

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi**

**DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP)**

Année 1995

Thèse n° 3

THESE

Sujet :

Evolution de l'Hopital du Point " G " de 1986 A 1993

Présentée et soutenue publiquement le 1995

A L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du MALI (ENMP)

Par Mamadou TOUNKARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie (Diplômé d'Etat)

Examineur (JURY)

Président : Professeur GAOUSSOU KANOUTE

**Membres : Docteur BOULKASSOUM HAÏDARA
Docteur Elimane MARIKO**

Directeur de Thèse : Docteur KONARE Mariam KALAPO

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995-1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-ptisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou. DIAKITE	Psychiatre
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

Docteur Kassim SANOGO
Docteur Yéya I.MAIGA
Docteur Chompere KONE
Docteur Almaahdy DICKO
Docteur Mohamed TRAORE
Docteur Reznikoff
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE
Docteur Hamidou B.SACKO
Docteur Hubert BALIQUE
Docteur Sidi Yéhiya TOURE
Docteur Youssouf SOW

H.G.T.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
P.M.I.SOGONINKO
KATI
IOTA
IOTA
HGT
C.T. MSSPA
HGT
HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO
Pr M.L.SOW
Pr S.S.GASSAMA
Pr D. BA
Pr M.BADIANE
Pr B.FAYE
Pr Eric PICHARD
Dr G.FARNARIER

HYDROLOGIE
MED.LEGALE
BIOPHYSIQUE
BROMATOLOGIE
PHARMACIE CHIMIQUE
PHARMACODYNAMIE
MEDECINE INTERNE
PHYSIOLOGIE

Abréviations et Sigles utilisés

HPG : Hôpital du Point "G"

HGT : Hôpital Gabriel TOURE

CNDS : Centre National D'odonto Stomatologie

EPA : Etablissement Public Administratif

M.S.P.A.S. : Ministère de la Santé Publique et des Affaires
Sociales

C.H.U. : Centre Hospitalier universitaire

C.A. : Conseil d'Administration

D.N.P.F.S.S. : Direction Nationale de la Promotion Féminine et
de la sécurité sociale

FAC : Fonds d'Aide et de Coopération

E.N.M.P. : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

M.S.S.P.A. : Ministère de la Santé de la Solidarité et des
Personnes Agées

M.S.P.A.S.P.F. : Ministère de la Santé Publique des Affaires
Sociales et de la Promotion Féminine

I - Préambule

Ce travail a pour but de familiariser le lecteur avec l'évolution de la gestion de hôpital du point « G ».

Compte tenu de l'extension considérable de l'activité des établissements hospitaliers et des problèmes de gestion qu'ils posent, il est nécessaire de posséder une bonne maîtrise des techniques de gestion rationnelles :

- Au point de vue du management du personnel, de l'organisation des services
- de la qualité des soins
- du matériel, de la comptabilité et des statistiques.

Ceci ne veut pas dire que le responsable hospitalier doit se transformer en un staticien pur, maniant courbes, chiffres et équations. Une telle attitude serait caricaturale et préjudiciable à la bonne marche de l'établissement.

Les statistiques constituent le baromètre du fonctionnement des différents services hospitaliers.

Des concepts ont été précisés en vue de pouvoir interpréter les résultats des informations collectées et de réaliser des comparaisons interservices. Ce travail bénéficie de l'expérience acquise sur le terrain au sein des services hospitaliers.

Ce document vous présente également hôpital du point " G ", son système de gestion et ses perspectives dans le cadre de l'E.P.A.

Hôpital du point « G », étant le dernier recours de la pyramide sanitaire du pays, occupe en effet sur le plan économique une place non moins importante. Il apparaît comme l'une des premières entreprises socio - sanitaires, vue l'importance de la main d'oeuvre ; l'une des premières également par l'ampleur de son impact dans tout le pays.

Aussi l'offre globale de tout hôpital est assimilée à une forme de production de services et non de biens, la santé étant une notion économique à rendement indirect, bien que étant le facteur qui sous tend toute productivité. Comme tous les hôpitaux, l'hôpital du point " G " remplit des missions d'intérêt public ; il intéresse essentiellement la population atteinte d'une dégradation de leur état de santé.

A la lumière de certaines enquêtes il a été constaté que le marketing et la planification sont indispensables au bon fonctionnement d'un hôpital. Les dirigeants de hôpital du point " G " défendant les objectifs de leur établissement et soucieux de l'augmentation de la qualité des soins afin d'obtenir des résultats proches de l'idéal en terme d'efficacité, doivent adopter par là un processus de planification et de marketing à caractère social, malgré que les prix de revient convenables ne soient pas appliqués.

Ces deux notions permettent à hôpital public du point " G " de faire face à la concurrence des secteurs privés et publics, intégrer l'émergence de nouvelles institutions hospitalières et

PLAN (SOMMAIRE)

Dédicaces et Remerciements

Préambule - Généralités

1ère Partie

Introduction 3

2ème Partie

Méthodologie 7

3ème Partie

Commentaires
Résultats et Discussions..... 9

4ème Partie

Conclusion et Récommandations 56

Bibliographie

Resumé

Serment de ~~Q~~ Malien

s'intéresser efficace aux exigences d'une clientèle qui évolue dans l'expression de ses besoins de santé, de confort et de qualité d'accueil.

La coexistence d'un secteur public, privé et communautaire entraîne de ce fait, l'établissement d'un marché de santé.

A la différence d'une clinique privée, l'hôpital du point " G " est un établissement public sécurisant par l'environnement médical hautement spécialisé et un équipement moderne bien que insuffisant.

Rappelons qu'un hôpital public doit remplir cinq missions d'utilité collective.

- Diagnostiquer - traiter - prévenir - rechercher - enseigner.

Ailleurs hôpital du point " G " grâce à sa vocation, participe à la formation et à la recherche dans le domaine médical et paramédical, bien qu'il n'ait pas actuellement un statut de C.H.U. (Centre Hospitalier Universitaire).

1ère Partie : Introduction

II - INTRODUCTION

La charité, notamment sous l'impulsion des congrégations religieuses, est à l'origine du système hospitalier, l'hôpital accueille les indigents gratuitement, les héberges plus qu'il ne les soigne (6).

Transformés en hospices civils avec la révolution de 1789, les hôpitaux fonctionnaient selon les mêmes principes de gratuité et de charité, à partir des revenus et produits de la "dotation" (ensemble des dons et legs : immeubles, exploitations agricoles, valeurs), (6).

Avec son statut d'établissement public, susceptible de recevoir des subventions, les équipements et dépenses de l'hôpital sont faibles, le personnel est largement désintéressé. Les médecins ne sont pas rémunérés, le personnel congrégationaliste est très important.

Au XIX ème siècle, les médecins ont créé de petits établissements à destination d'une clientèle aisée pouvant acquitter les frais de soins et d'hébergement (6).

Au début du XX ème siècle, des établissements laïques apparaissent, sur l'initiative de banquiers, d'industriels et de détenteurs de fortunes privées. Ces hôpitaux et dispensaires sont destinés à la population salariée, en vue d'endiguer les fléaux du moment : l'alcoolisme et la tuberculose (6). Le XXème siècle va accélérer l'évolution des hôpitaux publics grâce au progrès médical et social.

L'hôpital devient le lieu privilégié d'évolution de la médecine exigeant un équipement technique plus conséquent et induisant de nouveaux moyens de financement.

L'hôpital s'ouvre aux non indigents. Les assurances sociales favorisent l'activité et le développement des établissements. C'est la loi du 22 Décembre 1941 qui concrétise cette évolution en prévoyant la rémunération du corps médical hospitalier pour les soins donnés aux malades.

Le secteur privé non commercial et religieux a précédé l'institution des hôpitaux publics. Héritiers de la tradition charitable et constitués sous forme d fondations et de congrégations religieuses (6).

Ces établissements sont aujourd'hui proches des hôpitaux publics. Nombre d'entre eux ont subi des modifications de structures ou ont fermé (senatoriums reconvertis en maisons de cure, de repos).

Les hôpitaux privés conscients d'un marché de dépenses de santé en expansion se ressaisissent actuellement pour reconquérir un poids économique plus important. Différentes modalités stratégiques sont à l'étude, il importe de prendre en compte les points acquis d'un secteur se développant au détriment de l'autre et de voir le problème en terme de concurrences.

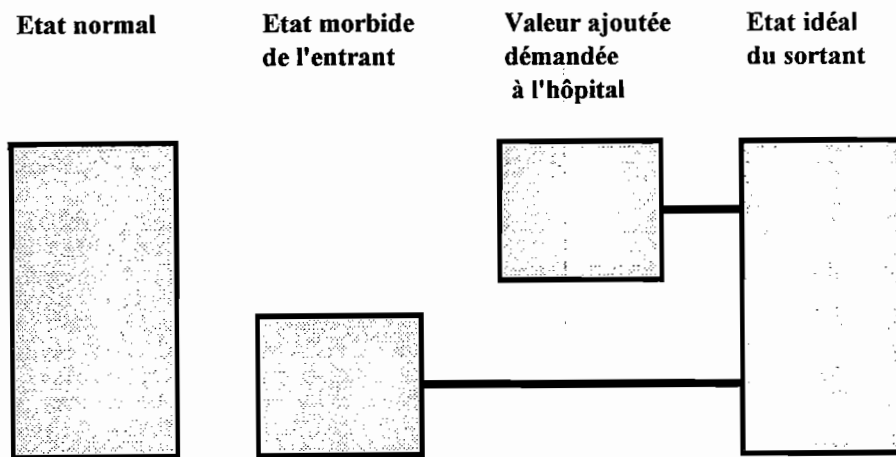
Régulièrement des campagnes d'attraction de clientèle hospitalière opposent le secteur privé et public. Parmi les slogans de ces campagnes, l'on pouvait citer : " Hôpitaux publics, qualité, sécurité d'abord " s'opposaient à l'affichage du privé : " l'hospitalisation privée, les soins... le confort, l'accueil en plus ".

IL y a concurrence parce qu'il y a un marché capté entre deux secteurs, publics et privé. C'est dans ce dernier que prolifèrent actuellement de nombreux projets de pénétration et de conquête de l'activité hospitalière notamment par des organismes privés d'assurances et la constitution de chaînes de cliniques. Tous ces phénomènes obligent les hôpitaux publics à adopter une politique de gestion plus conséquente en vue d'amortir une perte ultérieure de la clientèle. Ainsi une gestion saine et productive s'avère plus que nécessaire.

La confrontation permanente entre producteur et consommateur que constitue le marché, est la meilleure référence possible pour orienter l'activité économique. Il existe plusieurs tentatives de définition de la production hospitalière, par leur multicités, elles complètent le concept de production mais traduisent également la difficulté d'appréhension du problème.

L'hôpital demeure néanmoins producteur de valeur ajoutée. Tous les efforts techniques et humains de cette quasi - entreprise visent un seul objectif prioritaire : améliorer la santé de l'entrant à l'hôpital afin de lui restituer en sortant un état aussi près de l'état de santé adéquat.

Le schéma ci-dessous résume bien cet objectif.



Le gain de santé constitue le produit final de l'hôpital. De nombreux auteurs contestent l'idée d'établir un parallèle entre l'hôpital et l'entreprise, par manque de clarification et de simplification du produit final issu de cette organisation.

Ailleurs l'union hospitalière privée se lance dans une campagne de publicité " les hôpitaux privés, l'accueil en plus ".

Les consommateurs, en matière d'hospitalisation, les usagers - clients, (les patients) sont sensibles à ces " plus " qui sont perçus de façon très subjective par la population. La tentative lorsque le patient a le choix est d'hésiter entre ces variables qui forment le produit sans qu'elles soient discernables. Ainsi une parturiente hésitera entre deux schémas classiques pour choisir son lieu d'accouchement :

- **L'hôpital public** : " Mon accouchement s'est réalisé dans un environnement médical qui m'a sécurisé du début jusqu'à l'issue, mais je n'ai pu avoir de chambre individuelle et les repas, quelle catastrophe... " (6).

- **La clinique privée** : " L'accouchement s'est bien passé heureusement, car le médecin n'est arrivé qu'à la dernière minute et je n'étais pas rassurée, mais ma chambre est vraiment confortable, mon mari vient quand il veut, nous avons même eu en cadeau un quart de champagne à consommer de préférence plus tard et des fleurs le lendemain ". La qualité des soins vient compléter ces aspects (6).

Ces variables existent, bien que caricaturées, et font partie du produit, le complément du produit reste difficile à évaluer, il, tient à la qualité du service, au degré de perception de la satisfaction du client, à la disponibilité du service ce jour là, à la qualité des soins.

L'hôpital du Point G, qui est un hôpital national doit assurer l'accueil et la prise en charge des malades qui lui sont référés par toute structure sanitaire, qu'elle soit publique, privée ou communautaire, ainsi que tous les patients qui sollicitent son service dans des situations d'urgence (19).

Compte tenu des potentialités limitées de l'économie malienne et du coût de plus en plus élevé de services de santé, l'hôpital du Point G rationalise les services qu'il produit afin de répondre au mieux à la demande exprimée. Cette mission, hôpital aura à la remplir en situation de concurrence et de complémentarité avec les secteurs privés et communautaires (19).

Complémentarité, car les formations hospitalières publiques sont les plus à même de répondre aux critères d'accessibilité financière qu'exigent les objectifs de santé pour tous, propre à la politique de santé au Mali. Concurrence, car tout malade est libre de s'adresser aux structures sanitaires de son choix.

Les différentes modes de gestion qui se sont succédées au sein de l'hôpital du point G n'ont pu résoudre que partiellement l'immense problématique que connaît depuis toujours cet établissement.

En effet, le statut d' EPA qui vient de lui être conféré traduit un changement profond dans la conception des hôpitaux, en permettant leur passage d'une logique principalement administrative à celle d'une véritable gestion.

Il est également temps d'admettre que tout système ne fonctionne que par l'engagement, la compétence et la disponibilité des hommes qui sont chargés de le faire vivre.

Grâce à leur nouveau statut, les hôpitaux disposent de la personnalité morale et sont en mesure d'adopter les règles de gestion d'une entreprise tout en continuant à assumer le cahier des charges liées à leur mission de service public et à bénéficier des ressources de l'ÉTAT.

Ainsi, l'hôpital devient une quasi-entreprise-complexe. Défini comme un service collectif mixte par certains auteurs, l'hôpital cumule un service marchand et un service collectif. D'autres qualifient l'activité de hôpital en terme de production jointe.

Il y a autant de produits que de malades traités.

En résumé l'hôpital apparaît comme une quasi - entreprise, dotée d'une production de services.

L'objectif de cette thèse est de trouver une solution appropriée aux difficultés que connaissent nos hôpitaux, voir les méthodes de gestion qui leur conviennent afin qu'ils répondent aux diverses exigences de la population malade.

III - Méthodologie :

III.1 - Type d'études

Mon travail s'est déroulé en 2 phases :

- 1) - phase de contact : interview de certains chefs de service
- 2) - phase : recherche documentaire à travers des stages comportant une étude descriptive et prospective des différents systèmes de gestion notamment l'autonomie de gestion.

Le recueil des données :

Pour éviter de recueillir des données inexploitable, lors d'une première approche, nous avons d'abord procédé à une série d'interviews auprès des responsables de divers services techniques et administratifs. C'est à la lumière de leurs réponses que nous avons choisi les niveaux auxquels nous avons recueilli les données nécessaires.

III.2 - Période et cadre d'études :

Ces études ont porté sur une période de 1 an ½ allant du 9 janvier 1993 au 30 juin 1994.

Nos sources ont été les suivantes :

- Pour la gestion des médicaments : Stage à la pharmacie, interviews des pharmaciens; carnets de commandes; registres ou fiches de stock, ordonnances.
- Pour l'étude du suivi administratif : Interviews des responsables de l'administration, du responsable du bureau des entrées, des agents du bureau des entrées, du caissier du chef du personnel, registre du bureau des entrées, relevé des recettes. Entretien avec le chef du personnel dans le cadre de la gestion du personnel.

Les informations acquises sur les matériels ont été l'oeuvre des questions posées aux différents responsables notamment sur les dates d'acquisition, sur le budget d'acquisition. La liste déposée à la direction ne donnait pas ces renseignements.

- Pour les examens radiologiques et du laboratoire : Exploitation des rapports d'activités élaborés par les chefs de services et déposés à la direction. Stage au laboratoire.

En ce qui concerne les autres chapitres de la présente thèse, on a procédé aux statistiques de routine : qui sont le dépouillement des registres et des fichiers qui sont dans chaque formation sanitaire et relatent les activités réalisées .

La qualité des informations reflète le niveau de fiabilité des données fournies par l'hôpital du point " G " en particulier, liée aux problèmes inhérents au système de collecte.

III.3 - Cadre d'un traitement des données :

Il a été essentiellement statistique. Un certain nombre de cumuls de pourcentages ont été calculés. Les principales opérations comptables ont consisté en valorisation en francs de consommations mesurées en volume.

Les statistiques d'activités élaborées par chaque service nous ont servi de point d'appui à l'analyse des données.

Les diverses recherches ont permis de connaître le fonctionnement des services techniques et administratifs concernés. Fonctionnement qui sera développé ultérieurement et intéressera surtout les services centraux techniques qui constituent les points d'attractions.

IV - Historique évolution structurelle et organisationnelle de l'Hôpital du Point G

IV.1 - Evolution structurelle

Créé en 1906, l'hôpital du point G était la première formation sanitaire de la république soudanaise.

Il s'agissait à l'époque d'un embryon hospitalier implanté par le colonisateur afin de faire face essentiellement aux problèmes de santé du personnel de l'administration coloniale (militaires, et fonctionnaires expatriés et Africains) et de leurs familles.

Il était et demeure implanté sur la colline du point G à environ cinq (5) kilomètres de Bamako.

D'une capacité hospitalière constituée au départ par treize (13) pavillons en service, hôpital du point G a chronologiquement pris une dimension plus importante atteignant de nos jours une cinquantaine de corps de bâtiments (22)

- De 1906 - 1912 : Construction des bâtiments suivants :

- ° pavillon des officiers qui est actuelle maternité et service de gynéco-obstétriques, actuelle médecine B.
- ° pavillon des sous officiers, actuelle médecine C.
- ° pavillon des opérés Dames et Hommes, actuelle cardiologie.
- ° Magasin matériel et atelier.
- ° Pharmacie actuelle médecine D
- ° Cuisine.
- ° Direction de l'hôpital, actuelle gynécologie.

- En 1925 : construction du service contagieux actuel service des maladies infectieuses.

- En 1930 : Construction de la buanderie.

- En 1946 : Construction du bâtiment " Médecine Africaine " ou " Indigénat " actuelle chirurgie B, chirurgie II et médecine E

- En 1948 : Construction du Cabanon qui a été démolé par la suite.

- En 1949 : Construction du bâtiment "chirurgie Est " actuelle urologie.

- 1950 : Construction de la chirurgie I et du logement du surveillant général actuelle Neurologie.

- 1953 : Construction du " Nouveau Pavillon " actuelle gastro-enterologie.

- 1954 : Construction de la chapelle actuellement détruite.

- 1955 : Construction de la radiologie actuelle Néphrologie et des salles de cours actuels anciens bâtiments de l'École des infirmiers.

- 1957 : Construction de la phtisiologie.

- 1961 : Construction du bloc opératoire.

- 1963 : Construction du service de Psychiatrie.

- 1969-1975 : Construction des bâtiments suivants :

- ° bloc administratif,
- ° Service des urgences,

° Les pavillons Dolo et Tidiani F, Traoré,

° Le service de radio.

- En 1986 : Construction du service laboratoire.

Des travaux de rénovation de certains services eurent lieu :

1988 : Rénovation du labo et construction de l'actuelle pharmacie.

1988 et 1990 : Rénovation de la cardiologie.

1992 - 1993 : Rénovation de l'actuelle gastro-entérologie.

D'autres travaux de rénovations sont éventuellement prévus.

Depuis 1906, l'hôpital du point G a connu une expansion considérable, ce qui lui permet aujourd'hui d'être le premier centre hospitalier du pays où peuvent se faire les investigations radiologiques et biologiques et les traitements chirurgicaux et médicaux modernes qui répondent à sa triple vocation de guérison des malades, de promotion de la recherche en santé publique et de participation à la formation du personnel socio-sanitaire dans le domaine médical et para médical en tant que centre hospitalo-universitaire (CHU).

IV.2 - Organisation :

IV.2.1 - (1*) Conformément au décret 117/PGRM du 28 mai 1984 l'hôpital du point G comprend

- Une direction,
- Une division administrative et financière,
- Une division technique,
- Et une surveillance générale,

a) La direction :

Elle comporte un bureau pour le directeur général, un bureau pour le Directeur Général Adjoint, un Secrétariat de Direction et un Pool de Secrétariat.

Organigramme de l'Hôpital du point "G"

Direction Générale

Secrétariat

**Division Administrative
et Financière**

Division Technique

Serveillance Générale

**Services Administratifs
Financiers et annexes**

Services Techniques

Pavillons d'hospitalisation

V - Évolution de la législation sur les hôpitaux : (voir les décrets et les lois dont je dispose en annexes).

En matière hospitalière comme en matière de santé publique en général, la législation a été très peu codifiée.

1) Le Décret N° 263 PGRM du 21 Juillet 1961, sera modifié par le décret 251 PGRM du 30 / 12 / 1963 portant réorganisation des services médicaux sanitaires. Ce décret consacre en son article 7 les missions de la division de l'administration des soins hospitalières et de l'assistance médicale.

2) La loi 62 - 3 ANRM du 15 Janvier 62 portant création et organisation des régions sanitaires précise en son article 2 que la région sanitaire groupe les services et établissements sanitaires fonctionnant dans la région.

Toutefois, le centre hospitalier du point « G » et l'hôpital de Kati érigés en hôpitaux d'instruction sont directement administrés par l'Inspecteur Général de la santé publique (le Directeur Général de la santé publique à partir de 1964).

3) L'ordonnance 77 - 54 / CMLN du 13 / 10 / 77 portant régime des hôpitaux, détermine la nature juridique des hôpitaux au Mali et leur mission.

Ainsi, les hôpitaux sont des services publics de l'État créés par décret puis en conseil des ministres.

Ils sont placés sous l'autorité du Ministre chargé de la santé publique et dirigés par un médecin Directeur nommé par arrêté du Ministre de la santé publique.

Peuvent être érigés en hôpitaux, les centres de santé qui remplissent certaines conditions techniques telles que : une salle d'opération, un pavillon de chirurgie, de 20 à 30 lits (hommes et femmes), un pavillon de médecine de 20 à 30 lits, une salle de radiologie, un laboratoire d'analyse, une pédiatrie de 10 à 20 lits, une maternité de 20 à 40 lits, une cuisine une buanderie, une morgue.

L'ensemble des dépenses de fonctionnement des hôpitaux et l'ensemble des recettes provenant de leur prestation de services sont inscrits au Budget de l'État (ordonnance 46 bis).

4) La loi 84 - 22 AN - RM du 17 Mars 1984 érige en services rattachés à la Direction Nationale de la santé publique les hôpitaux nationaux du point G, HGT, Kati. Cette loi précise en son article 2 les missions de ces hôpitaux à savoir :

- Assurer le diagnostic et le traitement des maladies avec ou sans hospitalisation.
- participer à la formation du personnel sanitaire.
- Promouvoir la recherche dans le domaine de la santé publique.

5) L'ordonnance 84 -12 / P - RM du 5 Mai 1984 portant création des services rattachés au Ministère de la santé publique et des affaires sociales crée le CNOS en son article 1er et fixe sa mission en son article 5.

Cette ordonnance crée en son article 11 les hôpitaux régionaux et secondaires et les érige en services rattachés aux Directions Régionales. De même, elle précise en ses articles 13 et 14 les missions des hôpitaux régionaux et secondaires.

6) Le décret 117 PGRM du 28 mai 1984 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement des hôpitaux du Point « G », Gabriel TOURE, Kati, le décret 174 du 19 juillet 1984 complétant les décrets d'organisation des directions du MSPAS, et des décrets 243 du 19 septembre 1983 fixant le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les formations sanitaires ; ont été complétés par différents arrêtés interministériels fixant les dispositions réglementaires applicables aux hôpitaux.

7) Loi n° 92-023 portant création d'un établissement public à caractère administratif dénommé hôpital du Point « G », doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

8) Décret n° 92/199 P-RM fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'hôpital du Point « G ».

9) Par ailleurs l'assemblée nationale en sa séance du 27 juillet 1990 a délibéré et adopté la loi n°90-110/AN-RM portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics à caractère administratif. Le président de la république a promulgué une loi à cet effet, qui dit en son article 4 que l'EPA relève d'une collectivité territoriale désignée par son acte constitutif. Sont établissements publics nationaux, les établissements publics dont la collectivité de rattachement est l'Etat, et en son article 5 que l'établissement public national à caractère administratif est créé par une loi qui fixe également :

- le cadre général de sa mission
- la dotation initiale de l'Etat ainsi que l'énumération des ressources dont il dispose.

VI - Evolution du cadre financier :

Les hôpitaux sont régis au plan financier principalement par les textes suivants :

1*) L'ordonnance 46/Bis du portant règlements financiers : énonce les principes relatifs à la perception des recettes et à celui de l'unicité de caisse.

2*) Le décret 243/PG-RM du 19 septembre 1983 fixant le régime de rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les formations sanitaires. Ce texte détermine le régime de gratuité légale la nomenclature des actes et leurs tarifs, la tarification des prestations sanitaires.

VII - De l'autonomie de gestion :

Historique :

Depuis quelques années, le problème de gestion des hôpitaux au Mali est devenu une des préoccupations majeures des pouvoirs publics. A cet égard le département de la santé publique et des affaires sociales s'est assigné comme objectif la recherche des voies et moyens plus adéquats permettant aux hôpitaux une utilisation optimum de leurs ressources financières, techniques et humaines dans le sens d'une amélioration des prestations face à une situation qu'on ne peut plus dégrader.

En effet, le contexte économique et financier dans lequel évoluaient les hôpitaux, était extrêmement difficile, c'est à dire dans un système dit public qui se caractérisait essentiellement par :

- Des infrastructures anciennes et des équipements usés
- Un personnel non motivé
- Une insuffisance des moyens financiers mis budgétairement à leur disposition par l'Etat.
- Un cadre juridique inapproprié

La conjugaison de ces différents facteurs a entraîné une baisse notable de la qualité des prestations sanitaires.

Par ailleurs, les gratuités légales (non remboursables), les tarifications des frais d'hospitalisation largement inférieurs aux consommations du malade, en plus des gratuités qui se font directement au niveau du personnel, constituent des éléments annonciateurs d'un déficit permanent.

Il est à signaler aussi que l'hôpital du point " G " étant le dernier recours sanitaire, le mieux équipé, connaît un déficit plus marqué du fait qu'en outre il prodigue, des soins gratuits aux personnels de santé, aux malades mentaux, aux tuberculeux, aux cancéreux etc...

L'un des inconvénients de ce système dit de service public est le versement de toute les recettes au trésor. Aucun montant n'est alloué à l'hôpital à part le budget de fonctionnement, et de médicament. Ce budget est notifié trimestriellement. Il ne peut être débloqué qu'après des procédures financières très rigides et longues. D'où l'impossibilité de l'hôpital à faire face aux dépenses urgentes puisqu'il ne disposait pas de liquidités. Par exemple : pour faire face à une pénurie de films ou de réactifs etc...ce qui entraîne la non réhabilitation de l'hôpital, le découragement du personnel, une perte de clientèle notamment ceux qui ont les moyens s'en vont à l'étranger ; et la lenteur dans les commandes.

Face à une telle situation, en 1983 les pouvoirs publics ont demandé à l'I.P.G.P (Institut de Productivité et de Gestion Prévisionnelle) et à la C.N.R.A (Commission Nationale de Reforme Administrative) de conduire des études en vue d'appréhender l'ensemble de la problématique du financement, de la gestion et de l'organisation du secteur hospitalier public malien et de proposer des solutions appropriées, avec l'appui de la D.N.P.F.S.S et des Directions des hôpitaux nationaux.

La commission interministérielle mise en place par le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales et le Ministre des Finances ont après examen des rapports produits donné un avis technique favorable. C'est alors que le Ministre de la Santé a donné mandat à la direction des de l'HGT d'élaborer : un projet test portant sur :

- La mise en oeuvre des recommandations contenues dans le rapport de la CNRA relatives :
 - A la gestion des médicaments,
 - A l'alimentation,
 - A l'administration,
- La mise en place du système de contrôle de gestion : objet du rapport de l'I.P.G.P, permettant de recueillir les données relatives : aux dépenses hospitalières par service dans le domaine de l'alimentation et du médicament, aux recettes hospitalières par origine. Ces données devraient permettre de proposer des solutions quant à la prise en charge effective de ces dépenses.

A l'issue de cette première année de test (1983) à l'hôpital Gabriel TOURE et après évaluation, il ressort les observations et suggestions suivantes :

- Le projet test a révélé l'existence d'une capacité de mobilisation du personnel sanitaire dans son ensemble, lorsqu'il s'agit d'atteindre un résultat donné tout en fusionnant leurs acquis personnels aux résultats financiers réalisés par hôpital tout en leur accordant un taux d'intéressement et en améliorant les conditions de travail :
 - l'amélioration du recouvrement des coûts,
 - le recueil des données sur les dépenses hospitalières à travers les budgets-programmes.
- La mise en place d'un système de collecte des informations a été atteint.
- L'amélioration des prestations hospitalières entraînant une baisse de la durée moyenne de séjour des malades. La rotation des lits a été améliorée. De même dans le domaine des consultations externes et des examens spécialisés, on note une progression.

A partir du test réussi à l'HGT, le gouvernement a été saisi en Mai 1985 d'un rapport sur l'autonomie de gestion des hôpitaux avec deux propositions alternatives.

- soit conserver le statut de services rattachés avec institution d'une dérogation au règlement financier en vigueur.
- soit modifier le statut des hôpitaux qui deviendraient des personnes morales dotées de l'autonomie financière.

Le conseil des Ministres a opté pour un 3^e cas de figure. Il a demandé d'étendre l'expérience pendant l'année 1986 aux autres hôpitaux nationaux et d'observer l'évolution de la situation. Il en sera encore de même en 1987 avec extension au CNOS et à un hôpital de ségou.

Le rapport 1987 sur l'autonomie de gestion renouvelle les mêmes propositions du moins dans une première étape pour ce qui est des hôpitaux nationaux et du CNOS.

La 1^{ère} alternative consiste au maintien du statut de services rattachés avec prise de dispositions particulières du type budget annexe ou compte d'affectations spéciale.

3ème Partie : Commentaires, Résultats et Discussions

Rappelons qu'au titre de l'ordonnance 79-9 CMLN du 19 janvier 1979 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics, le service rattaché est un service déconcentré de l'Etat assurant en règle générale des fonctions de gestion dans un secteur d'activités particulières. En raison des exigences et de la technicité de sa mission, il est doté d'une organisation et d'un régime de fonctionnement qui lui est propre. Le régime financier qui s'y applique est celui de l'ordonnance 46 bis de 1960.

VIII - Bilan de l'autonomie de gestion de l'hôpital du Point « G »

VIII.1 - Analyse des activités et recettes :

Le système d'autonomie de gestion a démarré à l'HPG en 1986 et s'est terminé en décembre 1992.

On remarque immédiatement que la progression des montants recouverts d'une année sur l'autre pendant les premières années de l'autonomie est forte; elle devient faible lors des dernières années. La régression est évidente de 1989 à 1991. Entre le début de l'autonomie de gestion et sa fin, on constate une nette augmentation des recettes de l'ordre 96% (Tableau I et II).

Tableau I : Evolution des recettes de 1986 à 1993

Rubriques	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	% d'accro 87-93
Hospitalisations		25310390	21983885	31159910	19360090	19856650	18655805	17564890	30,6
Consultations externes	non	5073000	4534150	4611520	4176580	3840450	3344200	4083785	19,49
Labo	détaillé	2006000	9794360	3855625	5781070	2074110	5393185	6737510	235,86
Radio					21827025	22106550	22765645	24650050	
Medécine nucléaire		12002255	18817030	22857220	3607375	3546155	4494445	3834375	137,32
Echo	Néant				4023000	4298225	4844500	6405720	
EEG					1219500	1197000	1867500	1048700	
ECG					1483200	1030050	1019000	1577000	
Endoscopie (fibro, recto, laparo)		8045200	14476650	13742850	6326625	5990095	6062875	5043485	78,47
Coelioscopie					76500	108000	121500	121500	
Cystoscopie colonoscopie								129000	
Interventions chirurgicales		0	0	0				33000	
Divers (naissances, transports)		955630	794050	2981160		1728540	3570750	2903250	203,8
Total		37898220	53392475	70400125	79208285	67880965	65945225	72176905	96,28

Tableau II : Taux d'accroissement des recettes d'une année à l'autre

De 86-87	De 87-88	De 88-89	De 89-90	De 90-91	De 91-92	De 92-93
40%	31%	12%	-14,30%	-2,85%	9%	3%

La moyenne des recettes pendant l'autonomie est de 1,7 fois supérieure à celles de 1986 (début de l'autonomie).

L'hôpital a réalisé ses meilleures recettes en 1989 grâce surtout aux hospitalisations. Pendant les premières années d'autonomie, les hospitalisations constituaient la rubrique la plus rentable, mais depuis 1989 elles ne cessent de baisser (Tableau I).

Les recettes du laboratoire ont été meilleures en 1988. Apartir de 1991 ces recettes augmentent sans pourtant atteindre celles de 1988 (Tableau II).

L'ensemble des hospitalisations de la radiologie, plus la médecine nucléaire engendre largement plus de la moitié des recettes réalisées. D'une année à l'autre, la progression des recettes de radiologie plus la médecine nucléaire est constante (Tableau III).

Tableau III : Comparaison des recettes des hospitalisations par rapport à la radiologie-médecine nucléaire

Rubriques	Pourcentage par rapport à l'ensemble des recettes						
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Hospitalisations	47%	31%	39%	28,52%	30%	25%	23%
Radio + Médecine nucléaire	22%	26%	28%	37,46%	40%	37%	38%
TOTAL	69%	57%	67%	65,98%	70%	62%	61%

Cystoscopie, colonoscopie sont des activités très peu productives pour cause de la faible demande.

Au niveau de la radiologie, de la médecine nucléaire et du laboratoire, la rénovation des équipements et la disponibilité des films et réactifs (payés sur les recettes de l'hôpital) ont permis un accroissement des recettes. Le laboratoire a été bien équipé et informatisé.

La baisse des recettes des consultations et des hospitalisations peuvent s'expliquer par un nombre plus croissant des cliniques et des centres de santé communautaires.

Les rendez - vous institués par les médecins (nombre limité de consultants / jour). La vacation des médecins dans les cliniques privées et les consultations gratuites non enregistrées sont aussi causes d'une baisse des recettes.

La faiblesse des recettes avant 1988 est due aux raisons suivantes:

- en radiologie : L'ensemble des équipements datait d'une vingtaine d'années. Deux générateurs paraissaient irrécupérable et le dernier continuait à fonctionner en routine.
- en médecine nucléaire: ne disposait que de 2 polyradiaètres et d'une chambre d'ionisation.

Tableau VI : Comparaison des activités de 1986 à 1993

Type	1986	1993	Ecart	% d'accroissement
Radio	10976	233906	222932	20,31*
Labo	19807	1588909	1569102	79,21*
ECG	Néant	15855	15855	-
EEG	-	47481	47481	-
Medécine nucléaire	-	195288	195288	-
Fibro-recto-colono- laparoscopies	-	51446	51446	-
Coelioscopies	-	990	990	-
Cystoscopies	-	1140	1140	-
Interventions chirurgicales	2350	123690	121340	51,63*
Echographies	-	174873	174873	-
Consultations externes	26338	8798	-17540	-66,59%
Hospitalisations				
- nombre d'entrées	4693	5882	1189	25,33%
- nombre de journées	176190	140343	-35847	-20,34%
- durée moyenne de séjour	37,54	23,86	-13,68	-33,44%
- taux d'occupation	45	72,13	27,13	60,28

De 1986 à 1993 l'ensemble des rubriques du plateau technique ont connu un fort accroissement en volume. (Tableau VI).

Aussi entre 1986 et 1993 le nombre d'entrées d'hospitalisation a augmenté de 25,33% cependant les journées d'hospitalisations ont régressé de -20,34% (Tableau VI).

On ne saurait parler de recettes et activités sans aborder les gratuités légales qui constituent un manque à gagner.

VIII.2 - Les gratuités légales :

On ne peut parler des recettes et activités sans aborder les gratuités légales que constituent un même organisme.

Le problème majeur du système d'autonomie de gestion a été le problème des gratuités légales consignés dans le décret N° 243 / PGRM de 1984. En effet la législation nationale admet la dispense de paiement :

- pour certaines catégories sociales (soldats, élèves étudiants, enfants de 0 à 12 ans, personnel sociosanitaire, indigents).
- pour certaines maladies ou affections (tuberculose, lèpre, maladie mentale, fistules vesicovaginales, cancers), (voir annexes, décret n° 243/PGRM de 1984).

De telles dispositions ont une influence très négative sur le fonctionnement de l'hôpital. En ce sens qu'il va l'encontre de la notion de recouvrement des coûts. Et sans le recouvrement des coûts cela signifie que l'hôpital paye des consommables et donne des prestations à des malades sans remboursement. D'où à la longue, nous constatons que l'hôpital ne pourra pas renouveler les stocks suffisamment. Le budget d'Etat n'augmente pas au même rythme que les gratuités. La participation des malades à leur frais de traitement apparaît indispensable aujourd'hui et pour deux raisons :

- les formations doivent générer des ressources permettant d'améliorer leurs conditions de soins. On ne peut plus s'en remettre exclusivement à l'état ou à un bailleur de fonds extérieur.
- la gratuité totale entraîne chez le malade une attitude passive. Elle entraîne également des abus.

Elle conduit à dévaloriser l'acte médical du praticien, à embouteiller souvent inutilement les services de soins.

Tableau VII : Activités gratuites comparées aux activités payantes pour l'année 1993

Type d'activités	Nombre de gratuits	Nombre de payants	Total des actes	Taux de gratuité %
Consultations externes	630	8168	8798	7,16
Hospitalisés (entrées)	2670	3212	5882	45,53%
(journées)	67519	72824	140343	48,10%
Laboratoire	1364325	224584	1588909	85,86
Radiologie	69572	164334	233906	29,74
Echographies	132168	42705	174873	81,83
Medécine nucléaire	67475	127813	195288	37,54
EEG	36968	10513	47481	87,07
ECG	9464	6391	15855	60,77
Endoscopie (fibro-recto-anuscopie)	12881	33625	46506	25,03
Coeliscopies	180	810	990	18,18
Cystoscopies	280	860	1140	24,56
Interventions chirurgicales	123690	-	123690	100
Anesthésie	72447	-	72447	100

N.B : Jusqu'en 1994, les hospitalisés ne payaient pas les actes du plateau technique ; ils payaient uniquement les frais de séjour.

Tableau VIII - Situation des gratuités légales accordées en 1992 pour certaines activités

Activités	Montant (manque à gagner) en F CFA
Plateau technique	
Laboratoire	
Endoscopie (fibroscopie, rectoscopie, BMR...)	2 457 000 F CFA
Echographie	8 181 000 F CFA
E.E.G	3 312 000 F CFA
E.C.G	604 800 F CFA
Radio	13 131 960 F CFA
- Hospitalisations	108 880 325 F CFA
- Consultations externes	198 000 F CFA
Total	145 655 485 F CFA

Les constats suivants méritent d'être soulignés :

Les interventions chirurgicales et les anesthésies ont été effectuées à 100% gratuitement en 1993.

VIII.2.1 - Les élèves étudiants et soldats

Les élèves, étudiants et soldats : suivant le décret n° 243/PGRM de 1984, ces catégories sont à la charge de l'hôpital à 100% d'où un manque à gagner important. Nous proposons leurs prise en charge par leur autorité de tutelle. C'est le Ministère de rattachement de ces catégories sociales qui doit assurer le paiement de ces charges, car elles relèvent de sa responsabilité. On peut très bien mettre sur pied un système de feuilles nominatives et il ne serait pas exclu qu'étudiants et soldats conservent 20 % des frais à leur charge, comme cela se pratique pour les fonctionnaires et les personnels des sociétés d'Etat. Une autre alternative consiste à leur prise en charge à 100% par l'Etat payable à l'hôpital sur base de feuilles nominatives.

Les enfants de 0 à 12 ans: La gratuité pour les enfants de 0 à 12 ans est un facteur nefaste pour le recouvrement des coûts. En effet une bonne partie des enfants de 0 à 12 ans sont des scolaires. Pourtant le décret N° 243 / PGRM / préconise également la gratuité des soins pour les élèves. Donc il y a chevauchement. La gratuité devrait se limiter de 0 à 6 ans avec prise en charge partiellement par les parents. Et à partir de 7 ans les enfants bénéficient de la gratuité à titre de scolaires.

Cela engendrera une hausse du taux de scolarisation des enfants.

Les enfants de 6 à 12 ans non scolarisés pourront bénéficier d'une gratuité partielle de 50%.

VIII.2.2 - Les maladies sociales

Les maladies sociales, à notre avis devraient entrer dans la catégorie tiers payants tout ce que la législation nationale qualifie de maladies sociales.

Une participation du malade et de sa famille est indispensable et nous proposons qu'elle soit fixée à 50 % des tarifs et coûts prévus par le décret N°243. En adoptant une tarification à 50 %, nous admettons donc que l'État à travers un organisme de mutualité participe pour moitié aux frais de traitement des malades dites sociales. Il remplit donc son devoir mais cela doit également s'accompagner d'une participation du malade au processus de prise en charge de sa maladie.

VIII.2.3 - Les indigents

En ce qui concerne les seuls indigents, ils occupent 70 200 000F CFA en frais d'hospitalisations soit 64,47% de gratuités d'hospitalisation en 1992. Si l'on ajoute à cette évaluation les médicaments achetés nous aurons au total: 71 309 207F CFA dont 1 109 207F CFA de médicaments payés par le service social de HpIg pour les des indigents.

Or il convient de rappeler que la gratuité n'existe pas pour les indigents car ils doivent être pris en charge par la collectivité qui a délivré le certificat d'indigence. Toute action sanitaire, tout geste thérapeutique, représente un coût. Ce coût doit être couvert soit par une personne physique soit par une collectivité, soit par un tiers payant (assurances ou mutuelles...) c'est pourquoi nous préférons au terme gratuité l'expression suivante: prestation sans contribution directe du malade. Par conséquent le budget de l'hôpital du point G se trouve gratuitement réparti entre les différents départements du fait d'un non remboursement par les collectivités concernées.

Concernant la prise en charge des indigents, les points suivants méritent d'être analysés;

- l'ampleur du phénomène
- l'absence de prise en charge au niveau des collectivités locales;

a) L'ampleur du phénomène : Le nombre d'indigents juridiquement recensés c'est à dire muni d'un certificat d'indigence est très faible. Par contre ce que constatent les responsables hospitaliers, c'est le nombre croissant de malades qui, de fait n'ont pas les moyens de faire face à leur frais de traitement, mais ne disposent pas de certificat d'indigence. Ces malades sont juridiquement payants mais de fait non solvables.

b) L'absence de prise en charge financière au niveau des collectivités locales, a été soulignée par tous les responsables hospitaliers mais aucune solution n'a été dégagée à ce jour. C'est pourquoi il semble que la mise sur pied d'un fonds national d'aide sociale au niveau de la Direction Nationale des Affaires Sociales, soit une solution à étudier.

VIII.3 - Les dépenses :

Dépuis plus d'une décennie, la dotation du budget national alloué à l'hôpital du Point « G » ne suit plus l'évolution des besoins de financement de l'hôpital ; car l'Etat Malien est confronté à l'inflation mondiale, au problème de la secheresse et à la baisse du prix des matières premières d'exportation.

Les dépenses de la rubrique Fonctionnement, Matériel et Alimentation ont accusé une diminution de 63 502 000 F CFA, soit -81, 64% de 1986 à 1992.

La rubrique Investissement a connu une augmentation de 593% de 1987-1992.

Le départ à la retraite volontaire est une cause de la diminution du budget personnel.

Les diverses diminutions des dépenses enregistrées sur le Budget d'Etat sont quelque peu compensées soit par le Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) soit par les recettes propres effectuées par l'hôpital.

Tableau IX : Dépenses sur le budget d'Etat pendant l'autonomie de gestion

Chapitres	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Ecart 1986-92	Taux d'accrois 86-92
Personnel	209785389		215615347	209673504	214215000	204010072	198000000	-11785389	-5,6%
Fonctionnement Matériel & Alimentation	77774000		52332000	52332000	73273700	52332000	14272000	-63502000	-81,64%
Produits pharmaceutiques	51497760		45000000	45000000	45000000	45000000	35000000*	-16697760	-32,42%
Investissement	/	/	11247608	/	/	12000000	78000000	+66752392**	+593,48%**
Total	339057149		324194955	307005504	332488700	313342072	325272000	-13785149	-4,06%

* Médicaments, ** Ecart 1987-1992

Les dépenses d'alimentation en 1992 ont été de 21 000 000 F CFA soit 31, 11% des dépenses totales réalisées sur les recettes propres de l'hôpital.

Les produits pharmaceutiques occupent aussi une place de choix pour les dépenses effectuées sur les recettes propres de l'hôpital ; soit 35, 24% des dépenses sur recettes de 1992.

Tableau X : Dépenses effectuées en Francs CFA

Rubriques	Dépenses effectuées sur recettes en F CFA								
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Ecart 86-92	% d'accrois 86-92
Régularisation au titre des exercices antérieures	2 446 000	-	-	-	-	-	-	-	-
Charges de personnels	-	-	-	1 409 190	2 000 000	3 633 690	4 500 000	-	-
Carburant-lubrifiant	-	-	1 653 000	3 154 424	3 000 000	3 900 970	4 000 000	-	-
Alimentation	495 000	-	2 004 220	9 784 780	2 300 000	21 226 777	21 000 000	+ 20 505 000	41, 42 fois
Entretien	-	-	-	599 180	1 500 000	2 672 798	3 450 000	-	-
Atelier	9 135 000	-	7 743 605	9 466 883	9 000 000	5 235 250	4 248 000	- 4 887 000	- 53, 49
Maintenance	2 200 000	-	-	6 956 491	10 000 000	4 922 683	4 000 000	+ 1 800 000	81, 81
Fournitures de bureau	510 000	-	1 017 765	1 029 620	2 000 000	1 000 270	1 303 425	+ 793 425	155, 57
Service social	650 000	-	1 560 000	1 035 960	2 000 000	1 000 000	1 200 000	+ 550 000	84, 61
Médicaments et matériels médicaux	-	-	15 242 645	15 707 254	20 000 000	5 377 315	11 551 374	-	-
Réactif nucléaire	-	-	-	-	-	3 180 848	2 650 000	-	-
Réactif laboratoire	-	-	-	-	-	2 609 527	1 900 000	-	-
Films et matériels radio	10 195 000	-	-	-	-	7 407 560	7 689 505	-	-
Imprimés	-	-	-	-	-	750 000	-	-	-
Investissement	-	-	6 000 000	11 181 232	5 000 000	-	-	-	-
Report disponible en Banque	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	25 631 000	-	35 221 235	60 325 014	51 800 000	62 916 718	67 492 326	-	-

46, 15% des dépenses réalisées sur FAC (covention n° 92/CD/93/1993-1995) ont été investis dans la rubrique produits pharmaceutiques et équipements médicaux, ce qui est largement suffisant pour compenser la diminution constatée sur le budget d'Etat dans cette rubrique.

Les dépenses d'investissement étaient prises en charge par le budget National ; vu l'insuffisance de ce budget et vu les nécessités de rénovation au niveau de la majorité des bâtiments, la convention FAC a permis de remédier à cette insuffisance.

En conclusion, l'analyse de l'évolution des dépenses en rapport avec l'autonomie de gestion permet de retenir que la conjugaison, des ressources du budget National, des recettes propres et de la convention FAC, a contribué à une meilleure couverture des besoins de l'hôpital.

Mais chacun constate malheureusement que dans les domaines comme l'alimentation, une réflexion doit être menée pour limiter la nourriture à la 3ème catégorie des malades.

L'écart entre les besoins de l'hôpital et les possibilités budgétaires demeure important, c'est pourquoi une relative autonomie financière serait introduite, pour dynamiser le recouvrement des coûts et faciliter le fonctionnement quotidien de l'hôpital notamment par la création de l'IB. Ces recettes autonomes sont le seul moyen de tendre vers la satisfaction des besoins. Il semble que le modèle d'établissement public administratif est le modèle juridique qui convient le mieux à la réalisation de ce double objectif :

- Une mission de service public
- Nécessité d'une efficacité redoublée des prestations et d'un recouvrement des coûts avec motivation du personnel (19).

Tableau XI : Dépenses effectuées sur FAC en Francs Français

Rubriques	69/CD/86	Convention n° 22/C/DAG/87/MLI	Convention n° 225/C/88/MLI	Convention n° 92/CD/93	Total	%
	1986	1987	1988-90	1993-95 en cours d'exécution		
Matériel de bureau		300 000	350 000	500 000	300 000	1,09
Fournitures Atelier			3 500 000	6 000 000	850 000	3,09
Produits pharmaceutiques et équipements médicaux	2 000 000	2 200 000	4 500 000	2 500 000	13 700 000	49,8
Travaux immobiliers	500 000	500 000	100 000	1 000 000	8 000 000	29,09
Formation				100 000	1 100 000	4
Personnel local				2 000 000	100 000	0,36
Structure de gestion et système de gestion			250 000	300 000	2 000 000	7,27
Achats véhicules utilitaires gestion et maintenance			100 000		550 000	2
Appui à l'administration générale			200 000	600 000	100 000	0,36
Autres (missions, divers et imprévus)			9 000 000	9 000 000	800 000	2,90
Total	2 500 000 ff	3 000 000 ff	9 000 000 ff	13 000 000 ff	27 500 000 ff	100

IX - La gestion des malades :

Le Bureau des entrées : a pour mission d'assurer la gestion des malades externes aussi bien que hospitalisé.

Principe d'organisation et de fonctionnement :

1) - **Description** : Le bureau des entrées constitue le point de départ pour avoir accès à une prestation au sein de l'hôpital (à une consultation, à un examen ou à des soins),

on distingue :

- consultations (malades externes à l'hôpital)
- hospitalisations (malades alités à l'hôpital)

Les différents tarifs en vigueur dans l'établissement sont déterminés par le décret numéro 243 PG-RM de 1984.

1-1) - Les consultations et examens : Pour qu'une personne puisse être consultée par un médecin, elle doit s'acquitter d'un ticket de 500 F CFA au bureau des entrées. Une quittance lui est remise à partir d'un quittancier à souche.

Après la consultation, plusieurs cas sont possibles.

- . le médecin délivre une ordonnance de médicament, le malade peut quitter l'hôpital,
- . le médecin demande l'hospitalisation du patient,
- . le médecin a prescrit des analyses au patient. Si ces analyses sont réalisables, en tout ou partie, dans les locaux de l'hôpital, la personne peut payer à la caisse le montant des examens (labo, radios, spécialités...). Une quittance lui est remise, ensuite il s'adresse au service technique concerné pour effectuer ces examens. Le caissier en connaît le montant exact grâce à des grilles de tarifs.

Tarifcation : Pour déterminer les tarifs des actes médicaux, il est établi une nomenclature :

- = la nomenclature des actes médicaux est composée de lettres clés et des chiffres,
- = les chiffres ou coefficients indiciaires indiquent la valeur relative de chaque acte,
- = la lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie en vue de déterminer les tarifs des actes médicaux. Selon le type d'actes, les lettres clés à utiliser sont les suivantes

c1 : consultation par le médecin, le chirurgien et le chirurgien dentiste

c2 : consultation par l'infirmier

c3 : consultation par le kinésithérapeute

c4 : consultation par la sage femme

c5 : actes de chirurgie et spécialités prodiguées par le médecin

k : actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

z : actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin

b : actes de bio chimie clinique

d : actes pratiqués par le chirurgien dentiste

AMI : actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière

SF : actes pratiqués par la sage femme

AMM : actes pratiqués par le masseur kinésithérapeute

Les valeurs indiciaires des clés sont fixées comme suite en F CFA
 $K=300$; $L=300$; $B=60$; $c1=1000$; $c2=300$; $c3=300$; $c4=300$

Le tarif de tout acte est celui obtenu en multipliant la valeur indiciaire considérée par son coefficient.

Exemple : $B2 =$ valeur indiciaire de B est de 60 F cfa. Tarif = $60 \text{ F cfa} \times 2 = 120 \text{ F cfa}$
 . le médecin demande l'hospitalisation du patient

1-2) - Les hospitalisations :

- S'il y a urgence : premier cas où l'hospitalisation est possible, le médecin du pavillon concerné ou le médecin de garde délivre un billet d'hospitalisation.

Si le patient est arrivé dans un état critique (par exemple dans un état de coma) il est admis en réanimation dans les autres cas moins sévères le patient est dirigé vers un pavillon et choisit selon son désir la catégorie qui lui convient en tenant compte des lits disponibles.

En cas d'hospitalisation programmée:

le médecin consultant délivre la demande d'hospitalisation, transmise au pavillon concerné. Un lit est attribué au malade (pavillon, n° de salle, n° de lit) dans la catégorie à laquelle il a droit ou dans celle de son choix, après règlement de la provision. Le major remplit le cahier de transmission, et, envoie le cahier et la demande d'hospitalisation au bureau des entrées.

Au niveau du bureau des entrées, deux personnes sont chargées de l'identification des malades devant être hospitalisés (nom du malade, son prénom, date et lieu de naissance, noms et prénoms des parents, groupe ethnique, profession, lieu de provenance...), et remplissent un document, le billet d'hôpital composé de trois parties (une partie médicale et deux parties administratives).

La partie médicale contient les informations suivantes :

Noms, prénoms et âge, diagnostic d'entrée, pavillon, n° d'enregistrement, N° salle, n° lit, date d'hospitalisation, date de sortie (voir annexe).

Cette partie du billet d'hôpital permet au personnel du bureau des entrées de déterminer les différentes gratuités par exemple, motif de l'hospitalisation :

Tuberculose (cas social)

1-3) - Autres procédures de gestion :

Tous les matins un état des lits est transmis au bureau des entrées c'est la fiche de mouvement des malades qui sert aussi pour le relevé alimentaire. La fiche de mouvement compte la liste de tous les malades d'un même pavillon. Cet état est rectifié par le responsable du bureau des entrées, dans le cas où certains malades n'ont pas été identifiés (c'est à dire qui ne sont pas passés par le bureau des entrées) ou n'auraient pas payé la provision.

A chaque fin de semaine l'ensemble des recettes journalière est remis au gestionnaire par le responsable du bureau des entrées.

1-4) Etats réalisés par le bureau des entrées :

- Situation des hospitalisations (J, M, T, S, A)
- Situation des recettes par type d'activité (radio, labo...), (M, T, S, A)
- Répartition des recettes d'hospitalisations par pavillon (M, T, S, A)
- Feuilles nominatives des fonctionnaires (T)
- Récapitulatif des factures employées des entreprises d'Etat et semi-privées (M), (regroupement de toutes les factures d'un même service).

- Rélévé des malades

Périodicité d'obtention

J : journalier

M : mensuel

T : trimestriel

S : semestriel

A : annuel

La partie administrative contient les informations suivantes :

Nom et prénom, date et lieu de naissance, arrondissement, cercle, région, fils de et de, époux (se) de, profession, service, adresse, date de sortie, date d'hospitalisation, pavillon, n° d'enregistrement, n° salle, N° lit, (voir annexe). Le billet d'hôpital permet de remplir le registre des hospitalisations et d'attribuer un numéro d'ordre au malade (n° d'enregistrement) Ce numéro est codifié de la façon suivante : XX AA/9999

X = code G/P/F

AA = 2 derniers chiffres de l'année

9999 = un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999 et remis à 0001 lors d'un changement d'année.

Code G = gratuits, personnes n'ayant aucun frais d'hospitalisation à payer (enfant de moins de 12 ans, étudiants, élèves, soldats, personnel de la santé et parents).

Trois catégories en fonction du confort de la chambre

Première catégorie : chambres de 1 à 2 lits, meublées, climatisées, toilettes communes incorporées nourriture 1ère catégorie = 2500 F CFA la journée d'hospitalisation.

Deuxième catégorie : chambres de 3 à 4 lits, meublées, toilettes communes incorporées, nourriture 2ème catégorie = 1500 F CFA la journée d'hospitalisation.

Troisième catégorie : chambres de 4 à 6 lits, ventilées, nourriture 3ème catégorie = 750 F CFA la journée d'hospitalisation.

Tout malade de première catégorie dont la situation n'aura pas été régularisée dans les 48 heures qui suivent, sera automatiquement hospitalisé en 3ème catégorie.

En chirurgie programmée toute décision d'hospitalisation ne pourra intervenir qu'après résultats des examens demandés. Dans les cas de chirurgie d'urgence, l'intervention est immédiatement faite. En médecine, les analyses et les examens se font au fur et à mesure du traitement ; les résultats sont affichés au lit du malade.

Dans certains cas de chirurgie le malade qui doit subir l'opération peut être beaucoup anémié, il passe quelques jours dans les pavillons de médecine d'abord, afin qu'il soit préparé pour subir l'intervention.

Les soldats, les élèves, les étudiants, les indigents, les malades sociaux bénéficient de la gratuité de la 3^{ème} catégorie d'hospitalisation. Le soldat, l'élève ou l'étudiant qui veut accéder à une catégorie supérieure doit payer la différence de montant.

Code P : payants, personnes devant payer l'intégralité des frais d'hospitalisation

Code F : fonctionnaires émergeant au budget d'Etat. Les fonctionnaires relevant du budget de l'Etat, paient 20% des frais, les 80% restants sont pris en charge par l'Etat à travers l'émission de feuilles nominatives. Le billet d'hôpital est transmis au niveau du service employeur pour approbation de la catégorie d'hospitalisation et le visa pour la prise en charge sur le budget d'Etat. La direction administrative et financière du département de la santé est chargée de faire payer les coûts dus aux feuilles nominatives par les départements concernés sur les charges communes.

Les travailleurs admis à la retraite sont pris en charge à 50%.

Lors de son hospitalisation, le malade en code P et F verse à la caisse, une provision pour 15 jours d'hospitalisations à concurrence de son pourcentage de participation. Une facture lui est remise dans laquelle le montant de provision versée est inscrit. Au bout de 15 jours il va se présenter au bureau des entrées avec sa facture mentionnée à titre de provision et versée à la caisse le montant des frais de séjour ; une quittance lui est remise. Le malade a payé ainsi une autre provision pour 15 jours ; on lui remet une nouvelle facture.

A sa sortie, le malade se présente au bureau des entrées avec le registre du pavillon muni de l'autorisation de sortie et de la partie médicale du billet d'hôpital. Le bureau des entrées rembourse partiellement le malade dans le cas où celui-ci a séjourné moins que de temps payé le jour de sortie n'est pas pris en considération et les frais d'hospitalisations sont calculés sur la base du (nombre de jours multiplié par le coût d'une journée d'hospitalisation, qui change suivant la catégorie de chambre choisie par le malade).

Remarque : une des 2 parties administratives du billet d'hôpital est archivée à l'hôpital ; l'autre partie est jointe aux feuilles nominatives ou aux factures.

. Le billet d'hôpital a permis la détermination des maladies en développement ou en régression et en général, il permet d'élaborer les statistiques épidémiologiques.

. Les femmes qui viennent pour les accouchements n'étant pas des hospitalisées, leur tarification est la suivante :

Pour les accouchements normaux les tarifs sont :

Chambres à 1 lit climatisées :	6 000 F CFA
Chambres à 1 lit non climatisées :	4 000 F CFA
Chambres à 2 lits climatisées :	4 000 F CFA
Chambres à 2 lits non climatisées :	3 000 F CFA
Salle commune :	2 500 F CFA

Une femme qui a subi une césarienne est considérée comme une personne hospitalisée par conséquent elle doit payer seulement les journées d'hospitalisations.

N.B : Cette tarification n'est pas à présent appliquée.

2) - Quelques problèmes que connaît le bureau des entrées :

- Pour fournir des renseignements aux visiteurs à partir de la fiche de mouvement des malades (pavillon, n° salle, n° lit), il est nécessaire de parcourir le registre en cherchant le nom, le prénom du malade, sa date d'hospitalisation. Cette procédure est longue en traitement manuel. Il sera nécessaire d'instituer la garde au bureau des entrées en dehors des heures de service afin de fournir des renseignements aux visiteurs.
- La gestion des lits disponibles est une opération essentielle dans la gestion d'un hôpital, mais difficile à tenir manuellement.
- Risques d'erreurs au niveau de l'enregistrement des différents frais.

Du fait d'opérations difficiles à gérer manuellement, l'introduction de l'outil informatique peut apporter un réel gain de temps et un suivi plus rigoureux dans la gestion des dossiers des malades.

X - La gestion pharmaceutique :

La pharmacie

A - Fonctionnement et organisation :

L'hôpital du point « G » est doté d'une pharmacie comportant deux parties :

- une partie dite « pharmacie initiative de bamako » (IB)
- Et une partie dite « pharmacie d'urgence labo » (UL)

L'approvisionnement et la gestion des stocks de médicaments de l'hôpital s'effectuent à ce niveau.

1) - Pharmacie initiative de Bamako (IB)

Les médicaments sont en DCI (Dénomination Commune Internationale) et servis en totalité ou en partie suivant la disponibilité contre paiement de 70 % du coût d'acquisition des produits

Les produits n'existant pas en DCI sont présentés sous la forme de spécialités, cela concerne surtout les produits se rapportant à la cardiologie et à la psychiatrie.

Le rôle de la pharmacie IB » se résume à l'approvisionnement, la tarification à l'encaissement, la « délivrance de médicaments, la tenue des fiches de stocks.

Les sources d'approvisionnement de l'IB sont les grossistes : PPM - UMPP -GIE

La procédure d'approvisionnement s'effectue comme suit :

L'approvisionnement normal a lieu mensuellement après avoir effectué l'inventaire

Etablissement d'une liste des besoins :

- calcul de la commande,
- établissement des bons de commande,
- passage des commandes aux fournisseurs,
- contrôle des livraisons,
- stockage dans un magasin.

2) La pharmacie d'urgence labo (UL)

La distribution des produits pharmaceutiques se fait quotidiennement selon les médicaments disponibles. La dispensation des médicaments tient plutôt compte de la disponibilité que les besoins réels, la rupture de stock étant quasi-constante au regard de la plus grande sollicitation de cette pharmacie liée à la gratuité de ses médicaments.

Le rôle de l'UL est la délivrance de médicaments, des consommables, des matériels et des produits galéniques.

- Les sources d'approvisionnement sont: PPM, UMPP, particuliers.
- Les dons : concernant ces derniers aucune gestion n'était assurée ces dons arrivent primés pour la plupart.

La procédure d'approvisionnement est la même que celle de l'IB.

B - Financement de la pharmacie

1) **Ressources théorique** : Budget National (budget pour médicaments), ressources, hospitalières, recettes dégagées par la pharmacie IB.

A titre indicatif, le budget médicament 1993 s'est élevé à 35 000 000 F CFA dont 75% ont été affectés à l'IB et 25% à l'UL. Actuellement les 25% alloués à la pharmacie UL sont répartis dans les achats des consommables médicaux et chirurgicaux comme le coton, l'alcool, compresses...Le reliquat de budget est très insuffisant pour sa dotation en médicament.

C - Les outils utilisés :

- Un micro ordinateur muni de Logiciel "GES - PHAR" comportant 6 fichiers (1 fichier ordonnances, 1 fichier gestions des stocks, 1 fichier des commandes, 1 fichier fournisseurs, 1 fichier gestion du budget et 1 fichier archivage et sauvegarde).
- Un ordonnancier, " pharmacie IB " pour les sorties médicaments " IB ".
- Un ordonnancier " pharmacie UL " pour les sorties médicaments " UL ".

D - Procédures suivies pour les ordonnances

Le système se présentait comme suit durant mon stage en 1993.

Seules les ordonnances émanant des différents services du point " G " sont servies par les deux pharmacies. Les bénéficiaires doivent respecter les procédures suivantes en fonction de la catégorie pour être servie dans l'un ou l'autre pharmacie.

1) **La pharmacie " IB "** : Les ordonnances des malades hospitalisés sont délivrées par le médecin, l'infirmier ou l'interne du service d'hospitalisation et visées par le bureau des entrées pour être servies contre paiement à la pharmacie; les ordonnances des malades personnels de santé ou étudiants de l'ENMP sont visées par le chef du bureau du personnel et servies par la pharmacie contre paiement; celles des malades indigents sont servies après autorisation et paiement préalable du service social.

L'ordonnance contient des renseignements suivants:

- Nom du malade
- N° d'hospitalisation
- N° de lit
- Catégorie du malade (hospitalisés, cas sociaux, personnel et étudiants, urgences)
- Prescription et quantités
- Nom du prescripteur, signature avec cachet du service, date de prescription.

2) **La pharmacie " UL "** : Toutes les ordonnances du premier jour d'hospitalisation des malades hospitalisés en urgence sont gratuitement servies.

La saisie informatique des ordonnances est journalière. Les souches d'ordonnances sont archivées.

Ces ordonnances sont rédigées par le médecin, l'infirmier; doivent être mentionnées :

- Nom du malade
- N° d'hospitalisation
- Cathégorie du malade (Hospitalisés, cas sociaux, personnel et étudiants, urgences)
- Prescription et quantités
- Nom du prescripteur
- Signature avec cachet du service
- Date de prescription.

Pour l'approvisionnement des services en consommables médicaux afin d'assurer les soins (alcool, coton etc). Ils font des ordonnances U.L signées par le chef de service ou le Major et servies par la pharmacie.

E) Gestion des stocks de médicaments :

Elle est effectuée à l'aide du micro ordinateur. L'ordinateur au fur et à mesure que les informations nécessaires sont saisies, calcule automatiquement les mouvements de stocks. Ce qui donne un inventaire permanent des stocks au premier jour de chaque mois.

Sur cette base on procède :

- au calcul de la commande
- à l'établissement des bons de commande
- au passage de commandes aux fournisseurs
- au contrôle des livraisons
- au stockage dans un magasin.

Tableau : Période 01/12/92 au 31/08/93

a) - Pharmacie globale IB-UL : taux suivant le type de bénéficiaire

Période	Déc 92-Fév 93	Mars-Mai	Juin-Août	Total
Nbre total d'ordonnances émises	5 808	6 227	6 545	18 580
Coût moyen d'ordonnances	3 258 F CFA	2858, 8 F CFA	3 217, 7 F CFA	-
Coût total	18 922 464 F CFA	17 801 747 F CFA	21 059 846 F CFA	57 784 057 F CFA
Hôpitalisés +	89, 3%	89, 6%	90, 6%	-
Personnel et Etudiants	8, 6%	8, 1%	8%	-
Cas sociaux	2, 1%	2, 3%	1, 3%	-

b) Tableau pharmacie IB/pharmacie UL

Coût total des ordonnances UL et IB servies durant la période de décembre 1992 - Août 1993

Période	Dec 92 - Fév 93	Mars - Mai	Juin - Août	Total
IB	7 923 072 F CFA	7 954 646 F CFA	6 061 596 F CFA	21 939 314 F CFA
UL	12 567 646 F CFA	110 207 271 F CFA	13 914 191 F CFA	36 689 108 F CFA

Nombre d'ordonnances émises durant la même période

Période	Dec 92 - Fév 93	Mars - Mai	Juin - Août	Total
IB	3 523	3 864	3 845	11 232
UL	2 285	2 363	2 700	7 348

Coût moyen d'une ordonnance

Période	Dec 92 - Fév 93	Mars - Mai 93	Juin - Août 93	Moyenne
IB	2 249	1 965	1 576	3 744
UL	5 500	4 320	5 153	4 991

Entre Mai et Août le coût moyen d'une ordonnance IB a baissé de 20% (début GIE), ceci s'explique par le passage aux médicaments DCI

Les problèmes majeurs :

- En plus de l'inventaire fourni par l'ordinateur, les responsables de stocks sont toujours obligés de recourir à un inventaire physique en vue de repertorier les médicaments périmés.

Ce problème pourrait trouver son origine dans le fait que les fiches de stocks et d'inventaire du fichier " gestion des stocks " ne comporte pas de colonne " date de péremption ". La solution à ce problème pourrait résider dans l'intégration de cet élément au fichier.

- L'absence de mécanisme de standardisation des habitudes de prescription entraîne une sous-utilisation des médicaments surtout de la pharmacie IB.

La conséquence de ce problème pourrait être le stockage prolongé de certains types de médicaments conduisant le plus souvent à leur péremption.

- Les mouvements des médicaments au niveau de la pharmacie ne se font pas en fonction des dates de péremption, ce qui pourrait entraîner d'énormes pertes par péremption. L'origine de ce problème serait une insuffisance de connaissance des agents responsables dans le domaine de gestion des stocks doù la nécessité d'envisager leur formation.

- La distribution des médicaments dans les pavillons est incontrôlée et difficilement contrôlable; les commandes passées par un service à la pharmacie de l'hôpital est une commande récapitulative qui est visée par le médecin responsable ou le major des services, exclut l'idée de de contrôle des quantités commandées et fourni l'occasion de tous les abus possibles. Lors de la livraison aucun contrôle n'est effectué. Ainsi les médecins ne peuvent réellement connaître l'efficacité du traitement qu'il ont prescrit d'autant plus que la livraison, même si elle a été réalisée, n'implique pas qu'il y ait administration du traitement.

G) Recommandations :

Elles ont deux objectifs :

- assurer une disponibilité constante et permanente en médicaments aux malades
- réduction des coûts par l'utilisation de médicaments essentiels

1) - Fonctionnement global :

- Fusionner « IB » et « UL » pour ne former qu'une seule pharmacie : pharmacies hospitalière de type centralisé (dispensation assurée à partir de la pharmacie de l'hôpital). Les médicaments gratuits du personnel seront pris en charge par une mutuelle, et ceux des indigents par le service social sur base du crédit qui leur est alloué par la Direction de l'hôpital.

2) - Malades :

Pour assurer un « approvisionnement permanent »

- Instauration d'un service de garde au niveau de la pharmacie, faisant ainsi la jonction entre les services journaliers.
- Favoriser les prescriptions en DCI : réduction du coût des ordonnances.

3) - Stock :

- Reconstituer le stock de médicaments en évitant les penuries
- Assurer une plus grande complémentarité des stocks « IB » et « UL »
- Suivre la liste de médicaments essentiels en accord avec les médecins
- Assurer la gestion du stock des dons humanitaires au niveau de la pharmacie UL.

4) - Distribution :

- Pour la catégorie du personnel et étudiants, allouer un quota en médicaments par agent, d'où la nécessité de créer une mutuelle.

5) - Approvisionnement :

- Elargir le nombre des fournisseurs et maintenir ainsi une concurrence afin d'obtenir le meilleur produit au moindre coût (ceci pour les spécialités)
- Redéfinir les procédures de commandes et les modes de règlement de ces fournisseurs

6) - Prix des médicaments :

- Supprimer la réduction de 30% sur le prix de vente PPM
- Arrêter un pourcentage à ajouter sur les prix des DCI pour compenser les pertes (casses, péremption)
- Egalité entre prix de vente spécialités et prix d'achat spécialités.

7) - Ressources :

Attribution d'un fond propre à la pharmacie afin d'assurer une gestion autonome mais cela ne sera possible qu'après la création de la mutuelle puisque c'est la mutuelle qui prendra en charge les gratuités.

8) - Informatique :

Maintenir le logiciel et apporter les modifications nécessaires pour répondre aux besoins.

XI - Radiologie : est un service médico-technique de l'hôpital.

I - Fonctionnement :

Le médecin, après consultation ou pendant l'hospitalisation du patient, dans certains cas pourrait être amené à prescrire des examens radiologiques.

a) - Malades externes : Le malade prend rendez-vous au service radio et l'agent mentionne le format et le nombre de film sur la fiche. Le malade paye à la caisse le montant des examens. Une quittance lui est remise c'est alors qu'il se présente à la radio pour examen.

b) - Malades hospitalisés :

Les bulletins d'examens sont visés au bureau des entrées et portent le cachet du bureau d'admission et le numéro d'hospitalisation.

II - Tableau des examens radiologiques : pendant 3 trimestres 1991

Examens sans contraste	Nombre
Osseux	2 283
Digestif	261
Respiratoire	3 456
Mammographie	18
Total	6 018

Examens sans contraste	Nombre
Digestif	390
Urinaire	513
Gynécologie	732
Mammographie	6
Total	1 641

Total général : 9 574

Les examens respiratoires constituent 57% des examens sans contraste.

Les examens gynécologiques occupent 44% des examens avec contraste. En 1993 il y a eu 233 906 actes radiologiques confondus ce qui indique une progression en activité de 24, 43 fois/ à 91.

XII - Le laboratoire :

A) - Fonctionnement

1) - **Malades externes** : le patient après sa consultation peut être amené à faire certaines analyses de laboratoire présentes par le médecin consultant. La personne est tenue de payer à la caisse le montant des analyses. Une quittance lui est remise, c'est après qu'il se présente au laboratoire pour prélèvement (malades externes).

2) - Malades hospitalisés :

En ce qui concerne les malades hospitalisés, leurs bulletins d'analyses sont visés au bureau des entrées par le chef du bureau ou par agent. Ces bulletins portent le cachet du bureau d'admission et le numéro d'hospitalisation. Ils subissent leur prélèvement, au lit, par l'infirmier, qui l'envoie au labo pour analyse.

Il existe trois catégories de malades hospitalisés :

- a) - les hospitalisés bénéficiant la gratuité code G : ils ne paient pas de frais d'analyses
- b) - les hospitalisés, code F : ils paient les frais d'analyses
- c) - les hospitalisés, code P : ils paient l'intégralité de leurs frais d'analyses.

Remarques : les malades hospitalisés (toutes catégories) ne payaient pas de frais d'analyses, seulement il y a un an, le paiement fut obligatoire pour deux catégories : F et P.

Les bulletins d'analyses des malades, code G, sont visés par le chef du bureau du personnel. Il s'agit du personnel de santé et parents, étudiants, élèves, soldats, enfants de 0 à 12 ans, malades sociaux.

B) - Classification des analyses :

Tableau n° 1 : analyses régulièrement effectuées

Azotémies	Calcémie
Glycérine	Protéinurie
Numération formule	Glycosurie
Vitesse de sédimentation	Magnésium sérique
Transaminases	Sidérémie
Cyto bactériologiques urinaires	Syphilis sérodiagnostic
Plaquettes	Widal
Groupe sanguin	Parasitologie des selles

Tableau n°2 : analyses fréquemment demandées

Antibiogramme	Cytobactério urinaires
Phosphatase alcaline	Tauxprothrombine
Bilirubine totale	Temps de céphaline kaolin
Widal	Groupe sanguin
Test d'Emmel	HIV
Recherche de plasmodium	Ionogramme sérique
Glycémie	Sérodiagnostic syphilis
Azotémie	Parasitologie des selles
Transaminases	

Tableau n°3 : analyses effectuées surtout par les externes, les expatriés

Mycoplasmes	Recherche de chlamydiae
Toxoplasmes	Sérodiagnostic chlamydiae
Rubéole	Spermogramme
Antifongogramme	Spermoculture

Tableau n° 4 : analyses irrégulières ou suspendues pour rupture de stock

Fibrine	Ionogramme urinaire
Prélèvement vaginal	Ionogramme sanguin
Cholestérol	Fer et capacité de fixation
Prélèvement de chlamydiae	Antistreptolysine « O »
Toxoplasme	Rubéole
HIV	Latex
Hémoculture	Phosphore
Amylasurie	Recherche de BK
Phosphatases alcalines	

Tableau n°5 : analyses rarement demandées

Recherche de mycoplasme	HDL cholestérol
Calciurie	PH du liquide gastrique
Mononucléose infantile test	Myélogramme
Spermoculture	Antifongogramme
Spermogramme	

Tableau n° 6 : analyses demandées surtout en milieu hospitalier

Plaquettes	Fer et capacité de fixation
Fibrine	Cytobactério des pus
Temps d'Howell	L.C.R
Azotémies	Recherche BK
Hémoculture	Alpha foetoprotéine
Prtidemie	Ionogramme urinaire

Les constats suivants méritent d'être soulignés :

La bactériologie fournit la plus forte activité du labo du point de vue temps d'analyse avec toute fois, une quantité d'analyses inférieure à celle de l'hématologie et de la biochimie, ce qui traduit la forte cotation en B des examens bactériologiques. La chimie urinaire a plus faible activité, mais elle fournit généralement une quantité d'analyses supérieure à celle des autres sections ; ceci traduit sa faible cotation en B.

Ainsi les examens les plus fortement cotés susceptibles d'apporter un bénéfice au labo (bactériologie ; immunologie) doivent être constamment réalisables ce qui n'a pas toujours été le cas. (voir grille des tarifications labo en annexe).

C) - Coût moyen en analyse par malade et par service :

F CFA	Réanimation	Maternité	Pneumo	Cardio	Neuro	Contagieux
	4 010	1 920	7 225	4 496	10 750	1 010
F CFA	Pschiatie	Médecine AB	Médecine CD	Médecine E	Nephro	Chirurgie
	1 230	9 670	12 625	15 930	11 230	2 670

D) - Recouvrement :

La différence entre le budget nécessaire et le recouvrement effectué, montre que dans les conditions actuelles de fonctionnement, il est strictement impossible d'approcher un autofinancement complet du laboratoire. Il ne peut donc fonctionner que grâce à des subventions. Pour atteindre un autofinancement, il serait nécessaire d'envisager la réévaluation du B sur la base du chiffre d'affaire divisé par l'activité globale en B. Compte tenu de ce calcul, la valeur B passera à 159 F CFA pour que l'activité payante couvre la totalité des dépenses, elle doublerait ainsi la valeur du B français et serait totalement incompatible avec le pouvoir d'achat malien.

E) : Quelques recommandations :

Il est certain que l'activité payante est insuffisante pour couvrir uniquement le coût en réactif, à cela s'ajoute le fait que :

- la faible activité externe due à l'éloignement de l'hôpital mais surtout à la rupture de stock enregistrée.
- un nombre élevé des actes ne sont ni renumérés, ni pris en charge par l'Etat (gratuité totale).

- il est urgent de trouver des solutions à ce problème
- création de mutuelle pour la prise en charge du personnel de l'hôpital
- recherche d'une prise en charge pour les soldats, les élèves et étudiants.

Ailleurs les élèves et étudiants ont la gratuité à l'hôpital, ce pendant un budget santé leur est alloué au département de l'enseignement, de même que pour les soldats au niveau du Ministère de la Défense.

XIII - Evolution du plateau technique et de l'immobilier :

a) Plateau technique :

La liste du matériel n'est pas disponible pour l'année 1986, mais le tableau des activités nous montre que le plateau technique était très peu riche.

Cependant voici la liste de quelques matériels existants que j'ai pu recenser au titre de l'année 1986 avant le démarrage de l'autonomie de gestion.

<u>Matériels</u>	<u>Radio</u>	<u>Quantité</u>
Appareil scopie CGR		1
Poupinel Panaus CBM		1
Negastoscope CGR		1
Negastoscope CGR double		1
Negastoscope CGR Ella		1
Appareil Radio Shimadzu		1
Moniteur télé Mitsubishi		1
Shimadzu mobile		1
Shimadzu EP		1

L'ensemble des équipements datait d'une vingtaine d'années. Deux générateurs paraissaient irrécupérables et le dernier continuait à fonctionner en routine et présentait les marques d'une obsolescence telle qu'il semblait tomber en panne très rapidement. Le seul appareil de radio qui fut disponible était issu d'une dotation japonaise reçue en 1982. L'équipement complet de deux salles de radiologie s'averait en fait un besoin urgent. A cet effet l'HPG a acquis une radio multi fonctionnelle sur fonds propre et il est prévu à l'achat d'un deuxième appareil radio. La radiologie a besoin d'un système automatisé de développement de films pour faire face à la demande croissante car le système manuel est trop lent. On enregistre aussi une rupture de stock pour des produits essentiels (films radio...)

Le service de médecine nucléaire :

Il a été équipé entièrement par l'A.I.E.A. (Agence Internationale d'Energie Atomique) à la demande de l'HPG pour répondre à un besoin dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins.

Les matériels techniques disponibles en 1986 sont:

Matériels	Quantité
Activeurs Igocal	1
Bobyne Nardeaux	1
Bobyne 81 chambre d'ionisation portative Ref 793	1
copteur geiger	1
Hotte - Labconco	1
Bain Marie	1
Agitateur rotatif VBI8	1
Centrifugeuse Jouan E 96	1
Compteur Beta Nardeau E 772	1
Scientigraphe gamma 82023	1
Compteur gamma Mini A ssay type 820 N° 1265/1	1
Echangeur d'échantillon Carousel SAV 1000	1

D'autres matériels ont été acquis à partir de 1986 et rentre dans le cadre des acqis de l'autonomie de gestion. Cela fait l'objet d'une liste en date de 1993 date de fin de l'autonomie.

Le bloc opératoire :

L'ancienneté et le délabrement de l'équipement s'ajoutent au caractère obsolète de la petite instrumentation et à la nécessité d'une rénovation de la configuration interne des bâtiment. Ce n'est qu'en 1995 que cette rénovation a débuté sur financement FAC convention N° 92 (CD) 93. L'hôpital rencontre de sérieuses difficultés pour le financement des équipements chirurgicaux qui sont très onéreux. On constate aussi une rupture de stock en fils de suture, régulièrement.

Le services des soins intensifs : (Réanimation)

Insuffisamment équipée en 1986 elle ne parvenait pas à répondre aux exigences d'un hôpital national qui constitue la dernière référence. Les travaux de rénovation ont débuté en 1994 et prennent fin en 1995 sur financement FAC sur convention 225 / CD / 88 / MLI.

Actuellement, il bénéficie des meilleurs équipements pour permettre d'effectuer des soins performants répondant aux attentes des malades.

Le laboratoire :

Exigeait une rénovation du bâtiment et un équipement d'une valeur de 50 000 000 F CFA pour assurer une qualité adéquate des analyses au sein de l'hôpital. Cette rénovation a démarré en 1987 et pris fin en 1988 sur financement du FAC convention N° 22 / C /DAG /87 / MLI accompagnée de fourniture d'équipement moderne. Les commandes de pièces de rechanges et de réactifs prennent énormément de temps avant d'être satisfaites. Ceci explique en grande partie les contreperformances enregistrées. En plus l'absence d'intérêt de certains directeurs à pourvoir le labo e réactifs sous prétexte que ce n'est pas rentable, s'est ressenti négativement sur les activités réalisées.

L'endoscopie : La situation ne présentait comme suit:

- Trois endoscopes gastriques (dont un fibro en état de marche).
- Un fibro gastrique ancien modèle (Don d'Angers).
- Un coloscope CF.
- Un coloscope ancien modèle (Don d'Angers).
- Un nécessaire de laparoscopie.
- Un nécessaire complet de recto - anoscopie.

(La coloscopie était en panne jusqu'en juillet 1992).

L'endoscopie rencontre des difficultés liées à la maintenance car les réparations des fibroscopes se font en France. Elles sont onéreuses et prennent beaucoup de temps (Entre 3 et 6 mois). Les frais d'une seule réparation d'une fibroscopie équivalent au tiers du prix d'achat d'un fibroscopie neuf. N'était-il pas plus judicieux d'en acheter que de continuer à réparer à gros frais souvent deux fois par an?

Cardiologie :

Ce service disposait d'un électrocardiographe en 1988 permettant d'apporter plus de précision dans le diagnostic. Dans le cadre de l'autonomie, il a acquis deux autres électrocardiographes afin de faire face à l'affluence des patients.

D'une manière générale il faut signaler les pannes prolongées et une dégradation rapide de tous les investissements. Les ateliers assurant la maintenance, dotés d'un équipement des plus sommaires, sont incapables de répondre aux tâches qui doivent être assumées. Le mode de fonctionnement de ces ateliers ne permettent pas un travail efficace. La plus grande partie de l'équipement médical et le matériel médico-technique est ancien.

L'autonomie de gestion a apporté un plus dans l'équipement des services de l'hôpital. Une bonne partie des recettes de l'autonomie de gestion est répartie entre les différents achats des produits consommables.

b) Réalisation en matière immobilière :

La plupart des bâtiments sont anciens. Le premier bâtiment de l'hôpital du point "G" a actuellement environ 87 ans d'existence et les bâtiments construits en 1958 ont déjà 37 ans. C'est dire que les locaux sont vestustes et nécessitent une rénovation urgente. La plupart des canalisations d'eau et d'installation électrique datent de la construction de ces bâtiments. C'est ce qui explique surtout le coût élevé de la maintenance en matière de plomberie sanitaire, électricité, portes et fenêtres.

Victimes de leur âge, les bâtiments présentent un état de dégradation qui rend difficile la fourniture de prestations de qualité en matière d'entretien et d'hygiène élémentaires et absorbe inutilement le peu de crédit disponible. Ainsi chaque année des sommes insuffisantes sont dépensées pour renouveler sans cesse une multitude de petites réparations qui permettent à l'hôpital de fonctionner, mais qui ne sont pas à même d'arrêter le processus de dégradation.

Si certains bâtiments peuvent se contenter d'une réfection de toiture, du badigeonnage des murs et d'une reprise des portes et fenêtres, d'autres par contre, nécessitent des travaux plus importants : démolition-abattage et reconstruction de cloisons, modifications des ouvertures, réfection complète des sanitaires.

L'Etat de la plupart d'entre eux requiert un renouvellement complet leur réseau d'approvisionnement en eau, de leur système d'évacuation des eaux usées et de leur installation électrique.

Un nouveau système d'acheminement des fluides médicaux devra être réalisé.

Les installations de plomberie et les sanitaires ont atteint un tel point de dégradation que les petites réparations sont si fréquentes qu'elles entraînent des charges qui pèsent lourdement sur les crédits réguliers de fonctionnement. Avec le démarrage de l'autonomie de gestion on a pu constater un certain nombre de réalisations effectuées sur fonds propres de l'hôpital sur le budget national, sur la subvention du FAC, et sur don de l'Ambassade d'Allemagne.

Tableau réalisation immobilière

Réalisation immobilière (gros travaux)	Année	Budget
- Construction mur de clôture	1986	National
- 2 W-C à latrines pour accompagnants face Neuro annexe	1986	National
- Construction hangar cuisine	1986	National
- Construction bureau du service social et surveillant général	1987	National
- Réhabilitation du service de cardiologie (1 ère phase)	1988	National
- Rénovation du service de laboratoire	1986-88	National
- Rénovation du service de pharmacie	1986-88	FAC
- Rénovation bureaux chirurgie B	1989	Fonds propres HPG
- Rénovation ancienne médecine D	1989	Fonds propres HPG
- Rénovation médecine AB	1992-93	Budget National
- Rénovation service gastro	1992-93	Budget National
- Rénovation service urologie	1992-93	Budget National
- Réhabilitation médecine CD	1991	FAC
- Réhabilitation service cardio (2ème phase)	1992	Budget National
- Réhabilitation service des malades infectueuses	1992	Don Ambassade d'Allemagne
- Badigeon façade interne de tous les autres pavillons	1992	Fonds propres HPG

XIV - Equipement

En 1986 la plus grande partie de l'équipement médical était ancien. Avec l'autonomie de gestion, l'hôpital du point " G " a fait de gros efforts afin de mettre les matériels performants à la disposition des praticiens, grâce à ses ressources propres et à l'aide du département et les partenaires français, surtout en ce qui concerne le gros équipement.

La mise à niveau du plateau technique a permis à l'hôpital du point " G " d'améliorer très nettement la qualité de ses prestations en renforçant ses capacités diagnostiques et thérapeutiques.

- Capacités diagnostiques : par la rénovation du labo (1986 - 87), par la fourniture d'équipements complémentaires tels qu'échographe, fibroscope en février 1987, par la refecton du service de la radiologie...
- Capacités thérapeutiques : par la création d'un service de soins intensifs par la rénovation du bloc opératoire qui a porté aussi sur l'équipement...

Vu l'insuffisance du budget alloué à l'hôpital du point " G " et vu les nécessités d'équipement et de rénovation, l'autonomie de gestion a permis l'utilisation des recettes propres afin de suppléer à cette insuffisance.

Avec le démarrage de l'autonomie de gestion on a pu constater un certain nombre de réalisations effectuées sur fonds propres de l'hôpital, sur le Budget National, sur la subvention du FAC et sur le don de l'Ambassade d'Allemagne.

Liste des gros équipements acquis durant l'autonomie de gestion (1)

Désignations	Date d'acquisition	Budget	Quantité
Radiologie			
Appareil scopie CGR	1986	-	1
Appareil Radio super 702 Philip et Moniteur télé	1988	Réserve d'investissement du budget	
		Autonome de HPG	1
Echographe Philip + Table	1990	FAC (convention 225 / CD / 88	1
Negastocope CGR	1986	Fonds propres HPG	1
Negastocope CGR double	1986	"	1
Négastocope CGR ELLA	1986	"	1
Appareil radio mobile un	-	-	-
Shumadzù EP	1986	Don japonais	1
Table échangeur de film	1988	-	1
Médecine nucléaire			
Polyradiamètre TPAB 71 Mardeux E 500	1987	Don A I E A	1
Rénographe type N P 363 4 canneaux N° 89 001 - 180 VA	1990	"	1
Compteur Gamma SD 12 N° serie 014 30 VA 3,15	1989	"	1
Micro ordinateur Amstrad P C 1640 H D 20	1990	"	1
Monitor P C E C D	1989	"	
Babyline 81 chambre d'ionisation portative Ref E 793	1987	"	1
POlyradiamètre M I P - 10 Nardeux E 743	1987	"	1
Cardiologie			
E C G cardiofax Nohar K oldeur	1988	Budget autonome H opital point "G"	1
Echographe Sonel 303 C G R	1988	Don d'ambassade d'Allemagne	1

Liste des gros équipements (suite1)

Désignation	Date d'acquisition	Budget	Quantité
Cardiologie (suite)			
Négastoscope			1
Pharmacie			
Micro - ordinateur	1993	FAC	
Neurologie			
Stéthoscope	1993	-	1
Appareil à tension	1993	-	1
Négatoscope	1986	-	2
Neuro - Annexe			
Négatoscope	1986	-	
Appareil à tension	1993	-	1
Appareil E E G	1987	-	1
Andoscopie			
Colonoscope C F 20 H L Olympus	1989	FAC	1
Drodenoscope I F B 4211 264	1989	FAC	1
Fibroscope	1987	FAC	1
	1989	FAC	1
	1993	Don ANGERS (ancien modèle)	1
Appareil radioscope Siemens	1988	-	1

Désignation	Date d'acquisition	Budget	Quantité
Laboratoire			
Pholomère à flamme lb 143	1988	FAC	1
Analyseur doseur chlore	1988	FAC	1
Distillateur D . AC 10	1987	FAC	1
Gasomètre A V L Type 939 1,3 A	1987	FAC	1
Distillateur Kotterman	1988	"	1
Microscope Olympus	1987	"	1
E Tuve J ouan	1988	"	2
E Tuve Dim	1988	"	2
Chauffage électrique	1988	-	-
Centrifuge Optimale	1988	FAC	1
Centrifuge Jouan	1987	"	1
Centrifuge Jouan B - 3 - 11	"	"	1
Centrifuge Jouan C - 4 - 11	"	"	1
Centrifuge B - 3 - 10	"	FAC	1

Liste des gros équipements (suite 2)

Désignations	Date d'acquisition	Budget	Quantité
Labo (suite)			
Centrifuge Jouan 5530	1988	FAC	1
Centrifuge Menato	1988	FAC	1
Compteur Coulter T 660 compte globules	1987	FAC	1
Bain Marie Sakura K E 2 N° 430 2331; 1,5 Kw	1998	FAC	1
Kem. O. Mat serie 339 45 A	1987	FAC	1
A 5 A 24 SERIE 572; 18 W	1988	FAC	1
Balance Sauter type 414 / 11	1987	FAC	1
Rhésuscope Verre et technique	1988	FAC	1
Appareil test 1 HIV L P 10 N 903	1988	"	1
Autoclave	1988	"	1
Agitateur Heidelsh	1988	"	1
Poupinel Paris labo	1988	"	1
Poupinel Pana cea Bett	1988	"	1
Matériel technique Microscope	1988	"	4
Matériel olympus	1988	"	-
Matériel B E 2 R F L T 2 N° 702047 Olympus	1988	"	-
Gynécologie			
Cystoscope	1991	"	-
Coelioscope	1987	"	-
Appareil à tension (mural)	1993	"	2
Phtisiologie			
Negatoscope géant double rayons		"	3
Negatoscope simple rayon		"	1
Appareil Radioscope C G R + Table fibro bronchique		"	1
Fibroscope bronchique		"	1
Spiromètre vicatest Pea		"	1
Source lumineuse D Smal		"	1

Liste des gros équipements (suite3)

Désignations	Date d'acquisition	Budget	Quantité
Phtisiologie (suite)			
Source ultraviolet stérélisation			1
Aspirateur			1
Urgence chirurgicale et Banque de sang			
Chariot de pansement	1988	FAC (convention N° 225 / C / 88 / MLI)	1
Fauteuil roulant	1988	"	1
Poupinel thermo	1988	"	1
Rhesuscope	1988	"	2
Centrifuseuse	1988	"	1
Frigo pour conservation de sang	1988	"	2
Appareil à tensio ishétoscope	"	"	2
Respirateur dogie	"	"	3
Aspirateur A 180	"	"	1

XV - Le personnel

Le personnel constitue une ressource indispensable dans toute entreprise . C'est pourquoi un accent particulier doit être mis sur ce volet surtout au moment de la transformation de notre Etablissement de Service Public à Etablissement Public Administratif (EPA). L'Hopital National du point " G " souffre aujourd'hui d'une insuffisance notoire de personne suite à la deperdition progressive des effectifs don il a fait l'objet ces dernières années soit un déficit de 63 agents de 1986 à 1993

POUR LE PERSONNEL MEDICAL :

Seuls les services de gastro-Enterologie et des maladies infectueuses présentent les insuffisances d'effectifs avec un médecin dans chacun des services. L'affectation de deux (2) médecins est nécessaire pour rentabiliser les investissements dont le premier vient de faire l'objet et soutenir les activités déjà importantes du second. A cela s'ajoute le problème de tutelle au Service de Chirurgie " C " tenu par des médecins externes à l'Hpital National du Point " G " dans le cadre de leur formation à l'E.N.M.P.

Un problème important à signaler est qu'une grande partie de nos médecins donnent des prestations dans les cliniques privées et souvent aux même heures normales de travail. Ceci amène beaucoup d'entre eux à reduire leurs activités au sein de l'Hopital du Point " G " au profit des cliniques où ils reçoivent un intéressement substentiel. Certains malades doivent même croire que les médecins s'occupent mieux d'eux dans les cliniques privées que dans les hopitaux publics. Si cette situation dure, seuls les maldes ayant les moyens limités et ceux devant bénéficier de sgratuités légales, fréquenteraient les Hopitaux Nationaux. C'est pourquoi ces décisions doivent être prises pour motiver et intéresser les praticiens afin qu'ils se consacrent mieux à leur travail HOspitalier pendant et en dehors des heures ouvrables.

La forte déperdition du personnel se situe en 1991-1992 comme suit :

- Décès, retraites ordinaires formations	36
- Départs volontaires à la retraite anticipée	55
Total des départs	-----
	91

- Agents affectés à l'Hopital du Point " G " 37 soit une reduction de 54 agents

POUR LE PERSONNEL INFIRMIER :

Les infirmiers eux aussi très réduits surtout dans les pavillons d'hospitalisation. Ainsi donc l'on constate que les chiffres d'un T.S. + 3 A.T.S. retenus en 1987 comme effectif moyen pour un pavillon de 25 lits sont déficitaires de 12 A.T.S. Ces chiffres il faut le rappeler, ont été obtenus après une enquête auprès des Infirmiers Majors et certains medecins. Aujourd'hui l'on constate qu' avec un tel effectif des problèmes existent, car à l'exception du T.S. Major, les 3 A.T.S. doivent assurer la garde en dehors des heures de service : ce qui revient à au moins deux gardes par semaine. Un effectif moyen de 2 T.S. + 4 A.T.S. par pavillon serait souhaitable pour attenuer les difficultés liées aux gardes trop fréquentes dans les pavillons.

D'ailleurs, avec un tel effectif la formule de trois équipes avec 8 heures pour chacune d'entre elles pourrait être envisagée.

A l'instar des autres secteurs, l'effectif d'infirmier est aussi très reduit au niveau du plateau technique. C'est poirquoi pendant, que certaines sections du laboratoire et de la pharmacie sont tenues par un seul agent, 1 aide Anesthésiste assure la garde en Gynéco-Obstetrique et en Chirurgie Générale.

POUR LES AIDE- SOIGNANTS ET FILLES DE SALLES :

Bien que très réduit cette catégorie est mal répartie dans les services. Aujourd'hui il est nécessaire de redéfinir les vraies tâches de ces agents qui, à cause du manque d'infirmiers, dispensent des soins infirmiers.

POUR LES GARCONS DE SALLE ET MANOEUVRES :

Malgré le recrutement de 30 manoeuvres journaliers payés sur les recettes, beaucoup de pavillons ne disposent aujourd'hui que de deux (2) manoeuvres. La condition première exigée pour un Hôpital étant des conditions d'hygiène, des efforts sont nécessaires pour augmenter les effectifs.

POUR LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET FINANCIER :

Pendant que la réduction du nombre d'agents a amené le B.F. à suspendre les gardes, tous les services techniques ne disposent pas encore de secrétaires formés à cet effet.

D'une manière générale, le déficit en personnel est très ressenti dans toutes les couches socio-professionnelles de cet Etablissement et il n'est pas certain que la tutelle puisse satisfaire, même la moitié de ces besoins. D'où la nécessité dans le cadre du nouveau statut à instituer un stimulant afin de tirer le maximum de profit des effectifs existants.

POUR LE PERSONNEL BENEVOLE :

Aujourd'hui il est difficile de parler du personnel de l'Hôpital du Point " G " sans faire référence aussi aux bénévoles malgré l'interdiction prescrite en la matière. Présents à presque tous les niveaux des structures de l'hôpital avec la complicité des responsables sans l'avis de la Direction, les bénévoles aident et, souvent même, remplacent le personnel dans leurs tâches quotidiennes. S'il est vrai que dans beaucoup de cas, cela est dû à l'insuffisance du personnel, il faut aussi reconnaître que certains de nos agents se reposent entièrement sur eux en leur confiant systématiquement, leurs rôles. Ainsi à la date du 12 Octobre 1992 la situation des bénévoles opérant à l'Hôpital du Point " G " est la suivante :

Médecin	3
Infirmier d'Etat	3
Infirmier de Santé	13
Autres	38

Total	57

EFFECTIF DU PERSONNEL

Médécins Ingénieur Sanitaires	41 dont 4 coopérants
Administrateur Aff. Sociales	1
Ingénieur Bio médical	1 (coopérant)
Professeur d'enseignement	2
Ingénieur Constructions Civiles	1
Techniciens de Santé (IDE)	69
Technicien de Santé (S.F.)	13
Technicien de Santé (Secrétaire médicale)	1
Attaché d'Administration	1
Contrôleur des Finances	2
Techniciens des Affaires Sociales	8
Technicien des Constructions Civiles	1
Agents Technique de Santé	64
Adjoints de Secrétariat	7
Adjoints d'Administration	1
Adjoints du Trésor	5
Adjoint Financiers	2
Adjoints de Construction Civiles	4
Contractuels Agents technique de Santé	6
Commis d'Administration	1
Aides soignants	35
Ouvriers Conventionnaires	5
Chauffeurs	4 dont 1 Santé Mentale
Garçons de Salles + Manoeuvres	55
Gardien	1
Filles de Salles	7
Cuisiniers	6
Téléphonistes	2
Tailleurs	2
Manoeuvres Journaliers	30
Cuisiniers Journaliers	9
TOTAL	----- 387

SITUATION DU PERSONNEL A LA DATE DU 02/06/93

EMPLOI ET CATEGORIE	EFFECTIF EN ACTIVITE	EFFECTIF EN FORMATION	COOPERANTS FRANCAIS	TOTAL
FONCTIONNAIRES Cat° " A "				
Personnel sanitaires :	39	6	5	50
Médécins Ingénieurs sanitaires	2	--	--	2
Prodesseurs d'Enseignement				
Personnel Administratif :	1	--	--	1
Administrateur Civil				
Personnel social :	1	--	--	1
Administrateur Aff. sociales				
Personnel de maintenance :	1	--	1	2
Ingénieur des des Const. Civiles				
	-----	-----	-----	-----
Total Catégorie A	44	6	6	56
FOCTIONNAIRE Cat. " B "				
Personnel sanitaire :	70	7	--	77
Technicien de santé (IDE)	13	--	--	13
Technicien de santé (SF)				
Personnel Administratif et Financier :	1	--	--	1
Attaché d'Administration	2	--	--	2
Contrôleurs du Trésor				
Personnel social :	7	--	--	7
Techniciens des Affaires sociales				
Personnel de maintenance :	2	--	--	2
Tecniciens des const. Civiles				
	-----	-----	-----	-----
Total catégorie " B "	95	7	--	102
FONCTIONNAIRES Cat. " C "				
Personnel sanitaire :				
Agents technique de santé	63	7	--	70
Contractuels	6	--	--	6
Personnel Administ. et Financ.				
Adjoints d'administration	2	--	--	2
Adjoints de secrétariat	9	--	--	9
Adjoint du Trésor	5	--	--	5
Adjoint ses services financiers	2	--	--	2
Personnel de Maintenance :				
Adjoint des const. Civiles	3	--	--	3
	-----	-----	-----	-----
Total Cat. " C "	90	7	--	97

EMPLOI ET CATEGORIE	EFFECTIF EN ACTIVITE	EFFECTIF EN FORMATION	COOPERANTS FRANCAIS	TOTAL
FONCTIONNAIRE Cat . " D "				
Personnel Administratif :				
Commis d'Administration	1	--	--	1
CONVENTIONNAIRE				
Personnel Sanitaire :				
Aides soignants	34	2	--	36
Filles de salle	7	--	--	7
Garçons de salles + manoeuvres	56	3	--	59
Total	97	5	--	102
Personnel Administratif :				
Ronéotypiste	1	--	--	1
Téléphonistes	2	--	--	2
Chauffeurs	4	--	--	4
Gardien	1	--	--	1
Total	7	--	--	7
Personnel ouvrier et services généraux :	5	--	--	5
Ouvriers	6	--	--	6
Cuisiniers	2	--	--	2
Tailleurs				
Total	13	--	--	13
Personnel journalier	40	--	--	40

Total général :	418
Fonctionnaire :	250
Coopérants Français :	6
Conventionnaires	122
Journaliers :	40

Evolution des effectifs

Qualité Catégorie	1986	1993	Ecart	Pourcentage d'accroissement
Médecins	42	41	-1	-2,38%
Professeurs d'enseignement	--	2	2	--
Sage-femmes	14	13	-1	-7,14%
Technicien de santé	54	70 dont 1 secrétaire médical	16	29,62%
Agents technique de santé	89	70 dont 6 contractuels	-19	-21,34%
Infirmiers auxiliaires	14	--	-14	-100%
Aides - soignants	64	35	-29	-45,31%
Garçons et filles de salle	74	62	-12	-16,21%
Manoeuvres journaliers	--	30	30	--
Personnel administratif	32	30	-2	-6,25%
Personnel des services généraux et ateliers	67	34 dont 9 journaliers et 1 coopérant	-33	-49,25%
TOTAL	450	387	-63	-14%

XVI - Perspectives dans le cadre de l'EPA

I - Contexte :

C'est afin de permettre aux hôpitaux de remplir au mieux leur mission en leur donnant la souplesse nécessaire pour optimiser leurs services qu'ils ont été érigés à l'EPA. En effet, le statut d'EPA qui leur a été conféré traduit un changement profond dans la conception des hôpitaux, en permettant leur passage d'une logique principalement administrative à celle d'une véritable gestion. Le temps où les hôpitaux attendaient de l'Etat qu'il leur donne l'ensemble de leurs ressources est révolu. Il est temps d'admettre que tout service produit par une formation sanitaire a un coût et qu'il est impossible d'obtenir des services de qualité si la structure qui est chargée de les produire n'est pas en mesure :

- ni de dégager les ressources nécessaires,
- ni procéder aux ajustements qu'imposent une production satisfaisante.

Ce nouveau statut donne à ces établissements les moyens juridiques de travailler autour de la notion de performance, c'est à dire qu'il appartiendra à leurs directions de concentrer toutes leurs énergies sur les notions d'efficacité et d'efficience de coût/efficacité tout en veillant au respect des lois et des règlements en vigueur au Mali.

Ainsi, l'hôpital sera jugé sur la nature et les qualités des services qu'il aura produits.

L'érection des hôpitaux en EPA ne signifie nullement, un retrait quelconque de l'Etat dans sa mission de service public. Bien au contraire, l'acquisition de ce nouveau statut va conduire l'Etat à faire preuve de beaucoup plus de probité et d'exigences afin de remplir le contrat qui le lie à la population malienne, en acceptant les contraintes économiques propres à la production de tout service de santé. C'est ainsi que non seulement l'Etat ne diminuera pas sa contribution financière aux nouveaux EPA, mais au contraire s'efforcera de l'augmenter dans la mesure de ses possibilités. Bien qu'établissements publics, les hôpitaux doivent désormais éprouver les règles de gestion propres à toute entreprise. Pour y parvenir ils doivent : d'une part assurer la mise en place d'un nouveau système comptable d'autre part entreprendre l'élaboration d'un plan de développement. L'élaboration et l'application d'un règlement intérieur devra permettre de formaliser les mesures préconisées afin de garantir leur application effective et de préciser les mesures qui seront prises en cas de manquement. De plus, le comité technique de chaque hôpital sera invité à prendre toutes les mesures qu'il jugera utile pour assurer la promotion de la qualité des soins.

2 - Cadre juridique :

L'établissement public à caractère administratif est une personne morale de droit public doté de l'autonomie financière.

L'EPA est chargé de la gestion d'une mission déterminée, caractérisée par la production de services non marchands.

Dans le cadre de l'exécution de sa mission, l'EPA dispose de tous les moyens de droit et notamment :

Un contrôleur financier nommé par le Ministre chargé des finances auprès de l'EPA est chargé du suivi et du contrôle de l'exécution correcte du budget. Le plan comptable particulier de l'EPA doit s'inspirer du plan comptable de l'Etat. Le budget est soumis à l'approbation du conseil d'administration.

Du régime des biens : Le patrimoine propre de l'EPA fait parti du domaine privé. Toutefois sont inaliénables et imprescriptibles ceux des biens de l'EPA affectés.

La gestion lui est confiée

Les créanciers doivent le cas échéant recourir à la procédure d'inscription d'office pour obtenir de l'autorité de tutelle le règlement des sommes qui leur sont dues. La déchéance quadriennale est applicable aux créances détenues sur l'EPA. Il peut recourir à la procédure de l'Etat exécutoire lorsqu'il n'est pas parvenu à recouvrer ses créances à l'amiable, dans les conditions et suivant les modalités prévues par le règlement financier en ce qui concerne les créances de l'Etat.

XVI.3 - De la tutelle :

L'autorité chargée des attributions de tutelle sur l'EPA est le représentant de la personne publique créatrice. Elle est garante :

- de la réalisation de la mission de l'EPA
- du fonctionnement régulier des organes d'administration et de gestion ;
- du respect par l'EPA des textes organiques, du statut, des accords et conventions ;
- du patrimoine de l'EPA.

L'autorité de tutelle notifie périodiquement à l'EPA placé sous sa surveillance, l'orientation et le contenu des objectifs sectoriels à poursuivre dans le plan national de développement et précise la politique économique, sanitaire, sociale et financière de l'Etat à mettre en oeuvre au niveau de ses établissements publics à caractère administratif.

4ème Partie : Conclusion et Recommandations

XVII - Conclusion et recommandations

L'étude sur l'évolution de l'EPA nous a donné les conclusions suivantes :

- le projet test d'autonomie de gestion de l'HPG a permis de voir dans quelle mesure l'application du contrôle de gestion peut améliorer le fonctionnement de cet hôpital.

Il a permis d'entrevoir les faiblesses aussi bien en encadrement qu'en moyens de travail.

Les données recueillies ont permis de constater que les recettes peuvent couvrir en partie, concurremment avec les crédits budgétaires alloués, les besoins optimaux en fonctionnement.

Une amélioration progressive des mécanismes de gestion notamment de recouvrement des recettes va permettre sans doute de couvrir progressivement par les ressources internes, les besoins en fonctionnement.

Le budget d'Etat alloué à cet hôpital étant insuffisant, un défi s'adresse aux responsables de cette institution qui sont chargés de conserver ou augmenter la qualité des soins dispensés. Cette performance se traduit nécessairement par les objectifs de rationalité, de techniques du marketing, face à la rigueur et à l'évolution des besoins des différents publics concernés.

Un certain nombre de mesures doivent être prises pour permettre une bonne gestion de cet établissement notamment :

L'introduction de l'outil informatique au bureau des entrées et au bureau du comptable.

Il convient toute fois de noter que les dépenses de médicaments doivent rester à la charge des patients sauf en ce qui concerne les indigents, les urgences et les premières soins dans la mesure du possible. Une fusion des deux officiers pharmaceutiques s'avère nécessaire pour un meilleur contrôle des sorties de médicaments.

D'après le statut, le personnel de l'hôpital a droit à la gratuité des médicaments ; or l'application de ce principe pourrait conduire à des abus graves mettant complètement en péril le fonctionnement de la pharmacie hospitalière.

L'attribution d'un crédit personnel, géré à part, devient nécessaire. Sur ce crédit seront imputés les médicaments donnés au personnel. Ce crédit doit être géré rigoureusement et dans la transparence totale.

Faire l'objet de la création d'une mutuelle.

Permanence des stocks de réactifs de labo, fils de radio, fils de suture et autres consommables en annulant la gratuité pour les soldats, enfants étudiants et élèves. Les ministres de la santé, de la défense ont des budgets de santé et pourront payer.

Résolution des problèmes liés à la maintenance du plateau technique, notamment au labo en signant des contrats de maintenance.

Renforcer l'équipe du bureau des entrées et assurer la permanence ailleurs il sera nécessaire : d'équiper les services techniques en moyens de travail d'améliorer le cadre de vies des malades et les infrastructures d'accueil des malades poursuivant la rénovation et la modernisation de certains services de Médecine et de chirurgie. L'aide du FAC dans ce domaine sera haute appréciée.

Les contrats suivants méritent d'être soulignés :

1) - une insuffisance du personnel aggravée par le départ à la retraite anticipée de certains travailleurs ; le service régulier ne peut être assuré correctement dans les services techniques, de même que la garde.

2) - Certains équipements méritent d'être remplacés. Un budget d'équipement important doit être mis en place pour assurer le renouvellement progressif du plateau technique. Dresser un plan d'investissement serait nécessaire.

3) - Le nombre de lignes téléphoniques est insuffisant et le standard est en permanence saturé par les appels. L'hôpital pourrait installer une ou 2 lignes téléphoniques pour recevoir les appels.

4) - Le transport du personnel est totalement tributaire du garage administratif avec pour conséquence le retard et l'arrêt imprévu de ce moyen de transport. Par ailleurs, il n'assure pas le transport du personnel de garde les dimanches et jours fériés.

Des réformes dans les tarifications doivent être menées en vue d'assurer une saine politique de recouvrement des coûts. L'intéressement du personnel est aussi un moyen d'accroissement de l'efficacité de l'hôpital.

Actuellement l'EPA n'est pas usité au sens propre du terme, il est centralisé, le ministre est président du CA et il assure en même temps la tutelle. Ce pendant il doit seulement assurer la tutelle :

Veiller à ce que le CA évite de prendre des décisions non conformes à la politique sanitaire, sans pour autant être membre du CA.

L'autorité de tutelle doit être différents du CA.

Une mode de gestion dite CHU est en voie de voir le jour, un système beaucoup plus approprié pour assurer la pérennité de l'établissement et l'amélioration des performances.

XVII - Bibliographie :

1. Alain GRENON - René SEUX : " La statistique, un outil de gestion hospitalière ". Éditions Médicales et universitaires.
167, rue du château, 75014 Paris.
1980, 254 P.
2. : D'Alma - A l'an 2000 . Reflexions à la mi-parcours.
Organisation mondiale de la santé. Genève, 1990.174P.
3. Commission Nationale de réforme administrative : Rapport n° 4803 DI / GAP. Experts :
B. CHAUME
J. GÉRARD
Juin 1971.44P + Annexes.
4. DUMAS R : " L'entreprise et la statistique, 1967. T 1. Editions Dunod Paris.
- 5 - DUMAS René : " Statistique et gestion de l'entreprise, 1968. Editions Dunod Paris.
6. Francis Alglave : La fonction marketing dans les hopitaux Heral Editions Paris. Octobre 1986. 224 P + Conclusion.
7. GRAIS B : " Les techniques statistiques ".3 vol; Paris. Dunod, 1974.
- 8 : Journées Internationales d'Abidjan. 6-7-8 juin 1990 « La place et le rôle de l'hôpital en Afrique ». Edition scientifique que ACODESS (Association pour la coopération et le développement des structures sanitaires). 327.P.
9. Dr KONARE Mariam : schéma directeur de l'installation d'une pharmacie - dépôt à l'HPG (manuscrit) sans date 6P
10. Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Deuxième évaluation. Huitième rapport sur la situation sanitaire dans le monde. Volume 2. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Afrique. 265P.
11. Msieri W : " Notions essentielles de statistique et calcul des probabilités " Paris, Sirey. 1965.
12. M.S.P.A.S. - Direction Nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale : Annuaire statistique des services socio sanitaires ; année 1987. Novembre 1988. 219 P + Annexes.
13. M.S.P.A.S. - Cabinet : Rapport annuel sur l'autonomie de gestion des hôpitaux au Mali. Expérience 1987. Mars 1988 27P.
14. : M.S.P.A.S. - Direction Nationale de la Planification et de la formation sanitaire et sociale : Canevas de collecte des données relatives à l'élaboration du rapport final l'autonomie de gestion des hôpitaux 2P.
15. M.S.P.A.S. - Direction HPG : Contribution de l'HPG à l'étude sur mode de gestion des médicaments essentiels dans le District. Octobre 1989. 14P.

16. M.S.P.A.S. / La mise en oeuvre de l'initiative de Bamako dans le District. De Bamako 1990.

17. M.S.P.A.S.P.F. - Division de l'épidémiologie (section statistique).Annuaire statistique des services de santé, année 1989. Juillet 1991 136 P + Annexes.

18. M.S.P.A.S.P.F. - HPG : Notes sur l'HPG. Juin 1992. 7 P.

19. M.S.S.P.A. - Cabinet : Lettre d'orientation en matière de réforme hospitalière (objectif 93) Janvier 1993. 8 P.

20. M.S.S.P.A - CAB « lettre d'orientation 1994 » en matière de reforme hospitalière n° 067 du 21/01/1994.

21. M.S.S.P.A. - Direction Nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale : De la gestion des hôpitaux. 1983. 4 P

22. M.S.S.P.A. : journées de réflexions sur la gestion des hôpitaux 6 au 9 Avril 1993. Avril 1993. 68 P + Annexes.

23. : Une décennie de réalisation probantes. 1985-1994. Progrès vers la santé pour tous les Africains. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Brazaville, juillet 1994. Design, editing, desktop composition and printing by bahr Mapping and Printing Maseru, lesotho 49P.

24. Professeur Samuel Halter. Presses universitaires de Bruxelles PUB première édition 1979. 1980 - 117 P.

25. : Tamas Fülöp

Milton I. Roemer

L'étude du développement des personnels de santé. Une méthode pour améliorer les systèmes nationaux de santé. Organisation mondiale de la santé. Genève 1989.

26. Zanga KONE : 4ème promotion (1992 - 1994) : CEAO.

Centre Africaine d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) département D.S.G.S. : Rapport de stage à l'HPG (Analyse de la gestion des deniers en médicaments et du personnel) Septembre 1993. 42P + Annexes.

NOM : TOUNKARA

PRENOMS : Mamadou

TITRE DE LA THESE : Evolution de l'hôpital du Point « G », durant ces dix dernières années.

ANNEE : 1995 - 1996

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE (Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie).

SECTEUR D'INTERET : Reforme hospitalière

RESUME : L'hôpital du Point « G » est le dernier recours sanitaire de notre pays. L'autonomie de gestion étant une dérogation à la loi financière en vigueur lui a permis de résoudre certaines de ses difficultés, d'où l'institution de l'établissement public à caractère administratif (EPA).

L'enrichissement du plateau technique a entraîné l'amélioration de la qualité du diagnostic ce qui a engendré une diminution de la durée moyenne de séjour.

(6) - Mots clés :

Autonomie de gestion

Pharmacie IB (Initiative de Bamako)

Pharmacie UL (Urgence labo)

Etablissement public à caractère administratif (EPA)

Recouvrement des coûts

Identification des malades.

ANNEXES

CHAPITRE III : DES RESSOURCES

ARTICLE 4 : Les ressources financières de l'Hôpital du Point "G" sont constituées par :

- les revenus provenant des prestations de services ;
- la contribution de l'Etat à la couverture des charges de mission de service public ;
- l'aide extérieure ;
- les recettes diverses.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 5 : Un décret pris en Conseil des Ministres fixe l'organisation interne et les modalités de fonctionnement de l'Hôpital du Point "G".

ARTICLE 6 : Sont et demeurent abrogées les dispositions de la Loi N°84-22/AN-RM du 17 Mars 1984 portant érection en services rattachés au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales des Hôpitaux Gabriel Touré, du Point "G" et de Kati en ce qui concerne l'Hôpital du Point "G" et celles de l'Ordonnance N°77-54/CMLN du 13 Octobre 1977 portant régime des Hôpitaux.

Bamako, le 5 Octobre 1992

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,


ALPHA OUMAR KONARE.-

LOI N° 92 - 024 /

PORTANT CREATION D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC A
CARACTERE ADMINISTRATIF DENOMME HOPITAL GABRIEL
TOURE.

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté en séance du 10
Septembre 1992 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur
suit :

CHAPITRE I : CREATION ET MISSION

ARTICLE 1er : Il est créé un Etablissement Public National à
Caractère Administratif, doté de la personnalité morale et de
l'autonomie financière dénommé HOPITAL GABRIEL TOURE.

ARTICLE 2 : L'Hôpital Gabriel TOURE a pour mission :

- d'assurer la mise en oeuvre de la politique nationale et
des stratégies dans les domaines suivants de la Santé :
 - . soins curatifs ;
 - . soins préventifs et de réhabilitation ;
 - . infrastructures et équipements hospitaliers ;
- de participer à la formation, à la recherche scientifique
et technique, au perfectionnement et à la spécialisation
du personnel socio-sanitaire.

CHAPITRE II : DE LA DOTATION INITIALE

ARTICLE 3 : L'Hôpital Gabriel TOURE reçoit en dotation initiale
l'ensemble des biens meubles et immeubles affectés à l'Hôpital
Gabriel TOURE à la date de promulgation de la présente Loi.

M/D
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

//_OI // /° 92- 025 /

PORTANT CREATION D'UN ETABLISSEMENT
PUBLIC A CARACTERE ADMINISTRATIF
DENOMME HOPITAL DE KATI.

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté en sa séance du 10
Septembre 1992 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur
suit :

CHAPITRE I : CREATION ET MISSIONS

ARTICLE 1er : Il est créé un Etablissement Public National à
Caractère Administratif, doté de la personnalité morale et de
l'autonomie financière dénommé HOPITAL DE KATI.

ARTICLE 2 : L'Hôpital de Kati a pour mission :

- d'assurer la mise en oeuvre de la politique nationale
et des stratégies dans les domaines suivants de la
Santé :
 - . soins curatifs ;
 - . soins préventifs et de réhabilitation ;
 - . infrastructures et équipements hospitaliers ;
- de participer à la formation, à la recherche
scientifique et technique, au perfectionnement et à la
spécialisation du personnel socio-sanitaire.

CHAPITRE II : DE LA DOTATION INITIALE

ARTICLE 3 : L'Hôpital de Kati reçoit en dotation initiale les
biens meubles et immeubles affectés à l'Hôpital de Kati à la date
de promulgation de la présente Loi.

M/K
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

LOI N°92 - 026 /

**PORTANT CREATION D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC A
CARACTERE ADMINISTRATIF DENOMME CENTRE NATIONAL
D'ODONTO-STOMATOLOGIE.**

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté en sa séance du 10
Septembre 1992 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur
suit :

CHAPITRE I : CREATION ET MISSION

ARTICLE 1er : Il est créé un Etablissement Public National à
Caractère Administratif, doté de la personnalité morale et de
l'autonomie financière dénommé **CENTRE NATIONAL D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**.

ARTICLE 2 : Le Centre National d'Odonto-stomatologie a pour
mission :

- d'assurer la mise en oeuvre de la politique nationale et
des stratégies dans les domaines suivants de la Santé :
 - . soins curatifs ;
 - . soins préventifs et de réhabilitation ;
 - . infrastructures et équipements hospitaliers ;
- de participer à la formation, à la recherche scientifique
et technique, au perfectionnement et à la spécialisation
du personnel socio-sanitaire.

CHAPITRE II : DE LA DOTATION INITIALE

ARTICLE 3 : Le Centre National d'Odonto-stomatologie reçoit en
dotation initiale l'ensemble des biens meubles et immeubles
affectés au Centre National d'Odonto-stomatologie à la date de
promulgation de la présente loi.

PRIMATURE

SECRETARIAT GENERAL DU
GOUVERNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI

DECRET N° 92 - 199 /P-RM

**FIXANT L'ORGANISATION ET LES MODALITES DE
FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL DU POINT "G".**

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

- VU la Constitution ;
- VU l'Ordonnance n°79-9/CMLN du 19 Janvier 1979 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des Services publics ;
- VU la loi n°90-110/AN-RM du 18 Octobre 1990 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation et du fonctionnement des Etablissements publics à caractère Administratif ;
- Vu la loi n°92-023 du 5 Octobre 1992 portant création de l'Hôpital du Point "G" ;
- VU le Décret n°92-001/P-RM du 8 Juin 1992 portant nomination d'un Premier Ministre ;
- VU le Décret n°92-002/P-RM du 9 Juin 1992 portant nomination des membres du Gouvernement modifié par le Décret n°92-023/P-RM du 8 Juillet 1992 ;

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

DECRETE :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1er : Le présent décret fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Hôpital du Point "G".

ARTICLE 2 : L'Hôpital du Point "G" est placé sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé.

ARTICLE 3 : L'Hôpital du Point "G" peut s'assurer le concours de tout organisme ayant les mêmes vocations.

Les représentants du Personnel sont désignés par les travailleurs.

Le représentant des associations de Consommateurs est désigné par lesdites associations.

ARTICLE 6 : Le Directeur de l'Hôpital et l'Agent Comptable assistent aux réunions avec voix consultative.

Le Secrétariat du Conseil d'Administration est assuré par la Direction de l'Hôpital.

SECTION II : DE LA DIRECTION GENERALE

ARTICLE 7 : Le Directeur Général représente l'Hôpital dans tous les actes de la vie civile.

A cet effet :

- il assiste au Conseil d'Administration ;
- Il exerce toutes les fonctions d'Administration et de gestion non expressément réservées au Conseil d'Administration ;
- il exerce l'autorité sur le personnel qu'il recrute et licencie dans le cadre de la législation en vigueur ;
- il signe les baux, conventions et contrats ;
- il exerce l'action en justice.

SECTION III : DE LA REPRESENTATION DU PERSONNEL AU COMITE DE GESTION

~~ARTICLE 8 : Les représentants du personnel au sein du Comité de gestion sont désignés par les travailleurs.~~

CHAPITRE II : DE LA TUTELLE

ARTICLE 9 : Les contrats d'un montant égal ou supérieur à cinq (5) millions de francs CFA sont soumis à l'approbation de l'autorité de tutelle.

TITRE III : DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 10 : Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures contraires notamment celles du Décret n°117/PG-RM du 28 Mai 1984 en ce qui concerne l'Hôpital du Point "G".

ARTICLE 11 : Le Ministre de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées et le Ministre de l'Economie, des Finances et du Plan sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal Officiel.

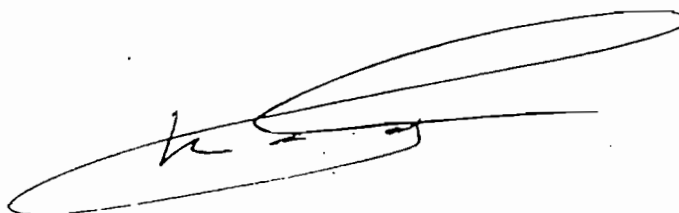
Koulouba, le 9 Novembre 1992

LE PREMIER MINISTRE,

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,




YOUNOUSSI TOURE.-



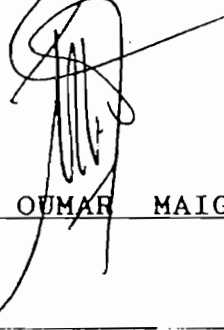
ALPHA OUMAR KONARE.-

LE MINISTRE DDE LA SANTE
DE LA SOLIDARITE ET DES
PERSONNES AGEES, p.i.



DIONCOUNDA TRAORE.-

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE
DES FINANCES ET DU PLAN,



MAHAMAR OUMAR MAIGA.-

**Hopital National
du Point "G"**

Pharmacie IB

Ordonnancier

Date : ____/____/____ Service : _____ Code pharm : _____

N° d'hospitalisation : _____

N° de lit : _____

N° Immatric./N° Carte étudiant : _____

Nom du malade : _____

Labo urg,
/____/

Pers-étudiant
/____/

Cas sociaux
/____/

Prescription	Quantitée delivr	Prix unitaire	Montant
1°)			
2°)			
3°)			
4°)			
5°)			
		Prix total	

Signature et cachet

du Service

du chef de Personnel

du Service social

Nom du Prescripteur : _____

**Hopital National
du Point "G"**

Pharmacie urgence-labo

Ordonnancier

Date : ____ / ____ / ____ Service : _____ Code pharm : _____

N° d'hospitalisation : _____

N° de lit : _____

N° Immatric./N° Carte étudiant : _____

Nom du malade : _____

Labo urg,
/ ____ /

Pers-étudiant
/ ____ /

Cas sociaux
/ ____ /

Prescription	Quantité Commandée	Quantité Délivrée
1°)		
2°)		
3°)		
4°)		
5°)		
6°)		

Signature et cachet

du Service

du chef de Personnel

du Service social

Nom du Prescripteur : _____

TITRE III : CARACTERISTIQUES FINANCIERES

ARTICLE 5 : COUT DU PROJET

La subvention de 13 millions de francs français, allouée par le Comité Directeur du Fonds d'Aide et de Coopération, au titre de la décision visée à l'article 2 de la présente convention, est destinée à couvrir les dépenses suivantes :

PRESENTATION GLOBALE (en francs français)

- INVESTISSEMENT IMMOBILIER :	3 500 000
dont plateau technique	
(réfection des bâtiments et de la toiture	2 500 000
système de gestion)	1 000 000
- INVESTISSEMENT MOBILIER	4 500 000
plateau technique	
(équipement des blocs opératoires	3 000 000
structure de gestion	1 000 000
maintenance)	500 000
- ACHAT VEHICULES UTILITAIRES (2)	
GESTION ET MAINTENANCE	300 000
- ACHAT FOURNITURES ET MATERIELS CONSOMMABLES	
(médicaments, ateliers de maintenance,	
fournitures de gestion)	3 000 000
- FORMATION	1 000 000
- MISSIONS DE COURTE DUREE	200 000
- PERSONNEL LOCAL	100 000
- AUTRES (suivi Mission)	200 000
- DIVERS ET IMPREVUS	200 000
TOTAL	13 000 000

f

f

TITRE IV - CARACTERISTIQUES FINANCIERES

Article 6. /

Le coût du présent financement a été évalué à 3.000.000 FF (TROIS MILLIONS DE FRANCS FRANCAIS), répartis comme suit :

Devis du projet

CARACTERISTIQUES DE DEPENSES 1987	MONTANT (FF)
- Travaux.....	500 000
- Equipement et biens intermédiaires.....	2 200 000
- Fonctionnement.....	300 000
TOTAL.....	3 000 000

Article 7. - Durée d'exécution

Le durée d'exécution du présent financement a été fixée à 1 an à compter de la date de signature de la convention.

Article 8. - Modalités d'exécution

La décision visée à l'article 3 cid-dessus sera mise en oeuvre par la Mission de Coopération à BAMAKO.

Le Chef de Mission imputera les dépenses engagées sur les crédits de paiement alloués dans le cadre de la procédure de globalisation.

.../...

BILLET DE L'HOPITAL (Partie Administrative)

Pavillon N° d'Enregistrement

N° Salle N° du lit

Nom..... Prénoms.....

Date et lieu de naissance

Arrondissement

Cercle Région :

Fils (le) de et de :

Epoux (se) de

Profession

Service

Adresse

Date d'Hospitalisation

Bamako, le.....19.....

Signature du service employeur pour la prise en charge et nom du signataire

Date de Sortie

REGIME D'HOSPITALISATION

Payant

Tiers-payant

Gratuit

REPUBLIQUE DU MALI
HOPITAL NATIONAL DU POINT G
BAMAKO

BILLET D'HOPITAL

(Partie Médicale)

Pavillon

N° d'Enregistrement

N° Salle

N° du lit

Nom et Prénom.....

Age.....

Diagnostic d'entrée

.....

Date d'Hospitalisation

Bamako, le.....19..

Date de Sortie

Observations du Médecin traitant au moment de la sortie

(Diagnostics, traitement, etc)

.....

Signature du Médecin

DEVIS DETAILLE

I - TRAVAUX

. Réparations des services de réanimation, gynéco-obstétrique, bloc opératoire, modernisation des bâtiments hospitaliers, construction d'un atelier de maintenance 4 500 000

II - EQUIPEMENT

. Equipement des services de réanimation, gynéco-obstétrique, médecine et chirurgie 2 200 000

. Complément d'équipement pour les ateliers de maintenance et l'administration 350 000

III - FONCTIONNEMENT

. Consommables pour les services hospitaliers (réactifs, films, produits anesthésiques, fournitures à usage unique) 1 300 000

. Logistique pour maintenance 250 000

. Appui à l'administration générale 100 000

. Formation 100 000

IV - APPUI - SUIVI

. Mission de suivi 50 000

11-16V - DIVERS ET IMPREVUS 150 000

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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.