecin traitant et la structure soignante, donc une meilleure prise en charge du malade.		3 - 6 - 4 - 1 - 4 ^{bis} - 2
Recrutement, salaire et la promotion du personnel.	Le recrutement.		Le recrutement.
0		5	3
9		5	7
8		5	3
Pour la gestion, elle est bonne. Un seul inconvénient c'est l'augmentation sans cesse croissante du nombre des patients ce qui risque de nuire à la qualité des soins.	Une réforme à revoir. Suggestions : 1. Améliorer l'infrastructure. 2. Mieux faire participer les médecins. 3. Une meilleure motivation du corps médical. 4. Insister sur la prise en charge sociale.		Motiver davantage les cadres de la santé publique et les associer davantage aux progrès de l'institution.

INSTITUT NATIONAL DE NUTRITION ET DE TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE

PATIENTS

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9	Patient 10
Q1	45 à 64	35 à 44	35 à 44	- de 18 ans	35 à 44	- de 18 ans	35 à 44	18 à 25	- de 18 ans	plus de 64
Q2	2 fois	Plus que 5 fois et hospitalisé depuis 1 semaine.	Plus que 3 fois et hospitalisé depuis 1 semaine.	Plus que 3 fois et hospitalisé depuis 15 jours.	hospitalisé plus que 10 fois.	Plus que 2 fois et hospitalisé depuis 1 semaine.	Plus que deux fois et hospitalisé depuis 1 semaine	Plus que 5 fois et hospitalisé depuis 4 jours.	Hospitalisé depuis 27 jours.	Plus que 10 fois.
Q3	Mon médecin m'a envoyé et c'est le seul établissement spécialisé en Tunisie dans les maladies de la nutrition.	Envoyé par l'institut du planning familial.	Mon médecin m'a envoyé et c'est le seul établissement spécialisé en Tunisie dans les maladies de la nutrition.	Envoyée par l'hôpital régional de Tabarka (Nord de la Tunisie).	Mon médecin m'a envoyé et c'est le seul établissement spécialisé en Tunisie dans les maladies de la nutrition.	Mon médecin m'a envoyé et c'est le seul établissement spécialisé en Tunisie dans les maladies de la nutrition.	Plus proche de chez moi et le meilleur en Tunisie.	Mon médecin m'a envoyé et c'est le seul établissement spécialisé en Tunisie dans les maladies de la nutrition.	Mon médecin m'a envoyé et c'est le seul établissement spécialisé en Tunisie dans les maladies de la nutrition.	Mon médecin m'a envoyé et c'est le seul établissement spécialisé en Tunisie dans les maladies de la nutrition.
Q4	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui. A travers les journaux.	Non	Non	Non
Q5	Oui	Non	Avant il était meilleur.	Non	Non, avant il était plus propre.	Non	Oui, plus d'admissions et plus d'hospitalisés	Non	Oui, plus propre.	Oui, plus propre avec de nouveaux locaux.
Q6	5	7	7	7	8	5	2	9	9	7

9	9	5	8	8	8	8	9	8	9	6	8
5 CNSS	Indigent	Indigent	Ministère Intérieur	5 CNR	6 Payant	Indigent	Indigent	5 CNSS	Indigent	6	8
8	9	9	9	8	9	9	10	9	10	9	10
8	8	6	5	2 médicaments non disponibles	8	7	8	9	9	9	9
4	3	7	1	5	5	1	5	10	6	10	7
Améliorer la propreté dans les services de soins.	Améliorer la propreté dans les services de soins.	Durée d'hospitalisati on trop longue.	Améliorer la propreté des services de soins. Nécessité d'un service gynécologique pour l'accouchement des femmes malades.	Les visites des malades sont difficiles et non organisées.	L'hôpital était plus propre car il y avait moins de patients . Il y a un manque d'éducation sanitaire des malades.	Améliorer la propreté dans les services de soins.	Améliorer la propreté dans les services de soins.	Améliorer la propreté dans les services de soins.	Améliorer la propreté dans les services de soins.	Améliorer la propreté dans les services de soins.	Améliorer la propreté dans les services de soins.

HOPITAL SAHLOUL - SOUSSE -

CORPS ADMINISTRATIF

	Administrateur 1	Administrateur 2	Administrateur 3	Administrateur 4
01	1-1-1992 Janvier 1992 509 lits	1-1-1992 Mars 1992 509 lits	1-1-1992	1-1-1992
02			1 - 10 - 1992 CHU catégorie B	1 - 1 - 1992 Catégorie B
03	Direction générale, direction financière, sous direction ressources humaines, sous direction gestion des malades, sous direction économique et sous direction hygiène et soins.	Direction générale, direction financière, sous direction ressources humaines, sous direction gestion des malades, sous direction économique et sous direction hygiène et soins.	La structure administrative actuelle ne représente que 2.7 % du personnel actuel de l'hôpital.	Directions générale, des sous directions et des services.
04	8	7	2	7
05	6	7	2	5
06	8	8	5	5
07	10	8	8	0
08	8	8	2	5
09	5	0	0	1
10	7	7	5	8
11	3	4	3	3
12	6	5	2	2
13	8	10	10	6
14	5	9	3	9
15	10	10	10	8
16	8	8	5	8
17	7	7	5	1
18	8	8	3	5
19	7	8	8	5
20	8	8	5	5
21	5	3	4	4

Q20	<p>2 - Création d'un service gestion des soins, formation et réunions périodiques, abonnement dans les revues de soins.</p>	<p>7 - Création d'un service des soins - Abonnement dans des revues qui traitent de la qualité des soins- Formation (réunions périodiques avec les chefs de services des soins)- Stages dans des établissements étrangers.</p>	<p>4 - Formation des surveillants de services- Standardisation des fiches techniques- supervision du services de soins dans les divers services sans avis préalable.</p>	<p>2 - Création d'un service nursing- Réunions mensuelles avec les surveillants des services- Séminaires de recyclage.</p>
Q21	<p>8 - Augmentation des recettes, diminution des impayés, établissement des bilans et des comptes de résultats ainsi que des analyses financières.</p>	<p>8 - Bons résultats mais beaucoup de choses restent à faire surtout du côté des sources de financement et éponge des déficits réalisés.</p>	<p>5 - Pour la réussite de cette réforme, il faut avoir le nombre de personnel qualifié et suffisant pour l'administration et les services hospitaliers qui sont en manque.</p>	<p>6 - sans doute il y a une nette amélioration mais il est nécessaire que les autres éléments de l'ensemble suivent notamment le mode de financement de la santé. Les obstacles étaient attendus: La réticence de certains médecins et les moyens financiers qui n'ont pas suivi cette mutation socio-gestion-économique.</p>
Q22	<p>6 - Analyse financière, fonds de roulement, besoins en fonds de roulement et les différents ratios financiers.</p>	<p>10 - Rarement.</p>	<p>8 - Indicateurs d'évaluation de la qualité des soins, nombre de journées d'hospitalisation, taux de rotation des lits, croissance du nombre de consultation et leur régime de prise en charge, coût réel par malade et par service, l'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales.</p>	<p>9 - Ratio de liquidité, importance des impayés, importance du stock de sécurité et degré de satisfaction du citoyen.</p>
Q23	<p>7 - 5 - 4 - 3 - 1 - 6 - 2</p>	<p>7 - 1 - 6 - 2 - 4 - 5 - 3</p>	<p>5 - 2 - 3 - 6 - 5 - 4 - 1 - 7: Autres: insuffisance du budget.</p>	<p>3 - 6 - 5 - 3 - 4 - 7 - 2 - 1: Autres: le mode de financement de la santé qui reste le même.</p>

Q 24	Budget d'exploitation (subventions), subventions d'équipement, recrutement et la tarification des soins.	Recrutement, tarification et affectation du personnel.	Les décisions du conseil d'administration qui doivent être approuvées par le Ministère de la Santé Publique.	A part la gestion courante tout reste centralisé au Ministère de la Santé Publique notamment le recrutement du personnel, le titre II d'investissement, les créations nouvelles et le budget.
Q 25	7	8	4	8
	8	7	5	8
	7	7	8	8


**HOPITAL SAHLOUL - SOUSSE -
CORPS MEDICAL**

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3
01	Radiologie	Médecine nucléaire	Biochimie.
02	Depuis 1991.	Depuis 1991.	Depuis novembre 1991.
03	Oui, depuis 1970.	Oui. Institut Salah Azaiez.	Oui.
04	Non.	On ne voit pas de modifications tangibles et appréciables sur les plans ressources propres de l'hôpital. On s'est lancé dans une réforme sans préparer les bases de réussite :	Je ne voit pas la réforme juste je remarque plus de facilités administratives. On ne voit pas du changement surtout qu'on ne connaît même pas les objectifs de cette réforme.
05		- On ne peut pas gérer une institution hospitalière sans la coopération des médecins dans la prise de décision.	
06		- Les prix figurant dans la nomenclature du Ministère de la Santé Publique et qui n'ont pas été révisés sont dérisoires et ne couvrent même pas les médicaments.	
07	0	0	0
08	6	6	0
09	0	3	1
10	5	Pour l'accueil des malades	2
11		Il y a eu un budget, on fait toujours des demandes mais pas d'argents.	
12	Dans l'absolu, oui. Mais en pratique le comité médical ne joue aucun rôle.	Certainement mais pas suffisant car ce comité est consultatif et n'est pas un organe exécutif. C'est le meilleur moyen pour que les médecins se trouvent en désaccord.	Oui, à condition qu'ils prennent en compte ce qu'ils disent. Les grandes décisions ne sont pas prises par le comité médical.
13	7	5	10

			Une légère diminution dans mon service en raison de l'ouverture d'une deuxième unité à Sfax.	40 % des hospitalisés proviennent d'autres régions.
011	6		Le coût réel des examens est très supérieur à celui prévu par la nomenclature. Il y a dans mon service moins de 7 % de payants. Les statistiques sont : 6 payants sur 230 malades pour novembre 1995. 9 payants sur 300 malades pour octobre 1995 14 payants sur 340 malades pour septembre 1995 13 payants sur 310 malades pour août 1995	La majorité des patients sont des assurés ou des indigents
012	7			
013	5			
014	9			
	2			
	6			
		L'existence d'un service de soins constitue théoriquement une bonne initiative.	Indications des droits des patients (faire connaître leurs droits). Donner l'exemple au paramédicaux tout en les motivant.	La forme architecturale de l'hôpital est excellente (un seul bloc), ce qui a permis de faciliter les différentes fonctions dans l'hôpital.
015	3			
		La réforme n'est ni un succès ni un échec tant qu'elle n'est pas entièrement mise en place et tant qu'elle ne fonctionne pas parfaitement. Une des contraintes majeures c'est que le Ministère de la Santé Publique n'est pas encore arrivé à régler le problème de financement avec le Ministère des Affaires Sociales.	Notre hôpital est très connu dans la région du centre et du sud de la Tunisie et est entrain de payer une lourde tribu.	Jusqu'à aujourd'hui c'est un succès mais qui ne va pas résister à cause de la faiblesse du budget et du manque de personnel.
016		Impact positif : Plus d'admissions et une grande publicité pour l'hôpital mais le budget, les équipements et le personnel sont les mêmes et non pas évolué avec les demandes.	Il y a un conflit entre les administrateurs et les médecins. Il existe une étianchéité entre ces deux blocs. Les bureaux des administrateurs sont plus luxueux et plus confortables alors que ceux des médecins sont très ordinaires. A noter que le	Les paramédicaux sont très mal répartis entre les hôpitaux de la région. Il y a eu ouverture de certains hôpitaux dans la région qui ne sont pas rentables car ils ne disposent pas du minimum d'équipement médical.

		niveau instructif d'un administrateur est de Bac + 4 et celui d'un médecin est de bac + 20...! Les intendantes ne constituent pas une bonne initiative, «elles ne font rien »	Il y a eu une explosion de paperasses à remplir qui je pense qu'ils ne servent pas. Les tâches des intendantes sont à réviser, elles ne nous aident pas administrativement (n'enregistrent pas les informations). Elles passent régulièrement pour ramasser les pièces (factures, etc.).
017	Les indicateurs financiers, les indicateurs de coûts et les indicateurs de qualité.	1. EPS : Une entreprise qui doit faire des bénéfices pour investir. (des indicateurs financiers). 2. La mentalité du personnel : Le bien être du malade. 3. La qualité des soins.	Le budget. Il faut que le Ministère de la Santé Publique évalue les travaux des différents laboratoires dans les hôpitaux et en comparant leurs activités allouer le budget qu'il faut. La répartition du budget du Ministère n'est pas la même pour tous les hôpitaux.
018	5	3	3
019	Au départ leur consensus était favorable mais pas maintenant. 6-2-3-1-5-4	3	Ils ne sont pas au courant même des moyens pour faire avancer cette réforme. 2
020	Le recrutement et le renouvellement du matériel. Le conseil d'administration lui même est composé de présidents qui sont des hauts responsables du Ministère de la Santé Publique (directeur général, directeur régional, etc.).	0-5-2-3-0-4-1: Autre: Les ressources de financement Le recrutement et les équipements lourds.	6-7-3-5-4-2-1: Autres: le budget est très faible. Le recrutement, les salaires. Le Ministère de la Santé Publique doit contrôler, évaluer et sanctionner pour la qualité des sois ?
021	Le personnel médical est responsable. La conjoncture économique a fait que les malades se soignent plus dans les hôpitaux. 7	5 3	3 La santé est un bien public
022		Bonne idée de sous-traitance de certaines fonctions telle que le nettoyage des locaux. 9	5

<p>3</p> <p>On n'a jamais défini les priorités.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il faut faire disparaître le statut de la fonction publique. Il ne faut pas que le personnel soit recruté en fonction de la demande. Je propose de procéder par détachement et payer plus le personnel et si il ne remplit pas ses fonctions on le renvoie à son poste d'origine d'où il a été détaché. - Il faut également que le médecin choisis l'équipe paramédicale qui travaille avec lui. - Dans le cas des infirmiers, leurs salaires sont les mêmes qu'ils travaillent dans un grand hôpital ou dans un hôpital régional. Ils ne sont pas différenciés par les salaires alors que les charges de travail sont largement différentes. - Le gouvernement aurait pu commencer l'expérience des EPS dans les petits hôpitaux pour voir les résultats. - Je ne vois pas de différence énorme entre le statut d'EPA et celui de EPS. Ce qui s'est passé avec les EPS c'est une hypertrophie administrative alors que les responsabilités ne sont pas définies. Il n'y a pas de coordination au niveau des services administratifs et techniques. - La gestion des stocks et des approvisionnements est à réviser. Dans le cas de cet hôpital les médecins prennent leurs réserves et gèrent eux mêmes leurs stocks. - Manque de coopération de certains médecins. Il faut former les médecins en gestion car leur collaboration est nécessaire et il ne suffit pas 	<p>9</p> <p>Bonne idée de sous-traitance de certaines fonctions telle que le nettoyage des locaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il faut qu'il y ait deux directions, une direction administrative et une direction technique (les médecins). - Il faut que le citoyen tunisien comprenne que la contribution dans les frais de la santé sera dans son intérêt. Il faut lui faire connaître les coûts réels de ses soins et le sensibiliser puisque même les payants ne paient même pas la moitié du prix réel. Pour cela je propose de réévaluer le ticket modérateur et de l'appliquer pour tout le monde ou encore créer une autre assurance pour une couverture totale et sera financée par les cotisations des adhérents. De plus il faut bien comprendre que si on veut regarder le côté social, on ne fait pas de réforme et les garder alors des hôpitaux publics. - La gestion est commune, ce qui change c'est l'expérience. - L'humanisation des hôpitaux n'est pas le fait de les transformer en EPS mais il faut éduquer tout le personnel de l'hôpital. - Il n'y a jamais eu une évaluation des coûts. L'hôpital ne connaît pas encore ses coûts. - Il faut former les médecins à côté des administrateurs pour que les deux corps coopèrent pour la bonne gestion de l'établissement. Pourquoi discriminer les médecins dans cette formation ? 	<p>5</p> <p>La gestion de l'hôpital doit reposer sur une équipe intégrée allant du personnel nettoyant jusqu'aux médecins en passant par les gestionnaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des commissions d'évaluation du personnel pour les recruter ou encore les sanctionner. - Créer une commission d'évaluation de la qualité des soins. - Il faut investir dans la formation du personnel paramédical. - Prévoir et appliquer pour chaque lit de malade le nombre de personnel à affecter. - Les intendants gênent le travail des médecins. - Les décisions concernant l'établissement doivent venir des gens qui sont compétents sur le terrain. Il faut prendre en considération les décisions du conseil médical.
---	--	---

	<p>d'augmenter le nombre d'administrateurs. - Il faut investir dans la composante motivation. Un système ou il n'y a ni sanctions ni récompenses ne pourra pas performer.</p>		
---	---	--	--

HOPITAL SAHLOUL - SOUSSE -

PATIENS

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9	Patient 10
01	25 à 34	25 à 34	45 à 64	45 à 64	35 à 44	- de 18 ans	35 à 44	45 à 64	35 à 44	25 à 34
02	Plus que 10 fois.	Traité depuis 7 ans.	Traité depuis plus de 2 ans.	Plus que 3 fois.	Traité depuis 5 ans.	Plus que 10 fois.	Plus que 3 fois.	Hospitalisé depuis 14 jours.	Hospitalisé depuis 1 mois.	Traité depuis 5 ans.
03	Envoyé par l'hôpital régional de Mehdia (centre de la Tunisie).	Envoyé par l'hôpital régional.	envoyé par l'hôpital régional.	Envoyée par dispensaire.	Mon médecin m'a envoyé.	Mon médecin m'a envoyé.	Envoyé par l'hôpital régional.	Envoyé par l'hôpital régional de Kairouan (centre de la Tunisie).	Envoyé par l'hôpital régional de Kairouan (centre de la Tunisie).	Envoyé par l'hôpital régional de Kairouan (centre de la Tunisie).
04	Non	Non	Non	Non	Non	Oui, les journaux.	Non	Non	Non	Non
05	Non	Oui, plus propre et l'instauration d'un bureau d'accueil.	Non, l'accueil n'est pas personnalisé.	Oui, plus propre.	Oui, de nouveaux locaux propres.	Oui, le fait qu'il est devenu connu, l'accueil a perdu sa qualité.	Non.	Oui.	Oui, plus propre.	Oui, plus propre et au niveau de l'accueil.
06	7	8	9	7	7	6	7	6	7	8
	8	9	2	7	7	9	5	9	9	10
	6 CNR	6 (10%)	6 (10%)	7 (10%)	7 (CNR)	5 (M. Intérieur)	7 Payant:	Indigent	9 (carnet de soins)	Indigent
	9	9	9	5	8	9	8	9	9	9
	9	9	8	7	9	9	6	9	9	5
	10	10	7	6	10	10	5	10	10	10

2017	Améliorer la mentalité des infirmiers.	Satisfait.	Manque de médecins et un surmombre de patients.	Satisfait.	Beaucoup d'admissions alors que la capacité est insuffisante.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.	Satisfait.
------	--	------------	---	------------	---	------------	------------	------------	------------

INSTITUT SALAH AZAIEZ - TUNIS -

CORPS ADMINISTRATIF

	Administrateur 1	Administrateur 2	Administrateur 3	Administrateur 4
01	1-1-1993	1-1-1993	1-1-1993	1-1-1994
02	Février 1993	17 - 6 - 1991	1993	1 - 09 - 1993
03	192 lits. Monobloc	Environ 200 lits	192 lits	192 lits
	Direction générale, service approvisionnement, service financier, service gestion administrative des malades, service de maintenance et service du personnel.	Direction générale, service approvisionnement, service financier, service gestion administrative des malades, service de maintenance et service du personnel.	Direction générale, service approvisionnement, service financier et comptable, service gestion administrative des malades et service de maintenance.	Direction générale, service achat (approvisionnement et services auxiliaires), service financier, service gestion administrative des malades, service de maintenance, service du personnel et un surveillant général.
04	1	2	6	6
	On ne peut parler d'épargne sur le coût moyen ou sur les recettes car plus de 50 % de nos clients sont des indigents).			
05	7	5	10	8
		Matériel installé mais non encore fonctionnel.		
06	10	3	10	7
07	10	4	10	8
		Application autonome sur micro-ordinateur.		
08	8	3	9	8
	Comptabilité, facturation et gestion des malades. Reste la pharmacie.	Facturation informatisée		
	0	0	1	0

	10	10	10	10	9
					Appliqué en partie
	10	3	8	0	
	10	7	8	0	
	5	6	8	0	
	10	9	9	6	
					Entre 1992 et 1995 un investissement de 6 millions de dinars (6 millions de \$ US) a été effectué en équipement et en aménagement.
	10	10	9	8	
	Amélioration de la qualité des services. Augmentation des admissions de 49 % : en 1994, 3 136 admis en 1995, 49 087 admis				
	4 en 1992, 168 000 dinars de recettes en 1993, 304 000 dinars en 1994, 392 000 dinars en 1995, 416 822 dinars	3	8	8	
	1 C'est relatif	2	5	6	
	8	6	4	7	
	7 Forte pression des malades	8	6	8	
	7	8	3	7	
	5	4	0	0	
	7 La formation : tous les médecins	6	7 Le seul établissement en Tunisie de cancérologie	7	
			---		Amélioration des conditions

	<p>partent en congrès. Budget de formation des paramédicaux en plus du budget du ministère de la Santé Publique. Entre 1993 et 1995 : 1 017 028 extension, aménagement et rénovation des installations techniques. 3 259 236 équipements médicaux nouveaux.</p>	<p>médicaux, des installations techniques (électrique, chauffage, plomberie, etc.), recrutement du personnel (techniques, paramédicaux et ouvriers spécialisés), formation du personnel et perfectionnement.</p>	<p>8</p>	<p>d'accueil, sensibilisation du personnel d'accueil, meilleure prise en charge du malade (disponibilité du personnel et orientation des malades) et meilleures conditions d'hygiène et de restauration.</p>
019	<p>6</p> <p>Nos priorités: des plans d'amélioration de la consultation externe (un autre bloc), 4 nouvelles salles d'opération (en exécution) mais le recrutement est toujours insuffisant.</p>	<p>8</p> <p>La présence d'une équipe homogène et compétente permet de solutionner les problèmes et améliorer les conditions de fonctionnement de l'hôpital.</p>	<p>9</p> <p>Nous assistons à une meilleure prise en charge du malade (accueil, orientation, information, confort au niveau des salles d'attente, etc.), une maîtrise de l'information grâce à la rationalisation de la gestion et à l'informatisation. Reste à voir le côté gestion des soins.</p>	<p>8</p> <p>---</p>
020	<p>Impact positif : personnel très motivé (rôle important du gestionnaire ou encore du directeur qui constitue un moteur).</p>	<p>Non.</p>	<p>Concernant le personnel administratif et paramédical, au début de la mise en place des procédures, il y avait une inquiétude et une angoisse quant au volume du travail (paperasse à remplir) et à l'augmentation des salaires (avantages). Cette situation a été surmontée par les différentes réunions de sensibilisation et d'information, par la création d'un prix d'hygiène, d'un prix pour le meilleur agent d'accueil et par plusieurs réceptions organisées par la direction et qui ont réunis des</p>	<p>Réticence du personnel aux objectifs de la réforme et manque de motivation, incompréhension et manque de coopération du personnel médical, manque de personnel compétent et qualifié. Toutes ces difficultés ont été surmontées par la sensibilisation du personnel et du corps médical, de plus de moyens et d'un cadre agréable pour l'accomplissement des tâches.</p>


			malades et des agents.		
	Pas pour le moment.	Suivi des coûts de maintenance (le coût de maintenance d'un équipement ne doit pas dépasser 10 % du coût total du matériel).	Evaluation des indicateurs d'activité médicale.	Indicateurs de performance, ratios de trésorerie, bilan et comptes de résultats, budget prévisionnel, etc.	
	7	7	9		8
	7	7	9		7
	Tous ont le même ordre d'importance.	0 - 0 - 1 - 3 - 0 - 2	2 (surtout les agents d'exécution) - 3 - 0 - 0 - 0 - 1	6 - 3 - 2 - 1 - 5 - 4 - 7; Autres : Motivation du personnel	
	Les problèmes de financement et les tarifications sont encore du ressort du Ministère de la Santé Publique. A partir du 1er janvier 1996, la paie et le recrutement reviendront aux EPS, également les sanctions et les conseils de discipline.	Recrutement du personnel et les grosses dépenses (achat de nouveaux équipements lourds, gros chantiers, etc.)	Choix et recrutement du personnel.	Financement de la santé, tarification des actes de soins (ne répond pas à la qualité des soins), statut du malade (indigents..) et le recrutement.	
	4	7	5		7
	Mais les médecins ne collaborent pas	8	7	Rapport qualité-prix	8
	6	7	6		7
	5				

INSTITUT SALAH AZAEIZ - TUNIS -

CORPS MEDICAL

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3
001	Biochimie	Chirurgie carcinologique	Chirurgie carcinologique
002	1 ans	4 ans	12 ans
003	Oui.	Oui.	Oui.
004	Absolument du moins à L'institut Salah Azaeiz : accueil des malades satisfaisant, meilleure gestion du personnel et des équipements, contrôle rigoureux des dépenses et appui raisonné aux différents services.	Le processus de réforme paraît en lui même satisfaisant. Toutefois, les directeurs généraux outre passent leurs prérogatives et ne semblent pas pour la plupart être à la hauteur de la tâche.	Oui, amélioration des conditions de travail.
005	0	2	0
006	0	0	0
007	7	3	1
008	5	5	5
009	Oui, sauf que l'entente entre les médecins chefs de services n'est pas totale.	Oui, encore faut-il que les médecins soient écoutés.	Le comité médical a une valeur limitée dans la mesure ou il n'a pas le pouvoir décisionnel.
010	5	9	8
011	5	4	5
012	9	7	6
013	5	7	8
014	3	4	7
	3	3	3
	5	5	6
	Encore faibles.	On note une amélioration de l'aspect extérieur des locaux sans de véritables améliorations des moyens de fonctionnement (matériel et cadres paramédicaux: le nombre est insuffisant)	Locaux, moyens financiers et moyens humains.
015	5	5	7


	Le personnel médical et paramédical est très peu motivés, absence d'encouragement matériel devant un pouvoir d'achat de plus en plus faible.	On ressent comparativement aux autres EPS une amélioration sur le plan esthétique de l'institution, un léger mieux pour l'accueil. Les échecs principaux sont, le manque de personnel paramédical et l'insuffisance du matériel.	---
Q16	Absence d'entente entre le personnel administratif et le personnel médical et paramédical, le message passe mal.	Impact négatif: Rôle pléthorique pris par un cadre administratif non habilité dans les choix des équipements (matériel et médicaments)	Sans opinion.
Q17	- Plus d'effort pour l'amélioration des conditions de travail dans les services. - Motiver le personnel sur le plan matériel.	- Nombre du personnel médical et paramédical - Qualité de l'accueil des malades. - Aspect des locaux - Les délais d'attente des malades (consultations et hospitalisations) - Disponibilité des médicaments et des équipements.	Sans opinion.
Q18	3	5	8
	2	5	6
Q19	5 - 6 - 4 - 3 - 2 - 1 - 7: Autres: Une entente qui fait défaut entre les médecins chefs de services. Ceci est grave car la santé du malade est en jeu.	3 - 2 - 5 - 1 - 4 - 6	1 - 6 - 4 - 2 - 5 - 3
Q20	Il est indispensable qu'une indépendance dans la gestion des ressources soit complètement instaurée.	Achat des équipements lourds.	Limitations pour l'acquisition des équipements lourds.
Q21	0	3	8
	5	4	5
	8	5	8
	L'idée de la réforme est bonne. Sa réussite est tributaire d'une gestion efficace. Pour le cas présent de l'institut Salah Azaiz, le directeur général fait des efforts gigantesques. Il a nettement amélioré les conditions de travail des services. Il sait écouter, connaît bien la mentalité des médecins. Bref, il est capable de grands miracles au bénéfice des patients s'il peut jouer	Pour que cette réforme réussisse : - Impliquer davantage les médecins dans les décisions (investissement, etc.) - Personnel administratif compétent en gestion hospitalière. - Définir des choix positifs claires.	La réforme a permis de changer les conditions de travail dans l'hôpital (accueil, aménagement, équipements, etc.). Cependant on relève une certaine dévalorisation du corps médical dans la mesure où les services médicaux se trouvent par exemple au même niveau que les services généraux.

	<p>de plus de liberté de la part du Ministère de la Santé Publique. C'est l'homme qu'il faut pour la pleine réussite de cette réforme.</p> <p>Suggestions:</p> <ul style="list-style-type: none">- Une autogestion intégrale s'impose dans les EPS car chaque EPS est un cas à part.- Une réforme doit contenir dans ses programmes une amélioration des conditions matérielle du personnel.		
---	---	--	--

INSTITUT SALAH AZAIEZ - TUNIS -

PATIENTS

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9	Patient 10
	Plus de 64	45 à 64	35 à 44	25 à 34	25 à 34	Plus de 64	Plus de 64	45 à 64	25 à 34	25 à 34
	Plus que 10 fois.	Plus que 5 fois et hospitalisé depuis 1 semaine.	Plus que 10 fois.	Plus que 10 fois.	Hospitalisé depuis 20 jours.	Plus que 20 fois.	Hospitalisé depuis 26 jours.	Traité dans cet hôpital depuis 3 ans.	Plus que 20 fois.	Plus que 10 fois.
	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.	Le seul hôpital spécialisé en oncologie en Tunisie.
	Oui, à l'hôpital.	Oui, Radio et T.V.	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.
	Très propre.	Très propre.	Il y a beaucoup d'encombrement.	Oui, pour la propreté et l'accueil.	Oui, un peu de changement.	Oui.	Oui.	Oui, propreté et accueil.	Oui, plus propre.	Oui, plus propre et personnel plus accueillant.
	8	1	8	2	9	8	5	7	6	8
	8	1	8	7	8	8	8	9	10	9
	9 (10 %)	9 (10 %)	7 (10 %)	5 (10 %)	Indigent	5 (10 %)	indigent	Indigent	Indigent	7 (10 %)
	9	1	6	9	6	8	9	9	9	10
	5	5	6	4	6	6	8	10	10	10
	10	7	6	9	5	10	10	10	10	10
	Parfait sauf une	File d'attente longue pour	manque de médicaments et	Satisfait.	Satisfaite.	Liste d'attente des	Satisfait.	Satisfaite.	Satisfait.	Satisfait.

	augmentation nécessaire des paramédicaux	enregistrer et payer.	encombrement.			rendez vous trop longue.			
---	--	--------------------------	---------------	--	--	-----------------------------	--	--	--

ANNEXE 7

STATISTIQUES SUR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

TABLEAU 1 : ADMISSIONS HOSPITALIERES DANS LES EPS DE 1991 A 1994

TABLEAU 2 : CONSULTATIONS D'URGENCE DANS LES EPS DE 1991 A 1994

TABLEAU 3 : CONSULTATIONS EXTERNES DANS LES EPS DE 1991 A 1994

TABLEAU 4 : JOURNEES D'HOSPITALISATION DANS LES EPS DE 1991 A 1994

TABLEAU 5 : TAUX D'OCCUPATION ET DE ROTATION DES LITS DANS LES EPS DE 1991 A 1994

TABLEAU 6 : DUREE MOYENNE DE SEJOUR DES EPS DE 1991 A 1994

**TABLEAU 7 : BUDGET DE FONCTIONNEMENT DES EPS DE 1991 A 1995 (EN MILLIERS DE
DINARS TUNISIEN)**

**TABLEAU 8 : EVOLUTION COMPAREE DES IMPAYES DES EPS DE 1991 A 1994 (EN MILLIERS
DE DINARS TUNISIEN)**

TABLEAU 9 : EVOLUTION DES RESSOURCES HUMAINES DES EPS DE 1992 A 1994

**Tableau 10 : Budget de fonctionnement des EPS de 1991 à 1995 (en milliers de dinars
tunisien)**

TABLEAU I : ADMISSIONS HOSPITALIÈRES DANS LES EPS DE 1991 A 1994

Etablissements	Admissions							
	1991	1992	Evol. 91-92	1993	Evol. 92-93	1994	Evol. 93-94	Evol. 91-94
Hop. M.S. La Marsa	8 020	10 910	36 %	11 254	3 %	12 055	7 %	50 %
Hop. H.C. Sfax	27 244	29 884	10 %	30 525	2 %	31 466	3 %	15 %
Sahlioul Source	n.d.	11 482	n.d.	15 386	34 %	17 356	13 %	n.d.
3 EPS 1992	35 264	55 276	48 %	57 165	9 %	60 877	6 %	73 %
Hop. D'enfants. Tunis	11 428	14 026	23 %	11 661	5 %	14 070	-2 %	26 %
I. Neurologie. Tunis	2 545	2 650	4 %	2 571	-3 %	1 486	-42 %	-42 %
Hop. H.B. Sfax	15 785	15 805	0 %	17 725	12 %	19 332	9 %	22 %
I. D'orthopédie. K. Saïd	4 784	5 406	13 %	5 258	-3 %	5 394	3 %	13 %
IN Nutrition Tunis	1 932	2 242	16 %	2 414	8 %	2 466	2 %	28 %
C. Maternité.	20 979	18 986	-9 %	20 015	5 %	20 534	3 %	-2 %
I. Ophthalmo. Tunis	3 379	1 818	-46 %	4 826	165 %	4 918	2 %	46 %
ISSAZIZ Tunis	5 464	6 135	12 %	8 126	32 %	7 806	-4 %	43 %
8 EPS 1993	66 296	67 068	1 %	75 599	13 %	76 312	1 %	15 %
11 EPS	101 560	119 344	18 %	132 764	11 %	137 189	3 %	35 %
Hop. F. B. Monastir	21 739	22 933	5 %	25 295	10 %	26 398	4 %	21 %
Hop. A. Othmana	14 830	14 970	1 %	13 925	-7 %	15 646	12 %	6 %
Hop. H. H. Haïkel	1 000	1 000	n.d.	1 802	n.d.	7 005	305 %	n.d.
Hop. Razi. Manouba	5 546	5 280	-5 %	4 780	-9 %	4 858	2 %	-12 %
Hop. A. Mami. Ariana	5 025	4 659	-7 %	4 996	7 %	5 581	12 %	11 %
5 EPS 1994	47 140	47 842	1 %	50 798	6 %	59 788	18 %	27 %
16 EPS	148 700	167 182	12 %	183 562	10 %	196 977	7 %	32 %

Source : Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABLEAU 2 : CONSULTATIONS D'URGENCE DANS LES EPS DE 1991 A 1994

Etablissements	Urgences									
	1991	1992	Evol. 91-92	1993	Evol. 92-93	1994	Evol. 93-94	Evol. 91-94		
Hop. M.S. La Marsa	32 295	29 941	-7 %	36 754	23 %	36 888	0 %	14 %		
Hop. H.C. Sfax	15 541	17 174	11 %	18 303	7 %	18 887	3 %	22 %		
Sahoul Soussse	114 453	18 785	130 %	23 947	27 %	27 901	17 %	93 %		
3 EPS 1992	62 289	65 900	6 %	79 004	20 %	83 676	6 %	34 %		
Hop. D'enfants. Tunis	52 925	57 111	8 %	56 950	0 %	63 049	11 %	19 %		
I. Neurologie. Tunis	5 318	9 027	70 %	10 385	15 %	14 200	37 %	167 %		
Hop. H.B. Sfax	66 794	69 664	4 %	74 636	7 %	85 098	14 %	27 %		
I. D'orthopédie. K. Saïd	18 902	22 751	20 %	23 142	2 %	23 806	3 %	26 %		
I.NUTRITION Tunis	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		
C. Maternité.	14 836	15 248	3 %	15 723	3 %	18 641	19 %	26 %		
I. Ophthalmo. Tunis	13 921	13 760	-1 %	14 521	6 %	14 843	2 %	7 %		
IPS AZAC 2 Tunis	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		
8 EPS 1993	172 696	187 561	9 %	195 357	4 %	219 637	12 %	27 %		
11 EPS	234 985	253 461	8 %	274 361	8 %	303 313	11 %	29 %		
Hop. F. B. Monastir	46 929	49 128	5 %	50 635	3 %	56 866	12 %	21 %		
Hop. A. Othmana	39 113	39 544	1 %	46 872	19 %	46 046	-2 %	18 %		
HOP HITHANEUR	70	70	n.d.	211	n.d.	20 994	9850 %	n.d.		
Hop. Razi. Manouba	6 096	8 419	38 %	7 909	-6 %	8 125	3 %	33 %		
Hop. A. Mami. Ariana	6 876	6 893	0 %	7 214	5 %	6 948	-4 %	1 %		
5 EPS 1994	99 014	103 984	5 %	112 841	9 %	138 979	23 %	40 %		
16 EPS	333 999	357 445	7 %	387 202	8 %	442 292	14 %	32 %		

Source : Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABLEAU 3 : CONSULTATIONS EXTERNES DANS LES EPS DE 1991 A 1994

Etablissements	Consultations externes							
	1991	1992	Evol. 91-92	1993	Evol. 92-93	1994	Evol. 93-94	Evol. 91-94
Hop. M.S. La Marsa	35 290	37 353	6 %	41 334	11 %	46 949	14 %	33 %
Hop. H.C. Sfax	137 692	153 689	12 %	165 921	8 %	172 425	4 %	25 %
Sahel Sousse	10 375	44 841	332 %	61 134	36 %	74 084	21 %	614 %
3 EPS 1992	183 357	235 883	29 %	268 389	14 %	293 458	9 %	60 %
Hop. D'enfants. Tunis	39 344	43 744	11 %	53 983	23 %	61 294	14 %	56 %
I. Neurologie. Tunis	29 533	27 257	-8 %	19 007	-30 %	18 564	-2 %	-37 %
Hop. H.B. Sfax	139 127	151 045	9 %	161 543	7 %	169 856	5 %	22 %
I. D'orthopédie. K. Saïd	39 029	38 902	0 %	36 804	-5 %	39 300	7 %	1 %
I. Nutrition. Tunis	16 216	37 520	131 %	36 829	-2 %	27 512	-25 %	70 %
C. Maternité.	32 241	27 958	-13 %	28 062	0 %	32 885	17 %	2 %
I. Ophthalmo. Tunis	32 344	31 403	-3 %	38 958	24 %	42 371	9 %	31 %
I. S. Azar. Tunis	33 460	32 340	-3 %	42 839	32 %	46 756	9 %	40 %
8 EPS 1993	361 294	390 169	8 %	418 025	7 %	438 538	5 %	21 %
11 EPS	544 651	626 052	15 %	686 414	10 %	731 996	7 %	34 %
Hop. F. B. Monastir	158 644	124 316	-22 %	135 494	9 %	135 323	0 %	-15 %
Hop. A. Othmana	78 992	80 765	2 %	84 169	4 %	64 425	-23 %	-18 %
Hop. H. Hamelur	172 796	181 381	12 %	188 829	9 %	198 186	11 %	35 %
Hop. Razi. Manouba	56 108	60 908	9 %	62 908	3 %	61 029	-3 %	9 %
Hop. A. Mami. Ariana	34 568	38 547	12 %	40 785	6 %	40 218	-1 %	16 %
5 EPS 1994	401 108	385 917	-4 %	412 185	7 %	399 181	-3 %	0 %
16 EPS	945 759	1 011 969	7 %	1 098 599	9 %	1 131 177	3 %	20 %

Source: Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABLEAU 4 : JOURNEES D'HOSPITALISATION DANS LES EPS DE 1991 A 1994

Etablissements	Journées d'hospitalisation							
	1991	1992	Evol. 91-92	1993	Evol. 92-93	1994	Evol. 93-94	Evol. 91-94
Hop. M.S. La Marsa	49 136	51 071	4 %	57 452	12 %	56 036	-2 %	14 %
Hop. H.C. Sfax	253 852	251 646	-1 %	261 090	4 %	266 126	2 %	5 %
Sahlgrenka Sbrusse	1 501	1 833 566	5467 %	111 244	33 %	120 814	9 %	7 949 %
3 EPS 1992	304 489	386 283	27 %	429 780	11 %	442 976	3 %	45 %
Hop. D'enfants. Tunis	97 416	108 038	11 %	107 426	-1 %	103 252	-4 %	6 %
I. Neurologie. Tunis	41 108	43 536	6 %	37 970	-13 %	18 087	-52 %	-56 %
Hop. H.B. Sfax	117 905	119 586	1 %	131 261	10 %	134 169	2 %	14 %
I. D'orthopédie. K. Saïd	66 528	69 602	5 %	67 883	-2 %	68 702	1 %	3 %
Maternité. Tunis	16 186	16 319	1 %	17 688	8 %	19 920	13 %	23 %
C. Maternité.	71 513	83 391	17 %	85 777	3 %	88 252	3 %	23 %
I. Ophthalmo. Tunis	35 500	19 729	-44 %	40 157	104 %	37 003	-8 %	4 %
5 EPS 1993	56 449	60 442	7 %	53 554	-11 %	52 750	-2 %	-7 %
8 EPS 1993	502 605	520 543	4 %	541 716	4 %	522 135	-4 %	4 %
11 EPS	807 094	906 826	12 %	971 502	7 %	965 111	-1 %	20 %
Hop. F. B. Monastir	146 821	147 228	0 %	151 518	3 %	153 234	1 %	4 %
Hop. A. Othmana	75 673	84 572	12 %	82 292	-3 %	91 859	12 %	21 %
Hop. H. H. H. H. H.	1 310	1 310	n.d.	n.d.	n.d.	48 859	n.d.	n.d.
Hop. Razi. Manouba	167 979	165 643	-1 %	160 554	-3 %	168 618	5 %	0 %
Hop. A. Mami. Ariana	90 147	90 147	0 %	116 157	29 %	99 835	-14 %	11 %
5 EPS 1994	480 620	487 590	1 %	510 521	5 %	562 405	10 %	17 %
16 EPS	1 287 714	1 394 416	8 %	1 482 023	6 %	1 527 516	3 %	19 %

Source : Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABLEAU 5 : TAUX D'OCCUPATION ET DE ROTATION DES LITS DANS LES EPS DE 1991 A 1994

Etablissements	Nombre de lits				Taux d'occupation moyen				Taux de rotation des lits					
	1992	1993	1994	Ev. 92/94	1992	1993	Ev. 92/93	1994	Ev. 93/94	1992	1993	Ev. 92/93	1994	Ev. 93/94
	Hop. M.S. La Marsa	210	210	210	0	67 %	75 %	8 %	73 %	-2 %	52	54	2	57
Hop. H.C. Sfax	841	782	782	-59	82 %	91 %	9 %	93 %	2 %	36	39	4	40	1
Sahliou Sousse	350	509	509	159	65 %	60 %	6 %	65 %	5 %	33	30	-3	34	4
Hop. Enfans. Tunis	375	375	367	-8	79 %	78 %	0 %	77 %	-1 %	37	37	2	39	0
I. Neurologie. Tunis	125	125	132	7	95 %	83 %	-12 %	60 %	-23 %	21	21	-1	11	-9
Hop. H.B. Sfax	390	391	397	7	84 %	92 %	8 %	93 %	1 %	41	41	5	49	3
I. D'orthopédie. K.Saïd	210	210	210	0	91 %	89 %	-2 %	90 %	1 %	26	26	-1	26	1
I.N Nutrition	58	58	70	12	77 %	84 %	6 %	78 %	-6 %	39	39	3	35	-6
C. Maternité. Tunis	297	297	312	15	77 %	79 %	2 %	77 %	-2 %	64	64	3	66	-2
I. Ophthalmo. Tunis	87	120	120	33	62 %	92 %	30 %	84 %	-7 %	21	21	19	41	1
I.S. Azel. Tunis	192	192	192	0	86 %	76 %	10 %	75 %	-1 %	32	32	10	41	-2
Hop. F.B. Monastir	572	572	604	32	71 %	73 %	2 %	70 %	-3 %	40	40	4	44	-1
Hop. A. Othmana	316	316	316	0	73 %	71 %	-2 %	80 %	8 %	47	47	-3	50	5
Hop. H. Thameur	210	210	214	4	n/d	n/d	n/d	63 %	n/d	n/d	n/d	n/d	34	34
Hop. Razi. Manouba	685	640	640	-45	66 %	69 %	2 %	72 %	3 %	8	8	0	8	0
Hop. A. Mami. Ariana	347	347	347	0	71 %	92 %	21 %	79 %	-13 %	13	13	1	16	2
TOTAL	5 055	5 144	5 422	367	76 %	79 %	3 %	77 %	-2 %	33	33	3	36	1

Source: Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABLEAU 6 : DUREE MOYENNE DE SEJOUR DES EPS DE 1991 A 1994

Etablissement	Durée moyenne de séjour									
	1991	1992	Ev. 91/92	1993	Ev. 92/93	1994	Ev. 93/94	Ev. 91/94		
Hop. M.S. La Marsa	0.1	4.7	-1.4	5.1	0.4	4.6	-0.5	-1.5		
Hop. H.C. Sfax	9.3	8.4	-0.9	8.6	0.1	8.5	-0.1	-0.9		
Sahloul Soussa	n/d	7.3	7.3	7.2	0	7	-0.3	7		
3 EPS 1992	8.6	7.4	-1.2	7.5	0.1	7.3	-0.2	-1.4		
Hop. Enfants. Tunis	8.5	7.7	-0.8	7.3	-0.4	7.2	0.1	-1.3		
I. Neurologie. Tunis	16.2	16.4	0.3	14.8	-1.7	12.2	-2.6	-4		
Hop. H.B. Sfax	7.5	7.6	0.1	7.4	-0.2	6.9	-0.5	-0.5		
I. D'orthopédie. K.Said	13.9	12.9	-1	12.9	0	12.7	-0.2	-1.2		
ANNUATION	8.4	7.3	-1.1	7.3	0	8.1	0.8	-0.3		
C. Maternité. Tunis	3.4	4.4	1	4.3	-0.1	4.3	0	0.9		
I. Ophthalmo. Tunis	10.5	10.9	0.3	8.3	-2.5	7.5	-0.8	-3		
I.S. Azaeiz. Tunis	10.3	9.8	-0.5	6.6	-3.2	6.8	0.2	-3.6		
8 EPS 1993	7.6	7.8	0.2	7.2	-0.6	6.8	-0.3	-0.7		
11 EPS	7.9	7.6	-0.3	7.3	-0.3	7	-0.3	-0.9		
Hop. F.B. Monastir	6.8	6.4	-0.3	6	-0.4	5.8	-0.2	-0.9		
Hop. A.Othmana	5.1	5.6	0.5	5.9	0.3	5.9	0	0.8		
Hop. H. Thameur	n/d	n/d	n/d	0	0	6.7	6.7	6.7		
Hop. Razi. Manouba	30.3	31.4	1.1	33.6	2.2	34.7	1.1	4.4		
Hop. A. Mami. Ariana	17.9	19.3	1.4	23.3	3.9	17.9	-5.4	-0.1		
5 EPS 1994	10.2	10.2	0	10.1	-0.1	9.4	-0.6	-0.8		
16 EPS	8.7	8.3	-0.3	8.1	-0.3	7.8	-0.3	-0.9		

Source : Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABLEAU 7 : BUDGET DE FONCTIONNEMENT DES EPS DE 1991 A 1995 (EN MILLIERS DE DINARS TUNISIEN)

Etablissement	Recettes propres												
	1991			1992			1993			1994			1995
	Prévués	Réalisées	R/P	Prévués	Réalisées	R/P	Prévués	Réalisées	R/P	Prévués	Réalisées	R/P	Prévués
Hop. M.S. La Marsa	247	228	-8 %	299	415	39 %	317	492	55	373	505	35%	613
Hop. H.C. Sfax	503	505	0 %	541	565	4 %	623	816	31	686	1 292	88%	1 545
3 EPS 1992	1 482	789	-47 %	1 696	1 680	-1 %	1 994	2 710	36	2 113	3 367	59%	4 051
Hop. Enfants. Tunis	326	374	15 %	332	443	33 %	352	541	54	388	681	76%	650
I. Neurologie. Tunis	110	116	6 %	128	142	11 %	144	246	71	161	154	-4%	181
Hop. H.B. Sfax	706	820	16 %	706	1 007	43 %	801	1 243	55	877	1 584	81%	970
I. D'orthopédie. K.Said	221	201	-9 %	221	196	-11 %	255	492	93	306	803	162%	515
8 EPS 1993	2 015	2 184	8 %	2 074	2 484	20 %	2 267	3 585	58	2 758	4 664	69%	3 716
Total des 11 EPS	3 497	2 973	-15 %	3 770	4 163	10 %	4 261	6 295	48	4 871	8 031	65%	7 767
Hop. F.B. Monastir	532	489	-8 %	539	552	2 %	657	724	10	752	974	30%	1082
Hop. A.Othmana	420	378	-12 %	501	475	-5 %	505	492	-3	580	615	6%	1058
5 EPS 1994	1 538	1 101	-28 %	1 685	1 420	-16 %	2 126	1 751	-18	2 581	2 511	-3%	3 317
Total des 16 EPS	5 035	4 075	-19 %	5 455	5 583	2 %	6 387	8 046	26	7 452	10 542	41%	11 084

Source : Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABLEAU 8 : EVOLUTION COMPAREE DES IMPAYES DES EPS DE 1991 A 1994 (EN MILLIERS DE DINARS TUNISIEN)

Etablissements	1991	1992	Evol. 91-92	1993	Evol. 92-93	1994	Evol. 93-94	Evol. 91-94
Hop. M.S. La Marsa	56	13	-77 %	2	-85 %	144	7 100 %	157 %
Hop. H.C. Sfax	1 052	832	-21 %	432	-48 %	432	0 %	-59 %
3 EPS 1992	1 154	1 302	13 %	1 725	32 %	1 256	-27 %	9 %
Hop. D'enfants. Tunis	830	768	-7 %	694	-10 %	657	-5 %	-21 %
I. Neurologie. Tunis	273	428	+57 %	328	-23 %	517	+58 %	89 %
Hop. H.B. Sfax	965	1 132	+17 %	599	-47 %	713	+19 %	-26 %
I. D'orthopédie. K. Saïd	1 023	1 085	+6 %	785	-28 %	233	-70 %	-77 %
8 EPS 1993	4 083	4 642	14 %	3 822	-18 %	3 673	-4 %	-10 %
Hop. F. B. Monastir	974	851	-13 %	1 200	+41 %	1 200	0 %	23 %
Hop. A. Othmana	719	1 051	+46 %	1 233	+17 %	1 051	-15 %	46 %
5 EPS 1994	2 536	2 531	0 %	3 148	24 %	2 789	-11 %	10 %
16 EPS	7 773	8 475	9 %	8 694	3 %	7 718	-11 %	-1 %

Source: Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABEAU 9 : EVOLUTION DES RESSOURCES HUMAINES DES EPS DE 1992 A 1994

Etablissements	Méd.	Pharm.	Dent.	Param.	Ouvr.	Abmin.	Sc.&Tec	Total	Int. & rés.	TOTAL
Hop. M.S. La Marsa	1992	35	5	2	262	153	21	485	154	639
	1993	42	6	2	274	164	26	520	117	637
	1994	48	6	2	284	160	27	533	186	719
Hop. H.C. Sfax	1992	49	9	2	661	309	57	1096	100	1196
	1993	55	8	2	653	310	55	1092	144	1236
	1994	54	7	2	650	314	63	1101	150	1251
3 EPS 1992	1992	135	20	10	1395	628	89	2298	352	2650
	1993	155	21	11	1562	680	110	2561	406	2967
	1994	168	19	7	1591	702	120	2631	462	3093
Hop. D'enfants. Tunis	1992	54	4	2	475	226	20	785	97	882
	1993	61	5	2	483	227	19	802	94	896
	1994	61	6	2	476	236	25	811	96	907

Etablissements	Méd.	Pharm.	Dent.	Param.	Ouvr.	Abmin.	Sc.&Tec	Total	Int. & rés.	TOTAL
I. Neurologie. Tunis	1992	14	2		229	134	16	398	22	420
	1993	21	3		234	143	20	425	16	441
	1994	22	2		228	146	24	426	23	449
Hop. H.B. Sfax	1992	53	7		749	232	29	1081	106	1187
	1993	63	7		777	242	35	1136	131	1267
	1994	63	7		802	239	38	1161	156	1317
I. D'orthopédie. K. Saïd	1992	22	3		236	189	26	479	40	519
	1993	18	3		244	182	31	481	40	521
	1994	20	3		246	184	32	488	32	520
C. Maternité.	1992	19	7		96	109	17	222	22	222
	1993	16	6		100	99	17	222	22	222
	1994	20	6		100	99	17	222	22	222
I. Ophthalmo. Tunis	1992	14	3		255	169	12	456	129	585
	1993	16	3		249	176	15	463	131	594
	1994	17	4		259	174	24	482	134	616
I. Ophthalmo. Tunis	1992	13	2		126	119	10	270	17	287
	1993	14	2		123	129	14	283	19	302
	1994	11	2		114	120	17	265	20	285

Etablissements	Méd.	Pharm.	Dent.	Param.	Ouvr.	Abmin.	Sc.&Tec	Total	Int. & rés.	TOTAL
1992	27	3		219	142	21	4	416	53	469
1993	29	2		220	163	33	9	456	38	494
1994	29	2		202	160	37	10	440	30	470
8 EPS 1993										
1992	197	24	2	2 289	1 211	134	28	3 885	464	4 349
1993	241	32	8	2 426	1 328	184	49	4 268	469	4 737
1994	243	32	8	2 436	1 318	214	54	4 305	538	4 843
11 EPS										
1992	332	44	12	3 684	1 839	223	49	6 183	816	6 999
1993	396	53	19	3 988	2 008	294	71	6 829	875	7 704
1994	411	51	15	4 027	2 020	334	78	6 936	1 000	7 936
Hop. F. B. Monastir										
1992	61	9	4	676	161	15	15	941	346	1287
1993	80	9	4	673	164	12	14	956	419	1375
1994	81	9	3	701	171	25	14	1004	2000	1204
Hop. A. Othmana										
1992	29	3	5	318	264	14	3	636		636
1993	24	3	5	320	246	17	2	617		617
1994	23	3	5	316	250	15	2	614	64	678
Hop. H. Tahrir										
1992	38	7	9	362	242	20	8	686		686
1993	50	9	9	388	257	19	9	741		741
1994	54	9	9	378	220	23	9	702	175	877

Etablissements	Méd.	Pharm.	Dent.	Param.	Ouvr.	Abmin.	Sc.&Tec	Total	Int. & rés.	TOTAL
Hop. Razi. Manouba	1992	28	2	332	225	15	7	611	37	648
	1993	31	3	335	230	17	7	624	39	663
	1994	30	3	317	227	24	7	609	40	649
Hop. A. Mami. Ariana	1992	30	3	259	184	21		499	55	554
	1993	30	3	256	193	22		506	45	551
	1994	31	3	248	189	26		499	49	548
5 EPS 1994	1992	186	24	1 947	1 076	85	33	3 373	438	3 811
	1993	215	27	1 972	1 090	87	32	3 444	503	3 947
	1994	219	27	1 960	1 057	113	32	3 428	528	3 956
16 EPS	1992	518	68	5 631	2 915	308	82	9 556	1 254	10 810
	1993	611	80	5 960	3 098	381	103	10 273	1 378	11 651
	1994	630	78	5 987	3 077	447	110	10 364	1 528	11 892

* Méd. = Médecins; Pharm. = Pharmaciens; Dent. = dentistes; Param. = Paramédicaux; Ouvr. = Ouvrier; Admin. = Administratifs; Sc. & Tec. = Scientifiques et techniques; Int. & Rés. = Internes et résidents.

Source : Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

TABIEAU 10 : BUDGET DE FONCTIONNEMENT DES EPS DE 1991 A 1995 (EN MILLIERS DE DINARS TUNISIEN)

Etablissement	Budget total					Subvention de l'état					Caisses 91=92 93=94
	1991	1992	1993	1994	1995	1991	1992	1993	1994	1995	
Hop. M.S. La Marsa	1 123	1 275	1 400	1 564	1 804	876	976	1 083	1 191	1 191	
Hop. H.C. Sfax	2 541	3 079	3 509	3 872	4 731	1 588	2 088	2 436	2 736	2 736	450
3 EPS 1992	6 532	7 446	8 600	9 717	11 655	4 600	5 300	6 156	7 154	7 154	450
Hop. Enfants. Tunis	1 494	1 652	1 832	2 022	2 284	918	1 070	1 230	1 384	1 384	250
I. Neurologie. Tunis	959	1 044	1 301	1 461	1 481	599	666	907	1 050	1 050	250
Hop. H.B. Sfax	3 002	3 082	3 685	4 097	4 190	2 296	2 376	2 884	3 220	3 220	
I. D'orthopédie. K.Said	1 211	1 292	1 540	1 791	2 000	740	821	1 035	1 235	1 235	250
C. Maternité. Tunis	779	895	1 067	1 218	1 418	503	605	712	818	818	
I. Ophthalmo. Tunis	524	574	614	814	850	379	429	483	526	526	
8 EPS 1993	9 989	10 618	12 255	13 923	14 881	6 974	7 544	8 988	10 165	10 165	1 000
Total des 11 EPS	16 521	18 064	20 855	23 640	26 536	11 574	12 844	15 144	17 319	17 319	1 450
Hop. F.B. Monastir	2 329	2 627	2 985	3 379	3 709	1 547	1 838	2 078	2 377	2 377	250
Hop. A.Othmana	1 629	1 782	1 997	2 272	2 750	951	1 031	1 242	1 442	1 442	250
Hop. H.H. Manouba	1 659	1 871	2 279	2 624	2 636	1 139	1 351	1 551	1 786	1 786	250
Hop. Razi. Manouba	1 139	1 353	1 600	1 862	1 778	970	1 117	1 301	1 478	1 478	
Hop. A. Mami. Ariana	1 216	1 329	1 467	1 731	1 731	1 077	1 190	1 280	1 454	1 454	
5 EPS 1994	7 972	8 962	10 328	11 868	12 604	5 684	6 527	7 452	8 537	8 537	750
Total des 16 EPS	24 493	27 026	31 183	35 508	39 140	17 258	19 371	22 596	25 856	25 856	2 200

Source: Ministère de la Santé Publique. Direction du projet de réforme de la gestion hospitalière. Tunis 1995.

ANNEXE 8

ECHANTILLON D'ARTICLES DE JOURNAUX TUNISIENS

في افتتاح الأيام الطبية الثالثة للجراحة بصفاقس:

كاتب الدولة للصحة يعرض



فتحي المريني

ملاحج الإصلاح الصحي إلى غصصاية سنة 2006

تراجع العلاج بالخارج من 1171 حالة سنة 1987 إلى 431 سنة 1992

تونس - الصالح: نظمت منذ تولي السيد المريني لقيادة برمين الأهم الطبية الثالثة للجراحة والتي أمتحنتم انشغالها كآلة الطب بصفاقس وتضمن برنامج هذا الملتقى جلسات طبية حول مرض السيل كسوياء والأوجه السريرية والعلاجية له، إضافة إلى جلسات طبية حول حمى المجرى البولية والتي السيد فتحي المريني كاتب الدولة لدى وزير الصحة العمومية بالمشاركة كآلة الانتاج التي تضمنت بالخصوص من افتتار مرض السيل يستند على مطبوعات وثائق (الترتاج ظهور المرض في الدول الصناعية نتيجة التطور مرض الموزق المتنامي المكسب والمسيب) وكذلك إلى مطبوعات الكشف والعلاج ويقي السيل مرضاً خطيراً لم يبح والعناية الكافية وهو المنتسب في نسبة مرتفعة من الوليات ولم يك من الإراض التي يمكن الشفاء منها بدون علاج يستوجب مدة طويلة في جانب أن بعض المصابين به تتحسنم للثقافة الصحية الكافية بحيث لهم لا يوظفون

وبالأخصال في هذه الاجراءات ليد من الاشارة الى ان تهيؤتها الطبية شهدت تمصنا لوميا هاما بواسطة ما تم لتتازم من الالات الحديثة والمتطورة من نوبل المرليس (SCANNER) (خمس وحدات) ومكنت فصاصة (تم لتتاه اثنين) ولة ثالثة في طرفها في الاستثناء) والسرع الخطير (وحدة بميد صالح مزين) ويكلي القول في هذا الصندة انه خلال الستين 1992-1993 تم صرف ما لا يقل عن 35 مليون دينار لتجهيز المؤسسات الصحية بالبلاد ولابد في هذا الصدد من الاشارة ايضا الى بناء المركز الوطني لزراع الفناج الذي بدأت لشغله منذ شهر، وفي مشروع لصنات وحدة متكاملة لزراع الفكي بمستشفى شارل نيكول كما ليد من الاشارة الى النماحات الباهرة التي حققها محمد باستور على صعيد البحوث البيولوجية وصنع الاصصال والتلاصق اضافة الى ما تحلق من نماجات كبيرة في ميدان الطب المتطور مثل عملية زرع قلب وعمليات زرع الكلى والاشكالات الجينية... ولم يبق القطاع الصحي الخاص بمناى من هذا التطور الهام الذي شهده القطاع الصحي العمومي، فالقطاع الخاص بدوره قطع خطوات نهائية نحو الافضل خصوصا على صعيد مراكز تصفية الدم والمصصصات المتصندة الاختصاصات

بصفة منتظمة على الدواء ولا يأخذون الاحتياطات الكافية بتجنب عدوى محيطهم مما يتطلب القيام بعمل كبير في الصعيد الاجتماعي والتثقيبي ويشهد العالم اليوم تفتي مرض قسل في كل الدول لذلك اوردت منظمة الصحة العالمية هذين حثا الطوارئ انقارا للمجموعة الدولية من خطورة هذا الداء الذي من المتوقع ان يصيب اكثر من 30 مليون نسمة خلال العشرة القادمة لنا يقع لتخاذ الاجراءات اللازمة للقضاء عليه حيث تسجل كل سنة ظهور ثمانية ملايين حالة. ويعتبر مرض حمى المجرى البولية مرضا شديدا امنية نظرا لتكاثر هذا المرض وخاصة المتوطن منه في المناطق التي تتكرر في الماء الصالح للشرب ولما يمكن ان ينجر عنه من مضاعفات (تسود الكلى) مما يمثل عبئا ثقيلا على المجموعة الوطنية اذ انه تم صرف اكثر من 26 مليون دينار من طرف الصناديق الاجتماعية في قطاع قسل كل سنة 1993

9 مستشفيات ومعاهد سيضمها الاصلاح الى سنة 1995

العلمة في المولدين شفا يدل على ذلك لتقلص التمريس لعدد المرضى المبروتين في الخارج للملاج. ولقد انقضى هذا العدد من 1171 سنة 1987 إلى 431 سنة 1992. وترجمت كلفة ذلك من 10 ملايين دينار سنة 1987 إلى 6 ملايين دينار سنة 1992 ويعود الفضل في هذا التقدم إلى التطور الذي شهده بعض الاختصاصات الطبية في بلادنا كزرع الأعضاء، وطب الأشعة، وجراحة القلب والشرين

الإصلاح الصحي

ولكر ان الاصلاح الصحي بهدف بالخصوص في تحسين ظروف استقبال المرضى وإقامتهم في المستشفيات لتتوسية التي يهين ان تكون في خدمة من يؤمها وان تؤمن لهم استقبالا جيدا، وظروف إقامة مريحة وظروف نظافة محترمة وتحسين تصرف ناضج في الوسائل البشرية والمادية المتاحة، والحد من التلغير في جسمهم لشكاه، واعطاء المسؤولين من تسيير المؤسسات الاستشفاية مزيدا من المسؤولية واكساب الاموان والتجهيزات اكثر نجاعة وجردي وتاثير الصيرة على التكاليف من طريق اصدار كوزمخ المسؤولين وتحليل المزيد من التكاليف بين الوظائف الادارية والوظائف الطبية بواسطة توار اساليب التصرف العمري ومن المنتظر في حدود 1995 ان يشمل الاصلاح تسمية من المستشفيات والمعاهد والمركز المتصمة الاخرى التي ستتحول بدورها الى مؤسسات عمومية للصحة. وتبلغ كلفة هذا الاصلاح 45.8 مليون دينار منها 21.6 مليون دينار قرض من البنك العالمي ورغم ما يشهده هذا العصف من أهداف طموحة وما يفره من لتكالتات لتحقيق هذه الاهداف لسان الوزارة حرصت على وضع مخطط استراتيجي لمعرفة حاجيات تونس في هذا القطاع على المدى المتوسط والبعيد وشيخ البراج للصحة الوطنية طبقا لاهد الصلاحيات وتماشيا مع ما تشهده البلاد من تطور في غاية 2006

ولكر كاتب الدولة للصحة ان العهد الجديد يعتبر الحق في الصحة من حقوق الانسان الاساسية وقد اقر هذا الحق بمسرح العبارة في الفصل الاول من القانون الجديد عند 63 لسنة 1993 والمتعلق بالتنظيم الصحي في البلاد ويمثل هذا القرار لفتتارا حضاريا يترجم عنه الاهتمام الذي وما انك هذا القطاع يحظى به لدى سيادة الرئيس زين العابدين بن علي وقد تجلى هذا الاهتمام خلال السنوات الخمس الماضية في التحسين الملحوظ للمرضى خصوصا منهم من يعيشون في اقل المناطق حثا. والتناج المشجعة التي سجلها القطاع تكوم ليللا على سداد السياسة المتوخاة بوحى من صانع التجهير. وقد برزت هذه لتناج في مستوى الدم الذي حظي به لقطاع الصحة والمتمثل في التطور اقيام الذي شهدهت الميزانية المتصصمة له الا ارتقت ميزانية التصرف من 188 مليون دينار سنة 1987 إلى 365 مليون دينار سنة 1994 اما ميزانية التجهيزات فقد تجاوزت الضعف في نفس المدة لا ارتقت من 16.2 مليون دينار سنة 1987 إلى 50.0 مليون دينار سنة 1994 وكانت لهذا الدعم لتكالتات لهجالية على قطاع الصحة من حيث الكم والكيف على السواء في محمل مشايع الحياة عند الولاية او بالنسبة لوليات الاطفال او للتكافة الطبية او لتطبيق التثقيمية او في قطاع التنظيم العائلي

مساهمة الصناديق الاجتماعية

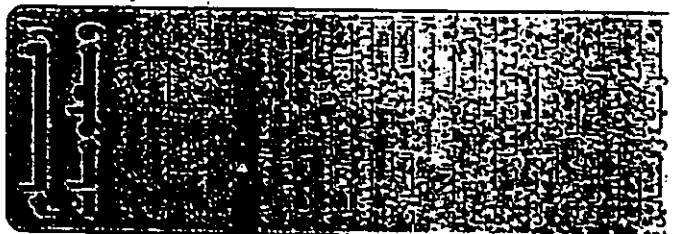
تجدر الاشارة في هذا الصدد وفي نطاق تصويم التجهيزات وتجهيدها في البرتاج الهام المبرم بتعليمات من سيادة رئيس الجمهورية مع صناديق الضمان الاجتماعي والقاضي بان تصام هذه الصناديق على استخدام التثقيمية 1994-1990 في هذا الدعم بمبلغ جملي قدره 50 مليون دينار

الاستعجالي الطب 40% من الحالات الاستعجالية فيير استعجالية فتح العيادات الخارجية بعد الظهر لتقليص الاكتظاظ بالاستعجالي

كم من كشميرة
الانتشارات والتفكير
والخدمات
الخدمات بأقسام الطب
الاستعجالي من طرف
المتردين عليها حتى ان
المرض لم يتردد في اللجوء
والذي يهددك السر هو الامر
منه هذا يشكك من طول
الانتظار وتم خطورة حالته
وذلك من عدم وجود الطبيب
المختص والآخر يتلخص من
ضروبة استكمال الاجراءات
الادارية قبل مقابلة الطبيب
والخزي سواء ما عدم توفيق
التمهيزات الاستعجالية حتى ان
بعض الحالات الخطيرة كانت
تعالج بالمستشفيات للخطر
مما يكسبنا من لفضل
التحول في قسم الاستعجالي
بالتاكسي بدل انتظار سيارة
اسماك ان ثاني وانتقد البعض
الانجرس فسيبب غضب
الانجرس مما حتى ان بعض
المرضى يخشون الانتظار
الى العيادات ليطلع عرض
حالتهم على الطبيب المختص.
المأخذ كثيرة من قبل
المرضى ولكن القليلة في
تسبب هذه الوضعية كانت
اكبر من قبل وزارة الصحة
العمومية التي بدأت في تقبل
كافة الحالات المرضية وعملت
منذ المصالحة المالية وعملت
على تسليط الفروض على هذا
المبدأ الحسابي بالكلية جديدة

المباشرة بالمورطين
وخصوصا منهم المرضى...
لهذا المرض تكونت منذ شهر
نوفمبر من سنة 1992 لجنة
وطنية حول الاستعجالي في تونس
بترأسها السيد علي قراوش
كاتب الدولة بوزارة الصحة
وتضم مندوبي المستشفيات
ورؤساء أقسام الاستعجالي
والطارات لوزارة وكل الاطراف
وهذا الميدان.

المعية بهذا الميدان فابن ومات
امثال هذه اللجنة وما هي ملامح
الخطا التي رسمتها لتحسين
خدمات الاسعاف في بلادنا؟
هيكلية
الاستعجالي
منذ تاسيسها لتكثف هذه
الجهة على الاهتمام بخدمات
الاسعاف والقيام بدراسات
وتحاربة مخروطة اسير نشاط



ولقد رسمت انشائها جملة من
الاهداف بالاكثار لتخفيفها في
سبع نقاط ايجاد هي:
• تحسين الخدمات
الاستعجالي في عدة اصناف
حسب التخصصات المطلوبة
والاختصاصات المطلوبة
• احكام تسيير الاسعاف
الاستعجالي بتقنين الامكانيات
المالية والتقنية المطلوبة
وتكثيف العناية بالاطار المعنى
ودعمه على مستوى الكفاءة
والعدد وتسيير علاوة قسم
الاستعجالي بجهة الاسعاف او
الاعتصاصات الاستعجالية
بالنظر الى اوضاع
• فتح العيادات

مسألة فتح العيادات الخارجية
بعد الظهور للتفكير من الامكانيات
العموم التي تشهده الاسعاف
الاستعجالي ليهيها وان توفيق
لفعل بالادارات التونسية بفتح

الخارجية
• لائحة الاطراف فركزت على
بعد الظهور للتفكير من الامكانيات
العموم التي تشهده الاسعاف
الاستعجالي ليهيها وان توفيق
لفعل بالادارات التونسية بفتح



المستشفيات في الصباح وهذا
يوصله بفرجه الى هذه الاسعاف
بعد الفروض من العمل مما يشكل
خطرا كبيرا عليها والظروف في
الامر ان الحالات الاستعجالية
العلوية لا تتجاوز 760 من
الاحالات الواردة على الاسعاف
الاستعجالية في حين ان 740
تتمتع بجهة الاستعجالية

تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية

تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية

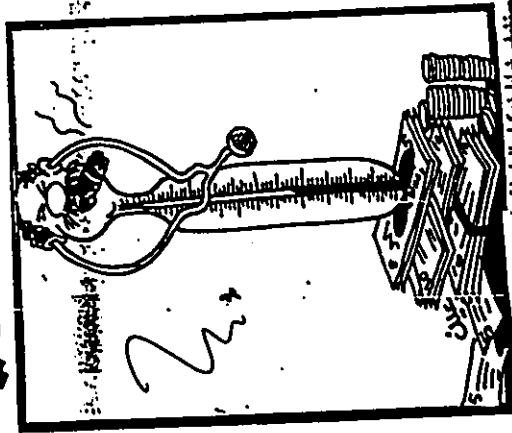
الخاص
من الاهداف التي تشمل
تقليصها للجهة الامتصاص

تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية

تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية
تتمتع بجهة الاستعجالية

مشروع إصلاح المؤسسات الإستراتيجية

لا خوف من إصلاح القضاء



لغلا من زوجه، حيثك أخوه، مثل
الوجه المبرح الذي يوجه إليها النظر
في حصة الإقتصاد الوطني
بالسكنى والتي تنقل بالتهويله
لرابع للزواج، ما يثير أن لها مغلما
فلا في مجلس الوزراء كما يقال
مجلس الوزراء لهذا الخدمت خلق
الوزارة التي كاتبت ربحها الدفاع
من للجهاد والوزرات المني
كل هذه الحكومات الجديدة التي
بإلزامها مشروع الإصلاح الخدمه
تلتها الأيدي التي أخذت منها الكر
على الصلاه الإستراتيجي بإثرها
أكثر لد أعدت المؤسسة الخدمه أكثر
في تلتها وبهذا لرسه العمل من
الأول إلى آخره، وتكون الهيئات
الإستراتيجي بخلق التي فلتكون ربحه
أحزاب العرب والتبني في كل منا من
أن الذنه العربي للشمس يسلم من
مشروع الإصلاح الذي مرة بعد ما
كانت مشاريع لفرقة كشمس كل ما
بهم اليات، ويتشبه السور.

أموال الأوصياء
بعد هذه العملية المصيرية
المشروع ياتيه يوم حقلنا للتكوير
في أن لا مجال لفرقة المؤسسات
الإستراتيجي، فكما على أن القرا من
العاصر الجديد في جعله هذه
المشروع بأن مصلح الخدمه في
المؤسسات المني غير موجه في
خلق موزانها، والمتممات القرا
تصرف هذه المؤسسات ولكن ما حصل
هو أن هذه المؤسسات أصبحت توبا
من الإستراتيجي التي، حيث تصرف
في اشتداتنا المني لها يكمل
الفرق والسفر، ولا دور الإستراتيجي
أو لتصل الخدمه الخدمه في
للإستراتيجي في علوم الإصلاح
للإستراتيجي لاشية اللات وإرسال
تبرها المؤسسات المني
لها كل الإضمانه الأخرى بما تشبه
200 ربحي وثنا التي تشبه فيها
الخدمات المني، وقد تكنت القرا
من ذاهب كل المخرجات المني، ولا
تقال لخص من الصوبه للخدمه عليها
واللغات، طها.

سيد الوهاب الأبي و طه

أنت مصارح صوبه مساره، للأشهر، في إصلاح أوضاع مصطلحات
الم، وسأ، في التفسير... في عملية إصلاح المؤسسات الإستراتيجية
التي هي أبرزها: الترتيب منذ سنة 1992 والتي ضمت بالياب 20 مؤسسة
الإستراتيجي، ويختلف جهات بلاد ما في ذلك لأن الإصلاح الذي بدأ في
جاني 1995 والذي يشار له فيه لأن من قبله التي، تصدور بعد تعيين
الخصر في المؤسسات المني حيث وصلت الترتيبات لولا الترتيب 47
مليون دينار لتصرف فيها الترتيب العامة لفرقة سنة 1995، أي ما يقارب 25.5 مليون دينار ولد
خلون دينار وثلاثه هوني، بنسبة 61، أي ما يقارب 25.5 مليون دينار ولد
وزعت اشتراك هذه الترتيب، فالتصرف المالي وتكون الإيجارون بما
يشبه 16 من ربحه المشروع وكما كان الحال الإجمالي من إخراج الإجمالي بنسبة
114 كما وصلت نسبة 18 لتصرف الإستراتيجي وجهات الإقليم.

والجاءه لأن مشروع اللات، الذي
مبارك عليه مجلس الوزراء في شهر
أكتوبر، للتالي قد تم بدوره مشروع
للأول، يتناول بإحداث مؤسسات
مؤسسية للإستراتيجي
مسيك أخرى.

تطوير القطاع المصرفي
براية المني الإستراتيجي كانت مع
سنة 1992 حيث خصت في البراية
تلال مؤسسات (مستقل مساره)
مؤسسا و مستطلي الذي مصلح
والرئيس بصفتي المني والذين
مجلس (مستقل) كانت هذه مراحل الإيجار
الأولي، وبهذا الذي من ذلك في
بالتصميم خدمات المؤسسات المني
والتمويل، ما يشار ما مركز الإستراتيجي
كبير المني، لثبات أكثر فيها من
الخدمات التي تلتها، لأن في
مجلس مؤسسية قسما في مونيها
الجديدة والتي تنقل في إطار مشروع
الإصلاح، تطوره من نسبة 22/ إلى
44/ ما في ذلك الخدمات القرا
والرئيس، والتي تنقل في إطار
التي، بعد المؤسسات موني 215

مستطلي خلال الترتيبات التي
لر ماته حله، وسوسا، لا ذكر الترتيب
في الوضع ويعد بالتصوير، واجيد
مستطلي فكرة أوضاع المؤسسات
الإصلاح التي تقدم خدمات كبيرة
تصل نسبة 250 من جملة الخدمات
التي، حيث تصدق موني ثلثي
الخدمات القرا، بعد الإستراتيجي
التي، فضلا عن تلال الأثر الكثر
للأثر، مثل هذه المؤسسات والذين
تصويرها حيث عملت المؤسسات
للأثر، لبدء المؤسسات مستطلي لها
مجلس موني، بتكون مجلس إدارة

سيد الوهاب الأبي و طه



أينس وفضل مشروع إصلاح التصريف في المستشفيات العسكرية

توصى، المعالج
لنقدي في مطلع هذا الأسبوع
بمقر وزارة الصحة العمومية
اجتماع تقيمي حول ما وصل
إليه مشروع إصلاح التصريف
الاستشفائي... عن هذا المشروع
أبدا... مراحل... إنجازات
وآفاقه... جمعا للأداء بالسرعة
المجد كهيئة مهندس المشروع
الأصلي بشهادة الكثيرين وهم
أمره على اعتبار نفسه أحد
المؤسسين على المشروع.
اللقاء صاف إن تمام نشأة
المستشفى لإطارات التصريف في
المستشفيات العمومية...

تقديم
لذكر ميمنا أن الاجتماع
الأخير بعد الأول منذ سنتين
اجتماع انصاف منذ سنتين
وهو تقيمي صفة تقيمية.
علما وإن لجنة وطنية لتصريف
في الإصلاح الاستشفائي قد
تكونت في نطاق إنجاز المشروع
تضم مكون من كل من وزارات
الصحة والتخطيط والتكوين
الاجتماعي والبيئة...
وتحت إشراف طريقة التقديم على
عدة مراحل منها ما يتعلق
بالتقييم الذاتي ويتجلى ذلك من
خلال خطة تصريف على وضع
نظام التصريف الجديد وهو تقيمي
مستمر ينتشر أسبوعيا تقريبا في
المستشفيات للملاحظة بمختلف
الإطارات العاملة بالمؤسسات
الاستشفائية والتي لا يجمع مع هذا
النوع من التقييم يقوم بأمره فريق
الوطني بتقييم مشروع الإصلاح
باعتبار أيضا فحته في عملية
التقييم والتأكد من الإصلاح
إنجاز تقيمي إنشائي وبما
صاغه اللجان تقيمية بعثة

من تو أسس لرياح في صلب
المؤسسة لأن الغاية الأهم تبقى
ضمان التناغم والتناسق بين
طبيعة النشاط أو الخدمات
المقدمة وسيرورة المؤسسة
الاستشفائية.
هذه ثلاث سنوات
بعد استعراض مركزات
المشروع هل يحق القول بأن
كافة الجوانب الاستشفائية التي
شملها التجربة قد استوت
خطة الإصلاح؟
جواب السيد عبد المجيد كريمة
كأن واضحا حيث لاحظ أن
المشروع الذي يشمل مشيرين
مؤسسه يمتد لنجازه على مدى
خمس سنوات من 1992 إلى
1997...
وتم تجهيد لول بثلاث سنوات
للشروع في العملية التقييمية
لمدى نجح المؤسسة
الاستشفائية المعنية في تطبيق
مراحل الإصلاح ومركزته منذ
تاريخ دخولها حين العمل بنظام
الإصلاح الجديد.
هو الفيل... ولكن
ككل مشروع إصلاحي لم يمر
مشروع إصلاح والتصريف في
المستشفيات ببعض الصعوبات
التي يبدو الخوف على تجاوزها
جلبها وحسوبا والآراء على
تشاركها ولحمة لعل أهمها
تعلق بنظام الوثيقة العمومية
التي لا يفرق لوما جوائز عامة
تكون من الاستفادة والاستعمال
بالإحزاب الكفالة كما أن نجاح
التصريف الخاص في ضمان
استقلالية المستشفيات العمومية
والأفريقية يسبقه وعين السرا
اللامركزية والتفويض تدريجيا
من تدخل الإدارة المركزية
ليتمنى الإدارة للمستشفيات

سجل إدارة ولجنة طبيعة
وترمي جميعها إلى ضمان
التكامل في عملية التصريف
الاستشفائي.
القطعة الثانية تم التحكم في
الموارد والفرع من المردودية
بإستعمال طرق تصريف طبية
كالمعالجة التجريبية والمعالجة
تطبيقية ومراقبة الحسابات
وغيرها.
بذلك معلومات
في جانب خلق بكة معلومات

11 مؤسسة شملها الإصلاح ومؤشرات أولية إيجابية

حول تكلفة الخدمات العمة لرم
ملاح أو سياسة خاصة بتعرفة
أو ملزم العلاج لتكون أقرب ما
يمكن إلى التكلفة الحقيقية التي
تتعلق عمادة بكتيز ما يلغسه
فمريض مقابل الخدمات الطبية
وخصم بالتحالي تؤول
المستشفى حسب حاجياته
المعقولة التي يرضها نشاطه
تحتفظ المعاملة بين لوجه
النشاط والمردودية المنضمة...
من المصارف التي يركز عليها
مشروع الإصلاح كما أن أهمها
لنا السيد كريمة الصفاة على
طبيعة الخدمات المقدمة
العمومية لهذا القطاع والتأكد
بهذا الترجمة دون أني التكاليف
التي من هذا القطاع سداد وان
الإصلاح كبتيز لكل مستأضي
بطاقة معالجة حق التلميح
بالخدمات الاستشفائية بل
والتيق بخدمات نظوية وجيدة.
مؤن جيري وراه الفرح في بحث

وهي التي تسهر على تنفيذه
ومتابعته ليحقق الأهداف
المرجوة منه.
على الطريق المسليم
ومن مدى تولى المشروع في
إنجاز مكونات الخطة كسند
السيد عبد المجيد كريمة لاجابة
المؤشرات الأولية حول سير
تلقب المشروء ويقوله تنمكس
المؤشرات المسجلة لنا تسير في
الطريق السليم والصحيح من حيث
البرساسة والخطة والالتزام
العمومي...
ولقد دخل المشروع حيز
الإنجاز العملي في جانفي 1992
وقبل هذا التاريخ بستين كانت
تستور للتطوير والدراسات
والمعلومات ليشكل المشروع في
توبه النهائي.
على كل البداية انطلقت في ثلاثة
مستشفيات ويشمل الآن 11
مؤسسة استشفائية من تصريف
20 مؤسسة تهمسها الخطة
الإصلاحية.
كما هي الآن مركزات إصلاح
التصريف في المستشفيات
العمومية.
ضمان الاستقلالية
لنقتل، سمنا هذه المركزات
أو ضمان الإصلاح في خمس
تقال لاسية...
تتم الأولى منح المؤسسات
الاستشفائية استقلاليةتها في
التصريف المالي والإداري مما
استوجب تركيز هيكل إدارة
داخل المستشفى من خلال بحث

توصى، المعالج
لنقدي في مطلع هذا الأسبوع
بمقر وزارة الصحة العمومية
اجتماع تقيمي حول ما وصل
إليه مشروع إصلاح التصريف
الاستشفائي... عن هذا المشروع
أبدا... مراحل... إنجازات
وآفاقه... جمعا للأداء بالسرعة
المجد كهيئة مهندس المشروع
الأصلي بشهادة الكثيرين وهم
أمره على اعتبار نفسه أحد
المؤسسين على المشروع.
اللقاء صاف إن تمام نشأة
المستشفى لإطارات التصريف في
المستشفيات العمومية...

مخبة ليوغلي

المطبخ الأثري

تعريفات جديدة للعلاج والإقامة في المستشفيات لغير المنخرطين

- تعريفية العيادات: من 5 دنانير الى 12 ديناراً
- الإقامة: من 18 دالي 30 ديناراً يومياً
- عدم قبول المرضى المعالجين بمقابل الا بعد دفع تعريفية 5 أيام إقامة

- وتسيما يتعلق بالنقطة المتعلقة بمطالبة تسديد المرضى المنخرط في مؤسسة تأمين او حبيطة اجتماعية مباشرة للمستشفى مساريق الإقامة التي لا تغطيها المؤسسة المعنية، فإن الامر يتعلق بتوعية العلاج الذي تلقاه المريض، والذي لا تغطيه المؤسسة المعنية مثل الولادة او جراحة الأسنان او اي علاج لا تشملها التغطية حسب النظام المعمول به لدى مؤسسة الاقتراط

شروط العلاج والإقامة
وحول عدم قبول المرضى المعالجين بمقابل الا اذا دفع المريض او عائلته ما يعادل تعريفية خمسة ايام إقامة استشفائية (ب) او الاستشفاء مسبقاً بشهادة في تحمل المساريق اذا كان المريض منخرطاً في مؤسسة تأمين او حبيطة اجتماعية فإن الامر يكتمل بطابع الضمان المالي، والمريض مطالب عند التحول الى المؤسسة للعلاج ان يسلطب معه المال الضروري لذلك او حصا للغرض حتى لا يتأجا بالرخص

والسؤال المطروح لمن يعالج بمقابل، هل هو على علم ود راية مسبقاً بمرجه حتى يعالج هو او عائلته مادياً ويطلبب معه ما يكفي من الاموال لتسديد مطروم العلاج او نصف الاقامة مسبقاً؟

واذا اتضح ان حالته الصحية خطيرة مع انها لا تتطلب العلاج الاستشفائي، كيف يمكن للمريض او عائلته الحصول مسبقاً على شهبادة في تحمل المساريق يتسلمونها من مؤسسة الاقتراط سواء في التأمين او الحبيطة الاجتماعية والحال ان الامر لا يستدعي وقتاً ضائعاً في اروقة الادارات والروتين بل يتطلب العلاج الفوري قبل كل شي؟

نقطة اخرى تثيرها بالمناسبة وهي التزام المرضى الذين يطلبون الإقامة بحجرة خاصة لا تشمل على اكثر من سريزين الترفيع في التعريفية بنسبة 250 بصرف النظر عن سواردهم ووضعيتهم العائلية، (ما عدا حالات الاتعزال والانعاش)

والامل قائم في اعادة النظر في عدة نقاط تضمنها هذا القرار باعتبار الصحة مثل التعليم مكسباً تفتقر به ترنس على التوالي

استشفائية ويكون هذا الرصيد نصف المبلغ بالنسبة للولادت لما المرضى المنخرطون في مؤسسة تأمين او حبيطة اجتماعية لهم مطالبون بالاستظهار مسبقاً بشهادة في تحمل مساريق يتسلمونها من المؤسسة المعنية ولا تطبق هذه الاجراءات في صورة العلاج الاستشفائي

تسديد المساريق وغم التأمين
يسدد المرضى المنخرطون في مؤسسة تأمين او حبيطة اجتماعية مباشرة للمستشفى مساريق الإقامة التي لا تغطيها المؤسسة المعنية

ويمكن للمؤسسة الصحية التي اسندت العلاج بصرف النظر عن جميع الاحكام التعاقدية المخالفة لذلك، ان تتولى مباشرة استخلاص الجزء الذي يتعين على شركة التأمين او الحبيطة الاجتماعية طبقاً لشهادة تحمل المساريق وفي هذه الحالة تسلم المؤسسة الصحية عوضاً عن المريض ابراء في مستردار المساريق للشركة او المنظمة المعنية

استفسارات للتوضيح
بعد استفسارنا عن بعض النقاط الواردة في هذا القرار اكدت لنا مصالح وزارة الصحة العمومية ما يلي:

- ان هذه التعريفات المالية مقابل العيادات والإقامة بالمؤسسات الصحية العمومية بالنسبة للمريض لا تهم الا المرء في غير المنخرطين اي من يعالجون بمقابل مالي

ان المعنيين بدفع هذه المبالغ المالية مقابل العلاج والإقامة لا يمتلكون سوى نسبة تتراوح بين 6 و 8 من مجموع المواطنين الذين يرتادون المؤسسات الصحية العمومية التابعة لوزارة الصحة

طب العام وطب الاطفال والاسراض الرئوية والقلبية والاسراض الجلدية والزهرية والامراض التنفسية: 18 ديناراً
- اسررل تنفذية والتسد والقلب والمعدة والامعاء والنساء وفتولويد والامراض الرئوية وامرلض الاعصاب: 20 ديناراً
- الجراحة العامة والاختصاصات الجراحية وامرلض الكلى والملاوة بالأشعة والانعشاش الطبي والعناية المركزة: 30

في المستشفيات الجهوية: الطب والاختصاصات الطبية: 15 ديناراً

الجراحة والاختصاصات الجراحية: 20 ديناراً
- المستشفيات النحلية: مهما كان القسم: 12 ديناراً

ويخضع الاشخاص المرافقون الى ثلثي (2/3) التعريفية على المريض المرغوق ويخضع للمرضى المعالجون بالمؤسسات الصحية العمومية والذين يطلبون الإقامة بحجرة خاصة لا تشمل على اكثر من سريزين للترفيع في التعريفية بنسبة خمسين بالمائة (250) بصرف النظر عن سواردهم ووضعيتهم العائلية

ولا يخضع لهذا الترفيع المرضى الذين يضمرون لاسباب طبية (الاتعزال والانعاش) للإقامة بحجرات لا تشمل على اكثر من سريزين

شروط القبول
لا يقع قبول المرضى المعالجين بمقابل الا اذا دفع المريض او عائلته ما يعادل تعريفية خمسة ايام إقامة

توضيح - الصباح - تعريفات جديدة تتعلق بالعيادات والإقامة بالمؤسسات الصحية العمومية التابعة لوزارة الصحة العمومية صدرت في إطار قرار من وزيرتي المالية والصحة في الرائد الرسمي بتاريخ 5 فيفري الماضي

وتضمن هذا القرار تفاصيل حول مبلغ المعاليم المطلوبة حسب نوعية العلاج الصحي وطرق قبول المرضى ومرافقيهم في المؤسسات الصحية وتورد فيما يلي هذه التفاصيل:

تعريفات العيادات
يلغ استخلاص مبالغ الفصوص التشفائية في الأشعة والمخابر والاستكشافات الوظيفية والتنظير الداخلي والعمليات الجراحية طبقاً لمجموعة الاعمال المهنية والتعريفات الجاري بها العمل وضبطت تعريفات العيادات كما يلي:

الطب العام: 5 دنانير
طب الأسنان: 6
الاختصاص الذي يجريه الاساتذة والاساتذة المحاضرون الغيرزبون: 12
مختصون آخرون: 8

ويمكن للمؤسسة ان تنظم في كل اختصاص حصصا للعيادات لتمكين الراغبين في ذلك ان يقع نسحصهم من طرف طبيب يختارونه وفي هذه الحالة ترفع تعريفية العيادة بنسبة 250

تعريفات الإقامة
تضبط تعريفية العيادة ليوم الإقامة في المستشفيات كما يلي: المؤسسات الصحية ذات