

*Direction Nationale de L'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche Scientifique*

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1995

N. 16

L'HOPITAL REGIONAL AU MALI PEUT-IL S'AUTOFINANCER ?

Etude de cas sur l'hôpital régional de mopti au Mali.

## THESE

Présentée et soutenue publiquement devant  
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali  
Par

Dian Namory SIDIBE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

### JURY

**PRESIDENT** : Pr Sidi Yaya SIMAGA

**MEMBRES** : Dr Hubert BALIQUE

Dr Mohamed TRAORE

**DIRECTEUR DE THESE** : Dr Bocar G. TOURI

## Dédicaces et remerciements

"A tous les hommes de foi et de culture.

A tous ceux qui sont soucieux pour notre peuple et son devenir futur.

A tous les êtres épris de savoir.

Et surtout à ceux pour lesquels le pouvoir le plus grand demeure le savoir.

Cette thèse vous est dédiée".

À mon père, feu Mamory SIDIBE, Instituteur en son temps,

À ma mère, Fanta SIDIBE,

Vous qui m'avez orienté sur ce terrain, retrouvez ici tout l'amour d'un fils prêt à vous combler si l'occasion m'était donnée.

A mon ami, feu Lassine SAMAKE, Docteur en médecine, grand absent à cet événement. Vous qui avez rendu l'âme à un moment radieux de votre existence et qui, sur tout le long du chemin de l'ENMP avez su vous comporter en ami sincère. Retrouvez ici toute l'affection que vous méritez. Que la terre vous soit légère, à toi et à l'âme bien reposante de mon père.

A mon frère Yaya KAMISSOKO, Ingenieur de Génie Civil,

A tous mes oncles et tantes, aux autres frères et soeurs,

A tous mes cousins et cousines,

Vous qui m'avez prodigué des conseils, je vous affirme toute ma gratitude car votre assistance m'a beaucoup aidé. Je voudrais qu'à travers cette oeuvre, vous puissiez retrouver la reciproque d'un amour fraternel.

L'occasion m'est offerte de dire merci à ma femme, restée longtemps inquiète quant à l'issue de cette étude. Je voudrais qu'à la sortie de cette salle, si la cour te donne une chance, tu retrouves ton sourire et ta pleintude. Cette étude est aussi l'oeuvre de ta personne, Saran KABA.

**Madame Ramata CAMARA**, vous êtes la première personne que j'ai connu et rapproché dans cet établissement. Vous meritez pour tout ce que vous avez fait pour moi, d'être honorablement remerciée.

Que tous mes amis retrouvent un peu d'eux mêmes dans ce modeste travail. Je veux évoquer ici, tous ceux qui de loin ou de près ont accepté d'échanger des idées au sujet de la gestion, du recouvrement des coûts ; tous ceux avec lesquels j'ai appris un

peu sur les problèmes de santé et le prix des actes médicaux, que vous se disent que ce sont les plantes qui vont faire porter leurs fruits.

Au delà de ces personnes, je voudrais dire merci au Docteur Garba TOURE pour avoir accepté de conduire et avec munitie mon travail jusqu'à ce stade. Encore merci cher Directeur d'avoir supporté mes caprices d'étudiant pendant tout ce temps. Certes, la route fut longue et sinueuse, mais l'issue me comble. Plus que jamais, acceptez que je vous rende les honneurs.

Permettez-moi aussi de rendre les mêmes honneurs au Président de la séance Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Aux autres membres du jury Le Docteur Hubert BALIQUE et le Docteur Mohamed TRAORE.

Pour avoir accepté de finaliser ce modeste travail. Je vous salue chers maîtres de m'avoir formé et j'ose affirmer que je ne serais désormais que le fruit de vos connaissances transmises.

# **ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 1993-1994**

## **LISTE DES PROFESSEURS**

### **ADMINISTRATION**

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S.CISSE	Premier assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Docteur Bakary M.CISSE	Secrétaire Général
Monsieur Mamadou DIANE	Econome

### **LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Professeur Alou BA	Ophthalmologie
Monsieur Bocar SALL	Ortho-Traumatologie
	Secourisme
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Balla COULIBALY	Pédiatrie

### **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE**

#### **DER DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES**

##### **1. PROFESSEURS**

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de chirurgie
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Ortho-Taumatologie
Professeur Kalilou OUATTARA	Urologie

##### **2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES**

Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Professeur Djibril SANGARE	Chirurgie générale
Professeur A.K TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale

### 3. MAITRES DE CONFERENCE

Docteur SY Aïda SOW	Gynécologie Obstétrique
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie Obstétrique

### 4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousseini Ag MOHAMED	Oto-Rhino-Laryngologie
Madame DIALLO F.S DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Docteur Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie générale
Docteur Tieman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Docteur Traore J. THOMAS	Ophthalmologie

### 5. ASSISTANTS

Docteur Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Docteur Ibrahim ALWATA	Ortho-Traumatologie
Docteur Sadio YENA	Chirurgie Générale

## D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Professeur Brehima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Sine BAYO	Anatomie-Pathologie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Professeur Yéya T. TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Chef du D.E.R de Sciences Fond.
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Professeur Anatole TOUNKARA	Immunologie

### 3. MAITRES DE CONFERENCE

Docteur Abdramane S.MAIGA	Parasitologie
Docteur Bakary M.CISSE	Biochimie
Docteur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Docteur Yenimegue A.DEMBELE	Chimie Organique

### 4. MAITRES ASSISTANT

Docteur Mahamadou CISSE	Biologie
Docteur Sekou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Docteur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Docteur N'yenigue S. KOITA	Chimie Organique
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Docteur Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie

### 5. ASSISTANT

Docteur Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
------------------------	-------------------

## D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D.E.R Medecine
Professeur Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Medecine interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Docteur Eric PICHARD	Maladies Infectieuses

## 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Professeur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Professeur Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médecine interne
Professeur Bah KEITA	Pneumo-physiologie

## 3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Docteur Sominta KEITA	Dermato-léprologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Médecine interne

## 4. ASSISTANTS

Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Saharé FOGORO	Néphrologie
Docteur Mamadou DEMBELE	Médecine
Docteur Adama D. KEITA	Radiologie

## D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEUR

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Arouna KEITA	Matière médicale
-------------------------	------------------

### 3. MAITRES ASSISTANS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D.E.R Sciences pharm.
Docteur Drissa DIALLO	Matière médicale
Docteur Alou KEITA	Galénique

### 4. ASSISTANT

Docteur Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
---------------------------	-------------





### C.E.S

Docteur Georges YAYA(CENTRAFRIQUE)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Amadou DIALLO (SENEGAL)	Ophtalmologie
Docteur Mohamed ASKIA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur Jonas N'DJIKAM (CAMEROUN)	Ophtalmologie
Docteur Djoro DEZOUMBE (TCHAD)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie générale
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie générale
Docteur Mohamed Ag BENDECH	Santé publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

### ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

Professeur E.A.YAPO	Biochimie
Professeur G. FARNARIER	Physiologie
Professeur G. GRAS	Hydrologie
Professeur Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIANE	Pharmacie chimique
Professeur Issa LO	Législation

### PERSONNEL RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yeya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahady DICKO	P.M.I. SOGONIKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia TRAORE	P.M.I. CENTRALE
Docteur REZNIKOFF	I.O.T.A.
Docteur J.Thomas TRAORE	I.O.T.A.
Docteur P. BOBIN	I. MARCHOUX
Docteur A. DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	I.O.T.A.
Docteur Hamidou B. SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	CT. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT

## S O M M A I R E

### INTRODUCTION

### PARTIE I : Généralités sur les hôpitaux et le recouvrement des coûts

#### I Historique

#### II Evolution de la fonction hospitalière

#### III Place de l'hôpital dans le système de santé au Mali

##### 1 L'allocation budgétaire

##### 2 L'allocation des ressources humaines

##### 3 La place de l'hôpital dans l'offre des services

##### 4 Cadre réglementaire et institutionnel régissant les hôpitaux au Mali

##### 5 Organisation des hôpitaux régionaux

#### IV LE Recouvrement des coûts et autonomie de gestion

##### 1 Principe du système

##### 2 Les expériences de recouvrement des coûts au Mali

### PARTIE II MATERIEL ET METHODE

#### I Méthodologie

#### II Matériel

##### 1 Supports des données:

###### 1-1 Documents comptables

###### 1-2 Documents budgétaires

###### 1-3 Supports d'activité

2 Modalité d'étude

III Présentation de l'hôpital

**PARTIE III : RESULTATS**

I Description et analyse des activités

II Description et analyse des dépenses

III Description et analyse des ressources financières

IV Analyse des capacités d'autofinancement:

1 Rapport entre ressources financières et dépenses de fonctionnement

2 Rapport entre recettes propres et dépenses de fonctionnement

V Analyse des limites des capacités d'autofinancement

1 Hypothèse n° 1 : Application du décret 243

2 Hypothèse n° 2 : Maximaliste

3 Les paramètres de l'analyse :

1-1 Volume d'activité

1-2 Tarif de l'acte

1-3 Les catégories de malades

4 Resultats des simulations

4-1 Recettes théoriques potentielles

4-2 Recettes théoriques absolues

**PARTIE IV : SYNTHESE DES RESULTATS, DISCUSSION, RECOMMANDATIONS.**

## INTRODUCTION

Les autorités sanitaires du Mali, confrontées aux problèmes de financement du secteur hospitalier, ont décidé d'explorer à partir de 1983 des nouvelles alternatives. La principale, qu'il est convenu d'appeler recouvrement des coûts ou "autonomie de gestion" consiste à autoriser les établissements hospitaliers, dont l'ETAT est le principal pourvoyeur en fonds, à utiliser directement leurs recettes en sus des crédits déjà accordés. Cette décision est une entrave à un principe important de la loi de finance (ordonnance 46 bis). Elle autorise les hôpitaux à ne plus reverser au Trésor les recettes budgétées.

La seule innovation introduite porte sur cette dérogation, car les malades depuis 1977 payaient officiellement déjà pour accéder aux prestations hospitalières. L'Etat en renonçant à ces recettes, augmente les ressources allouées aux hôpitaux.

Cette décision aurait pu rapporter beaucoup plus aux hôpitaux si elle avait été accompagnée d'autres mesures telles que : la révision à la baisse des bénéficiaires de gratuité, un réajustement du niveau de tarification, et l'application des techniques modernes de gestion.

Les conséquences politiques et sociales de l'adoption de telles mesures ont certainement conduit les autorités à ne pas s'y engager.

Cette décision qui a d'abord concerné les hôpitaux nationaux entre 1983 et 1985 ; a été ensuite étendue aux hôpitaux régionaux à partir de 1987.

A certains moments, beaucoup d'observateurs se sont interrogés s'il n'y avait pas une volonté inavouée des autorités à arrêter les subventions que l'ETAT accordait. Ces interrogations étaient entretenues par un débat non professionnel sur le sujet. En effet pour beaucoup, l'utilisation directe des recettes n'apparaissait pas comme la mise à disposition de nouvelles ressources. A supposer que l'ETAT veuille à terme que l'hôpital s'autofinance sans autres apports de l'ETAT, en serait-il capable ? Et dans quelles mesures ?

Nous avons voulu participer à cette discussion en prenant l'exemple d'un hôpital régional, celui de Mopti. Le choix de cet établissement pour notre étude repose sur plusieurs raisons :

1°) Ce centre est implanté dans une région considérée comme économiquement aisée. De ce fait on peut considérer qu'il y a peu d'obstacles financiers à l'accès aux services.

2°) Son éloignement par rapport à la capitale Bamako nous fait supposer qu'il n'y a pas d'effet d'asymétrie de la demande résultant de l'attraction des services spécialisés de la capitale.

3°) L'hôpital régional de Mopti applique un système de distribution des médicaments essentiels génériques développé avec l'aide des Médecins du Monde.

4°) Il a en outre fourni un effort de mise en place d'un système comptable bien documenté grâce à l'aide de la même organisation non gouvernementale.

Nous nous sommes fixés comme objectif de vérifier si l'hôpital régional dans le contexte actuel est en mesure d'assurer son autofinancement.

PARTIE I

GENERALITES

Sur

Les hôpitaux et le système de recouvrement des coûts

## I - HISTORIQUE

L'hôpital est né de l'idée de charité et d'assistance. Celle-ci a très rapidement évolué vers celle de la solidarité sociale (cf.[4]).

Au départ, il s'adressait aux plus pauvres qui étaient exclus par un système médical très libéral sans véritable intervention de l'Etat, il était le domaine d'expression privilégiée de la charité chrétienne.

Aujourd'hui, l'hôpital a changé de vocation et s'adresse à toutes les couches sociales. Il est devenu un lieu d'accueil, de soins et de séjour des malades. Ceci a eu comme conséquence une profonde transformation de sa structure et de ses fonctions. L'hôpital est devenu aussi un lieu de formation, de recherche médicale, de concentration des technologies médicales et chirurgicales. Ces différents aspects sont en constante évolution et à un rythme accéléré. L'hôpital est aujourd'hui à l'avant garde de l'innovation technologique dans les pays industrialisés.

A côté des problèmes d'organisation des services, de qualité des soins, partout l'hôpital se trouve confronter à des problèmes de financement, ceci étant accentué par le contexte de réduction des ressources publiques allouées à l'hôpital.

## II Evolution de la fonction hospitalière

L'hôpital a perdu son caractère caritatif. Il s'ouvre à toutes les couches sociales. L'évolution des moyens d'investigation clinique et paraclinique indispensable au processus de diagnostic et de traitement, à côté des activités curatives d'une part et d'autre part les acquisitions en matière d'hygiène, d'asepsie et d'antisepsie, ont beaucoup contribué à modifier la configuration et la structure de l'hôpital.

Lieu d'exercice des disciplines biomédicales, l'hôpital s'est ouvert également aux malades ambulatoires. L'hôpital diversifie ses prestations qui ne cessent d'ailleurs d'évoluer chaque jour. Parmi celles-ci il y a des prestations diagnostiques, réhabilitables et curatives.

L'hôpital est devenu un lieu de formation et de recherche dans le domaine médico-chirurgical. L'introduction de la technologie assurant le monitoring du malade, les préoccupations de rationaliser l'utilisation des moyens, notamment la recherche d'une réduction du séjour hospitalier, ont entraîné une déshumanisation dont les conséquences ont été largement commentées ces dernières années. Cette déshumanisation a été atténuée dans les pays en voie de développement par le soutien d'une solidarité familiale autour du malade.



Un autre débat d'actualité est celui de la dimension de l'hôpital dans les pays en voie de développement. Faudrait-il reproduire ici les modèles des gigantesques établissements de béton et de vitres avec les technologies de pointe, avec tout ce que cela comporte comme conséquence en termes de charges récurrentes et de renouvellement des équipements ? Ou au contraire, imaginer des structures hospitalières légères capables de répondre à l'essentiel des besoins des populations ? Ce débat est loin d'être clos. On assiste encore à l'inauguration de grands ensembles hospitaliers dans certains pays construits à grands frais, qui malheureusement ne profitent qu'à une minorité résidant dans les capitales, et dont le fonctionnement accapare l'essentiel des ressources publiques.

### III - PLACE DES HOPITAUX DANS LE SYSTEME DE SANTE AU MALI

Le système de santé d'un pays reflète toujours son modèle de société. (cf 5). Le système national de santé au Mali est constitué de l'ensemble des structures publiques et privées à but lucratif ou non, assurant les services de santé à l'ensemble de la population. Les hôpitaux appartiennent aux services publics de l'EDAT. Ces derniers sont organisés suivant un mode pyramidal. Plusieurs catégories d'hôpitaux ayant différentes compétences sont implantées à différents étages de la pyramide de santé publique.

Au sommet de la pyramide se trouvent les hôpitaux nationaux qui ont une vocation territoriale nationale, entre le sommet et la base se trouvent les hôpitaux secondaires et les hôpitaux régionaux. Ces deux ont un profil et un rayonnement différents.

D'une manière générale, tous les hôpitaux sont des structures de référence pour les échelons périphériques. Ils ont une vocation essentiellement curative ou réhabilitable à la différence des centres de santé qui développent principalement des activités préventives et des soins de premières nécessités.

L'hôpital participe également à des activités préventives (suivi des grossesses à risque, planification familiale, dépistage précoce des épidémies, conseil diététique...).

A ce jour, le secteur hospitalier est exclusivement Etatique. A côté des hôpitaux, depuis quelques années et à la faveur de la libéralisation du secteur sanitaire, des cliniques privées se sont développées. Leur rapport avec les hôpitaux n'a cependant pas été réglé complètement. Leur articulation est floue, complémentarité ou concurrence, rien d'assez clair.

III\_1 - L'allocation budgétaire : aujourd'hui, l'ETAT consacre au secteur public hospitalier 70 % du budget de la santé pour les hôpitaux nationaux (NATI, P' G, HGT) ; 7 % pour les hôpitaux régionaux et secondaires, 16 % pour l'administration et le reste aux formations périphériques soit 7 % (cf 11).

Jusqu'à une période récente le financement de l'hôpital public a été à la charge exclusive de l'ETAT. Malgré l'allocation d'importantes ressources, celles-ci ne semblent pas couvrir les besoins de fonctionnement de l'hôpital. En fait, pendant longtemps, des ressources provenaient de donateurs ont comblé ces écarts en partie. Et très rapidement, il est apparu qu'il faille suppléer ces ressources. L'idée de faire participer les malades au financement des hôpitaux a été développée. Les concepts de recouvrement de coût, d'autonomie de gestion ont été mis en avant.

### III\_2 - L'allocation des ressources humaines

Les hôpitaux nationaux occupent 12,90 % du personnel socio-sanitaire. Les services régionaux occupent 65,69 % soit 3577 agents. Le personnel de l'hôpital régional de Mopti compte au total 54 en 1990 soit 1,38 % du personnel des services régionaux. Au sein du personnel socio-sanitaire, il y a au total 214 Médecins Spécialistes, soit 3,82 % dont 76 pour les hôpitaux nationaux et 46 pour les services régionaux.

### III\_3 - La place de l'hôpital dans l'offre des services

La charge de la morbidité traitée par les hôpitaux donne un aperçu de leur importance dans le système national de santé (cf. [2]). En effet les premières causes de morbidité de la région de mopti sont:

Les maladies infectieuses dont les bronchopneumopathies 248 cas, les fièvres asymptomatiques 88 cas, les diarrhées sévères 156 cas, les convulsions fébriles 97 cas, la fièvre typhoïde 55, le tétanos 43, la méningite 39 et la tuberculose 23 cas. Les amibiases comptent 18 cas. Les hernies 104, la toxémie gravidique 64, HTA 61 et les tumeurs 64 cas. En comparaison avec l'hôpital du point G en 1988, c'étaient les cardiopathies, les atteintes hépatique, les dystocies, et les maladies métaboliques qui constituaient les premières causes de morbidité cf n.° 9.

### III\_4 - Cadre réglementaire et institutionnel régissant les hôpitaux en République du Mali : Annexe1.

- L'ordonnance 77 - 54 du 13 octobre 1977 fixe le régime des hôpitaux. Dans son article 1, les hôpitaux sont considérés comme des services publics de l'ETAT. L'article trois du premier chapitre, stipule que les hôpitaux sont placés sous tutelle du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSP/AS) et dirigés par un Médecin Directeur. Au chapitre II, article 6 il est noté que l'ensemble des dépenses de fonctionnement et des recettes des

hôpitaux est inscrit au budget de l'ETAT ;

- Le Décret 243 réglemente le système de tarification applicable aux hôpitaux ainsi que le niveau de rémunération des actes effectués par ceux-ci ;

- De 1984 à 1993, la loi 84 - 22 du 17 mars 1984 fait jouir les hôpitaux du statut de service rattachés à la Direction Nationale ou aux Directions Régionales de la santé ;

- L'ordonnance 79 - 9/CMLN du 19 janvier 1979 porte sur les principes fondamentaux de la création de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics ;

- En 1993 la loi 90 - 110 érige les hôpitaux nationaux en établissement public à caractère administratif (E.P.A). A ce titre, ils jouissent d'une personnalité juridique et de l'autonomie financière. Cette évolution en pratique ne s'est pas matérialisée à ce jour par les structurations indispensables.

La distinction entre les hôpitaux nationaux, régionaux et secondaires semble au regard des textes, liée jusqu'ici au niveau de rattachement de ceux-ci aux services centraux ou régionaux.

La carte sanitaire (cf. [3] ; pp:16,23), a tenté d'établir une typologie et un profil de configuration pour ces établissements. Celle-ci n'a pas été traduite à ce jour par une réglementation formelle.

On notera dans les principes énoncés par les autorités de la santé publique que :

- les hôpitaux nationaux assurent une couverture nationale. Autrement, ils constituent les structures ultimes de recours de tous les échelons périphériques. Dans cet ordre d'idée, les hôpitaux régionaux et secondaires jouent le même rôle pour les échelons inférieurs ;

- les hôpitaux nationaux sont tous implantés dans la capitale sauf le cas de l'hôpital de Kati situé à proximité de la capitale ;

- en principe, dans l'esprit des différents textes, les hôpitaux nationaux peuvent être ouverts n'importe où sur le territoire. La concentration des hôpitaux nationaux dans la ville de Bamako a comme conséquence d'entraîner une disparité dans la répartition des infrastructures, des spécialités et de favoriser l'accès des hôpitaux nationaux aux habitants de la capitale ;

- l'enchaînement de la référence et du recours qui prolonge le principe énoncé ci-dessus, n'est pas respecté en pratique, véritablement, les hôpitaux ne fonctionnent pas

selon ce schéma. Partout en effet, les malades, pour leur premier contact s'adressent aux hôpitaux. D'où l'engagement des hôpitaux par des cas qui auraient pu être traités à l'échelon inférieur;

- L'avenir devra préciser la configuration minimale de ces structures, leur niveau d'équipement, les gammes de prestations, suivant des normes de qualité à fournir, une répartition spatiale favorisant un meilleur accès à toutes les populations.

### III\_5 - Organisation des hôpitaux régionaux

Dans chacune des capitales régionales il est implanté un hôpital régional sauf à Koulikoro, Kidal et Bamako. Actuellement, ces hôpitaux jouissent de statut de services rattachés. Leur organisation est quasi standard. Ils disposent tous d'une commission administrative chargée du contrôle et de l'orientation des programmes de l'hôpital. Cette commission est dirigée par le médecin directeur de l'hôpital assisté de deux chefs de division dont l'un est technique et l'autre administratif et financier.

Les hôpitaux régionaux sont organisés en des services placés sous le contrôle du chef de service. Essentiellement, leur configuration est uniforme et comporte :

- un service de médecine, un service de chirurgie, un service de pédiatrie, un service dentaire ;

- une pharmacie hospitalière, un laboratoire, un service de radiologie. Leur capacité d'hospitalisation et leur équipement sont hétérogènes. Mais tous bénéficient d'une allocation de crédit de l'ETAT et pratiquent des systèmes de tarification conformément au décret 243. Actuellement les hôpitaux régionaux participent au processus de planification sanitaire décentralisée (cf. [ 13]).

## IV - Recouvrement des coûts et autonomie de gestion

### IV\_1 - Principe du système

Les établissements publics de la santé ont subi l'effet de la crise de financement public. Leurs crédits publics ne parvenaient plus à couvrir leurs besoins de fonctionnement. Les conséquences d'une telle situation ont été durement ressenties au début des années 1980: dysfonctionnement, baisse de la qualité des prestations (cf. [15]). Pour l'ETAT, il était hors de question d'accroître les crédits alloués, ou d'entreprendre une réallocation des ressources car, les hôpitaux jouissent déjà d'une part importante des ressources publiques. L'idée du recouvrement des coûts a jailli et fut introduite comme méthode pour générer des ressources additionnelles. Celle-ci semble tellement contemporaine des Programmes de réformes économiques qu'on ne peut résister à établir un lien étroit

entre les deux.

Dans le cas des hôpitaux pour lesquels la rémunération des actes n'était pas une nouveauté, il fallait, pour obtenir le maximum de ressources, renforcer le recouvrement des recettes, autrement dit réduire les gratuités et les parts de recettes tolérées jusqu'ici puisqu'elles ne servaient qu'à "enrichir le trésor public". Les autorités administratives des hôpitaux ont donc fait preuve d'imagination. Que pouvaient-elles faire lorsque les principaux débiteurs étaient l'ETAP et les collectivités ? Où lorsque le personnel ne sentait pas une amélioration de leurs conditions de vie ou de travail imputable à ce nouveau système ? Peut-être, il y a eu des décisions peu rationnelles de gestion telles la faible implication des techniciens, l'allocation budgétaire non ponctuelle.

Notre analyse a pour but, non pas de faire le diagnostic financier mais d'examiner les limites de ce système de gestion, de déterminer le niveau maximum des recettes en cas d'application rigoureuse du système ; de savoir si ces recettes couvrent les besoins de financement de l'hôpital.

#### IV\_2 - Les expériences de recouvrement des coûts appliquées au secteur hospitalier public au Mali

A la suite d'une étude demandée par le MSPAS à l'IPGP et la CWRA portant sur l'amélioration des mécanismes de financement et de gestion des hôpitaux, ces derniers ont été autorisés à participer à leur propre financement en se servant directement des recettes générées localement. En pratique, ces recommandations devaient servir de projet test à l'hôpital Gabriel TOURE d'abord en 1983. En 1985, l'expérience fut étendue aux autres hôpitaux nationaux (P' G, Kati). Le centre d'odontostomatologie et l'hôpital de Ségou ont été admis au système en 1987. Ce n'est qu'en 1989 que le système fut généralisé.

PART III

INDEX

## I Méthodologie :

Nous nous proposons de faire une simulation des recettes susceptibles de résulter de la rémunération des prestations fournies par l'hôpital régional de Mopti. Ces recettes seront mises en rapport avec les coûts supportés par l'hôpital pour fournir la gamme régulière de prestations qu'il assure aux populations.

Dans cette démarche deux éléments importants seront pris en compte : d'une part les charges, d'autre part les recettes. Il s'agit d'avoir une bonne estimation des coûts et d'identifier les paramètres qui rentrent en ligne de compte.

Sachant que les coûts évoluent, nous avons analysé cette évolution afin de mieux cerner dans un premier temps les nuances et avoir une meilleure approximation.

Les paramètres de simulation sont :

- 1 - Le volume d'activité et sa tendance d'évolution.
- 2 - La tarification appliquée.
- 3 - Les catégories de gratuités accordées par le système.
- 4 - La part du crédit de l'ETAT dans le fonctionnement de l'hôpital régional de Mopti.
- 5 - Le coût moyen de l'ordonnance et des examens complémentaires.

En vue de recueillir les données susceptibles d'entrer en ligne de compte dans l'analyse, nous avons effectué un séjour à l'hôpital régional de Mopti. Ce séjour a porté sur la période allant du 3 mars au 30 juin 1992.

Certaines données telles que celles relatives aux dépenses ont été recueillies auprès des services comptables et financiers de l'hôpital. D'autres, ayant trait aux activités ont été obtenues directement dans les services à partir des registres d'hospitalisation, de consultation, de radiographie, d'analyse de laboratoire. Enfin les données relatives à la consommation des médicaments ont été relevées à la pharmacie. Pour l'ensemble des données, la collecte a porté sur les années 1988, 1989, 1990 périodes pour lesquelles les enregistrements ont été satisfaisants.

## II - Matériel

### II\_1 - Supports des données

#### 1 - Les documents comptables :

- Le livre journal où toutes les dépenses sont enregistrées au jour le jour,
- Le tableau des tarifs pratiqués en cours,
- Le brouillard de caisse : tenu à la pharmacie, il rend compte des recettes quotidiennes.

#### 2 - Les documents budgétaires :

Ils rendent compte de l'exécution du crédit alloué par l'ETAT. Il s'agit de l'ensemble des documents relatifs à la liquidation des dépenses effectuées pendant la période.

L'ensemble de ces documents ont fait l'objet d'un examen détaillé afin de mieux apprécier le financement de l'hôpital par source.

#### 3 - Les supports d'activité :

- Les registres de consultation : les données ont été compilées dans tous les services qui effectuent des consultations externes. Ces registres ne distinguent pas les consultants des consultations ;
- Les registres d'hospitalisation : tous les malades ayant séjournés dans l'hôpital au cours de la période sont supposés être pris dans le calcul ;
- Les registres des actes du plateau technique : sont peu exhaustifs pour un usage fin. En effet ils ne différencient pas l'offre en faveur des malades externes de celle fournie aux malades hospitalisés ;
- Les copies des ordonnances délivrées au cours de la période archivées à la pharmacie.

### II\_2 - Les modalités d'étude :

Nous n'avons pas toujours eu des données homogènes. Nous avons donc chaque fois interrogé le personnel et les malades soit isolément soit en groupe de débat afin d'apporter des corrections aux données initiales : annexe2.

Nous avons été rassurés par le fait qu'il a été reconnu unanimement que pour la période d'étude, les registres ont été tenus avec précision sous la supervision de Médecin du Monde contrairement aux années précédentes.



### III Présentation de l'hôpital régional de Mopti

L'hôpital régional de Mopti a été créé en 1956. Il couvre huit cercles et une commune qui composent la région de Mopti. Cette région compte 1.400.000 habitants pour une superficie de 78.635 km<sup>2</sup>.

L'hôpital régional de Mopti couvre une superficie de 80.000 m<sup>2</sup>. Les structures qui le composent sont :

#### 1 - Un bloc d'accueil avec :

- un service administratif et financier,
- un bureau du médecin directeur,
- un bureau des entrées,
- une salle de consultation externe.

#### 2 - Un bloc technique comprenant :

- un service de radiologie,
- un laboratoire,
- un bloc opératoire à deux salles dont une septique,
- un cabinet dentaire de consultation et de soins externes.

#### 3 - Un pavillon de Médecine Générale à un étage comprenant :

- 1 salle de 2<sup>ème</sup> catégorie à 2 lits pour l'ophtalmologie,
- 8 salles de 3<sup>ème</sup> catégorie pour la médecine et la pédiatrie,
- 2 salles de 1<sup>ère</sup> catégorie à 4 lits pour la médecine,
- 2 salles de coilette,
- 1 cabinet de consultation et d'opération pour l'ophtalmologie (centre yeelen)
- 1 cabinet de consultation de médecine générale,
- 1 cabinet de consultation en pédiatrie.

#### 4 - Un pavillon de chirurgie générale et de gyneco-obstétrique à un étage avec :

- 2 chambres à 4 lits de première catégorie,
- 3 chambres de 2<sup>ème</sup> catégorie,
- 7 salles 3<sup>ème</sup> catégorie,
- 1 bureau de consultation chirurgicale,
- 1 bureau de consultation en oto rhinolaryngologie,
- 2 salles de balacées.

#### 5 - Un bâtiment où se trouvent annexés :

- la cuisine - la buanderie - la pharmacie hospitalière.

#### 6 - Un bâtiment comprenant :

- un magasin - une morgue et enfin un local pour groupe électrogène.

**CAPACITE DE L'HOPITAL :**

Le nombre de Lits est de 101, dont 39 en médecine, 48 en chirurgie, 12 en pédiatrie, 2 au centre yeelen.

Le personnel est au total de 31 dont 3 chirurgiens, 1 médecin, 1 pharmacien, 1 pédiatre, 1 dentiste, 1 ophtalmologue, 1 spécialiste en O.R.L, 16 infirmiers d'Etat et 6 infirmiers de santé.

PART III  
RESOLUTIONS

Cette partie est subdivisée en deux :

- La première est purement descriptive et consiste à présenter les principales données sur les activités conduites par l'hôpital au cours de la période allant de 1988 à 1990. Elle porte également sur les charges supportées au cours de la même période ainsi que les modes de financement mis en jeu jusque là.

- La deuxième partie sera analytique et portera sur la simulation des différentes possibilités d'autofinancement.

### I - Description et analyse des activités

Ce chapitre est consacré à la description des activités ordinairement réalisées à l'hôpital régional de Mopti.

Il s'agit essentiellement :

- des consultations externes,
- des interventions chirurgicales,
- des radiographies,
- des actes de biologie,
- des hospitalisations,
- récemment fut introduite la vente des médicaments essentiels aux malades hospitalisés.

Les données compilées relatives à ces activités sont rassemblées dans les tableaux suivants :

- 1 - Récapitulatif des activités.
- 2 - Evolution du volume de consultation.
- 3 - Evolution du volume d'hospitalisation.

Tableau 1 : évolution des différentes activités hospitalières

Désignations	Période		
	1988	1989	1990
Consultation	12485	13114	19238
Hospitalisation	1595	2383	2431
Journées d'hospitalisation	10587	16391	17014
Séjour moyen hospitalier	6,6	5,9	6
Radiographies	1859	1763	1412
Examens de laboratoire	7815	14604	11323
Interventions chirurgicales	620	1212	1317

Tableau 2 : Évolution des activités de consultations

Designations	Années				
	1986	1987	1988	1989	1990
Médecine	2684	5757	8964	8174	5060
Pédiatrie	-	2935	559	2452	1558
Chirurgie	1489	1416	1079	2295	4264
Cabinet dentaire	2053	3648	1883	193	1881
Ophthalmologie	3855	3750			5898
O.R.L		-			577
Total	15081	16865	12485	13114	19238

Tableau 3 : Évolution des hospitalisations dans les différents services

Designations	Années				
	1986	1987	1988	1989	1990
Médecine	654	747	579	702	694
Pédiatrie	264	568	323	633	626
Chirurgie-gyneco-obstetri.	546	618	693	953	1028
Ophthalmologie	-	26	-	90	86
Total	1494	1959	1595	2383	2431

### 1 Les consultations externes

Les consultations externes intéressent l'ensemble des malades qui ont été vus en consultation externe. Sur toute la période, de 1986 à 1990, le volume des consultations s'est accru de 65 %. Cet accroissement n'est pas uniforme comme en témoigne l'analyse détaillée :

- le niveau le plus élevé de consultation a été réalisé par la médecine générale. Ce niveau est resté maintenu pendant toute la période,

- seul le service de chirurgie générale a connu une élévation progressive du volume de consultation (cf fig 1),

- le cabinet dentaire a connu le niveau le plus bas d'activité,

- en pédiatrie, le volume de consultation a varié en dents de scie.

A l'examen de la Fig.2, on observe que :

- la médecine seule a réalisé près des 3/4 des consultations externes en 1988 alors que les trois autres services se partagent le 1/4 restant dans l'ordre décroissant: le cabinet dentaire, la chirurgie, la pédiatrie ;

- les deux années suivantes ont été marquées par :

- \* une baisse de la contribution de la médecine,
- \* une participation de plus en plus importante de la chirurgie,
- \* en 1990 apparaissent deux nouveaux cabinets de consultation, élargissant ainsi la gamme d'activité de l'hôpital : l'ophtalmologie et l'ORL qui réalisent respectivement 30,65 % et 3,03 % des consultations externes.

La même année, 59 % des actes sont effectués par l'ophtalmologie, la médecine et la chirurgie.

Tableau 4 : importance des consultations par service

Services	Période et pourcentage		
	1988	1989	1990
Médecine	71,89 %	62,32 %	26,30 %
Pédiatrie	4,55 %	13,68 %	8,09 %
Chirurgie	8,84 %	17,50 %	22,16 %
Cabinet dentaire	15 %	1,50 %	9,77 %
Ophthalmologie	-	-	30,65 %
O.R.L	-	-	3,03 %

## 2 - Les hospitalisations :

Elles incrémentent l'ensemble des malades dont l'état a nécessité un séjour de plus d'un jour dans l'établissement.

Globalement le volume d'hospitalisation a augmenté.

Dans le détail, cette augmentation a été progressive, le tableau n° 3 et la figure n° 3 montrent un niveau faible de 1988 à 1989. Ce niveau devient considérable entre 1989 et 1990 et se stabilise là par rapport au chiffre de 1989.

L'analyse détaillée des hospitalisations n'a pu intéresser que les années 1989 et 1990. Pour ces périodes on observe que :

- la chirurgie seule occupe 49 % puis 42,28 % en 1989 et 1990,
- la médecine occupe 28,54 % en 1990,

- la pédiatrie vient en 3<sup>ème</sup> position avec 25,73 à la mère année
- le centre yoclen arrive en 4<sup>ème</sup> position et effectue 3,53 à des hospitalisations de l'hôpital.

Autre fait marquant est que les hospitalisations ont augmenté en chirurgie alors que partout ailleurs elles ont légèrement diminué.

On conclut alors que l'accroissement global constaté dans les hospitalisations est imputable à la chirurgie.

### 3 - L'imagerie médicale :

Le tableau n° 1 révèle une baisse progressive du nombre de clichés ; soit 1359 en 1988, 1763 en 1989 et 1412 en 1990.

### 4 - Les interventions chirurgicales :

Elles englobent celles de la petite et de la grande chirurgie. Elles ont progressivement augmenté sur la période. Ceci semble être cohérent avec le volume d'hospitalisation.

### 5 - Les examens biologiques de laboratoires :

Les données s'y rapportant ne permettent pas une différenciation nette entre les volumes des actes. Cependant une analyse globale révèle un accroissement considérable de leur volume : 61 % d'accroissement entre 1988 et 1990.

### 6 - Les prestations de la pharmacie hospitalière :

Nous estimons leur volume à partir de l'évolution du chiffre d'affaire, le prix des médicaments n'ayant pas changé au cours de la période.

Ce chiffre d'affaire de 1989 a été multiplié par un facteur 5,76 en 1990. On peut le prendre pour un accroissement assez important de l'activité de la pharmacie entre le 16 octobre 1989 et la fin de l'exercice 1990.

Fig 1 : EVOLUTION DES CONSULTATIONS  
PAR SERVICE

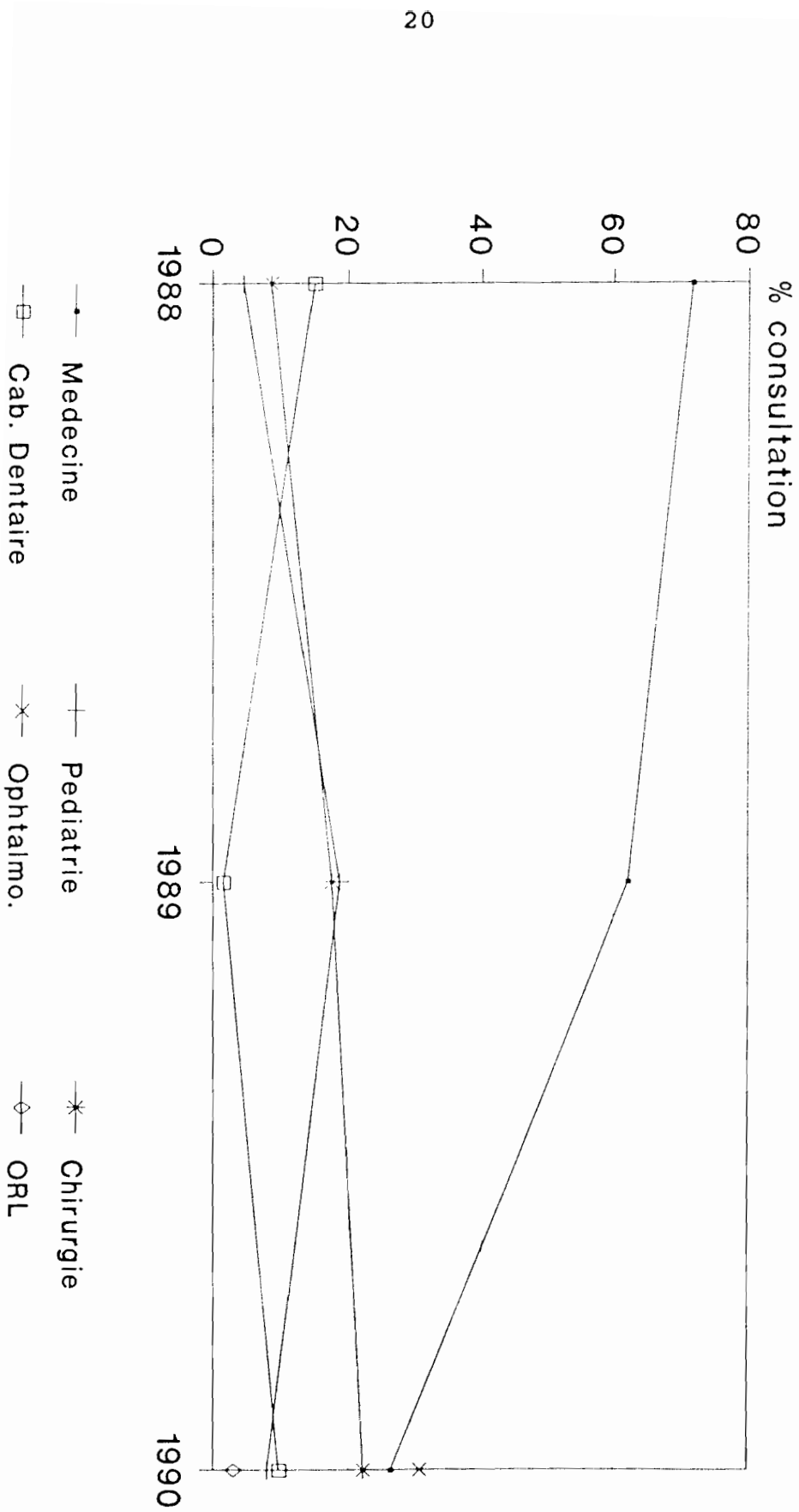




Fig 2 : IMPORTANCE DES CONSULTATIONS  
PAR SERVICE

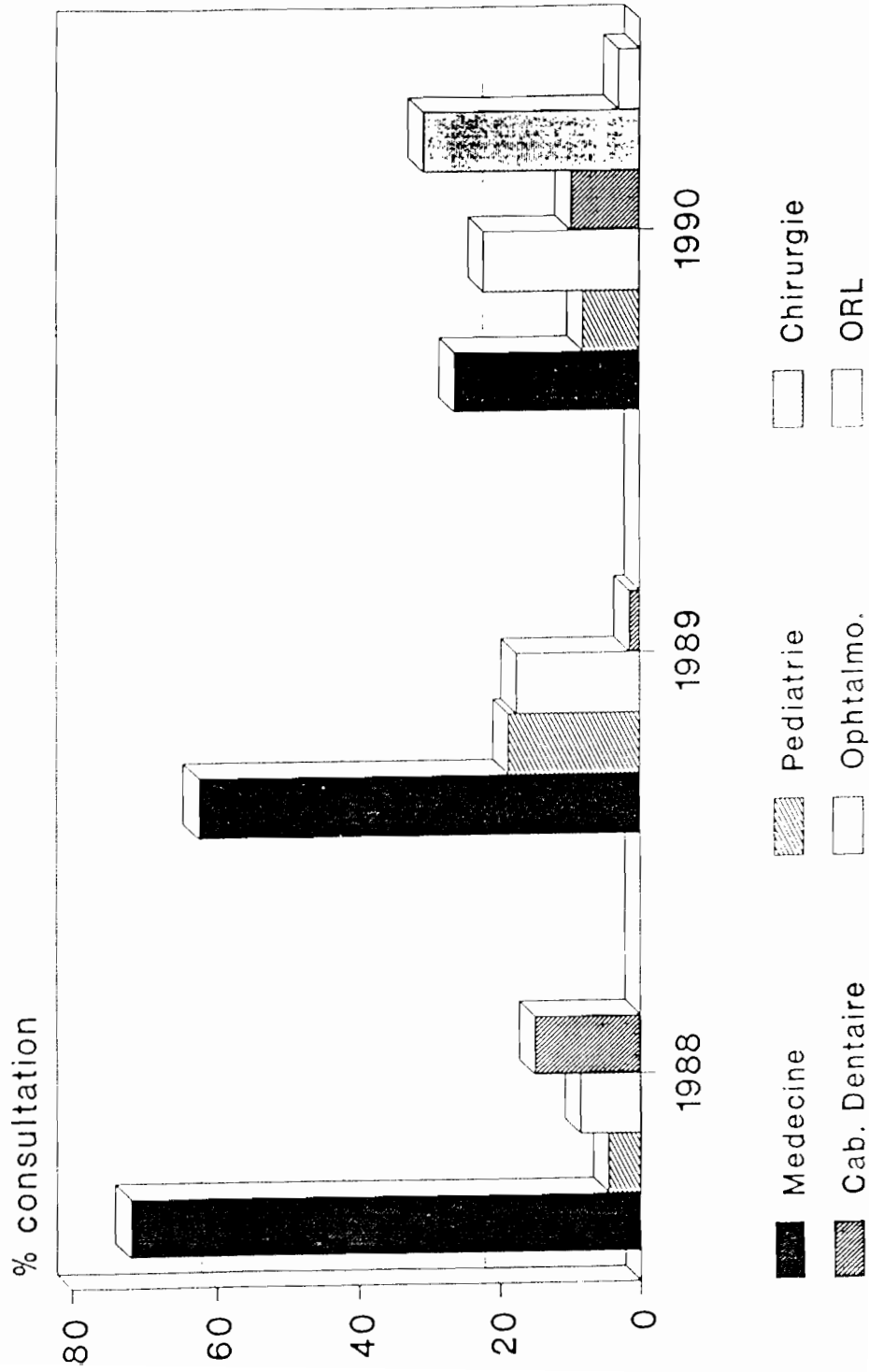
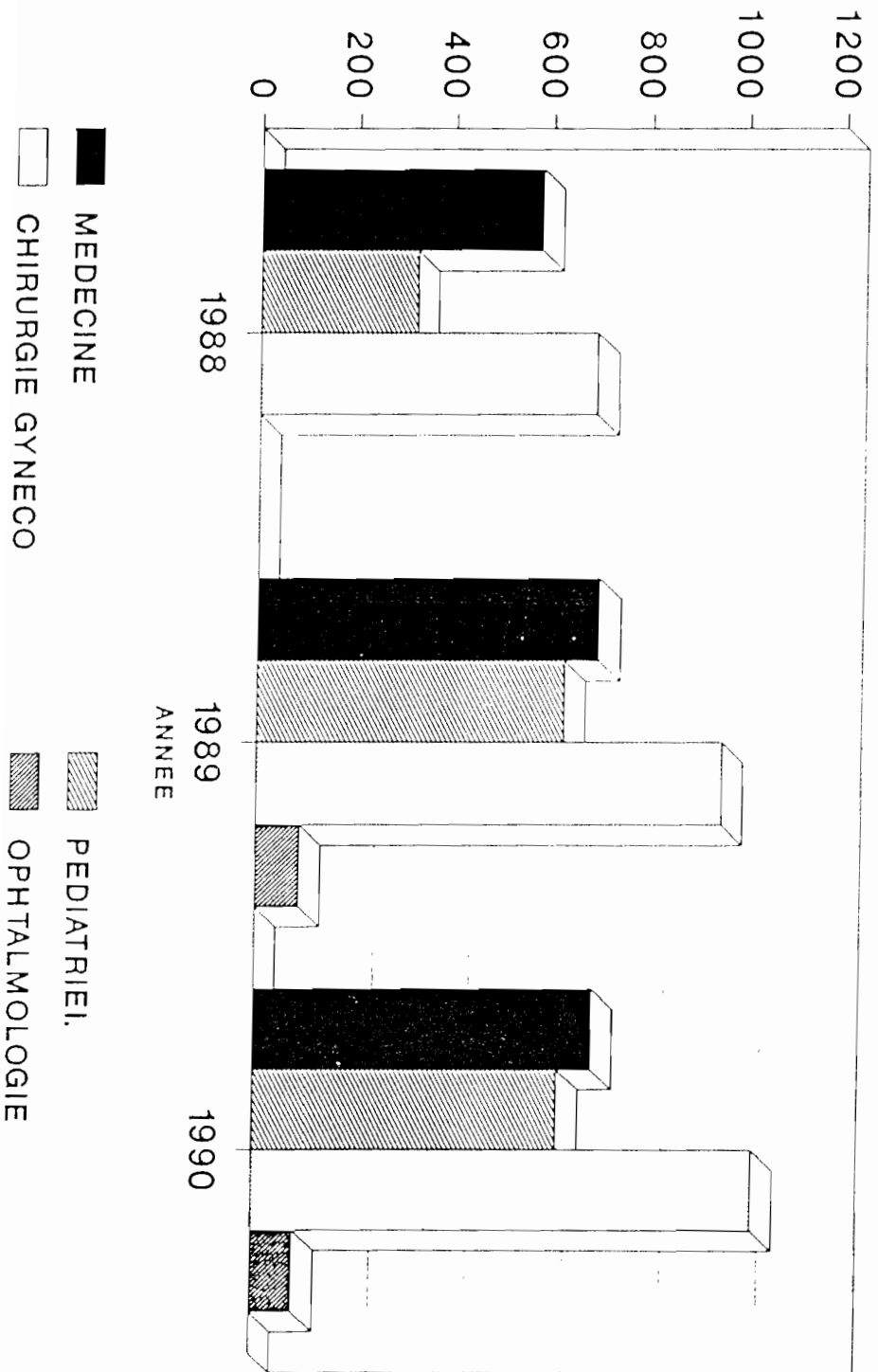


Fig 3 : EVOLUTION DES HOSPITALISATIONS,  
PAR SERVICE



## II - Description et analyse des dépenses

Nous nous proposons d'analyser l'ensemble des dépenses de fonctionnement effectuées au cours des exercices 1988, 1989, 1990. A cet effet, nous effectuerons une description de la structure et de l'évolution de ces dépenses. Ainsi, nous considérons comme dépenses de fonctionnement, toute dépense concevable rentrant dans le cadre du fonctionnement courant de l'hôpital.

Cette définition exclut alors les dépenses d'investissement. Celles-ci rentrent dans le cadre de la rénovation, du renouvellement des équipements et dans la formation.

Les données se rapportant à cette analyse sont compilées dans les tableaux ci-dessous (5, 6, 7, 8).

### II\_1 - Structure des dépenses

#### 1 - Les dépenses du personnel

Sous cette rubrique sont regroupés les salaires et accessoires de salaire, les avantages payés aux fonctionnaires et conventionnaires imputés au budget de l'hôpital. Le budget de l'Etat reste encore le seul pourvoyeur de ressources pour le financement des salaires.

#### 2 - Dépenses liées avec les produits pharmaceutiques

Sont regroupées sous cette rubrique toutes les dépenses ayant trait à l'approvisionnement en médicaments, consommables et réactifs.

#### 3 - Les dépenses d'alimentation

Il s'agit des dépenses consacrées à la restauration des malades hospitalisés et du personnel assurant la permanence après les heures de service.

#### 4 - Autres frais

Nous avons procédé au regroupement des dépenses de fonctionnement suivantes :

- achat de carburant,
- achat de lubrifiants,
- la maintenance,
- achat de fourniture et matériel de bureau,
- achat de produits et matériel d'entretien,
- les frais d'électricité, d'eau et de téléphone,
- l'appui social et les dépenses allant dans le sens du remboursement des dettes à court terme.

### II\_Analyse et Evolution des dépenses :

Tableau 5 : Évolution des dépenses, toutes sources confondues

Rubriques	Périodes		
	1988	1989	1990
Frais du personnel	23 906 885	31 258 000	28 313 212
Dépenses en méd. et rééo.	13 360 600	10 771 000	19 288 100
Alimentations	5 287 080	5 636 000	7 288 100
Frais divers	2 844 520	6 705 150	18 496 255
Total	46 399 085	54 370 150	73 694 182

Tableau 6 : fréquence relative des différents postes de dépenses

Rubriques	Période et pourcentage		
	1988	1989	1990
Frais du personnel	51,52 %	57,49 %	38,40 %
Dépenses en méd. et rééo.	28,80 %	19,81 %	26,58 %
Alimentations	11,40 %	10,36 %	9,88 %
Frais divers	8,28 %	12,34 %	25,04 %
Total	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Les tableaux 5 et 6 donnent les chiffres annuels de chaque catégorie de dépenses pendant les 3 années d'étude.

Globalement il y a eu 17,17 % d'augmentation des dépenses entre 1988 et 1989. Entre 1989 et 1990, 35,54 % d'augmentation a été constatée (cf. fig 4).

Lorsqu'on s'intéresse au mode d'évolution de chaque rubrique, on observe ce que dénote la fig 5 :

- une supériorité nette du niveau des dépenses du personnel pendant toute la période d'étude. Ces dépenses ont cependant augmenté entre 1988 et 1989 seulement ; entre 1989 et 1990 elles ont baissé. Mais la différence globale est notable soit 11 % ;

- une élévation considérable des dépenses en produits pharmaceutiques soit 46,06 % au total ;

- les dépenses d'alimentation ont faiblement augmenté entre 1988 et 1989 et sont relativement élevées entre 1989 - 1990 au total. L'augmentation est de 38 % ;

- les frais divers ont subi la plus forte croissance soit 74,40 % entre 1988 et 1989 et 175,8 % (soit deux fois plus) entre 1989 et 1990.

1 - La majorité des charges de l'hôpital est constituée par les frais du personnel. En effet en 1988, comme en 1989, ces frais sont restés supérieurs à la moitié des charges totales : respectivement 51,52 %, 57,45 %. Ce n'est qu'en 1990 que ces frais se sont amoindris, soit 38,40 % du total.

2 - Les dépenses en médicaments et réactifs occupent le second rang bien que leur proportion a légèrement baissé : 28,8 %, 19,81 % et 26,5 % respectivement de 1988 à 1990.

3 - La part des frais d'habillement ou alimentation a progressivement baissé : 11,4 % en 1988, 10,36 % en 1989 et 9,88 % en 1990 soit moins de la 10<sup>ème</sup> partie des dépenses totales.

4 - Les frais divers ont beaucoup augmenté car de la plus petite proportion en 1988 (4,23 %), ils ont occupé 12,34 % en 1989 dépassant aussi les dépenses d'alimentation. En 1990, ils constituaient déjà le 1/4 des dépenses totales.

Cet accroissement des dépenses constaté pendant la période d'étude, semble imputé essentiellement aux rubriques des produits pharmaceutiques et aux frais divers.

Ainsi, nous nous proposons de voir en détail ces deux postes.

##### 5 Evolutions des Frais

Tableau 7 : ventilation des frais divers entre les principaux postes

Rubriques	Période		
	1988	1989	1990
Produits pharm. d'ent.	487 300	1 450 000	1 460 000
Fournit.- Mater. Div.	209 300	762 250	1 009 300
Carburant-lubrifiants	1 335 000	2 221 900	2 122 000
Maintenance	350 000	174 000	1 421 000
Appui social	250 000	311 000	100 000
Eau-Elect.-Tél. phone	13 732 237	15 130 305	10 187 705
Autres frais	141 820	1 776 000	775 000
Total	33 573 747	22 835 755	17 075 005

Les raisons de l'élévation des frais divers en 1989 semblent liées à celle des frais de l'eau -électricité- téléphone.

En tendance, presque tous les postes ont subi une augmentation au cours de la période. Cependant il y a eu une diminution des fonds alloués au service social.

La deuxième place est occupée par les dépenses en fournitures et matériels d'entretien et la 3<sup>ème</sup> place aux matériels de bureau. Les frais de carburant et de lubrifiant regroupés dans le tableau ci-dessus arrivent en 4<sup>ème</sup> rang.

## 6 Evaluation des dépenses de médecine pharmaceutiques

Tableau 3 : ventilation des dépenses pharmaceutiques selon les sources de financement de 10 octobre 1989 à octobre 1990.

Rubriques	Sources			Total
	Recettes propres	Budget ETAT	Médecins du Monde	
Médecins	6 318 245	5 323 301	2 372 512	12 057 584
Papeterie (ordonnes...)	220 725	-	-	220 225
Réactifs	94 017	-	-	984 017
Consommables	435 033	2 258 735	1 648 043	4 311 778
Film-radié	245 000	251 046	-	1 035 010
Total	8 313 037	8 272 675	4 020 542	18 669 614

Le tableau 3 indique que le budget de l'ETAT est le principal pourvoyeur de ressources en dotation de médicaments. Ensuite, les recettes propres arrivent en 2<sup>e</sup> tour. Ces deux sources assurent 75,3 % des dépenses de médicaments.

Les médecins du Monde, principal donateur extérieur, sont à 25 %. Ce tableau révèle l'importance des dépenses en médicaments soit 6,4 % du total de cette rubrique.

Les consommables occupent 23 %, les supports de papeterie consacrent 1,2 % des dépenses totales, les réactifs occupent 11,8 % des dépenses totales.

Notons que l'intervention de l'ETAT s'inscrit dans le cadre de l'initiative de Danako ; qu'un peu moins du tiers des recettes totales de l'hôpital en 1990 est dépensé par la pharmacie hospitalière essentiellement dans les médicaments.

Fig 4 : EVOLUTION GLOBALE DES DEPENSES

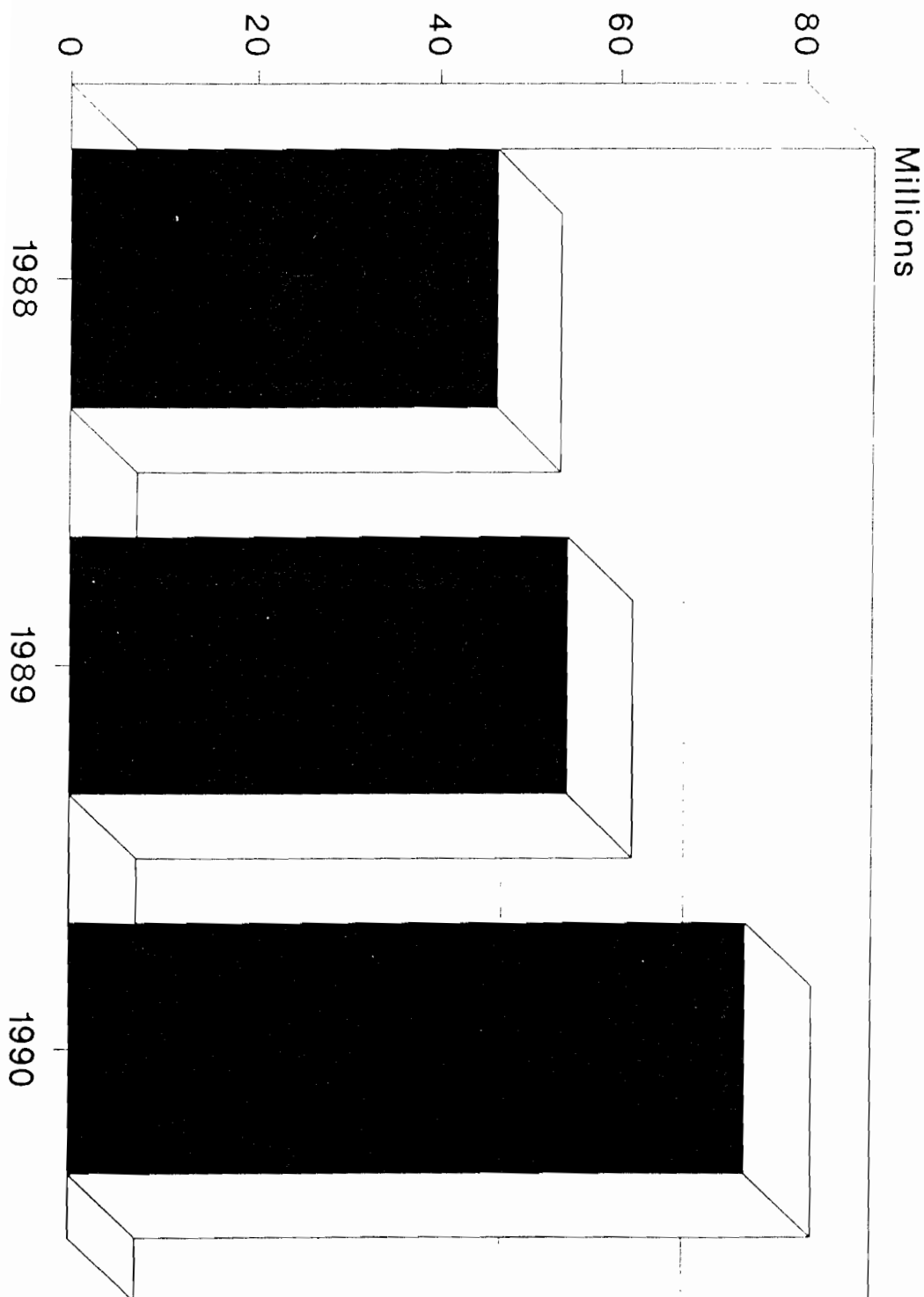
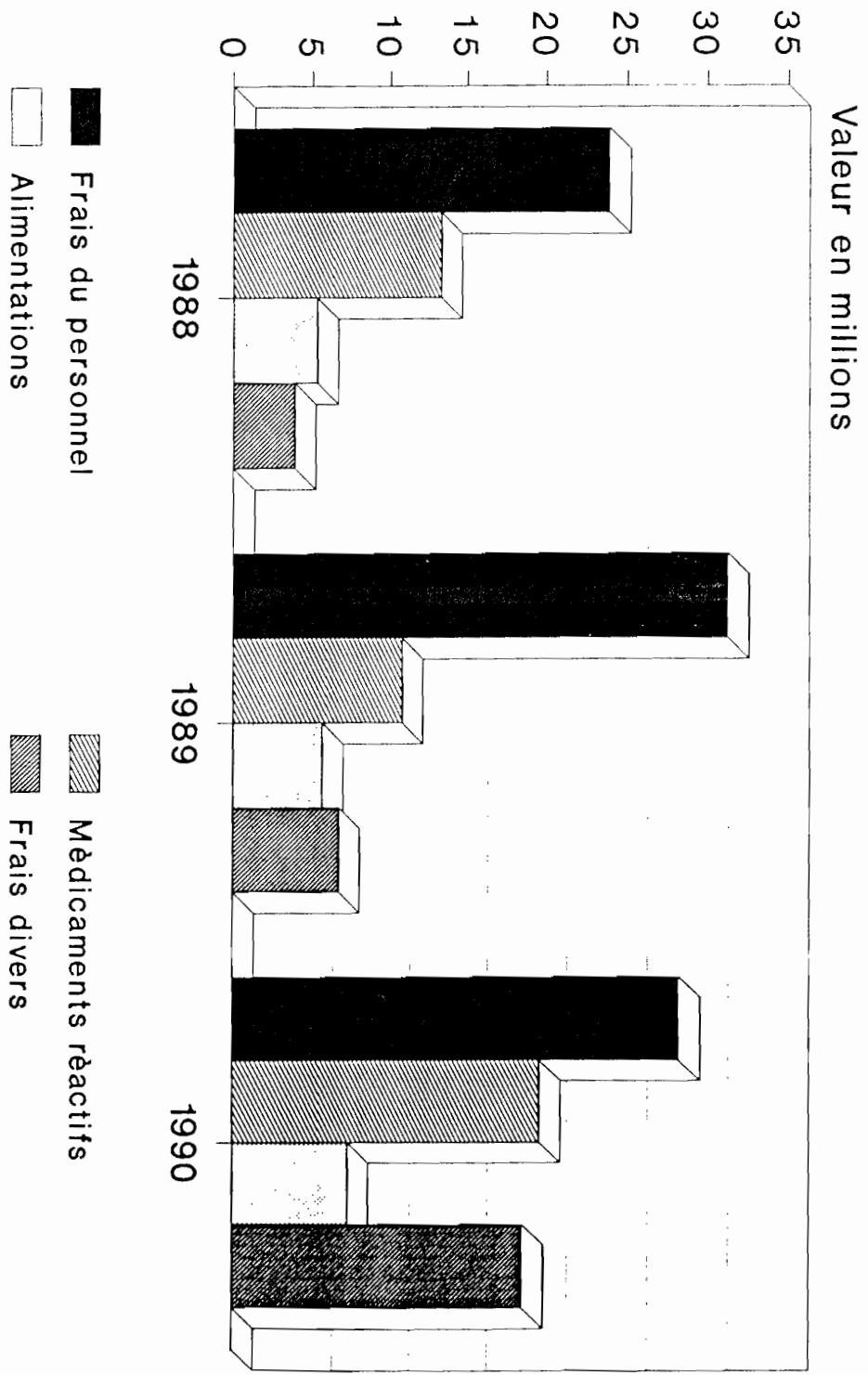


Fig 5 : EVOLUTION DES DEPENSES par  
rubrique





### III - Description et évolution du financement :

#### III\_1 - Structure :

##### 1 - Définition du financement :

Il s'agit de l'ensemble des ressources financières mobilisées par l'hôpital pour faire face à la totalité des dépenses occasionnées par la réalisation de ces différentes activités.

##### 2 - Classification des ressources financières de l'hôpital régional de Napti :

- Selon l'origine on distingue :

2 - 1 - La dotation budgétaire de l'Etat : il s'agit des crédits alloués par l'Etat pour le fonctionnement de l'hôpital, ces dotations sont annuelles et notifiées suivant un rythme trimestriel.

2 - 2 - Les recettes résultant des prestations fournies par l'hôpital.

2 - 3 - Les dons effectués par des organismes et des particuliers.

- Selon la nature publique ou privée de ces ressources :

2 - 4 - Les ressources publiques :

\* Les dotations budgétaires de l'Etat. Elles couvrent essentiellement les salaires et accessoires du personnel, les produits pharmaceutique, une partie des charges de fonctionnement de l'hôpital.

\* Les aides extérieures : elles sont sous forme de dons faits par les différents partenaires de l'hôpital. Il s'agit principalement de l'ONG "PDI" qui est sur place depuis 1988.

##### 3 - Avantages et inconvénients des modes de financement :

3 - 1 - Les ressources publiques : leur allocation se fait selon des règles bien précises des procédures budgétaires. En effet, l'hôpital perçoit tous les trois mois en principe une dotation budgétaire dont la valeur est déterminée à l'avance. Les sections de trésorerie quasi permanentes ont certains des besoins considérables dans la notification des crédits ainsi que la liquidation et le paiement des factures.

3 - 2 - Les ressources internes : elles étaient reversées entièrement au créancier public auparavant conformément à l'ordonnance 46 bis. Depuis 1982, à la faveur de l'expérience d'autonomie de gestion, l'hôpital jouit de ces ressources propres. Ces ressources se limitent aux seules issues de la tarification des diverses prestations effectuées par l'hôpital.

3 - 3 - Les subventions externes : elles sont variables et dépendent de la volonté des partenaires. Par conséquent il est impossible de baser un plan de financement sur ces ressources. Lorsqu'elles existent, elles constituent de véritables appoints.

### III\_2 - Evolution du financement de fonctionnement :

Globalement, ces ressources financières en dehors de celles ayant servi aux dépenses d'investissement, ont beaucoup augmenté au cours de la période qui nous intéresse. Elles ont passé de 20,35 % à 43,94 % soit de 46 302 085 F CFA à 55 846 570 F CFA et puis à 89 336 707 F CFA respectivement en 1988, 1989, 1990. Ceci correspond à un accroissement de l'ordre de 57,6 % entre 1988 et 1990. Les données s'y rapportant sont chiffrées dans les tableaux suivants : 10, 12.

Tableau 3 : Evolution du budget de fonctionnement de l'hôpital régional de Hopai

Rubrique	Années		
	1988	1989	1990
Personnel	27 600	31 258	31 321
Matériel (MVAAS-BOURNA)	9 761	9 661	7 246
Frais de transports	1 779	1 779	1 334
Total	39 140	42 698	39 901

Document de travail de HSO/AS (DAF)  
(valeurs en millions de francs)

**Tableau 10 : Évolution en valeur absolue des ressources  
(en milliards)**

Rubriques	Années		
	1988	1989	1990
Recettes	4 276 325	13 022 135	22 567 170
Crédit EFAT	39 040 000	42 698 000	54 094 912
Subvention extérieure	3 082 260	126 434	3 724 625
Total	46 399 085	55 846 570	80 386 707

**Tableau 11 : répartition des recettes : 1986-1987-1988.cf14).**

Répartition	Fiscor	FSN	FSL	Ristourne pers.
Montant	2 325 155	357 695	238 405	596 015
Pourcat. total	70 %	9 %	6 %	15 %

FSN = fonds social national  
FSL = Fonds social local

FS = ce procédé de répartition a été abrogé à partir de la mise en place de l'autonomie de gestion. (1989).

**Tableau 12 : Évolution du crédit des produits et matériels pharmaceutiques (budget national)**

Années	Dotations en produits et matériel de pharmacie
1988	10 360 500 (24,1 % des ressources)
1989	16 771 000 (20,12 %)
1990	17 130 500 (25,13 %)
1991	26 430 000

**Tableau 13 : Évolution des recettes par fonction**

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Consultations	1 077 000	1 293 400	1 250 200	1 137 500	2 306 500	2 656 500
Hospitalisation	1 222 100	1 846 700	1 628 900	1 537 900	2 753 600	3 146 200
Laboratoire	382 900	78 100	748 650	566 500	3 155 625	4 862 350
Radiologie	250	16 300	639 700	767 500	2 134 100	2 328 500
Pharmacie	-	-	-	-	1 476 420	8 518 770
Service dentaire	400 000	400 000	131 250	155 000	703 650	854 350
Orthodontologie	-	-	-	-	490 750	611 500
Total	3 082 260	4 617 100	4 367 500	4 276 325	15 022 135	22 567 170

Tableau 11 : Evolution des recettes selon les activités génératrices (en pourcentage)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Consultation	43,58	32,19	29,63	26,59	17,71	12,65
Hospitalisation	35,25	40,06	36,32	28,99	21,18	13,94
Laboratoire	11,46	12,05	17,13	22,61	24,21	21,54
Radiologie	1,53	3,98	11,23	17,96	16,79	10,31
Pharmacie	-	-	-	-	11,33	37,74
Service dentaire	8,15	10,31	3,69	3,85	5,43	3,78
Ophthalmologie	-	-	-	-	3,75	2,74
Total	100	100	100	100	100	100

- en valeur absolue, le crédit de l'ETAT est le premier pourvoyeur de financement (cf tableau 9 - 10) respectivement 32 040 000, 42 628 000 et 54 094 912 en 1988, 1989 et 1990 ; Fig 7, 8, 9.

- les apais extérieurs sont restés très bas et ont irrégulièrement évolués contrairement aux autres.

- en plus intéressant d'un peu plus près aux recettes propres en note :

- une augmentation globale de 67 % entre 1988 et 1989 et de 12,30 % entre 1989 et 1990.

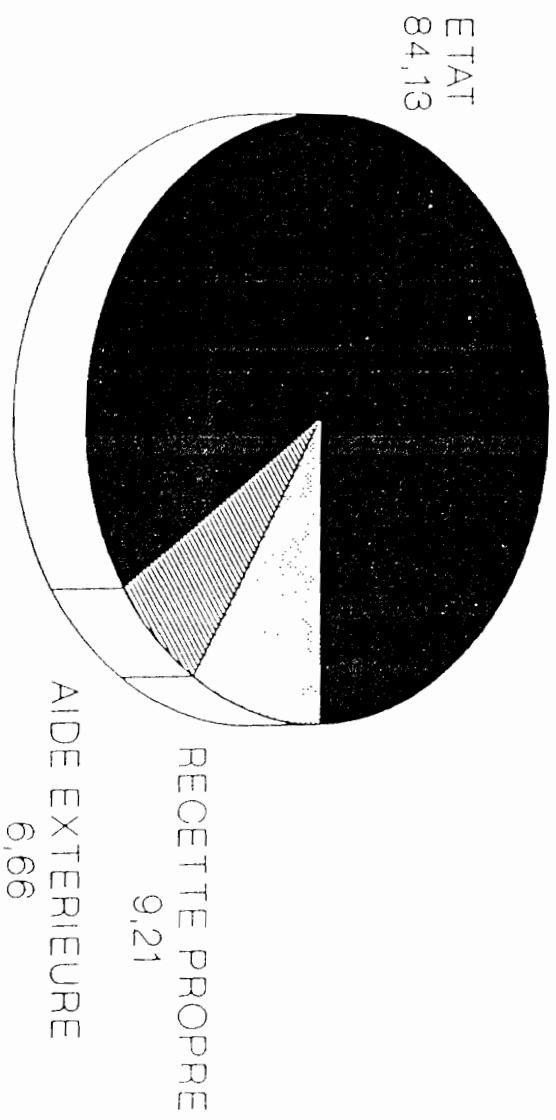
- dans le détail en note que :

- les consultations externes constituaient la première source de recette en 1985 soit 43,75 % du total. Les hospitalisations procuraient 35,25 % la même année et les activités du plateau technique n'entraient que pour 13 % environ (cf. [tableau 11]). En 1990, les hospitalisations supplantent les consultations donc il y a eu inversion entre les deux sources. Ces rapports se sont maintenus jusqu'en 1988. A partir de cette année, les recettes en provenance des activités paracliniques deviennent les plus importantes [cf tableau n° 13 - 14, fig n° 6. Ces recettes propres finançaient 9 % des dépenses de fonctionnement en 1988, 23,31 %, 1989 puis 30,62 % en 1990. Elles ont donc de plus en plus occupé de place dans le financement et ce, grâce à l'acquisition par l'Hôpital Régional de Nopti d'une source supplémentaire qu'est la pharmacie hospitalière à partir du 16 octobre 1989.

Fig 6 : EVOLUTION DES RECETTES PROPRES PAR SOURCE



Fig 7 : EVOLUTION DU FINANCEMENT  
PAR SOURCE



1988

Fig 8 : EVOLUTION DU FINANCEMENT  
PAR SOURCE

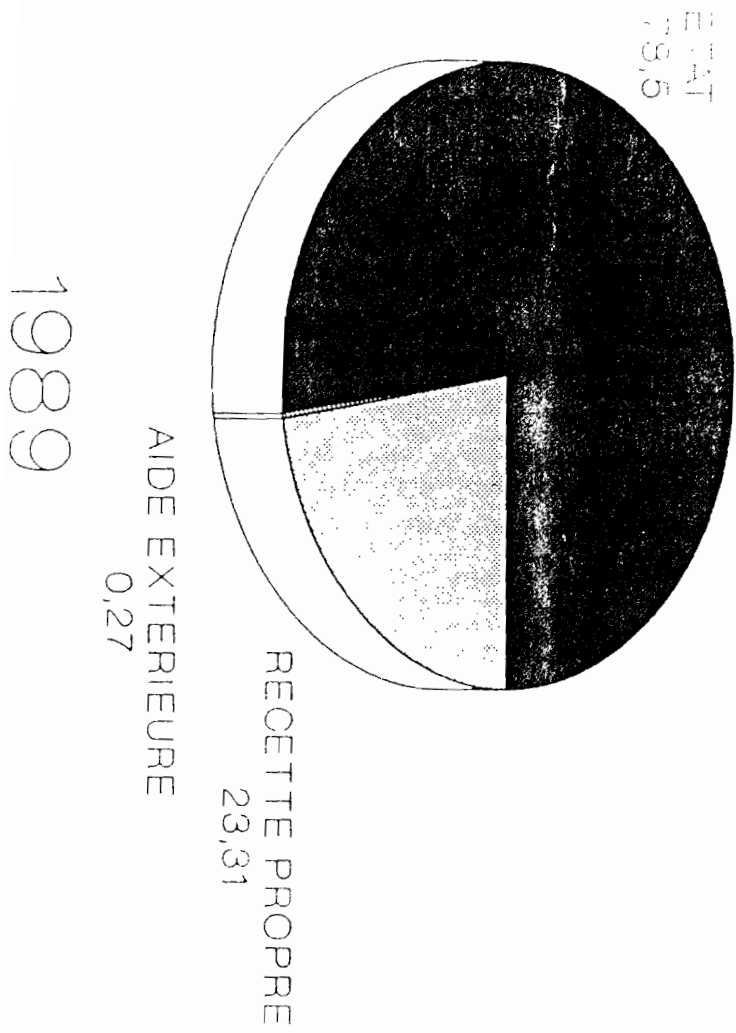


Fig 9 : EVOLUTION DU FINANCEMENT  
PAR SOURCE

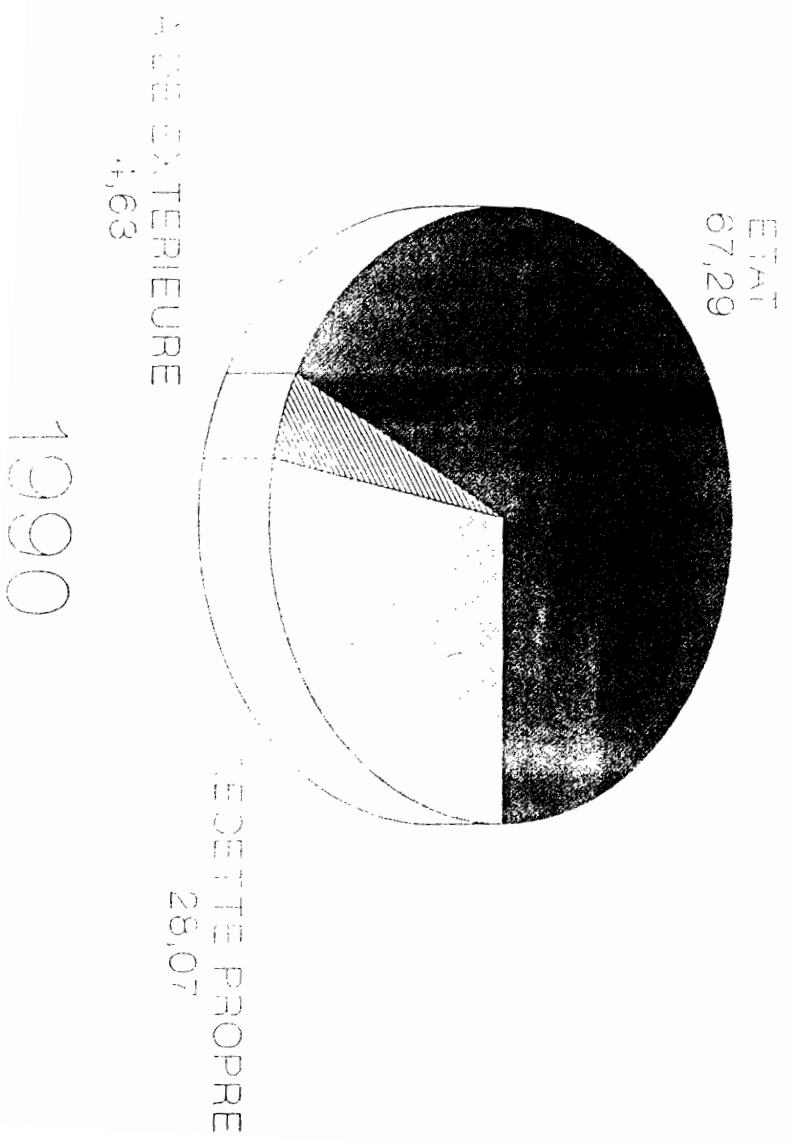
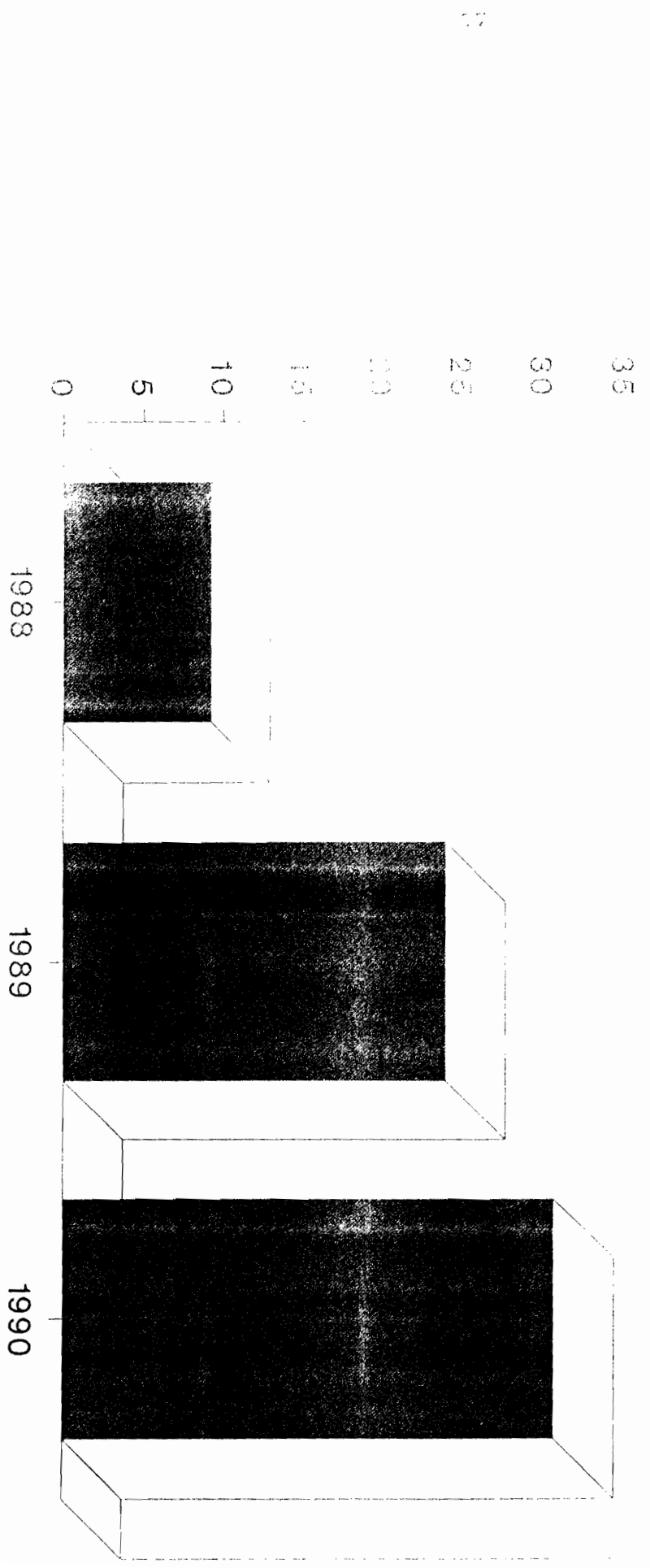




Fig 10: EVOLUTION DU TAUX DE  
RECOUVREMENT DES DEPENSES DE  
FOURNITONNEMENT PAR LES RECETTES PROPRES



#### IV - ANALYSE DES CAPACITÉS DE FONCTIONNEMENT

Nous analysons ici les possibilités que possède l'hôpital à générer des recettes. Ces capacités se situent à plusieurs niveaux et leur évaluation permet de dégager des limites de recouvrement des dépenses que l'hôpital engage pour produire ces services. Nous supposons par conséquent que l'hôpital n'a introduit aucun changement pendant le même exercice dans les modalités de financement. Nous aborderons cette étude sous les angles suivants :

- En un premier temps, nous établirons un rapport entre la totalité des recettes et les dépenses de fonctionnement. Dans ce cas, nous cherchons à découvrir un éventuel excédent en fin d'exploitation ou tout au moins un équilibre budgétaire.

- Ensuite, nous allons comparer une partie de ces ressources, celles produites localement par l'établissement lui même, avec ces mêmes dépenses. L'objet d'un tel rapport est de nous donner une idée de l'indépendance financière de l'hôpital.

##### 1 - Rapport entre ressources totales et dépenses de fonctionnement

Le total des recettes est mis en rapport avec les dépenses de fonctionnement mobilisées toute origine confondue. Il est attendu d'un tel rapport qu'il nous renseigne sur l'équilibre des comptes de l'établissement.

On pouvait s'attendre à l'une des situations suivantes :

- une situation excédentaire claire avec  $Q > 1$  : les ressources dépassent les dépenses ;
- une situation d'équilibre  $Q = 1$  ;
- une situation déficitaire  $Q < 1$  : dans ce cas les dépenses dépassent les ressources.

Tableau n° 1 : Evolution du rapport ressources sur dépenses de fonctionnement.

Designations	Année		
	1988	1989	1990
Ressources mobilisées	46 399 085	55 846 570	80 386 707
Dépenses de fonctionnement	46 399 085	54 370 150	71 772 932
$Q = R/D = T1$	1	$Q = 1,01 > 1$	$Q = 1,11 > 1$
Ressources excédentaires (R - D)	0	1 476 420	8 613 781
Pourcentage	0 %	0,02 %	10,71 %

Le tableau ci-dessus révèle que :

- en 1988 il y avait une situation d'équilibre,
- les excédents sont apparus à partir de 1989 et ont augmenté en 1990 où cet excédent équivaut à 10,71 % des ressources cette même année, soit 5 fois supérieures à celui de 1989.

Dans le chapitre précédent, les fig 7,8 et 9 montraient progressivement que l'ETAT se désengage contrairement à l'évolution des recettes ; l'apparition d'un excédent ne serait due qu'à une élévation des recettes propres.

#### 3 - RAPPORT ENTRE LES RECETTES PROPRES ET LES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT

Le montant des recettes propres rapporté à celui des dépenses de fonctionnement donne une idée sur leur contribution possible au financement des coûts récurrents.

$RP = 0$   
DF

RP : recette propre  
DF : dépenses de fonctionnement

Ce quotient mesure l'effort de recouvrement des coûts entrepris par l'Hôpital Régional de Mopti. Le tableau n° 10 donne l'évolution de ce rapport entre 1988 et 1990

**Tableau 15** : Évolution du taux de recouvrement (T2)  
(de 1988 à 1990)

Désignations	Années		
	1988	1989	1990
Taux de recouvrement (T2)	9,21 %	23,95 %	30,62 %
Recettes propres	4 276 325	13 022 135	22 567 170
Dépenses de fonctionnement	46 399 085	54 370 150	73 694 182

- ce tableau indique qu'en 1988, moins de 10 % des coûts récurrents étaient recouverts ;

- en 1989 l'hôpital a recouvré environ 1/4 de ses dépenses avec ses recettes ;

- en 1990, ce taux atteint 30,62 % . Cette même année, les recettes de la pharmacie hospitalière pouvaient à elles seules couvrir 11,55 % des dépenses.

Une question se pose cependant : a-t-on atteint la limite de la capacité de l'hôpital à générer beaucoup plus de recettes, ou même à s'autofinancer ? Si on peut envisager un accroissement de ce taux, sur quelles bases peut-on conduire ce travail ?

C'est dans ce sens que s'inscrivent les démonstrations qui vont suivre.

#### V ANALYSE DES LIMITES DES CAPACITES DE FINANCEMENT

Les perspectives d'autofinancement :

La méthodologie : nous avons considéré deux situations:

1 - Selon que l'hôpital n'accorde aucune gratuité : toutes les prestations sont payantes au tarif actuel. C'est l'hypothèse maximaliste ; nous convenons d'appeler les recettes issues de l'application d'une telle hypothèse "les Recettes Théoriques Absolues" (RTA). Elles sont évaluées de la manière suivante :

$$RTA = \sum_{i=1}^n [Nc_i t_i + Nc_2 t_2 + \dots]$$

avec  $Nc$  = volume d'activité

$t$  = tarif de l'acte

$i$  = sources de recette = 1, 2, 3 ...  $n = 5$

dont = les consultations externes  
les hospitalisations

les examens de laboratoire  
 les radiographies  
 et les ventes de médicaments.

Nous calculons les RPA pour chacun de ces cas.

2 - Selon que l'hôpital tient compte des gratuités accordées par les textes en vigueur. Dans ce cas, certaines catégories de malade ne payent pas à l'entrée du système (cas sociaux), d'autres payent partiellement les frais (enfants de 0 à 12 ans) ou sont pris en charge par les collectivités territoriales (les indigents). Nous convenons d'appeler les recettes issues de telle hypothèse les Recettes Théoriques Potentielles (RTP).

$$RTP = \sum_{i=1}^n (d_i \cdot t_i \cdot a) + (P_0 \cdot t_0 \cdot b)$$

avec a = proportions des malades payant totalement les frais,  
 avec b = proportions des malades bénéficiant de rabatement des frais,  
 c = proportions de ceux qui ne payent rien.

3 - Les paramètres pris en compte pour l'analyse :

Ils sont au nombre de 4

3 - 1 - La volume des activités : [cf tableau n° 1], pour chaque type d'activité nous avons considéré les volumes des prestations fournies au cours des 3 années 1988, 1989, 1990.

3 - 1 - 1 Les consultations externes

Nous avons adopté la notion de consultation plutôt que celle de consultant. En effet la méthode de collecte mise en place ne permet pas d'établir le nombre de consultants. Nous avons considéré aussi les consultations globalement sans distinction de service sauf pour la pédiatrie.

3 - 1 - 2 Les hospitalisations : Nous avons ici aussi considéré globalement leur volume étant donné que le tarif n'est pas variable.

3 - 1 - 3 Les activités du plateau technique :  
 (radiologie - laboratoire)

Nous avons considéré leur volume global. Aucune information détaillée n'étant disponible sur ces derniers, les chiffres fournis restant une estimation par rapport à l'utilisation du plateau technique par les hospitalisés d'une part et d'autre part par les externes.

### 3 - 1 - 4 La vente des médicaments :

pour déterminer les Recettes Théoriques issues de la pharmacie, nous avons considéré le coût moyen de l'ordonnance et le nombre moyen d'ordonnance par hospitalisation. Notons que le système prévoit que seuls les hospitalisés s'approvisionnent à la pharmacie [cf. 7]. Nous utiliserons la formule suivante pour le calcul :

RTA (de la pharmacie) = NMO X CMO X Nc  
 Nc = nombre d'hospitalisations  
 NMO = nombre moyen d'ordonnance  
 CMO = coût moyen de l'ordonnance.

### 3 - 2 Les tarifs des actes : [cf tableau n° 15]

#### 3 - 2 - 1 tarif des consultations externes :

La législation prévoit que les consultations sont payantes 500 F CFA sauf pour les enfants de moins de 12 ans et les indigents [cf décret 243 à l'annexe]. Une disposition interne à l'hôpital régional de Mopti permet d'accorder aux enfants de moins de 12 ans un tarif mensuel de 100 F CFA le ticket (cf n° 7).

#### 3 - 2 - 2 Le tarif de la journée d'hospitalisation

Il est catégorisé selon le confort de la salle d'hospitalisation :

- première catégorie : 1000 F
- deuxième catégorie : 500 F
- troisième catégorie : 250 F

Les textes prévoient que les enfants et les cas de maladies sociales ou d'indigence bénéficient d'exonération totale.

#### 3 - 2 - 3 Tarif de radiographie :

Il est fixé à 2500 FCFA le cliché. Les hospitalisés bénéficient d'un rabatement de 50 % de ce montant. Des gratuités sont accordées à certaines catégories de malades.

#### 3 - 2 - 4 Tarif des examens de laboratoire :

Ces tarifs sont déterminés selon la valeur des lettres. Les hospitalisés bénéficient là aussi d'exonération partielle de 50 % .

#### 3 - 2 - 5 Les prix des médicaments :

Les médicaments sont vendus après une prescription en dénomination commune internationale sur un ordonnancier spécial. Les hospitalisés et le personnel de l'hôpital seuls y ont accès et au même tarif. Les gratuités restent accordées aux cas sociaux déjà enregistrés (tableau n° 18).

**Tableau 17** : Tarifs fixés selon la nature des prestations

	1988	1989	1990
Consultation			
Adulte	500	600	600
Enfant	0	100	100
Hospitalisation			
Adulte			
catégorie 1	1000	1000	1000
catégorie 2	500	500	500
catégorie 3	250	250	250
Enfant	0	0	0
Radiographie	2500	2500	2500
Soins Dentaire	1500	1300	1300
Laboratoire			
test d'emme)	800	800	800
NFS	1200	1200	1200
GE	200	200	200
Glycémie	600	600	600
urée	600	600	600
Selle	600	600	600
Albumine	200	200	200
Sucre	200	200	200
Examen microscopique direct	600	600	600
crachat	100	600	600

En conclusion, de nouvelles dispositions internes dérogent au décret 243. Il s'agit principalement de l'application d'un forfait mensuel du ticket de consultation interne. De l'institution d'un tarif mensuel forfaitaire pour les enfants de moins de 12 ans. L'institution d'un 1/2 tarif pour les examens paracliniques en faveur des hospitaliers. En outre le malade doit déposer une somme forfaitaire de 5 000 F pour l'hospitalisation en Médecine et 10 000 F en chirurgie.

Dans notre étude nous utilisons des tarifs moyens pour l'hospitalisation et les examens de laboratoire soit respectivement 500 F et 560 F. Les raisons de ce choix sont pratiques :

- les salles d'hospitalisation présentent les mêmes confort de la 2<sup>e</sup> catégorie ;

- les examens de laboratoires sont enregistrés sans l'identité complète. Il est donc impossible de savoir le volume d'examen offert aux hospitalisés.

### 3 - 3 Importance relative des différentes catégories de malades dans la population :

Nous avons réparti les malades en 3 catégories:

- les malades qui payent totalement les frais, qu'il s'agisse d'un paiement direct ou par l'intermédiaire d'un tiers ou même en différé: a% ;

- les malades qui bénéficient de rabattement : b2 :
- ceux qui présentent une Affection Sociale [cf tableau n° 18].c%.

**Tableau 18** : Importance des maladies dites sociales traitées par l'hôpital régional de Mopti en 1988.

Maladie sociale	Volume
Tuberculose	15
Lèpre	42
Cancer	131
Total cas sociaux	323
Total des cas	2491
Fréquence relative des cas sociaux	12,96

Source : cf 2 pages 179,180.

#### 4 RESULTATS DES SIMULATIONS

##### 4 - 1 Les recettes théoriques potentielles (R.T.P) :

Pour calculer les recettes théoriques potentielles nous avons dû recourir à l'estimation de certaines valeurs des paramètres utilisés.

##### 4 - 1 - 1 Le coût moyen de l'ordonnance :

Nous avons adopté l'estimation obtenue en 1986 pour l'hôpital régional de Mopti de l'ordre de 1535 F CFA (cf. [10]).

##### 4 - 1 - 2 Le nombre moyen d'examen de laboratoire par malade

Il est de l'ordre de 1,5 en 1986. En appliquant ce chiffre au nombre de malade de 1990, tout en le supposant constant, on obtient ainsi une estimation du nombre d'examen fait par les hospitalisés. Pour la valorisation de ces examens nous avons admis un rabattement de 50 % du tarif des examens appliqués. Le reste des examens sera supposé effectué par les externes à un taux plein.

##### 4 - 1 - 3 Le nombre moyen d'ordonnance par malade :

Il est de l'ordre de 3 en 1986 [cf 10], nous conservons cette valeur pour nos estimations.

##### 4 - 1 - 4 Le nombre moyen de radiographie par malade :

Il est de l'ordre de 0,18 cliché pour un malade en 1990.

La formule générale des R.T.P. =  $\sum_{i=1}^n (Ncta) + (Nctb) \times X$

pour la même prestation avec  $X$  = rabattement du tarif (soit 50 % pour les hospitalisés à l'égard des examens paracliniques).

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (exercice 1990) :



Tableau 19 : récapitulatif sur les Recettes Théoriques Potentielles (R.T.P.)

Recette	Volume d'activité	R.T.P. totales	Catégorie des tarifs pleins		Catégorie des rabattements		Catégorie des gratuits	
			a % proport.	Recette	b % proport.	Recette	c % proport	Recette
Consultation externe	19 258	9 984 364	78,98	9 116 503	8,06	867 861	12,96	1 558 156
Hospitalisat°	17 014	5 213 940	61,29	5 213 940	0	0	38,71	3 293 960
Examens de laboratoire	11 323	5 519 101	54,84	3 477 338	32,20	2 041 763	12,96	821 709
Radiographie	1 412	3 072 512	57,47	2 028 691	29,57	1 043 821	12,96	457 138
Pharmacie hospitalière	7 293	9 743 915	87,04	9 743 915	0	0	12,96	1 450 510
Total	0	33 533 832	88,22	29 580 387	11,78	3 953 445	22,60	7 581 603

Le tableau 19 montre que plus de la moitié des R.T.P. est produite par la pharmacie et les consultations externes soit 19 728 279 F CFA.

Les autres activités n'occupent alors qu'environ le 1/3 des potentialités (il s'agit du laboratoire, de la radiologie et des hospitalisations).

Ailleurs parmi les deux catégories de payants les R.T.P. Provenant de la catégorie a sont l'essentiel de ces recettes.

On note que les gratuités coûtent en moins value à l'hôpital environ 7 581 603 F CFA. Les Recettes Théoriques potentielles arrivent à couvrir 46,72 % des dépenses de fonctionnement (année de référence 1990).

#### 4 - 2 Les Recettes Théoriques Absolues (R.T.A) :

Elles seront évaluées sur la base de l'hypothèse maximaliste : aucune exonération n'est accordée.

R.T.A =  $N_c \times T$  dans tous les cas (consultations, hospitalisations, examens paracliniques). Pour la pharmacie, nous calculons  $N_c$  = volume des ventes à partir du produit du nombre d'hospitalisés sur la période par la moyenne de prescription par malade hospitalisé. Ici, le tarif correspond au coût moyen de l'ordonnance.

**Tableau 20** : niveau des R.T.A. par prestations

Rubriques	Valeur Absolue
Consultations externes	11 542 800
Hospitalisation	8 507 000
Examens de laboratoire	6 340 880
Radiographies	3 530 000
Vente de médicaments	11 194 755
Total	41 115 435

- Les recettes attendues sont 2,18 fois supérieures aux recettes réelles ;

- rapportées aux dépenses courantes de la même année, elles couvrent 57,28 % de celles-ci.

En conclusion, toute possibilité d'autofinancement totale se trouve écartée car même avec l'hypothèse maximaliste le taux de recouvrement est loin des 100 %. Cependant des éventualités d'ajustement s'offrent à terme.

Les efforts de recouvrement entrepris à l'hôpital régional de Mopti se sont révélés promettant car en deux ans d'exercice, on a pu atteindre 31 % de recouvrement.

Cependant, théoriquement le niveau actuel de la production reste limité ou inférieur à celui qu'il faut pour couvrir les dépenses de fonctionnement.

Ce qui reste à faire dans ce sens est beaucoup moins inférieur à ce qui est fait déjà. Les tableaux 21 - 22 nous indiquent en clair les capacités de l'hôpital et les fig 12 et 13 les bases éventuelles des réformes à faire selon les services.

**Tableau 21** : ventilation des catégories de recettes selon les prestations

Rubriques	Recettes		
	Recettes réelles	Recettes Théoriques Potentielles	Recettes Théoriques Absolues
Consultations externes	2 856 500	9 984 364	11 542 800
Hospitalisations	3 146 200	5 213 940	8 587 000
Examens de laboratoire	4 862 350	5 519 101	6 340 880
Radiographie	2 328 500	3 072 512	3 530 000
Vente de médicaments	8 518 770	9 743 915	11 194 755
Total	22 567 170	33 533 831	41 115 435

**Tableau 22** : rapports des Recettes Théoriques et des dépenses de fonctionnement.

Rubriques	Exercice 1990
Dépenses	71 772 932
Recettes Théoriques potentielles	33 533 831
Recettes Théoriques Absolues	41 115 435
Taux de recouvrement potentiel	46,72 %
Taux de recouvrement absolu	57,28 %

En conclusion, nous retenons qu'en 1990 :

- les recettes effectuées par l'hôpital sont d'un niveau beaucoup plus inférieur à celui auquel on pouvait s'attendre = Recettes Théoriques Potentielles = 1,48 X Recettes réelles ou alors les Recettes réelles = 67,29 % des Recettes Théoriques Potentielles ;

- comparées aux Recettes Théoriques Absolues, les recettes effectives ne couvrent que 54,88 % de celles-ci. Nous admettons donc qu'il y a des possibilités non exploitées pour l'hôpital ;

- la comparaison des différentes prestations entre elles révèle que sur le plan recouvrement des Recettes Théoriques, le classement dans l'ordre décroissant est le suivant : [cf figs 12 et 13, tableau 20]

- 1<sup>er</sup> le laboratoire avec 88,1 %,
- 2<sup>e</sup> la pharmacie hospitalière avec 87,42 %,
- 3<sup>e</sup> la radiologie avec 75,78 %,
- 4<sup>e</sup> l'hospitalisation avec 60,34 % de recouvrement,
- 5<sup>e</sup> les consultations externes avec 23,59 % .

Nous constatons un fait marquant: les consultations externes possèdent d'énormes potentialités à partir de nos ressources, mais elles demeurent en deçà de ce niveau. En effet près de 71,41 % des recettes de cette fonction restent non recouvrées, ceci veut dire que les consultations externes sont les seules défaillances notables dans le système de recouvrement. Quant aux hospitalisations elles ont le même taux de gratuité qu'au point G:37% :cf 6. La fréquentation de l'hôpital a connu une hausse importante en 1990 contrairement aux autres années (fig 11). Donc la confiance fut rétablie au sein de la population. Ceci offre des espoirs d'augmentation possible des potentialités de l'hôpital notamment pour le service d'hospitalisation et de consultation où l'activité est très élevée.

SYNTHESE DES RESULTATS

DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Fig 11: EVOLUTION DE LA FREQUENTATION globale de l'hôpital

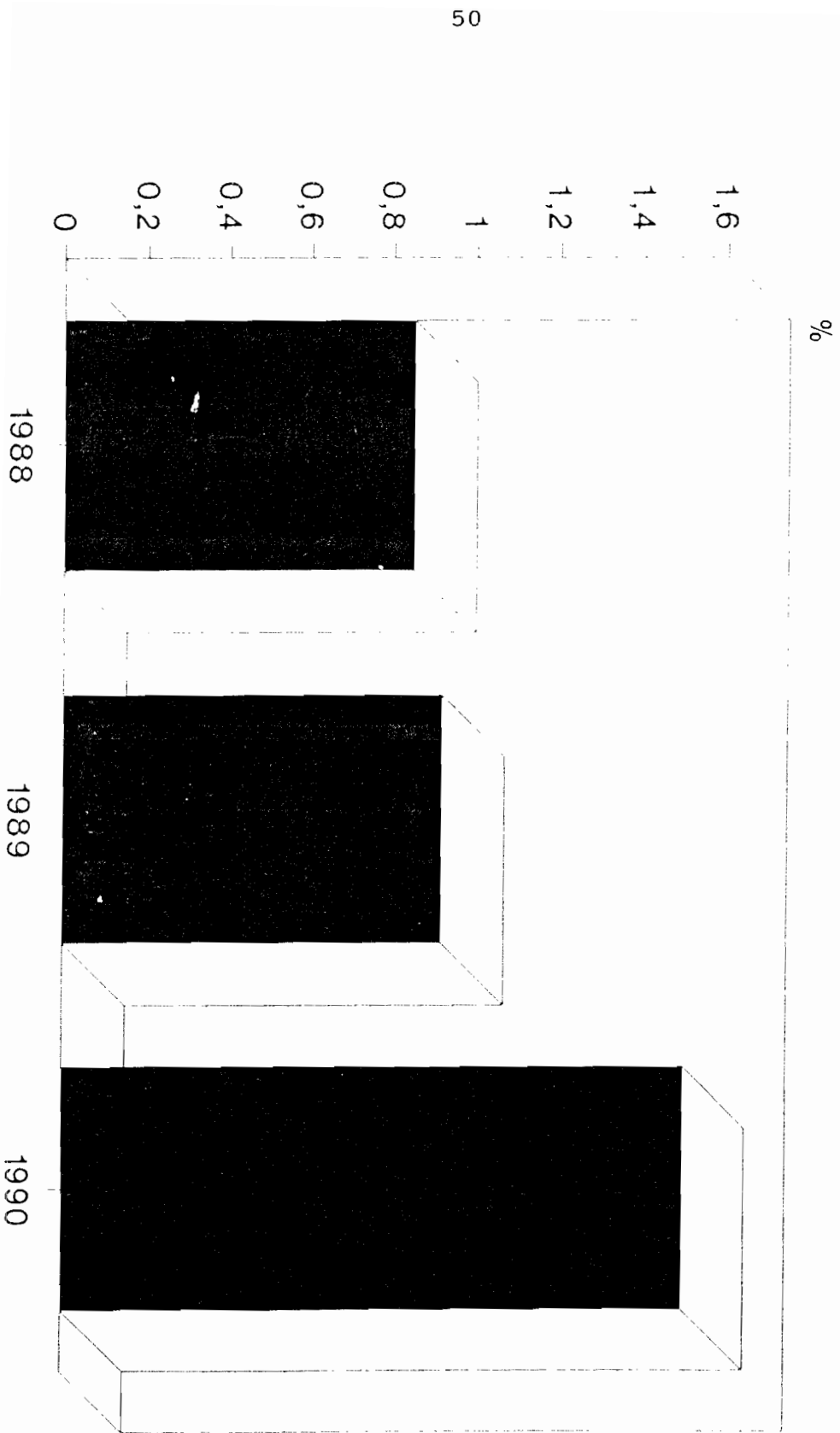


Fig12 Comparaison des taux de recouvrement théoriques (potentielle et absolue)

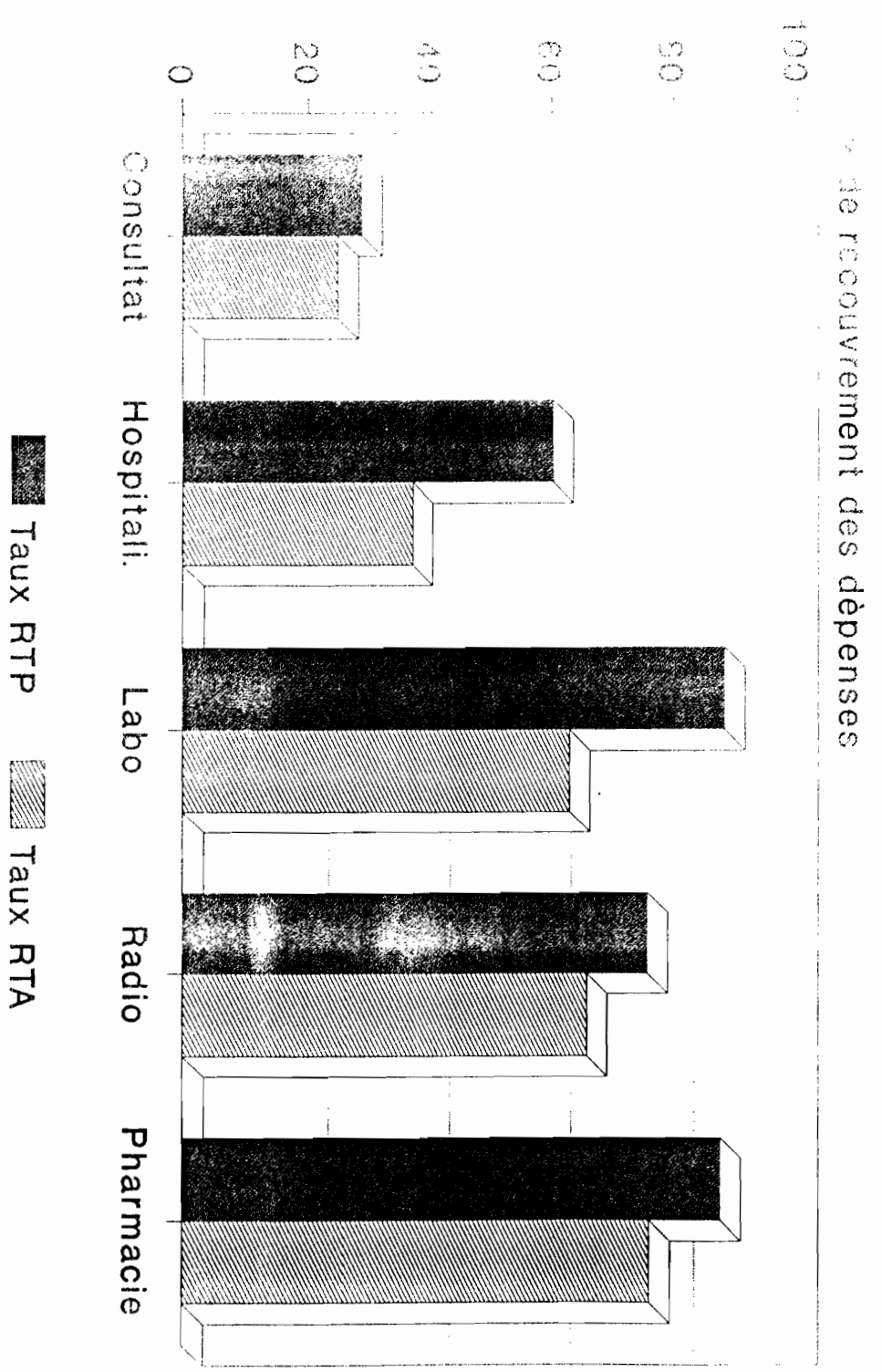
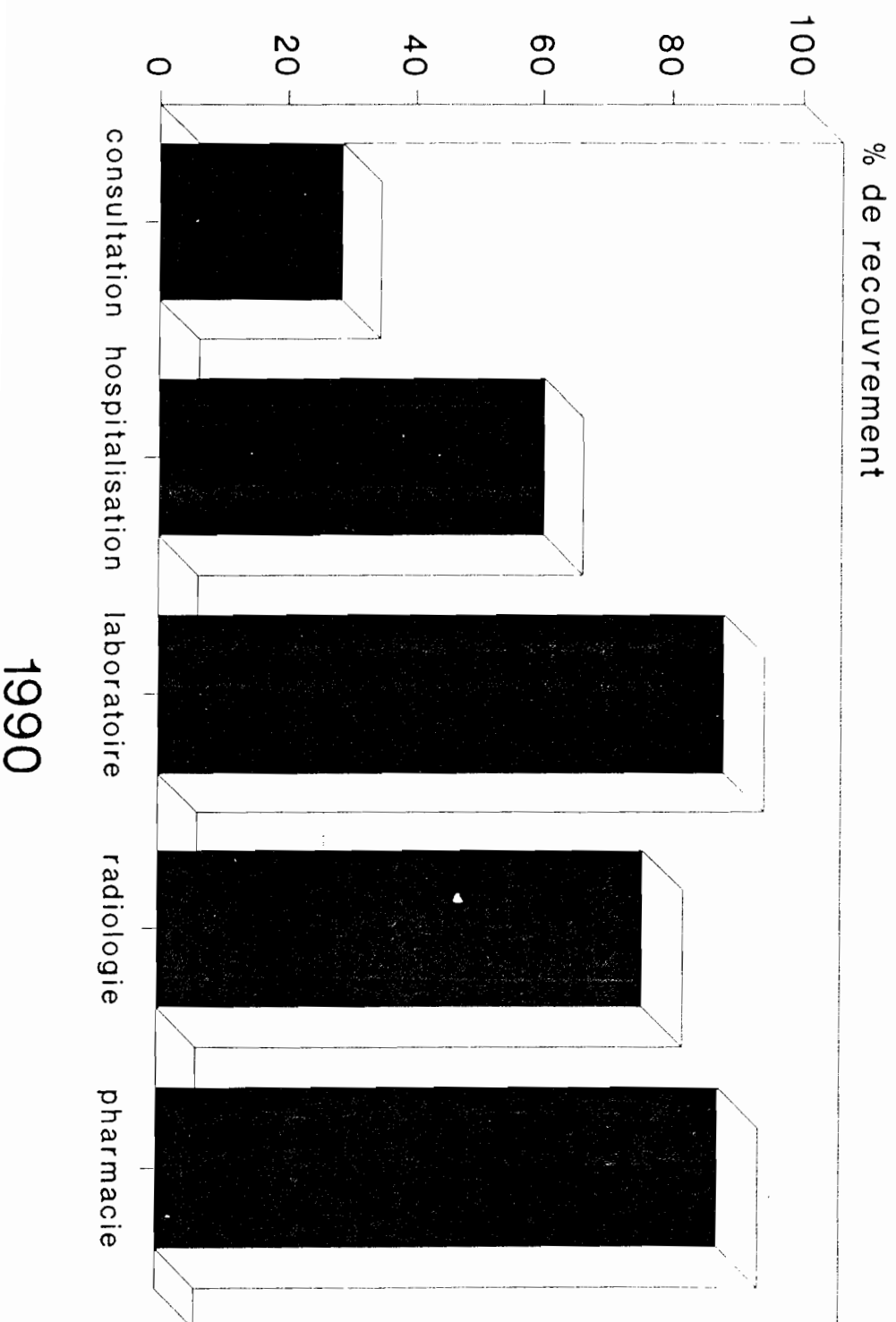


Fig13: Ventilation par service du niveau de recouvrement des recettes théoriques potentielles





La mise en place du système de recouvrement des coûts à l'hôpital régional de Mopti a permis d'obtenir des ressources additionnelles pour l'hôpital. Ces recettes ont progressé au cours de la période allant de 1988 à 1990. Certes, elles ne couvrent qu'une partie des besoins de financements de l'hôpital, mais elles ont été multipliées par trois en 1990. Ce fait est lié à l'introduction du système de gestion et du système de vente des médicaments aux malades hospitalisés. Au cours de la période d'étude, les charges de l'hôpital se sont accrues et ont essentiellement porté sur les frais divers notamment les dépenses en eau-électricité, en maintenance, carburant et les dépenses en médicaments. Peut-on affirmer ici qu'il s'agit d'une amélioration de la qualité des soins ? On ne peut y répondre qu'en utilisant les commentaires du personnel. En effet, ce dernier affirme avoir observé un changement qualitatif et une motivation des fonctionnaires.

Par ailleurs, l'observation de l'évolution effective des entrées prouve qu'il y a eu au cours de la période, un effet d'attraction de l'hôpital qui justifiera l'amélioration de la qualité des soins fournis.

En valeur, le montant des recettes recouvrées est supérieur à ce qu'il en est à Ségou et à Kayes (cf n°13). Cependant, le niveau actuel des recettes ne permet pas de couvrir les besoins de financement de l'hôpital.

Les simulations effectuées également laissent entrevoir qu'au mieux, l'on obtiendra environ 50 % de recouvrement en supposant que le niveau des charges en 1990 correspond à un niveau de fonctionnement satisfaisant.

Nous ne nous sommes pas livrés à des exercices de réduction de ces charges, mais il est possible qu'en agissant par leur rationnement on obtienne une amélioration du taux de recouvrement.

On notera que ce recouvrement ne portant que sur les coûts récurrents, laisse donc de côté les dépenses d'investissement.

Nos simulations se sont limitées à l'application des niveaux actuellement admis des tarifs. En les supposant augmenté tout en maintenant les gratuités pour les couches les plus démunies, jusqu'où peut-on fixer ces tarifs pour que l'hôpital puisse s'autofinancer.

nous avons fait varier les tarifs en maintenant constantes les charges. Nous avons pu voir ainsi qu'il faudrait multiplier les tarifs actuels par un facteur 3,2 avec un coût moyen de l'ordonnance invariable, pour atteindre l'ultime objectif. Ainsi, le système accepterait-il de perdre 24 261 000 F CFA dans les gratuités ?

Concrètement, on fera payer un lit-jour d'internement à 1600 F CFA la journée au lieu de 500 F, une radiographie à 8000 F CFA au lieu de 2500 F, un examen de laboratoire à 1920 F CFA au lieu de 560 F.

Or, dans ce contexte de pauperisme national, toute augmentation de prix sera durement ressentie par le peuple. Mais doit-on continuer à faire payer par l'ETAT encore plus de 40 % des charges fonctionnelles de l'hôpital ? Ou alors la collectivité accepterait-elle de payer n'importe quel prix pour récupérer sa santé ? [cf n°8 ]

D'autres questions méritent d'être examinées : doit-on continuer à payer au même prix une hospitalisation et une consultation ? Ou alors une hospitalisation en chirurgie et une hospitalisation en médecine doivent-elles coûter la même valeur ? Ou un accouchement ordinaire au même prix qu'une césarienne ? Comme exemple, le coût d'une césarienne s'élevait à 17336f en moyenne à l'hôpital du point G en 1988 (cf n°9). . On voit qu'il est possible d'arriver à un autofinancement intégral des coûts récurrents. Et ce, au prix d'une élévation des tarifs actuels. Tout en déterminant le seuil tolérable quand au pouvoir d'achat de la population.

En dehors de toute préoccupation d'autofinancement, nous pensons qu'il est indispensable d'envisager une révision des tarifs, qu'il faut établir une différenciation entre les catégories de prestations, afin que ces tarifs reflètent les coûts réels des prestations. Aussi une application rigoureuse des techniques modernes de gestion, à savoir une planification stratégique et son système régulateur (le contrôle de gestion cf n° 12 ), est une condition incontournable pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital.

des personnes qui ont accès à ces services et de recueillir l'avis et les suggestions pour d'éventuelles corrections des travaux qu'ils ont.

## ANNEXES 1

### 1) LEGISLATION SANITAIRE:

**1\_1 LA LOI N°94\_009 du 22 Mars 1994** portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics: Elle est une relecture de l'ordonnance 79\_9 du 19 janvier 1979.

**Article 35** : Il précise la définition des notions de "service rattaché" qu'étaient les hôpitaux régionaux. Elle stipule qu'on pouvait créer un service rattaché pour une période déterminée.

**Article 39** : IL permet la création d'une nouvelle catégorie d'établissement public qui est: "l'établissement public à caractère scientifique". Par contre l'ordonnance 79\_9 prévoyait trois catégories: EPA, EPP, EPIC.

**1\_2 LA LOI N°90\_110 AN RM** : Elle porte les principes fondamentaux de la création de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics à caractère administratif: EPA.

**Article 1** : L'EPA est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie financière.

**Article 2** : L'EPA est chargé de la gestion d'une mission déterminée caractérisée par la production de service non marchand. Le chapitre 2 traite des organes d'administration et de gestion que sont: Le conseil d'administration, la direction générale, le comité de gestion.

**Article 26** : Les EPA sont soumis aux règles de la comptabilité publique.

**Article 28** : EPA tirent essentiellement leurs ressources des taxes fiscales et parafiscales, de la cession de service, de subvention de l'état ou de la collectivité de rattachement et de contribution des personnes physiques ou morales.

**Article 29** : Les dépenses des EPA sont constituées par les dépenses de fonctionnement d'équipement et d'investissement.

**1\_3 DECRET 243 PGRM** : IL fixe le régime de la rémunération dans les formations sanitaires :

Vue l'ordonnance 79\_9, l'ordonnance 46 bis, l'ordonnance 77\_54, ce décret établit la nomenclature des actes médicaux effectués par les malades externes.

Sont gratuits les examens suivants: recherche de BK, de BH, de microfilaire, de trypanosomiase, de drepanocyte, et les examens pratiqués chez les femmes enceintes et chez les donneurs de sang.

**Article 4** : La nomination des actes médicaux est composée des lettres-clés et des chiffres indiquant le coefficient indiciaire.

**Article 5** : selon le type d'actes les lettres\_clés à utiliser sont les suivants :

C 1 : consultation par le medecin, le chirurgien,  
le chirurgien\_dentiste.

C 2 : consultation de l'infirmier

C 3 : consultation du kinésithérapeute

C 4 : consultation de la sage\_femme

C 5 : Actes de chirurgie et spécialités prodigués par le médecin

Z : Actes utilisant les radiations ionisantes par le médecin

B : Actes de biologie clinique

D : Actes pratiqués par le chirurgien dentiste

AMI : Actes pratiqués par l'infirmier

SF : Actes pratiqués par la sage femme

AMM : Actes pratiqués par le masseur kinésithérapeute

**Article 6** : tous les actes médicaux ,n'utilisant pas les radiations ionisantes sont cotés K.

**Article 8** : La valeur indiciaire des actes médicaux est fixée comme suit: K = 300f

Z = 300f

B = 60f

C1= 1000f

C2= 300f

C3= 300f

C4= 300f

**Le titre 1** de l'annexe de ce decret precise la nomenclature des actes médicaux:

1\_Examens et analyses de biologie clinique:

\_A = examens histo\_pathologiques

\_B = examens cyto\_hormonaux

\_C = examens cliniques

2\_Actes radiologiques et de traitement traumatologique:

\_A = fractures

\_B = luxations

\_C = plaies

3\_Actes portant sur les tissus en general:

\_A = peau et tissu cellulaire sous cutané

\_B = muscle , tendon, synoviale

\_C = os

4 Actes thérapeutiques:

- \_A = orbite et oeil
- \_B = Orthopédie et rééducation del'ampliopie
- \_C = oreille
- \_D = face
- \_E = bouche, pharynx, langue
- \_F = maxillaire
- \_G = dents

5 Actes portant sur le thorax:

- \_A = sein
- \_B = plèvre et poumon
- \_C = médiastin
- \_D = coeur, péricarde

6 Actes sur l'abdomen

- \_A = laparoscopie
- \_B = paroi abdominale, grande cavité péritonéale
- \_C = estomac, intestin
- \_D = rectum

7 Actes portant sur l'appareil génital masculin

- \_A = verge
- \_B = prostate et vesicule séminale
- \_C = bourse

8 Actes portant sur l'appareil urinaire

- \_A = endoscopie
- \_B = vessie
- \_C = uretère

9 Actes portant sur l'appareil génital féminin

- \_A = gynécologie médicale
- \_B = actes liés à la gestation et à l'accouchement

10 actes portant sur les membres inferieurs:

- \_A = actes de chirurgie
- \_B = actes de pédicure

11 Diagnostique des troubles mentaux

12 Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle

- \_A = actes de diagnostique
- \_B = cas simple
- \_C = traitement de rééducation et réadaptation
- \_D = rééducation divers

13 Soins infirmiers

## ANNEXES 2

### Fiche d'interview du personnel :

Nom	Prénom	Age
Sexe	Profession	
Catégorie	Responsabilité	
	Date de prise de service	

- 1\_ Pouvez vous decrire l'hospital avant la rénovation?
  - \_disponibilité du matériel :
  - \_disponibilité des médicaments:
  - \_disponibilité des ressources humaines:
  - \_votre motivation pour le travail:
- 2\_ le travail était il planifié?
  - \_comment étaient organisées les activités?
- 3\_ quelles étaient les centres de décision?
- 4\_ pour les prises de décision, y'avait il délégation ou au contraire les décisions étaient elles fortement centralisées?
- 5\_ les réunions servaient- elles aux prises de décision?
- 6\_ selon quel rythme ces réunions se tenaient- elles?
- 7\_ les prises de décision se référaient elles uniquement aux expériences personnelles?
- 8\_ des décisions étaient elles prises localement?
- 9\_ les frais d'hospitalisation étaient ils payants? si oui, qui en assumait:
  - \_le patient?
  - \_l'état?
  - \_un autre?
- 10\_ y'avait il des critères de paiement de ces frais?
  - \_comment donc étaient entretenus les indigents?
- 11\_ tous les malades avaient ils les mêmes chances d'accès aux prestations?
- 12\_ a combien s'élevaient les services ?
  - \_la consultation
  - \_l'hospitalisation
  - \_les interventions chirurgicales
  - \_l'accouchement
  - \_les médicaments
  - \_la radiographie
  - \_les examens de laboratoire
- 13\_ l'hospitalisation se payait elle avant ou après la rentrée?
- 14\_ délivrait on un récépissé?

15\_ qu'apporte la municipalité dans le fonctionnement de l'hôpital?

16\_ qu'étaient les modalités d'accès aux médicaments?

17\_ avez vous le sentiment que les résultats paracliniques vous aident dans le processus diagnostique? venaient ils à temps?

18\_ que pensez vous de l'orientation clinique des examens demandés?

19\_ aviez vous le sentiment de bien servir? estimation personnelle de la fréquentation de l'hôpital:

20\_ pensez vous qu'il ya eu une amélioration par rapport à la situation d'antan? sur quoi a porté le changement?

21\_ selon, vous les prestations doivent être payantes ou non?

22\_ selon vous, qu'est ce qui constitue à présent un obstacle au bon fonctionnement de l'HRM ?



### Fiche d'interview des malades:

Nom: Prénom: Age: Sexe:

Profession: Ethnie: Origine:

Résidence:

Diagnostic d'entrée :

- 1\_ A votre entrée, avez vous eu tout de suite une place?
- 2\_ Avez vous eu les premiers soins dans l'immédiat ?
- 3\_ Avez vous reçu la visite du médecin dans les suites immédiates de votre entrée?
- 4\_ A combien payez vous l'hospitalisation?
- 5\_ que pensez vous de ces frais?
- 6\_ comment trouvez vous votre salle? propre? ventilée? éclairée? ventilée?
- 7\_ les toilettes étaient elles d'accès facile?
- 8\_ les médicaments et les analyses étaient ils accessibles?
- 9\_ qui endosse les frais?
- 10\_ avez vous trouver tous les produits qui vous sont prescrits?
- 11\_ voyiez vous le personnel chaque fois qu'il était nécessaire?
- 12\_ pensez vous avoir trop dépenser?
- 13\_ avez vous déjà fréquenter cet hôpital?
- 14\_ si oui, avez vous observer des changements?
- 15\_ quels sont ces changements?
- 16\_ Etes vous satisfait des services qui vous sont fournis?
- 17\_ pensez vous nécessaire d'améliorer certains aspects? lesquels?

## 2 Annexe : Pyramide sanitaire

### SYSTEME DE SANTE

<u>Echelon Administrative</u>	<u>Appareil de Production de Soins (1)</u>	<u>Appareil d'Administration (2)</u>	<u>Appareil de Soutien Technique aux Actions de Santé (3)</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures de Prestations de Soins à Vocation Nationale.</li> <li>- Hôpitaux Nationaux.</li> <li>- Centre d'Application en Santé Familiale.</li> <li>- Centre de Médecine Scolaire et Sportive.</li> <li>- <u>LABORATOIRES NATIONAUX</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Laboratoire INRSP</li> <li>. Laboratoire Hygiène Publique</li> </ul> </li> <li>* <u>STRUCTURE DE COOPERATION</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Institut d'Optalmologie Tropicale.</li> <li>. Institut Marchoux.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cabinet</li> <li>- Services de Consultation et de Concertation</li> <li>- Services d'Administration et de Gestion de services de Santé para-publique, (INRSP).</li> <li>- Administration Actions des O.N.G.</li> </ul>	
Régional	<p><u>INTERMOIAIRE 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>STRUCTURES DE PRESTATIONS</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Hôpital Régional</li> <li>. Hôpital Secondaire</li> <li>. Centre Régional de Transfusion Sanguine.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directions régionales Santé Publique.</li> <li>- Affaires Sociales</li> <li>- Hygiène Publique</li> <li>- Organes Consultatifs Régionaux.</li> </ul>	
<u>CERCLE ET COMMUNES</u>	<p><u>ECHELON LOCAL :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre de santé de Cercle ou de Commune :</li> <li>- Dispensaires de Soins,</li> <li>- Dispensaires Privés, Cabinets, privés de Consultation et de diagnostic, CMIE Hospitalisation privés Maternités.</li> <li>PMI. Labo. Analyse Bio. Médicale. Bloc Opération Pavillon d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration sanitaire du Cercle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service d'Hygiène</li> <li>- Brigade d'Hygiène</li> <li>- Service Social</li> <li>- Organe de consultation</li> </ul>
<u>ARRONDISSEMENT</u>	<p><u>ECHELON DE BASE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Dispensaire d'Arrond. Public/privé.</li> <li>. Maternité, Centre de PMI.</li> </ul>	<p>Prolongation de l'Administration du Cercle relayé par le Centre de chacun des Arrondissements.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bureau d'hygiène</li> <li>- Centre de développement Communal (C.D.C.)</li> </ul>
<u>VILLAGE</u>	<p><u>SECTEUR DE BASE :</u> groupe de village</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Maternité rurale</li> <li>. Dispensaire rural</li> <li>- Village : soins de santé primaire, case de soins et d'accouchement</li> </ul>		

### Liste des abréviations

H.R.M	: Hôpital Régional de Mopti
C.A.F	: Capacité d'autofinancement
R.T.A	: Recettes Théoriques Absolues
R.T.P	: Recettes Théoriques Potentielles
M.D.M	: Médecins du Monde
H.G.T	: Hôpital Gabriel TOURE
H.P <sup>1</sup> G	: Hôpital du Point G
C.N.R.A	: Commission Nationale de Reforme Administrative
M.S.P.A.S	: Ministère de la Santé Publique et des Affaires sociales
I.G.P	: Institut de Gestion Prévisionnelle
O.R.L	: Otorhinolaryngologie
O.N.G	: Organisme Non Gouvernemental
F. CFA	: Franc CFA
D.A.F	: Direction Administrative et Financière
F.S.N	: Fonds Social National
F.S.L	: Fonds Social Local

## Bibliographies

- 1 - ALAIN Grenon et REBE Drivet : "L'Analyse financière a l'hôpital":édition ESF 1987.
- 2 - "Annuaire statistique des services socio-sanitaires exercice 1988": MSPAS, Mai 1990.
- 3 - "Carte sanitaire du Mali, exercice 1988": MSPAS, 1990.
- 4 - CH.GERMEZ-Rieux, et M-GERVOIS : "Eléments de Médecine préventive, Santé publique et Hygiène": Flammarion, 4è édition 1976.
- 5 - Colloque Europe Blanche: "L'hôpital à Paris, Santé et Economie Hospitalière, 27, 28 Mai 1983 "Numéro spécial d'octobre 1983.
- 6 - EL HADJI Samba Ouologem: "L'hôpital du point G, organisation, activité, ressource en 1987" thèse de Médecine, ENMP, Bamako 1988, 72p.
- 7 - "Evaluation de la pharmacie hospitalière de l'hôpital Régional de Mopti": MSP\_AS, Bamako Mai 1991
- 8 - H.SUBRA : "La gestion Economique de l'hôpital public": Paris, 1971.
- 9 - Haidara JABRIOU Ababacar : "socio-démographie, consommation, morbidité hospitalières aux point C" ; thèse de pharmacie, ENMP, Bamako 1985. 94pp + annexe
- 10 - J. BRUNET-JAILLY : "Etude de cas sur le fonctionnement du système de santé au MALI".
- 11 - "Journées Internationales de réflexion sur la gestion des hôpitaux": MSP\_AS, Bamako, 6, 7, 8, 9, Avril, 1991
- 12 - PH.GAUTHIER, A.GRENON, G.PINSON, E.AMEAU : "Le contrôle de gestion à l'hôpital": Paris 1983.
- 13 - "Place de l'hôpital dans l'Organisation des Pays en Développement" ACODESS, Journées Internationales d'Abidjan, 6-7-8 juin 1990.
- 14 - " Rapport d'activité sur l'hôpital R M." MDM 1988.
- 15 - " Rapport annuel sur l'autonomie de gestion des hôpitaux au Mali, exercice 1989

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

---

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigera jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honnaires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considération de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

NOM : SIDIBE PRENOM : Djan NAMORY

Titre de la thèse :

**"L'Hôpital Régional peut-il s'autofinancer ?  
Etude de cas sur l'Hôpital Régional de Mopti"**

Année : 1991-1992

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Secteur d'intérêt : Gestion hospitalière

Résumé : Depuis 1983, les autorités sanitaires du Mali ont entrepris de mettre en place un système de recouvrement des coûts dans le secteur hospitalier.

La présente thèse, en étudiant le cas de l'hôpital de Mopti a cherché à entrevoir les possibilités d'autofinancement de cette structure.

Mots clés : HOPITAL ; GESTION HOSPITALIERE ; AUTONOMIE DE GESTION ; RECOUVREMENT DES COUTS : Recettes théoriques, potentialités