

ARCHIVES HISTORIQUES DE LA COMMISSION

COLLECTION RELIEE DES
DOCUMENTS "COM"

COM (75)642

Vol. 1975/0240

Disclaimer

Conformément au règlement (CEE, Euratom) n° 354/83 du Conseil du 1er février 1983 concernant l'ouverture au public des archives historiques de la Communauté économique européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique (JO L 43 du 15.2.1983, p. 1), tel que modifié par le règlement (CE, Euratom) n° 1700/2003 du 22 septembre 2003 (JO L 243 du 27.9.2003, p. 1), ce dossier est ouvert au public. Le cas échéant, les documents classifiés présents dans ce dossier ont été déclassifiés conformément à l'article 5 dudit règlement.

In accordance with Council Regulation (EEC, Euratom) No 354/83 of 1 February 1983 concerning the opening to the public of the historical archives of the European Economic Community and the European Atomic Energy Community (OJ L 43, 15.2.1983, p. 1), as amended by Regulation (EC, Euratom) No 1700/2003 of 22 September 2003 (OJ L 243, 27.9.2003, p. 1), this file is open to the public. Where necessary, classified documents in this file have been declassified in conformity with Article 5 of the aforementioned regulation.

In Übereinstimmung mit der Verordnung (EWG, Euratom) Nr. 354/83 des Rates vom 1. Februar 1983 über die Freigabe der historischen Archive der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der Europäischen Atomgemeinschaft (ABl. L 43 vom 15.2.1983, S. 1), geändert durch die Verordnung (EG, Euratom) Nr. 1700/2003 vom 22. September 2003 (ABl. L 243 vom 27.9.2003, S. 1), ist diese Datei der Öffentlichkeit zugänglich. Soweit erforderlich, wurden die Verschlussachen in dieser Datei in Übereinstimmung mit Artikel 5 der genannten Verordnung freigegeben.

COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

COM(75) 642 final.

Bruxelles, 18 décembre 1975

RAPPORT DE LA COMMISSION AU CONSEIL DES COMMUNAUTES
SUR LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE ET D'UTILISATION DES AIDES
PAR LES ETATS ASSOCIES, LES PAYS ET LES TERRITOIRES BENEFICIAIRES

1974

COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

COM(75) 642 final.

Bruxelles, 18 décembre 1975

RAPPORT DE LA COMMISSION AU CONSEIL DES COMMUNAUTES
SUR LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE ET D'UTILISATION DES AIDES
PAR LES ETATS ASSOCIES, LES PAYS ET LES TERRITOIRES BENEFICIAIRES

1974

S O M M A I R E

	<u>Page</u>
A. <u>INTRODUCTION</u>	1
B. <u>L'UTILISATION DES PROJETS</u>	5
I. <u>Les activités</u>	5
1. L'occupation hospitalière	5
2. Les autres activités	6
3. Résumé	6
II. <u>L'entretien des bâtiments et des équipements</u>	8
1. Les bâtiments	8
2. Les équipements	8
3. Les programmes de formation de personnel d'entretien	9
III. <u>Le personnel des formations sanitaires</u>	11
1. Les effectifs du personnel	11
2. Les aides de l'assistance technique extérieure	12
3. Le personnel de la médecine préventive	13
IV. <u>Les budgets des formations sanitaires</u>	14
1. Remarques méthodologiques	14
2. Les budgets de fonctionnement	15
3. La provenance des budgets	17
4. L'équilibre de fait des budgets de fonctionnement	18
5. Le niveau de fonctionnement	19
6. La structure des budgets	19
7. Les recettes	20
V. <u>Les médicaments</u>	22

	<u>Page</u>
C. <u>LES CONDITIONS DE COHERENCE DE LA CONCEPTION GENERALE DES PROJETS</u>	24
I. <u>La place des projets dans le développement de l'infrastructure sanitaire</u>	24
1. Les projets isolés	24
2. Les interventions globales	27
3. Les conditions complémentaires	30
4. Résumé	32
II. <u>Le personnel sur le plan national</u>	33
1. Les médecins	33
2. Le personnel para-médical et le personnel de gestion	34
3. Les problèmes de l'insuffisance de personnel médical	34
4. Quelques considérations sur les mesures possibles	36
5. Résumé	38
III. <u>Les budgets de la santé sur le plan national</u>	39
1. Remarques méthodologiques	39
2. Les caractéristiques de la situation budgétaire	39
3. Les aides extérieures au fonctionnement	43
4. Les leçons découlant des expériences analysées	44
IV. <u>La conception technique</u>	48
1. Les critères d'adaptation	48
2. Quelques considérations sur les exigences de la conception technique	51
D. <u>LES PROJETS D'AIDE AU FONCTIONNEMENT</u>	54
I. <u>L'assistance technique</u>	54
II. <u>La prise en charge temporaire du fonctionnement</u>	55
E. <u>RESUME ET CONCLUSIONS GENERALES</u>	57

ANNEXES

Page

ANNEXE I

- LES PROJETS

Les objectifs, la conception et les résultats
généraux

I/1

1. Les réalisations à Madagascar

I/1

2. Formations sanitaires réalisées au Dahomey

I/5

3. Mauritanie: l'hôpital national de Nouakchott

I/7

4. Somalie: l'hôpital général de Mogadiscio

I/11

5. Les formations sanitaires réalisées en Haute-Volta

I/14

6. Les formations sanitaires réalisées au Niger

I/17

7. Formations sanitaires réalisées au Cameroun

I/20

ANNEXE II

LISTE DES PROJETS DONT LES CONDITIONS D'UTILISATION
ONT FAIT L'OBJET D'UN EXAMEN RECENT

II/23

A. INTRODUCTION

Etabli en application de l'article 21 de l'Accord Interne de 1969 relatif au financement et à la gestion des aides de la Communauté, le présent rapport a pour objet d'informer le Conseil des Communautés des conditions dans lesquelles les réalisations financées par le Fonds Européen de Développement sont utilisées⁽¹⁾.

La Commission a poursuivi, au cours de l'année 1974, les travaux d'évaluation des aides financées par la Communauté. L'utilité de ce travail permanent, entrepris depuis 1966 et effectué en coopération avec les autorités des pays bénéficiaires, se confirme d'année en année : il permet, d'une part, de combler éventuellement des lacunes existantes dans les projets et, d'autre part, de dégager des enseignements susceptibles d'orienter les nouvelles aides consenties et de rendre plus efficace leur insertion dans les stratégies de développement appliquées par les différents pays bénéficiaires.

La Commission s'est concentrée, en 1974, sur l'examen des conditions d'utilisation d'une série de projets de santé. En effet, le développement du secteur social constitue une des préoccupations de l'aide communautaire et figure parmi les priorités énoncées par la 2ème Convention de Yaoundé.

De plus, les services de la Commission avaient déjà pu constater, dans le passé, un certain nombre de problèmes qui affectent, de façon souvent importante, l'utilisation des projets sanitaires et restreignent ainsi leur efficacité. Certains projets de santé ont déjà fait l'objet d'une présentation dans les rapports antérieurs de la Commission au Conseil sur les

./.

(1) La description des conditions de mise en oeuvre des aides fait partie du rapport de la Commission au Conseil d'Association sur la gestion de la coopération financière au cours de l'exercice 1974, établi conformément aux dispositions de l'Art. 29 de la 2ème Convention de Yaoundé (Document VIII/409(75)F). En outre, plusieurs projets dont l'exécution soulevaient des problèmes particuliers ont fait l'objet de communications des services de la Commission au Comité du FED, au cours de l'année.

conditions d'utilisation des aides.⁽¹⁾ Les conclusions partielles et sommaires résultant de ces examens ont maintenant pu être approfondies et nuancées davantage.

Il est apparu que les difficultés rencontrées se laissaient rarement réduire à un facteur unique et accidentel qu'une décision technique pourrait facilement corriger. Il semblait, au contraire, qu'elles résultaient le plus souvent de phénomènes complexes et qu'elles traduisaient en fait l'influence de déficiences de caractère institutionnel sur le plan national. Ces constatations ont fait ressortir l'utilité, après l'achèvement d'un nombre suffisant de projets de santé, d'en évaluer les résultats de façon systématique.

Ainsi ont fait l'objet d'un examen, d'une part, les projets de santé terminés qui peuvent être considérés comme représentatifs des différents types d'intervention et, d'autre part, les pays pour lesquels l'aide apportée par le FED dans le domaine sanitaire a été particulièrement importante.

Le présent rapport passe en revue 24 opérations terminées dans le domaine de la santé,⁽²⁾ dont 16 projets d'infrastructure sanitaire (constructions hospitalières, formations sanitaires, dispensaires, autres établissements sanitaires, etc..) et 8 opérations d'aide temporaire au fonctionnement (assistance technique, prise en charge du fonctionnement)⁽³⁾. Les interventions examinées concernent les pays suivants : Cameroun, Dahomey, Haute-Volta, Madagascar, Mauritanie, Niger, Somalie. L'ensemble de ces projets (30 millions d'UC) représente 30 % des engagements totaux pris sur les ressources des trois Fonds pour les projets de santé (101 millions d'UC) :

Décisions de financement et dépenses (en millions d'UC)

Situation 31.12.1974

	<u>FED 1</u>	<u>FED 2</u>	<u>FED 3</u>	<u>Total</u>
<u>Total</u> des décisions (engagements)	581	713 ⁽⁵⁾	817	2.111
<u>dont</u> : santé ⁽⁴⁾ (engagements)	50	28 ⁽⁵⁾	23	101
projets de santé examinés dans ce rapport (dépenses)	16	12	2	30

(1) Références des rapports : 1969 : 2767/VIII/FED/70-F; 1970 : VIII/398(71)F-FED/1; 1971 : VIII/258(72)F - FED/C-3; 1972 : VIII/702(73)F - C/5

(2) Voir liste des projets Annexe II/23-24

(3) Ces projets consécutifs étaient liés à un même projet de construction hospitalière en Somalie (hôpital général de Mogadiscio)

(4) Y compris campagnes sanitaires et coopération technique

(5) Situation fin 1971

Les objectifs, la conception et les principaux résultats des projets examinés sont résumés en Annexe I⁽¹⁾. Le rapport lui-même présente, sous forme synthétique, les principales conditions dans lesquelles sont utilisées les investissements financés par le FED (chapitre B). Ensuite, sont examinées les conditions de cohérence de la conception générale des projets sur le plan national : la place des projets dans le développement de l'infrastructure sanitaire, la disponibilité du personnel et des budgets de santé sur le plan national (chapitre C). Un chapitre séparé est consacré aux projets d'aide au fonctionnement (chapitre D). Les conclusions qui peuvent être tirées de l'analyse des investissements examinés sont exposées à la fin des paragraphes; enfin, un résumé et les conclusions générales résultant de l'ensemble des considérations font l'objet d'un dernier chapitre (chapitre E).

La matière de ce rapport est basée essentiellement sur

- des missions d'évaluation effectuées en 1974 en Somalie, en Haute-Volta et au Niger, ainsi qu'au Tchad en 1970;
- des rapports d'évaluation établis par les Contrôleurs Délégués du FED en accord avec les Gouvernements des pays concernés : Cameroun, Dahomey, Madagascar, Mauritanie.

Quant aux informations obtenues, certaines réserves d'ordre méthodologique s'imposent :

- Les statistiques de base auxquelles le rapport doit se référer sont souvent déficientes et même parfois contradictoires;
- Les chiffres relevés ne sont pas toujours disponibles pour les mêmes années; par conséquent, les comparaisons (par exemple pour les budgets) se réfèrent parfois à des années différentes;
- La définition exacte du contenu des chiffres comparés n'est pas toujours possible.⁽²⁾

(1) pages I/1 à I/22.

(2) Pour faciliter les comparaisons, les diverses unités monétaires ont été converties en F CFA au taux de l'année

Par conséquent, les chiffres relevés sont à considérer à titre indicatif et n'ont souvent que valeur de comparaison.

En résumé, il résulte des analyses détaillées que la plupart des investissements du FED dans le secteur de la santé apparaissent pleinement justifiés. Ils ont tous contribué, avec une intensité diverse, au développement de l'infrastructure sanitaire, soit sous forme de projets ayant essentiellement des effets de portée locale (Dahomey, Madagascar), soit sous forme de projets globaux intégrés harmonieusement dans des plans de développement sanitaire (Haute-Volta, Niger). Du point de vue technique, fonctionnel et opérationnel, la conception des projets peut être considérée comme conforme, dans la plupart des cas, aux besoins structurels du pays. Les effets des projets apparaissent donc comme largement positifs; mais d'une manière générale, l'utilisation des grands hôpitaux est plus accentuée que celle des formations sanitaires aux niveaux intermédiaires et inférieures de la pyramide sanitaire.

L'efficacité de certaines formations sanitaires financées par le FED a été freinée par l'insuffisance des moyens de fonctionnement. Cependant, les problèmes d'insuffisance du personnel se sont généralement amenuisés au cours des années. En matière d'entretien des équipements, les programmes de formation de personnel spécialisé, suscités et financés par la Communauté, constituent un apport pratique et efficace à la solution de ces problèmes. Par contre, l'insuffisance des ressources financières propres des pays nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des formations sanitaires reste le problème crucial. Enfin, les analyses montrent que l'utilité et l'utilisation des investissements de santé risquent d'être compromises si certaines conditions ne sont pas remplies, dans le domaine de l'organisation du système sanitaire et dans des domaines complémentaires à ce système : réglementation des évacuations, éducation, hydraulique, etc..

B. L'UTILISATION DES PROJETS

I. Les activités

De l'examen des conditions d'utilisation des projets financés par le FED se dégagent quelques constatations d'ordre général qui concernent notamment l'occupation des hôpitaux et les activités des formations sanitaires.

1) L'occupation hospitalière

D'une façon générale, le taux d'occupation hospitalière des grands hôpitaux généraux dotés de tous les moyens de diagnostic et de traitement médical est plus élevé que celui des hôpitaux moyens et des centres de santé. Parmi les hôpitaux généraux, on relève les taux d'occupation suivants :

± 90 % à Majunga (Madagascar), Mogadiscio (Somalie),
Niamey (Niger)

± 100 % à Nouakchott (Mauritanie), Zinder (Niger)⁽¹⁾

Par contre, les hôpitaux "secondaires" et les centres de santé implantés aux échelons intermédiaires et inférieurs de la pyramide sanitaire n'atteignent en général qu'une occupation moyenne entre 40 et 70 %, toutefois avec de fortes différences d'un établissement à un autre à l'intérieur d'un même pays. En Haute-Volta, par exemple, les centres de santé de Ziniaré et de Kongoussi sont nettement sous-occupés (30 %), tandis que le centre de santé à Yako est pleinement utilisé (100 %).

L'occupation plus faible au niveau intermédiaire s'accompagne généralement d'une courte durée moyenne d'hospitalisation (environ 10 jours) qui n'excède dans aucun cas les 15 jours, tandis que, dans les hôpitaux généraux, les malades sont hospitalisés en moyenne entre 20

./.

(1) Par comparaison : 80 % à Ouagadougou et 100 % à Bobo-Dioulasso (Haute-Volta), hôpitaux non financés par le FED.

et 25 jours. Assurément, un afflux excessif de malades peut amener un hôpital à devoir raccourcir brusquement la durée moyenne d'hospitalisation, comme à Nouakchott (Mauritanie) et à Ouagadougou (Haute-Volta) où elle n'excède pas les 10 à 12 jours.

2) Les autres activités

Pour les autres activités (consultations, interventions chirurgicales, accouchements, etc..), les chiffres disponibles ne permettent pas de dégager des tendances générales. Le nombre de consultations effectuées paraît être essentiellement fonction de la renommée et de l'attraction médicale de l'établissement, partant de la qualification et de la réputation du personnel médical et para-médical. Les exemples de la Haute-Volta et du Niger montrent que, d'une manière générale, les activités des formations sanitaires au niveau intermédiaire sont plus importantes si elles sont gérées par un médecin et non par un infirmier.

3) Résumé

En résumé, l'analyse des différences relevées dans les activités des établissements rappelle des constatations fondamentales bien qu'évidentes : l'utilisation d'une formation sanitaire dépend

- de l'état et de l'entretien du bâtiment, des installations fixes et de l'équipement médical,
- du nombre, de la qualification, de l'initiative et du dynamisme du personnel médical, para-médical et auxiliaire,
- des moyens financiers dont peut disposer la formation pour son fonctionnement,
- des moyens matériels supplémentaires que la formation peut obtenir : médicaments, petit matériel médical, etc..,

- de la fonction assignée à la formation au sein de la pyramide sanitaire,
- de la réalisation de certaines conditions complémentaires nécessaires pour le bon fonctionnement (réglementation des évacuations, conditions routières, disponibilité de moyens de transport, etc..),
- de l'implantation de la formation par rapport à la densité et la distribution de la population, d'une part, et aux autres établissements de la pyramide sanitaire ou du secteur privé, d'autre part,
- de sa capacité par rapport à la densité et la distribution de la population concernée (où la distribution régionale a plus d'influence que le nombre total de la population),
- de la continuité et de la régularité des services sanitaires fournis (le roulement de personnel expatrié par exemple, souvent pratiqué, ne permet de créer qu'une faible base de confiance entre médecins et malades),
- des activités simultanées et complémentaires de médecine préventive et des actions d'éducation sanitaire, d'hygiène, de protection sanitaire des mères et des enfants etc.., ainsi que de l'intensité et de la continuité de ces activités,
- de l'intérêt ou du désintérêt des autorités locales,
- à court terme, de la répartition dans le temps des activités économiques de la population (récoltes, possibilités temporaires de travail agricole salarié, jours de marché, vaccination du bétail, etc...).

II. L'entretien des bâtiments et des équipements

L'entretien des bâtiments et des équipements constitue un des points les plus faibles de l'utilisation de tous les investissements réalisés.

1) Les bâtiments

D'une manière générale, on peut constater que l'entretien des bâtiments est assuré de façon à peu près régulière et satisfaisante pour les grands hôpitaux et pour les formations sanitaires dont le fonctionnement est pris en charge par une aide extérieure. Par contre, l'entretien est souvent insuffisant ou même inexistant pour les formations sanitaires à l'échelon intermédiaire et inférieur.

En général, l'entretien des aménagements intérieurs (enduits, peintures, huisseries, etc...) est plus déficient que l'entretien du corps des bâtiments.

Bien que les Gouvernements aient pris conscience de la nécessité de l'entretien des bâtiments, les crédits disponibles sont souvent insuffisants ou sont dépensés pour réaliser d'autres constructions considérées comme plus importantes ou plus urgentes. En effet, dans la plupart des EAMA, ce sont les services du Ministère des Travaux Publics qui décident des priorités des travaux d'entretien à réaliser dans tous les secteurs, sans toujours disposer de critères objectifs.

2) Les équipements

D'une façon générale, l'entretien des équipements est d'autant plus déficient que les installations sont plus complexes (installations frigorifiques, électriques, thermiques; ascenseurs; équipements médicaux sophistiqués, etc..). La dégradation souvent rapide des équipements s'explique notamment par

- l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel d'entretien,
- l'indifférence des utilisateurs (personnel médical et para-médical, personnel administratif), car ils sont souvent mal préparés à l'utilisation d'équipements de type européen (manque d'information et de compréhension, manque de motivation et d'initiative),

- la modicité des budgets d'entretien,
- l'absence de structures techniques et de gestion au plan national, notamment l'absence de plans généraux d'activités d'entretien, ainsi que de fiches de travail et de contrôle dans les formations hospitalières.

Encore s'agit-il d'un problème plus grave pour les formations sanitaires en zones rurales, tandis que les différentes mesures prises sur le plan national et les actions d'aides étrangères (FED, OMS, aides bilatérales, etc..) ont contribué à améliorer sensiblement la situation d'entretien dans les grands hôpitaux.

Afin d'éviter des pannes prolongées, le choix de l'équipement des hôpitaux devrait donc davantage tenir compte du service après-vente. Les fournisseurs d'équipement pourraient être astreints, de façon plus stricte que dans le passé, à garantir le service après-vente de leurs matériels. Ils pourraient notamment être obligés, par les cahiers de charges des marchés de fournitures,

- de faire aux utilisateurs la démonstration pratique du fonctionnement des appareils,
- de préciser les mesures prévues pour la mise en route du service après-vente,
- de fournir un guide ou des fiches d'entretien très simples facilement assimilables aussi bien pour le personnel utilisateur que pour le personnel d'entretien,
- de fournir enfin un catalogue pour l'acquisition d'éventuelles pièces détachées.

3) Les programmes de formation de personnel d'entretien

Consciente du fait que la solution des problèmes d'entretien est une condition essentielle du bon fonctionnement et de la pleine utilisation d'un hôpital, la Commission, basant sur les conclusions de l'examen des conditions d'utilisation de certains projets hospitaliers, a proposé et financé plusieurs programmes de formation de personnel d'entretien.⁽¹⁾ Ces programmes prévoient :

- ./.
- (1) Cameroun : formation d'ouvriers d'entretien polyvalents et de techniciens réparateurs pour des équipes mobiles de soutien, de contrôle et d'entretien (voir Annexe I/21 et rapport 1971 sur les conditions d'utilisation des aides)
- Mauritanie: organisation d'un service d'entretien et formation du personnel utilisateur, d'entretien et de gestion (voir Annexe I/9);
- Tchad : en cours de réalisation
- Somalie : à l'étude

- le perfectionnement des ouvriers en service dans les formations sanitaires, destinés à assurer l'entretien courant,
- la formation de spécialistes aptes à détecter les pannes et à assurer les réparations plus complexes,
- la création, au sein du Ministère de la Santé, de structures appropriées d'organisation de l'entretien,
- la création d'équipes mobiles au niveau national,
- l'initiation du personnel médical et para-médical à une utilisation rationnelle des équipements,
- la sensibilisation du personnel administratif aux problèmes d'entretien et à l'organisation et à la gestion d'un petit stock de pièces de rechange.

III. Le personnel des formations sanitaires

Les chiffres disponibles sur les effectifs du personnel affecté aux différentes formations sanitaires ne font apparaître que quelques tendances très générales. En effet, la répartition du personnel médical et paramédical sur le plan national se fait par le Ministère de la Santé et l'administration subordonnée compétente. Puis, au sein de chaque subdivision administrative, l'affectation aux différents services (hôpital, centres de santé, dispensaires, équipes mobiles, services de médecine préventive, etc..) incombe au médecin-chef responsable. Par conséquent, le nombre de personnes affecté aux différentes formations à tous les échelons peut être très inégal.

1) Les effectifs des formations sanitaires

De l'examen des conditions d'utilisation des différentes formations sanitaires, il résulte que la relation entre, d'une part, le personnel total et les médecins et, d'autre part, la capacité des installations est très favorable pour les hôpitaux généraux de Mogadiscio (420, dont 31 médecins, pour 600 lits) et de Nouakchott (200, dont 10 médecins, pour 230 lits). La relation est beaucoup plus faible pour toutes les autres formations examinées ; toutefois les différences constatées d'une formation à l'autre ne laissent apparaître aucune corrélation perceptible avec le niveau d'activité de chaque formation.

D'une manière générale, presque toutes les formations sanitaires sont dotées d'un effectif de personnel qui correspond à un équilibre de fait résultant des conditions d'utilisation locales et des possibilités du pays. Toutefois, ceci ne veut pas dire que cet effectif soit "normal" ou "suffisant". En effet, la question se pose : sur la base de quel critère le nombre de personnel nécessaire doit-il être déterminé ? Est-ce en fonction des exigences techniques de l'installation et de l'équipement existants ? Est-ce suivant une relation pré-établie entre le personnel qualifié et la population concernée, c'est-

à-dire suivant le critère des besoins sanitaires théoriques ? L'évaluation d'une formation particulière risque d'estimer insuffisant le personnel y affecté, par rapport ou bien aux normes européennes ou autres normes théoriques pré-établies ou bien aux appréciations subjectives des responsables interrogés sur place, alors que l'effectif en place peut être adapté aux conditions spécifiques du pays. La question se pose donc: le personnel est-il insuffisant dans la plupart des formations et reflète-t-il un décalage général entre la conception initiale et les possibilités du pays? Ou bien, est-il trop nombreux dans les quelques grands hôpitaux mentionnés ci-dessus ? Si la Somalie, par exemple, a doté son hôpital de Mogadiscio d'un personnel plus nombreux que la norme africaine constatée, cela semble être la conséquence d'une option politique plutôt que d'une nécessité ; mais cela a directement créé un déséquilibre, sur le plan national, en faveur de l'hôpital général et au détriment de toutes les autres formations. Encore faut-il ajouter que l'effectif du personnel est peu significatif sans connaissance de sa qualification, sur laquelle il est cependant impossible de porter un jugement sans entreprendre des investigations plus détaillées.

2) Les aides de l'assistance technique extérieure

La plupart des hôpitaux financés par le FED sont dotés de médecins expatriés; leur relève n'est très avancée que pour l'hôpital général de Mogadiscio (25 Somaliens sur 31 médecins) et pour les hôpitaux à Madagascar (sur le plan national, on compte 617 Malgaches sur 667 médecins).

Dans les autres pays, les activités actuelles ne pourraient nullement être maintenues sans l'apport massif des médecins de l'assistance technique. L'aide de médecins français intervient, par exemple, pour le fonctionnement des hôpitaux de Nouakchott (Mauritanie), de Zinder (Niger), de Victoria et Garoua (Cameroun); des médecins allemands sont affectés aux hôpitaux de Gaoua (Haute-Volta), Tahoua (Niger),

et des médecins belges à l'hôpital de Dosso (Niger).

Dans pratiquement tous les pays la nationalisation du personnel para-médical est beaucoup plus avancée; néanmoins, quelques infirmiers et assistants sanitaires européens sont affectés surtout aux formations gérées par l'assistance technique étrangère.

3) Le personnel de la médecine préventive

En général, les formations chargées de la médecine préventive, notamment les équipes mobiles (par exemple en Haute-Volta et au Niger) ne disposent pas de suffisamment de personnel par rapport aux besoins. Le manque de personnel des équipes mobiles de prospection et de prévention au Niger par exemple (où le FED a financé la création de six centres comme base fixe de la médecine mobile⁽¹⁾) entrave sensiblement la réalisation des actions nécessaires et prévues; ces équipes mobiles ne sont pas en mesure d'assurer un dépistage régulier de certaines maladies pour toute la population concernée, ce qui fait que les équipes mobiles sont souvent des équipes de secours plutôt que de prospection⁽²⁾:

(1) Equipes d'hygiène et de médecine mobile EDHMM

(2) Au secteur sanitaire de Gaoua (Haute-Volta), la seule équipe de prospection existante composée de 7 personnes ne peut atteindre toute la population (350.000) que tous les 4 à 5 ans.

IV. Les budgets des formations sanitaires

1) Remarques méthodologiques

Afin d'obtenir une idée du niveau général de fonctionnement, sont considérés ci-après comme "budgets" des hôpitaux les dépenses effectuées, sans tenir compte de la provenance des moyens financiers. Celle-ci sera analysée séparément. Les frais de personnel ne seront pris en considération qu'à titre exceptionnel, étant donné que leur niveau dépend de la répartition entre le personnel national et étranger (financé par les diverses assistances techniques).

Les budgets de fonctionnement (sans personnel) donnent une idée indicative des besoins et des moyens mis à la disposition de l'établissement. Pourtant, certaines réserves d'ordre méthodologique sont à faire :

- les médicaments absorbent des montants différents selon qu'ils sont
 - achetés directement chez les fournisseurs européens (hôpital général de Mogadiscio)(1),
 - fournis par l'intermédiaire d'une organisation d'importation (par exemple : Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques, au Niger) sans qu'ils soient exonérés des droits de douane,
 - fournis en partie en nature par le Ministère ou par d'autres organisations d'aide (Haute-Volta);
- l'alimentation des malades absorbe des montants différents dans la mesure où elle est assurée par les aides alimentaires internationales (Haute-Volta, Niger);
- l'entretien des bâtiments est, soit imputé sur le budget de l'hôpital, soit assuré par le Ministère des Travaux Publics sur son propre budget;

(1) par l'intermédiaire du Ministère de la Santé; sans être soumises aux procédures d'importation de l'Agence d'Etat pour la production et l'importation de médicaments "ASPIMA" leur prix de revient se situe à 50 % environ du prix du marché somalien.

- une ventilation des budgets entre les différentes activités des hôpitaux n'a pu être obtenue dans aucun cas; par conséquent, les chiffres calculés pour les budgets de fonctionnement par lit et par journée d'hospitalisation ne constituent qu'une approximation très globale et ne peuvent avoir qu'une valeur comparative.

2) Les budgets de fonctionnement

De l'examen de plusieurs projets financés par le FED et de diverses autres informations obtenues, il se dégage la tendance générale que les budgets de fonctionnement (sans personnel) exprimés en termes de frais de fonctionnement par lit et par an⁽¹⁾

- sont relativement élevés pour les hôpitaux généraux de Nouakchott (230 lits), Niamey (700 lits), et Mogadiscio (600 lits) : entre 180.000 et 320.000 F CFA ;
- se situent à un niveau moyen pour les hôpitaux généraux de Zinder (Niger, 450 lits), Bobo-Dioulasso et Ouagadougou (Haute-Volta, respectivement 700 et 730 lits) et Majunga (Madagascar, 550 lits) : entre 100.000 et 160.000 F CFA ;
- sont relativement faibles au Cameroun pour tous les hôpitaux régionaux, départementaux et d'arrondissements (capacité entre 30 et 300 lits) : entre 30.000 et 90.000 F CFA ;
- sont également faibles pour les centres hospitaliers départementaux de Tahoua et Maradi au Niger (respectivement 136 et 166 lits) et l'hôpital de Manakara (Madagascar, 150 lits) : entre 80.000 et 100.000 F CFA.

Les hôpitaux généraux sont donc généralement mieux dotés en crédits de fonctionnement que les hôpitaux de l'échelon intermédiaire⁽²⁾; cette conclusion reste valable même si l'on tient compte des besoins plus élevés des grands hôpitaux, en fonction de leur équipement plus lourd, leurs services spécialisés plus nombreux et leurs conditions de fonctionnement plus ambitieuses.

Certaines exceptions ont cependant pu être constatées : en Haute-Volta, les deux hôpitaux secondaires de Gaoua (120 lits) et de Fada

(1) Années de référence : Nouakchott : 1972, Niamey et Zinder : 1975, Mogadiscio : 1973, Bobo-Dioulasso et Ouagadougou : 1973, Majunga : 1974, Cameroun : 1970/71, Tahoua et Maradi : 1974, Manakara : 1974.

(2) L'insuffisance des crédits de fonctionnement, surtout dans les formations sanitaires de brousse était déjà mentionné dans le rapport 1969 sur les conditions d'utilisation des aides (p. 49), en particulier à propos de la RCA.

N'Gourma (130 lits) disposent d'un budget de fonctionnement par lit entre 200.000 et 300.000 F CFA⁽¹⁾. La raison en est qu'il s'agit, dans les deux cas, de la première tranche de réalisation d'un hôpital plus grand; le fonctionnement de l'hôpital existant est donc grevé démesurément par l'équipement relativement lourd, dimensionné en rapport avec la capacité finale. Les mêmes raisons pourraient expliquer les frais de fonctionnement par lit très élevés (330.000 F CFA) de l'hôpital de Nouakchott. Une autre interprétation serait que le fonctionnement des deux hôpitaux secondaires en Haute-Volta est assuré par l'aide étrangère, à un niveau trop élevé par rapport aux moyens de fonctionnement normalement disponibles pour les formations sanitaires du pays.

Les frais de fonctionnement par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux suivent, dans les grandes lignes, les budgets de fonctionnement par lit. Toutefois, influencés par la durée moyenne d'hospitalisation, ils se situent entre 950 et 550 F CFA pour les hôpitaux de Nouakchott, de Niamey et de Mogadiscio et entre 450 et 350 F CFA pour les hôpitaux de Zinder, de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso.

Une deuxième constatation générale s'impose: aucune corrélation ne semble exister entre, d'une part, les budgets de fonctionnement des hôpitaux et, d'autre part, les dépenses totales de santé per capita, ainsi que les dépenses de fonctionnement de santé per capita des pays concernés. Au Cameroun, les dépenses de santé per capita (650 F CFA) et les dépenses de fonctionnement de santé per capita (172 F CFA) n'entraînent en rien un niveau de fonctionnement adéquat des hôpitaux; par contre, en Haute-Volta, malgré la faiblesse des ressources budgétaires (respectivement 165 et 22 F CFA per capita), le fonctionnement des grands hôpitaux est assuré à un niveau assez élevé. Ce phénomène s'explique par le fait que les budgets des hôpitaux reflètent les besoins de ces formations sanitaires plutôt que les moyens financiers du pays. En effet, les budgets des formations ne sont pas dans tous les cas assurés seulement par le budget de la santé. Il faut donc analyser de la provenance des crédits.

./.

(1) Ces budgets de fonctionnement par lit sont d'ailleurs plus élevés que ceux des deux hôpitaux généraux du pays.

3) La provenance des budgets

La provenance des "budgets" des hôpitaux est assez diverse. D'une manière générale interviennent dans le fonctionnement :

- le Ministère de la Santé, avec des montants plus ou moins réguliers, pour
 - le personnel national médical, para-médical, administratif et la majorité du personnel auxiliaire et les manoeuvres,
 - le fonctionnement des formations aux échelons supérieurs et intermédiaires;
- les collectivités régionales et communales, avec des montants qui varient suivant les recettes fiscales effectivement perçues, pour
 - une partie des auxiliaires et des manoeuvres,
 - les médicaments, le petit matériel, les carburants, etc.. des formations aux échelons intermédiaire et inférieur et notamment des dispensaires ruraux ;
- les aides financières bilatérales destinées au fonctionnement, à l'entretien et aux réparations;
- les aides financières multilatérales plus ou moins irrégulières, par exemple le Fonds Cheysson pour l'achat de médicaments et de matériel médical, l'OMS pour certaines campagnes de lutte contre les maladies endémiques, etc..
- les aides irrégulières d'organisations privées (par exemple : Lyons Club) et d'autres sources (par exemple : CARITAS, MISEREOR, Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk, etc..).

S'ajoutent encore les aides matérielles, de toute provenance, notamment

- sur le plan national, par exemple en Haute-Volta, la "Contribution Patriotique" et la "Loterie Nationale" pour l'achat d'ambulances,
- sur le plan international, les aides en médicaments et en matériel d'organisations privées, philanthropiques, religieuses etc.. et les diverses aides alimentaires.

Dans certains pays, le fonctionnement des formations sanitaires n'est assuré que pour une partie minime par les moyens budgétaires du pays (budget santé et collectivités); seules les aides financières et matérielles permettent d'exploiter les formations sanitaires existantes de façon convenable. Pour toutes ces raisons, les budgets effectifs des différentes formations sont très variables, irréguliers et souvent difficiles à déterminer.

4) L'équilibre de fait des budgets de fonctionnement

En résumé, un équilibre très fragile des budgets de fonctionnement des formations sanitaires s'est instauré dans la plupart des pays, grâce aux diverses aides extérieures. Les Gouvernements ont tendance à attribuer leurs moyens financiers disponibles, par ordre prioritaire décroissant, aux grands hôpitaux, puis aux formations du niveau intermédiaire et en dernier lieu aux établissements de base. Inversement, les collectivités sont appelées à assurer le fonctionnement, en ordre croissant, des formations du niveau intermédiaire, puis à l'échelon de base, notamment des dispensaires.

Par conséquent, les aides extérieures se substituent aux déficiences nationales et doivent le plus souvent s'orienter vers les zones rurales. Inversement, une aide liée à une formation à l'échelon supérieur peut dégager des moyens budgétaires pour les échelons inférieurs. Par exemple : l'aide française au fonctionnement intervient de façon régulière et continue, depuis plusieurs années, en faveur du secteur de la santé de la Haute-Volta. Si elle décidait de réserver la moitié de son aide aux deux hôpitaux généraux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso, les moyens budgétaires du Ministère de la Santé pourraient pour autant être transférés aux autres formations et à la médecine de masse. Il s'agit donc d'une sorte de système de vases communicants, où la répartition des moyens budgétaires est fonction, d'une part, des "préférences" fixées (par exemple pour les grands hôpitaux), et d'autre part, des conditions d'attribution auxquelles sont liées les aides extérieures.

5) Le niveau de fonctionnement

L'existence d'un équilibre de fait des budgets de fonctionnement n'implique en rien que les budgets pratiqués sont adaptés aux exigences de la conception du projet. Dans bien des formations, le fonctionnement actuel n'atteint guère le niveau projeté. L'évaluation des charges récurrentes exactes n'est possible qu'en tenant compte de tous les facteurs d'influence, notamment des caractéristiques de la conception technique et architecturale, des installations techniques et des équipements médicaux, des conditions de fonctionnement de l'électricité et de l'eau, des installations sociales (cuisine, buanderie), etc...

6) La structure des budgets

Les informations obtenues ne permettent que de formuler des constatations très générales sur la répartition des budgets. En moyenne, les budgets de fonctionnement des grands hôpitaux sont consacrés

- pour 50 % aux médicaments et petit matériel médical (avec variations de $\pm$ 20 % selon les possibilités d'achat),
- pour 25 % à l'alimentation des malades (avec variations de $\pm$ 40 % selon l'utilisation des aides alimentaires).

Les frais de médicaments (et de petit matériel médical) par journée d'hospitalisation se chiffrent entre 200 et 250 F CFA pour les hôpitaux généraux⁽¹⁾ de Bobo-Dioulasso, de Ouagadougou et de Mogadiscio et au-dessus de 250 F CFA pour les hôpitaux généraux⁽²⁾ de Niamey et de Zinder (Niamey : 365 F CFA).

Pour les hôpitaux du niveau intermédiaire aucun chiffre analogue n'a pu être calculé.

(1) chiffres 1973

(2) chiffres 1975

7) Les recettes

Presque tous les pays ont introduit un système payant dans les grands hôpitaux (par exemple Haute-Volta, Niger)⁽¹⁾ ou même dans la plupart des établissements hospitaliers (par exemple Madagascar). En Somalie, depuis 1972, tous les services médicaux sont assurés gratuitement.

En général, les tarifs s'appliquent aux journées d'hospitalisation (et non aux interventions chirurgicales) ; appliqués par catégories, ils atteignent par exemple un maximum de 3.000 F CFA par jour à Madagascar et 2.400 F CFA par jour en Haute-Volta. Normalement, les fonctionnaires sont privilégiés; ils bénéficient d'un tarif réduit (par exemple au Niger) et n'acquittent en général que $\pm 20 \%$ du tarif par perception sur leur traitement, tandis que $\pm 80 \%$ est pris en charge par l'Etat.

D'autres tarifs s'appliquent aux consultations externes (500 F CFA dans les grands hôpitaux en Haute-Volta), aux accouchements (forfait de 300 F CFA en Haute-Volta) ou même aux actions d'éducation sanitaire selon l'initiative prise par certains médecins⁽²⁾.

Les recettes ainsi perçues ne sont pas toujours négligeables; à l'hôpital de Nouakchott par exemple, elles ont atteint, en 1970, le montant du budget de fonctionnement de l'hôpital; à l'hôpital régional de Majunga (Madagascar), elles se sont élevées à 60 % du budget de fonctionnement (1973), tandis qu'elles n'en ont pas dépassé 10 % dans les hôpitaux de Manakara et de Fort Dauphin (Madagascar).

./.

(1) par exemple : En Haute-Volta les deux hôpitaux généraux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et l'hôpital secondaire de Ouahigouya. Au Niger les deux hôpitaux généraux à Niamey et à Zinder.

(2) par exemple un "prix" de 25 F CFA par mois est demandé pour la participation aux cours de PMI au centre de santé à Yako, Haute-Volta.

Au Niger, l'ensemble des recettes des deux hôpitaux généraux ne représente que 5 % du budget de fonctionnement de la santé. En Haute-Volta, le chiffre correspondant des recettes des 2 hôpitaux généraux s'élève à 20 %; par contre, les recettes du troisième hôpital payant (Ouahigouya) sont pratiquement nulles.

Le problème du système payant est que les hôpitaux n'ont pas d'autonomie financière; toutes les recettes doivent être versées au Trésor. Malgré l'impression relativement favorable laissée par les chiffres précités, cette réglementation risque de priver les hôpitaux de toute motivation de percevoir les paiements de la part des malades. Il serait intéressant de voir si les recettes ne pourraient pas être augmentées en attribuant aux hôpitaux une certaine autonomie financière.

Par ailleurs, la question de principe se pose si le régime payant ne risque pas de rendre pratiquement inaccessible les services sanitaires à la majorité de la population. En fait, malgré les taux relativement lourds par exemple à Madagascar, 20 % environ des malades font usage du système payant. Le cas de l'hôpital de Fort-Dauphin (Madagascar) a même montré que la clientèle payante préfère l'hôpital privé de Manambara (à 23 km de distance), malgré le niveau des tarifs plus élevé.⁽¹⁾

(1) Voir Annexe I/4

V. Les médicaments

La discussion des multiples problèmes relatifs à l'approvisionnement et à la distribution des médicaments dépasserait le cadre du présent rapport. Par conséquent, ne seront mentionnés ci-après que quelques aspects intéressants.

La prescription et la remise des médicaments se fait en général gratuitement pour les malades traités dans les formations sanitaires; par contre, les consultants extérieurs les achètent à leur frais à la pharmacie (par exemple : Haute-Volta, Somalie). Toutefois, ces principes semblent être appliqués de façon très flexible. Une formule pleine de promesses est introduite au Niger : après avoir relevé que 60 % de toutes les infections constatées peuvent être traitées avec 5 médicaments, un système de pharmacies de village et de "secouristes-hygiénistes" de village, a été établi. Faisant partie d'un grand programme d'action de médecine de masse et préventive, il permet, d'une part, une gestion économique, par la vente de ces 5 médicaments au prix unitaire de 5 F CFA, et d'autre part, une sensibilisation efficace de la population.

Quant à l'approvisionnement des médicaments, les aides privées manquent parfois d'efficacité. En effet, on trouve assez souvent, dans les formations sanitaires, des quantités de médicaments inutilisés et inutilisables, envoyés notamment par des groupements privés, philanthropiques, etc.. Pour que ces aides aient leur pleine valeur, il importe :

- qu'ils soient adaptés aux besoins particuliers africains,
- que le nombre d'espèces soit réduit à un minimum pratique et adapté aux connaissances pharmaceutiques du personnel para-médical national.

Une plus grande efficacité pourrait être obtenue si ces aides étrangères privées s'adressaient directement aux médecins sur place pour que ceux-ci expriment leurs besoins particuliers.

De même, les Gouvernements ont tout intérêt d'opérer un choix strict quant au nombre d'espèces de médicaments, qui seul peut garantir l'utilisation rationnelle et efficace à la fois des médicaments importés et des moyens budgétaires dépensés. Il serait intéressant d'étudier à fond ces problèmes, tout particulièrement les conditions de fonctionnement des pharmacies d'approvisionnement et les questions relatives à l'utilité et la rentabilité des productions pharmaceutiques réalisées dans plusieurs pays africains.

Il serait également intéressant d'étudier les possibilités d'utilisation de médications traditionnelles, à base de matières premières locales, peu onéreuses. Cela permettrait de réduire les dépenses pour les médicaments importés; mais cela présupposerait des efforts particuliers pour étudier scientifiquement et enseigner l'utilisation de tels médicaments d'origine locale au personnel médical.

C. LES CONDITIONS DE COHERENCE DE LA CONCEPTION GENERALE DES PROJETS

Après avoir passé en revue les conditions dans lesquelles fonctionnent les projets financés par le FED, il s'impose de situer ces investissements dans l'ensemble des efforts nationaux dans le domaine sanitaire et d'en mesurer l'efficacité par rapport aux stratégies adoptées par les autorités responsables. Par conséquent, seront examinées : la place et la fonction des formations sanitaires réalisées, leur contribution au développement de l'infrastructure et leur cohérence avec les plans de développement sanitaire. Evidemment, cette évaluation ne peut se faire sans prendre en considération les moyens de fonctionnement (personnel, crédits) disponibles, qui constituent les contraintes essentielles à toute efficacité et qui peuvent seuls, en dernier lieu, déterminer le niveau de fonctionnement de toute formation sanitaire.

I. La place des projets dans le développement de l'infrastructure sanitaire

1) Les projets isolés

a) Les formations isolées (Dahomey, Madagascar)

Les projets réalisés sur les ressources du 1er FED au Dahomey et à Madagascar ont porté sur l'aménagement, la modernisation et l'extension d'hôpitaux ou de formations sanitaires existantes. Ils avaient pour objectif commun et prépondérant d'améliorer les moyens en matériel et en locaux

- pour garantir un meilleur rendement quantitatif et qualitatif du personnel,
- pour mieux répondre aux besoins sanitaires régionaux et locaux.

Ces projets isolés sont le résultat d'options prises suivant des nécessités et des priorités présumées sans être intégrés dans un plan de développement ou dans une politique sanitaire. En effet, ce n'est qu'au cours des années après leur indépendance que la plupart des EAMA ont formulé de façon plus systématique leurs besoins en matière

sanitaire. La définition des objectifs et des moyens d'une politique sanitaire nationale a permis de concevoir les projets ultérieurs en cohérence avec les plans de développement.

L'utilité et l'efficacité des projets isolés réalisés pendant les premières années de l'existence du FED ne peuvent donc être jugées la base de critères de portée locale. Si la conception se révèle bien adaptée aux caractéristiques locales, il n'en est pas nécessairement ainsi sur le plan national. En effet, tout projet isolé ainsi conçu, de façon presque accidentelle, risque de n'atteindre sa pleine utilisation que si l'infrastructure sanitaire existante, dans laquelle il s'intègre, constitue un système cohérent et fonctionnel pouvant être amélioré, modernisé, complété, élargi et mieux équilibré.

Il est évident que la prise en considération de l'infrastructure existante ne doit pas négliger les établissements du secteur privé; la reconstruction de l'hôpital de Fort-Dauphin (Madagascar), par exemple, n'a certainement pas tenu compte suffisamment de cet aspect, d'où l'utilité assez faible de ce projet⁽¹⁾.

b) Les hôpitaux nationaux (Mauritanie, Somalie)

Les projets de construction de nouveaux hôpitaux généraux à Mogadiscio (Somalie) et à Nouakchott (Mauritanie) avaient des objectifs tout à fait différents : en Somalie il s'agissait de remplacer l'ancien hôpital général (Di Martino); en Mauritanie un nouvel hôpital général devait être construit, dans une capitale neuve.

En l'absence d'une "politique sanitaire" globale, les objectifs de ces projets étaient le résultat d'une situation particulière existante. En Somalie, l'objectif prioritaire et en fait unique de l'administration de tutelle italienne était de remplacer l'ancien hôpital général. En Mauritanie, la quasi-inexistence d'une infrastructure sanitaire et le nombre excessif d'évacuations de malades graves vers le Sénégal et le Mali ont rendu prioritaire la création d'un hôpital général. Résultant de nécessités fondamentales sur le plan national, ces deux projets n'étaient pas isolés dans le sens précité; sans être

(1) Voir Annexe I/4 et rapport 1971 sur les conditions d'utilisation des aides (pp. 42-43).

intégrés dans un véritable "système de santé" hiérarchisé et coordonné ils n'ont qu'anticipé les objectifs d'une "politique sanitaire" ultérieure⁽¹⁾.

En fait, ils constituent, dans les deux pays, les véritables hôpitaux nationaux à haut degré de spécialisation et dotés de tous les moyens de diagnostic et de soins nécessaires. Toutefois, l'hôpital de Mogadiscio ne remplit la fonction de "pointe" de la pyramide sanitaire que pour les cas occasionnels, plutôt que réguliers d'évacuation de malades de l'intérieur du pays; il sert donc presque exclusivement à la population de la capitale. Pour Nouakchott, cette fonction locale a constitué une partie intégrante de la conception; les activités externes ont cependant submergé l'hôpital au point que le bon fonctionnement de l'ensemble en a été handicapé.

On peut se demander si l'utilisation essentiellement "locale" d'un hôpital national ne constitue pas un gaspillage de ses capacités professionnelles et de ses équipements précieux et coûteux; l'existence d'une barrière institutionnelle (règlement d'évacuation)⁽²⁾ pourrait

- garantir une utilisation rationnelle des formations sanitaires à tous les niveaux,
- permettre de réserver l'hôpital national aux maladies demandant des investigations et des traitements spécialisés.

A la lumière de ces quelques constatations, la question se pose si l'option prise pour construire un hôpital national dans les deux pays était justifiée. En Somalie, pour les raisons évoquées, toute autre solution fut exclue a priori; une réflexion sur de telles possibilités ne peut donc avoir qu'un caractère spéculatif, ayant pour objet de reconstituer a posteriori le raisonnement sur l'option à prendre. Tout en tenant compte de ces réserves, au lieu de la nouvelle construction réalisée, la réfection, la modernisation et

(1) Cette politique a été formulée, par exemple pour la Mauritanie, à l'occasion des décisions prises par la Communauté sur l'extension de l'hôpital général et la création d'une polyclinique à Nouakchott

(2) Voir pour plus de détails paragraphe 3, pages 30/31.

éventuellement l'extension de l'ancien hôpital général aurait été possible malgré son état de délabrement. Cette option n'est pas tout à fait irréaliste. La preuve: l'ancien hôpital, destiné à la démolition, fonctionne toujours.

Il en résulte que, dans le cas d'une infrastructure existante dotée déjà d'un hôpital national, la question du remplacement doit être bien étudiée. Toute l'attention nécessaire doit être portée soit à la substitution intégrale et complète de l'ancien établissement, soit à la création échelonnée de nouvelles capacités et leur substitution simultanée aux anciennes capacités; tout fonctionnement parallèle des deux est nuisible; sauf, à la rigueur, dans le cas d'une répartition stricte, réalisée de façon systématique, des fonctions et des responsabilités respectives, de manière à éviter des situations concurrentielles.

Quant à la Mauritanie, toute solution alternative à l'hôpital national réalisé paraît irréaliste. Le pays avait absolument besoin d'une formation hospitalière dotée de services spécialisés de diagnostic et de soins, pour accueillir tous les malades graves évacués auparavant vers les hôpitaux des pays voisins. La prudence qui a régi la conception du projet comme première tranche d'un hôpital plus grand paraît être une des raisons de son remarquable succès: en effet, la capacité réduite a permis au Gouvernement d'en assurer de façon convenable le fonctionnement; par ailleurs, la conception s'est révélée suffisamment flexible pour permettre l'extension sans difficultés ni interruptions de fonctionnement.

2) Les interventions globales (Haute-Volta, Niger)

Les projets financés sur les ressources des 1er et 2ème FED en Haute-Volta et au Niger ont pour objectif commun

- d'améliorer et de moderniser les formations existantes faisant partie d'une infrastructure sanitaire géographiquement bien implantée (Niger),

- de pallier l'insuffisance qualitative et quantitative de l'infrastructure hospitalière existante (Niger et Haute-Volta),
- d'améliorer ou d'établir les conditions de travail pour les activités dans le domaine de la médecine mobile (Niger) ou de la lutte contre les maladies endémiques (Haute-Volta).

Ces projets ont ainsi porté sur la construction nouvelle, l'extension et l'aménagement de plusieurs formations sanitaires; ils étaient conçus de façon à constituer les parties intégrantes d'un système hiérarchisé et coordonné, faisant de tous les établissements sanitaires les pièces d'un ensemble "pyramidal".

Il est évident que la réalisation d'un tel projet d'envergure est conditionnée par l'existence d'un plan de développement sanitaire, qui peut s'exprimer sous forme de schéma statique (Haute-Volta) ou de plan dynamique (Niger).

Bien que la Haute-Volta n'ait pas eu une "politique sanitaire" bien définie en 1961, le Gouvernement s'est empressé de concentrer tous ses efforts sur le développement et l'amélioration de l'infrastructure hospitalière rurale, d'autant plus qu'une infrastructure urbaine moderne venait d'être réalisée par l'aide française⁽¹⁾. L'ensemble de ces efforts découlait des objectifs formulés par un plan général d'avenir. Ce plan a permis de déterminer, pour les investissements FED, de façon bien équilibrée :

- le volume de la première tranche d'investissements,
- la capacité et la localisation des formations aux différents niveaux de l'infrastructure sanitaire.

Toutefois, le caractère statique de ce plan général comportait le risque d'entraîner des déséquilibres, dans la mesure où les différents stades de sa réalisation n'étaient pas définis. En effet, aussi logique et cohérent que le plan puisse se présenter, sa mise en oeuvre successive

./.

(1) Construction nouvelle de l'hôpital général de Ouagadougou, modernisation et extension de l'hôpital général de Bobo-Dioulasso et de l'hôpital secondaire de Ouahigouya.

ou par section est conditionnée par la disponibilité, au moment voulu :

- de personnel qualifié (médecins et personnel para-médical),
- de moyens financiers propres du pays.

En Haute-Volta, ces deux conditions n'étaient pas tout à fait remplies au moment de l'achèvement des investissements, notamment en ce qui concerne les deux hôpitaux secondaires de Gaoua et de Fada N'Gourma.

Au Niger, par contre, un programme plus détaillé de réorganisation de l'infrastructure sanitaire a été établi par une commission spécialisée; les "perspectives décennales 1965-1974" arrêtées par le Gouvernement avaient défini les priorités d'une politique sanitaire et permettaient d'orienter les investissements suivant certains principes directeurs, parmi lesquels on retient : priorité aux investissements susceptibles d'augmenter le rendement des services tout en n'entraînant qu'un minimum de charges récurrentes supplémentaires, priorité à la remise en état de constructions vétustes, principe de ne construire de nouvelles formations que lorsque le personnel qualifié serait disponible. Par son caractère dynamique, le plan général d'avenir a permis

- de déterminer de façon très souple les adaptations graduelles quantitatives et qualitatives des investissements aux besoins sanitaires particuliers et locaux,
- de doser de façon très souple les extensions et les modernisations prévues,
- d'adapter au mieux les caractéristiques socio-économiques et techniques des investissements aux capacités du pays en personnel et moyens financiers.

En effet, les réalisations se sont intégrées harmonieusement dans l'infrastructure existante; elles ont permis d'assumer, essentiellement par les moyens propres du pays, les charges financières et personnelles supplémentaires.

Les "perspectives décennales" ont présenté un autre avantage essentiel pour le développement de l'infrastructure

sanitaire du Niger. Le Gouvernement avait prévu d'axer les priorités de la politique sanitaire sur la médecine de masse (avant tout mobile et préventive) et l'éducation sanitaire. En conséquence, les structures sanitaires furent conçues de façon à permettre l'intégration administrative et opérationnelle des médecines curative et préventive. En effet, les "Equipes d'hygiène et de médecine mobile", dont les bâtiments nouveaux furent financés par le FED et installés au niveau départemental, assurent une fonction à la fois de médecine de soin (par la supervision des activités des formations de soins au sein du département) et de médecine de prévention et de prospection pour les populations rurales. Il semble que cette intégration est beaucoup plus difficile à réaliser dans les pays où l'infrastructure sanitaire est essentiellement basée sur les objectifs de la médecine hospitalière (Haute-Volta).

Le projet réalisé au Niger appelle encore une autre constatation intéressante : en 1962, le Gouvernement du Niger avait soumis au FED le projet de construction d'un nouvel hôpital à Niamey; cependant, sur la base d'une étude d'ensemble des problèmes, il est apparu que la situation de l'infrastructure sanitaire du pays nécessitait plutôt une série d'extensions et de modernisations. Une option a donc pu être prise pour une solution alternative, qui s'est révélée particulièrement efficace et économique. En Somalie par contre, comme il est dit plus haut, une telle option ne fut pas possible ; il est cependant probable que la construction, l'aménagement et la modernisation de plusieurs formations sanitaires hors de la capitale auraient permis, sur le plan national, la création d'un meilleur équilibre des capacités hospitalières dans la mesure où on peut mettre en parallèle ces deux situations de départ semblables, l'option prise au Niger apparaît plus avantageuse pour la situation sanitaire de l'ensemble du pays.

3) Les conditions complémentaires

De la comparaison entre les projets réalisés en Haute-Volta et au Niger se dégage un autre élément important. Malgré la prudence qui a régi la décision prise au sujet du nombre et de la capacité des formations

réalisées en Haute-Volta, par rapport aux objectifs du plan d'avenir, certains déséquilibres doivent être constatés. La faible occupation des deux hôpitaux secondaires (Gaoua et Fada N'Gourma) pourrait mener à la conclusion que leur capacité et leur équipement médical sont sur-dimensionnés par rapport aux besoins de la population concernée⁽¹⁾. Toutefois, elle s'explique plutôt et essentiellement par le fait que la relation fonctionnelle prévue entre les différents niveaux de la "pyramide sanitaire" ne se réalise pas dans les faits. En effet, le rôle de "centre d'évacuation" au niveau intermédiaire, qui était dévolu aux deux hôpitaux secondaires est court-circuité par les deux hôpitaux généraux, qui jouissent de l'attraction d'un meilleur équipement.

Au Niger, par contre, l'infrastructure sanitaire pyramidale existante est complétée par un règlement strict prévoyant qu'en principe aucun malade n'est hospitalisé et aucun consultant n'est accepté sans pouvoir attester qu'il est évacué par une unité inférieure. Ainsi, les deux hôpitaux généraux constituent réellement la "pointe" de la pyramide réservée aux malades graves évacués d'un niveau inférieur.

Il s'en dégage la conclusion qu'il ne suffit pas de créer seulement une infrastructure sanitaire pyramidale cohérente et logique pour provoquer les évacuations prévues aux différents niveaux ; pour que l'infrastructure hiérarchisée et coordonnée puisse "fonctionner" dans les meilleures conditions, les évacuations doivent être réglementées de façon à avoir l'assurance que la filière prévue est respectée. En l'absence d'une telle réglementation des évacuations, une utilisation déséquilibrée de l'infrastructure sanitaire est à craindre.

(1) En effet, toutes conditions actuellement existantes restant égales, il aurait suffi de construire un centre de santé type B développé (comme à Tenkodogo), avec possibilités d'interventions chirurgicales et capacité hospitalière adéquate, à la place de chacun des deux hôpitaux secondaires réalisés. La preuve : le centre de santé type B à Yako (35 lits) connaît des activités plus importantes que Gaoua et Fada N'Gourma, malgré sa localisation à 108 km de l'hôpital général de Ouagadougou.

Evidemment, l'existence de la réglementation seule n'empêche pas que les évacuations soient en réalité entravées par

- la pénurie de moyens de transport (voitures, carburant),
- l'impraticabilité permanente ou temporaire (pendant la saison des pluies) des routes,
- l'absence ou l'insuffisance de personnel qualifié.

Il en résulte la nécessité, lors de la conception des projets, d'examiner avec beaucoup d'attention les possibilités de réalisation de ces conditions complémentaires.

4) Résumé

En résumé, on retiendra que la réussite d'un projet d'investissement sanitaire est fonction de son intégration harmonieuse et fonctionnelle dans une infrastructure cohérente et intérieurement équilibrée. A tous les niveaux l'existence d'un plan (dynamique) de développement sanitaire définissant les différents stades de sa réalisation, permet de déterminer de façon précise le volume des investissements à réaliser et de les adapter de façon souple aux capacités du pays en personnel et crédits. Toutefois, la cohérence et la logique fonctionnelle de l'infrastructure ne peuvent assurer sa pleine utilisation à tous les niveaux que si les conditions complémentaires nécessaires sont également remplies.

II. Le personnel, sur le plan national

1) Les médecins

L'examen des conditions d'utilisation des projets financés par le FED a montré qu'un certain équilibre de fait existe en général entre le nombre de médecins affectés à une formation et la capacité de celle-ci, ce qui n'exclut pas de relever à l'occasion un manque total de médecins dans certaines formations⁽¹⁾. Cependant, sur le plan national,

- cette situation peut en réalité n'être qu'une apparence d'équilibre ; en effet, le manque d'un certain nombre de médecins, théoriquement nécessaires, peut entraver des activités plus importantes possibles ;
- l'équilibre de fait n'est atteint, dans la plupart des pays, que grâce à l'aide plus ou moins massive de l'assistance technique extérieure ; et cet équilibre est très fragile. La relation entre les médecins expatriés et le nombre total de médecins dans les différents pays est très variable : 85 % au Niger et en Mauritanie, 10 % à Madagascar.

Par ailleurs, cette apparence d'équilibre ne reflète pas le fait que, sur le plan national,

- la densité médicale moyenne est en général encore très faible et varie, pour les pays examinés, entre 1 médecin pour 11.000 habitants (Madagascar) et 50.000 habitants (Niger) et même 66.000 habitants (Haute-Volta) ;
- la concentration des médecins dans les grandes villes et dans les hôpitaux généraux est considérable, au détriment des zones rurales; elle se traduit par les chiffres suivants d'habitants par médecin :

	<u>Somalie</u>	<u>Niger</u>	<u>Haute-Volta</u>
total pays	19.000	50.000	66.000
capitale	3.300	2.800	8.000 ⁽²⁾
reste du pays	43.000	119.000 ⁽³⁾	138.000

(1) constaté par exemple au Cameroun et au Tchad en 1970

(2) moyenne pour Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, médecins des hôpitaux seulement

(3) hors Niamey et Zinder

- il y a un déséquilibre important, dans pratiquement tous les pays, dans l'affectation des médecins à la médecine curative au détriment de la médecine préventive.

2) Le personnel para-médical et le personnel de gestion

En général, les constatations faites pour les médecins sont également valables pour les infirmiers et les sages-femmes, en tenant compte cependant des réserves suivantes :

- le nombre d'infirmiers expatriés est réduit à un minimum, suite à la formation accélérée de personnel para-médical national;
- les différences d'un pays à l'autre, dans la densité paramédicale sont moins prononcées que pour les médecins; elles varient entre 1 infirmier pour 2.800 habitants (Dahomey) et pour 6.100 habitants (Somalie); de plus, la concentration du personnel para-médical dans les grandes villes est beaucoup moins accentuée.

Si les Etats disposent actuellement de suffisamment d'infirmiers, de sages-femmes, etc..., il n'en est pas de même pour le personnel paramédical spécialisé (techniciens de laboratoire, anesthésistes, manipulateurs radio, mécaniciens dentistes, etc..). Le personnel d'entretien ainsi qu'administratif est aussi, en règle générale, quantitativement et qualitativement insuffisant.

Puisque chaque Etat ne peut pas se doter d'une école de chaque spécialité, il serait nécessaire de trouver des solutions inter-étatiques.

3) Le problème de l'insuffisance de personnel médical

Des constatations faites ci-dessus on peut conclure que, dans la plupart des pays, l'assistance technique médicale se substitue encore aux insuffisances quantitatives du personnel national, en particulier de médecins. Ce personnel de l'assistance technique étrangère est en général complètement intégré dans la fonction publique, ce qui devrait impliquer en principe une juste répartition des tâches entre les médecins expatriés et nationaux. En réalité, on constate que :

- la majorité des médecins nationaux sont affectés aux hôpitaux des grandes villes (ou au Ministère de la Santé),
- la majorité des médecins expatriés sont affectés aux formations sanitaires en zones rurales (en Mauritanie, par exemple, sur les 9 centres régionaux un seul est dirigé par un médecin mauritanien).

Cette situation préoccupante s'explique par plusieurs facteurs :

- Tout d'abord, plus de la moitié des étudiants en médecine, actuellement en Europe, répugnent à revenir pour s'engager dans la fonction publique de leur pays d'origine, parce que
 - ils estiment : insuffisantes les rémunérations qui leur sont offertes,
 - ils craignent les fluctuations politiques et économiques dans leur pays d'origine,
 - ils craignent les conditions matérielles de travail qui les attendent et qui ne sont guère comparables à celles d'Europe (1).
- Si les diplômés reviennent, ils ont tendance à rester dans la capitale ou dans les grandes villes, et dédaignent les services de la médecine rurale et/ou préventive; en effet, la formation reçue en Europe leur a montré le décalage entre ces deux formes de médecine.
- De plus, ils aspirent en majorité à une spécialisation; or seuls les grands hôpitaux peuvent leur offrir les possibilités de travail adéquates. On peut se demander dans quelle mesure ces jeunes médecins africains de formation européenne influencent la tendance générale des Gouvernements à vouloir construire de grands hôpitaux sophistiqués.
- Ainsi, pendant les premières années après l'indépendance un certain déséquilibre s'est formé, parmi les médecins nationaux, en faveur des spécialistes et au détriment des généralistes. Or, l'Afrique a surtout besoin de généralistes.

(1) La médecine libre de clientèle pourrait les inciter à revenir; toutefois, dans la plupart des pays, le pouvoir d'achat n'est pas suffisamment élevé pour permettre un accroissement du nombre de cabinets privés rentables (suivant les normes européennes).

4) Quelques considérations sur les mesures possibles

En vérité, on peut se demander si l'ajustement effectué entre les tâches assumées par les Etats eux-mêmes et celles prises en charge par les aides extérieures n'est pas malsain; en effet, il pourrait amener les Etats à négliger certaines tâches pourtant essentielles que les médecins nationaux sont peu enclins à accepter. Quelles sont les conclusions à tirer de cette situation ? Quelles sont les mesures à prendre ou déjà prises pour pallier ces insuffisances ?

a) La formation des médecins

Il est acquis maintenant que la formation des médecins doit se faire dans les universités africaines plutôt qu'européennes, avec des programmes d'études adaptés aux nécessités sanitaires spécifiques de l'Afrique et aux tâches d'omnipraticiens plutôt que de spécialistes. Les médecins doivent également être préparés psychologiquement aux conditions de travail et de vie qui les attendent. La spécialisation des médecins diplômés les plus qualifiés peut alors se faire exceptionnellement, en fin d'études, ou plutôt après quelques années de pratique, au moyen de stages en Europe.

La formation universitaire en Afrique est déjà entamée : plusieurs facultés de médecine sont installées (par exemple : Côte d'Ivoire, Madagascar, Sénégal, Zaïre), ou au stade de démarrage (Dahomey, Cameroun, Niger, Somalie, Togo). Il serait intéressant d'entreprendre une étude spéciale pour savoir dans quelle mesure ces facultés de médecine répondent aux besoins spécifiques africains, ce qu'elles deviendront lorsque les besoins quantitatifs en médecins seront satisfaits d'ici quelques années⁽¹⁾ et comment les budgets de santé pourront faire face aux charges supplémentaires qui en résulteront.

On peut se demander s'il ne serait pas utile que les autorités responsables envisagent la formation différenciée de deux types de médecins africains pour

- la médecine hospitalière,
- la médecine ou l'assistance médicale pour les zones rurales.

(1) Par exemple la nouvelle faculté de médecine à Mogadiscio produira à peu près 50 médecins par an après 4 ans d'études. En comparaison : le pays compte actuellement un total de 153 médecins dont 58 étrangers.

b) L'affectation des médecins à la médecine rurale

Il serait intéressant d'étudier la possibilité d'obliger les diplômés en médecine de consacrer une période déterminée, de quelques années, à la santé rurale, par exemple en soumettant à cette condition, l'autorisation d'exercer, ou au moyen d'un service civique.

Une formule semblable est appliquée en Somalie, où aucune promotion, affectation à des hôpitaux de Mogadiscio, attribution de bourses d'études pour une spécialisation, etc..., ne peut être obtenue qu'après plusieurs années de travail en brousse. La plupart des pays hésitent cependant à appliquer de telles mesures, qui risquent d'éloigner davantage les jeunes médecins de leur pays.

c) L'amélioration des conditions de travail

Sans doute serait-il utile d'examiner toutes les possibilités réelles d'améliorer davantage les conditions de travail des médecins, surtout en zones rurales, par exemple par :

- une incitation plus grande au travail en brousse, soit par l'attribution de primes, la mise à disposition de voitures, l'amélioration des logements, etc..., soit par la création d'un minimum d'infrastructures sociales et culturelles (écoles, etc..),
- la mise à disposition de suffisamment de personnel paramédical qualifié,
- des garanties pour l'approvisionnement régulier et suffisant en médicaments, matériel médical, etc.,
- des garanties pour l'entretien courant des installations existantes, etc...

d) Le remplacement des médecins expatriés

Pour autant que les médecins nationaux font encore défaut, toute prestation médicale n'exigeant pas nécessairement l'intervention d'un médecin qualifié devrait être assurée par des médecins-assistants ou par du personnel para-médical. L'exemple du Niger semble intéressant : le Ministère de la Santé a regroupé en 1974 tous les médecins du pays dans les chefs-lieux des départements, où ils sont chargés, pour tout le département,

- du contrôle et de la supervision des activités de la médecine de soins,
- au sein de la médecine mobile, des actions de prévention et de prospection.⁽¹⁾

La gestion des centres de santé des circonscriptions médicales et celle des dispensaires incombe donc sans exception aux infirmiers. Cette utilisation rationnelle du personnel va de pair avec la disponibilité croissante de personnel para-médical.

En effet, dans ce domaine, un progrès considérable a été accompli dans pratiquement tous les EAMA qui se sont dotés d'une ou de plusieurs écoles de formation de cette catégorie de personnel. D'ailleurs, la contribution de la Communauté à ce développement est considérable : le FED a financé la construction de plusieurs écoles d'infirmiers (Cameroun, Dahomey, Mauritanie, Somalie, etc...).

5) Résumé

En résumé, pendant les premières années après l'indépendance des Etats, l'utilisation des formations sanitaires financées par le FED a souffert de l'insuffisance à la fois de personnel et de crédits. Grâce aux multiples mesures prises par les Gouvernements et grâce aux différentes aides des organisations extérieures dans le domaine de la formation, les problèmes se sont largement atténués sur le plan du personnel médical et para-médical; par contre, les problèmes restent d'actualité en matière de crédits de fonctionnement disponibles.

(1) Ce schéma a été esquissé dans le rapport 1970 (p. 85) sur les conditions d'utilisation des aides.

III. Les budgets de la santé, sur le plan national

1) Remarques méthodologiques

Afin d'obtenir la meilleure comparaison entre les dépenses de santé des pays examinés, seuls les budgets de santé ordinaires ont été pris en considération, sans tenir compte ni des budgets d'investissements ni des budgets des collectivités. Dans les budgets de santé ordinaires ne sont, par exemple, pas compris

- les frais d'hospitalisation des fonctionnaires (supportés par les Ministères compétents),
- les frais de transport et d'hospitalisation des indigents (supportés par les budgets des collectivités).

Vu les écarts parfois considérables entre les prévisions et les crédits effectivement alloués il n'a été tenu compte, dans la mesure du possible, que des dépenses réalisées.

2) Les caractéristiques de la situation budgétaire

Après l'analyse des crédits dépensés par les différentes formations sanitaires, ⁽¹⁾ les structures budgétaires de l'ensemble du secteur de la santé publique seront considérées ci-après. Les résultats de cet examen révèlent les caractéristiques suivantes :

a) Faiblesse globale des budgets de la santé publique

Dans la plupart des Etats, pour la période commençant au début des années 1960, la croissance en F CFA courants des budgets de santé, est inférieure à la croissance des crédits inscrits au budget national. Par conséquent, la part du budget de la santé publique dans l'ensemble du budget national de ces pays a régressé considérablement; par exemple, en Haute-Volta de 13,3 % à 7,2%, au Cameroun de 8,6 % à 5,4 %, et de façon moins accentuée au Niger de 8,7 % à 7,8 % et au Dahomey de 12,6 % à 10,5 % . Seules exceptions ⁽²⁾ : le Congo, la Côte d'Ivoire et le Mali, où (au moins jusqu'en 1970) la croissance des budgets de santé était plus forte que celle du budget national.

(1) Voir chapitre B, IV, page 14 et suivantes

(2) source : SEDES, Pré-étude de l'évolution des dépenses de santé dans les Etats africains et malgache - avril 1972.

D'après l'étude citée⁽¹⁾, l'évolution des budgets de santé convertis en FCFA constants est en stagnation dans la plupart des pays (par exemple : RCA, Madagascar⁽²⁾, Tchad) ou même en régression (par exemple : Haute-Volta, Niger, Sénégal, Togo). Les seuls Etats ayant une croissance suffisante des budgets de santé sont le Congo-Brazzaville, la Côte d'Ivoire et le Gabon.

Malgré la croissance des budgets de santé (en F CFA courants) les dépenses annuelles de santé per capita ont diminué, pour se situer actuellement, pour les Etats examinés, entre 165 F CFA (Haute-Volta) et 650 F CFA (Cameroun), avec une moyenne entre 330 et 450 F CFA (Madagascar⁽²⁾, Somalie, Mauritanie, Dahomey). Aucune corrélation n'est à constater entre ce niveau de dépense moyenne et la part du budget santé dans le budget national, qui varie d'un pays à l'autre: par exemple, moins de 6 % pour le Cameroun et la Mauritanie, entre 6 et 8 % pour la Haute-Volta, la Somalie, le Niger et plus de 10 % pour le Dahomey.

Ajoutons que les crédits alloués au secteur de l'enseignement dans un certain nombre de pays sont plus élevés en volume et ont une croissance plus rapide que ceux destinés à la santé (par exemple : Haute-Volta, Niger, Dahomey, Gabon, Côte d'Ivoire).

b) Déséquilibre entre les dépenses de personnel et de fonctionnement

Dans tous les Etats examinés, le pourcentage du budget de personnel au sein du budget de santé est en progression plus ou moins accentuée depuis le début des années 1960, pour atteindre actuellement environ 50 % au Niger, 50 à 60 % en Mauritanie, à Madagascar et en Somalie, 75 % au Cameroun et au Dahomey, 85 % en Haute-Volta.

Il en résulte qu'un montant presque identique des budgets de santé (par exemple Niger et Haute-Volta) peut se traduire par des différences considérables entre les budgets de fonctionnement sans personnel (quatre fois moins élevés en Haute-Volta qu'au Niger) et entre les dépenses de fonctionnement de santé per capita (cinq fois moins élevés en Haute-Volta qu'au Niger).

(1) Voir note (2) page 39

(2) budget central de santé seulement sans tenir compte des budgets considérables des Provinces affectés à la santé.

En conséquence, grâce à la répartition raisonnable de son budget de santé (environ la moitié réservée au fonctionnement), le Niger semble être en mesure de mieux assurer, par ses propres moyens, le fonctionnement convenable de ses capacités hospitalières ; par contre, en Haute-Volta, en raison des faibles moyens réservés au fonctionnement (15 %), il existe un déséquilibre fondamental entre les ressources propres et les besoins financiers des installations hospitalières existantes.

Une autre comparaison s'impose : la couverture hospitalière en termes d'habitants par lit est assez faible dans les deux pays : 1 lit pour 1.430 habitants au Niger et un lit pour 2.210 habitants en Haute-Volta. S'il existe au Niger un meilleur équilibre entre l'infrastructure hospitalière existante et les moyens financiers propres du pays, la couverture hospitalière de la Haute-Volta, bien que déjà faible, paraît encore sur-dimensionnée par rapport aux crédits réservés à son fonctionnement.

c) Modicité des crédits des collectivités locales

Dans pratiquement tous les Etats, les collectivités locales couvrent une partie des frais de fonctionnement des établissements sanitaires. En général, ces contributions financières manquent cependant de continuité et de régularité; de plus, dans la plupart des Etats francophones, elles ne semblent avoir qu'une faible importance. Par exemple, en Haute-Volta, le montant total peut être estimé à environ 10 % du budget central de fonctionnement santé. Par contre, à Madagascar, les budgets des Provinces interviennent dans le secteur de la santé pour une part importante, atteignant presque le montant du budget de santé national⁽¹⁾.

./.

(1) En 1972, la santé publique pouvait disposer de 2.319 mio F CFA (budget de santé) et de 2.000 mio F CFA (ensemble des budgets des Provinces), soit un total de 4.319 mio F CFA.

d) Déséquilibre entre les dépenses pour la médecine curative et celles pour la médecine préventive

En l'absence d'informations précises et suffisantes, on doit au moins constater qu'en général les crédits propres des pays alloués à la médecine préventive sont extrêmement faibles. A titre d'exemple : au Cameroun, du budget de fonctionnement de la santé 1974/75 (1.223 mio F CFA) 1,3 % seulement sont réservés à la médecine préventive et 3 % à l'ensemble des médecines rurale et préventive et de la lutte contre les épidémies. La situation n'est certainement pas plus favorable dans les autres pays. On peut estimer que la médecine préventive devrait réellement disposer d'un quart environ du budget pour qu'elle puisse fonctionner convenablement. On en est très loin : la médecine curative et plus particulièrement certains hôpitaux sont les grands consommateurs de moyens budgétaires.

e) Inégalité de l'attribution des crédits entre les grandes villes et les zones rurales

Les informations obtenues sur les budgets de santé n'ont pas permis de déterminer la part des crédits alloués aux hôpitaux des grandes villes. Cependant, la préférence accordée aux centres urbains ressort de la concentration des capacités hospitalières dans les grandes villes et de la quote-part des budgets des hôpitaux généraux dans les budgets de santé.

- La concentration de la capacité hospitalière dans la capitale est généralement considérable; par exemple en Haute-Volta moins de 5 % de la population totale, vivant à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, profitent de 56 % de la capacité hospitalière du pays. Les données correspondantes sont, pour le Niger (Niamey et Zinder) : 4 % et 39 %, et pour la Somalie (Mogadiscio): 10 % et 50 % .

- Le rapport entre les crédits de fonctionnement⁽¹⁾ dépensés⁽²⁾ par les hôpitaux généraux et les budgets santé (fonctionnement) met clairement en évidence le degré de la concentration —et les difficultés qui peuvent en résulter pour le financement des infrastructures sanitaires d'un pays.

L'hôpital national de Nouakchott (Mauritanie) absorbe 35 %, les deux hôpitaux nationaux de Niamey et de Zinder (Niger) plus de 40 % des crédits disponibles pour le fonctionnement; au Niger, les deux hôpitaux et les 5 centres hospitaliers du niveau secondaire reçoivent au total 53 % du budget national de fonctionnement de la santé. En Haute-Volta, les deux hôpitaux généraux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso nécessitent un montant en crédits qui dépasse de presque 40 % le budget total de fonctionnement de la santé. Les budgets des deux hôpitaux secondaires de Gaoua et de Fada N'Gourma absorberaient ensemble presque 50 % du budget de fonctionnement de la santé s'ils y étaient imputés⁽³⁾.

3) Les aides extérieures au fonctionnement

En résumé, il existe dans la plupart des pays, un déséquilibre plus ou moins accentué entre les ressources financières propres et les besoins réels.

Seules les contributions financières et matérielles souvent considérables de toutes provenances extérieures permettent de garantir le bon fonctionnement des formations sanitaires et la réalisation de certains objectifs dans le domaine de la médecine préventive.

L'ensemble de ces aides au fonctionnement⁽⁴⁾ est important pour la Haute-Volta, la Mauritanie, le Niger, le Tchad, le Dahomey, moyen pour le Cameroun, le Sénégal et le Mali, et faible pour le Togo et la Côte d'Ivoire.

(1) Le rapport entre les budgets de personnel des hôpitaux généraux et les budgets de personnel de la santé n'est pas significatif, étant donné que la plupart des médecins y affectés relèvent de l'assistance technique ; la rémunération de ces médecins n'est donc pas imputée sur ces budgets.

(2) Les dépenses effectivement réalisées sans tenir compte de la provenance des crédits (les dépenses en termes de la définition donnée au chapitre B, IV, 1, page 14).

(3) Ils sont supportés presque intégralement par l'aide allemande et l'aide de "Frères des Hommes"

(4) Suivant l'étude SEDES

La provenance de ces aides au fonctionnement est très variée ; on relève principalement :

- les aides publiques bilatérales et multilatérales, par exemple:
 - les aides française, allemande, belge, etc., portant, soit sur le fonctionnement (médicaments, équipements, véhicules, etc.), soit sur des "campagnes" d'éradication et de lutte contre les maladies endémiques, etc.. Ces aides constituent souvent le soutien logistique du personnel de l'assistance technique en place;
 - l'aide américaine (USAID) portant sur des programmes régionaux ou nationaux, par exemple de protection de la mère et de l'enfant (PMI), d'éradication de la variole et la rougeole, d'éducation et d'environnement sanitaire, d'aide alimentaire, etc..
 - les aides de l'OMS et de l'UNICEF comportant notamment des "campagnes" et des programmes spécifiques, par exemple de lutte contre des maladies endémiques, d'assainissement, etc..
- les aides privées de toute provenance⁽¹⁾, notamment d'organisations philanthropiques, religieuses, etc...

4) Les leçons découlant des expériences analysées

Quelles sont les leçons à tirer de l'analyse des situations existantes ?
Quels sont notamment les critères de jugement des aspects financiers d'un projet ?

Pour la préparation et la conception de nouveaux projets, la prise en considération des éléments suivants apparaît utile :

- a) De prime abord un examen s'impose quant à l'équilibre ou le déséquilibre existant entre les ressources financières propres du pays et les crédits nécessaires pour le fonctionnement des installations sanitaires existantes. Le jugement peut se baser :

(1) voir aussi chapitre B, IV, 3, page 17.

- d'une part, sur le budget de la santé, son évolution passée, sa répartition entre les différentes activités (médecine curative, préventive, etc..), sa répartition entre les différentes formations sanitaires et notamment les hôpitaux de différents niveaux, les budgets de collectivités,
- d'autre part, sur les crédits dépensés⁽¹⁾ par les formations sanitaires existantes aux différents niveaux, leur évolution passée, la provenance de ces moyens, notamment des aides extérieures financières et matérielles.

- b) L'évaluation de la continuité et de la régularité des aides extérieures et des budgets des collectivités locales permet de porter un jugement sur la stabilité de l'équilibre réalisé. L'évaluation du volume des charges récurrentes supplémentaires résultant de l'investissement prévu doit tenir compte d'une fragilité éventuelle, existante ou à prévoir.
- c) Le risque que l'investissement n'atteigne pas sa pleine utilisation augmente dans la mesure où le déséquilibre réel est marqué, c'est-à-dire où l'équilibre de fait est fragile.
- d) Si, au moment de la conception du projet, il est déjà prévisible que le pays bénéficiaire ne sera pas en mesure de prendre en charge le fonctionnement sur ses propres ressources, intégralement ou en partie, il est important, de choisir entre les 4 solutions :
- ne pas réaliser le projet;
 - réduire la conception du projet aux capacités du pays d'en assurer le bon fonctionnement; peut être faut-il envisager un étalement dans le temps de la réalisation complète;
 - que le Gouvernement prenne des mesures appropriées pour améliorer les conditions financières propres de fonctionnement ;

(1) Les dépenses effectivement réalisées sans tenir compte de la provenance des crédits (dépenses selon la définition donnée au chapitre B, IV, 1, page 14).

- que le fonctionnement soit pris en charge intégralement ou partiellement par une aide extérieure.

Le Gouvernement peut examiner la possibilité de prendre des mesures appropriées, sur le plan national, pour accroître les moyens financiers propres du pays; par exemple, en

- augmentant la quote-part du budget santé dans le budget national,
- améliorant la répartition du budget de la santé en faveur des dépenses de fonctionnement (l'optimum paraît être aux environs de 50 %);
- étudiant les possibilités de faire assurer progressivement la prise en charge, par la population, de certains coûts de santé: augmentation de tarifs d'hospitalisation, examen des possibilités d'attribuer une autonomie financière aux hôpitaux, vente de médicaments, etc....

Le Gouvernement peut également tenter de s'assurer des aides étrangères en personnel et en crédits ; l'exemple de l'hôpital de Mogadiscio (Somalie) montre cependant qu'il est très important de porter un jugement sur la valeur de telles contraintes établies éventuellement à la base de la conception; il est utile de prendre des précautions pour que la suppression partielle ou totale d'une ou de plusieurs aides n'entraîne pas l'impossibilité d'un fonctionnement convenable. Enfin, l'aide extérieure peut prévoir la prise en charge du fonctionnement au moins pendant la période de démarrage.

- e) Pour les pays les plus pauvres frappés d'un retard considérable dans leur développement sanitaire, les considérations des organismes d'aide extérieure peuvent même aller jusqu'à l'examen des possibilités d'assurer à leurs frais certaines parties des services sanitaires curatifs ou préventifs.

- f) Finalement, une question de principe se pose : l'option prise pour un investissement sanitaire est-elle justifiée ? L'alternative possible, d'augmenter les crédits de fonctionnement en faveur de la médecine préventive ne pourrait-elle pas susciter plus d'effets positifs sur la situation sanitaire de la population ?

IV. La conception technique

Le cadre de ce rapport ne permet d'énoncer que quelques considérations d'ordre général sur la conception technique, ainsi que sur les enseignements qui peuvent s'en dégager.

1) Les critères d'adaptation

a) Les bâtiments et les équipements

Malgré un entretien souvent insuffisant ou même inexistant, le corps des bâtiments de la plupart des formations sanitaires est en relativement bon état. Par contre, les aménagements intérieurs (enduits, peintures, huisseries, etc..) sont plus défectueux. D'une façon très générale, il s'est avéré que les bâtiments de construction simple, modeste et robuste, adaptés aux conditions locales, ont donné les meilleurs résultats. Ceci est vrai aussi bien pour les constructions traditionnelles que pour les bâtiments préfabriqués.

Par contre, à travers tous les hôpitaux, à tous les niveaux, on constate que, plus les installations fixes sont complexes ou sophistiquées, plus elles sont rapidement dégradées ou même inutilisables (par exemple : installations électriques, frigorifiques, téléphoniques, thermiques; ascenseurs, pompes électriques, climatisations centrales, etc...).

Des constatations similaires valent pour l'équipement médical, qui paraît souvent trop spécialisé et peu adapté au personnel médical en place et qui constitue le point faible de beaucoup d'investissements réalisés.

b) Les investissements complémentaires

Après les expériences faites pendant les premières années, il s'est révélé souvent hasardeux d'espérer le financement et la réalisation, par les autorités nationales, des investissements complémentaires (infrastructures routières, adduction d'eau et d'électricité, logements pour le personnel, clôtures, etc..) et des équipements médicaux, tels qu'ils étaient prévus dans les conventions de financement⁽¹⁾. Par conséquent, pour les projets postérieurs, la Commission a évité les financements partiels, c'est-à-dire qu'elle a évité de laisser à la charge des autorités nationales une partie de leur réalisation.

Cependant, on a pu constater que les autorités locales ont parfois financé et réalisé certains investissements supplémentaires, parce que la

(1) Voir notamment les cas cités dans les différents rapports sur les conditions d'utilisation des aides : au Tchad (1969, p. 44-45), au Mali (1970, p. 82), au Burundi et au Dahomey (1971, pp. 38-39).

conception initiale s'était révélée inadaptée aux nécessités locales et aux coutumes et habitudes de la population. Les cas les plus fréquents sont les suivants :

- L'usage des installations sanitaires (WC, douches) devient rapidement difficile, sinon impossible, dans de nombreux cas, en raison de l'obstruction des évacuations et de la dégradation de la plomberie. Les responsables ont donc fermé les installations incorporées dans les bâtiments et ont construit des installations traditionnelles à l'extérieur (par exemple : hôpitaux secondaires Gaoua et Fada N'Gourma en Haute-Volta). Ces problèmes ne se posent guère dans les hôpitaux généraux; ils surviennent d'autant plus dans les formations sanitaires aux niveaux inférieurs en zones rurales. Les expériences faites démontrent qu'il suffirait souvent de prévoir un nombre réduit de ces installations à l'usage du personnel et de quelques malades qui y sont déjà habitués.
- Dans les formations sanitaires en zones rurales, les cuisines (qui fonctionnent plus ou moins normalement dans la plupart des hôpitaux généraux) sont souvent remplacées par des foyers traditionnels en pierre installés à l'extérieur, pour les raisons suivantes : manque de crédits de fonctionnement (carburant) et d'entretien, différentes habitudes d'alimentation et coutumes des populations (nourriture préparée de préférence par les parents accompagnants).
- Des problèmes semblables se posent pour les buanderies, où les machines installées sont souvent inutilisées en raison du manque d'eau, d'électricité, de carburant ou simplement de crédits de fonctionnement.
- Les logements construits pour les accompagnants sont parfois utilisés pour l'hospitalisation des malades contagieux (par exemple à Gaoua, Haute-Volta); en conséquence, les autorités nationales ont construit des cases selon des méthodes coutumières et plus adaptées aux besoins locaux. Par contre, une attention particulière doit être attachée à la construction des logements pour le personnel, notamment en zones

rurales; en effet, ils contribuent à supprimer une des causes de l'instabilité du personnel, à affermir l'autorité et l'influence de celui-ci, et à assurer un meilleur entretien des bâtiments, ainsi que des installations des formations sanitaires.

c) Résumé

En principe, la conception d'un projet sanitaire doit tenir compte, d'une part, des prestations médicales à fournir et, d'autre part, du coût de l'investissement et des possibilités techniques, financières et personnelles d'exploitation et d'entretien, tant sur le plan de l'infrastructure que de l'équipement.

Il s'agit de faire preuve d'imagination pour adapter les constructions et les équipements aux ressources financières disponibles; bref, il faut trouver une réponse à la question : comment peut-on assurer des services médicaux modernes et efficaces au moyen de ressources limitées ?

De plus, il s'agit d'adapter la conception technique au niveau des connaissances des utilisateurs, ainsi qu'aux besoins véritables et au mode de vie des usagers vivant dans la zone concernée. Sans aller jusqu'à l'extrême d'une conception à la Albert Schweitzer, par exemple (pour qui le malade devrait retrouver à l'hôpital le cadre de vie de son village d'origine), on pourrait trouver, pour chaque cas particulier, une formule de compromis où le malade hospitalisé trouve un environnement qui ne le dépayse pas trop.

Par ailleurs, le souci d'adapter la conception aux conditions locales et au niveau de vie de la population est particulièrement important pour les installations fixes et les équipements médicaux, ainsi que pour les investissements complémentaires (logements, cuisine, buanderie, etc...).

Toutefois, l'adaptation voulue aux nécessités locales s'oppose souvent au désir des autorités nationales de disposer de bâtiments de type européen et des équipements les plus modernes. Il ne suffit pas, dans ces cas, de prévoir des mesures appropriées pour assurer l'entretien convenable des installations et des équipements. Souvent, une simplification générale de la conception est toutefois nécessaire.

2) Quelques considérations sur les exigences de la conception technique

a) La flexibilité

Afin de pouvoir suivre l'évolution de tous les facteurs susceptibles d'influencer la conception d'une formation sanitaire (l'évolution des conditions socio-économiques de la population, l'évolution des méthodes techniques de traitement médical, etc..), cette conception doit répondre au critère essentiel de la flexibilité. Tout en évitant les conceptions sophistiquées, la flexibilité souhaitable devrait se traduire, dans la planification de l'investissement, par les caractéristiques suivantes :

- extensibilité, par le choix du système pavillonnaire, qui a déjà été adopté dans bien des formations sanitaires financées par le FED et qui s'impose en général même si les nécessités d'intégration dans un site urbain peuvent justifier, dans une certaine mesure, des parties architecturales différentes (par exemple: Institut National de Santé Publique d'Abidjan);
- interchangeabilité, par l'emploi de modules structurels appropriés qui permettent une utilisation polyvalente;
- transformabilité, par un accès aisé aux conduites, par exemple, pour permettre les modifications de raccordements.

b) Quelques exigences de la construction

Des critères précités il résulte certaines exigences de construction, dont les plus importantes peuvent être résumées comme suit :

- le choix du terrain doit être fonction des extensions futures, des conditions du sol, de l'approvisionnement en eau et en électricité, de l'évacuation des eaux usées, de l'accessibilité par la population, etc...

- Le choix de la solution architecturale doit s'efforcer de s'adapter à la psychologie du milieu, de façon à susciter la prise en charge des responsabilités d'entretien par les utilisateurs.
- Le choix des structures doit tenir compte de la flexibilité des conditions fonctionnelles et climatiques, ainsi que des capacités du marché local et des entreprises locales, etc.. La standardisation par un système préfabriqué (Niger, Haute-Volta) s'avère particulièrement utile dans la mesure où
 - il s'agit d'un grand projet d'ensemble (avec un nombre suffisant de bâtiments homogènes),
 - elle permet un délai de construction accéléré des bâtiments, par une meilleure organisation du chantier et de la mise en oeuvre,
 - elle peut garantir une qualité supérieure d'exécution,
 - elle peut garantir un coût d'investissement inférieur ou au plus égal à la construction traditionnelle,
 - elle peut faciliter des modifications structurelles ou fonctionnelles ultérieures,
 - elle permet de réduire les frais d'entretien courants.

Toutefois, les avantages de la standardisation des structures ne peuvent être atteints que s'il est garanti, lors de la mise en oeuvre,

- que les plans et la conception des bâtiments et des équipements sont bien harmonisés et coordonnés dès le début, afin d'assurer la cohérence de la construction et des équipements,
 - que les délais respectifs de construction et de livraison des équipements sont coordonnés de façon à éviter une rupture dans la mise en oeuvre du projet,
 - que les fournitures importées (pièces préfabriquées et équipements) ne sont pas défectueuses et ne créent pas de retards de montage et de démarrage.
- Le choix des matériaux doit se faire en fonction
 - des conditions climatiques,
 - des exigences de l'entretien facile, du nettoyage simple et du remplacement aisé,

- des effets éventuels sur l'économie locale (utilisation de matériaux de construction de fabrication locale).

- Le choix des installations fixes et des équipements doit se faire en fonction

- du niveau des utilisateurs (fonctionnement simple),
- des facilités d'entretien (moyens disponibles sur place - préférence d'adjudication éventuellement à donner à la marque représentée sur place, exigences très strictes du cahier des charges quant au service après-vente)(1),
- des facilités d'approvisionnement en pièces de rechange,
- des coûts de fonctionnement raisonnables (2).

(1) Voir également chapitre B, II, 2, page 9

(2) Voir aussi rapport 1970 sur les conditions d'utilisation des aides, pp. 85-86

D. LES PROJETS D'AIDE AU FONCTIONNEMENT

Les considérations suivantes se basent sur l'évaluation de la série d'opérations d'aide temporaire qui étaient liées à la construction de l'hôpital de Mogadiscio (Somalie)⁽¹⁾. Ces projets d'aide au fonctionnement peuvent comporter le double volet de la prise en charge du personnel (assistance technique) et du fonctionnement (aide matérielle).

I. L'assistance technique

A l'hôpital de Mogadiscio la pression du temps, d'une part, et la multi-nationalité de l'action coordonnée du FED et des aides bilatérales, d'autre part, ont eu pour conséquence que le corps médical et para-médical était peu homogène et peu cohérent. Toutefois, les différences de provenance et de formation professionnelle n'étaient pas les seules causes ayant entraîné des problèmes de gestion et de collaboration; dans de nombreux autres hôpitaux africains travaillent des équipes multinationales⁽²⁾. A Mogadiscio, sous la pression du temps, la sélection du personnel et l'attribution des postes de l'organigramme semblent s'être effectuées de façon peu coordonnée sur le plan médical.

On peut en conclure que la coopération technique ne peut réussir que dans la mesure où les équipes médicales et para-médicales sont homogènes, cohérentes et intérieurement hiérarchisées; ces conditions seules peuvent garantir l'indispensable esprit de collaboration, le respect professionnel réciproque et l'autorité des responsables. La sélection et le recrutement du personnel ne peut donc se faire sans la participation active et décisive du médecin-chef.

(1) Voir description Annexe I/11 et pages suivantes

(2) A l'hôpital de Niamey, par exemple, il y a sur 27 médecins 7 nationalités différentes; la collaboration ne pose pas le moindre problème.

II. La prise en charge temporaire du fonctionnement

Après s'être engagé à prendre en charge également le fonctionnement de l'hôpital de Mogadiscio, la Communauté a adapté ses moyens financiers à la conception initiale du projet (haut degré de spécialisations médicales, équipements médicaux très modernes, installations fixes de type européen, etc...); après la relève progressive de l'assistance extérieure, ce niveau de fonctionnement n'a pas pu être maintenu : le budget de fonctionnement de 1973 était réduit de 35 % par rapport à 1966/67⁽¹⁾. Il est évident que cette diminution des dépenses réelles de fonctionnement devait entraîner, d'une façon générale, une réduction du niveau fonctionnel de l'hôpital ou bien une réduction de la qualité des services rendus. Pourtant, un équilibre raisonnable à niveau réduit s'est formé depuis quelques années entre les exigences de la conception et les moyens financiers du pays.

Les expériences faites montrent que la prise en charge des dépenses de fonctionnement doit

- être adaptée, dès le début de l'action, aux capacités financières à moyen terme du pays (même au risque d'être réalisée à un niveau inférieur à celui correspondant à la conception initiale si celle-ci n'était pas réaliste); elle doit ainsi éviter le risque d'une rupture brusque du niveau de fonctionnement et d'entretien au moment de la relève ou de créer des charges trop lourdes aux dépens des autres actions sanitaires;
- être conçue de façon dégressive (comme il a été fait par le FED), afin d'inciter les efforts propres du pays et d'assurer ainsi la relève de l'aide dans les plus brefs délais.⁽²⁾

En conclusion, on retiendra qu'une opération d'assistance technique et de prise en charge temporaire de fonctionnement

- peut être raisonnable en tant qu'action de sauvetage à caractère exceptionnel, dans la mesure où le pays bénéficiaire sera à même d'assurer progressivement le fonctionnement et de prendre la relève de l'aide temporaire;

(1) période de la prise en charge par le FED; la comparaison tient compte de l'augmentation du niveau général des prix.

(2) cette condition se retrouve explicitement dans le texte de la Convention de Lomé (Art. 58, § 2).

- peut être bénéfique pour le développement sanitaire du pays et raisonnable comme action d'assistance technique liée à l'investissement, dans la mesure où elle contribue
 - au démarrage du fonctionnement de la formation sanitaire dans les meilleures conditions techniques,
 - à la formation sur le tas des médecins nationaux et du personnel para-médical,
 - à la préparation, dans les meilleures conditions et dans les meilleurs délais, de la relève du personnel.
- serait cependant discutable dans la mesure où l'aide extérieure se substituerait à la responsabilité du pays bénéficiaire de prendre intégralement en charge l'administration et la gestion des investissements; dans ce cas l'aide risque de ne faire que différer le problème sans aider à le résoudre.

E. RESUME ET CONCLUSIONS GENERALES

1. Les projets qui ont été passés en revue montrent que, dans le passé, la Communauté a concentré ses efforts sur les infrastructures sanitaires fixes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, soit sous forme de projets isolés, soit sous forme d'ensembles de projets, intégrés dans des programmes de développement sanitaire. Les projets terminés qui ont fait l'objet d'une évaluation n'ont donc porté que sur la construction, l'aménagement et la modernisation de formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé, dispensaires, etc...)⁽¹⁾, ainsi que sur l'aide au fonctionnement de l'une d'entre elles, l'hôpital de Mogadiscio (Somalie).

2. D'une façon générale, ces projets ont apporté une amélioration notable à l'infrastructure sanitaire des pays. La plupart des installations financées sont utilisées à un taux qui peut être jugé satisfaisant. Certaines d'entre-elles, dans les échelons intermédiaires et inférieurs de la pyramide sanitaire, n'ont cependant pas encore atteint le taux d'utilisation normalement prévu.

Même si les activités de certaines formations sanitaires sont insuffisantes par rapport aux objectifs fixés et à la capacité des installations, leur utilité est quand même, le plus souvent, indiscutable. En effet, tous les projets financés ont permis d'accroître le rendement du personnel sanitaire disponible et de rendre les soins plus accessibles aux malades. Mais les cas de sous-utilisation rendent le coût d'investissement trop élevé par rapport aux services dispensés.

Si certaines formations sanitaires n'atteignent pas leur pleine utilisation, c'est parce qu'elles manquent de moyens de fonctionnement suffisants, ou bien parfois parce que certaines conditions complémentaires ne sont pas remplies, ou bien encore, mais bien plus rarement, à cause d'erreurs de conception ou de situation.

3. L'utilisation des premiers projets réalisés a souffert de l'insuffisance à la fois de personnel, de crédits de fonctionnement et d'entretien. Les Gouvernements des EAMA et la Commission se sont vite rendus compte du danger de sur-équipement sanitaire par rapport aux moyens de fonctionnement : alors que les projets de santé représentaient 9 % des engagements du 1er FED, ce pourcentage est tombé à 4 % pour le 2ème FED et à 3 % pour le 3ème.

(1) Le FED n'a, par ailleurs, financé qu'une campagne sanitaire importante : celle contre l'onchocercose (Mali, Haute-Volta, Côte d'Ivoire).

Par ailleurs, les problèmes de fonctionnement s'amenuisent au cours des années. La création récente de nouvelles facultés de médecine en Afrique contribuera à résoudre les problèmes, encore actuels, de l'insuffisance de médecins nationaux, à condition cependant que leurs salaires puissent être supportés par les budgets de santé des pays intéressés. Après l'ouverture d'un certain nombre d'écoles destinées à la formation du personnel para-médical, les besoins directs en personnel de cette catégorie peuvent être satisfaits ou pourront l'être bientôt. Plusieurs programmes de formation du personnel d'entretien, entamés sur les insistantes de la Commission et réalisés sur financement du FED, peuvent être considérés comme une solution efficace et pratique aux problèmes aigus que pose l'entretien des équipements. Toutefois, le problème crucial reste l'insuffisance générale des ressources financières propres des pays, notamment sur le plan des crédits de fonctionnement ; cette insuffisance réduit l'efficacité du personnel en place, même s'il travaille dans de meilleures installations et avec de meilleurs équipements.

4. De l'examen des conditions d'utilisation des projets terminés financés par le FED il résulte que, d'une manière générale, un grand hôpital du niveau supérieur a plus de chances d'une bonne utilisation et d'une viabilité assurée que les formations sanitaires des niveaux intermédiaire et inférieur. La raison en est que les Gouvernements ont tendance à concentrer tous leurs efforts financiers, personnels et matériels sur ces établissements, qui satisfont aussi les besoins du prestige national.

Dotés ainsi de suffisamment de crédits et de personnel (renforcés par des aides extérieures dans la mesure où les possibilités nationales font défaut), les grands hôpitaux sont en général pleinement utilisés : à 90-100 % de leur capacité théorique et même parfois au-delà. Par contre, les formations des niveaux intermédiaire et inférieur risquent fort de ne pas atteindre le taux d'utilisation prévu, dans la mesure où une allocation déséquilibrée des moyens de fonctionnement les défavorise. Le taux d'utilisation constaté est de 40 à 70 % pour les hôpitaux secondaires et les centres de santé.⁽¹⁾

(1) voir chapitre B,I,1, p. 5

En général, les conditions de fonctionnement deviennent d'autant plus difficiles que la formation est fonctionnellement et structurellement éloignée du niveau central : très souvent les dispensaires ruraux sont même dépourvus des moyens de travail les plus élémentaires (médicaments, etc...) ; parfois, même, ils sont laissés vides pendant de longues périodes, faute d'infirmier.

5. Une formation sanitaire peut être sous-utilisée même si toutes les conditions internes de fonctionnement sont remplies de façon satisfaisante : pour qu'un établissement puisse remplir la fonction qui lui est dévolue au sein de la pyramide sanitaire, certaines conditions complémentaires doivent encore être réalisées : réglementation adéquate des évacuations, bonnes liaisons routières à partir des zones peuplées à desservir et entre les formations sanitaires de niveaux différents, disponibilité de moyens de transport, adhésion de la population, etc...⁽¹⁾

Par conséquent, il est nécessaire d'examiner, dans la conception du projet, non seulement les conditions de fonctionnement propres, mais aussi les conditions complémentaires nécessaires et les possibilités d'améliorer ces conditions, par exemple : conditions de travail et de vie du personnel médical et para-médical, montant des ressources financières à consacrer à la santé, etc... Seule la réalisation convenable de la plupart de ces conditions permet une utilisation optimale de chacune et de l'ensemble des formations sanitaires - à condition évidemment qu'elles soient rationnellement conçues.

6. Quels sont les critères d'une conception rationnelle de ces investissements? Le fonctionnement rationnel et économique de l'infrastructure sanitaire d'un pays présuppose que toutes ses pièces sont harmonieusement intégrées dans un ensemble cohérent et bien équilibré. Cela suppose principalement

- l'adaptation des caractéristiques de l'infrastructure aux capacités financières et personnelles du pays,,

(1) voir chapitre C, I, 3, page 30 et suivantes

- la régionalisation hospitalière, qui doit concilier, d'une part, les besoins sanitaires de la population et, d'autre part, les contraintes de personnel et de moyens financiers ;
- la hiérarchisation de toutes les formations sanitaires de niveaux différents, sur le plan technique et fonctionnel, ainsi que sur le plan des spécialisations et des capacités.

Le non-respect de ces principes entraîne des distorsions ou des déséquilibres sur le plan national : sur-utilisation de certaines formations et sous-utilisation d'autres ; situation sanitaire privilégiée de certaines populations et négligée d'autres.

7. Le volume des contributions étrangères en crédits, matériel et personnel, qui seules permettent souvent de garantir le bon fonctionnement des formations sanitaires, indique l'écart entre les besoins fonctionnels de l'infrastructure sanitaire existante et les ressources propres du pays. Par exemple : les aides financières extérieures peuvent être estimées à plus de 300 % du budget propre de fonctionnement de la santé en Haute-Volta et à 40 % au Niger.⁽¹⁾ La quote part des médecins de l'assistance technique dans le nombre total de médecins s'élève à 85 % au Niger et en Mauritanie, à 70 % en Haute-Volta et à 40 % en Somalie et au Cameroun.⁽²⁾

Lors de la conception d'un nouveau projet, un examen approfondi s'impose donc quant à la possibilité d'en assurer le fonctionnement, grâce aux ressources nationales ou à des aides suffisamment sûres. L'examen du projet comportera aussi une appréciation des mesures prises ou envisagées par les autorités nationales pour accroître les moyens propres pouvant être consacrés au fonctionnement des services de santé.⁽³⁾ Si le fonctionnement convenable ne peut pas être assuré, il

-
- (1) Volume estimé des aides extérieures au fonctionnement (sans personnel)
Haute-Volta : + 400 mio FCFA
Niger : + 200 " "
voir par ailleurs chapitre C, III, 3, page 43
- (2) voir chapitre C, II, 1, page 33 et B, III, 2, page 12
- (3) voir chapitre C, III, 4, page 46

est nécessaire, soit de réduire la conception du projet aux capacités du pays, soit d'essayer d'atteindre les mêmes objectifs sanitaires par des actions appropriées dans le domaine de la médecine préventive.

8. Quant au choix des caractéristiques et de la conception d'une nouvelle construction, le succès du projet financé par le FED au Niger⁽¹⁾ met en lumière la nécessité d'examiner les différentes variantes possibles (par exemple construction d'un hôpital général ou de plusieurs formations sanitaires hors de la capitale ; construction nouvelle ou modernisation d'un hôpital existant, etc...).

Afin d'éviter des déséquilibres structurels et fonctionnels sur le plan national, le choix doit se faire en tenant compte

- des caractéristiques de l'infrastructure existante, non seulement dans le secteur public, mais aussi dans le secteur privé ; il était, par exemple, tout à fait justifié de construire un hôpital national à Nouakchott, mais de prendre une option contre un nouvel hôpital général à Niamey ;
- des capacités financière et personnelles du pays à moyen terme.

Le remplacement d'un hôpital vétuste existant n'est pas nécessairement la meilleure solution. La réfection et la modernisation peuvent être plus avantageuses, dans la mesure

- où elle permet une meilleure adaptation des charges récurrentes et des besoins en personnel supplémentaire aux ressources disponibles,
 - où elle diminue le risque de créer des capacités excédentaires.
9. La conception technique reflète souvent les objectifs ambitieux des autorités nationales. Afin de pouvoir assurer des services médicaux efficaces au moyen de ressources limitées et afin d'améliorer les chances

(1) voir chapitre C, I, 2, page 27 et suivantes ainsi qu'Annexe I/17-19.

d'un fonctionnement sans heurts de ces services, la conception doit être adaptée, non seulement aux possibilités techniques, financières et personnelles d'exploitation et d'entretien, mais encore aux connaissances des utilisateurs, aux besoins sanitaires véritables, aux conditions locales et au niveau de vie de la population.

En ce sens, la conception technique doit avoir suffisamment de flexibilité, ce qui doit se traduire à la fois dans la solution architecturale, la structure des bâtiments, le choix des matériaux de construction, des installations fixes et des équipements.⁽¹⁾

10. En résumé, face à une infrastructure existante, géographiquement bien répartie, les chances de réussite d'un nouveau projet augmentent dans la mesure où (comme ce fût le cas au Niger), il est possible d'adapter progressivement (tant qualitativement que quantitativement) les différents éléments de l'infrastructure sanitaire aux besoins de la population. L'existence d'un plan de développement définissant les différents stades de sa réalisation facilitera ces adaptations et évitera des distorsions structurelles, financières et personnelles. Compte tenu des ressources très limitées de la plupart des pays, les efforts d'améliorer, de moderniser, de rendre plus efficace les infrastructures et équipements sanitaires existants, doivent être prioritaires par rapport aux constructions nouvelles.

(1) voir chapitre C, IV, pages 48-53

11. La répartition déséquilibrée des moyens financiers et matériels et du personnel en faveur des grandes villes et au détriment, à la fois, des zones rurales et de la médecine préventive indiquent le sens des orientations futures possibles. Les Gouvernements sont bien conscients de ces déséquilibres. Cependant, malgré les priorités théoriques fixées dans leurs politiques sanitaires, la médecine préventive et la médecine de masse seraient quasi mortes, dans la plupart des pays, sans l'appui des différentes aides extérieures.

La médecine préventive a des effets moins spectaculaires, mais elle est beaucoup plus efficace, puisqu'elle s'attaque aux causes mêmes des maladies.

Sur le plan national, il faut améliorer de façon concrète et pratique la répartition des moyens disponibles entre les médecines curative et préventive concentrée et dispersée, fixe et mobile.

12. Dans bien des pays (par exemple : Haute-Volta, Niger, Tchad) une médecine de masse s'effectue à partir de centres de santé et au moyen d'équipes mobiles. Ces dernières ont pour but de réaliser conjointement des tâches de
- prospection : toucher la masse de la population pour permettre un dépistage systématique des maladies et carences,
 - prévention : profiter des rassemblements pour effectuer des vaccinations systématiques,
 - traitement sur place des malades dépistés ne requérant pas une hospitalisation,
 - évacuation des malades graves,
 - éducation sanitaire.

Cette forme de médecine de masse, bien que basée sur des principes très simples et relativement peu coûteux, ne peut cependant donner des résultats positifs que dans la mesure où elle arrive à toucher à intervalles adéquats la totalité de la population dispersée. En réalité, malgré les aides étrangères, souvent importantes, elle n'atteint pas tous ses objectifs en raison de l'insuffisance générale de personnel, de moyens de transport, de médicaments, de vaccins, etc...

13. La réalisation d'une médecine de masse présuppose une intégration des médecines curative et préventive, sur le plan opérationnel et administratif.

L'intégration opérationnelle peut se faire au niveau des centres de santé englobant, d'une part, l'hôpital rural ou le centre rural de soins comportant les services d'hospitalisation et de consultation et, d'autre part, les services de médecine mobile. Une polyvalence assurant la protection sanitaire totale et intégrant, dans une unité déterminée, le soin et la prévention, ainsi que l'éducation sanitaire, la protection de la mère et de l'enfant, des mesures d'hygiène, etc.. paraît être la formule la plus efficace. Par ailleurs, elle permet l'affectation très rationnelle du personnel médical : les médecins sont regroupés dans les centres de santé et peuvent assurer la responsabilité et la supervision des établissements inférieurs (centres ruraux, dispensaires, etc..), ainsi que de la médecine mobile.

Pour éviter des tensions ou contradictions opérationnelles, une intégration administrative des responsabilités s'impose au niveau le plus élevé, c'est-à-dire au sein d'une Direction du Ministère de la Santé. Cette intégration est justifiée par les impératifs de la conception des actions sanitaires, de la planification des méthodes appliquées et de la répartition la plus rationnelle des moyens financiers et du personnel. De plus, les systèmes de référence et de supervision doivent être strictement déterminés sur le plan national, faute de quoi l'intégration des actions-mêmes risque d'être faussée au gré des initiatives de chaque médecin-chef responsable.

14. L'intégration des actions de médecine curative et préventive, au niveau du centre de santé, doit être complétée par l'éducation sanitaire; il s'agit notamment de mettre en oeuvre des actions d'hygiène, la protection de la mère et de l'enfant, des actions de lutte contre la malnutrition.

L'éducation sanitaire constitue à la fois le complément des actions des médecines curative et préventive, et la condition de leur efficacité. Toute opération sanitaire risque de n'atteindre sa pleine efficacité que si elle s'accompagne de l'adhésion de la population, de son information sur les causes de la maladie et sur les moyens simples et pratiques pour les éviter, ainsi que de l'amélioration des conditions matérielles de vie qui conditionnent l'état sanitaire.

Par ce biais, les projets de santé voient leur efficacité dépendre en partie d'autres actions de développement, dans les domaines du développement agricole, de l'hydraulique et de l'assainissement, ainsi que de la formation.

15. En conclusion, toute politique ou plan de développement sanitaire, tout investissement dans l'infrastructure sanitaire et toute action dans le domaine de la santé doivent s'intégrer de façon harmonieuse dans l'ensemble socio-économique du pays et dans le plan général de développement.

Les options à prendre dans le domaine sanitaire pourraient se baser sur les principes d'actions suivants:

- Pour le maintien ou la réalisation d'une infrastructure cohérente et équilibrée, et pour éviter que des distorsions se produisent, les principes de régionalisation et de hiérarchisation doivent être respectés; en plus, il faut que les installations et équipements soient adaptés aux possibilités du pays en moyens financiers et en personnel; l'augmentation cohérente de ces divers moyens doit être programmée à assez long terme; de plus, leur affectation doit être aussi régionalisée et hiérarchisée de façon raisonnable.
- Toutes les activités sanitaires (curatives, préventives, éducatives) doivent s'intégrer dans un cadre cohérent et systématisé de tous les services de santé du pays.
- Pour éviter que les déséquilibres existants en faveur des zones urbaines s'aggravent, il paraît indiqué que les objectifs de l'aide extérieure soient orientés par priorité vers le renforcement de l'ensemble des services sanitaires en zones rurales:
 - . soit par la création ou l'amélioration d'établissements (centres ruraux) à partir desquels des actions sanitaires intégrées peuvent être menées,
 - . soit par l'aide directe en faveur d'actions intégrées de médecine de masse (campagnes contre les maladies endémiques, campagnes de prévention et/ de prospection, etc...).
- Les actions d'éducation sanitaire, de lutte contre la malnutrition, de protection de la mère et de l'enfant constituent le complément indispensable des investissements d'infrastructure sanitaire.
- Les programmes d'approvisionnement d'eau et d'évacuation des eaux usées sont particulièrement importants, dans la mesure où ils contribuent à améliorer les conditions générales d'hygiène: un investissement dans le domaine de l'assainissement (évacuation des eaux usées, etc.) peut avoir plus d'effets positifs sur l'état de santé de la population qu'une

action sanitaire proprement dite.

- Les actions de formation du personnel doivent se faire en concordance avec l'évolution de l'infrastructure et les différentes actions sanitaires, afin d'assurer
 - . la disponibilité du personnel médical et para-médical, en temps opportun, en nombre suffisant,
 - . l'adaptation de la qualification du personnel aux besoins spécifiques locaux, notamment aux besoins particuliers de la médecine de masse et des actions sanitaires en zones rurales.
- Pour autant que les actions sanitaires (notamment les programmes sanitaires) soient financées par les aides extérieures, une meilleure coordination entre celles-ci serait utile. On peut se demander si cette coordination peut se faire par l'Etat bénéficiaire seul; un effort propre des différents organismes internationaux et des aides bilatérales pourrait peut-être rendre plus efficace les opérations entreprises.

L'aide extérieure dans le domaine de la santé est sans aucun doute un devoir de solidarité humaine et aussi une nécessité politique. Son intégration dans les efforts nationaux de développement économique et social s'impose d'autant plus. L'augmentation du niveau de vie de la population, par un développement économique bien équilibré, apportera dans une large mesure des solutions aux problèmes que les actions sanitaires seules sont incapables de résoudre.

ANNEXE I/1

LES PROJETS

Les objectifs, la conception et les résultats généraux

1) Les réalisations à Madagascar

L'objectif commun des trois projets financés sur les ressources du 1er FED à Madagascar était le remplacement d'une partie des formations hospitalières existantes devenues vétustes et insuffisantes; il s'agit de la construction d'un pavillon d'hospitalisation à Majunga, d'un nouvel hôpital à Manakara et d'une première tranche d'un hôpital à Fort-Dauphin. Les conditions d'utilisation des trois réalisations ont fait l'objet d'un examen en 1974.

a) Pavillon d'hospitalisation à Majunga

La construction et l'équipement d'un pavillon d'hospitalisation à Majunga⁽¹⁾, décidés en 1961, avaient pour objectif le remplacement d'une partie hospitalière (100 lits) devenue vétuste et inutilisable et l'extension simultanée (100 lits) de l'hôpital. La capacité a ainsi été portée à 550 lits, ce qui correspond aux nécessités de cet hôpital général au chef-lieu d'une province.

La conception architecturale du bâtiment à deux étages, mis en service en 1965, s'avère particulièrement réussie ; le bâtiment est en bon état d'entretien et presque tout l'équipement, bien soigné, est en service. Les crédits d'entretien disponibles permettaient de réaliser jusqu'à présent tous les travaux nécessaires.

Les activités de l'hôpital prouvent qu'il répond de façon pertinente aux besoins de la population : le nombre d'hospitalisés et de journées d'hospitalisation est en augmentation constante ; le taux d'occupation est passé de 77 % en 1968 à 91 % en 1973. Par contre, une baisse des consultations a été constatée suite à l'ouverture et à l'amélioration des dispensaires⁽²⁾ dans la ville de Majunga. Sur l'ensemble du personnel (170), on compte 11 médecins et 52 infirmiers et assistants de santé, dont quelques médecins et sœurs infirmières de l'assistance technique française. Le personnel para-médical et auxiliaire doit être considéré comme insuffisant.

(1) Dépenses : 382.000 u.c.

(2) Dispensaires de mission, d'organisme parastatal ou privé, de l'Etat.

Le budget de fonctionnement (sans personnel) de l'hôpital semble être juste suffisant ; exprimé en termes de frais de fonctionnement⁽¹⁾ par lit (105.000 FMG) et par journée d'hospitalisation (260 FMG), il se situe à peu près au même niveau que, par exemple, les hôpitaux à capacité comparable de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso (116.000/125.000 F CFA et 390/350 F CFA) et bien inférieur à celui des hôpitaux de Mogadiscio (185.000 et 565 F CFA; Somalie) et Zinder (157.000 et 450 F CFA; Niger). Les recettes de l'hôpital provenant de 20 % des malades hospitalisés payants doivent être versées au Trésor.

En somme, l'utilité de l'investissement réalisé par le FED est indiscutable et l'attitude de la population, relativement bonne; l'utilisation n'est freinée que par un manque général en médicaments.

b) Hôpital de Manakara

La construction et l'équipement d'un nouvel hôpital de 100 lits à Manakara, avec possibilité d'extension à 150 lits, devaient permettre de remplacer et d'augmenter légèrement la capacité de l'ancien hôpital installé en 1930 dans des locaux déjà vétustes, auxquels avait été adjoint en 1952 un pavillon plus moderne, et situé à plus de 3 km de l'agglomération urbaine. L'objectif du projet,⁽²⁾ décidé en 1961, était de transférer les installations hospitalières dans la ville; par conséquent, la préférence a été donnée à la reconstruction en pleine ville plutôt qu'à la modernisation de l'ancien hôpital.

Le bon aspect général de l'hôpital, mis en fonction en 1967, souligne l'état satisfaisant de l'entretien général. L'entretien de l'équipement médical pose cependant des problèmes en raison de l'insuffisance du personnel qualifié et de l'inexistence de possibilités locales de dépannage.

Les activités de l'hôpital étaient tout à fait satisfaisantes dans le passé; elles sont cependant en nette régression depuis 1 à 2 ans, due à une baisse de réputation auprès de la population. C'est ainsi que le

(1) Tous les chiffres sur base 1973, sauf pour Zinder : 1975

(2) Dépenses : 437.000 u.c.

taux d'occupation a diminué de 73 % en 1972 à 41 % en 1974, accompagné toutefois par une augmentation de 50 % du nombre d'hospitalisés.

Le nombre total du personnel, intégralement malgache (55, dont 5 médecins) semble être suffisant pour cet hôpital de 150 lits. Le budget de fonctionnement (sans personnel), inférieur aux estimations faites lors de la conception du projet, est insuffisant, d'où nécessité de diverses mesures d'économie (restrictions d'éclairage, d'utilisation de véhicules, etc...).

Somme toute, le fonctionnement de l'hôpital s'effectue dans des conditions relativement satisfaisantes en dépit des faibles moyens financiers disponibles. Les objectifs de l'investissement peuvent être considérés comme atteints. Le point noir de la réalisation est que l'ancien hôpital n'a pas été complètement fermé. Malgré son état de délabrement pitoyable et son installation sordide, l'ancien pavillon est toujours utilisé (50 lits pour les malades contagieux et chroniques); administrativement rattaché au nouvel hôpital et desservi par le même personnel, il est néanmoins hors du contrôle normal du médecin-chef vu sa situation éloignée.

c) Hôpital de Fort-Dauphin

L'objectif de la construction et de l'équipement d'une première tranche d'un nouvel hôpital de 96 lits avec bloc chirurgical à Fort-Dauphin était le remplacement d'une formation devenue inutilisable par suite d'une tornade. La conception du projet⁽¹⁾, décidé en 1961, prévoyait la possibilité d'extension ultérieure à 150 lits. Pour le remplacement de l'ancien hôpital, situé dans le quartier résidentiel européen, un site près des quartiers habités par la population malgache a été choisi.

En raison de l'absence quasi-totale d'entretien, l'hôpital, mis en service en 1967, est dans un état de détérioration avancée (vitres cassées; fissures entre poteaux, poutres et cloisons; huisseries rongées par la rouille, etc..). En raison du manque de personnel technique qualifié et de moyens financiers, l'entretien et l'état des installations fixes et

(1) Dépenses : 483.000 u.c.

de l'équipement médical posent également des problèmes majeurs. Sont ainsi en panne depuis longtemps : 12 climatiseurs sur 13, l'ascenseur du bâtiment à un étage, les installations frigorifiques, le groupe électrogène de secours, une partie de l'équipement médical, etc...

En raison du mauvais état de l'hôpital, aggravé par le manque général de propreté et d'hygiène, ses possibilités d'utilisation sont assez limitées (quantité, qualité et complexité de soins donnés). Cette situation ne manque pas de se refléter dans les chiffres sur les activités : occupation 21 % en 1973 et 39 % en 1974, pour une durée moyenne d'hospitalisation 5 à 7 jours.

Le nombre total de personnel (46, dont 4 médecins) est suffisant par rapport à une capacité de 120 lits (en comparaison : l'hôpital secondaire de Gaoua, Haute-Volta, compte 50 unités, dont 3 médecins); il paraît largement suffisant par rapport aux activités (moins de 100 consultations internes et externes par jour).

Les chiffres disponibles sur le budget de fonctionnement (sans personnel) ne sont pas probants; les crédits alloués en 1973/74 étaient relativement élevés pour éponger le passif des années précédentes. Pourtant, il est assez étonnant de voir que le budget de Fort-Dauphin (17,5 mio FMG en 1974) se situe presque à hauteur de celui de Manakara (15,0 mio FCFA en 1974), malgré la capacité et les activités plus grandes de ce dernier.

L'utilité de cet investissement a souvent été mise en doute, car à Manambara, à 23 km de Fort-Dauphin (route bitumée), un hôpital de la mission luthérienne existe depuis 1954. L'expérience a prouvé qu'il n'est pas réaliste de craindre une atteinte au prestige national par l'existence d'un hôpital privé étranger : les malades ne sont pas sensibles aux notions de prestige. Le succès incontestable de Manambara⁽¹⁾ constitue à la fois l'effet et la cause de la déchéance de l'hôpital de Fort-Dauphin. Une deuxième constatation s'ajoute : la clientèle payante préfère Manambara, malgré le niveau des tarifs plus élevé⁽²⁾. Même les fonctionnaires, en principe non autorisés, n'hésitent pas à se faire soigner à Manambara.

(1) Capacité : 57 lits; occupation : $\pm$ 100 %; personnel : missionnaires luthériens américains; budget: 40 mio FMG (1973), 95 % des activités en régime payant

(2) Le tarif d'hospitalisation est moins élevé qu'à Fort-Dauphin; par contre, les interventions chirurgicales sont payantes.

2) Formations sanitaires réalisées au Dahomey

Au Dahomey, l'aide communautaire a financé la transformation de l'hôpital de Parakou en hôpital secondaire, l'extension d'une petite formation sanitaire à Savalou et la construction d'une maternité à Athiémé. Le coût total de ces trois réalisations, décidées en 1960 et mises en fonction entre 1964 et 1966, s'est élevé à 643.000 u.c. (1er FED).

a) Hôpital secondaire à Parakou

La transformation de l'hôpital de Parakou en hôpital secondaire avait pour objectif

- de pallier la grave insuffisance de l'équipement opératoire du seul centre hospitalier des régions du Nord pouvant offrir des possibilités médicales spécialisées;
- de satisfaire les besoins sanitaires régionaux et de réduire les évacuations des malades graves sur les hôpitaux du Sud déjà insuffisants.

Le projet⁽¹⁾ a permis d'augmenter la capacité hospitalière de 60 lits, pour passer à 190 lits ; il comprenait notamment la construction et l'équipement de nouveaux bâtiments pour la chirurgie, ainsi que l'extension et l'équipement de la maternité.

L'hôpital a constitué le principal support de l'action sanitaire au Nord du pays, région où l'on compte plus de 500.000 habitants; ses activités sont satisfaisantes, bien que le taux d'occupation ne s'élève qu'à 63 %; on compte presque 50 interventions chirurgicales et 25 accouchements par semaine et 300 consultations par jour. Faute d'entretien, l'aspect extérieur des bâtiments laisse à désirer.

(1) Dépenses : 518.000 u.c.

b) Le groupe hospitalier de Savalou

L'extension du centre médico-chirurgical à Savalou avait pour objectif d'améliorer les conditions de travail d'une formation sanitaire dotée d'un équipement médico-chirurgical avec hospitalisation réduite et maternité insuffisante.

Le projet⁽¹⁾ comprenait la construction d'une maternité de 30 lits et d'un centre P.M.I. La capacité ainsi augmentée à 126 lits répond aux besoins des 65.000 habitants de la circonscription. Avec son personnel (40 au total), dirigé par un médecin, le groupe hospitalier fonctionne de façon satisfaisante; les bâtiments, de construction modeste, robuste et pratique, sont bien entretenus et font bonne impression.

c) Maternité de Lokossa

L'objectif de la construction d'une maternité, initialement prévue à Athiémé et effectivement réalisée à Lokossa, visait à moderniser la formation sanitaire existante, dont les locaux étaient vétustes et la capacité insuffisante.

Le projet⁽²⁾ prévoyait la construction d'une maternité moderne de 36 lits et le réaménagement de la maternité existante en pavillon d'hospitalisation. Les travaux de construction ont été achevés en 1961; les bâtiments toutefois n'ont été effectivement occupés qu'en 1966, après le raccordement au réseau de distribution d'eau de la localité.

La maternité fonctionne parfaitement et les bâtiments sont bien entretenus.

(1) Dépenses : 85.000 u.c.

(2) Dépenses : 40.000 u.c.

3) Mauritanie : l'hôpital national de Nouakchott

En Mauritanie, l'aide communautaire a financé la construction de l'hôpital national et de l'école d'infirmiers; le financement de deux projets supplémentaires a été décidé: en 1973, la construction d'une polyclinique à Nouakchott et l'organisation d'un service d'entretien et, en 1974, l'extension de l'hôpital national.

Au moment de l'indépendance, lors de l'étude du projet de construction et d'équipement d'un hôpital et d'une école d'infirmiers à Nouakchott, la situation mauritanienne était caractérisée par :

- l'incertitude sur l'avenir de la nouvelle capitale à Nouakchott, pour laquelle on ne prévoyait au maximum qu'une population de 15 à 20.000 habitants;
- le manque quasi-total de personnel para-médical;
- l'inexistence d'une véritable infrastructure sanitaire à l'échelon national : seules trois formations hospitalières sans grands moyens techniques fonctionnaient à l'intérieur du territoire⁽¹⁾, ainsi qu'un tout petit nombre de centres médicaux de moindre importance. Les deux tiers des malades graves devaient être évacués sur des hôpitaux des pays voisins, notamment sur St-Louis et Dakar (Sénégal) et sur Kayes (Mali).

Par conséquent, le projet⁽²⁾, décidé en 1961, fut conçu de façon à constituer :

- une première tranche de 135 lits d'un hôpital plus important avec une capacité définitive prévue de 250 lits;
- l'amorce d'une école d'infirmiers partiellement intégrée à l'hôpital, en vue de former rapidement des cadres sanitaires moyens;
- l'amorce d'un futur hôpital national devant assurer à la fois les fonctions de centre national d'évacuation et de diagnostic pour le pays entier et les fonctions locales de centre hospitalier pour la région entourant la capitale.

(1) Atar, Aioun, Kaedi

(2) Coût total 2,5 mio d'u.c.

Les dispositions de la conception technique devaient permettre l'extension future sans modification des services techniques et sans trouble pour l'exploitation; par conséquent, les installations médicales furent relativement sur-équipées par rapport au nombre de lits réalisés. Par contre, elles pouvaient ainsi répondre à des besoins sanitaires existants d'ores et déjà sur le plan national.

La conception architecturale, grand complexe moderne à 3 niveaux, dominant par sa situation toute la ville de Nouakchott, est une incontestable réussite; toutefois, elle ne pouvait pas rester sans conséquences sur le plan du fonctionnement; de même la conception technique de certains équipements s'est révélée trop compliquée pour un pays comme la Mauritanie. En effet, l'entretien de l'hôpital était particulièrement difficile en raison de l'absence totale de personnel qualifié, ainsi que des problèmes de transport des pièces de rechange.

Dans l'ensemble, l'hôpital, entré en fonction en 1966, a bien répondu à ses objectifs; ses activités ont connu une véritable explosion : le nombre d'hospitalisés a plus que doublé entre 1967 et 1972. Les interventions chirurgicales ont doublé entre 1969 et 1972 et le taux d'occupation a atteint et même dépassé temporairement les 100 %. Enfin, les consultations externes ont atteint un point tel qu'elles perturbent la bonne marche des services.

La capacité de l'hôpital s'est ainsi rapidement révélée insuffisante, notamment pour deux raisons :

- la ville de Nouakchott s'est développée d'une façon inimaginable, pour atteindre entre 50 et 70.000 habitants;
- l'amélioration du réseau et des moyens de transport à l'intérieur du pays ont facilité l'afflux des malades vers l'hôpital national.

Pour remédier à cette situation, au sein de l'hôpital même,

- la capacité de fait a été graduellement augmentée de 135 à 230 lits⁽¹⁾ par l'ajout de lits supplémentaires, au détriment de l'espace vital de chaque malade;

(1) 1974 : 250 lits

- la durée moyenne d'hospitalisation a parfois été abrégée à la limite de la sécurité;
- un choix draconien a été opéré à l'admission.

Dans le cadre d'une politique d'expansion retenue par le Gouvernement et prévoyant la réalisation progressive d'une infrastructure sanitaire à deux niveaux, les priorités suivantes ont été fixées :

- l'augmentation de la capacité totale, en déchargeant l'hôpital national des soins les plus simples par la création d'une polyclinique urbaine à Nouakchott,
- l'extension nette de la capacité de l'hôpital,
- le maintien et l'amélioration de toutes les installations médico-techniques existantes.

La réalisation de ces objectifs s'est traduite par les décisions prises par la Communauté, en 1973 et 1974, de financer

- la construction et l'équipement d'un centre de consultation, premiers soins et sélection dans la ville de Nouakchott, en tant que première tranche opérationnelle d'une polyclinique future;
- l'assistance technique d'un expert-formateur pour une durée de deux ans, pour l'organisation du service d'entretien et la formation du personnel;
- l'extension à 450 lits (capacité finale) de l'hôpital, par l'adjonction des spécialités non encore existantes et l'agrandissement des autres, de façon à lui permettre de remplir véritablement sa fonction d'hôpital national;
- l'extension de l'école d'infirmiers par la construction de nouveaux locaux d'enseignement.

Vu les activités intenses , le personnel en place (environ 200 au total, dont 11 médecins) semble être surchargé de travail et la qualité des soins ne peut que s'en ressentir. Comparé avec d'autres hôpitaux connaissant le même niveau d'activité, un nombre de 250 à 300 personnes semblerait plus adéquat.

Le budget de fonctionnement (sans personnel) dont dispose l'hôpital n'a pas suivi l'évolution des activités; en effet, le budget n'a été augmenté que de 10 % entre 1967 et 1972. Pourtant, ses moyens financiers (75,5 mio F CFA en 1972) se situent à peu près au même niveau que les budgets des hôpitaux de Zinder (Niger) et de Bobo-Dioulasso (Haute-Volta), malgré les différences sensibles de la capacité hospitalière⁽¹⁾. Les coûts de fonctionnement⁽²⁾ par lit (330.000 F CFA) et par journée d'hospitalisation (940 F CFA) sont très favorables par rapport aux autres hôpitaux nationaux pour lesquels des chiffres sont disponibles⁽³⁾, d'où il résulte que les crédits alloués à l'hôpital de Nouakchott peuvent être considérés comme largement suffisants. Il faut cependant tenir compte du fait que l'équipement médical lourd et spécialisé de cet hôpital national, avec toutes les installations annexes (deux salles d'opération, bloc radio, laboratoire, pharmacie, etc..), réalisé comme première tranche d'un hôpital plus grand, se répercutent démesurément sur les charges courantes.

En résumé, l'utilisation de l'investissement financé par le FED à Nouakchott montre que les objectifs visés ont été parfaitement atteints; l'aide communautaire a apporté le plus important élément de base de l'infrastructure sanitaire du pays et, encouragé par le succès, a poursuivi sa contribution à ce secteur d'intervention.

(1) Nouakchott 230 lits (1974 : 250 lits), Zinder 450 lits, Bobo-Dioulasso 700 lits

(2) Sur base des budgets 1972

(3) Mogadiscio 185.000 F CFA/565 F CFA (1973)
Ouagadougou 116.000 F CFA/390 F CFA (1973)
Niamey 225.000 F CFA/670 F CFA (1975)

4) Somalie : l'hôpital général de Mogadiscio

Le projet initial de construction et d'équipement d'un nouvel hôpital général à Mogadiscio fut suivi d'une série de projets consécutifs d'assistance technique et d'aide temporaire au fonctionnement.

Les objectifs du projet initial⁽¹⁾, décidé en 1959, visaient la construction et l'équipement d'un hôpital général de 600 lits à Mogadiscio, afin de :

- remplacer l'hôpital général existant (Di Martino), considéré comme irrémédiablement délabré,
- moderniser et améliorer les services hospitaliers en Somalie et tout particulièrement à Mogadiscio, en vue de satisfaire les besoins sanitaires croissants.

La conception du projet, établie avant l'indépendance de la Somalie, s'est basée sur trois prémisses essentielles :

- engagement formel⁽²⁾ de l'administration de tutelle d'obtenir, jusqu'en 1970 au moins, une aide extérieure en personnel médical;
- remplacement de l'ancien hôpital Di Martino et transfert de son personnel et de ses crédits au nouvel hôpital;
- prise en charge, par le budget de santé, des crédits de fonctionnement supplémentaires.

En 1962, après l'indépendance, l'hôpital achevé et en partie équipé, il est apparu que le Gouvernement somalien n'était en mesure

- ni d'obtenir une aide extérieure suffisante en personnel médical, l'Italie ayant progressivement réduit son assistance technique,
- ni de financer, sur son propre budget, la rémunération des médecins (étrangers évidemment, car en 1963 la Somalie ne disposait encore que de 2 médecins nationaux) et du personnel para-médical nécessaire,
- ni d'assurer, sur son propre budget, le fonctionnement de l'hôpital.

(1) Coût total : 2,8 mio d'u.c.

(2) Spécifié dans la convention de financement, signée en 1959 avant l'indépendance

En plus, l'ancien hôpital Di Martino ne fût pas fermé.

Par conséquent, en 1964, deux ans après son achèvement, l'hôpital n'avait pas encore commencé à fonctionner. Suite à la demande du Gouvernement somalien, la Communauté a pris les dispositions nécessaires pour assurer, à titre exceptionnel et pour une durée limitée, l'entrée en service de l'hôpital. Cette série d'opérations temporaires d'assistance technique,⁽¹⁾ qui combinait les actions communautaires et des actions bilatérales coordonnées de certains Etats membres (dont l'Italie), a débuté en 1964 et comprenait de façon dégressive :

- le recrutement de 31 médecins (1964-1970),
- le recrutement de 70 cadres para-médicaux, administratifs et techniques (1965-1970),
- la prise en charge des dépenses de fonctionnement (1966-1972).

En réalité, l'activité normale de tout l'hôpital ne commença qu'au début 1966.

Après l'ouverture de l'hôpital et sa prise en charge par le FED, de multiples problèmes de gestion et d'organisation se sont posés; ils ont empoisonné l'ambiance de travail et créé un manque général de collaboration, d'esprit de solidarité et même de respect de la déontologie; ils ont aussi entraîné la mise en question de la valeur de l'assistance technique de la Communauté. En plus, l'hôpital se trouvait pris dans les remous de certaines concurrences politiques : l'ancien hôpital Di Martino, au lieu d'être fermé, fut aménagé et géré non sans succès avec l'aide financière soviétique. Sans aucun doute, cette situation a suscité, entre autres, une tendance générale à des exagérations de toute nature, au point que l'hôpital était devenu, aux yeux des Européens aussi bien que des Somaliens, le "drame de Mogadiscio", alors qu'en réalité, l'établissement fonctionnait déjà assez convenablement.

Malgré toutes ces difficultés qu'a connues l'hôpital pour des raisons indépendantes de la Communauté, l'hôpital a atteint aujourd'hui, dans une large mesure, les objectifs qui lui avaient été assignés. Il a contribué à satisfaire les besoins sanitaires croissants et il s'est révélé adapté, d'une façon générale, aux capacités de l'Etat en termes de personnel qualifié et de crédits de fonctionnement.

(1) Coût total des 8 projets : 4,9 mio d'UC sur financement FED

En effet, les activités actuelles de l'hôpital montrent que son utilité et son efficacité sont indiscutables. Pour ses 600 lits, le taux d'occupation se situait à 89 % en 1973, contre 79 % en 1967. Outre les 35 interventions chirurgicales et les 85 accouchements par semaine, les activités externes ont connu une véritable explosion depuis 1967, pour atteindre une moyenne de 500 consultations externes par jour ouvrable.

Le fonctionnement de l'hôpital est actuellement assuré de façon normale par le Ministère de la Santé. Le personnel est en nombre suffisant (420), sinon abondant par rapport à d'autres grands hôpitaux de capitales africaines. La relève du corps médical est fort avancée; sur les 31 médecins affectés à l'hôpital, on compte 25 somaliens. La somalisation des cadres du personnel para-médical, administratif et technique est achevée depuis 1970.

Le budget de fonctionnement (sans personnel) peut être considéré comme suffisant pour maintenir un niveau de gestion moyen; il est d'ailleurs tout à fait comparable à d'autres hôpitaux nationaux. Toutefois, il ne correspond pas au niveau qu'assurait la Communauté pendant la période transitoire de prise en charge de tout le fonctionnement.

Le bâtiment moderne à 5 étages, construit entre 1960 et 1962, est toujours en bon état grâce, d'une part, à sa conception technique bien adaptée au climat chaud-humide et, d'autre part, à l'entretien courant assuré convenablement. Par contre, les installations fixes sont en partie dégradées et même inutilisables; l'équipement médical, en partie remplacé et modernisé, est en état satisfaisant ou suffisant. L'hôpital souffre du problème éternel du manque de qualification du personnel d'entretien plutôt que des crédits disponibles. En conséquence, un programme pour la formation de personnel d'entretien pour l'hôpital est actuellement à l'étude au sein de la Commission.

5) Les formations sanitaires réalisées en Haute-Volta

Les investissements financés en Haute-Volta⁽¹⁾ sur les ressources du 1er FED et décidés en 1961 comprenaient

- la construction et l'équipement de
2 hôpitaux secondaires à Gaoua (120 lits) et Fada N'Gourma⁽²⁾
(130 lits)
10 centres médicaux de type A (21 lits) et de type B (35 lits);
- la construction de 14 unités du service des grandes endémies,
- la modernisation du dispensaire ophtalmologique de Ouagadougou.

Basés sur un plan général d'avenir pour l'équipement hospitalier de la Haute-Volta, les investissements se sont intégrés dans l'infrastructure existante et géographiquement bien implantée de façon à

- amorcer, moderniser et compléter un système d'hospitalisation hiérarchisé et coordonné, faisant de tous les établissements de soins les pièces d'un ensemble bien organisé et fonctionnel⁽³⁾;
- améliorer les conditions de travail des actions contre les grandes endémies, notamment la lèpre et la trypanosomiase.

La conception générale du projet était régie par une certaine prudence et ne prévoyait que la réalisation d'une première tranche du plan d'avenir, afin de correspondre aux capacités financières et personnelles du pays dans les prochaines années : le projet se limitait à 2 des 6 hôpitaux secondaires, et à 10 des 18 hôpitaux ruraux prévus. En plus, il ne comportait que :

- une première tranche des 2 hôpitaux secondaires, d'environ 130 lits d'hospitalisation, des 230 projetés à Gaoua et des 400 projetés à Fada N'Gourma ;

(1) Coût total 4,4 mio d'u.c.

(2) La localisation initialement prévue à Koudougou fut transférée en 1966

(3) La "pointe" de la "pyramide hospitalière", les deux hôpitaux généraux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso, et le seul hôpital secondaire existant (Ouahigouya) avaient déjà été élargis, aménagés et modernisés en 1961/62 sur financement de l'aide française.

- une amorce des hôpitaux ruraux, sous la dénomination de "centres de santé", qui, en tenant compte de la gradation recherchée, furent conçus de deux façons différentes :
 - centre de santé type A (formule de base, 21 lits) à gérer par un infirmier;
 - centre de santé type B (formule développée, 35 lits) à gérer par un médecin;
- pour les unités du service des grandes endémies, le remplacement des formations vétustes construites en matériaux provisoires.

La conception technique est caractérisée par la standardisation, d'une part, des structures de bâtiments moyennant un système préfabriqué (sauf pour les unités du service des grandes endémies) et, d'autre part, des types de bâtiments permettant, par un système pavillonnaire, une extension graduelle sans transformation des bâtiments ni trouble d'exploitation. Les bâtiments de construction préfabriquée se révèlent fonctionnels et bien adaptés aux besoins des services sanitaires. Malgré l'absence d'entretien régulier, sauf dans les deux hôpitaux secondaires, les bâtiments sont en excellent état.

Les activités actuelles des formations construites paraissent, d'une façon générale, satisfaisantes. Tandis que les capacités hospitalières créées ne sont pas toujours pleinement utilisées, les établissements connaissent des activités externes considérables. C'est ainsi que le taux d'occupation des deux hôpitaux secondaires se situe entre 50 et 60 %, les consultations externes se chiffrent à 400 environ par jour ouvrable. Pour les centres de santé on relève une occupation moyenne de 50 % et une moyenne d'environ 130 consultations par jour.

Les unités du service des grandes endémies destinées à l'isolement des lépreux et des trypanosomés ne sont pas dans tous les cas pleinement utilisées. Grâce à un remède efficace les anciennes méthodes d'isolement des lépreux ont été rendues inutiles: le stade contagieux de la lèpre est raccourci à quelques mois.; de plus, la trypanosomiase est en nette régression.

Le personnel affecté aux formations sanitaires financées par le FED est suffisant et correspond aux activités. Les deux hôpitaux secondaires, après quelques retards dans leur entrée en fonction, dus au manque de médecins, sont dotés de personnel médical étranger⁽¹⁾; les centres de santé type A sont gérés par un infirmier voltaïque, les centres de santé type B par un médecin (étranger en général).

Le fonctionnement financier des formations sanitaires n'est assuré que pour une partie minime par les propres moyens budgétaires du pays (Ministère de la Santé et collectivités communales). Seules les aides supplémentaires financières et matérielles de toute provenance (aides bilatérales et multilatérales, aides d'organisations privées, philanthropiques, religieuses, etc..) permettent de les exploiter de façon convenable. C'est ainsi que les budgets des deux hôpitaux secondaires sont supportés pour leur plus grande partie par l'aide allemande et par "Frères des Hommes". Ils peuvent être considérés comme largement suffisants; les frais de fonctionnement (sans personnel) par lit et par journée d'hospitalisation sont même supérieurs à ceux des hôpitaux généraux de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Par contre, les budgets des centres de santé sont insuffisants; les crédits alloués de façon irrégulière par le Ministère de la Santé et par les collectivités communales ne couvrent qu'une partie des besoins financiers. Seules les diverses aides supplémentaires permettent un fonctionnement convenable.

Les formations sanitaires financées par l'aide communautaire ont atteint, dans une large mesure, les objectifs qui leur ont été assignés; elles se révèlent adaptées aux capacités en personnel sur place. Par contre, elles ne sont point adaptées aux moyens financiers du pays. En effet, le budget de fonctionnement (sans personnel) du Ministère de la Santé ne s'élève qu'à 14 % du budget de la santé total et ne permettrait même pas d'assurer le fonctionnement des deux hôpitaux généraux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Le déséquilibre fondamental entre les besoins financiers des formations sanitaires existantes et les moyens propres du pays n'est corrigé que par l'aide massive et continue extérieure. L'équilibre de fait ainsi réalisé est cependant extrêmement fragile; la suspension d'une ou de plusieurs aides extérieures aurait des conséquences catastrophiques pour le fonctionnement des services sanitaires du pays.

(1) Sur financement de l'aide allemande à Gaoua et de "Frères des Hommes" (Association française sans but lucratif et sans option politique et confessionnelle) à Fada N'Gourma

6) Les formations sanitaires réalisées au Niger

Les investissements réalisés au Niger⁽¹⁾ et financés sur les ressources des 1er et 2ème FED comprenaient

- la modernisation et l'extension de l'hôpital de Niamey,
- l'extension de l'hôpital de Zinder,
- la remise en état et la modernisation de 5 centres hospitaliers départementaux (Maradi, Dosso, Tahoua, Agadès et Diffa),
- la création de 6 centres d'hygiène et de médecine mobile (Zinder, Maradi, Dosso, Tahoua, Agadès et Diffa),
- la remise en état de 3 dispensaires-hôpitaux d'arrondissement,
- la construction de 16 dispensaires ruraux,
- la construction d'un magasin de stockage pour la pharmacie d'approvisionnement.

En 1962, le Gouvernement du Niger avait soumis au FED un premier projet de construction d'un nouvel hôpital à Niamey; cependant, sur base d'une étude d'ensemble des problèmes, il est apparu que la situation de l'infrastructure sanitaire du pays nécessitait plutôt une série d'extensions et de modernisations. Basés sur un plan d'avenir⁽²⁾ les investissements devaient tout particulièrement :

- pallier l'insuffisance qualitative des installations hospitalières existantes, notamment dans les centres ruraux,
- améliorer l'infrastructure sanitaire, qui constituait un ensemble de services de santé bien adaptés aux besoins sanitaires et aux conditions particulières des différentes régions du pays.

La conception générale du projet s'est intégrée de façon harmonieuse dans ce plan global de développement des services de santé publique et a respecté les principes directeurs qui avaient été adoptés : priorité aux zones rurales, priorité aux investissements susceptibles d'augmenter le rendement des services tout en entraînant un minimum de charges récurrentes supplémentaires, priorité à la remise en état des constructions vétustes, principe

(1) Coût total 5,7 mio u.c.

(2) Perspectives décennales 1965-1974 de développement des services de santé, arrêtées par le Gouvernement nigérien.

de ne construire de nouvelles formations que lorsque le personnel qualifié serait disponible.

Ainsi qu'en Haute-Volta, la conception technique est caractérisée par la standardisation des structures et des types de bâtiments. Malgré ces caractéristiques techniques adaptées tout particulièrement aux constructions nouvelles (dispensaires, centres d'hygiène et de médecine mobile), les extensions réalisées se sont intégrées harmonieusement aux dispositions particulières des formations existantes. Les nouvelles constructions mises en service en 1973 s'avèrent très fonctionnelles; tous les bâtiments et les équipements sont en excellent état.

Les activités des formations sanitaires modernisées, aménagées et agrandies sont en général très satisfaisantes. Les hôpitaux nationaux à Niamey et à Zinder sont pleinement utilisés (jusqu'à 100 %). L'utilisation des centres hospitaliers départementaux est également très bonne et augmentera encore au dépens des centres de santé, suite à la décision du Gouvernement (prise en 1974) de regrouper tous les médecins dans les chefs-lieux des départements. Toutefois, les centres de santé ainsi que les dispensaires ont également des activités suffisantes. En ce qui concerne les bâtiments des équipes d'hygiène et de médecine mobile, ils sont en général bien utilisés; leur fonctionnement dépend essentiellement des initiatives prises par le médecin-chef responsable.

Le nombre de personnel affecté aux formations sanitaires de soins semble être suffisant et, en général, de bonne qualification; par contre, le personnel affecté aux équipes mobiles est en nombre insuffisant.

Le fonctionnement financier des formations sanitaires est assuré de façon relativement régulière; le budget de santé et la quote-part des crédits réservés au fonctionnement permettent de garantir un niveau assez élevé des services de soins du niveau supérieur (hôpitaux nationaux, centres hospitaliers départementaux), tandis que le fonctionnement des centres de santé de circonscription médicale et des dispensaires ruraux est assuré sur des crédits des collectivités. Seule exception : les médicaments sont distribués en espèces à tous les services sanitaires au sein des départements. Le fonctionnement des formations sanitaires de soins est ainsi

assuré en majorité par les moyens budgétaires propres du pays, tandis que les actions de la médecine mobile (prévention, prospection) sont largement supportées par des aides financières et matérielles extérieures. En résumé, les moyens budgétaires propres du pays ne permettent pas de réaliser à la fois la couverture médicale au moyen des structures fixes et d'entreprendre les actions de masse; par conséquent, les moyens financiers propres sont accordés en priorité et avec prépondérance aux formations fixes de soins, tandis que les actions de masse sont laissées en majorité aux aides extérieures.

L'utilité et l'efficacité des investissements réalisés au Niger sont indiscutables. Leur intégration harmonieuse dans l'infrastructure existante s'est révélée particulièrement heureuse : les adaptations graduelles, quantitatives et qualitatives, aux besoins sanitaires spécifiques et locaux n'ont entraîné que des charges financières et des besoins en personnel supplémentaires faciles à mobiliser par les moyens propres du pays. Le projet constitue un succès à tous les points de vue.

7) Formations sanitaires réalisées au Cameroun

Les 4 projets réalisés au Cameroun et financés sur les ressources des 1er et 2ème FED ont porté sur la construction et l'équipement de

- huit hôpitaux
- treize extensions d'hôpitaux (dont 3 pavillons d'hospitalisation)
- vingt et un dispensaires de brousse,
- une école d'infirmiers à Bamenda,
- une pharmacie centrale d'approvisionnement à Victoria,
- dix-neuf logements de médecins.

Les diverses formations ont été mises en service entre 1962 et 1971, les formations sanitaires du Nord-Cameroun, notamment, entre 1967 et 1969 et celles du Sud-Cameroun Oriental et du Cameroun Occidental entre 1969 et 1971. Le coût global de ces investissements représente un montant de l'ordre de 8 mio d'u.c., soit environ 20 % de l'aide accordée au Cameroun sur les ressources des deux premiers Fonds.

Les investissements avaient pour objectif de supprimer le retard du développement économique et social du Nord par rapport au Sud et d'établir un meilleur équilibre entre le Nord et le Sud du Cameroun Occidental. Au total, ils ont permis d'augmenter la capacité hospitalière du pays de 1.360 lits, sur les 15.750 existant actuellement dans le secteur de la santé publique.

De façon générale, les réalisations se sont intégrées dans une infrastructure sanitaire existante formant un système hiérarchisé et coordonné de tous les établissements de soins. Sauf pour les dispensaires, elles se sont limitées à l'extension, l'aménagement et le remplacement des installations existantes, permettant ainsi de restreindre dans la mesure du possible, l'augmentation des charges récurrentes.

Toutes les formations sanitaires sont occupées conformément à leur destination et il est évident qu'elles ont contribué de façon décisive à l'amélioration quantitative et qualitative des soins de santé, notamment dans les régions rurales. Toutefois, les chiffres d'activités font ressortir que les établissements n'atteignent pas, dans tous les cas, leur pleine

efficacité; en effet, leur utilisation est entravée surtout par l'insuffisance en personnel médical et en crédits de fonctionnement.

D'un examen des conditions d'utilisation, effectué en 1971, il résulte que le manque de médecins et de personnel para-médical était assez prononcé à cette époque-là; les problèmes semblent cependant être moins graves actuellement, si on se réfère aux chiffres globaux disponibles qui montrent la relation favorable de 1 médecin par 26.500 habitants et 1 infirmier par 3.100 habitants.

Les crédits alloués aux différentes formations sanitaires financées par le FED au Cameroun paraissent nettement inférieurs à ceux dont disposent les établissements comparables examinés dans les autres pays. Quelle est la raison de cette situation défavorable ? En effet, le budget de la santé est relativement élevé (3.952 mio F CFA en 1973/74); malgré une répartition défavorable entre les dépenses de personnel (74 %) et de fonctionnement (26 %), le budget de fonctionnement (1.046 mio F CFA) est bien supérieur à ceux des autres pays examinés. Les chiffres restent comparativement favorables même pour les dépenses annuelles de fonctionnement per capita. Toutefois, celles-ci se répartissent sur une infrastructure hospitalière plus grande et plus lourde que dans les autres pays examinés (15.750 lits au total; 1 lit pour 390 habitants). Par conséquent, il semble que l'infrastructure sanitaire soit inadaptée aux possibilités financières du pays; en d'autres mots : l'insuffisance en crédits de fonctionnement des différents établissements semble être une conséquence directe de l'inadaptation des capacités hospitalières.

En général, pendant les premières années après leur entrée en fonction, les investissements réalisés par le FED ont souffert du manque de travaux d'entretien courant. Pour pallier surtout l'insuffisance de la qualification du personnel d'entretien, le FED a financé, à partir de 1972 et pour une période de quatre ans, une opération de formation du personnel d'entretien hospitalier, ayant pour objectif :

- d'assurer l'entretien et le dépannage des équipements médicaux installés dans les différentes formations hospitalières du pays;
- de former sur le tas des techniciens réparateurs groupés en équipes mobiles d'entretien et de dépannage;
- de former des ouvriers polyvalents en service dans les centres hospitaliers.

Une première équipe mobile est en activité et rend de très grands services en visitant successivement toutes les formations hospitalières.

Liste des projets dont les conditions d'utilisation
ont fait l'objet d'un examen récent

Situation au 30.12.1974

	<u>No. comptable</u>	<u>Intitulé des projets</u>	<u>Coût des projets</u> (en 000 uc)
<u>CAMEROUN</u>	11.22.201	Construction d'un pavillon d'hospitalisation Meiganga	64
	11.22.202	Construction d'un pavillon d'hospitalisation à N'Tui	60
	11.22.204	Formations sanitaires Nord Cameroun	2.737
	211.002.04	Formations sanitaires Sud-Cameroun	4.765 (x)
<u>DAHOMÉY</u>	11.21.602	Groupe hospitalier à Savalou	85
	11.21.603	Groupe hospitalier à Athiémé	40
	11.21.604	Hôpital secondaire à Parakou	518
<u>HAUTE VOLTA</u>	11.21.706	Infrastructure et équipement sanitaire	4.401
<u>MADAGASCAR</u>	11.24.106	Pavillon d'hospitalisation à l'hôpital de Majunga	382
	11.24.109	Hôpital de Manakara	437
	11.24.110	Hôpital de Fort-Dauphin	483
<u>MAURITANIE</u>	11.21.203	Hôpital de Nouakchott	2.499
<u>NIGER</u>	211.013.10	Programme d'équipement sanitaire	3.296 (x)
	211.013.14	Construction de 16 dispensaires ruraux	352 (x)
	2100.461.13.12	Equipement sanitaire de 16 dispensaires	2.024

(x) montant global des marchés

<u>SOMALIE</u>	11.31.001	Nouvel hôpital à Mogadiscio	2.820
	11.31.003	Assistance technique à l'hôpital de Mogadiscio	895
	11.31.005	Aide temporaire pour la gestion de l'hôpital de Mogadiscio	350
	212.016.17	Aide temporaire pour l'exploitation de l'hôpital de Mogadiscio	1.328 (x)
	212.116.19	Expertise sur possibilités réduction coût exploitation hôpital de Mogadiscio (A.T.)	4
	212.016.29	Aide temporaire exploitation Hôpital Général Mogadiscio	357 (x)
	212.016.34	Aide temporaire Hôpital à Mogadiscio	334 (x)
	213.816.03	Exploitation Hôpital Mogadiscio	653
	216.016.09	Aide temporaire pour l'exploitation de l'hôpital de Mogadiscio	990

(x) montant global des marchés