

Privatisation des hôpitaux dans les Pays en voie de Développement ?

Eric de Roodenbeke

*ASPROCOP (association des professionnels de santé en coopération),
Mél : eric.deroodenbeke@wanadoo.fr*

Résumé : Après avoir tracé les dysfonctionnements caractérisant les hôpitaux publics des pays en développement, l'auteur relève aussi la limite de la politique de soins de santé primaire pour mettre en évidence la place incontournable de l'hôpital dont la production peut s'analyser tant en terme de service privé qu'en terme de bien public. En passant en revue les différentes formes d'expression de la privatisation de la production hospitalière, allant de l'externalisation d'une activité jusqu'à la privatisation totale selon une logique commerciale, les limites de ces alternatives apparaissent rapidement dans le contexte des pays en développement. Cependant une place particulière mérite d'être faite aux hôpitaux privés sans but lucratif qui permettent d'allier les avantages d'une gestion privée à la réponse qu'apporte le service public.

L'évolution de l'offre hospitalière ne peut pas s'envisager sans une action sur la politique de financement de la santé qui apparaît comme l'instrument le plus adapté pour permettre une évolution laissant plus de place à un secteur privé mais aussi en donnant au secteur public les moyens d'une amélioration de sa performance.

La privatisation n'est pas une alternative au développement du secteur public car celui-ci peut être réformé pour concilier l'objectif d'optimisation de l'allocation des ressources avec la réponse aux besoins de santé : un système mixte, dont la proportion secteur public / secteur privé peut varier, ouvre davantage de perspectives pour mieux s'adapter au contexte spécifique de chaque pays.

Mots clé : hôpital, privatisation, pays en développement, performance hospitalière, autonomie

Depuis plus d'une décennie la privatisation avance dans tous les secteurs de l'économie des pays en développement. Aujourd'hui le débat est souvent partiel et surtout partial : les tenants du libéralisme s'affrontent avec les tenants d'un système public à dominante étatique.

Le courant de pensée dominant préconise actuellement un double mouvement. D'une part augmenter la place du secteur privé dans l'offre de soins et en particulier selon une approche favorisant les mécanismes d'achat de services de santé. D'autre part renforcer les pouvoirs publics dans leurs prérogatives pour réguler le système¹. A ce sujet l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale (BM) partagent cette approche en s'appuyant sur une démonstration issue des faits². De nombreux documents font une large place à cette problématique, en l'abordant globalement au niveau de la politique de santé et de son financement. De même la littérature est abondante sur la question de la privatisation des services de santé de base, en particulier en relation avec les questions de contractualisation³. En revanche, si dans les pays développés ayant un système de santé à dominante d'offre publique, la question de la privatisation est largement à l'ordre du jour des politiques hospitalières, cette question reste peu abordée pour les Pays les Moins Avancés (PMA).

Dans la mesure où la priorité de la réforme des systèmes de santé des PMA concerne l'accès aux soins de santé de base, il est logique que la forme d'organisation et de distribution de ces activités mobilise la réflexion. Cependant, compte tenu des critiques récurrentes sur les hôpitaux, dont le poids sur le financement public est le plus souvent jugé disproportionné au regard des bénéfices mesurés en terme de santé publique, il est légitime de rechercher les moyens pour améliorer la performance d'une institution qui reste incontournable dans un système de santé.

¹ Le terme de tutelle ne recouvre que partiellement la notion de « stewardship » employée en anglais dans l'ensemble des textes à ce sujet, cependant c'est celui qui sera choisi comme étant le plus proche.

² « l'evidence base medicine » médecine factuelle ou médecine fondée sur les preuves a pris une importance majeure au cours de ces dix dernières années. L'OMS aborde l'analyse économique des systèmes de santé selon cette même approche, allant jusqu'à doter son siège d'un bureau en charge de la base factuelle « Evidence and information for policy ».

³ On distingue le contracting in (gestion privée d'institution publique) du contracting out (institution privée assurant une prestation pour le compte des pouvoirs publics) qui ne recouvrent pas exactement les notions de droit public français distinguant la concession de service public de la sous-traitance.

Comme le fonctionnement du secteur hospitalier public ne satisfait personne, sa réforme apparaît inéluctable. Dans ce contexte, la question de la place du secteur privé mérite d'être abordée pour les hôpitaux de ces pays au même titre que celle de l'évolution de l'organisation du secteur public.

L'objectif de cette présentation est d'apporter une contribution au débat afin d'aider les responsables politiques à fonder leur décision sur des arguments objectifs plutôt que sur une conviction idéologique en relation avec des présupposés théoriques.

1. Des hôpitaux publics en souffrance

Dans la majeure partie des Pays en voie de développement, la situation des hôpitaux se caractérise par des dysfonctionnements dont on peut présenter les traits dominants. Ce constat a conduit à un désengagement des partenaires du développement et en particulier de la France dont on peut s'interroger s'il n'est pas révélateur d'une certaine myopie dans l'approche des politiques de santé. En tout état de cause, le diagnostic de la situation est important pour déterminer si des remèdes peuvent être proposés et s'ils sont susceptibles d'avoir l'effet bénéfique attendu.

1.1 Les hôpitaux ne fonctionnent pas bien

Qui fréquente un hôpital public dans les pays en développement est confronté à de multiples dysfonctionnements qui touchent l'ensemble de son activité.

- Les services ne sont pas assurés de manière fiable : absence et/ou déficit de qualification du personnel, pénurie de consommables, pannes sur les équipements et les installations se côtoient.
- L'accès n'est pas équitable car les relations sociales comme le niveau économique du patient jouent un rôle significatif pour «bénéficiaire» d'une prise en charge dans des conditions acceptables.
- Les personnels sont souvent démotivés du fait de leurs rémunérations (faibles salaires et retard de paiement) ce qui se répercute sur les relations avec les usagers et par conséquent sur la qualité de service.

Dans certains pays, une faiblesse de l'offre hospitalière est concomitante avec une fréquentation dérisoire alors que dans d'autres, les hôpitaux sont de véritables cours des miracles où se presse une foule importante. Dans les deux cas les dysfonctionnements cités précédemment peuvent être relevés à l'identique, ces différences ne s'expliquent pas par le rôle joué par la concurrence ou par le degré de performance des soins de santé primaire.

1.2 Les hôpitaux coûtent cher

Dans la majeure partie des pays en développements, il n'existe pas de système d'assurance sociale et l'hospitalisation se trouve largement assurée par des établissements publics.

- Les hôpitaux pèsent lourdement sur le budget du ministère de la santé en mobilisant souvent plus de 50% des ressources déjà largement insuffisantes pour répondre aux priorités de santé.
- Les hôpitaux coûtent chers aux patients même quand ils sont censés être gratuits. Quand les tarifs sont faibles, ils couvrent rarement les médicaments qui sont largement prescrits. De plus, il existe de nombreuses pratiques de sur tarification (cf. supra démotivation des personnels).

- Compte tenu de l'importance de l'infrastructure les prix de revient de la production de soins sont élevés en milieu hospitalier lorsque ces soins bénéficient à une faible population ou lorsqu'il s'agit d'activités qui ne nécessitent pas la mobilisation d'un plateau technique. On constate souvent que les hôpitaux assurent des activités de santé de base qui pourraient être organisées à moindre coût dans des structures périphériques.
- Cependant la faiblesse du système d'information et le manque d'études spécifiques ne permettent pas d'affirmer que le coût relatif de la prise en charge hospitalière dans les pays en développement dépasse largement celui des pays développés : il faudrait comparer les coûts à la pathologie sur l'échelle des prix des pays.

1.3 Les hôpitaux sont jugés peu performants

- En effet si l'on considère les indicateurs de santé les plus courants (espérance de vie à la naissance, mortalité infantile), il faut reconnaître que le fonctionnement des hôpitaux n'en modifie pas sensiblement les résultats. C'est à partir de ce constat que la priorité est donnée aux soins de santé de base.
- Dans ce domaine les études de la banque mondiale après le rapport de 1993 (investir dans la santé) ont orienté l'analyse de l'efficacité hospitalière à partir d'une approche économique sur le coût du gain d'une année de vie en bonne santé. De nombreux programmes de santé publique possèdent un coût nettement plus faible que celui des hôpitaux.
- Il faut toutefois distinguer les hôpitaux selon leur nature. Les établissements de premier recours (hôpital de district) présentent un intérêt alors que les hôpitaux des grandes villes et les hôpitaux universitaires sont jugés peu efficaces.
- Les hôpitaux bénéficient davantage aux populations favorisées qu'aux populations les plus démunies. Ce constat s'ajoute aux précédents pour rendre prioritaires les soins de santé de base alors que la lutte contre la pauvreté est devenue l'axe majeur de l'intervention de tous les partenaires du développement qui de ce fait dictent aux PMA la politique qu'ils doivent adopter.
- Les hôpitaux fonctionnent le plus souvent comme des administrations : forte pesanteur bureaucratique (contrôle des procédures plutôt que des résultats), système de dotation budgétaire, la gestion du personnel ne se fait pas selon le mérite,...

En considérant l'hôpital à travers ces critères d'analyse on doit s'interroger sur son utilité : la première des mesures de bonne allocation des ressources consiste à supprimer toute organisation qui se révèle inadaptée aux besoins qu'elle devrait couvrir.

1.4 La limite de la politique des Soins de Santé Primaire

- La politique de soins de santé primaire qui a largement bénéficié de l'apport du financement des partenaires du développement a permis des progrès certains. Mais ces succès marquent le pas : les services périphériques sont loin d'être performants pour un coût qui devient de plus en plus important. En fait les dysfonctionnements que l'on note au sujet des hôpitaux se retrouvent au niveau des institutions chargées des soins de santé primaire. C'est ce qui justifie les propositions vers une plus grande privatisation de ces activités.

- Pour une large part, les indicateurs retenus ne reflètent pas l'efficacité des services de santé mais plutôt le niveau socio-économique général (débat ancien sur l'impact des services de santé sur les indicateurs socio-démographiques). Prendre en charge les personnes à la santé dégradée n'en reste pas moins une nécessité. C'est aussi dans ce cadre qu'il faut se poser la question de la performance relative de chaque institution.
- Les termes du débat qui a opposé, il y a plus de 20 ans l'hôpital aux soins de santé primaire, montrent clairement qu'il s'agit d'un faux débat : il y a davantage une complémentarité entre les institutions qu'une opposition même si l'allocation des ressources impose des choix. Pour l'un comme pour l'autre, ce qui importe c'est de favoriser le bon usage des ressources analysés dans un contexte de faiblesse de la puissance publique.

1.5 La prise en compte du rôle de l'hôpital

- L'hôpital joue un rôle incontournable pour la formation des professionnels de santé. Le dysfonctionnement des hôpitaux et les carences des dispositifs de formation pénalisent largement ce rôle. Pour autant, il n'y a pas d'autre alternative pour permettre à des praticiens d'apprendre leur métier «au lit du malade» ce qui est incontournable dans des pays où la clinique doit jouer un rôle majeur dans un environnement où le recours à des examens médico-techniques est difficilement envisageable. Si la santé publique, tout comme la maîtrise des pratiques de soins de santé de base peuvent s'apprendre en périphérie, cela ne suffit pas pour former correctement un médecin ou un infirmier.
- L'hôpital reste un lieu de prise en charge sans véritables alternatives pour un ensemble de pathologies. Le traitement des malades atteints du SIDA, avec la mise à disposition des antirétroviraux, tout comme le traitement des maladies opportunistes implique un recours croissant au dispositif hospitalier⁴. Mais on assiste aussi, dans les pays en développement, à une transition épidémiologique qui passe par une adaptation des réponses. La traumatologie urbaine et les pathologies dégénératives, en pleine croissance, demandent une réponse qui dépasse les moyens des dispensaires. En particulier l'organisation d'un système d'urgence pour les zones urbaines est au cœur des préoccupations de nombreux ministres de la santé.
- Le développement des hôpitaux c'est aussi la contrepartie du succès d'une politique de soins de santé primaire. En effet si le réseau de soins de santé primaire est performant, il identifie de plus en plus de patients qui nécessitent une prise en charge dépassant les capacités de ce premier niveau. Quelle serait à terme la crédibilité d'un dispositif qui identifie mieux les problèmes de santé mais qui ne peut y apporter qu'une réponse limitée ?
- Dans tous les pays en développement, nous assistons à une forte croissance urbaine. Dès lors qu'il existe un bassin important de population, les hôpitaux répondent de façon plus efficace aux besoins de santé. La fréquence des pathologies qui justifient le recours à un plateau technique complété par des compétences spécifiques permet une bonne utilisation de ces ressources. L'hôpital permet de réaliser des économies d'échelle sous réserve que sa dimension reste limitée car une trop grande taille induit des facteurs de rendement décroissant.

⁴ C'est ce qui a conduit le gouvernement français à promouvoir le programme Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER) afin de favoriser la prise en charge hospitalière des patients du SIDA, en lien avec le développement du rôle des associations de malades. WWW.esther.fr

- Dans la mesure où l'institution hospitalière s'inscrit dans les priorités nationales qu'elles soient formulées explicitement (dans les plans de développement sanitaires) ou implicitement (au travers la part du budget public qui lui est consacrée), il est important de rechercher les modalités d'une efficacité améliorée plutôt que de l'ignorer en se consacrant uniquement aux politiques en faveur des soins de base. Agir ainsi se fait finalement au détriment de l'objectif du renforcement des soins de santé de base, car le gaspillage des ressources publiques nationales associé au dysfonctionnement des hôpitaux affaiblit la capacité nationale à optimiser son système de santé de base.

1.6 La nature de la production hospitalière

La critique sur l'efficacité des hôpitaux porte sur leur performance en tant qu'organisation plutôt que sur la légitimité de l'existence de l'institution. Il faut donc restaurer une efficacité qui fait largement défaut. Une telle analyse se prête à la recherche d'autres modes de régulations : le modèle libéral fondé sur l'approche micro-économique néo-classique s'appuyant sur l'utilité est une alternative séduisante. En laissant les consommateurs de santé se déterminer selon leurs préférences pour maximiser leur utilité et en permettant à des producteurs de répondre librement à la demande, il est possible d'optimiser l'allocation des ressources. La concurrence entre les producteurs de soins doit conduire à une plus grande efficacité au bénéfice des consommateurs.

Cependant le jeu du marché connaît des limites largement décrites dans tous les ouvrages traitant de l'économie de la santé. Il faut faire la part des activités hospitalières qui correspond à une offre de service au bénéfice du consommateur individuel de celle qui relève de la théorie des biens publics. D'une manière générale, l'offre hospitalière peut s'analyser comme un service au bénéfice du consommateur individuel ayant recours à des soins particuliers en relation avec sa pathologie. Mais la présence d'une offre de service pour une population s'analyse davantage comme un bien public : l'hôpital participe largement à la sécurisation des populations qu'elles l'utilisent ou non.

Par ailleurs, on ne peut pas dissocier l'approche sur l'offre de service des priorités nationales fondées sur les valeurs sociales mises en avant. De nombreux pays, qui affirment que l'accès à la santé pour tous est un droit fondamental du citoyen, ne disposent pas des ressources nécessaires pour traduire cette affirmation dans les faits. Plutôt que de laisser cette hypocrisie perdurer, il serait plus légitime d'afficher un niveau de service mis à la disposition de toutes les populations. A ce moment rien ne ferait obstacle à laisser des services privés commerciaux se développer au bénéfice de ceux qui sont prêts à consacrer une partie de leurs ressources pour leur santé.

Le degré de solidarité et l'importance des ressources mobilisées pour les dépenses de santé situeront la ligne de partage entre ceux qui bénéficient de l'aide publique et ceux qui n'en bénéficient pas. Dans des pays dépourvus de système de protection sociale, il apparaît que les services de santé de base sont largement plus accessibles à une grande frange de population qui peut les financer alors que les soins hospitaliers très coûteux restent inaccessibles. Le degré de solidarité peut se traduire par une approche sur la notion de risque : les petits risques sont à la charge des ménages et les gros risques (donc l'hospitalisation) à la charge des financements publics.

Le débat ne peut pas se réduire à une alternative entre producteur public et producteur privé. En effet si l'on reprend l'approche qui privilégie l'achat de service, il est possible de mettre en place un financement public pour les services jugés utiles comme pour les biens publics. A ce moment, il convient de s'interroger sur la performance relative d'un producteur public par rapport à celle du producteur privé. En première approche, le producteur public ne cherchant pas à réaliser de profits devrait offrir les services à un prix de revient plus faible que le producteur privé qui n'acceptera de répondre que s'il réalise un profit. Mais si l'on considère que le profit ne représente qu'une très faible part des coûts de production, l'enjeu se situe en fait sur les mécanismes qui favorisent la minimisation du coût des facteurs de production.

Enfin il est aussi possible de s'interroger sur la capacité des pouvoirs publics des pays en développement à maîtriser un mécanisme d'achat de service de préférence à un système de financement direct des facteurs de production dans une organisation régie par un cadre hiérarchique et réglementaire.

2. Quelle privatisation ?

Il convient de distinguer deux aspects de la privatisation : d'une part la sous-traitance d'une partie de l'activité sans changement de statut de l'hôpital et d'autre part les conséquences de l'adoption d'un statut privé pour l'entité hospitalière.

2.1 L'externalisation

Historiquement l'hôpital était une «institution totale» qui maîtrisait l'ensemble de son processus de production. Cependant, le processus de production des soins hospitaliers peut se décomposer en un ensemble de fonctions qui peuvent être identifiées et donc confiées à des prestataires spécifiques. Cette approche est légitimée par les métiers qui sont nécessaires pour exécuter ces prestations : plus le niveau de technologie augmente plus cette notion de métier devient importante. L'hôpital ne peut plus être performant sur tous les métiers nécessaires à sa production, cela justifie la sous-traitance ou externalisation.

Dans les pays en développement, l'externalisation a été tentée ou est pratiquée dans de nombreux hôpitaux⁵, dans la plupart des cas pour des établissements de taille importante disposant d'une autonomie (au moins partiel) de gestion. En général ce sont des fonctions logistiques qui ont été sous-traitées, en particulier autour de la fonction hôtelière (repas, linge, entretien des locaux, espaces verts,...) et de la fonction maintenance (entretien des installations, des équipements ou des bâtiments,...).

Le plus souvent les personnels titulaires employés dans ces fonctions sont peu qualifiés et surtout leur statut de fonctionnaire rend le contrôle de leur activité difficile dans un système qui ne permet ni sanction ni récompense : c'est ce qui motive à rechercher la sous-traitance, alors qu'il est souvent possible de redéployer ces personnels vers d'autres fonctions. D'autant plus que les politiques d'ajustement structurel des années 80/90 ont conduit à des restrictions sur les recrutements dans la fonction publique créant un manque de personnel pour ce type d'emploi, la priorité étant donnée aux soignants. Enfin, les établissements ont pu être confrontés à des situations où l'équipement étant obsolète, elles avaient le choix entre investir et faire ou faire/faire en confiant la charge de l'investissement au prestataire.

L'externalisation peut toucher la majeure partie des domaines de l'hôpital et en particulier les fonctions de gestion mais aussi une partie des fonctions de soins, en particulier au niveau du plateau technique. Dans ce domaine les exemples sont rares mais on peut citer l'hôpital Général de Douala qui a confié à une société privée le recouvrement de ses créances et un établissement de Tannanarive qui a confié à une ONG la totale gestion de son service d'urgences.

⁵ Les exemples sont tirés principalement des établissements suivants : Yalgado à OUAGADOUGOU, Sanou Souro à BOBO DIOULASSO, Hôpital général de Douala, Hôpitaux du point G et Gabriel Touré de Bamako, Hôpital de Libreville, CHNU de Cotonou, Hôpital Calmette de Phnom Penh, Hôpitaux de Tannanarive

L'externalisation se traduit par plusieurs niveaux d'intervention : soit l'entrepreneur privé fournit la prestation sans que celle-ci ne se réalise dans le site hospitalier, soit l'entrepreneur produit dans le site hospitalier mais en assurant les éventuels investissements nécessaires, soit l'entrepreneur utilise les infrastructures et équipements mis à sa disposition tout en assurant ou non l'entretien. C'est la nature de la prestation et la situation de chaque établissement qui dictent la modalité la plus adaptée : il convient de réaliser un calcul économique pour choisir l'option optimale. Dans ce domaine personne ne peut affirmer de façon intangible la supériorité d'une formule sur l'autre, tout dépend du contexte dans lequel se trouve l'établissement.

Cependant cette volonté d'externalisation rencontre deux obstacles : d'une part la situation du marché et d'autre part la réglementation publique :

- Même dans des grandes métropoles de PMA, en particulier en Afrique, il n'est pas facile de trouver des entreprises qui possèdent une spécialisation dans les domaines recherchés et lorsqu'elles existent, elles sont le plus souvent en situation de monopole car les marchés sont étroits. Dans ce cas l'externalisation ne favorise pas une concurrence facteur de réduction des prix. L'étude des situations montre une certaine diversité des réponses sans qu'il soit rare que des entrepreneurs non spécialisés aient répondu, compte tenu de la faible technicité du domaine. A ce moment la question de la qualité de service se pose avec acuité.
- Le formalisme qui entoure les pratiques d'achat public limite la capacité de négociation dans des procédures peu adaptées aux enjeux. De plus ces procédures destinées à protéger du risque de malversation favorisent celles-ci en multipliant les intervenants publics que l'entrepreneur doit «convaincre» de la qualité de son offre. Le contrôle public qui s'attache davantage aux procédures qu'aux résultats ne met pas à l'abri de pratiques de fausses factures : la prestation n'est pas à la hauteur de son coût.

Il n'existe pas d'étude qui fasse un bilan des expériences d'externalisation dans les pays en développement de manière à en tirer des leçons afin de voir si les succès ou les échecs peuvent être analysés en dehors de leur dimension contextuelle. C'est un domaine où la recherche se prête tout à fait à une approche sur une base factuelle car ce qui est en théorie souhaitable n'est pas nécessairement réalisable. Ainsi dans certains établissements les opérations de sous-traitance ont été remises en cause soit par le fait de la faillite de l'entrepreneur soit suite à des pressions politiques locales pour pousser l'hôpital à reprendre l'activité en engageant du personnel afin d'assurer un emploi plus stable.

Dans tous les cas la faiblesse globale de gestion des établissements publics se traduit par une difficulté à superviser l'intervention du sous-traitant : l'amélioration du début tend à se réduire dès que l'entrepreneur mesure la marge de manœuvre dont il dispose. Le nombre limité des opérations de sous-traitance ne suffit pas à modifier significativement la prestation globale offerte par l'hôpital ni ses coûts de production. Les domaines qui sont privilégiés pour la sous-traitance ne pèsent que faiblement sur le budget d'un hôpital consacré essentiellement aux dépenses de personnel et aux fournitures et consommables nécessaires à l'activité de soins.

Si l'externalisation doit être une possibilité pour les hôpitaux publics, le contexte des pays en développement fait qu'il ne semble pas possible d'en faire un élément d'une politique systématique. Ce qui peut faire l'objet d'une politique systématique c'est d'inciter les hôpitaux publics à mettre en concurrence les alternatives entre faire ou faire/faire. Pour qu'une telle politique soit adoptée, des instruments de mesure des résultats doivent être développés avant sa mise en œuvre afin d'éviter un risque de dérive.

2.2 Des hôpitaux privés

Le statut privé mérite d'être étudié à partir de l'analyse des conséquences du statut sur le fonctionnement de l'établissement, en distinguant ce qui relève du privé commercial de ce qui appartient au privé non commercial. De plus il importe de s'interroger sur les missions qui peuvent être remplies par les établissements privés en différenciant les hôpitaux selon leur rôle dans l'offre de santé.

2.2.1 Des établissements privés sans but lucratif

Il faut reconnaître que ces établissements connaissent souvent un très grand succès auprès des populations⁶. Celui-ci peut se mesurer par leur taux de fréquentation associé à la provenance souvent éloignée des patients. Ces établissements sont, en général, confessionnels ou relèvent d'une fondation ayant un but humanitaire. Ils bénéficient d'un soutien financier non négligeable qui provient de l'extérieur et qui est indispensable pour leur viabilité. En effet ce soutien leur permet d'offrir des soins gratuits pour les indigents et/ou de proposer des soins à des prix qui sont inférieurs au prix de revient réel.

Leur statut privé favorise une gestion du personnel fondée sur le mérite avec des niveaux de salaires en relation : c'est un élément important de la qualité de la prestation qu'ils fournissent. De plus il ne faut pas négliger l'engagement personnel de tout ou partie des employés qui s'exprime sous la forme d'une adhésion aux valeurs humanistes qui prévalent dans l'institution. Par ailleurs, leurs relations avec des organismes situés dans les pays développés leur assurent un approvisionnement plus facile que pour les institutions à statut national.

Ces établissements sont fragiles car ils dépendent d'une aide extérieure sans laquelle, ils ne sont pas viables. Le réseau qui alimente cette aide peut avoir des racines qui peuvent laisser augurer d'une pérennité, mais sans que cela ne puisse se développer au point de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de santé des populations desservies.

Le plus souvent, les pouvoirs publics ignorent les hôpitaux privés ou les intègrent partiellement alors qu'ils remplissent un rôle majeur dans leur lieu d'implantation. A contrario, leur indépendance conduit ces établissements à s'associer plus ou moins aux politiques nationales. Cela peut s'expliquer quand ces politiques nationales sont formulées de manière très précise dans une logique de planification conçue pour des établissements publics.

Les établissements privés assurent tout au plus les activités d'un hôpital régional mais le plus souvent celles d'un hôpital de première référence au niveau du district de santé. En dehors de pays comme le Cameroun, ces établissements ne représentent qu'une faible proportion des lits d'hospitalisation du pays.

Enfin ces établissements participent de façon très variable au dispositif de formation des professionnels de santé. Il semble que c'est davantage le dispositif de formation qui ne les intègre pas que le contraire. En tout cas rien ne s'oppose à cette participation si elle était organisée dans le cursus des formations diplômantes sous la responsabilité des pouvoirs publics.

⁶ On peut citer des établissements confessionnels dans des pays comme le Sénégal (à Thies), le Burkina (Sainte Camille à Ouagadougou), le Benin (Nattitingou),... et pour sa valeur symbolique Lambaréné au Gabon mais le Cameroun est de loin le pays d'Afrique francophone qui abrite le plus d'établissements de cette nature. Dans d'autres pays comme le Cambodge de tels établissements peuvent aussi exister (Richner à Phnom Penh comme Siem Reap).

Dans ce contexte, il serait utile de conduire une analyse de leur performance de manière à établir si indépendamment de leur forte fréquentation, les soins proposés sont d'un meilleur rapport coût/efficacité que ceux qui le sont dans le secteur public ou dans le secteur commercial. Dans ce cas les pouvoirs publics pourraient pousser à leur développement, en particulier là où l'offre publique est insuffisante ou reconnue comme déficiente.

2.2.2 Des établissements privés à vocation commerciale

Si au cours de ces dernières années les cliniques privées se sont largement développées dans les métropoles des pays en développement, il n'existe pas pour autant d'étude permettant de connaître la nature exacte de cette offre. Le plus souvent, il s'agit de petits établissements avec quelques lits qui pratiquent la gynécologie-obstétrique et la chirurgie. On peut citer quelques établissements de taille suffisante pour offrir une vaste gamme de services s'appuyant sur un plateau technique moderne, situés dans les métropoles économiques⁷.

Par ailleurs une offre beaucoup plus dense s'est mise en place pour des activités médico-techniques (laboratoire et imagerie) au profit principalement de patients ambulatoires mais elle assure aussi les examens de ces petites unités d'hospitalisation privée généralement dépourvues de ces plateaux techniques.

Les petits établissements (le plus souvent moins de 30 lits) semblent largement fréquentés par la classe moyenne urbaine qui y trouve une personnalisation des soins qui fait défaut dans le secteur public. Dans de nombreux pays, ce sont des praticiens exerçant dans le secteur public ou des jeunes retraités du secteur public qui interviennent dans ces cliniques. Ces pratiques sont largement connues et tolérées mais ne font pas l'objet de réglementation permettant de mieux définir les limites de leur activité dans un secteur comme dans l'autre. Ainsi le développement de cette activité privée s'est largement fait au détriment du fonctionnement des hôpitaux publics : les professionnels de santé sont peu présents et peu disponibles pour remplir leur obligation de service et la clientèle la plus solvable est détournée vers leur pratique privée en ville. La totale opacité de leur activité ne permet pas de mesurer l'efficacité de celle-ci tout comme la qualité des soins qui y sont délivrés.

Les rares établissements de plus grande taille (plus de 50 lits) fonctionnent dans des métropoles⁸ où un nombre suffisant d'expatriés et de nationaux issus des classes supérieures permet une activité avec une tarification comparable à celle qui est appliquée dans les pays développés. Il s'agit donc d'une réponse pour un marché étroit qui s'inscrit comme une alternative à l'évacuation sanitaire. Ces établissements bénéficient de conditions de fonctionnement et des équipements similaires à ceux que l'on peut trouver dans les hôpitaux généraux de pays développés. Ils dépendent largement de la situation économique du pays et de la présence de la clientèle expatriée : une crise économique ou une instabilité politique peut les conduire rapidement à la faillite.

Dans ce contexte, le développement du secteur privé commercial ne semble pas apporter de réponses satisfaisantes aux dysfonctionnements des hôpitaux publics. Il se réalise largement en parasitant le secteur public, il n'est pas nécessairement moins cher et la qualité des soins n'est pas pour autant meilleure. Cependant, la relation client/fournisseur qui s'instaure garantit une meilleure qualité de service qui est largement perçue par les usagers.

⁷ La PISANE d'ABIDJAN est l'une des plus connues.

⁸ Il ne sera pas fait mention des hôpitaux créés par des grosses entreprises pour leurs salariés qui bénéficient plus largement à la population et qui sont utilisés par les classes aisées. Les hôpitaux des compagnies d'exploitation de la bauxite de Guinée en sont une parfaite illustration. Ces établissements n'ont pas pour vocation de permettre aux entreprises de réaliser des profits, au contraire, ils bénéficient de leur aide et participent ainsi à leur politique sociale.

2.2.3 *Qu'attendre d'un développement du secteur hospitalier privé ?*

Le bilan de l'activité de l'hospitalisation privée dans les pays en développement ne permet pas de considérer que dans sa forme actuelle l'hospitalisation privée, non lucrative ou commerciale, est en mesure de répondre à l'ensemble des missions qui sont assurées par les hôpitaux publics.

Le développement d'un secteur privé lucratif non contrôlé n'est pas sans risque : l'expérience des Etats issus de l'ancienne Union Soviétique en est une parfaite illustration. L'accès aux soins s'est largement détérioré tant du fait de la diminution de l'offre de service que de l'augmentation du coût des prestations. D'un point de vue global la qualité des soins s'est aussi dégradée : la situation permet aux offreurs de dominer le marché en dictant leurs règles.

Actuellement les pouvoirs publics des pays en développement n'ont pas la capacité à assurer la tutelle d'un secteur privé. Les effets attendus de la concurrence ne jouent pas et leur statut privé ne garantit pas la collectivité d'efficience car ils se situent dans un environnement d'exploitation de rente.

Le secteur privé non lucratif apporte des réponses intéressantes qui le place en situation de concurrence avec le privé car il ne fonctionne pas sur les ressources issues du secteur public. Il possède les principaux avantages qui caractérisent le secteur privé : maîtrise de la gestion des ressources humaines, maîtrise des règles de gestion et maîtrise des activités qu'il réalise. Cependant son expansion est limitée par sa capacité à mobiliser des financements (extérieurs au pays) qui lui sont indispensables pour survivre. Les pouvoirs publics auraient cependant tout intérêt à étudier la possibilité d'organiser avec ces établissements des concessions de service public. Une telle approche implique une conception nouvelle des politiques de santé conduisant à concéder des établissements en cédant leur patrimoine et mettant fin au statut de la fonction publique.

Le développement d'un secteur privé comme une alternative aux dysfonctionnements du secteur public ne peut pas s'envisager comme le fruit d'un processus simple résultant de plus de liberté laissée aux entrepreneurs ou d'une moindre dépense dans le secteur public. Il ne peut découler que d'une réforme profonde de la politique de santé des PMA. Cette politique doit aborder les missions de chacun pour que les pouvoirs publics se consacrent davantage à la tutelle dans un contexte de bonne gouvernance. Cette politique doit aborder la question du financement de la santé car c'est l'instrument majeur pour orienter le développement de l'offre de santé.

3. Financement de la santé : influence sur l'offre hospitalière

Il n'est pas possible de dissocier la réflexion sur la privatisation de l'offre hospitalière de la manière dont les soins sont financés. En effet l'hôpital ne peut fonctionner sur la seule base du prix de revient facturé à ses usagers : celui-ci est prohibitif pour la majeure part de la population, y compris celles issues des classes moyennes ou aisées des zones urbaines. De plus il faut considérer que l'hôpital offre, en plus des soins pour les personnes malades, une fonction de sécurité pour l'ensemble de la population qui justifie une participation par un financement collectif. Ainsi, selon les valeurs dominantes dans le pays l'approche peut être sensiblement différente :

- Si la solidarité est privilégiée avec une volonté d'égal accès aux services de santé alors le financement public apparaît incontournable mais les citoyens ne sont pas libres de choisir leur contribution. L'offre hospitalière peut alors être publique ou privée sous réserve qu'elle soit rémunérée de la même manière pour une même prestation. La qualité de service est similaire dans le secteur privé et dans le secteur public.

- Si la liberté de choix est mise en avant alors le financement sera plutôt privé, chacun s'assurant selon ses préférences : l'accès aux soins sera très variable avec une gamme étendue de prestations offertes par des hôpitaux privés commerciaux. De manière résiduelle, le financement public ou caritatif permet de préserver une offre hospitalière pour les plus pauvres mais avec une qualité de service largement inférieure à celle du secteur privé.

3.1 Financement et développement du secteur privé

Le développement du secteur privé peut s'envisager sous deux formes : soit en rendant solvable l'usager de l'hôpital soit en subventionnant les établissements sur fonds publics.

La mise en place d'une couverture sociale est le seul moyen pour rendre solvable les usagers qui ne peuvent financer individuellement le recours aux soins hospitaliers. La couverture sociale peut s'envisager selon plusieurs approches : publique (sécurité sociale), privée non lucratif (mutuelle) ou privée commerciale (assurance).

Si depuis des années les gouvernements des pays en développement évoquent cette question l'implantation d'un tel système présente de grandes difficultés dans ces pays⁹.

- Les compagnies d'assurance privée ne sont pas franchement engagées sur un marché qui n'est pas encore prêt. En effet la mauvaise qualité de l'offre de soins induit un cercle vicieux peu propice à la souscription d'une police d'assurance.
- Les pouvoirs publics ne disposent pas des moyens nécessaires pour mettre en place un système de cotisation obligatoire compte tenu de l'importance du secteur informel et des échanges non monétaires. De plus des expériences antérieures dans le secteur formel n'ont pu qu'augmenter la défiance des populations vis à vis de ce type de mécanismes (gaspillage et détournement massif des ressources).
- Enfin le développement des mutuelles de santé offre des perspectives encourageantes mais dont la portée reste limitée car les souscripteurs attendent une réponse que l'offre hospitalière n'est pas en mesure de leur apporter. De plus ces mutuelles n'ont pas toujours fait preuve d'une grande qualité à gérer les fonds collectés.

Ainsi la mise en place d'une forme de tiers payant est une étape nécessaire au développement significatif d'une offre privée : des efforts considérables restent à faire pour que ce tiers payant soit en mesure de solvabiliser une population suffisante, en particulier en zone urbaine, pour susciter la création d'une offre hospitalière privée. En dehors de l'engagement des pouvoirs publics et des partenaires du développement cette évolution s'inscrit aussi dans le cadre de la transformation d'une société qui intervient sur plusieurs décennies en relation avec l'urbanisation et le développement des voies de communication.

Subventionner des établissements privés pour qu'ils réalisent des activités au bénéfice de la population est tout à fait envisageable si le Ministère de la santé dispose de ressources additionnelles¹⁰ ou s'il met fin à son soutien aux établissements publics pour déployer ces budgets vers le secteur privé. Si pour la première alternative les possibilités sont effectives puisque l'on se place dans une perspective de croissance, la seconde semble beaucoup plus théorique que réaliste. Elle reviendrait à mettre fin au statut de la fonction publique et à confier au secteur privé les immobilisations hospitalières : cela ne

⁹ Se reporter aux actes du colloque «financement des systèmes de santé des pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie» le CERDI, Clermont Ferrand le 30/11 et 1/12 –2000.

¹⁰ Dans le cadre de l'initiative PPTE des opportunités sont possibles, sous réserve d'inscrire cet objectif dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté en faisant de l'accessibilité aux soins hospitaliers une priorité pour les populations les plus vulnérables.

peut pas s'envisager sans prendre en compte le risque d'explosion sociale qui ne sera pas nécessairement contenue par le pouvoir politique en place.

Dans tous les cas, subventionner des hôpitaux privés implique une maîtrise, par les pouvoirs publics, des mécanismes de contractualisation. Une telle construction peut s'envisager, à titre expérimental, de manière à réaliser la montée en charge d'un dispositif¹¹. En procédant de la sorte il sera possible de s'assurer que la privatisation apporte effectivement les résultats attendus : meilleure efficacité et amélioration de la couverture de santé.

Si l'on peut considérer qu'une réponse par un établissement non lucratif est préférable pour les raisons évoquées antérieurement, rien ne s'oppose à laisser des établissements commerciaux proposer une alternative. Les pouvoirs publics doivent établir un cahier des charges définissant précisément les missions attendues et les populations visées tout en se dotant d'un outil de contrôle de l'activité et du suivi des coûts. Dans ce cadre, l'offre la plus satisfaisante est retenue : la performance de gestion du privé commercial peut rendre compatible profit et coût faible.

Il ne faut pas négliger la complexité d'un tel système de suivi dont on peut s'interroger de sa faisabilité dans le contexte des pays en développement.

Sans de tels instruments de suivi et de contrôle, le risque d'une perversion conduisant à la surconsommation ou à un tri de clientèle est inévitable dans un système de tarification à l'activité ou de budget global.

3.2 Financement et adaptation du secteur public

Plutôt que de choisir l'alternative profitant à la croissance du secteur privé, on peut aussi rechercher les facteurs qui favoriseraient la performance du secteur public. Les rigidités réglementaires et statutaires constituent un obstacle majeur à l'amélioration des hôpitaux publics mais leur suppression relève d'une approche qui remet en cause les principes d'unicité de règle qui fondent le secteur public. Cependant, il est possible, sans remettre en cause les règles fondamentales du secteur public, d'introduire des mécanismes qui favorisent une meilleure adaptation de l'offre aux priorités de santé.

- L'autonomie de gestion des hôpitaux est un point de passage d'une réforme sectorielle visant à donner aux établissements les moyens d'une performance accrue. Cette autonomie permet de responsabiliser les acteurs de l'établissement en les rendant responsables de la gestion financière, comme de la conduite de l'établissement. Cela a pour conséquence de permettre aux établissements de percevoir et de conserver les recettes issues de leur activité. Cela implique de faire fonctionner l'hôpital selon une logique budgétaire conduisant à faire des choix d'activité et à réaliser un contrôle des coûts. Ces mécanismes budgétaires doivent être assortis d'incitations financières qui profitent à l'établissement et/ou au personnel de manière à les motiver pour rechercher la performance de leur hôpital.
- La gestion des ressources humaines est un des domaines prioritaires sur lequel des réformes sont indispensables pour faire évoluer la situation. Sans aller jusqu'à la suppression totale du statut de fonctionnaire, il serait possible d'élaborer un statut particulier des personnels de santé à l'image de ce qui se pratique en France. En lien avec l'autonomie de gestion, cette modification doit se traduire par une délégation à l'hôpital du pouvoir de recrutement sur le principe du détachement des personnels de santé. Enfin, si les principes statutaires rendent difficile la création d'une rémunération spécifique, rien n'empêche de proposer des échelles de rémunérations plus favorables pour les grades hospitaliers et d'utiliser largement le système des primes. Cette approche présente beaucoup moins d'inconvénients dans des pays où le système de retraite peut aussi être réformé pour tenir compte de cet aspect. Elle implique à la

¹¹ L'expérience Cambodgienne de contractualisation est intéressante même si elle touche principalement les services de santé de base.

fois des réformes d'ordre réglementaire et un transfert vers les hôpitaux des salaires actuellement payés par les ministères de la santé.

- Plutôt que de financer des budgets de fonctionnement des hôpitaux, les ministères de la santé peuvent privilégier de financer des activités selon leur nature. Ce système qui favorise le développement des activités prioritaires au bénéfice des populations doit s'appuyer sur un système d'information suffisamment fiable pour que le relevé des activités soit proche de la réalité. Ainsi les financements seraient versés en fonction des résultats obtenus en terme d'activité ou d'accessibilité aux soins, plutôt que d'assurer une dotation budgétaire par nature de dépense.
- De plus les pouvoirs publics peuvent imposer un système de tarification qui favorise l'accessibilité tout en assurant un financement complémentaire aux établissements : cela est une autre modalité pour permettre d'orienter l'activité hospitalière.

Ces différentes pistes montrent qu'il est possible de réformer le secteur public sans considérer que les défauts que l'on constate sont des tares congénitales. Si techniquement de telles réformes sont possibles, on peut s'interroger sur les raisons à l'origine de l'immobilisme des pouvoirs publics.

- La première peut s'expliquer par la peur de créer une réaction en chaîne faisant craindre une perte de contrôle et une diminution de la sphère d'influence des départements ministériels.
- La seconde résulte de la faiblesse des pouvoirs publics qui ne sont pas préparés à assurer des tâches de pilotage et de contrôle alors que jusqu'à présent les tâches dominantes sont en relation avec de la gestion directe. Des efforts de formation importants demeurent indispensables, tout comme l'assistance technique pour élaborer des systèmes d'information plus fiables et des procédures visant à s'attacher aux résultats plutôt qu'au processus.
- La troisième est liée à la gouvernance car le système actuel favorise le clientélisme et le népotisme au bénéfice de ceux qui possèdent le pouvoir. Dans un contexte de rivalités ethniques et d'émergence d'une classe favorisée, le clientélisme permet d'assurer une distribution de rente : la corruption demeure omniprésente.

Si des mécanismes en faveur de la réforme du secteur public existent, les obstacles à leur application sont tels qu'il peut être tentant de les contourner en proposant le développement d'un secteur privé. Mais si l'on ne recherche pas à s'attaquer aux faiblesses résultant d'une mauvaise gouvernance, les travers du secteur public seront reproduits sous une autre forme dans le secteur privé au détriment de l'efficacité et de l'accessibilité aux soins. Dans la logique privée comme dans la logique publique l'égalité du consommateur est une condition nécessaire à l'optimisation.

Conclusion

Alors que les perspectives d'évolution du secteur hospitalier des pays en développement restent limitées en raison des facteurs exposés précédemment, il n'est pour autant possible de faire l'impasse sur la mesure de la performance hospitalière. Vouloir engager un pays dans une réforme sectorielle en faveur d'une privatisation accrue ou d'une redynamisation du secteur public doit répondre à un souci d'optimisation des ressources consacrées à la santé des populations.

La mesure de cette performance peut se réaliser selon quelques critères (accessibilité, efficacité, satisfaction des usagers, bénéfice social) qui donneront une indication de l'impact du statut sur le résultat attendu. Pour chacun des critères retenus, le débat sur la privatisation peut être éclairé par les effets positifs ou défavorables du statut de l'hôpital sur les résultats obtenus. Cependant, en fonction des pays ou des communautés, le poids relatif de chacun des critères utilisés pour mesurer la performance peut varier. Les résultats obtenus résultent donc des valeurs dominantes que la population devrait être en mesure de choisir librement.

- L'accessibilité se mesure selon plusieurs dimensions : sociologique, économique et géographique. Pour chacun de ces facteurs, le statut de l'hôpital peut permettre de favoriser certains aspects. Ainsi l'accessibilité géographique peut impliquer de maintenir une activité non profitable.
- L'efficacité est une priorité d'autant plus importante que les ressources sont rares. Dans le domaine hospitalier, il n'est pas évident de mesurer l'efficacité globale de l'institution mais, en revanche, il est possible d'aborder cet aspect d'un point de vue analytique, en examinant les facteurs qui peuvent y contribuer. La véritable comparaison reste aléatoire du fait de systèmes d'information (comptabilité, analyse d'activité) peu fiables. D'autre part il n'est pas toujours évident de dissocier une activité du reste du fonctionnement de l'hôpital : faiblesse de la comptabilité analytique et effet de structure marquant.
- La satisfaction des usagers permet de savoir dans quelle mesure l'hôpital répond aux attentes. Des enquêtes ont été réalisées tant sur l'image de marque d'un établissement que sur la satisfaction retirée par les différents consommateurs de l'hôpital. Il est intéressant de noter que l'effet de concurrence existe entre les institutions de même niveau mais surtout avec les alternatives de soins au sein de la pyramide sanitaire. La concurrence, synonyme d'une offre diversifiée, n'est pas toujours compatible avec le souci de l'efficacité : certaines activités à fort coût de production ne peuvent pas se dupliquer compte tenu de la faiblesse du marché.
- Le bénéfice social doit aussi être pris en compte car la présence d'un hôpital apporte des effets externes positifs. Cette dimension peut se mesurer par l'apport de l'hôpital dans le dispositif de formation mais aussi par sa contribution à sécuriser les populations comme à générer des externalités positives. La contribution de l'hôpital comme employeur et consommateur de biens et services n'est souvent pas abordée dans l'analyse de son bénéfice social.

Enfin, la concurrence apparaît comme un élément majeur de stimulation de la recherche de la performance ; mais il convient de veiller à respecter un équilibre des charges pesant sur les hôpitaux. Il serait particulièrement dangereux de laisser se développer un secteur concurrentiel uniquement sur les créneaux profitables, sans laisser au secteur public la possibilité d'en bénéficier. Sans cela, son évolution (adaptation face à l'évolution des technologies) serait remise en cause.

Dans le débat sur la place du secteur public et du secteur privé on constate que l'avantage relatif de l'un par rapport à l'autre dépend largement des modalités de financement qui sont choisies et des modes de régulation de l'activité. Il s'agit davantage d'un choix politique réalisé en amont que le résultat mécanique d'un processus qui contiendrait en son sein les facteurs d'une performance meilleure.

Un système dual présente de nombreux avantages si l'Etat joue son rôle régulateur dans le cadre d'une politique de santé publique clairement définie. Le secteur privé non commercial offre des perspectives très intéressantes en relation avec la contractualisation des politiques de soins.

Bibliographie

1. Banque Mondiale : Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé, Washington, 1993, 339p.
2. Banque mondiale : stratégie sectorielle santé, nutrition, population, Washington, 1997, 99p
3. Banque mondiale : narrowing the gap between the rich and the poor - priority programs in health systems development, HNP family, human development network, Washington, 2000, 75p
4. Banque mondiale : private participation and health services performance, private sector development course, Washington, June 26-27,2001
5. Banque mondiale : papers and links on investment climate and privatization, <http://rru.worldbank.org>
6. Center for Global Development : winners and losers – assessing the distributional impact of privatization, working paper #6, Washington, May 2002, 59p
7. D. Filmer, J.Hammer, L. Prichett : health policy in poor countries – weak links in the chain – actes du colloque sur le financement de la santé dans les pays à faible revenu, CERDI, 30/11-1/12/2000
8. Forum camerounais de psychologie : perception de l'hôpital central par les populations de Yaoundé : étude qualitative, Yaoundé, septembre 1996, 45p
9. IFC : investing in private hospitals and other health delivery systems in developing countries – opportunities and risks – conference proceedings, July 14-15, Washington, 1997,165p
10. IFC : investing in private health care a note on strategic directions for IFC, Washington, 1999, 24p
11. L. Labrèze : evidence-based medicine : un outil de qualité, hospital, volume 4, #4/2002, pp10-16
12. Ministère des affaires étrangères : Evaluation de l'aide française dans le secteur hospitalier, Afrique sub-saharienne et Madagascar (1987-1996), collection évaluations n°40, Paris, 1999, 219p
13. Ministère des affaires étrangères : le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé : bilan et perspectives, série rapports d'étude, Paris, 1999, 149p
14. Ministère des affaires étrangères : le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives, série rapports d'étude, Paris, 2001, 170p
15. OMS : division of analysis, research and assessment : public and private role in health : a review and analysis of experience in sub-saharan Africa, ARA paper # 6, Geneve, 1994, 66p.
16. OMS : division of strengthening of health services : the public/private mix in national health systems and the role of ministries of health, NHP/91.2, Geneve 1991, 43p
17. OMS : Rapport sur la santé dans le monde, Geneve, 2000, sur internet www.who.int/whr/2000/fr/index-fr.html, voir how is the public interest protected, pp119-141
18. N.Palmer : the use of private sector contracts for primary health care – theory, evidence and lessons for low-income and middle income countries in bulletin of the world health organization, 2000,78(6), pp 821-829
19. A. Preker et A. Harding (editors): innovations in the health care delivery : reform within the public sector, World bank, Washington, June 1999, 105p
20. E. de Roodenbeke (sous la direction de) : mieux piloter l'hôpital – les tableaux de bord de gestion, guide en organisation hospitalière, la documentation française, Paris, 2001, 140p
21. E. de Roodenbeke : Coopération hospitalière in développement et coopération technique, 22 notes de travail pour la DGCID, Ministère des affaires étrangères, Paris 2000, pp113-116
22. E de Roodenbeke : fonctionnement de l'hôpital –image, fréquentation et évaluation de la qualité de service in l'hôpital africain –bilan et perspectives – rencontres de Bobo-Dioulasso-ASPROCOP/ Ministère de la Coopération, Paris, 1995, pp49-97
23. R. Taylor and S. Blair : public hospitals in public policy for private sector, the world bank group, note #241, January 2002
24. M Vilayleck : réalisation d'une enquête de satisfaction au CHR de Yamoussoucro, Mémoire de stage EDH, ENSP, Rennes, 1999,66p