

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**

UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL

---

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE L'INNOVATION TECHNIQUE**



**FACULTE DE MEDECINE**

Année : 1997 – 1998

N°-----

**THESE**

Pour l'obtention

**DU DOCTORAT D'ETAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

**RÔLE DES CHU DANS LE SYSTEME SANITAIRE DE  
COTE D'IVOIRE**

**EXEMPLE DU CHU DE TRECHVILLE DE 1988 A 1996**

*Présentée et soutenue publiquement le 12 Mars 1998*

Par

**BONI CHO N'DIN CATHERINE**

*Née le 24 septembre 1970 à Abidjan (R.C.I.)*

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur BEDA Yao Bernard

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Agrégé OUEGNIN Gorges Armand

Assesseurs : Monsieur le Professeur KADIO Auguste

Madame le Professeur DOSSO BRETIN Mireille

## ABREVIATIONS

S/DAAF: Sous - Direction des Affaires Administratives et financières.

S/ DCE : Sous - Direction du Contrôle et de l'Evaluation.

S/ GEP : Sous - Direction de la Gestion et de l'Entretien de Patrimoine.

S/DSIO : Sous - Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux.

A. COMPT : Agence Comptable.

P. ADM : Personnel Administratif.

ADMT: Administrateur.

ING. B. M. : Ingénieur Biomédical.

IFPS : Instructeur de Formation Professionnelle Supérieure.

ATT : Attaché Administratif.

ASS : Agent Supérieur de Santé.

TSTP : Technicien Supérieur des T. P.

SEC. ADM : Secrétaire Administratif.

SEC .FIN. : Secrétaire des Finances.

TBM : Technicien Biomédical.

SEC. DT: Secrétaire de Direction.

ASS. DOC.: Assistant Documentaliste.

STAT. : Statisticien.

SEC. CPT : Secrétaire Comptable.

SEC. DACT. : Secrétaire Dactylo.

ADJ.ADM. : Adjoint Administratif.

DACT : Dactylographe.

AGT. B : Agent de Bureau.

DIET. : Diététicienne.

HOT. : Hôtesse.

CAISS. : Caissier.

PREP. INT : Préposé Interministériel.

AUT. : Autres.

ANA- PATH : Anatomie Pathologie.  
RADIO : Radiologie.  
LABO-CENT : Laboratoire Central  
PHCIE : Pharmacie  
PHCIE-CL : Pharmacie Clinique  
ANESTH;REA: Anesthésie Réanimation  
MED. INTERN : Médecine Interne  
MED. PERSL : Médecine du Personnel  
P.P.H: Pneumo- Phtisiologie  
NEURO-PSYCH : Neuropsychiatrie  
CH. PEDIAT: Chirurgie Pédiatrique  
ORTHO- TRAUMAT: Orthopédie Traumatologie  
O.R.L : Oto - Rhino - Laryngologie  
DERMATO: Dermatologie  
STOMATO: Stomatologie  
CH. I - CL. II: Chirurgie I - Clinique Chirurgicale II  
CANCERO: Cancérologie  
CH .II - CL. CH.I : Chirurgie II - Clinique Chirurgicale I  
CL. CH.III : Clinique Chirurgicale III  
CH. URG : Chirurgie Urgences  
CH .B. O : Chirurgie Bloc Opératoire  
GYNECO- OBST : Gynécologie -Obstétrique  
CAB DENT : Cabinet Dentaire  
M .I .T.: Maladies Infectieuses et Tropicales  
P.RETRO- Cl : Projet RETRO- CI  
OPHTALMO : Ophtalmologie  
PROF .TIT.: Professeurs Titulaires  
M. C. A.: Maîtres de Conférences Agrégés  
M.A : Maîtres Assistants

A .C.C : Assistants Chefs de Clinique  
MED. : Médecins  
CH. DENT: Chirugiens Dentistes  
P.H.: Pharmaciens  
S.U.S : Surveillant d'Unité de Soins  
I.D.E.S : Infirmier Diplômé d'Etat Spécialiste  
SF .SPEC.: Sage Femme Spécialiste  
INF.: Infirmier  
T.S.S: Technicien Supérieur de Santé  
P. ADMF: Personnel Administratif  
A. SOC : Assistants Sociaux  
P.S.G: Personnel des Services Généraux  
G. S. : Garçons de salle  
A. LABO.: Aide Laborantin  
F.S : Fille de Salle

# **ROLE DES C.H.U. DANS LE SYSTEME SANITAIRE DE LA COTE D'IVOIRE**

## **EXEMPLE DU CHU DE TREICHVILLE DE 1988 à 1996**

### **TABLE DES MATIERES**

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>PREMIERE PARTIE: GENERALITES.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. LE SYSTEME SANITAIRE DE LA CÔTE D'IVOIRE.....</b>	<b>11</b>
2.1.1. DEFINITION.....	11
2.1.2. EVOLUTION ET ORGANISATION ACTUELLE.....	11
2.1.3. LA PYRAMIDE SANITAIRE.....	15
2.1.4. LA CARTE SANITAIRE.....	25
2.1.5. LES CHU DANS LE SYSTEME SANITAIRE DE LA CÔTE D'IVOIRE.....	26
<b>2.2. ORGANISATION GENERALE DES CHU EN CÔTE D'IVOIRE.....</b>	<b>28</b>
2.2.1. LES ORGANES.....	28
2.2.2. LE PERSONNEL.....	29
2.2.3. LE FONCTIONNEMENT.....	30
<b>3. DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1. CADRE DE L'ETUDE.....</b>	<b>31</b>
3.1.1. LIEU.....	31
3.1.2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU CHU.....	32
<b>3.2. MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>33</b>
3.2.1. TYPE DE L'ETUDE.....	33
3.2.2. METHODES DE COLLECTE DES DONNEES.....	33
<b>3.3. RESULTATS ET ANALYSES DES DONNEES.....</b>	<b>34</b>
3.3.1. ACTIVITES DE SOINS.....	34
3.3.2. ACTIVITES DE DIAGNOSTIC.....	47
3.3.3. ACTIVITES DE RECHERCHE, DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT.....	52
3.3.4. LA GESTION DU C.H.U.....	53
<b>4. TROISIEME PARTIE: PROPOSITIONS.....</b>	<b>80</b>
<b>4.1. UNE MEILLEURE PLANIFICATION DES ACTIVITES DU C.H.U.....</b>	<b>80</b>
4.2. LA MAITRISE DE LA GESTION ET DU RENDEMENT.....	82
4.3. L'IMPLICATION PLUS IMPORTANTE DU PERSONNEL DANS LA GESTION DU C.H.U.....	85
4.4. L'INTENSIFICATION DES ACTIVITES DE FORMATION.....	86
4.5. LA DYNAMISATION DES ACTIVITES DE PREVENTION.....	89
4.6. L'INSTAURATION D'UN PROGRAMME DE BENEVOLAT POUR L'ENSEMBLE DU C.H.U....	91
4.7. LA RECHERCHE DE NOUVELLES RESSOURCES FINANCIERES.....	93
4.8. LA CONSOLIDATION DE LA COOPERATION HOSPITALIERE.....	94
4.9. UNE MEILLEURE IMPLICATION DU C.H.U. DANS LES ACTIVITES DE RECHERCHE.....	94
4.10. L'AMELIORATION DES SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS.....	94
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>97</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>99</b>

## 1. INTRODUCTION

La COTE D'IVOIRE, après une période de croissance vigoureuse et soutenue au cours des décennies (1960-1980), est entrée dans une ère de récession économique. Au début des années 80, on assiste à un profond déséquilibre interne et externe, une réduction des investissements et un ralentissement de l'activité économique. Ce grand bouleversement s'est fait ressentir dans le secteur sanitaire. Mais, avant cette période, la politique de santé s'est développée autour de deux grands axes :

- la médecine curative hospitalo-universitaire menée essentiellement par les C.H.U.;
- la médecine préventive et de lutte contre les grandes endémies assurée par les structures de bases de santé rurales.

Ainsi, a-t-on assisté à la création de C.H.U. et d'hôpitaux généraux; et au développement de bases de santé rurales. La COTE D'IVOIRE était alors l'un des pays ouest - africain les plus dotés en infrastructures médicales.

Le financement du secteur sanitaire était principalement à la charge de l'Etat ivoirien. Les médicaments et les soins étaient pris en charge par le budget de l'Etat ; ils étaient de ce fait administrés gratuitement aux populations.

A partir de 1980, avec l'apparition des difficultés économiques, on assiste à une réorganisation administrative du ministère de la santé.

Elle sera objectivée par la création de six directions régionales et d'établissements publics nationaux (E.P.N.) dotés d'une personnalité juridique et d'une autonomie financière (C.H.U., P.S.P., I.N.S.P., I.N.H.P., I.C.A.).

Ceux-ci vont avoir recours au recouvrement des coûts de leurs recettes pour leur propre fonctionnement, cependant on remarque qu'après plus de dix ans de fonctionnement, les problèmes de santé sont toujours présents.

L'on constate:

- une insuffisance et une vétusté du matériel hospitalier existant;
- une impossibilité de refuser des soins plus complets à une population de plus en plus démunie;
- des problèmes rencontrés dans le recouvrement des coûts du fait de l'augmentation du nombre de cas sociaux.

Face à toutes ces difficultés, force est de s'interroger sur le rôle des C.H.U. dans le système sanitaire en Côte d'ivoire.

Notre démarche consistera à envisager un certain nombre d'objectifs.

Pour y parvenir nous ferons l'analyse des fonctions dévolues aux C.H.U. dans le système sanitaire de notre pays en prenant comme exemple le C.H.U. de Treichville. A la suite de quoi nous énumérerons les problèmes rencontrés et proposerons des solutions.



## LES OBJECTIFS

### **OBJECTIF GENERAL**

- Déterminer le rôle des C.H.U. dans le système sanitaire ivoirien.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Analyser la structure organisationnelle du C.H.U. de Treichville.
- Analyser les fonctions dévolues aux C.H.U. dans le système sanitaire de notre pays: exemple du C.H.U. de Treichville.
- Analyser la méthode de gestion du C.H.U. de Treichville.
- proposer des solutions pour une meilleure efficacité des C.H.U.

## **2. PREMIERE PARTIE: GENERALITES**

### **2.1. LE SYSTEME SANITAIRE DE LA CÔTE D'IVOIRE**

#### **2.1.1. DEFINITION**

La notion de système regroupe deux catégories de contextes: [19]

- d'une part les propositions où sont exprimées des conceptions relatives à la réalité;
- d'autre part les contextes où interviennent des indicateurs dont on étudie la structure et l'évolution.

Le système sanitaire est donc l'ensemble des pratiques, méthodes, et institutions formant à la fois une construction théorique et une méthode pratique dans le domaine de la santé [19]. Il est aussi une composante de l'image du système de société dont il est issu. Par ailleurs, la position géographique d'un pays donné par rapport à ses voisins a une influence sur le profil épidémiologique de sa population. La Côte d'Ivoire, pays tropical situé en Afrique de l'Ouest, subit des variations climatiques, avec deux principales zones de végétations (forêts au sud, savanes au nord). Cela explique la présence de diverses maladies dont certaines sont endémiques et particulières à ces zones (exemples: méningite cérébro-spinale au nord, pian au sud).

## 2.1.2. EVOLUTION ET ORGANISATION ACTUELLE

### **2.1.2.1. EVOLUTION**

Les années 1960, qui avaient été marquées par une forte croissance économique, ont particulièrement profité au système sanitaire, celui-ci s'est développé par la mise en place d'un réseau de formations sanitaires à travers le territoire national. L'animation était assurée par un personnel qualifié issu d'une politique volontariste de développement des ressources humaines. Malheureusement, la crise économique des années 80, couplée à la forte démographie que connaît le pays, a exercée une lourde pression sur le système sanitaire, au point de l'obérer.

Malgré son infrastructure imposante, ce système est resté peu performant au regard des faibles taux de fréquentation. Cela s'explique par la non satisfaction des besoins essentiels de la population.

A partir des années 90, les efforts entrepris par le gouvernement dans le cadre du Programme de Valorisation des Ressources Humaines ont crédité le système de réelles potentialités en raison du rattrapage des retards accumulés au cours de la décennie 80. Ce Programme, conduit en collaboration avec la Banque Mondiale avait trois grands objectifs:

- le renforcement des capacités gestionnaires des administrations chargées des ressources humaines;
- la priorité accordée à la satisfaction des besoins essentiels du plus grand nombre par une mobilisation accrue des moyens en faveur du secteur primaire;
- le rôle accru des populations et des niveaux périphériques dans les processus de conception, de gestion et de contrôle.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies étaient les suivantes:

- contrôler l'évolution des dépenses récurrentes et d'investissement;
- adopter des politiques gouvernementales permettant de mieux répondre aux besoins de santé des populations;
- maîtriser les dépenses;
- améliorer les capacités de mise en œuvre des différents programmes;
- améliorer la gestion du personnel par le redéploiement du personnel sous - utilisé;

Ainsi, globalement, le système sanitaire ivoirien est plus médicalisé, plus centralisé, il a conservé les mêmes caractéristiques durant les décennies 70-80-90, autant dans son orientation que dans son fonctionnement.

#### **2.1.2.2.ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT ACTUEL**

Pour une meilleure organisation du système de santé, le ministère de la santé publique s'est doté d'une structure adaptée à une vision managériale. Elle comporte :

*-des directions de stratégies* pour situer le système national dans ses composantes publiques et privées, dans une vision planificatrice à moyen et à long terme;

*-des directions de politiques sanitaires* pour promouvoir une politique de prestation orientée vers un système commandé par la demande des usagers et non plus par l'offre;

*-des directions de moyens* pour assurer la gestion optimale des moyens humains, matériels et financiers nécessaires aux activités sanitaires.

La direction de cabinet possède deux services y rattachés :

-le service national de l'information, de l'éducation, de la communication chargé d'élaborer et de mettre en œuvre la politique de communication au département avec les usagers et le personnel du système sanitaire national;

- l'inspection générale de la santé publique, chargée du contrôle de la conformité à la réglementation des activités des services et du personnel.

Le ministère dispose en outre:

-d'une série d'organes nationaux consultatifs que sont :

- le comité national d'action sanitaire;

- la commission nationale de la thérapeutique;

-de huit directions centrales comprenant :

- deux directions centrales de stratégies formées de:

•la direction de la planification et de la programmation sanitaire;

•la direction du contrôle, de l'évaluation et de l'information;

-trois directions centrales des moyens qui partagent :

- la direction des affaires financières chargée de préparer et exécuter le budget;
- la direction de l'équipement, du matériel et de la maintenance, chargée de diriger les opérations relatives au développement et à l'entretien des infrastructures et du matériel;
- la direction des ressources humaines, chargée de la gestion des effectifs et de la politique de formation du ministère;

- trois directions centrales de politique qui sont :

- la direction de la santé communautaire, chargée de la politique des soins de santé primaire et des grandes endémies, de la surveillance épidémiologique et de la promotion de l'hygiène, de la prévention;
- la direction des établissements et des professions sanitaires, chargée du contrôle des établissements sanitaires et des relations avec les professions de santé y compris le secteur traditionnel;
- la direction de la pharmacie et du médicament chargée de la réglementation de la profession pharmaceutique et du médicament. L'ensemble de ces Infrastructures est organisé selon une pyramide sanitaire.

### 2.1.3. LA PYRAMIDE SANITAIRE

Les structures sanitaires dans le système de santé sont hiérarchisées, il y a quatre niveaux d'activités :

- le niveau primaire;
- le niveau secondaire;

- le tertiaire;
- le quaternaire;

### **2.1.3.1 le niveau primaire**

Il est constitué de tous les établissements sanitaires qui assurent le premier accueil des usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel en faisant intervenir des techniques simples et en ayant pour objet le maintien en bonne santé physique, mentale et sociale des populations.

Le niveau primaire reste le point d'entrée dans le système de santé.

#### Les services du secteur public

Ils comprennent :

- *les formations sanitaires urbaines* (FSU); dispensaires, maternités, P.M.I. qui assurent, en plus des fonctions du centre de santé urbain, aidé d'un plateau technique adapté, les consultations médicales, gynécologiques, obstétricales, pédiatriques et éventuellement d'autres spécialités.
- *les formations de santé rurales* (FSR), des formations sanitaires polyvalentes (dispensaires, maternités, centre de santé) chargées d'assurer dans leur ressort géographique des activités de dépistage, de prévention, de traitement et d'éducation.
- *les services spécialisés de soins de base* (centres antituberculeux, léproseries, services de santé scolaires et universitaires " SSSU", infirmeries de prison);

- *les services des armées* (hôpitaux, dispensaires, infirmeries);
- *les centres médicaux de la caisse nationale de prévoyance sociale* (CNPS) et divers services de prévention et de soins, rattachés aux grandes sociétés et établissements publics nationaux;
- *les services d'odontologie;*
- *les centres d'action communautaire pour l'enfance;*
- *la case de santé villageoise* (CSV) est chargée:
  - d'une part, de dispenser par un agent de santé communautaire désigné par les villageois, des petits soins promotionnels, préventifs et curatifs,
  - et, d'autre part, de réaliser par une matrone, la surveillance des femmes enceintes, les accouchements améliorés et le suivi des jeunes enfants.

#### Les services du secteur privé

Ils comprennent :

- les cabinets médicaux .laboratoires d'analyses médicales, centres d'imageries diagnostics, infirmeries;
- les services médicaux d'entreprises.

#### **2.1.3.2. Le niveau secondaire**

Il est constitué de tous les établissements sanitaires qui possèdent une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire.

Il constitue le point de référence immédiat du niveau primaire et comprend:



- *l'hôpital général* (HG) qui est une formation d'au moins 60 lits assurant des activités de consultation et d'hospitalisation en médecine générale, pédiatrie, chirurgie, gynécologie, obstétrique et éventuellement d'autres spécialités. A titre exceptionnel, un HG peut être créé en dehors du chef-lieu de département.

- *la base de santé rurale* (BSR), est une formation sanitaire polyvalente chargée d'assurer dans son ressort géographique des activités de dépistage, de prévention, de traitement et d'éducation en soutien aux formations rurales existantes par des services spécialisés. Elle assure des soins de masse auprès de l'ensemble de la population par des moyens fixes et mobiles. La supervision technique et la gestion des moyens des formations rurales de son ressort, lui incombent également.

### **2.1.3.3. Le niveau tertiaire**

Il est constitué de tous les établissements sanitaires qui possèdent une capacité technique de référence au plan régional ou national ; ou un plateau technique spécialisé, adapté à certaines pathologies.

De plus il contribue à la formation pratique des cadres de la santé. Il comprend:

- *les Centres Hospitalo-Universitaires* (C.H.U.), des formations équipées pour assurer des consultations et des hospitalisations dans l'ensemble des domaines médical et chirurgical, ils participent à la

formation pratique et technique des professionnels de la santé et à la recherche médicale;

- *le Centre Hospitalier Régional (C.H.R.)*, lui comprend au moins 150 lits et a mission de recours vis-à-vis des hôpitaux généraux de la région, il assure des activités de consultation et d'hospitalisation en réanimation et soins intensifs, médecine générale, pédiatrie médicale et chirurgicale, gynécologie et obstétrique. Le CHR comprend, en outre, un atelier pour assurer l'entretien du matériel biomédical des formations de la région.

*-les Centres Hospitaliers Spécialisés (C.H.S)* quand à eux sont des formations comportant une ou plusieurs unités relevant de disciplines qui concourent au traitement d'une même pathologie par consultation et/ou hospitalisation et comprenant un plateau technique adapté à la pathologie traitée;

*-l'Institut Raoul Follereau;*

*-l'Institut de Cardiologie d'Abidjan;*

*-le SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).*

#### **2.1.3.4. Le niveau quaternaire**

Il est constitué de tous les établissements sanitaires et de tous les services administratifs qui assurent des fonctions d'administration, de formation et de recherche, il comprend :

-la direction du cabinet et les services qui y sont rattachés;

-les directions administratives;

- les directions régionales;
- les services départementaux de la santé;
- les secteurs sanitaires;
- l'Institut National de Formation des Agents de la Santé (I.N.F.A.S);
- l'Institut National de Santé Publique (I.N.S.P.);
  - l'Institut National d'Hygiène Publique (I.N.H.P.);
  - la Pharmacie de la Santé Publique(P.S.P);
  - le Centre National de Transfusion Sanguine (C.N.T.S.);
  - le Laboratoire National de Santé Publique(L.N.S.P);

La nouvelle organisation ainsi constituée permet :

- la maîtrise des paramètres de la croissance démographique;
- la disponibilité d'un grand réseau de centres de santé primaire;
- la coopération entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle;
- l'initiation de grands programmes de prévention.

Au mois d'avril 1996, les infrastructures sanitaires se composaient

- 218 centres de santé;
- 456 dispensaires ruraux;
- 5 maternités rurales;
- 1 P.M.I. rurale;
- 23 centres de zones;
- 8 formations sanitaires urbaines (ensemble dispensaires, maternités et P.M.I.);
- 124 centres de santé urbains;

- 35 dispensaires urbains;
- 14 maternités urbaines;
- 40 P.M.I. urbaines;
- 49 services de santé scolaire et universitaire;
- 12 centres antituberculeux;
- 1 centre de santé mentale;
- 31 infirmeries de lycée et collège;
- 7 infirmeries de prison;
- 6 infirmeries militaires;
- 29 bases de santé rurale;
- 56 hôpitaux généraux;
- 8 centres hospitaliers généraux;
- 4 centres hospitaliers universitaires;
- 4 établissements spécialisés (ICA. IRF. CNTS. SAMU. INHP);
- 2 instituts de formation.

Au niveau des ressources humaines la fonction publique dispose en 1995 de 16 535 personnels de santé repartis comme suit:

- 1329 personnels médicaux dont 255 professeurs, maîtres de conférence et assistants; et 93 pharmaciens.
  - 6804 personnels para-médicaux;
  - 1473 personnels sociaux;
  - 1366 personnels administratifs;

- 5106 personnels des services généraux.

L'organisation de ce système repose sur le principe de la ventilation. Mais force est de remarquer que la coopération des services aux niveaux secondaire et primaire est très faible, voire inexistante.

Chaque établissement s'organise comme son budget le lui permet pour accomplir ses missions.

En Côte d'Ivoire, il n'y a pas encore un code général de la santé. La discrimination des hôpitaux est fonction :

- de la capacité d'accueil;
- du plateau technique;
- de l'importance des activités et des moyens.

Mais il faut noter que le critère de discrimination le plus Important est le plateau technique. Plus on avance dans la pyramide, plus il est performant et mieux élaboré. Il est l'axe central de l'hôpital. Seul un plateau technique de qualité lui permet de jouer son rôle de secours et d'être ainsi parfaitement articulé avec la politique des soins de santé primaires, il réduit les durées de séjour des malades, contribuant ainsi à une baisse des frais d'hospitalisation et à une rentabilité de la formation sanitaire.

Il participe ainsi activement à tout projet d'autofinancement de l'hôpital qui est l'un des aspects essentiels de l'amélioration de l'efficacité interne du système de santé ivoirien.

Dans la formation sanitaire urbaine, Il se compose, au minimum:

- d'une unité de consultation médicale;
- d'une unité de consultation pédiatrique;
- d'une unité de consultation gynéco-obstétrique avec des lits de maternité;
- d'un laboratoire d'analyses médicales;
- d'un poste de radiologie (os et poumon);
- d'une pharmacie;
- des services généraux;

Dans l'hôpital général, font partie du plateau technique :

- une unité d'accueil et de traitement des urgences avec au moins une salle de petite chirurgie, deux salles (2) de soins et trois lits d'observation;
- un ou deux postes de soins intensifs avec gaz médicaux;
- un bloc obstétrical comprenant une salle d'opération, une salle d'accouchement et trois postes de travail;
- une unité de radiodiagnostic (os, poumon et viscères) et une unité d'échographie;
- un laboratoire d'analyses médicales (biochimie, hématologie, bactériologie et de parasitologie;)
- un cabinet dentaire;
- une pharmacie;

- une banque de sang;

Le Centre Hospitalier Régional (CHR), lui, en sa qualité d'hôpital central de la région, possède un plateau technique plus performant et plus élaboré, sa composition se présente comme suit :

- une unité d'accueil et de traitement des urgences avec au minimum une salle de petites interventions, deux salles de soins et de six lits d'observation;
- une unité de réanimation et de soins intensifs;
- un bloc obstétrical comprenant une ou deux salles d'opération, des salles d'accouchement avec au moins six postes de travail;
- un bloc chirurgical comprenant au moins deux salles d'opération aseptiques;
- un service d'imagerie médicale avec au moins une salle os - poumon, une salle pour les examens viscéraux et trois unités d'échographie (obstétrique, cardiologie, abdomen) ;
- un laboratoire d'analyses médicales (biochimie, hématologie, bactériologie, sérologie, parasitologie et autres examens spécialisés);
- un cabinet dentaire;
- une pharmacie;
- une banque de sang;

Mais force est de noter que dans la réalité, le plateau technique de ces structures ne comporte pas toujours tous ces éléments, il existe une disparité

entre les hôpitaux de la même catégorie, cependant, avec le "projet BAD - SANTE" de réhabilitation du plateau technique de la plupart des formations, on observera une réduction de l'écart entre ces hôpitaux.

#### 2.1.4. LA CARTE SANITAIRE

La carte sanitaire est un outil de gestion, de planification et d'aide de décision pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle a en outre pour rôle :

- de proposer la localisation des établissements sanitaires;
- de déterminer le nombre et le coût du personnel à affecter;
- de déterminer la surface et les coûts des bâtiments et des infrastructures;
- de déterminer le coût de l'équipement;
- de déterminer le budget de fonctionnement.

La carte sanitaire joue donc un rôle important dans notre système de santé. Toutes ces différentes fonctions permettent d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé. Pour assurer un bon fonctionnement de la carte, il faut d'abord se poser un certain nombre de questions, à savoir

- **OU?**

C'est-à-dire des propositions du site de rétablissement de santé.

- **QUEL TYPE DE STRUCTURE?**

Propositions de type et fonctionnalité des établissements sanitaires.

La détermination se fera en fonction des besoins de l'Etat et de la population.



- **AVEC QUELS MOYENS?**

Il faut trouver toutes les ressources nécessaires en personnel (nombre et coût), en bâtiments et infrastructures (surface et coût), en équipement et en budget de fonctionnement.

- **QUAND?**

Fonction de la programmation et des priorités de l'Etat, et faire des propositions de stratégies d'intervention et de priorités.

Ils sont soumis à la tutelle administrative et technique du ministère de la santé et à la tutelle économique et financière du ministère de l'économie et des finances.

- Connaitre les ressources existantes.

C'est-à-dire faire l'inventaire de la situation actuelle : site, population, activités, personnel, médicaments, budget.

- Nécessité de connaître les normes et les objectifs
- Nécessité de comparer les ressources avec les objectifs. Ce qui permet de poser un diagnostic qui va identifier les avantages et faiblesse du système.

#### 2.1.5. LES CHU DANS LE SYSTEME SANITAIRE DE LA COTE D'IVOIRE

Etablissements hospitaliers de référence, les C.H.U. sont situés dans la pyramide sanitaire comme premiers lieux de soins après les centres hospitaliers et les instituts nationaux spécialisés.

Ils sont soumis à la tutelle administrative et technique du ministère de la santé et à la tutelle économique et financière de l'économie et des finances.

Le C.H.U. est une formation équipée pour assurer des consultations et des hospitalisations dans l'ensemble des domaines médical et chirurgical.

il participe à la formation pratique et technique des professionnels de la santé et à la recherche médicale, il est créé et organisé par décret. Ces principales fonctions sont:

- d'assurer la médecine curative par l'administration des soins d'urgence, la réalisation d'examens de diagnostic, des consultations et le traitement, ainsi que l'hospitalisation éventuelle des malades;
- de participer aux actions de médecine préventive par l'exécution des programmes sanitaires. Exemple: le programme de lutte contre le SIDA / MST / TBC, le programme de soins maternel pour la survie, la population et le développement de l'enfant ivoirien à l'horizon 2000 (infections respiratoires aiguës, lutte contre les maladies diarrhéiques, allaitement maternel).
- L'enseignement universitaire médical, pharmaceutique, et l'odontologie; à la formation paramédicale et à la recherche

La Côte d'Ivoire possède quatre C.H.U.:

- le C.H.U. de Cocody créé par le décret 76-878 du 22 décembre 1976;
- le C.H.U. de Treichville créé par le décret 76-878 du 22 décembre 1976;

- le C.H.U. de Yopougon créé par le décret 89-341 du 5 avril 1989;
- le C.H.U. de Bouaké créé par le décret 94-652 du 14 décembre 1994.

## **2.2. ORGANISATION GENERALE DES CHU EN CÔTE D'IVOIRE**

Les centres hospitalo-universitaires sont des formations équipées pour assurer des consultations et des hospitalisations dans l'ensemble des domaines médical et chirurgical, ils participent à la formation pratique et technique des professionnels de la santé et à la recherche médicale, ils sont créés et organisés par décret, ce sont des établissements publics à caractère industriel et commercial (E.P.I.C.) dotés d'une personnalité morale et de l'autonomie financière.

### 2.2.1. LES ORGANES

Chaque C.H.U. comporte:

- une commission consultative de gestion;
- une direction dont le directeur est nommé par décret avec rang de directeur d'administration centrale;
- des sous - directions dont les responsables sont nommés par arrêté ministériel de la santé sur proposition du directeur du C.H.U.;
- des commissions et des comités;
- des services médico - technique;
- des services de soins;
- des organes techniques.

## 2.2.2. LE PERSONNEL

### 2.2.2.1. **Le personnel hospitalier**

- Le personnel médical

Il se compose:

- des professeurs titulaires;
- des maîtres de conférences agrégés;
- des maîtres - assistants;
- des assistants - chefs de clinique;
- des médecins et des chirurgiens;
- des pharmaciens;
- des chirurgiens dentistes;
- des internes des hôpitaux.

- Le personnel para-médical

Il se compose:

- de surveillant d'unité de soins;
- d'infirmiers diplômés d ' Etat spécialistes;
- de sages-femmes spécialistes;
- d'infirmiers diplômés d'Etat;
- de sages-femmes diplômées d'Etat;
- de techniciens supérieurs de la santé;
- de préparateurs en pharmacie;

- de préparateurs brevetés;
- de techniciens de laboratoire.

#### **2.2.2.2. Le personnel non hospitalier**

Il est composé:

- du personnel administratif qui est chargé de la gestion quotidienne des différents agents administratifs que comporte le C.H.U.;
- du personnel des services généraux qui composent les différents services médico - techniques et techniques.

#### **2.2.3. LE FONCTIONNEMENT**

Le fonctionnement général du C.H.U. est défini par le décret de création. La parfaite coordination des différents organes permet une bonne gestion du C.H.U.

Les différents décrets de création des C.H.U. ont été réaménagés en 1991, donnant ainsi une certaine autonomie financière et de fonctionnement par rapport à l Etat.

### **3. DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE**

#### 3.1. CADRE DE L'ETUDE

##### 3.1.1. LIEU

Notre étude s'est réalisée dans la commune de Treichville. Celle-ci est subdivisée en plusieurs quartiers. Nous avons:

- Treichville centre;
- quartier notre Dame;
- quartier Biafra ;
- quartier France - Amérique;
- zone 1 correspondant au port;
- zone 2 situé derrière le palais des sports;
- zone3 situé du côté du C.H.U.

Le C.H.U. de Treichville se localise dans la zone 3 et constitue à lui seul un quartier. L'actuel C.H.U. a ouvert ses portes en 1938 avec quatre pavillons (médecine générale, chirurgie générale, psychiatrie, maternité) pour prendre en charge la santé de la population autochtone à l'époque coloniale.

Il était dénommé "Hôpital Annexe" par rapport à l'Hôpital Central situé à l'époque dans l'actuel Plateau destiné aux Européens et recevait les fonctionnaires militaires et autochtones, ces deux centres formeront en 1953 le centre hospitalier d'Abidjan. L'implantation en son sein, en 1966, d'une école de médecine, le transforme en C.H.U. provisoire d'Abidjan (CHUPA). A la suite de la création de l'hôpital de Cocody et de la faculté de médecine d'Abidjan, il

formera avec ces deux structures, le centre hospitalier universitaire d'Abidjan, il devient C.H.U. de Treichville par le décret n°76-878 du 22 décembre 1976. Il est ensuite érigé en établissement public à caractère commercial et industriel (EPIC) par décret n°84-763 du 6 juin 1984, statut dont il jouit jusqu'à ce jour.

Il couvre une superficie de 40 hectares avec, sur son territoire, l'ICA (Institut de cardiologie d'Abidjan), l'INFAS, (institut National de Formation des Agents de la santé), IVOSEP (service privé des pompes funèbres), d'une église catholique et une mosquée.

C'est donc l'un, sinon le plus ancien hôpital d'Abidjan après la destruction de l'hôpital central du Plateau, il a subi plusieurs transformations pour avoir le statut d'un hôpital de référence.

### 3.1.2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU CHU

Erigé en établissement public à caractère industriel et commercial, par le décret n° 84-763 du 06/06/1984, le C.H.U. de Treichville est un établissement pavillonnaire de 742 lits bâti sur 42 ha.

#### **3.1.2.1. Les organes**

Pour assurer ces missions, le C.H.U. s'appuie sur les organes suivants:

- la commission consultative de gestion;
- la direction;
- les organes techniques;

#### **3.1.2.2. Le personnel**

##### 3.1.2.2.1. Le personnel non hospitalier

Il se compose du personnel administratif et de celui des services généraux, il se répartit dans les différents services de l'hôpital, il est constitué de fonctionnaires et d'agents temporaires.

#### 3.1.2.2.2. Le personnel hospitalier

Il comprend le personnel médical et para - médical, ce dernier joue un rôle prépondérant dans l'administration des soins dans le C.H.U. il représente par ailleurs la catégorie la plus importante en nombre. Quant au personnel médical, il a un triple rôle de consultant, de soignant et d'enseignant des étudiants.

### **3.2. MATERIEL ET METHODES**

#### 3.2.1. TYPE DE L'ETUDE

C'est une étude descriptive qui englobe toute la période allant de 1988 à 1996.

#### 3.2.2. METHODES DE COLLECTE DES DONNEES

Les données ont été recueillies par :

- consultation des documents administratifs du ministère de la santé et du C.H.U. de Treichville;
- entretien avec les différents responsables des services administratifs du ministère de la santé et du C.H.U.

Il faut noter qu'avant 1993, le C.H.U. ne disposait que de très peu d'archives dans son administration.

De ce fait, tous les chiffres recueillis correspondent à la période 1993-1996.



### 3.3. RESULTATS ET ANALYSES DES DONNEES

#### 3.3.1. ACTIVITES DE SOINS

##### 3.3.1.1. LES SOINS CURATIFS

Les activités de soins du C.H.U. de Treichville comportent les paramètres suivant (tableau n° I) :

- le nombre de lits;
- les journées d'hospitalisation;
- les transferts;
- les décès;
- la durée moyenne de séjour;
- les consultations;
- les entrées

TABLEAU N°I : LES ACTIVITE DE SOINS DE 1992 à1996

	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
LITS	801	789	756	759	771
CAPACITES D'ACCEUIL	291783	286890	225458	276952	282095
JOURNEES D'HOSPITALISATION	235088	218320	220790	192814	194348
TAUX D'OCCUPATION	81%	76%	87%	70%	69%
ENTREES	24322	21887	29803	28258	38714
DECES	4292	4064	3983	3693	3598
% DECES	18%	19%	13%	13%	9%
DUREE MOY. DE SEJOUR	10 JOURS	10 JOURS	78 JOURS	7 JOURS	5 JOURS
CONSULTATIONS	118469	100806	108203	99769	1076634

#### 3.3.1.1.1. Le nombre de lits

Il est globalement passé de 801 en 1992 à 771 en 1996.

On constate donc une baisse due à la fermeture d'unités de certains services (maladies infectieuses et tropicales et la pédiatrie).

Mais pendant quatre (4) années l'on remarque quelques variations; on observe une baisse du nombre de lits de 1992 à 1995 qui passe de 801 à 759, suivie d'une nouvelle augmentation de 1995 à 1996 où l'on compte 771 lits contre 759 précédemment, ces chiffres sont dus :

- 1) à la réouverture des services de :
  - pédiatrie étage avec 18 lits;
  - ophtalmologie hospitalisation avec 12 lits;
  - ORL, 16 lits;
  - clinique du service de dermatologie, 13 lits.
- 2) à l'augmentation du nombre de lits dans les services de :
  - stomatologie, de 5 lits en 1995 à 16 lits en 1996;
  - pneumo-phtisiologie, de 71 lits à 76 lits;
  - chirurgie pédiatrique de 5 lits à 20 lits.

Ces variations du nombre de lits se reflètent sur celles de la capacité d'accueil.

### 3.3.1.1.2. Les journées d'hospitalisation

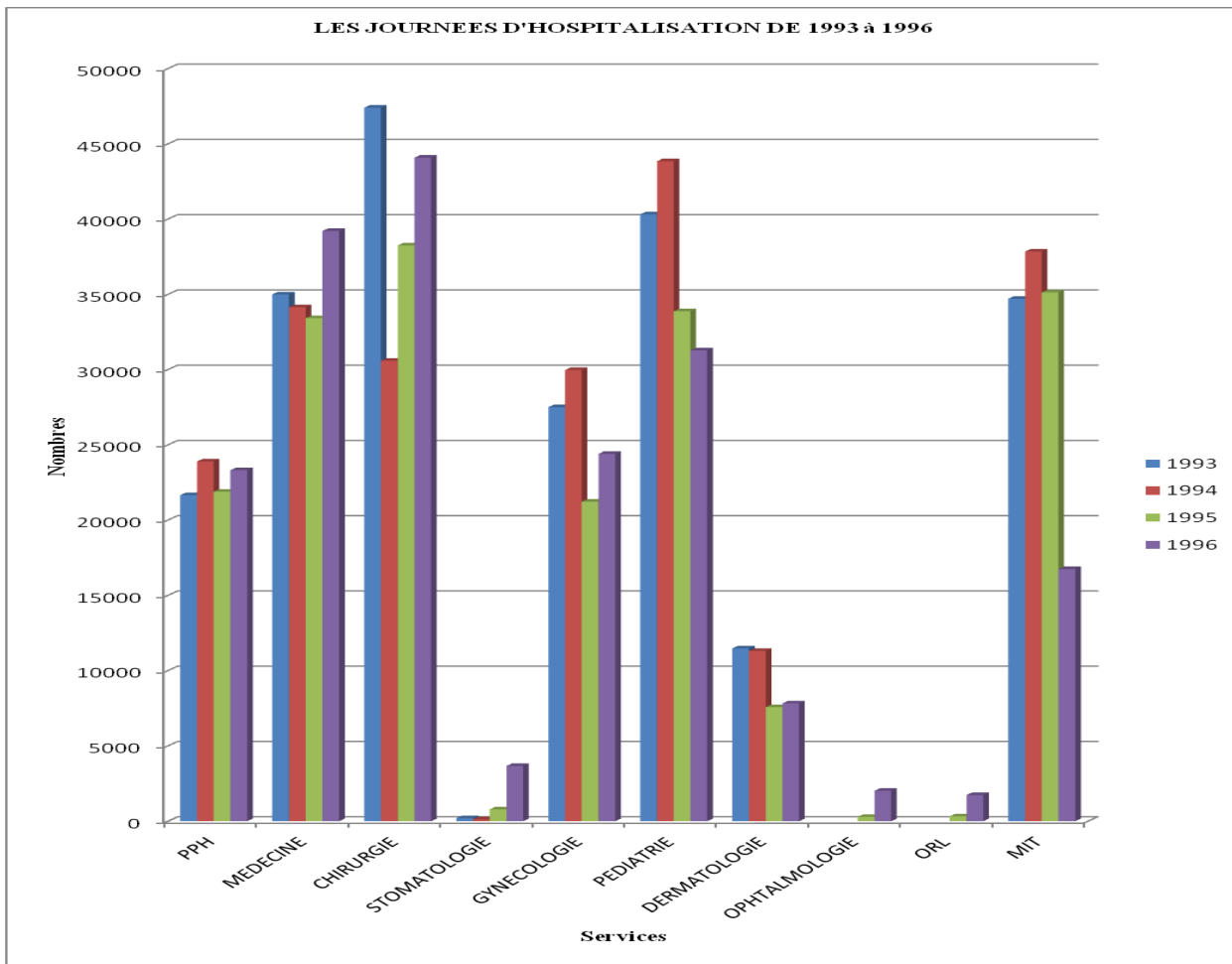
TABLEAU N°II : LES JOURNEES D'HOSPITALISATION

	1993	1994	1995	1996
SERVICES				
P.PH	21666	23906	21895	23327
MEDECINE	35003	34155	33426	39218
CHIRURGIE	47409	30597	38254	44089
STOMATOLOGIE	205	129	791	3672
GYNECOLOGIE	27511	29979	21231	24410
PEDIATRIE	40325	43853	33884	31282
DERMATOLOGIE	11484	11320	7583	7832
OPHTALMOLOGIE			290	2022
O.R.L			325	1741
M.I.T	34717	37851	35135	16755
TOTAL	218320	211790	192814	194348

On observe une baisse progressive de 1993 à 1996 (tableau n°II). Ceci s'explique par la fermeture d'unités dans certains services, tels que

- la pédiatrie étage,
- les urgences,
- la réanimation,
- les unités II et III des maladies infectieuses et tropicales. Cette baisse

d'activité est aussi due :



- au non renouvellement des lits abîmés,
- à la vétusté des unités qui ne sont pas réhabilitées,
- à l'insuffisance du personnel paramédical.

D'autres services par contre ont connu un accroissement de leurs activités avec l'augmentation de leur capacité d'accueil. C'est le cas de la Stomatologie qui est passé de 791 journées d'hospitalisations en 1995 à 3 372 en 1996 .Cette augmentation s'explique par l'ouverture du bloc opératoire et aussi par la fermeture du C.H.U. de Cocody. Les services qui totalisent le plus grand nombre de journées d'hospitalisation en 1996 sont:

- la chirurgie : 23%
- la médecine: 20%
- la pédiatrie : 16%

### 3.3.1.1.3. Les entrées

TABLEAU N°III : LES ENTREES DES LES SERVICES DE SOINS DE 1993

à 1996

	1993	1994	1995	1996
<b>SERVICES</b>				
PNEUMO - PHTISIOLOGIE	879	2069	2191	2616
MEDECINE	3099	4288	4739	10985
CHIRURGIE	2999	3472	3649	6102
STOMATOLOGIE	27	16	94	427
GYNECOLOGIE	4637	5442	4926	6463
PEDIATRIE	6825	8877	7338	8248
MALADIES INFECTIEUSES	3232	5120	4797	2544
DERMATOLOGIE	189	519	428	613
OPHTAMOLOGIE	-	-	61	360
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	-	-	35	356
<b>TOTAL CHU</b>	<b>21887</b>	<b>27734</b>	<b>28258</b>	<b>38714</b>

Elles ont connue une hausse globale (tableau III) qui est due à :

- un meilleur contrôle par le bureau des entrées,
- l'amélioration des archives du C.H.U.,
- à l'ouverture de la clinique médicale (mars 1995) et chirurgicale (mai 1996).

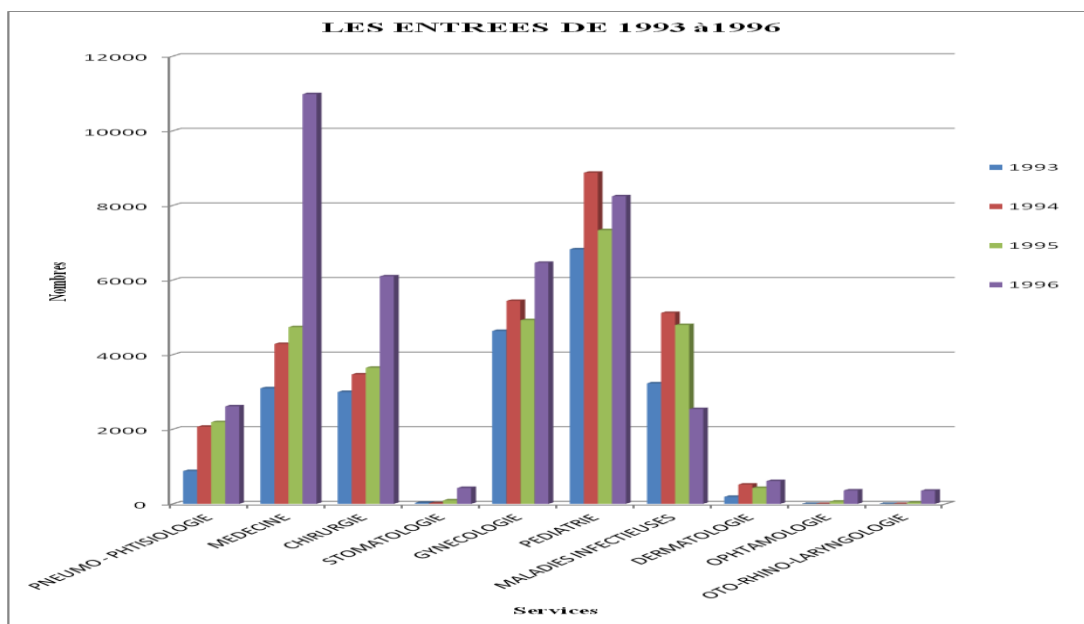
Cette hausse aurait pu être plus importante, n'eût été la baisse du nombre de lits, et donc de la capacité d'accueil. Seul le service des maladies infectieuses et

tropicales a connu une baisse importante de ses activités de 1995 à 1996. On est passée de 4797 à 2544 entrées, soit un déficit de 2253 entrées représentant 47%.

Ceci est dû essentiellement à la fermeture de certaines unités par manque de personnel para-médical et à la vétusté de certaines unités les rendant inutilisables.

Les services qui enregistrent le plus d'entrées en 1996 sont:

- la médecine : 28% avec les urgences qui représentent 67 % des entrées du service. Ceci est la conséquence de la fermeture de certaines unités des M.I.T.
- la pédiatrie : 21% avec les urgences qui représentent 46%
- la gynécologie : 17%
- la chirurgie : 16%



#### 3.3.1.1.4. Les consultations

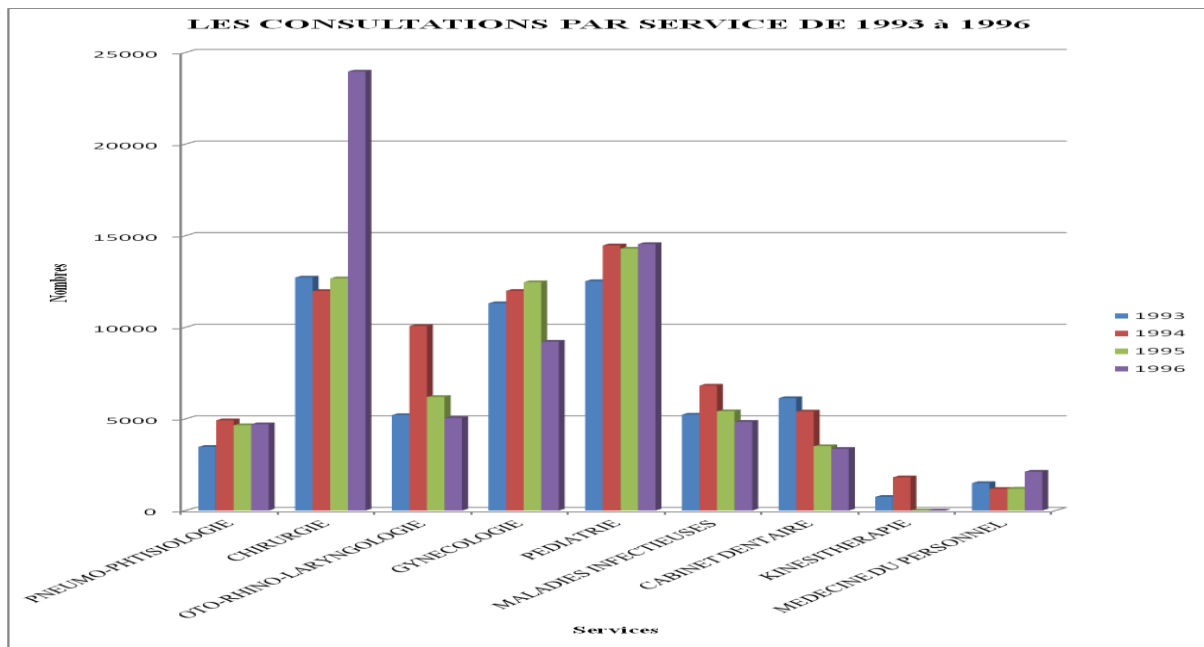
TABLEAU N°IV : LES CONSULTATIONS AU NIVEAU DES SERVICES DE SOINS DE  
1993 à 1996

	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
<b>SERVICES</b>				
PNEUMO-PHTISIOLOGIE	3474	4924	4658	4709
MEDECINE	17027	15499	9485	14785
CHIRURGIE	12720	11985	12674	23964
STOMATOLOGIE	1169	1755	1606	1516
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	5208	10074	6198	5050
OPHTALMOLOGIE	10949	6100	12522	12205
GYNECOLOGIE	11315	11991	12464	9218
PEDIATRIE	12519	14473	14299	14545
MALADIES INFECTIEUSES	5233	6819	5419	4843
DERMATOLOGIE	12034	15212	15188	10746
CABINET DENTAIRE	6137	5404	3512	3368
NEUROPSYCHIATRIE	777	631	553	567
KINESITHERAPIE	747	1810	-	-
ORTHOPEDIE		345	-	-
MEDECINE DU PERSONNEL	1499	1181	1191	2118
<b>TOTAL</b>	<b>100808</b>	<b>108203</b>	<b>99769</b>	<b>107634</b>

De 1993 à 1996, on a une baisse globale des consultations. Toutefois cette baisse comporte des variations (tableau n° IV).

De 1993 à 1995, celle - ci passe de 100 808 à 99 769. Cette chute est due :

- à la tarification appliquée;
- à la période de réorganisation des services de consultations;
- aux irrégularités et à l'absence de transmission des informations statistiques relatives aux consultations par certains services.



De 1995 à 1996, on a une augmentation de 7865 en 1996, soit un total de 107634, ce qui équivaut à un écart positif de 7.9%.

Cette augmentation d'ensemble peut être liée :

- à la fermeture du C.H.U. de Cocody;
- à la réorganisation des consultations dans la plupart des services;
- à l'amélioration de l'organisation des consultations;
- à la construction d'un service de consultation de chirurgie. Les

services qui ont le plus fort taux de consultations en 96 sont:

- la chirurgie : 35%
- la médecine : 22%
- la pédiatrie : 21%
- l'ophtalmologie : 18%
- la dermatologie : 16%



### 3.3.1.1.5. Les décès

TABLEAU N°V : LES DECES DE 1993 à 1996

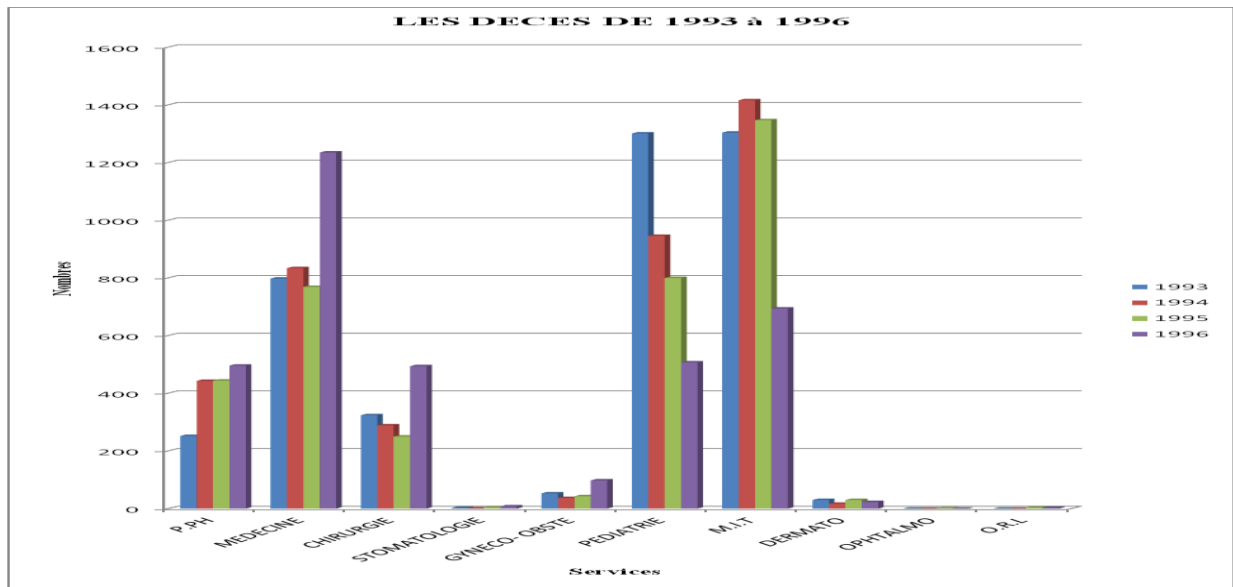
	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
<b>SERVICES</b>				
P.PH	252	443	444	496
MEDECINE	798	834	769	1235
CHIRURGIE	324	289	250	494
STOMATOLOGIE	2	1	5	8
GYNECO- OBSTE	53	37	43	98
PEDIATRIE	1301	946	800	507
M.I.T	1304	1416	1347	694
DERMATO	30	17	30	23
OPHTALMO	-	-	1	0
O.R.L	-	-	4	3
<b>TOTAL</b>	<b>4064</b>	<b>3983</b>	<b>3693</b>	<b>3558</b>

De 4064 en 1993, le nombre de décès pour l'ensemble du C.H.U. est passé à 3983 en 1994(tableau n° V). Soit une baisse de 2%.

Puis il baisse à nouveau en passant à 3693 soit 7% en 95 et de 3,7% en 96 avec 3558 décès.

La tendance générale à la baisse observée pourrait s'expliquer par une meilleure prise en charge des patients du fait de la disponibilité des médicaments et de l'amélioration du plateau technique.

Pour le service de chirurgie il y a, en plus, la réglementation de l'accès aux blocs opératoires.



Cependant des hausses sont observées dans certains services. Notamment:

- \* Le service de la gynécologie qui a enregistré une hausse de 16% de décès de 1994 à 1995. Elle s'explique en partie par le manque de disponibilité des Kits d'accouchement du fait de l'indigence de certaines patientes.

- \* le service de dermatologie avec un taux d'accroissement de 76% entre 94 et 95 qui s'expliquent par l'émergence de pathologies graves dues au SIDA.

- \* le service des M.I.T. qui, avec 7% du nombre total des entrées, enregistre 27% de décès dus pour la plupart au SIDA et à ces différentes infections opportunistes. La baisse relative constatée est due à la réduction de la capacité en lits.

L'ensemble du C.H.U. de Treichville a enregistré une baisse du nombre des décès, il est passé de 4 292 en 1992 à 3 508 en 1996. Soit 17,65% en 92 et 9,29%

en 96. Ces résultats encourageants sont un indicateur de l'amélioration des prestations dispensées dans l'établissement et d'un meilleur suivi des patients.

Mais cette baisse globale peut s'expliquer aussi par la baisse de la capacité d'accueil.

Les services qui enregistrent le plus grand nombre de décès en 1996 sont:

- la médecine : 35%
- les maladies infectieuses : 20%
- la pédiatrie : 14%
- le PPH : 14%

#### 3.3.1.1.6. La durée moyenne de séjour

TABLEAU N°VI : LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR DE 1993 à 1996

	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
<b>SERVICES</b>				
P.PH	33	12	10	9
MEDECINE	11	8	7	4
CHIRURGIE	16	11	10	7
STOMATOLOGIE	5	8	8	9
GYNECO-OBSTETRIE	6	8	4	4
PEDIATRIE	6	5	5	4
M.I.T	11	7	7	7
DERMATOLOGIE	67	22	18	13
OPHTALMOLOGIE	-	-	5	6
O.R.L	-	-	9	5
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>5</b>

Baisse globale et significative de la durée moyenne de séjour; de 10 jours en 1992, elle passe à 5 Jours en 1996 (tableau n° VI).

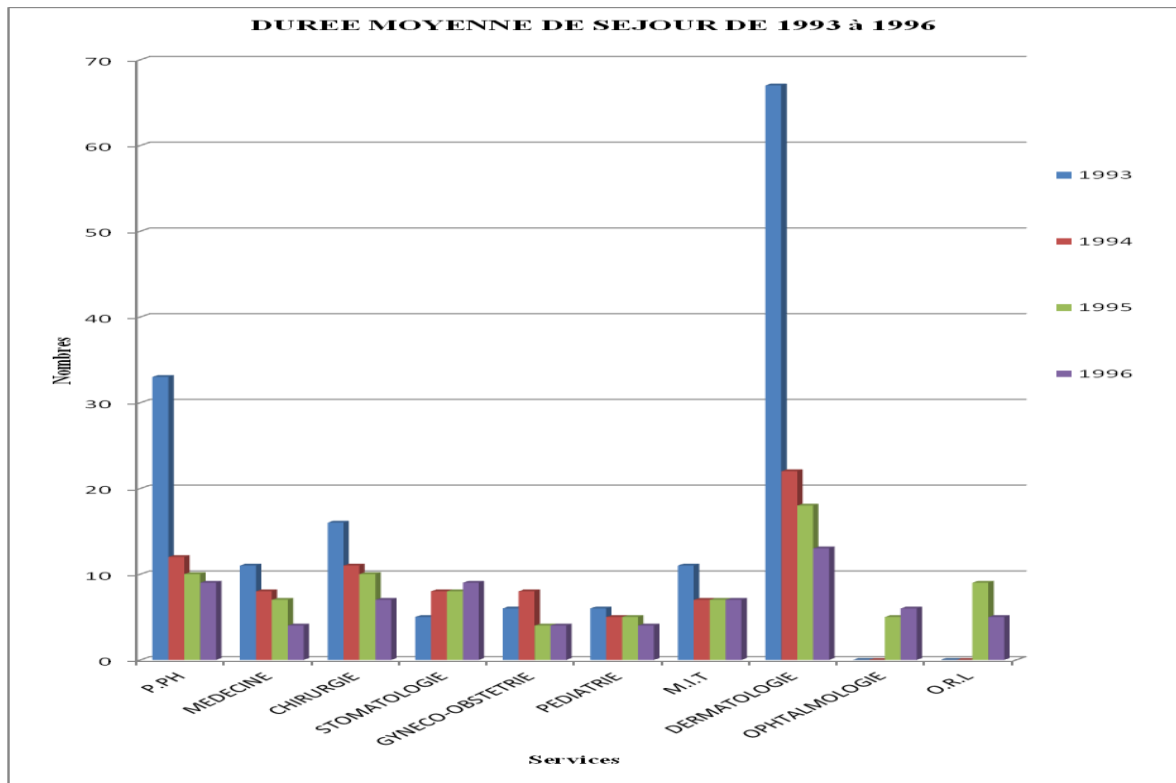
Ceci dénote une amélioration de la prise en charge du patient, et la qualité des soins.

Mais cette baisse significative ne doit pas occulter l'augmentation de la durée moyenne de séjour dans certains services par rapport à l'ensemble du C.H.U. qui reçoivent des patients atteints de maux très complexes et délicats, et dont la guérison est très lente. Ce sont :

- la dermatologie (13 Jours) avec
  - o l'ulcère de BURULI,
  - o la maladie de KAPOSI,
  - o l'ulcère chronique de la jambe.
- la pneumo-phtisiologie (9 Jours) avec:
  - o la tuberculose,
  - o les Infections opportunistes dues au virus de l'immuno-déficience acquise (SIDA).

Mais ces chiffres qui sont élevés par rapport aux autres services ne doivent pas occulter leur chute importante de 93 à 96. Le service de dermatologie et celui du PPH avaient respectivement 67 et 33 jours de D.M.S en 1993. Ils sont passés à 13 et 9 jours. Cela est dû en parti l'émergence du S.I.D.A. et au nombre relativement important malades qui arrivent en phase terminale de la maladie.

- la stomatologie (9 jours),
  - les tumeurs, les traumatismes.
- la médecine (7 jours),
- l'ophtalmologie (7 jours)



Dans le service de gynécologie la baisse de la D.M.S. serait due au manque de confort qui emmène les patientes à abrégé leur séjour hospitalier.

### 3.3.1.2. LES SOINS PREVENTIFS

Ils représentent un volet important dans la politique sanitaire. Au niveau du C.H.U. on les rencontre dans tous les services, mais ils sont surtout adressés en direction de la mère et de l'enfant. Ainsi, dans le service de pédiatrie on a le programme élargi de vaccination, l'éducation nutritionnelle, les activités de promotion de l'allaitement maternel, la réhydratation par voie orale. Afin de donner de meilleurs soins, des unités spécialisées y ont été créées. Ce sont : le Centre de Thérapeutique et de Réhydratation par voie Orale, (C.T.R.V.O.), l'unité de vaccination, le service de diététique.

En gynécologie, il y a aussi les activités de promotion d l'allaitement maternel, la vaccination selon le P.E.V. (Programme Elargi de vaccination) des femmes en âge de procréer, la planification familiale. Au C.H.U il y a une unité essentiellement réservé à la planification familiale.

### 3.3.2. ACTIVITES DE DIAGNOSTIC

Lieu de production d une médecine de pointe, le C.H.U. reçoit, en fait, aussi bien les cas rares et complexes que les cas banals et sociaux. De nombreuses pathologies sont diagnostiquées grâce à l'équipement de pointe disponible. Les activités de diagnostic sont appréciées par l'analyse des activités de soins, mais surtout par l'analyse des services médicaux - techniques.

#### 3.3.2.1. LES EXAMENS SPECIAUX

Ces examens sont le reflet du plateau technique du C.H.U. ils nécessitent une haute technologie.

TABLEAU N° VII : EVOLUTION DES EXAMENS SPECIAUX DE 1993 à 1996

	TYPES D'EXAMEN	1993	1994	1995	1996
RADIOLOGIE CENTRALE	ECHOGRAPHIE	4730	3767	2492	
	MAMMOGRAPHIE	172	124	31	
<b>ENSEMBLE RADIOLOGIE</b>		<b>4902</b>	<b>3891</b>	<b>2523</b>	<b>4000</b>
M.I.T	E.E.G	313	443	218	
<b>ENSEMBLE M.I.T.</b>		<b>313</b>	<b>443</b>	<b>218</b>	
GYNECO	ECHOGRAPHIE	1566	521	1420	
	INSUFLATION	461	1348	700	
<b>ENSEMBLE GYNECO</b>		<b>2027</b>	<b>1869</b>	<b>2120</b>	<b>1473</b>
C.I.D.S.I	SCANNER	563	359	427	551
<b>ENSEMBLE CIDS I</b>			<b>359</b>	<b>427</b>	<b>551</b>
MEDECINE	ANO-RECTOSCOPIE		138	247	
	COLONOSCOPIE	160	46	114	
	LAPAROSCOPIE		63	69	
	FIBROSCOPIE		1025	1030	
	ECHO. ABDOMINALE		106	263	
<b>ENSEMBLE MEDECINE</b>		<b>160</b>	<b>1272</b>	<b>1723</b>	<b>798</b>
P.PH	FIBRO ASPIRA BRONCH		221	263	
<b>ENSEMBLE P.PH</b>			<b>221</b>	<b>263</b>	
O.R.L.	AUDIOGRAMME	650	1324	446	
	TYMPANOGRAMME	112	323	156	
<b>ENSEMBLE O.R.L.</b>		<b>762</b>	<b>1647</b>	<b>602</b>	<b>1757</b>

De 1994 à 1995 l'on note une hausse du nombre d'examens spéciaux réalisés (tableau n° VII). Cela s'explique par :

- l'amélioration de la prise en charge du patient;
- l'utilisation de ces examens par les médecins dans le but d'obtenir un diagnostic de certitude;
- le développement de la médecine de pointe.

Cependant on note une baisse des examens endoscopiques au niveau du service de médecine. Cela s'explique par les pannes fréquentes de ces appareils qui sont sur - utilisés, du fait:

- du nombre croissant de patients;
- du nombre insuffisant d'endoscopes;
- du manque d'entretien;
- du non renouvellement du matériel.

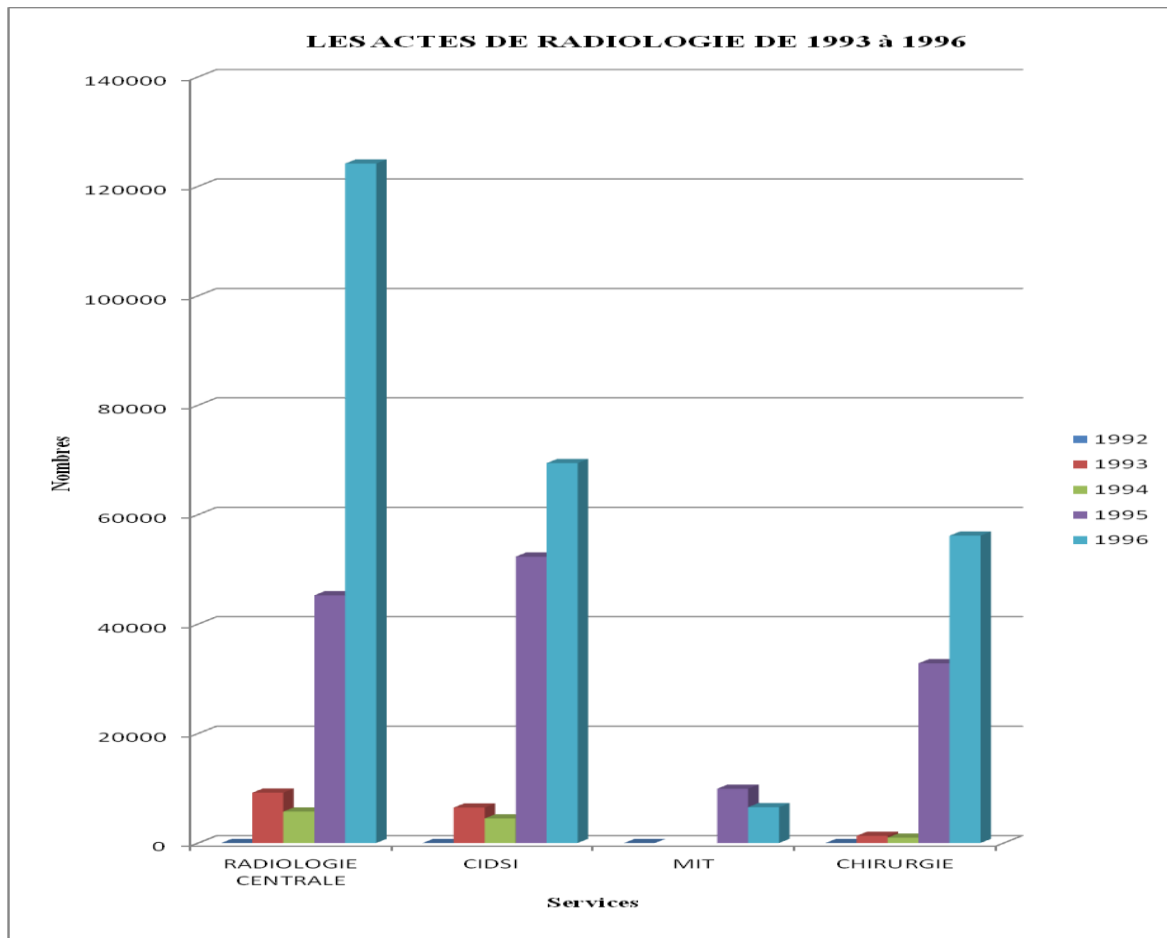
### 3.3.2.2. LES ACTES DE RADIOLOGIE

TABLEAU N° VIII : EVOLUTION DES ACTES DE RADIOLOGIE PAR SERVICES DE 1993 à 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
RADIOLOGIE CENTRALE		9190	5736	45260	124171
CIDSI		6472	4485	52331	69424
MIT				9915	6545
CHIRURGIE		1308	965	32842	56162
<b>TOTAL CHU</b>	<b>336102</b>	<b>16970</b>	<b>11186</b>	<b>140349</b>	<b>256502</b>

L'on observe une hausse générale des actes de radiologie. Elle démontre l'importance des activités de diagnostic (tableau n° VIII). La baisse du nombre des actes de radiologie au niveau du SMIT est due à la fermeture de certaines unités qui ont entraîné de ce fait une baisse générale des différentes activités.





### 3.3.2.3. LES ACTES DE LABORATOIRE

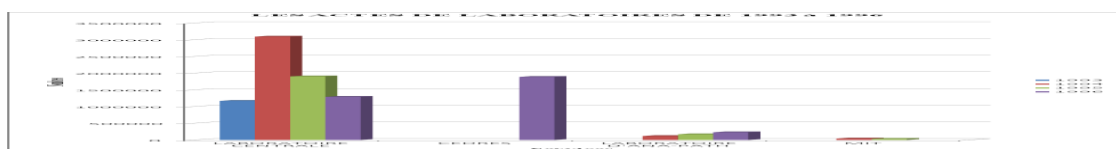
TABLEAU N° IX : EVOLUTION DES ACTES DE LABORATOIRES PAR SERVICES DE 1993 à 1996.

	1993	1994	1995	1996
LABORATOIRE CENTRAL	1169223	3094700	1904341	1291026
CEDRES				1888336
LABORATOIRE DANA-PATH		118230	170640	230540
M.I.T		43200	33900	

Au laboratoire, on observe une baisse de l'activité de 1994 à 1996. (tableau n°

IX) ceci est due:

- à la rupture fréquente de réactifs et de matériel de travail;
- à la fraude de plus en plus grandissante qui entraîne une sous déclaration des actes;
- à la l'ouverture du Centre d'étude de Diagnostique et de Recherche sur le Sida (CEDRES) en 1994 qui offre des prestations gratuites aux patients pour les examens biologiques les plus courants, (numération formule sanguines, examens des selles, examens cytologique et bactériologique de liquides biologiques, etc...).



**TABLEAU N°X : RECAPUTILATIF DES EXAMENS SPECIAUX**

<b>SERVICES</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
RADIOLOGIE	4902	3891	2523	4000
M.I.T.	313	443	218	
GYNECOLOGIE	2027	1869	2120	1473
CIDS		359	427	551
MEDECINE	160	1272	1723	795
P.PH		221	263	
O.R.L	762	1647	602	1757

### 3.3.3. ACTIVITES DE RECHERCHE, DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT

Ces activités s'établissent à plusieurs niveaux.

Chaque service à la charge de former son personnel de manière continue.

- Pour ce qui concerne le personnel médical, il s'agit :
- de la participation à des séminaires ou à des ateliers de formation;
- de la participation à des stages de perfectionnement;
- de la publication d'articles de recherche;
- de l'encadrement et de la formation des étudiants en médecine, en pharmacie, et en odonto-stomatologie;
- l'encadrement des étudiants dans la réalisation de leurs thèses de fin d'études, et de leurs mémoires de fin d'études.

Toutes ces actions visent essentiellement:

- à obtenir du personnel hautement qualifié ;
- à préserver et accroître le niveau de qualité des soins défini ;
- à faciliter la réalisation des projets professionnels-,
- à faire prendre conscience aux intéressés des éléments nouveaux qui sont intervenus dans leurs fonctions, dans l'approche de la personne soignée et dans l'organisation des soins;
- à donner quelques outils permettant d'aborder le changement avec compétence.

### 3.3.4. LA GESTION DU C.H.U.

#### 3.5.4.1. LA GESTION ADMINISTRATIVE

L'analyse des institutions permet de mieux appréhender les forces qui interviennent pour influencer les décisions. A l'intérieur des organes de l'hôpital, de multiples sous-systèmes sont en interaction, ce sont :

L'administration, le médical, les services techniques. Par ailleurs, les catégories professionnelles sont multiples. On a le personnel hospitalier représentant les fonctions médicales et para-médicales et le personnel non hospitalier composé des agents de l'administration, des services généraux et médico- techniques.

##### 3.3.4.1.1. Les organes

###### \* La commission consultative de gestion (C.C.G.)

###### *Les attributions*

La commission consultative de gestion exerce sur les organes de l'établissement, l'autorité et le contrôle permettant de suivre de façon permanente, le bon accomplissement des missions de services prescrites. Elle propose au gouvernement le projet de budget de l'établissement. Une fois ce budget adopté par l'autorité législative, elle en contrôle l'exécution et arrête les comptes financiers. En outre, les actes suivants du directeur sont obligatoirement soumis à l'autorisation préalable de la commission. Ce sont :

- le plan directeur et les programmes annuels d'activité,
- la fixation des tarifs des prestations,

- la création ou suppression de service

### La composition

La commission consultative de gestion du CHU est composée de huit

Membres:

- le Ministre de la santé publique ou son représentant;
- le Ministre chargé de l'économie et des finances ou son représentant;
- le Ministre de l'intérieur et de l'intégration nationale ou son représentant;
- le Ministre de l'éducation nationale et de la formation de base ou son représentant;
- le Ministre de l'emploi et de la fonction publique et de la prévoyance sociale ou son représentant;
- le Représentant du comité des assureurs;
- le Directeur de la mutuelle générale des fonctionnaires et des agents de l'Etat ou son représentant.

### \* La direction

Elle comporte les quatre sous - directions et services suivants :

- la sous - direction de la gestion administrative et financière
- la sous - direction de la maintenance et de la gestion du patrimoine ;
- la sous - direction des soins infirmiers et obstétricaux;
- la sous - direction du contrôle et de l'évaluation;
- les services médico- techniques;
- les services de soins.

## La sous - direction de la gestion administrative et financière

### \* Les attributions

Elle est chargée :

- des opérations liées à l'élaboration et à l'exécution du budget;
- de la préparation des marchés, baux et conventions;
- de la gestion des stocks;
- de la distribution dans les services;
- de la gestion des services généraux ; cuisines, buanderie, morgue;
- de la gestion des stocks de la pharmacie en liaison avec le pharmacien - chef;
- de l'inventaire et du suivi des immobilisations;
- du bureau d'admission et des frais de séjour;
- de la gestion du personnel permanent et temporaire;
- de la préparation et du suivi du programme de formation et de stage;
- du service social;
- du suivi et du contrôle de l'application de la réglementation hospitalière.

### \* la structuration

Elle comprend quatre services:

- le service des ressources humaines,
- le service économique,
- le service financier,
- le service social,

La sous-direction de la maintenance et de la gestion du patrimoine (S/D.M.G.P)

**\*Attributions**

Elle est chargée :

- du garage auto et des ateliers;
- de la gestion et de l'entretien du patrimoine de l'établissement;
- de la maintenance des installations générales et techniques notamment des équipements biomédicaux;
- de l'exécution du programme d'investissement en liaison avec la sous - direction de la gestion administrative et financière;
- du gardiennage et de l'entretien de la cour et des espaces verts.

La structuration

Elle comprend quatre services:

- le service électro - froid,
- le service biomédical,
- le service infrastructure,
- le service assainissement, cours et jardins.

La sous - direction des soins infirmiers et obstétricaux

Les attributions

Elle se charge:

- de l'organisation, du contrôle et de la promotion des soins infirmiers et obstétricaux;
- de l'information et de l'accueil des malades et des visiteurs;

- du brancardage et du transport par ambulance des malades;
- du nettoyage et de la désinfection des locaux;
- de la promotion et de l'application des règles d'hygiène;
- de la qualité des soins infirmiers et obstétricaux.

### Structuration

Les services qui la composent sont:

- le service hygiène et propreté,
- le service accueil et information,
- le service brancarde et transport,
- le service technique.

### La sous - direction du contrôle et de l'évaluation

#### Attributions

Elle se charge:

- du suivi des activités de rétablissement, des statistiques ;
- de la confection du tableau de bord, de la mise en œuvre des moyens humains, matériels, et financiers;
- de l'analyse financière, des postes de travail et de la productivité;
- de l'évaluation des procédures d'achat, des techniques de gestion plus économiques;
- de l'évaluation des méthodes de travail, de la productivité de l'établissement et de la formulation de propositions d'amélioration;
- du contrôle de l'inventaire et du suivi des immobilisations;



- du suivi et du contrôle de l'application de la réglementation hospitalière.

### La structuration

Elle comprend trois services:

- le service chargé de la statistique,
- le service chargé de la comptabilité analytique,
- le service chargé des relations publiques.

### Les services

#### Les services médico-techniques

Ils comprennent:

- le laboratoire d'anatomie pathologie et de cytologie,
- la radiologie,
- le laboratoire central,
- le Centre intégré de Diagnostic et de soins intensifs (C.I.D.S.I.)
- la pharmacie,
- le C.E.D.R.E.S,
- la pharmacie clinique.

#### Les services de soins

Ils comprennent:

- le service d'accueil des urgences,
- le service de médecine interne,
- le service de pneumo-phtisiologie,
- le service de dermatologie,

- le service de gynéco-obstétrique,
- le service de chirurgie I et clinique I,
- le service de chirurgie II et clinique II,
- le service de chirurgie III et clinique III,
- le service de l'orthopédie - traumatologie,
- le service de stomatologie,
- le service d'oto-rhino - laryngologie,
- le service de réanimation,
- le service des maladies infectieuses et tropicales,
- le service de pédiatrie,
- le service de neuropsychiatrie,
- le service d'ophtalmologie,
- le service de cancérologie.

#### Les organes techniques

On en dénombre cinq au CHU de Treichville:

- la commission médicale consultative,
- le comité d'hygiène et de sécurité,
- le comité de médicament,
- le comité de discipline,
- le comité de restauration.

### **\*La commission médicale consultative**

Elle est chargée d'émettre des avis techniques et des recommandations sur les projets et le fonctionnement de l'établissement.

Elle est consultée pour:

- le plan directeur et les programmes d'activités,
- le budget et les comptes,
- l'organisation et le fonctionnement des services,
- la fixation des tarifs des prestations,
- les questions relatives à la déontologie et à la qualité des soins,

Elle se compose comme suit:

- le directeur du C.H.U. en est le président,
- un vice-président nommé par le Ministre de la Santé Publique,
- des membres constitués par :
  - les chefs des services hospitaliers et médico-techniques,
  - le pharmacien chef,
  - le responsable des soins infirmiers,
  - un représentant des internes élu par les internes de l'établissement,

### **\*Le comité d'hygiène et de sécurité**

Il est chargé d'émettre des avis techniques et des recommandations en matière d'hygiène et de sécurité.

### **\*Le comité du médicament**

Il est chargé de définir les priorités en matière d'approvisionnement en produits pharmaceutiques de première nécessité.

### **\*Le comité de restauration**

Il se charge de l'analyse et de faire des propositions sur les activités relatives à la qualité, à la quantité et à la distribution des repas.

### **\*Le comité de discipline**

Il est consulté pour toutes les questions relatives au respect de la discipline.

#### 3.3.4.1.2. Les ressources humaines

L'administration et la gestion du personnel est la mission essentielle du service des ressources humaines. Il est l'une des composantes de la sous - direction de la gestion administrative et financière du C.H.U.

Les activités de ce service portent sur le recrutement du personnel, la formation, le suivi de la carrière des agents et de la programmation des effectifs.

TABLEAU N°XII : EVOLUTION DU PERSONNEL NON HOSPITALIER DE 1993 à 1996

	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
DIRECTION	5	5	6	7
S/DAAF (DRH-B.E/sce ECO	101	79	91	95
S/DCE	11	8	8	10
S/DGEP	31	32	28	28
S/DSIO	4	28	25	27
Agence Comptable	4	4	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>162</b>	<b>172</b>

Pour la réalisation de toutes ses activités, le service des ressources humaines s'est fixé plusieurs objectifs:

- la maîtrise des effectifs et de l'emploi
- l'amélioration de la gestion administrative quotidienne,
- la mise en place de la politique de formation des agents

\*La maîtrise des effectifs et de l'emploi

Elle s'apprécie par la répartition du personnel par service.

Pour les généraux et administratifs, l'effectif est relativement acceptable (Tableau n° XV). Il représente 41,36% du personnel hospitalier.

En ce qui concerne les services médicaux et médico - techniques (Tableau n° XI) la répartition est inégale. Ce qui a pour conséquence l'insuffisance du personnel devant l'importance des tâches à accomplir.

\*le personnel médical (tableau n° XIII) est composé :

TABLEAU N°XIII: LE PERSONNEL MEDICAL EN 1996

	Catég.	Fonction	Temp.	Coop.	TOTAL
PRF. TITULAIRE	A7	12			<b>12</b>
MAITRE DE CONF. AG	A6	32			<b>32</b>
MAÎTRE ASSIST.	A5	14			<b>14</b>
ASST CHEF DE CLIN.	A4	43			<b>43</b>
MEDECIN CHIRURG.	A4	66	1	1	<b>68</b>
CHIRURG. DENT.	A4	4	2		<b>6</b>
PHARMACIENS	A4	3			<b>3</b>
<b>TOTAL</b>		<b>174</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>178</b>

- de professeurs titulaires,
- de maîtres de conférences agrégés,
- de maîtres-assistants,
- de médecins,
- de chirurgiens,
- de chirurgiens dentistes,
- de pharmaciens.

Il représente 18.08 % de l'ensemble du personnel.

\*le personnel para - médical (Tableau n°XIII) composé :

TABLEAU N XIV : LE PERSONNEL PARA-MEDICAL EN 1996

	Catég.	Fonct.	Temp.	Coop.	<b>TOTAL</b>
S.U.S	A2	9			<b>9</b>
INF DIPLOM. D'ETAT SPEC.	A2	43			<b>43</b>
SAGE FEMME SPECIAL,	A2	2			<b>2</b>
INF DIPLOM. D'ETAT	B3	204	10		<b>214</b>
SAGE FEMME	B3	72	1		<b>73</b>
TECH SUP SANTE	B3	35	2	1	<b>38</b>
PREPARAT EN PHARM.	B3	4			<b>4</b>
INFIRM BREVETE		16			<b>16</b>
<b>TOTAL</b>		<b>385</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>399</b>

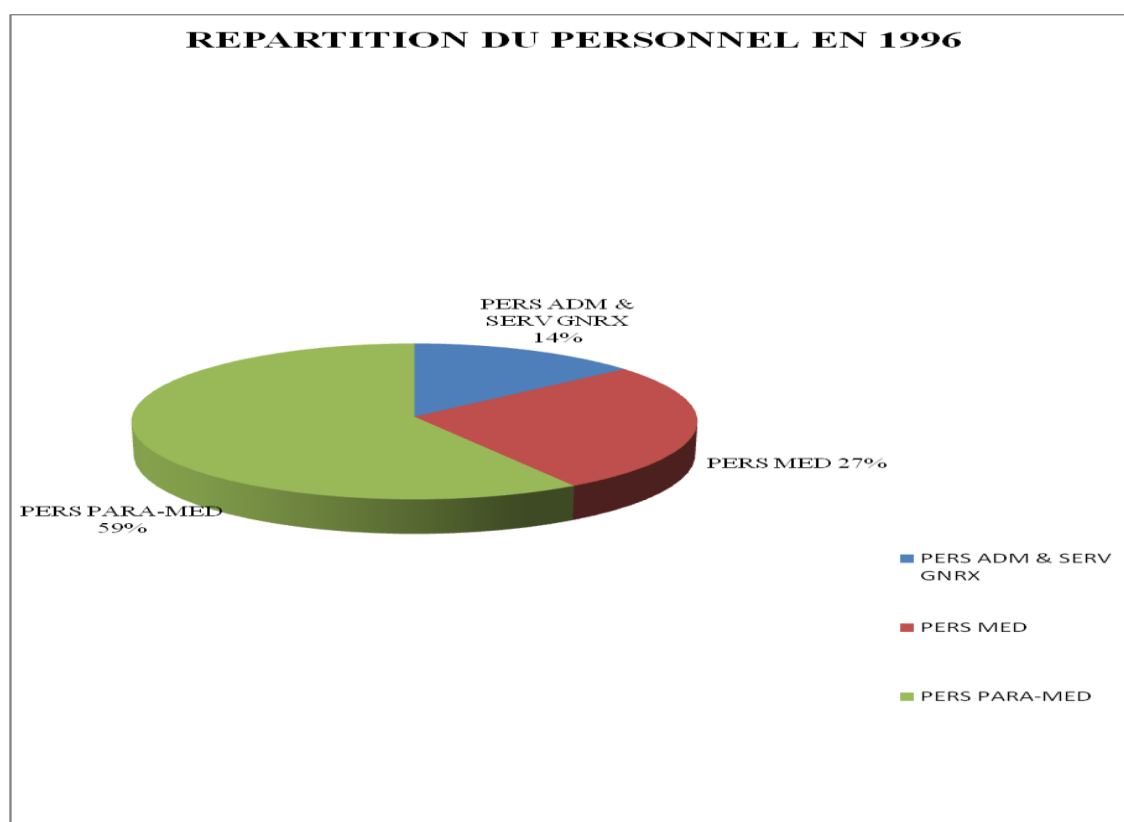
- d'infirmiers,
- de sages - femmes,
- de techniciens de santé.

Il représente 40.54% du personnel total du C.H.U.

On a donc dans le C.H.U. 407 agents administratifs, 178 agents médicaux et 399 agents para - médicaux. Ils sont composés de fonctionnaires, d'agents temporaires, de journaliers (Tableau n°XVI).

TABLEAU N° XVI : LES EFFECTIFS PAR STATUT DE 1992 à1996

STATUT	1992	1993	1994	1995	1996
FONCTIONNAIRES	604	569	624	598	655
TEMPORAIRES	72	60	62	45	37
COOPERANTS ET CONTRCTUELS	7	4	4	2	1
JOURNALIERS	240	292	279	271	296
TOTAL	<b>923</b>	<b>925</b>	<b>969</b>	<b>916</b>	<b>989</b>

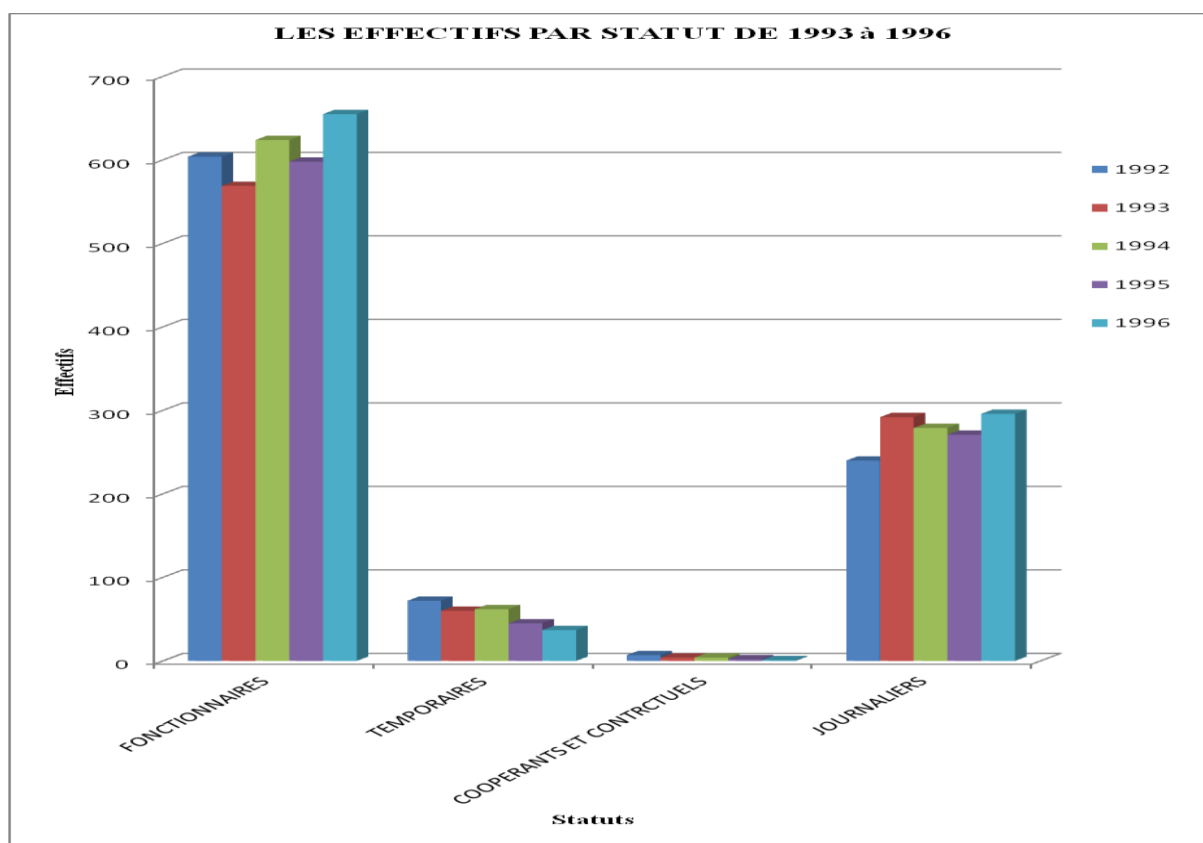


On observe une très forte dynamique des effectifs du C.H.U. de Treichville sujets à de fréquents mouvements d'entrée (affectation - recrutement) et de sortie

(retraite - mutation - décès - démission - licenciement - abandon de poste...).

Pour s'en convaincre, il suffit de passer en revue les différentes catégories de personnel (Tableau XVI).

L'effectif des fonctionnaires qui était de 604 agents en 1992, a baissé en 1993 en passant à 569. Son évolution ascendante en 1994 (624) et surtout en 1996 (650) est due l'affectation au C.H.U. de Treichville des agents en provenance du C.H.U. de Cocody.



L'effectif des agents Temporaires qui était de 72 agents en 1992 a baissé en 1993 en passant à 60.



Son évolution a été ascendante en 1994 (62 agents), avant de chuter progressivement en 1995 (45 agents) et 1996 (36 agents) pour cause de retraite et de départ volontaire.

- L'effectif des coopérants et des contractuels qui était de 7 agents en 1992 a baissé et s'est stabilisé progressivement de 1993 à 1996 en passant de 4 à 2.

- L'effectif des Journaliers se caractérise par une courbe sinusoïdale.

Aux périodes de hausse succèdent des périodes de baisse et inversement.

Mention doit toutefois être faite de l'effectif de l'année 1996 qui a enregistré des arrivées en provenance de C.H.U. de cocody.

AU total, exception faite de l'année 1995, on constate une variation à la hausse des effectifs. Cette situation ne doit pas cependant masquer le déficit en personnel tel que relevé par l'élaboration du cadre organique des emplois.

En dépit de son effectif total en apparence élevé (984 agents), le C.H.U. est confronté à un problème d'insuffisance de personnel. Cette situation qui pose d'énormes désagréments au fonctionnement de ses services s'observe plus particulièrement parmi des catégories de personnel ci après :

- Aide - soignantes,
- Infirmier Diplômé d'état: tous les services sont confrontés à un déficit en personnel infirmier de manière plus ou moins préoccupante.

L'insuffisance de personnel se trouve aggravée par une réduction de leur effectif pour causes diverses (décès - retraite - départ volontaire...) avec comme

conséquence la baisse, la réduction et/ou la suspension de certaines de leurs activités. Outre le service des M.I.T. dont les besoins en infirmiers se chiffrent à 20, la situation des services ci-après mérite aussi une attention particulière.

**\*La stomatologie**

Ce service ne dispose que de 5 infirmiers alors que l'effectif idéal est de 13, d'où un besoin de 8 infirmiers.

**\*La chirurgie digestive et proctologique**

Le personnel de ce service est utilisé aussi bien par le service de cancérologie que celui de la traumatologie. L'effectif convenable pour une meilleure prise en charge des patients est de 20 infirmiers, le nombre actuel étant à 12.

- Secrétaires de Direction

**TABLEAU N°XV : RECAPAPITULATIF DES EFFECTIFS EN 1996**

	Catég.	Fonct.	Temp.	Journ.	TOTAL	%
PÉRS. ADM & SERV. GNRX	91	20		296	407	<b>41,36</b>
PERS. MED	174	3	1		178	<b>18,08</b>
PERS. PARA-MED	385	13	1		399	<b>40,54</b>
<b>TOTAL</b>	<b>650</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>296</b>	<b>984</b>	<b>99,98</b>

**\*la formation des agents**

Conscient de l'importance de la formation dans une entreprise, le CHU a demandé à un cabinet d'études de faire une enquête sur les besoins de formation des agents dudit établissement.

Cette étude a abouti à l'élaboration d'un plan de formation à court, moyen, et long termes, ce projet est actuellement ralenti à cause des contraintes budgétaires.

### 3.3.4.2. LA GESTION DES BIENS

Le dynamisme d'un hôpital se reflète aussi dans la gestion des biens. Les bâtiments hospitaliers, les équipements médicaux, les matériels d'intendances sont des éléments moteurs du fonctionnement quotidien du CHU. La gestion des biens comporte la gestion financière et la gestion économique.

#### 3.3.4.2.1. La gestion financière

La politique financière détermine la gestion d'où découle la tenue de la comptabilité. C'est un élément concret, révélateur de la politique suivie par l'hôpital. C'est à l'occasion de la préparation et du vote du budget que se discute la politique financière révélatrice de celle du CHU.

Il s'agit de chiffrer les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés par le plan de développement de l'hôpital, appelé généralement "plan directeur".

##### 3.3.4.2.1.1. L'élaboration et l'adoption du budget

L'élaboration du budget se prépare deux années à l'avance. C'est-à-dire au cours du dernier trimestre de l'année N on débute la préparation du budget de l'année N+2. Ce budget se fait en collaboration avec les chefs de services médicaux et médico-techniques qui expriment leurs besoins.

La liste des démarches doit être acheminée au plus tard le 31 décembre de l'année N. Toutes les demandes seront analysées par la Direction des Affaires Financière (D.A.F.) qui convoque ensuite une réunion regroupant tous les chefs de services et la commission médicale consultative (C.M.C.) pour expliquer et défendre les besoins exprimés.

La D.A.F. en collaboration avec le directeur de l'hôpital après la réunion élaborent le projet de budget après avoir analysé toutes les demandes, ils le présentent lors d'une autre réunion à la C.M.C. qui va arrêter le projet de budget.

Au cours du dernier trimestre de l'année N+1, le projet de budget est présenté à la commission consultative de gestion (C.C.G.) qui est chargée d'approuver le budget. Après tout ce cheminement interne, le budget est soumis au ministère de l'économie et des finances (direction générale du budget et du secteur para - public), il est accompagné du procès verbal de la réunion d'approbation du C.C.G. Durant la période Avril - Mai de l'année N+1, le ministère convoque une réunion à la programmation budgétaire où chaque E.P.N. défend son programme de budget. Après arbitrage, les budgets seront présentés en conseil de gouvernement, puis de ministre qui va les adopter en projet de loi de finance, ce projet sera présenté à l'assemblée nationale au mois d'octobre. A chacune de ses différentes étapes d'élaboration et d'adoption du budget ce dernier peut être rejeté ou modifié.

#### 3.3.4.2.1.2. L'exécution du budget

Le budget de l'établissement est unique, l'exécution tient compte des différents besoins exprimés lors de l'élaboration du budget. Le C.H.U. utilise la comptabilité analytique à ce niveau.

#### 3.3.4.2.1.3. La vérification des comptes

Pour une meilleure vérification des comptes, dans le C.H.U. comme dans tous les E.P.N, il y a une séparation des pouvoirs.

\*L'ordonnateur

C'est le directeur du C.H.U. il a l'opportunité au niveau de l'exécution des dépenses et des recettes, il ordonne et signe les bons de commandes qui seront ensuite cachetés par la D.A.F.

\*Le contrôleur budgétaire

Le bon ainsi signé représente un engagement et subit un contrôle a priori. Lors de la livraison de la marchandise, le contrôleur budgétaire vérifie la livraison effective. Ce contrôle peut se faire à tout moment.

\*L'agent comptable

C'est le seul habilité à payer les factures, il effectue un contrôle sur pièce en vue de la vérification de la procédure normale.

\*la commission consultative de gestion

Elle examine les comptes de l'exercice antérieur par la vérification du rapport financier .Ce rapport est fourni par la D.A.F., le contrôleur budgétaire, et l agent comptable. La répartition des primes se fera qu'après le visa de la C.C.G.

\*La chambre des comptes de la cours suprême

Elle contrôle le compte financier déposé par le C.H.U.

\*Le ministère de tutelle

Il y a des contrôles inopinés du ministère de l'économie et des finances ou du ministère de la santé.

3.3.4.2.1.4. Evolution du budget de 1991 à 1996

Cette évolution se résume dans le tableau n° XVII

TABLEAU N°XVII : LES MASSES BUDGETAIRES (en francs CFA)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
DOTATION TITRE 1(B.G.F.)	4 561 185 000	4 986 376000	4 563 398 000	5168 400 000	5 567 263 000	5 091 800 000
DOTATION TITRE 2 (B.S.I.E.)	1016 174 000	903 000 000	1 300 000 000	1 914 000 000	1 812 229 831	605000 000
<b>DOTATION ANNUELLE</b>	<b>5 577 359 000</b>	<b>5889 376000</b>	<b>5 863 398 000</b>	<b>7082 400 000</b>	<b>7 379 492 831</b>	<b>5 696 800 000</b>

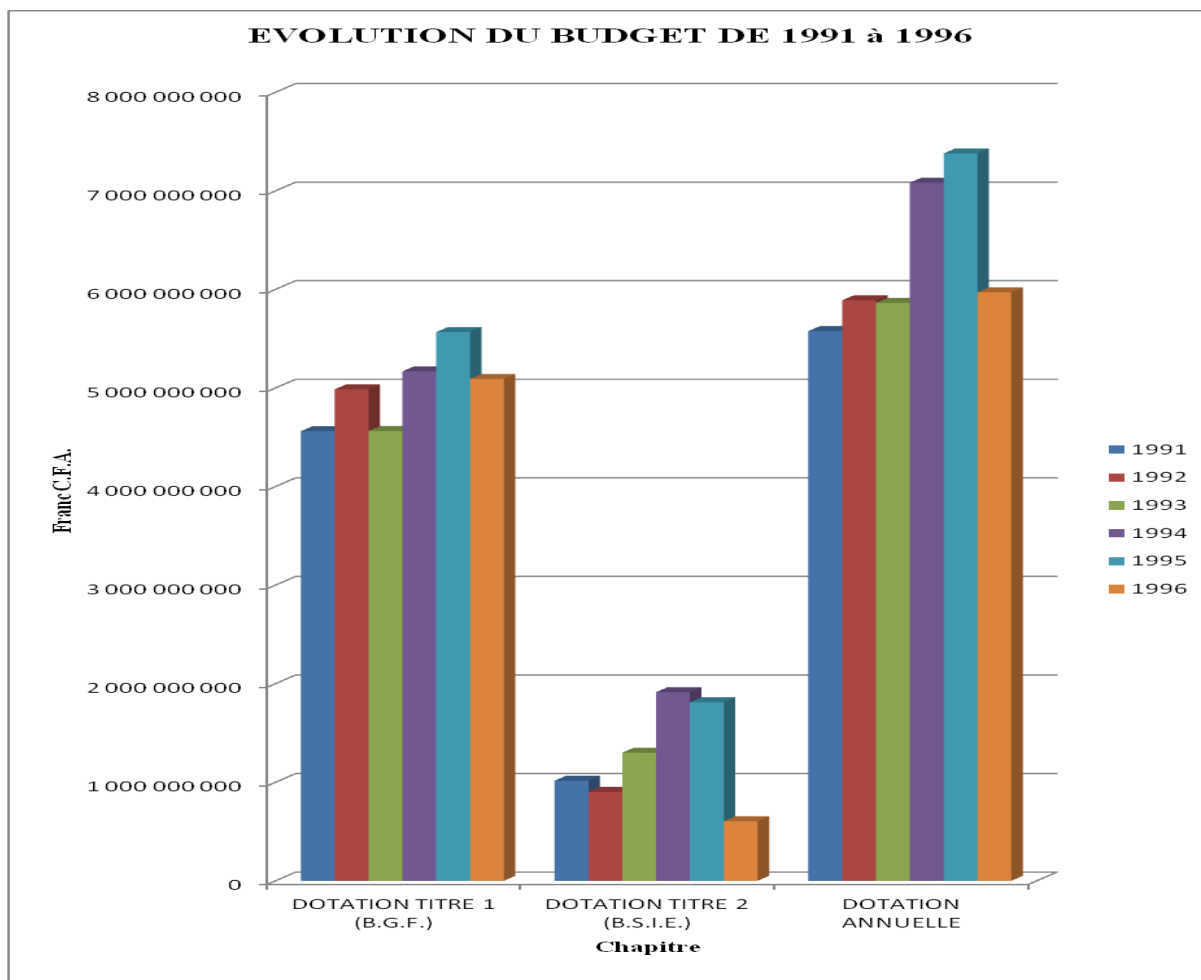
\*Le Budget de fonctionnement

Il en ressort les éléments suivants:

- une constante peut être relevée s'agissant de l'évolution du titre 1 du budget: après deux années d'augmentation successive de 1991 à 1992 (4,56 Milliards de francs C.F.A. à 4,98Milliards) le budget de fonctionnement marque un arrêt par une diminution en 1993 avec 4,56Milliards.
- Si les baisses intervenues respectivement en 1993 et en 1996 sont sensiblement de la même importance aussi bien en valeur absolue qu'en valeur relative, celle de 1996, en raison de son caractère atypique, a causé de nombreuses difficultés de fonctionnement à l'établissement. Le budget de 1996 se chiffre à 5,09 Milliards.
- L'accroissement du budget d'une année à l'autre est relativement peu élevé, n'atteignant les deux chiffres qu'en 1994. On a une élévation du titre 1 et du titre 2 de 13,25% de 1993 à 1994. Ainsi, en cinq ans (1991 à 1996), le budget n'a connu qu'une variation à la hausse de 11,63%.

Il convient de relever la baisse de la part relative du titre 1 comme suit :

- En 1995, le titre 1 ne représente plus que 77.82% soit 4,5 Milliards du budget total contre l'année précédente.



- En 1994, le budget de fonctionnement ne représente plus que 72.97% (5,168 Milliards ) du budget total contre 77.82% en 1993.
- En 1995 il représente 75,44% soit 5,56 Milliards et en 1996 89,38% (5,09 Milliards).

### \*Le budget d'investissement

Il est soumis à plus de fluctuations que le budget de fonctionnement. Aux périodes de baisse succèdent des périodes de hausse et inversement. Lorsqu'ils interviennent les accroissements des dotations du titre 2 sont relativement élevés (43.96% soit 1,3 Milliards en 1993 et 47.23% soit 1,91 Milliards en 1994). S'agissant des baisses, elles sont très peu significatives hormis celle intervenue en 1996 avec seulement 605 Millions.

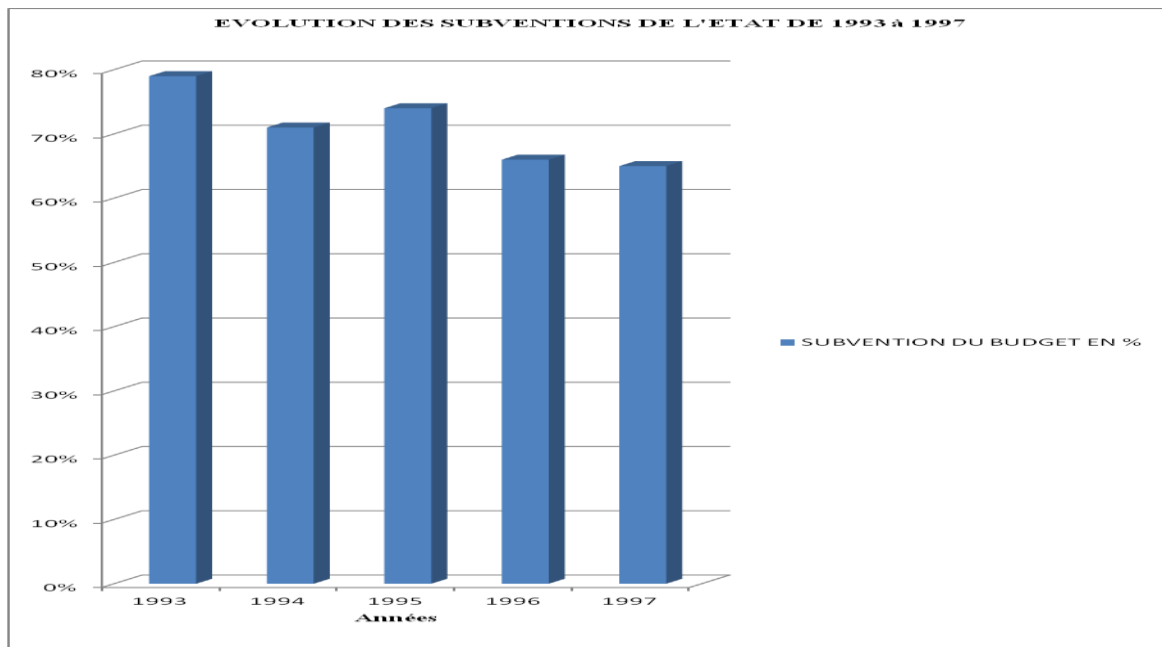
### \*La subvention de l'Etat

TABLEAU N°XVIII : LA SUBVENTION DE L'ETAT DE 1993 à 1996

	1993	1994	1995	1996	1997
SUBVENTION EN % DU BUDGET	79%	71%	74%	66%	65%

On observe une baisse progressive de celle-ci chaque année (Tableau n°XVIII) ; alors que le budget ne connaît pas de variation notable depuis 1991. De 79% en 1993, elle passe à 65% en 1996.





Ceci implique une plus grande participation de l'établissement dans le budget, cela grâce aux ressources propres du C.H.U.

\* Les ressources propres

Elles sont constituées :

- des prestations de l'hôpital,
- des revenus de la location de certains sites au sein du C.H.U.

Ce sont : L'I.C.A., L'INFAS, la boutique, la cafétéria, la morgue (IVOSEP).

## Les dépenses

Il faut noter que le solde des dépenses est égal à celui des recettes.

### 3.3.4.2.2. La gestion économique

La gestion économique concerne la gestion des biens immobiliers et mobiliers et des matières consommables, on distingue l'exploitation et l'investissement.

#### 3.3.4.2.2.1. L'exploitation

Elle est au centre d'une bonne gestion hospitalière. Elle dépend d'une très large sensibilisation du personnel aux questions essentielles de la consommation des produits et articles divers dans les services de soins ou dans les laboratoires. Elle repose aussi sur la tenue de l'outil en bon état de fonctionnement.

#### \* l'approvisionnement

La production hospitalière impose un approvisionnement normal et régulier pour ne pas perturber le service public.

### **La réception**

Elle se fait après un contrôle qualitatif et quantitatif de la marchandise, ce contrôle se fait souvent avec l'aide du service technique.

### **Le stockage**

Il existe trois grands magasins.

- le magasin central
- la buanderie
- le service technique

## **L'enregistrement et la livraison**

Chaque 25 du mois, les services expriment leur besoins du mois suivant qui sont déposés sous forme de bons de commandes au service économique. Ce service les enregistre ; les analyse et vérifie s'ils sont programmés. Après toute cette procédure il ordonne la livraison.

## **La maintenance**

Il s'agit de l'entretien d'une installation ou d'un appareillage. Elle est réalisée soit par les services techniques de l'établissement, soit par des entreprises extérieures. La maintenance évite un renouvellement précoce.

### 3.3.4.2.2.2. L'investissement

C'est le moteur du fonctionnement hospitalier, il permet l'augmentation des possibilités de production. L'investissement résulte d'une dépense visant, soit à prolonger la vie au delà de sa vie comptable, soit à acheter un nouveau bien afin de développer les moyens de production exprimant le passage du capital argent en capital productif. On entend par appareil productif, les moyens mobiliers et immobiliers, par opposition aux moyens humains et aux biens consommables.

Ainsi en investissement on a, au sein du C.H.U.:

- la réhabilitation des cliniques médicales et chirurgicales;
- la construction d'une unité de consultation chirurgicale;

- la construction actuelle du service des entrées et des urgences, et la réhabilitation du service de gynéco- obstétrique.

#### 3.3.4.2.3. La gestion de la pharmacie

##### 3.3.4.2.3.1. L ' organisation

Elle est représentée dans l'organigramme. Mais force est de constater qu'il n'est pas respecté, cette année(1996) on a un total de deux pharmaciens.

On assiste à une réorganisation interne de la pharmacie en fonction du personnel disponible.

##### 3.3.4.2.3.2. La commande des médicaments

Elle se fait essentiellement à la Pharmacie de la Santé Publique (P.S.P.). En cas de rupture du médicament commandé a la P.S.P., le pharmacien s'adresse à des distributeurs privés. Chaque année, avant le 15 octobre en cours, le pharmacien demande les besoins des services en médicaments pour l'année suivante. La liste des commandes est transcrite dans un cahier de charge. Celui - ci est soumis à la P.S.P. qui enregistre les commandes de l'année. Le pharmacien effectue tous les mois deux commandes à la P.S.P pour approvisionner les différents services et sa pharmacie.

##### 3.3.4.2.3.3. La réception et le stockage

Il faut un délai de trois semaines environ entre l'émission du bon commande et la réception des médicaments. Une fois livrée, la marchandise est stockée dans un magasin après vérification. Les produits fragiles sont conservés dans une chambre froide.

#### 3.3.4.2.3.4. La distribution

Elle s'effectue à deux niveaux.

- AU niveau des services hospitaliers et des urgences

\* Les services hospitaliers.

Ne sont distribués à ce niveau que les consommables non facturés aux malades mais facturés aux services (coton, compresses, gants, alcool, sparadrap, etc...).

\*Les urgences

Là, ce sont les consommables et les médicaments dits d'urgence qui sont distribués. La liste de ces produits est fournie par le médecin responsable des urgences dans les différents services qui en possèdent.

\*Les cliniques médicales et chirurgicales.

Ici, la distribution est différente, En plus des consommables, les médicaments sont distribués aux malades en fonction des prescriptions médicales. S'ils ne sont pas disponibles à la P.S.P., la commande se fait chez les fournisseurs privés.

La facturation est donnée au malade lors de sa sortie.

- Les malades

Les médicaments de la pharmacie de l'hôpital sont réservés aux malades hospitalisés. L'acquisition se fait après présentation d'un bon rédigé et signé par un médecin du service où est hospitalisé le patient, il faut aussi être en règle pour les frais d'hospitalisation. Le paiement des médicaments s'effectue directement aux comptoirs de la pharmacie.

Il est à noter que les prix pratiqués à la pharmacie du C.H.U. sont nettement en deçà de ceux pratiqués à l'extérieur en officine privée, cette tarification entre dans le cadre de la politique du médicament mise en place par l'Etat dans le but de réduire les frais d'hôpital.

## 4. TROISIEME PARTIE: PROPOSITIONS

### 4.1. UNE MEILLEURE PLANIFICATION DES ACTIVITES DU C.H.U.

La planification est importante parce qu'elle est le début du processus de gestion. [23]Elle peut être définie comme étant le fait de décider à l'avance de ce qu'il faut faire et comment le faire. Elle doit avoir pour but la réalisation du rôle de l'hôpital du point de vue de la justesse, de la qualité, du volume et du coût des soins dispensés. Elle doit viser à assurer les prestations qui répondent aux besoins les plus urgents. La planification fondée sur une approche plus globale des besoins de santé, doit permettre de contrôler, maîtriser et réguler le développement des équipements hospitaliers, les plus coûteux et susciter une coopération entre les auteurs du système de santé dont les vocations sont complémentaires. Elle peut revêtir les formes suivantes:

- **Un plan d'action à court terme** pour l'exercice suivant (à distinguer de la gestion en cas de crise aiguë qui est entreprise dans des conditions d'urgence immédiate).

Le C.H.U. a établi pour l'année 1997 un plan d'action. Ce plan a pour objectifs principaux:

- réduire la dépendance financière du C.H.U. vis-à-vis du trésor public;
- améliorer la qualité des soins et l'accueil des usagers;
- améliorer le système d'information et de communication.

Mais il faut souligner que le délai imparti pour la réalisation de ces différentes missions est insuffisant. Les résultats ne seront pas perceptibles au bout d'une seule année, il serait donc plus avantageux de définir, certes, un plan d'action à court terme qui fixerait des objectifs précis et réalisables dans un court délai, mais aussi un plan d'action à moyen et long termes.

**La planification à moyen terme** comportant un plan quinquennal permettrait de:

- définir les lignes directives à suivre par l'établissement;
- élaborer des projets concernant non seulement les investissements, les installations et le matériel, mais aussi les dépenses renouvelables qu'entraînent ceux-ci.
- La planification à long terme, également qualifiée d'études prospectives, prévoit l'avenir sur une période de 10- 20 ans.
- Pour réussir cette planification, la notion de masse critique doit être clairement définie. Elle s'intéresse à l'organisation ou à la répartition optimale des moyens.
- Elle doit théoriquement mettre en évidence le lien entre des indicateurs d'organisation des soins et de volume d'activité et des indicateurs de résultat en termes de santé. Comme indicateurs on peut citer :
  - le nombre d'opérations réalisées au sein de l'hôpital;
  - l'accessibilité aux soins;
  - l'effectif en personnel;



- les compétences disponibles (équipement, nombre de lits disponibles...).

La planification est donc essentiellement une prise de décision.

Pour qu'elle soit efficace, des informations judicieuses et adéquates sont nécessaires. Elles peuvent porter sur les résultats obtenus par l'hôpital (données sur les traitements médiocres par exemple), rapport des ressources (financement, personnel ...) et sur le fonctionnement efficace de l'hôpital (taux d'occupation des lits, taux de renouvellement

#### 4.2. **LA MAITRISE DE LA GESTION ET DU RENDEMENT**

On entend par gestion, un processus en vertu duquel les ressources en personnel, en moyens de financement, en matériel et en installations sont mobilisées, dans toute la mesure du possible avec efficacité, pour servir le dessein d'une institution. [23] Les facteurs clés pour assurer le succès de la gestion sont la désignation d'un administrateur qui possède des qualités de chef et se révèle capable de travailler en équipe, l'existence des ressources nécessaires, et une structure organique appropriée.

Le processus de gestion comporte un cycle de fonctions:

- la planification;
- l'organisation, y compris la programmation et la budgétisation;
- l'exécution, y compris la mobilisation des ressources et la résolution des problèmes opérationnels et structurels;

-la coordination afin qu'à mesure que le plan se déroule, il se produise une intégration et une coopération avec d'autres programmes et secteurs de l'hôpital et la communauté;

-l'évaluation: chaque plan doit être continuellement revu; il peut s'avérer nécessaire de réexaminer les méthodes ou de redéfinir les objectifs et cela peut conduire à un nouveau cycle de planification.

Il y a deux éléments primordiaux en matière de gestion, ce sont la structure politique et juridique du pays et le degré de décentralisation de son administration. La décentralisation doit permettre de déléguer des responsabilités vers les échelons subalternes et stimuler l'initiative et l'Innovation au niveau communautaire. Ainsi la prise de décisions sera une affaire de partage sur une base consensuelle.

Pour un bon fonctionnement, l'administration doit avoir un système d'information et de communication performant, il est Indispensable que soient recueillis les renseignements dont la nécessité est indiscutable, qu'ils soient rassemblés avec soin et analysés correctement et qu'ils soient présentés sous forme utile et en temps opportun à tous ceux qui en ont besoin, tant à l'intérieur de l'hôpital qu'à l'extérieur. Les fonctions de la structure d'information sont les suivantes:

- fournir des informations de gestion à l'hôpital;
- servir de base pour la planification rationnelle des activités de l'hôpital;
- fournir des bases pour l'assurance de la qualité.

Les gestionnaires doivent avoir une connaissance fondamentale de la statistique afin que les données quantitatives puissent être exploitées au mieux. Le pouvoir d'agir, d'utiliser les ressources et d'effectuer un travail donné ne saurait être dissocié de l'obligation de rendre compte de l'exécution correcte des tâches en question. Les mécanismes officiels doivent prévoir non seulement la discussion, mais aussi la prise de décisions et la désignation des responsables pour toute action à entreprendre. La ressource la plus importante d'un système de santé est son personnel.

La qualité, l'engagement et la motivation du personnel influent directement sur les soins donnés aux malades. La direction doit collaborer avec les chefs de services pour faire en sorte que le personnel dispose des ressources essentielles pour s'acquitter de ses tâches et possède la formation nécessaire pour travailler en toute sécurité.

Pour que les ressources financières soient gérées de façon efficace, les responsables à l'hôpital (personnel médical, infirmiers et administratif) doivent jouer un rôle de premier plan dans l'établissement du budget en rationalisant les demandes de fonds et en contrôlant les dépenses par des mesures d'endiguement des coûts. Ces responsables doivent bien comprendre le système financier de l'hôpital et les différentes sources de financement de l'établissement.

### **4.3. L'IMPLICATION PLUS IMPORTANTE DU PERSONNEL DANS**

#### **LA GESTION DU C.H.U.**

De la volonté des médecins de participer activement à la politique de maîtrise des dépenses et à la restructuration, dépendent non seulement l'avenir de l'hôpital public, mais aussi celui de notre système de santé.

Il est vital que les médecins soient capables d'envisager les choses au-delà des limites étroites d'un service clinique et qu'ils comprennent parfaitement ce que signifient le partage des responsabilités et la notion de "santé pour tous".

Pour permettre une implication permanente des médecins, il serait souhaitable de trouver une formule de participation d'un médecin à l'équipe de la gestion hospitalière en plus de la commission médicale consultative qui comme son nom l'indique n'a qu'un rôle consultatif.

La responsabilisation du personnel est importante. La création d'une commission de contrôle de qualité est indispensable et permettrait à chaque membre du personnel de se remettre en cause entraînant ainsi une meilleure compétitivité tant individuelle que collective. Les travaux de cette commission devraient porter sur les soins, les pratiques professionnelles, les équipements mais aussi la gestion de l'établissement.

Elle sera composée :

- du directeur du C.H.U.;
- du pharmacien de la pharmacie de l'hôpital;
- des représentants du personnel médical;

- des représentants du personnel paramédical.

La transparence dans tous les domaines lui serait nécessaire et elle rendrait des comptes de façon régulière. Il convient d'évaluer périodiquement le fonctionnement de l'hôpital dans son ensemble afin d'assurer qu'il est efficient et efficace. La satisfaction manifestée par les malades doit être considérée comme un indicateur important de la qualité des soins.

#### **4.4. L ' INTENSIFICATION DES ACTIVITES DE FORMATION**

Il ne faut négliger aucun effort pour encourager cette fonction du C.H.U. en vue de renforcer le système de santé. Quiconque est en contact d'une manière ou d'une autre avec l'hôpital doit participer à ce processus, qu'il s'agisse du personnel, des malades, de leur famille. Le personnel doit avoir une formation initiale et permanente.

##### **\* La formation initiale**

Les membres du personnel doivent acquérir une connaissance de l'hôpital dans son ensemble, de ses idéaux, et de ses réalisations. La connaissance de son histoire ne serait pas superflue. Le but étant de susciter un sentiment de fierté de l'établissement. Il est très utile que la "doctrine de l'hôpital" puisse s'exprimer en une phrase simple qui pourrait devenir un slogan qu'on rappellerait en période de difficulté ou lorsqu'il faut prendre des décisions importantes, cette doctrine peut résumer la vie d'un personnage illustre qui donnera son nom à l'hôpital. Cette personnalité doit avoir soit marquée la vie de l'hôpital, ou celle du domaine de la santé, voire celle du pays.

### **\* La formation permanente**

Tout le personnel de l'hôpital doit avoir cette formation, pour tirer profit des nouvelles méthodes et idées. Chaque département doit préparer et exécuter des programmes pour son personnel. Une bibliothèque et une salle de réunion sont indispensables pour un programme de formation permanente. Le remplacement des ouvrages de références périmés par des textes à jour est aussi important que l'achat d'un nouveau matériel de laboratoire ou de la salle d'opération.

La bibliothèque doit être destinée à tout le personnel de l'hôpital et la documentation qu'elle contient doit présenter de l'intérêt aussi bien pour le personnel paramédical que médical. En plus il faudrait associer des études de recherche en vue de l'amélioration du fonctionnement du C.H.U. Celle-ci ne nécessite pas toujours un matériel coûteux. Mais elle doit être un élément permanent et bien orienté de l'apprentissage professionnel, voici quelques thèmes qui devraient faire l'objet d'une étude permanente.

- l'utilisation efficace des lits et des services d'imageries et autres;
- les sujets de préoccupation du personnel tels que la satisfaction dans le travail;
- la satisfaction éprouvée par le malade;
- les données cliniques telles que le taux de réadmission, la durée du séjour pour diverses maladies, et l'efficacité et l'efficience du système d'aiguillage des malades;
- l'utilisation la plus efficace des médicaments et leur choix judicieux;
- l'incidence, l'étiologie et la prévention de l'infection;

- l'épidémiologie de base;
  - la gestion des ressources humaines, financières et matérielles ;
  - l'assurance de la qualité dans les soins de santé;
  - les normes de sécurité à observer par le personnel de santé ;
  - les projets de soins infirmiers portant sur des questions cliniques ( par exemple la prévention de l'infection croisées et des escarres de décubitus) et sur certains aspects de services (par exemple une dotation en personnel plus efficace). Il ne faudrait pas oublier un facteur important dans la formation ; c'est la bonne tenue des dossiers médicaux, il faut dans ce domaine, appliquer un système unitaire en vertu duquel il est assigné à chaque malade un numéro définitif et un dossier contenant tous les relevés pertinents , passés ou présents, médicaux ou chirurgicaux qu'ils s'agisse d'hospitalisation ou de soins ambulatoires. Le tout indexé sur fiche récapitulative. Des dossiers médicaux bien tenus jouent un rôle de premier plan dans l'identification et l'analyse d'un problème. Le C.H.U. en tant que composante du système de santé doit jouer un rôle important sur le plan de l'éducation sanitaire. Celle-ci débute avec le malade alité car on profite ainsi d'un moment où celui-ci est particulièrement intéressé par la question et où il absorbera sans doute le plus aisément ce qu'on lui dira. Aucun malade ne devrait quitter l'hôpital sans qu'on lui ait appris trois choses:
- les faits de base concernant sa maladie, son origine et ce qu'il faut faire pour éviter la rechute ou des problèmes analogues à l'avenir, ou pour les atténuer;

-les règles générales concernant la santé, c'est à dire l'hygiène, le régime alimentaire, l'eau saine, l'exercice et le renoncement aux drogues nuisibles y compris l'alcool et le tabac;

- les moyens de contribuer à l'adaptation d'un mode de vie plus sain chez soi à la sortie de l'hôpital.

Il ne faudrait pas oublier de transmettre cette éducation sanitaire à la famille du patient et par extension à la communauté.

#### **4.5. LA DYNAMISATION DES ACTIVITES DE PREVENTION**

Certains pensent que les hôpitaux sont trop préoccupés par les aspects technologiques de la maladie pour pouvoir jouer un rôle utile dans la promotion de la santé dans la communauté. D'autres, que les ressources dont dispose l'hôpital doivent être mises au service du mouvement de la "santé pour tous".

Selon le Dr MAHLER, ancien directeur général de l'OMS en 1981 [23] "*Un système de santé fondé sur les soins de santé primaire ne peut en aucune façon être réalisé, ne peut pas se développer, ne peut pas fonctionner, et tout simplement ne peut pas exister sans un réseau d'hôpitaux compétents. Toutefois, les hôpitaux doivent changer de méthodes pour devenir l'un des principaux porte-drapeaux du mouvement le plus audacieux et le plus promoteur dans l'histoire de la santé humaine; c'est-à-dire le mouvement de la santé pour tous d'ici l'an 2000.*"



Le personnel de santé préfère souvent se polariser sur les soins curatifs plutôt que préventifs, et les médecins sur les cas rares et compliqués que sur les problèmes de santé prioritaire. Les consultations médicales données à l'hôpital sont strictement orientées vers le diagnostic et le traitement de l'affection et font trop rarement place à des conseils de prévention et d'éducation sanitaire. La faible part donnée à l'enseignement de la santé publique dans le cursus universitaire des étudiants en médecine et sa mauvaise répartition dans le temps sont à l'origine de ce problème, il serait nécessaire, pour y remédier:

- \* que les étudiants soient régulièrement imprégnés de notions de santé publique tout au long de leurs études : une ébauche de solutions est proposée par la réforme de renseignement supérieure avec l'augmentation des heures de santé publique et l'institution de la gestion hospitalière dans le cursus des études médicales.
- \* que l'éducation pour la santé et la promotion de celle-ci soit renforcée, ce en collaboration avec des organisations non gouvernementales.
- \* que les collectivités soit associée à l'action des services de santé en leur donnant les moyens de l'appuyer et d'y participer.
- \* Que tous les contacts entre le personnel et les malades ou leurs parents soient considérés comme l'occasion d'assurer une formation efficace et une éducation pour la santé.

#### **4.6. L'INSTAURATION D'UN PROGRAMME DE BENEVOLAT POUR L'ENSEMBLE DU C.H.U.**

Il faudrait au niveau du C.H.U. de Treichville un programme de bénévolat qui sera aussi utile à la population qu'au personnel.

La réalisation et le succès de ce projet sont plus probable lorsque la personne responsable de l'encadrement des bénévoles (elle peut être elle-même bénévole) est aussi chargée du recrutement, de la formation, du placement et de la surveillance de ceux-ci à l'hôpital. Les bénévoles peuvent faire en sorte que le travail se fasse; Ils peuvent réconforter les malades qui souffrent de la solitude ou sont déprimés. Ceci en créant une atmosphère moins rigide, il faudrait en plus aux bénévoles une certaine expérience et une formation appropriée pour apprendre les méthodes de soutien psychologique et la manière de donner des conseils aux patients. Ils se révèlent ainsi une aide précieuse pour les malades, le personnel médical et la communauté.

#### **4.7. LA RICHERCHE DE NOUVELLES RESSOURCES FINANCIERES**

Les ressources financières de l'hôpital proviennent des subventions de l'Etat dans plus de 50% du budget. L'on remarque que de plus en plus l'Etat se désengage par la réduction de ces subventions. Le C.H.U. doit donc compter sur ses ressources propres pour assurer son fonctionnement.

Dans cette optique l'établissement doit trouver les moyens nécessaires pour accroître ses revenus et réduire ses dépenses. L'accroissement des revenus peut être réel si le C.H.U. améliore ces prestations dans le but de détourner la clientèle du secteur privé. Cela par la création de mini-cliniques aussi accueillantes, aussi compétentes, voire même plus que les cliniques privées. Le caractère attrayant sera non seulement le coût accessible mais en plus la sécurité et la confiance. La privatisation des services hospitaliers annexes serait un moyen d'accroître l'efficacité sans imposer de charges financières supplémentaires aux malades. Celle-ci, en réduisant les dépenses de fonctionnement de l'hôpital, libère des ressources qui permettront l'amélioration de la qualité des services. Les patients seraient ainsi plus nombreux à faire appel aux services publics, ceci serait un moyen d'attirer des fonds qui iraient autrement au secteur privé. La publicité se fera d'elle-même et surtout par la notoriété des praticiens. La réduction des dépenses passe par la responsabilité du contrôle des coûts à quiconque doit gérer des ressources. Elle implique la nécessité d'agir toujours avec économie et de tenir les registres avec le plus grand soin. Pour la comptabilité, la tenue des registres financiers exacts est une fonction fondamentale de l'administration. Elle est facilitée par l'emploi d'une technologie appropriée. La bonne vérification des comptes fournit à l'administrateur des lignes directives mais aussi un moyen de mesurer l'efficacité et la rentabilité de son établissement.

Ainsi une plus grande efficacité dans la gestion des ressources permet un volume de services plus important et une meilleure qualité de services sans qu'il faille davantage d'argent.

#### **4.8. LA CONSOLIDATION LA COOPERATION HOSPITALIERE**

En plus de la coopération entre les différents C.H.U. de Côte d'Ivoire, il est nécessaire d'explorer de nouveaux champs de coopérations à savoir:

- une coopération diversifiée à multipartenariat, associant plusieurs organismes de coopération;
- une coopération décentralisée entre établissements hospitaliers sous forme de jumelages hospitaliers basés sur le partenariat réciproque.

Les O.N.G. et les agences de coopération peuvent efficacement intervenir :

- sous forme de conseils;
- dans la réhabilitation des infrastructures et des équipements hospitaliers;
- dans l'approvisionnement des hôpitaux en médicaments;
- dans la formation continue du personnel hospitalier;
- dans la recherche en milieu hospitalier.

La réussite de cette coopération nécessite

- un engagement professionnalisé de la part du C.H.U. La coopération ne s'improvise pas. Les actions doivent être étudiées et se basées sur un support juridique. Ceci permettrait une meilleure définition des priorités à donner, des besoins à satisfaire et des évaluations à mettre en œuvre.

- un engagement partagé. Il doit réellement exister des obligations de part et d'autre.

#### **4.9. UNE MEILLEURE IMPLICATION DU C.H.U. DANS LES ACTIVITES DE RECHERCHE**

La recherche est le parent pauvre dans nos formations hospitalières. Le C.H.U. en accord avec le personnel hospitalier doit définir une politique de recherche qui tienne compte de ses moyens et qui réponde aux besoins locaux. La recherche coûte cher. C'est une raison de plus pour que les moyens qui lui sont alloués soient concentrés et que les objectifs à atteindre soient bien définis.

Le C.H.U. peut bénéficier de l'aide des O.N.G. et des agences de coopération extérieure qui pourrait financer la recherche, mettre sur pied des équipes mixtes (nationaux et coopérants), éditer et diffuser les résultats de recherches, ceci permettrait au C.H.U. de remplir ses fonctions mais aussi de se faire une renommée au niveau du monde hospitalier international.

#### **4.10. L'AMELIORATION DES SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS**

L'hôpital est une énorme machine à informations. Celles-ci sont de deux types en raison des deux catégories de personnes qui les génèrent.

Ce sont:

- les informations administratives;
- les informations médicales.

L'administration ne peut fonctionner sans informations.

Pour que les systèmes d'informations gestionnaires soient satisfaisants, il est indispensable que seuls soient recueillis les renseignements dont la nécessité est probante, qu'ils soient rassemblés avec soins et analysés correctement.

Les fonctions de la structure d'information sont les suivantes:

- fournir des informations de gestion à l'hôpital;
- servir de base pour la planification rationnelle des activités de l'hôpital;
- fournir des bases pour l'assurance de la qualité.

L'hôpital est donc une entreprise qui doit être bien gérée.

L'on constate que les C.H.U. sont le plus souvent dotés que d'un système informatique de type administratif, cependant le maintien de la qualité des soins face aux restrictions de personnel et de budget doit passer par un accroissement des moyens informatiques au profit de l'équipe médicale et du personnel soignant. En attendant l'informatisation de chaque service, une salle d'informatique peut être créée et ouverte à tout le personnel. Ceci permettrait de:

- savoir l'information médicale,
- disséminer cette information partout où elle est nécessaire;
- d'archiver ces informations et les rechercher chaque fois qu'elles sont demandées;
- présenter l'information médicale sous la forme la plus appropriée;
- l'intégrer aux données du dossier médical et administratif permanent du patient.

La connexion du C.H.U. à un site internet permettrait d'optimiser le système d'information tant interne qu'externe. Ceci va faciliter :

- la collaboration avec d'autres structures hospitalières;
- les activités de recherche, de formation, d'enseignement;
- l'ouverture du C.H.U. vers l'extérieur.

Ainsi les systèmes d'information hospitaliers résulteront de l'harmonie entre un personnel soignant assurant des soins de qualité tout en veillant aux contraintes économiques, et un personnel administratif capable d'assurer une gestion saine tout en ayant conscience que l'hôpital est avant tout le sanctuaire du malade.

## 5. CONCLUSION

**"Les structures sanitaires sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple."**

Cette observation de TENON, chirurgien des hôpitaux de Paris (1724- 1816) n'est en rien paradoxale. Elle illustre assez bien les relations internes qui unissent l'institution hospitalière et son environnement politique, économique, social, technologique et culturel. Mais l'hôpital, en tant que centre de soins, de recherche, de formation, voire de prévention, est tiraillé entre la volonté de répondre aux besoins de la population regroupés dans un concept plus général de "droit à la santé" et le souci de justifier son coût économique qui pèse de tout son poids dans le budget de la nation. L'institution hospitalière ivoirienne n'échappe pas à ce constat général et se doit, par conséquent, d'évoluer si elle veut survivre et faire face aux missions qui lui seront attribuées. Il s'agit surtout d'apporter les meilleurs soins au moindre coût, resté en compétition face au défi du secteur privé, ce qui suppose une meilleure organisation et une recherche de financement autre que l'apport des pouvoirs publics. L'hôpital, sans être le centre du système sanitaire, est l'élément le plus coûteux. Les gestionnaires doivent comprendre qu'investir à l'hôpital, ce n'est pas seulement acheter des appareils, c'est de plus en plus étudier son fonctionnement optimum dans le souci d'améliorer le service rendu. Le malade doit être au centre de toutes les réflexions. Mieux gérer pour mieux soigner mérite la totale adhésion de tous les



personnels. L'hôpital ivoirien de demain doit être plus proche du malade, il doit être diversifié, participatif, personnalisant, revalorisant et promotionnel.

**DIVERSIFIÉ** pour faire échec à une normalisation qui réfute la prise en compte des besoins locaux.

**PERSONNALISANT** en prenant le malade dans son ensemble et non comme un organe ou un objet d'études.

**PARTICIPATIF** en privilégiant la participation de tous les personnels à la gestion de leur travail quotidien.

**REVALORISANT** en rénovant les conditions de travail par le rejet de la parcellisation des tâches et la hiérarchisation.

**PROMOTIONNEL** parce qu'il est un pôle du développement économique et scientifique.

Cet avenir confirme l'œuvre des hôpitaux et la mission de ceux qui ont pour tâche, non seulement d'y travailler, mais aussi de soigner ceux qui, malade, demandent de meilleurs soins.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- **AFO, G.V., THOMASON, J.A., KABEL, S.G.** améliorer la gestion pour assurer de meilleurs services. *Forum mondial de la santé*, 1991. Vol 12, n° 4, p. 182-189.
- 2- **AGIMEL, A.** Les pouvoirs de gestion d'un directeur d'hôpital de type E.P.N.le cas du C.H.U., *Mém. Santé. E.N.A*, 1996, n° 870. 57 p.
- 3- **AHUI, R.** Quelle gestion pour nos hôpitaux. *E.N.A.*, 1992, *Mém. Santé.* n° 2676.p 53 - 54.)
- 4- **ALBERT, A.** La main mise administrative sur les systèmes d'informations hospitalières. *Revue médicale de Liège*, 1993. Vol. 48, n° 8, p 465 - 472. 5
- 5- **AMONOO - LARTSON, R. , EBRAHIM, G.J. , LOVEL, H.J.** Challenges for planning organization and evaluation in developing countries. *London : Mac- millan Press*, 1994 ,p 67-68.
- 6- **ASSOCIATION POUR LA COOPERATION ET LE DEVELOPPEMENT DES STRUCTURES SANITAIRES.** La place et le rôle de l'hôpital en Afrique. *Recueil des actes des journées internationales d'Abidjan*, 1990, Paris, 328 P.
- 7- **CHABRUN - ROBERT, C** L'avenir du système de santé. *concours médical*, 1994. Vol. 116, n°10, p 813-817.
- 8- **CHARPAK, Y., NICOULET,P., BROCLAIN, D.** La notion de masse critique en relation avec le système d'organisation sanitaire. *Gestions hospitalière*, 1992. n° 321, p 780 - 783.

- 9- C.H.U. de Treichville.** Bilan d'activité 1994. *Abidjan, 1995, p 1-47.*
- 10- CH.U. de Treichville.** Bilan d'activité 1995. *Abidjan, 1996, 166 p.*
- 11- CH.U. de Treichville.** Bilan d'activité 1995. *Abidjan, 1997, 166 p.*
- 12- CLEMENT J., M.** Environnement organisation gestion. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: *Berger – Levrault, 1993. 397p.*
- 13- COULIBALY, M.** Contribution des bailleurs de fonds du développement du système sanitaire Ivoirien., *Mém. Santé E.N.A., 1996. n°873.. 54p*
- 14- CÔTE D'IVOIRE.** Plan national de développement sanitaire 1996 - 2005. *Ministère de la santé, 1996. tome 1,50 p.*
- 15- CUCCHI, M.; DELATTER, B.;LARDE, P.** L'analyse de système dans le domaine sanitaire, mise en œuvre de pratique médicale à distance. *Gestions hospitalières, 1994. n° 336, p. 378 - 384.*
- 16- DELORME.** La politique de restructuration hospitalière. *Concours médical, 1993, vol. 115, p. 3833-3834.*
- 17- DOUDOU, J., D.** Les soins de santé primaires à l'hôpital. *Mém. Santé, E.N.A., 1993. N° 177, p. 27 -36.*
- 18- LABOURETTE, A.**Economie de la santé. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: *Presses universitaires de France, 1988, 195 p.*

**19- LADRIERE, J** Système (épistémologie) *Encyclopaedia universalis, Paris, 1985, n° 17, p. 585-588.*

**20- MARRE, P. VIENS, G.** Pour une véritable logique d'entreprise dans les établissements de soins. *Décisions de santé, 1993, p. 10 -12.*

**21- MONEKOSSO, G., L.** De la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires. *La gestion sanitaire au niveau de district, directives de mise en œuvre. Brazzaville OMS bureau régional pour l'Afrique 1994,141 p.*

**22- OGUNBEKUN, IO.** Le financement des services de santé la quête incessante de solutions. *Forum mondial de la santé, 1991, vol. 12, n° 2, p 182-189.*

**23- OMS.** L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines. *Série de rapport technique, 1992, n°. 819, 84 p.*

**24- PARKER, D., NEWBRANDER, W., AUTRET, A.** S'attaquer au gaspillage et à l'inefficacité dans le secteur sanitaire. *Forum mondial de la santé, 1994,. vol.15, p 109-136.*