2. 合同評価報告書（仏文原文）

RAPPORT DE L'EVALUATION CONJOINTE DU PROJET D'AMELIORATION GLOBALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MAHAJANGA

PROJET TRIPARTITE ENTRE LES GOUVERNEMENTS MALGACHE, JAPONAIS ET FRANÇAIS

Antananarivo, le 30 septembre 2003

TABLE DES MATIERES

RESUME 1

I. INTRODUCTION 3

II. DESCRIPTION SOMMAIRE DU PROJET 3

III. DISPOSITIF DE L'ÉVALUATION 5

IV. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION ET COMMENTAIRES 6

V. CONCLUSIONS 12

VI. RECOMMANDATIONS 17

LISTE DES ANNEXES

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

RESUME

Le projet d' "Amélioration Globale du CHU de Mahajanga" est le premier essai de projet tri-partite dans lequel le Ministère de la Santé malgache, la Coopération Française et la JICA travaillent conjointement pour l'amélioration des services de santé. La sous utilisation du CHU étant un des principaux problèmes de Mahajanga, ce projet a pour objectif principal d' "augmenter le nombre de patients au CHUM de 10% par an ". Cet objectif a été atteint dans la mesure où le taux d'augmentation annuelle des patients externes et le taux d'hospitalisation sont respectivement de 14%, 32%, 57% et de 4%, 44%, 43 % en 2000, 2001 et 2002.

Une équipe d'évaluation conjointe malgache, japonaise et française a identifié les points suivants comme facteurs de contribution de cette réussite :

(1)Augmentation de la crédibilité du CHUM due à l'amélioration de la qualité des soins, de la qualité des services, de la formation des personnels, de l'équipement et des installations.

(2)Amélioration de la collaboration entre la DPS et le CHUM pour la coordination de la référence et de la contre référence des patients, ce résultat n'étant toutefois pas encore clairement statistiquement démontré.

(3)Amélioration de la relation avec le public et IEC sur le CHUM. A ces résultats s'ajoutent l'amélioration de la transparence de la gestion et des finances qui ont eu un impact important sur la crédibilité ainsi que sur la motivation du personnel. Par ces performances, le CHUM a accru son utilisation et joué son rôle de référence au sommet du système de santé.

A l'analyse des résultats constatés, l'équipe d'évaluation a conclu ainsi :

(1) La *pertinence* du Projet est bonne dans la mesure où il répond bien aux besoins identifiés. (2) Sa *cohérence* est également bonne dans la mesure où il est conforme à la la Politique Nationale de Santé ainsi qu'aux politiques d'assistance française et japonaise. (3) L'*effectivité* est modérée : si l'effort conjoint tripartite a été bien coordonné, ce qui a permis à chaque partenaire de travailler en complémentarité, certains retards ont cependant été constatés. (4) L'*efficience* n'est pas déterminée de manière objective en raison de la nature du projet. (5) L'*efficacité* est élevée dans la mesure où le projet a atteint son objectif par la réalisation de ses activités. (6) Ce projet a eu un *impact positif* comme par exemple l'amélioration de la motivation, mais aussi également un *impact négatif* dans la mesure où il pose le problème de surcharge de certains services (par exemple en maternité). (7) La *pérennisation* apparaît en bonne voie d'être atteinte en raison des efforts actuels d'institutionnalisation et d'intégration

du projet dans le système existant. Cependant, elle ne pourra être achevée que lorsque les capacités d'autonomisation, notamment quant aux problèmes de maintenance seront acquises.

Il est donc recommandé que ces efforts soient poursuivis, et reconnus par le Ministère de la Santé comme un modèle d'amélioration du système de santé à développer dans d'autres régions. L'accent est mis en particulier sur une autonomie plus prononcée de la gestion de l'hôpital, le rehaussement de sa capacité de maintenance et le développement du partenariat.

Enfin, la collaboration tri partite a été efficace, complémentaire et bien coordonnée au cours de ce projet. Mais il reste que tout cela dépend largement des personnes concernées qui ont besoin de poursuivre et d'approfondir leur collaboration.

I. INTRODUCTION

Le Projet d'Amélioration Globale du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga (CHUM) entre dans le cadre de la Collaboration Sanitaire en Afrique suivant l'accord Franco-Japonais signé entre le Président Chirac et le Premier Ministre Hashimoto au cours du Sommet de 1996.

Madagascar a été sélectionné comme site d'intervention et de mise en oeuvre de cette collaboration.

En 1999, Madagascar, la France et le Japon ont conjointement élaboré le Schéma de Planification d'un Projet (SPP) d'amélioration globale du CHUM (annexe 1) dont le but est d'augmenter les performances de l'établissement, d'accroître ainsi la fréquence du recours des formations sanitaires au CHUM pour lui permettre de contribuer à l'amélioration de la santé des populations de la région.

Une convention tripartite a été signée le 2 Juin 1999 par les Gouvernements malgache, français et japonais.

Ce projet est caractérisé par un multi-partenariat entre, d'une part le Ministère de la Santé malgache, la Coopération Française et la JICA et, d'autre part la coopération décentralisée représentée par l'Institut Régional de Coopération et de Développement de la Région Alsace (IRCOD). Il se coordonne étroitement avec l'action de la coopération technique allemande (GTZ) qui intervient sur les services de santé de base et auprès de la Direction Provinciale de la Santé de Mahajanga. Il bénéficie de l'intervention du Centre Hospitalier Gabriel Martin de La Réunion, lié au CHU de Mahajanga par une convention de jumelage.

Par ailleurs et en regard du contexte historique, il est important de souligner qu'une partie du projet s'est déroulée pendant la crise socio – politique qui a secoué Madagascar au cours du premier semestre 2002, ce qui n'a pas été sans répercussion sur la mise en œuvre des actions du projet malgré la motivation et l'investissement de l'équipe responsable.

II. DESCRIPTION SOMMAIRE DU PROJET

Le projet d'Amélioration Globale du CHUM, élaboré le 28 mai 1999, a été modifié le 16 juillet 2001 par le Secrétariat Permanent constitué par la Direction du CHUM, les Conseillers Techniques de la JICA et de la Coopération Française auprès du CHUM. Il a été validé par le Comité de Suivi en sa réunion de novembre 2001. Le maître d'œuvre en est le CHUM. Ce projet s'étend sur une période allant de 1999 à février 2004.

2.1 Objectifs

Les objectifs, stratégies et activités du projet ont été redéfinis par le Secrétariat Permanent dans le **Schéma de Planification du Projet (SPP II)** (annexe2) et validés par le Comité de Suivi en novembre 2001. Ils se résument en :

-Objectifs globaux:

1.Augmenter la participation du CHUM à l'amélioration de la santé publique de la province de Mahajanga

2.Améliorer le fonctionnement du CHUM et promotion de sa pérennité.

-Objectif du projet:

Augmentation du nombre de patients du CHUM.

-Résultats :

1.Augmentation du nombre de patients référés du CHUM

2.Amélioration de la confiance envers le CHUM

3.Détermination de tarifs de soins accessibles à la population

4.Amélioration de l'organisation et de la gestion financière du CHUM
5.Information des patients et de la population sur l'organisation du CHUM

2.2 Champs d'intervention

Outre le CHUM, les zones cibles du Projet sont celles impliquées dans le système de référence contre référence et comprenant les six districts environnant et les plus proches du CHUM, Mahajanga I, Mahajanga II, Marovoay, Maevatanana, Mitsinjo, Ambato-Boéni. Ces districts comptent au total 600 000 habitants, soit 35 % de la population et sont couverts par 112 Formations Sanitaires de Base et de District qui représentent 31,5 % des formations sanitaires de la Province (annexe3).

Ces Districts sont en même temps les zones d'intervention de la GTZ permettant ainsi une convergence géographique et une complémentarité des interventions des différents partenaires :

-La GTZ et la DPS assurent l'appui aux Districts Sanitaires et la mise en œuvre des Soins de Santé Primaire.

-Les coopérations française et japonaise concentrent leurs interventions sur le CHUM, sommet de la pyramide de référence, et sur le développement du système de référence au niveau des Centres de Santé de Base et du District

2.3 Les moyens sont mobilisés en partenariat :

-La partie malgache finance le renouveau des infrastructures

-La partie japonaise prend en charge les équipements biomédicaux des services de soins et du plateau technique et favorise l'effort d'intégration de l'hôpital dans le système de santé, en tant que centre de référence provincial.

Un conseiller technique de l'Agence de Coopération Internationale du Japon intervient à partir du mois d'octobre 2000 jusqu'à la fin du projet, après des missions ponctuelles dans le domaine de la Santé Maternelle et Infantile.

-La partie française, par la mise en œuvre d'un projet du Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP 2000-0018 de 458 000€) concentre son intervention sur la réforme gestionnaire (conseil d'administration, financement, outils de gestion), l'organisation interne des services de l'établissement et la formation des ressources humaines du CHU de Mahajanga, des hôpitaux périphériques et des centres de santé des districts sanitaires concernés, avec l'intervention de l'IRCOD et du Centre Hospitalier Gabriel Martin de la Réunion.

Deux conseillers techniques de la Coopération Française ont été successivement affectés au CHUM :

- Un Directeur d'Hôpital de janvier 2000 à janvier 2002
- Un Cadre Infirmier à partir de novembre 2002.

2.4 Suivi du Projet

Le projet est supervisé par un Comité de Suivi qui se réunit deux fois par an, à l'invitation de la Direction du CHUM et qui comprend tous les intervenants (Ministère de la Santé, JICA, Coopération Française, IRCOD, GTZ, Centre Hospitalier Gabriel Martin, Direction Provinciale de la Santé et Direction du CHUM).

III. DISPOSITIF DE L'ÉVALUATION

3.1 Objectifs

Le Projet d'Amélioration globale du CHUM devant officiellement prendre fin en février 2004, il a été convenu, lors de la dernière réunion du Comité de Suivi en janvier 2003, qu'une évaluation conjointe serait conduite par le Ministère de la santé et les coopérations française et japonaise dont l'objectif est de faire le bilan de son état d'avancement, d'évaluer les activités réalisées et le niveau d'achèvement ainsi que la coordination des coopérations malgache, française et japonaise afin d'en déduire leçons et recommandations.

3.2 Méthode

La mission d'évaluation a procédé de la manière suivante :

-Consultation de documents de politique de santé, rapports d'activité techniques et financiers, comptes rendus de réunions (annexe 4)

-Enquêtes

-Observation sur le terrain et entretiens personnels et institutionnels (annexe 5)

-Ateliers et réunions

Par ailleurs la mission a analysé les différents constats et résultats à travers les sept critères d'évaluation définis dans les termes de référence :

-La pertinence

-la cohérence

-l'effectivité

-l'efficience

-l'efficacité

-l'impact

-la pérennité.

3.3 Composition de la mission

L'équipe d'évaluation était composée des personnes suivantes :

Pour Madagascar :

-Dr GIVANCE, Directeur, CHR Toamasina

-Dr RAVAOMANARIVO Jeannine , Service de Suivi et Evaluation, Ministère de la Santé

Pour le Japon

-Dr YASUDA Tadashi, Service de la coopération internationale, IMCJ

-Mr TAKE Naoki, Consultant

-Mme Ayumi URATA, JICA Madagascar

-Mme RAMAHANDRIDONA Myriame, Interprète traductrice

Pour la France

-Dr François-Marie LAHAYE, Bureau de la santé, Direction du Développement et de la Coopération Technique, Ministère des Affaires Etrangères

3.4 Déroulement de la mission

Voir le calendrier en annexe 6.

IV. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION ET COMMENTAIRES

Les constats et résultats de la mission d'évaluation sont présentés ci-dessous selon le plan défini dans le document SSP II auquel il conviendra de se reporter (annexe 2)

Objectif général du Projet: ***Augmentation du nombre de patients de plus de 10% par an***

En se reportant aux statistiques du CHUM, on constate (tableau 1) que le nombre total de patients, tant en hospitalisation qu'en consultation externe a significativement augmenté, et en ce sens l'objectif du projet est atteint.

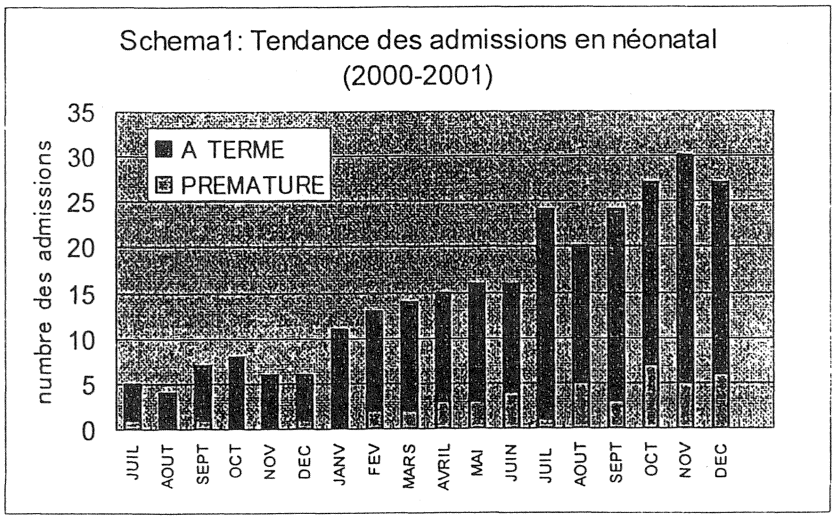
Tableau 1: Nombre de Patients (1999-2003)

	1999	2000	2001	2002	2003 (jan-juin)
Consultation externe	4,356	4,967	6,581	10,359	3,654
+/-(%)	-	*14%*	*32%*	*57%*	-
Hospitalisation	**4,342**	**4,510**	**6,497**	**9,301**	**nd**
+/-(%)	-	*4%*	*44%*	*43%*	-
Maternité	773	989	1,453	1,419	nd
+/-(%)	-	*28%*	*47%*	*-2%*	-
Chirurgie	1,585	1,303	1,698	2,620	nd
+/-(%)	-	*-18%*	*30%*	*54%*	-
Médecine aïgue	763	524	696	887	nd
+/-(%)	-	*-31%*	*33%*	*27%*	-
Médecine chronique	407	421	491	627	nd
+/-(%)	-	*3%*	*17%*	*28%*	-
Pédiatrie	583	704	912	1,114	nd
+/-(%)	-	*21%*	*30%*	*22%*	-
SUSI	231	569	1,245	2,633	1,559
+/-(%)	-	*146%*	*119%*	*111%*	-

(Source) CHUM

Concernant l'augmentation des hospitalisations de 1999 à 2002, presque la moitié de l'accroissement est du à l'activité du SUSI (48%). Les personnes interrogées ont mis l'accent sur l'accroissement de la crédibilité, les équipements et la qualité des services comme étant les facteurs principaux.

La mise en place du service néonatal en 2001, le nombre d'admissions tend à augmenter. (schéma 1)



4.1. Augmentation du nombre de patients référés du CHUM

4.1.1 Taux de référence au CHUM augmenté de 25% en trois ans.

Il n'y a pas de données significatives d'une augmentation des patients référés. Les statistiques enregistrées depuis 2002, montrent seulement une augmentation du nombre des consultations externes, à la fois référées et autoréférées (tableau 2)

Tableau 2: Nombre de consulations externes par référés et autoréférés

	1999	2000	2001	2002	2003 (jan-juin)
Consultation externe	**4,356**	**4,967**	**6,581**	**10,359**	**3,654**
Référés	nd	nd	nd	1,734	2,488
Autoréférés	nd	nd	nd	8,625	1,166
Référés %	*nd*	*nd*	*nd*	*17%*	*68%*

(Source) CHUM

Les données de 2002 appariassent biaisées, la suspension de la PFU ayant amené beaucoup de patients autoréférés à l'hôpital. Une enquête à petite échelle conduite auprès des patients internes au CHUM le 20 septembre 2003 a montré que la majorité (77%) des patients hospitalisés sont des cas référés.

4.1.2 Nombre de jours entre l'arrivée au CSB-CHD et arrivée au CHUM

En 2001, le délai nécessaire pour arriver au CHUM après la décision de référence a été étudié par le projet, à partir d'une question de l'enquête sur l'utilisation du système de santé.

L'équipe d'évaluation a repris la même question sur un petit échantillon pour comparer la différence sur deux ans. La taille de l'échantillon était de 30 patients (10 en maternité, 10 en pédiatrie et 10 en chirurgie). Le résultat montre que ce délai a sensiblement diminué, les patients arrivant plus tôt au CHUM (tableau 3).

Tableau 3: Nombre de jours entre l'arrivée au CSB-CHD et arrivée au CHU (%)

	2001	2003
Quelque heures	41.7	70
1 jour	26.8	10
2 jours	7.6	0
Plus de 2 jours	23.8	20

(Source) 2001: "Amélioration des moyens de communication et de transport pour le renforcement du système de référence et contre référence dans les six districts ciblésdans PA de Mahajanga
(Note) Enquête basée sur la population in 2001 (N=302)
Enquête basée sur l'hôpital in 2003 (N=30)

4.2. Amélioration de la confiance envers le CHUM

4.2.1 Taux d'occupation moyen au CHUM

Le taux d'occupation moyen des lits (TOM) a augmenté de 1999 à 2002 (tableau 4).

Tableau 4: Taux d'occupation moyenne 1999 - 2002 (%)

	1999	2000	2001	2002
Maternité	44.4	58.5	79.2	71.2
Chirurgie	50.3	19	20.6	50.6
Médecine aïgue	25.5	32.8	33.4	28.5
Médecine chronique	64.4	82.8	84.3	94.5
Pédiatrie	58.7	38.3	34.3	67.4
SUSI	12.6	31.1	69	75.4
Ensemble	47.4	41.0	44.9	55.9

(Source) CHUM

Cette augmentation concerne particulièrement la maternité et le SUSI

4.2.2 Degré de satisfaction des patients et de la population

Le tableau 5 montre l'augmentation du degré de satisfaction des patients et de la population locale pour tous les services du CHUM, particulièrement en ce qui concerne le restaurant.

Tableau 5: Degré de satisfaction envers le CHUM

	% très satisfait et satisfait			
	2001	N	2003	N
Sécurité	91.6	394	98.2	59
Qualité des soins	89.9	388	96.4	59
Equipements	86.5	386	87.7	59
Accueil des patients	87.5	407	88.2	59
Temps passé à l'attente	78.9	402	75.4	59
Qualité des chambres	87.8	385	92.4	59
Coût d'hospitalisation	55.7	393	69.8	59
Calme	92.2	396	98.1	59
Propreté	88.6	411	88.9	59
Cantine	33.2	356	81.8	59

(Source) Résultats des enquêtes en 2001 et 2003

4.2.3 Taux des patients référés directement des CSB-CHD à Antananarivo

Il n'a pas été retrouvé de données statistiques permettant de chiffrer cet indicateur et d'apprécier l'importance du nombre de patients adressés directement à Antananarivo.

4.2.4 Autres indicateurs montrant l'amélioration de la confiance au CHUM.

L'équipe d'évaluation a utilisé les indicateurs suivants (tableau 6) comme preuve de l'amélioration de la confiance au CHUM. Pendant les 4 dernières années, le nombre des patients externes et celui des examens de radiologie a augmenté respectivement de 137% et de 135%.

Tableau 6: Autres indicateurs

	1999	2000	2001	2002
Taux de mortalité néo-natale au CHUM (total)	nd	30.6% (juil-déc)	20% (jan - déc)	21.2% (juil-déc)
Nombre de consultation externe	4,356	4,967	6,581	10,359
Nombre d'examens laboratoires	45,521	46,831	65,356	49,854
Nombre d'examens radiologiques	3,951	3,833	8,210	9,300

(Source) CHUM

4.3 Détermination de tarifs de soins accessibles à la population

4.3.1 Nombre de conventions de soins avec le secteur privé

Le nombre de conventions négociées avec le secteur privé est passé de 3 en 1999 à 30 en 2003, mais une seule (La Poste et Télécommunications) a été formalisée et le CHUM fait des efforts pour finaliser les autres conventions.

Par ailleurs, la Direction du CHUM a signé d'autres modèles de convention pour bénéficier de services générateurs de fonds additionnels au budget de l'hôpital.

4.3.2 Recettes en provenance du service des consultations externes

Le tableau 7 montre l'accroissement des recettes venant des patients en consultation externe.

Tableau 7: Recettes du services des consultation externes au CHUM (2000 - 2003)

Année	Recettes (Fmg)	Variation annuelle
2000	35,540,470	-
2001	47,862,300	34.7%
2002	44,132,590	-7.8%
2003 (jan - aoû)	35,258,950	20% *(Projection)*

(Source) CHUM

4.3.3 Recettes en provenance du recouvrement des coûts

D'après le tableau 8, le revenu du CHUM, a continué à augmenter en dépit de la crise socio-politique et de la suspension partielle de la PFU en 2002. Ceci montre que l'objectif d'augmenter les recettes de 30% en 3 ans par la PFU a été atteint. Il est à noter que des cinq CHU/CHR du pays, seul le CHUM a augmenté ses recettes pendant la crise politique en 2002.

Tableau 8: Recettes de la PFU au CHUM (2000 - 2003)

Année	Recettes (Fmg)	Accroisement annuel
2000	832,485,799	-
2001	1,109,299,640	33.3%
2002	1,213,770,242	9.4%
2003 (jan - aoû)	934,926,342	16% *(Projection)*

(Source) CHUM

4.3.4 Prise en charge financière des indigents par le CHUM

Les tarifs des soins accessibles ne sont pas encore déterminés à partir de l'étude sur le financement des soins de santé. Le Comité de Travail chargé du financement des soins de santé pour les indigents vient seulement d'être mis en place en juillet 2003. Ce Comité a pour rôle de définir les critères d'identification des indigents et développer le système de financement des soins de santé.

4.4 Amélioration de l'organisation et de la gestion financière du CHUM

4.4.1 Diminution du délai de recouvrement des prises en charge financières

Le remboursement par les sociétés du coût des soins de santé de leurs employés est parfois en retard et fait l'objet de relances de la part du service gestionnaire. Ce problème reste d'actualité.

4.4.2 Régularité des rapports financiers et rapports d'activités

Le CHUM élabore et soumet à la fois les rapports financiers et d'activité de façon périodique mensuelle. Sur ce point la situation a progressé favorablement.

Dans le but d'améliorer la gestion au sein du CHUM et assurer sa transparence, d'autres efforts ont été faits, comme la mise en place du Service Porte et de la Caisse Centralisée, la tenue de conférences budgétaires pour présenter le bilan financier et la prévision budgétaire du CHUM.

4.5 Information des patients et de la population sur l'organisation du CHUM

4.5.1 Extension de la diffusion des informations sur le CHUM

L'équipe d'évaluation a effectué une autre enquête à petite échelle (N=30) pour savoir (a) si la population locale connaît les services offerts par le CHUM et (b) comment elle en a eu connaissance (tableau 9).

Tableau 9: Habitants informés sur le CHUM

	1999	2003
Echantillon	290	30
Oui	82%	90%
Non	17%	10%

(Source) 1999: Résultats d'enquête par l'équipe d'étude du concept de base
2003: Résultats d'enquête par l'équipe d'évaluation

Les résultats montrent que, du moins à Mahajanga I, 90% de la population connaissaient les activités du CHUM, et que les informations ont été obtenues principalement de l'équipe de l'hôpital (15), par la TV (13) et la radio (6).
Toutefois dans l'interview d'un groupe d'une cinquantaine de patients au CSB de Bekobay, seuls deux d'entre eux étaient déjà venus au CHUM et aucun d'entre eux n'en connaissait exactement le détail des services et les évolutions récentes.
La majorité d'entre eux étaient informés par des voisins, d'autres par la radio.

4.6. Autres résultats significatifs de l'évaluation

4.6.1 Mini-projets (annexe 7)

Le Projet a essayé d'atteindre ses objectifs proposés par la mise en place de différents mini-projets définissant des objectifs plus spécifiques illustrés dans le tableau 10. Cela a permis de traduire les objectifs plutôt généraux du SPP en des activités plus pratiques. Les champs d'action de ces mini-projets se recoupent et contribuent conjointement à l'atteinte des résultats du SPP II.

Tableau 10: Mini-projets et Activités

OBJECTIFS	Résultats du SPP II	Activités du SPP II	URSR	Staff Néonatal	Comité d'Hygiène	Service Chirurgie	Lab et SUSI	Indigents	Transparence
Augmentation du nombre de patients au CHUM	1	1.1	■						
		1.2	■	■					
		1.3	■	■					
		1.4	■	■					
	2	2.1	■	■					
		2.2		■	■	■			
		2.3	■	■		■	■		
		2.4		■	■		■		
		2.5					■		
		2.6			■	■	■		
		2.7				■			
		2.8		■	■	■			
		2.9							
	3	3.1						■	
		3.2						■	
		3.3							
	4	4.1	■						■
		4.2							■
	5	5.1	■						■

URSR : structure mise en place sur l'initiative du CHUM pour servir de liaison entre le CHUM et la DPS et renforcer le système de référence.

Staff néonatal : initialement créé pour améliorer les activités de l'unité néonatale et se développant par la suite en consultations prénatales sous la direction de la DPS.

Comité d'hygiène : service horizontal impliquant les sages-femmes et infirmières majors des services, mis en place pour contribuer à l'amélioration de l'hygiène et de la propreté en milieu hospitalier ainsi qu'à la prévention des infections nosocomiales.

Service de chirurgie : mis en place pour améliorer la gestion du fonctionnement du bloc opératoire, ayant pour objectifs bonne communication, discipline, motivation et formation

4.6.2 Equipements et réhabilitation

Pendant leur entretien, plusieurs personnes ont mentionné l'amélioration des équipements comme un facteur important non seulement de la crédibilité des usagers envers le CHUM, mais aussi de la motivation du personnel. La réhabilitation des locaux a nettement accru la satisfaction des patients, notamment pour le restaurant. Le CHUM a mis en place un Comité de Maintenance pour la gestion et pour la maintenance des équipements.

A ce jour, 15 septembre 2003, 95% des 834 appareils sont fonctionnels, ce qui est très positif. Toutefois, en ce qui concerne la maintenance et la réparation des équipements, un sérieux problème est soulevé par l'équipe de l'atelier concernant les pièces détachées qui ne sont pas disponibles auprès du fournisseur. Malgré les contrats de maintenance avec le fournisseur, le concessionnaire local n'est pas en mesure d'assurer le suivi des appareils, même sous garantie.

Un point positif important est à mentionner concernant le financement du coût de la maintenance que le CHUM a réussi à assurer ces trois dernières années. A partir de l'estimation faite en 1999 dans l'étude de conception du projet (290 757 000 FMG prévus) les dépenses annuelles se présentent ainsi :

277 278 000 FMG en 2001
143 238 200 FMG en 2002
231 076 000 FMG en 2003

Pour le gestionnaire de l'hôpital, le problème de maintenance ne se situe pas tant dans le financement que dans la disponibilité des pièces de rechange. Par ailleurs, il est soucieux du renouvellement des équipements dans l'avenir. L'IRCOD a appuyé le laboratoire depuis 1995 et a pris en charge la maintenance et la réparation des équipements de ce secteur. Leur appui reste cependant limité aux équipements qu'ils ont fournis et ne souhaitent pas l'étendre à l'ensemble de ceux de l'hôpital.

4.6.3 Impact de la crise socio-politique de 2002

La crise politique qui est survenue en 2002 a été un facteur externe inattendu. Les deux experts japonais et français ont été absents pendant plusieurs mois, et les activités planifiées ont dû être retardés. Les missions d'experts à court terme ont aussi été retardées et plusieurs activités ont en conséquence été suspendues, mais le personnel a toujours continué à assurer les tâches dont il avait la responsabilité dans toute la mesure du possible. Dès que la situation politique a été stabilisée, le personnel a pu rattraper le retard pris sur les activités planifiées malgré l'absence des deux experts.

4.6.4 La suspension de la PFU a eu également un sérieux impact sur la gestion financière du CHUM entraînant une perte chiffrée à 172 millions en 2002 et 122 millions jusqu'en août 2003.

Cependant, malgré ces pertes, les recettes du CHUM se montent à 1,213 milliards de FMG en 2002 et 935 millions jusqu'en août 2003. Ces chiffres correspondent à