

# Contrôle de gestion et réforme hospitalière: cas du Sénégal

Par El Bachir WADE

## RESUME

*Depuis 1998, une Réforme hospitalière est entrain se mettre en place au Sénégal; sa caractéristique principale est la transformation des hôpitaux en entreprises dénommées Etablissements publics de santé (EPS). Pour conduire les changements institutionnels et managériaux nécessaires, une Direction des établissements de santé a été créé sous forme de projet appuyé par des bailleurs de fonds; elle est chargée entre autres tâches de recruter et de former des cadres de gestion qu'elle met à la disposition des EPS. Les contrôleurs de gestion constituent l'essentiel de ce personnel parce que les textes législatifs et réglementaires de la réforme insistent sur leur mise en place et le rôle qu'ils doivent jouer. La recherche qui est présentée ici est le fruit d'une enquête auprès des hôpitaux de Dakar pour faire l'état des lieux des pratiques de contrôle de gestion et apprécier les perspectives d'évolution de cette fonction dans le cadre de la réforme hospitalière.*

## ABSTRACT

*From 1998 a reform has been going on in hospitals in Senegal; its main objective is to turn these establishments into companies called EPS (Public Health establishments) and to implement adequate management and institutional changes. A headoffice takes care of the recruitment and the training of managers, who are in charge with these establishments. Management controllers are the larger part of these personnels, because legislative and regulatory texts of the reform lay emphasis on the implementation and the targeting process expected from the project.*

*This research study is the outcome from an inquiry in hospital services in Dakar to assess the management control activities and to measure the evolution perspectives among them in terms with the reform.*

## MOTS-CLES

*Contrôle de gestion ; hôpital ; réforme hospitalier ; ISA, Groupe Homogène de malades ; comptabilité par activités.*

En dépit de flagrantes inégalités d'espérances de vie, de taux de mortalité, de moyens mobilisés et de considérables différences culturelles, l'efficacité des politiques de santé est une forte préoccupation dans tous les pays, quelle que soit leur référence idéologique ; pour y parvenir avec efficacité différentes solutions sont tentées. La variété dans les pratiques de gestion des structures hospitalières est très grande mais elle peut être résumée sur un continuum allant des situations de gratuité totale aux situations de libre concurrence.

Au Sénégal, pour assurer une meilleure gestion de ces maillons essentiels du service public de santé, différentes expériences ont été tentées. La dernière qui est en cours de mise en place est dénommée « la réforme hospitalière<sup>1</sup> ». Elle est entrée en vigueur conformément à la loi 98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, qui a transformé les différents hôpitaux nationaux et régionaux en établissements publics de santé.

L'objectif de cette réforme est de garantir pour tous « un accès équitable aux soins de santé », des soins de qualité qui supposent que les établissements publics de santé disposent de moyens adéquats pour un meilleur fonctionnement grâce à une plus grande participation des populations (à travers leurs représentants, les élus politiques) mais aussi grâce aux méthodes et outils de gestion empruntés aux entreprises privées. C'est ainsi que les décrets d'application de la loi 98-12 imposent aux établissements publics de santé de se doter:

- d'une planification stratégique et opérationnelle appelé « projet d'établissement »,
- de budgets (alimentés par des dotations publiques et les recettes collectées auprès des usagers)
- ainsi que d'une cellule de contrôle de gestion.

---

<sup>1</sup> décidée au Sénégal en 1998.

L'article 23 du décret 98-702 précise que cette cellule est chargée :

- ◆ de faire le point sur l'exécution du budget et sur la situation de la trésorerie ;
- ◆ de présenter trimestriellement un rapport sur la gestion de l'établissement ;
- ◆ de suivre en permanence l'évolution des effectifs et de la masse salariale ;
- ◆ d'apporter par le contrôle budgétaire et toute autre investigation particulière les informations financières à la direction pour la prise de décision.

Pourquoi donc la loi mentionne-t-elle le contrôle de gestion et pas d'autres fonctions telles que la gestion financière, le marketing ou gestion des ressources humaines ?

Quel est le degré d'implantation des outils et procédures du contrôle de gestion cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi?

Ce mode d'implantation particulier dans le contexte sénégalais, permettra-t-il d'éviter les écueils traditionnelles du contrôle de gestion hospitalier?

En effet, le contrôle de gestion hospitalier est traversé par une controverse. Certains auteurs émettent de sérieuses réserves sur son efficacité en qualifiant le contrôle de gestion en milieu hospitalier de « rituel » (OLSON 1971, OUCHI 1977, BRUNSON et JONSON 1979) de « mythe rationalisé » (SCOTT 1981) de « contrôle aveugle » (OLSON 1985) « d'action hypocrite » (BRUNSON 1988) ou de « rituel rhétorique » (PETTERSEN 1995). D'autres analystes croient, par contre, en la nécessité « des démarches découlant des procédures budgétaires » (NOBRE 2000), du « contrôle des moyens mis à disposition » (KIEFFER et MERLIERE 1997) et de « la maîtrise des risques organisationnels (ALVAREZ 2000).

La recherche empirique que nous présentons ici a pour objectif d'appréhender l'essence de cette controverse dans le cadre spécifique des établissements publics de santé du Sénégal et de répondre aux questions ci-dessus. Elle est le résultat d'une enquête menée à la direction des établissements de santé et dans les différents hôpitaux de la région de Dakar. Elle se situe donc dans le cadre de la théorie des conventions où l'organisation est perçue comme un ensemble de règles et une entité collective. Selon FAVEREAU (1989a) les conventions ou règles (comme la mise en place du contrôle de gestion) sont des " dispositifs cognitifs" qui permettent une économie de savoir et mettent en place des processus d'apprentissage collectif aménageant, au moyen de contrats et de contraintes, des interactions individuelles, de nature à desserrer - par un processus d'apprentissage collectif- une contrainte globale de rentabilité minimale."

Ainsi, trois points seront abordés:

- la problématique du contrôle de gestion hospitalier au Sénégal , apports et obstacles;
- la méthodologie employée pour vérifier l'occurrence des problèmes et bénéfices liés à l'implantation du contrôle de gestion dans hôpitaux de Dakar ;
- et les résultats observés et leur commentaire.

### ***I- La problématique du contrôle de gestion hospitalier***

La mise en œuvre du contrôle de gestion dans les hôpitaux a commencé bien avant les mutations que connaît actuellement cette discipline ; sa pratique est donc susceptible de présenter une certaine diversité consécutive à l'évolution du concept de contrôle de gestion qu'il convient de définir avant d'envisager son adaptation en milieu hospitalier.

### **Le concept de contrôle de gestion**

Diffusé dans le contexte relativement stable des trente glorieuses, le contrôle de gestion a d'abord été conçu comme un « ensemble d'outils chargés de mesurer et de contrôler la rentabilité » (ANTHONY). Par la suite, grâce à l'apport des techniques informatiques, le contrôle de gestion est devenu de plus en plus un « système d'information et d'aide à la décision » ; son périmètre s'est élargi aux systèmes d'animation des hommes et aux problèmes environnementaux (Modèle AMI de Henri Bouquin). Aujourd'hui, sous l'effet de la crise économique et des mutations qui accompagnent la mondialisation et la domination des marchés financiers, le contrôle de gestion a tendance à se centrer sur la création de valeur financière.

### **La complexité de l'adaptation à l'hôpital**

L'hôpital est une organisation complexe. Il a une mission de service public qui s'insère dans le cadre de la politique de santé élaborée par les autorités politiques.

Son objectif premier, qui est de dispenser des soins de qualité, est de nature humanitaire. Il est pris en charge par une organisation médicale correspondant (dans l'analyse de PORTER) aux différentes fonctions de spécialité qui regroupent diverses compétences spécifiques nécessaires à la réalisation de cette mission de service public. Généralement, ces spécialistes placent la rationalité économique au second plan contrairement aux autorités de tutelle qui lui accordent la priorité dans les discours et parfois dans les faits (grâce à la réforme hospitalière notamment). Les services administratifs qui sont les représentants de l'Etat, assurent les fonctions logistiques (PORTER) de l'activité hospitalière et sont chargés de veiller au fonctionnement régulier des établissements de santé et à l'application de la politique définie par les autorités.

L'opposition entre organisation médicale et organisation administrative est une constante dans la gestion hospitalière de tous les pays. CAUVIN et COYAUD (1990 p 189) soulignent que « l'ambition de l'administration a

toujours été d'obtenir l'institution à l'hôpital de système standardisés, destinés à la mesure de l'activité, au suivi budgétaire et au calcul des coûts, afin de permettre un suivi du budget et de l'activité des hôpitaux dans le temps et dans l'espace, grâce à une certaine comparabilité des résultats due à la standardisation des procédures ». C'est pourquoi, sans doute, le contrôle de gestion qui manipule tous ces concepts apparaît-il comme une technique incontournable pour la gestion des hôpitaux aux yeux des autorités sénégalaises.

En fait, au Sénégal, avant de recourir au contrôle de gestion, plusieurs démarches ont été tentées pour permettre à l'administration hospitalière en vue de rationaliser l'utilisation de ses moyens. La première solution, qui a été mise en œuvre au milieu des années 1970, a été la militarisation de la direction des hôpitaux. La réforme hospitalière actuellement en cours s'est inspiré de l'expérience française. En France, dès la fin des années 1970, on a mis en place dans les hôpitaux des cellules d'analyse de gestion pour « comparer tout ce qui était physiquement comparable ... » afin de « faciliter les décisions de planification ou de répartition des ressources budgétaires » (CAUVIN et COYAUD 1990, page 192).

Cet aspect relatif à la mise en place d'une base de donnée à travers un système national d'information de santé qui regroupe les systèmes d'information des différentes structures de santé est également retenue par la réforme au Sénégal. En effet, l'article 16 de la loi 98-08 dispose : « ... les établissements publics de santé hospitaliers mettent en œuvre une politique d'évaluation de leurs activités et des coûts de l'offre de soins. Il s'intègre dans le système national d'information de santé ». L'organe chargée de cette tâche dans les hôpitaux est la cellule de contrôle de gestion qui doit alors disposer d'outils tels

que la comptabilité et divers autres dispositifs de contrôle<sup>2</sup> permettant d'évaluer les différentes dimensions des activités de soins et en dernier ressort de réduire le risque du « principal, chargé de la sauvegarde de l'Intérêt général ».

En France, la réforme comptable hospitalière de 1997 obéit à cet impératif ; c'est pourquoi elle s'est attelée à la mise place d'un cadre d'analyse de la performance des établissements de santé. L'évaluation de l'utilisation des ressources a été, de tout le temps, le nœud gordien du système de contrôle hospitalier. Les indicateurs traditionnels comme la journée d'hospitalisation sont décriés. On a proposé de leur substituer le « groupe homogène de malade » (GHM), une « notion plus significative pour les professionnels ,qui s'appuie sur une certaine homogénéité clinique tout en ayant pour objectif une meilleure connaissance des processus de consommations de ressources » (HALGAND 2000).

Le GHM, version française du « diagnostic related group » utilisé en Amérique, a été introduit en France en 1985 dans le cadre d'un « projet de médicalisation des systèmes d'information » pour sensibiliser les responsables médicaux à la gestion des ressources. Il était alors proposé comme axe de la comptabilité analytique aux établissements dont le système d'information était suffisamment développé pour l'opérationnaliser ; il était alors présenté comme un outil de gestion interne des établissements. La réforme comptable hospitalière de 1997 consacre la généralisation des GHM entamée par la transformation du projet de médicalisation des systèmes d'information en « programme de médicalisation des systèmes d'information ». Le nouveau système de comptabilité analytique médicalisé est essentiellement une comptabilité d'activité ( activity based cost) dans laquelle la description des consommations de ressources liées aux processus de soins fait l'objet d'une très

---

<sup>2</sup> Notre objectif sera d'apprécier la mise en place de ces outils du contrôle de gestion hospitalier.

grande précision<sup>3</sup>. Il permet un « benchmarking » et le contrôle externe en vue de la mise en évidence et de la réduction des inégalités de dotation entre les régions et entre les hôpitaux.

Les GHM correspondent en fait à une nouvelle définition du « produit hospitalier » qui permet de classer les malades en un certain nombre de catégories de pathologies dont il faut déterminer le coût à partir des fiches individualisées contenant les informations administratives et médicales de chaque malade admis en hospitalisation.

Cependant l'implantation de ce système rencontre un certains nombre d'obstacle liés à « la non fiabilité des documents élaborés par les responsables hospitaliers pour rendre compte à la tutelle », à des surconsommations médicales, à la variabilité des efforts et de l'implication du personnel... Cette situation s'expliquant principalement par le fait que les autorités centrales ne sont pas en mesure de contrôler directement des unités dépendantes dotées d'une autonomie juridique.

D'autres outils du contrôle de gestion tels les budgets et les tableaux de bord rencontrent des difficultés d'application en milieu hospitalier. C'est ainsi que GAUTHIER et alii reprochent aux budgets hospitaliers d'être simplement « des inventaires de prévisions, indépendants de toute idée directrice »<sup>4</sup>.

Notre recherche, entre autre, s'est préoccupé de faire le point sur l'utilisation de ces outils grâce une étude de cas portant sur les hôpitaux de Dakar.

## **II- Démarche méthodologique**

Les deux principales questions de la recherche nous amènent :

---

<sup>3</sup>Voir les tomes deux et trois du guide méthodologique.

<sup>4</sup>Gauthier et alii , 1975 ? page 55.



- 1- à recenser des outils et des comportements (qui et combien);
- 2- à analyser un processus qui est encore en cours de réalisation (comment et pourquoi).

Notre démarche méthodologique est donc de nature hybride selon la classification de FORGUES [1993, p. 64] et de BOUQUIN [1997,p. 679] ; elle comporte une dimension positiviste (et quantitative) et une dimension inductive (et qualitative).

Ainsi, pour apprécier la situation du contrôle de gestion dans les hôpitaux du Sénégal nous avons mené une double enquête auprès de la Direction des Etablissements de Santé et auprès des contrôleurs de gestion des hôpitaux de la région de Dakar.

Avant l'enquête auprès des contrôleurs de gestion, une étude pilote a été conduite dans un établissement en vue de tester les outils de la recherche (questionnaire et guide d'entretien).

Le questionnaire regroupe 43 questions organisées dans 7 rubriques consacrées respectivement à la structure du système de contrôle , aux tâches du contrôleur de gestion, aux outils de contrôle de gestion, au processus budgétaire, au processus de planification, au suivi des réalisations et aux caractéristiques générales de l'établissement.

Le guide d'entretien quant à lui est composé de questions portant sur les perspectives de la fonction et la connaissance des concepts et techniques récents du contrôle de gestion en milieu hospitalier.

Dans chaque structure, l'enquête s'est déroulé en deux temps : au cours d'une première visite, nous expliquons au contrôleur de gestion l'objet de l'étude et lui laissons un questionnaire. Pendant la deuxième visite, nous parcourons les réponses avec notre interlocuteur avant poser les questions du guide d'entretien.

L'échantillon étudié comprend tous les établissements hospitaliers de la région de Dakar qui sont au nombre de sept (7). Ce sont tous des hôpitaux nationaux à l'exception de l'hôpital Abass NDAO qui est géré par la municipalité de Dakar.

Les entretiens à la Direction des établissements de santé avaient pour but d'observer le système de pilotage de l'implantation du contrôle de gestion dans les hôpitaux. Ils nous ont aussi permis d'identifier les dispositions et les attentes de la tutelle par rapport à cette fonction, lesquelles vont sûrement déterminer l'évolution de la mise en place du contrôle de gestion dans les établissements de santé.

### **III- Résultats et commentaires**

Les réponses recueillies peuvent s'analyser autour de trois axes principaux relatifs au processus d'implantation, à l'organisation des système de contrôle de gestion et aux outils. Dans les commentaires, nous tenterons une analyse critique des résultats et proposerons dans pistes d'amélioration.

#### **L'implantation du contrôle dans le milieu hospitalier**

Avant la réforme hospitalière, la situation juridique des hôpitaux de Dakar était très diverse; certains étaient des hôpitaux nationaux, gérés comme des administrations et d'autres des hôpitaux "privés" appartenant à des entreprises ou au gouvernement français. Dans la perception populaire, leurs pratiques managériales présentaient aussi autant de diversité : les hôpitaux "privés" avaient la réputation d'une bonne gestion, d'une meilleure qualité des soins mais coûtaient plus cher; les hôpitaux publics avaient la réputation d'avoir le personnel le plus qualifié mais d'une moins bonne qualité des soins et d'être moins bien tenus. Mais la réalité de cette catégorisation était toute relative car:

- la détérioration de la situation financière de l'un des hôpitaux privés a été telle que l'Etat s'est senti le devoir de le racheter;
- les outils utilisés dans la gestion administrative des deux groupes de centre hospitalier présentaient peu de différence.

Avant la réforme, le contrôle de gestion n'existait dans aucun des hôpitaux du Sénégal. Les contrôleurs de gestion ont été recrutés et installés par un projet du ministère de la Santé, le PDIS puis par la Direction des Etablissements de Santé. L'implantation a d'abord eu lieu dans les hôpitaux publics en 1998 et 1999. Les ex-hôpitaux privés ne se sont dotés de cellule de contrôle qu'en 2002.

Pour l'instant, les contrôleurs de gestion en place à une exception près, ont en charge les tâches d'auditeur interne. Dans les organigrammes, conformément à la loi 98-02, ils sont tous rattachés à leur direction générale en position d'état-major. Leurs attributions actuelles dans le système de contrôle de gestion s'étendent de la mise en place de à l'animation du système budgétaire<sup>5</sup>. Ils effectuent parallèlement à ce travail des tâches quotidiennes de contrôle et d'autorisation des dépenses<sup>6</sup>. Leur formation économique et financière d'origine (pour la majorité des contrôleurs) les a bien préparés à ces attributions. Toutefois, il est à craindre que le revers de la médaille soit le constat de ARBUZ (1993) : "les équipes de directions dans leur majorité sont plus préparées au suivi de la gestion quotidienne, à la mise en place d'investissement lourds, plutôt qu'à l'action stratégique, à la conception et à la mise en œuvre de démarches de changements". Ce qui pourrait être une hypothèse

---

<sup>5</sup> Voir définition infra.

<sup>6</sup> Visa des bons de commande et bons d'engagement....

### **Les systèmes de contrôle de gestion en place**

On peut décrire les systèmes de contrôle de gestion que nous avons observés sous l'angle de leur organisation en centres de responsabilité et de leur procédure budgétaire.

On trouve en moyenne une trentaine de centres de responsabilité dans les hôpitaux de la région de Dakar. Ceux-ci sont composés majoritairement de services médicaux et de services administratifs fonctionnels. Ce sont essentiellement des centres de coûts discrétionnaires dont les responsables ont le devoir de maîtriser les coûts de fonctionnement ou des centres de recettes chargés de recouvrer les paiements des patients sur la base d'une tarification qui, hors des ex-hôpitaux privés, n'est pas explicitement liée aux actes médicaux. Pour analyser les systèmes de tarification, les hôpitaux ont besoin d'une comptabilité analytique permettant la cotation des actes en lettres-clefs, et une meilleure prévision de leurs objectifs budgétaires.

La procédure budgétaire est l'organisation du fonctionnement du système budgétaire qui recouvre le processus de budgétisation et le processus de contrôle budgétaire.

Dans les hôpitaux de la région de Dakar, la phase de budgétisation dure en moyenne six mois (de juillet à décembre). Les prévisions budgétaires sont actuellement construites à partir de la projection des données actuelles, en vue de prévoir les niveaux d'activité de l'année prochaine. Ces données constituent alors des objectifs qui seront discutés avec les chefs de centre de responsabilité, à partir desquels seront déterminés les moyens à mettre à leur disposition. Le lien entre budget et le plan est généralement très lâche du fait d'une absence de formalisation du processus de planification. L'existence d'un plan stratégique est souvent signalée : il s'agit en fait du projet d'établissement (ou d'une première mouture) qui a été conçu au moment du passage au statut d'établissement public de santé. Le plan à moyen terme existe rarement ; on

parle généralement de plan opérationnel à un an préparé par le contrôle de gestion.

Le processus du contrôle budgétaire se déroule de manière permanente sur toute l'année. Il est rythmé par la parution de rapports budgétaires qui font le point sur l'exécution du budget en comparant les prévisions avec les réalisations. Actuellement les contrôleurs de gestion des hôpitaux de Dakar adoptent une fréquence trimestrielle pour la sortie de leurs rapports de gestion et dans certains cas de leurs tableaux de bord. Ces rapports sont généralement des analyses écrites des résultats des différents centres de responsabilité, avec éventuellement des propositions d'actions correctives. La responsabilité de la présentation des résultats individuels des centres aux chefs de centres de responsabilité est du ressort exclusif de la direction générale. Les comités budgétaires sont l'exception. Les résultats individuels des centres sont considérés comme confidentiels tout comme le tableau de bord de la direction générale, un outil du contrôle de gestion qui n'est pas diffusé au niveau des chefs de service.

### **Les outils du contrôle de gestion**

Dans l'ensemble, les outils du contrôle de gestion sont en phase de mise place. Le système budgétaire a été privilégié et sa mise en œuvre est aujourd'hui complète dans tous les hôpitaux; mais la confection des rapports trimestriels est dans certains cas régulièrement retardée par le peu d'empressement des responsables opérationnels à communiquer certaines informations aux contrôleurs. Les tableaux de bord constituent également une préoccupation prioritaire; seuls existent des tableaux de bord de la direction générale, les tableaux de bord individuels des chefs de service sont encore rares.

L'analyse des coûts ou comptabilité analytique est actuellement la grande absente. Un seul hôpital en fait un objectif pour sa cellule de contrôle de gestion considérée comme centre de responsabilité. Les contrôleurs de gestion

ressentent tous la nécessité de se doter d'un système de comptabilité analytique pour décomposer les écarts observés en vue d'en identifier les causes. Ils envisagent, dans un premier temps, de calculer des indicateurs tels que le coût par lit de malade et le coût de la journée d'hospitalisation. Les concepts issus de la médicalisation du système d'information des hôpitaux tels que le groupe homogène de malade, la catégorie majeure de diagnostic ou l'indice synthétique d'activité sont rarement connus.

Les progiciels de contrôle budgétaire ne sont pas utilisés. Ce sont des tableurs qui servent pour la confection du budget et le suivi des réalisations. Certains contrôleurs de gestions sont mal équipés : leurs ordinateurs sont obsolètes ou ils en sont encore au traitement manuel.

### **Analyses et implications managériales**

Trois constats majeurs peuvent être fait à partir des observations issues de notre enquête:

- le contrôle de gestion est en train de s'implanter progressive dans tous les hôpitaux de la Région de Dakar à un rythme que certains contrôleurs de gestion trouvent lent;
- la complexité du milieu hospitalier est la cause principale des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre;
- les contrôleurs de gestion comptent beaucoup sur un appui de la Direction des Etablissements de Santé (D.E.S.) pour vaincre les réticences et faire diligenter la réforme de leurs procédures et la mise en place d'un système d'information fonctionnel.

Ces constats montrent que l'implantation du contrôle de gestion présente les caractéristiques de l'introduction d'une nouvelle convention<sup>7</sup>. En effet, comme le

---

<sup>7</sup> D'après Pierre-Yves GOMEZ : « La convention est un « faisceau de règles » qui peut comprendre des obligations réglementaires, mais aussi des discours , des connaissances, des croyances, et des

soulignent Y LEMARCHAND et F. Le ROY « *l'introduction d'une norme de gestion ne peut s'expliquer par sa capacité supposée à permettre un meilleur calcul économique. Seules, la mise en perspective historique, la révélation des intentions de ses promoteurs et la connaissance du contexte socio-politique, permettent de comprendre son apparition<sup>8</sup>* ».

### **Du rythme d'implantation**

Les appréciations du rythme d'implantation confirment la thèse de Pierre-Yves GOMEZ selon laquelle: « *l'obligation réglementaire (au sens de loi comme celle qui a instauré le contrôle de gestion dans hôpitaux) est une formalisation particulière des comportements à observer. Elle est un outil parmi d'autres, permettant d'orienter des types de conduite, qu'elle ne garantit pas* ». Ceci est d'autant plus vrai que nous avons observé des modifications importantes du fonctionnement du contrôle de gestion en rapport avec des changements à la tête des établissements hospitaliers.

Il nous semble important de souligner le manque de moyen chez certains contrôleurs de gestion comme un des principaux facteurs explicatifs de leur insatisfaction ; dans certains établissements publics les contrôleurs de gestion ont besoin d'assistants et d'équipements adéquats pour faire fonctionner correctement leur service.

### **Du concours de la Direction des Etablissements de Santé (D.E.S.)**

La D.E.S. joue un rôle important dans le recrutement et la formation des contrôleurs de gestion et autres cadres de gestion, qu'elle met ensuite à la

---

conditions matérielles définissant les contacts entre ses adopteurs, etc., tout un système qui construit la conviction ».

<sup>8</sup> LEMARCHAND Y. et Le ROY F., l'introduction de la comptabilité en France : de l'institutionnalisation d'une pratique de gestion, Finance Contrôle Stratégie, volume 3, N° 4, décembre 2000, p. 83-111.

disposition des établissements hospitaliers. Elle a actuellement le statut d'un projet chargé de l'application de la Réforme hospitalière. Le caractère provisoire lié à ce statut est certes un avantage qui lui permet d'échapper à l'inefficacité caractéristique de la tutelle administrative exercée par certaines directions dans les ministères; mais il comporte aussi des inconvénients relatifs à son orientation et à son organisation.

### **Faiblesses actuelles**

La D.E.S. se préoccupe plus de la mise en place des établissements publics de santé ( E.P.S) et de leur organisation conformément à la Réforme que de fonctionnement des structures mis en place : il n'existe pas de système d'information formel qui lui permette de se rendre compte de leur fonctionnement. Plusieurs contrôleurs de gestion s'en sont plaint.

La D.E.S. n'a pas un personnel stable; ce sont ses propres cadres qu'elle redéploie dans les établissements de santé. Ce n'est que récemment qu'un début de structuration a été entamé.

### **Propositions**

Pour permettre à la D.E.S d'assumer pleinement sa mission de tutelle technique des E.P.S., les propositions suivantes peuvent être faites.

- 1- La D.E.S tirerait un grand profit d'une structuration sous la forme d'une holding chargée de la coordination et du contrôle de la gestion des EPS ; ses performances seront alors mesurées par une consolidation des comptes de tous les établissements de santé reflétant l'efficacité de l'utilisation des ressources publiques dans les structures de santé.
- 2- La D.E.S. devra davantage s'intéresser au fonctionnement des services médicaux grâce à la mise en place d'un système d'information médicalisé qui, en plus de permettre un dialogue fécond entre les diverses catégories de personnel dans chaque



établissement de santé, va faciliter la mise en place d'une banque de données qui va favoriser les comparaisons entre les hôpitaux.

- 3- Les différentes tâches que la D.E.S. doit prendre en charge ont assurément un caractère permanent ; cela nous invite à réfléchir sur l'avenir de la D.E.S. à la fin de l'actuel projet soutenu par des bailleurs de fonds. Pour notre part, nous proposons de l'ériger en Agence Nationale des Etablissements de Santé dotée des compétences nécessaires pour apporter son assistance à tous les établissements de santé sur les questions d'organisation, de politique tarifaire et de maîtrise des coûts mais aussi pour permettre aux pouvoirs publics d'assurer une meilleure allocation des ressources en faveur d'une meilleure politique nationale de santé. Pour cela il faudra lui octroyer un statut identique celui du contrôle financier<sup>9</sup>.

## **Conclusion**

La Réforme hospitalière se met progressivement en place grâce à un appoint en cadres de gestion que la D.E.S. recrute et forme. Les contrôleurs de gestion constituent l'essentiel de ce personnel parce que les textes législatifs et réglementaires de la réforme insistent sur leur mise en place et le rôle qu'ils doivent jouer. Notre enquête auprès des hôpitaux de Dakar montre que le contrôle de gestion y fonctionne actuellement comme un contrôle budgétaire simple qui élabore des budgets globaux et produit des rapports trimestriels de suivi budgétaire. Le calcul des coûts et un système d'information orienté vers la recherche de l'efficacité y sont généralement absents.

---

<sup>9</sup> Conformément à l'article 24 du décret 98-702 du 26 Août 1998.

Les cadres de gestion en fonction attendent beaucoup de la D.E.S. qui ne semble pas en mesure d'assumer jusqu'au bout tant d'espoir, du fait de son statut de projet limité dans le temps et de son organisation légère. C' est pourquoi il nous semble nécessaire de préparer dès maintenant une suite à l'action de la D.E.S. pour que le processus d'amélioration de la gestion des hôpitaux au Sénégal continue.

C'est pourquoi également il serait intéressant par une étude longitudinale de revenir le thème de cette étude pour apprécier les avancées de la Réforme hospitalière et la pérennité des changements qu'elle a introduit.

## BIBLIOGRAPHIE

BIRION N., MARK J., OUDET P., HAMEL G. (1999), "L'utilisation de la méthode ABC pour les activités de support pour les activités de support médico-technique et logistique", *Gestion Hospitalière*, Juin/juillet, PP 425-429.

CAUVIN J. M., HARDY B., JEHAN P., JOSSO F., COLLET J. Y., GOURLAOUEN A., GICQUEL B., LE BEUX P. (1997), "qualité du codage et conséquences en ISAet journées théoriques: à partir des fichiers de 100 dossiers recodés par établissement", *Journal d'Economie Médicale*, T 15, n°3-4, pp 195-206 .

CAUVIN C., COYAUD C. (1990) *Gestion hospitalière: Finance et contrôle de gestion*, Economica.

COCA E., (1998-a), *Hôpital silence! Les inégalités entre hôpitaux*, Paris, Berger-Levrault, 459 p.

COURAY S., COLIN C., (1998) " Méthodes de répartition des points ISA dans le cas séjours multi-unités: synthèse et analyse " *journal d'Economie Médicale*, T 16, n°3-4, pp 437- 446

DELNATTE J.C., GROLIER J., (1998), *Comptabilité générale et budgets des hôpitaux*, Rennes, édS ENSP, 456p.

DUBOIS J., (1999), "Le PMSI: principes fondamentaux", in le PMSI : bilan, actualité et perspectives après 15 ans d'évolution , première partie, *Lettre des Systèmes d'information médicalisés*, août , n° 35-supplément pp 5-9.

ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J.C. (1997) "L'instruments multiprise ou les métamorphoses des ICR" in *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, sous la direction de J.-C. MOISDON, ED Seli Arslan.

FABBE-COSTES N., ROMEYER C., MICHEL C., COSTES O., (1998) "Impacts de l'introduction d'un système d'information centré sur l'activité sur la

performance et l'organisation d'un centre hospitalier: le cas du C.H.I.S.T.S." Actes du congrès des IAE., Tome 4, pp 409-426.

FAUJOUR V., ROESLIN N, (1998), "L'utilisation du PMSI dans le cadre d'une démarche benchmarking-stratégies possibles d'utilisation des informations issues des coûts par GHM", Gestion Hospitalières, Juin/juillet, PP 417-424.

GARIN H., BOUCHET C., KOHLER F., (1999) "Contrôles de qualité et valorisation de l'activité des hôpitaux", Gestions Hospitalières Mai, pp 363-367.

GIORGI R., NISAND G., SAULEAU E-A., PENAUD M., ROESLIN N. (1998), "Etude de coût: analyse d'activités médicales "déficitaires" aux hôpitaux universitaires de Strasbourg", Journal d'Economie Médicale, T. 16, 16 n°2 PP. 109-132.

HALGAND N. (1995) "problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle: cas hospitalier , Comptabilité, contrôle, Audit, tome 1, volume 2, pp 93-109.

HALGAND N. (1997) "Comptabilité et pertinence: une proposition constructiviste pour un nouveau management hospitalier", Comptabilité, Contrôle, Audit, tome 3, volume 2 septembre, pp 77-92.

LAUNOIS R. (1999), "Un coût, des coûts , quels coûts?" Journal d'Economie Médicale, T 17, n°1, pp 77-82.

LEMARCHAND Y. et Le ROY F., l'introduction de la comptabilité en France : de l'institutionnalisation d'une pratique de gestion, Finance Contrôle Stratégie, volume 3, N° 4, décembre 2000, p. 83-111.

LETEURTRE H.,PATRELLE I., QUARANTA J-F, RONZIERE N. (1999) La qualité hospitalière, 2<sup>ième</sup> édition, collection Audit hôpital, Berger-Levrault.

MASSE M.-C. " Le contrôle de gestion dans un hôpital public: un modèle de transactions diagonales", Comptabilité, Contrôle, Audit, tome 2, volume 1, pp 21-43.

MASSE M.-C. Le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle: contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public, thèse de doctorat en sciences de gestion, Université des sciences et Technologie de Lille : un modèle de transactions diagonales", Comptabilité, contrôle, Audit, tome 2, volume 1, pp 21-43.

MINISTERE DE LA SANTE (1998), "réforme hospitalière: présentation, lois et décrets"

MOISDON J.C. (1997) Du mode d'existence des outils de gestion , Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation, Editions Seli Arslan.

MOISDON J.C.,TONNEAU D. (1999) La démarche gestionnaire à l'hôpital I- Recherche sur la gestion interne, Editions Seli Arslan.

MOISDON J.C.,TONNEAU D. (1996) L'hôpital public et sa tutelle: la concurrence sous administration" I- Revue française de gestion n° 109, Juin-juillet-Août.

NAKHLA M., SOLER L.-G. (1997) "Des contrats internes, coordinations et pilotage économique de projet" in Du mode d'existence des outils de gestion , Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation, sous la direction de J.-C. MOISDON, Editions Seli Arslan.

NISAND G.,RUBINO C., GIORGI R. CONSO J.-F., ROESLIN N. (1997), "Etude de coût et activité médicale, Comparaison inter-établissement du GHM "Intervention majeure sur le thorax", Journal d'Economie Médicale, n°3- 4, pp 171-181.

PERRIN G. (1962), Prix de revient et contrôle de gestion par la méthode G.P. , Dunod Paris, 184 p.

QUANTIN C., SAULEAU E.A., MATHY C.,MOUSSON C., METRAL P., BRUNET-LECOMTE P., KERKRI M., DUSSERRE L. (1997) "Sous-groupes homogènes de malades et gestion hospitalière. Application 450: insuffisance rénale". Journal d'Economie Médicale, T 15, N°3-4, pp 155-169.

REGNARD Y. (1998) "Pour une approche structurelle des coûts des activités cliniques", Comptabilité-Contrôle-Audit, Tome4, Volume 1, mars, pp49-67.

SOUSSIA C. (1999), "PMSI, outils de la maîtrise des dépenses hospitalières", in Le PMSI: bilan, actualité et perspectives, première partie, Lettre des Systèmes d'information Médicalisés, Août, n°35-supplément, pp39-41

VINOT D. (1998) " De l'usage interne des points ISA: Pertinence locale ou cohérence globale", Gestions hospitalières, octobre, pp 634-640.