

Gouvernance hospitalière à Madagascar

Toky Lalaina RANAIVOSAONA^{1*}

¹Université d'Antananarivo – Madagascar, ranaivosatonatoky@gmail.com

*Auteur correspondant

Résumé : Notre modèle bureaucratique de gouvernance du directeur est fondé sur les idées de Max Weber. On la combine ensuite avec la bureaucratie professionnelle avec des caractéristiques d'une structure organique et une dualité de pouvoir hiérarchique entre le pouvoir légal-rationnel des administrateurs et le pouvoir charismatique des médecins. Néanmoins cette tension s'apaise lors de la négociation de budget pour l'établissement hospitalier par le Directeur. Le modèle principal-agent est un moyen pragmatique de gérer les besoins d'un hôpital lorsque le Ministère de la tutelle ne peut pas déterminer ces besoins de manière précise. En revanche, cette méconnaissance des informations statistiques sur les paiements en milieu hospitalier augmente les risques de gonflement du budget de l'organisation par la direction. Les programmes d'administration et de coordination hospitalière découlent du Plan de Travail Annuel (PTA), conforme à la loi de finance et prévu par le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT). Le ministère de la Santé publique élabore le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS), évalué par le législatif conformément au principe de séparation des pouvoirs.

Mots-clés : contrôle administratif ; contrôle budgétaire ; contrôle politique.

Abstract: Our bureaucratic model of director governance is based on the ideas of Max Weber. It is then combined with professional bureaucracy with characteristics of an organic structure and a duality of hierarchical power between the legal-rational power of administrators and the charismatic power of doctors. However, this tension eases during the negotiation of the budget for the hospital by the Director. The principal-agent model is a pragmatic way to manage the needs of a hospital when the supervising Ministry cannot determine these needs precisely. On the other hand, this lack of knowledge of statistical information on payments in hospitals increases the risks of management inflating the organization's budget. The hospital administration and coordination programs arise from the Annual Work Plan (PTA), in accordance with the finance law and provided for by the Medium-Term Expenditure Framework (CDMT). The Ministry of Public Health develops the Health Sector Development Plan (PDSS), evaluated by the legislature according to the principle of separation of powers.

Keywords: administrative control, budgetary control, political control.

Classification JEL : I 100.

1. Introduction

La gouvernance hospitalière constitue un enjeu important dans l'industrie des soins de santé, où une grande partie des produits et services ne sont pas commercialisables, comme l'a souligné la théorie néo-classique. Celle-ci, traditionnellement axée sur l'optimalité, ne s'applique donc pas adéquatement au marché des soins de santé en raison de l'incertitude et de l'irrégularité de l'offre. Cette situation est particulièrement problématique dans les contextes où la demande de soins de santé

est incompressible, pouvant entraîner des dépenses catastrophiques pour les ménages si des solutions concrètes sur l'accessibilité ne sont pas mises en place.

Dans ce cadre, les hôpitaux jouent un rôle essentiel en tant qu'institutions capables de pallier les défaillances du marché en matière d'accès aux soins. Cette étude se propose d'examiner la gouvernance hospitalière à Madagascar, en la situant parmi les théories et concepts de gouvernance hospitalière à l'échelle mondiale.

L'objectif de cet article est d'analyser la situation des hôpitaux à Madagascar à travers le prisme des théories et concepts de gouvernance hospitalière. Nous posons l'hypothèse que la bonne gouvernance et les modes de financement adéquats peuvent compenser le manque d'optimalité du marché des soins hospitaliers et ainsi améliorer l'accès aux soins.

Afin de satisfaire les besoins en soins de santé de qualité, durables et accessibles pour l'ensemble de la population malgache, nous cherchons à répondre à la question suivante : comment l'État procède-t-il pour gouverner les hôpitaux publics à Madagascar, et comment peut-on classer ces pratiques parmi les différents concepts et théories académiques dans le domaine de la gouvernance hospitalière ?

2. Méthodes

Les critères utilisés pour sélectionner les études à inclure dans l'analyse sont les types de publications dans des revues à comité de lecture, des ouvrages et des articles qui examinent la gouvernance hospitalière. Les bases de données consultées sont :

- PubMed : Une base de données principalement axée sur les sciences de la vie et la biomédecine, mais inclut également des articles sur la gestion des soins de santé. [PubMed] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)
- Google Scholar : Un moteur de recherche académique qui indexe une vaste gamme de publications scientifiques provenant de diverses disciplines. [Google Scholar] (<https://scholar.google.com/>)
- Scopus : Une des plus grandes bases de données de résumés et de citations de littérature scientifique, couvrant une large gamme de disciplines scientifiques et techniques. [Scopus] (<https://www.scopus.com/>)
- EconLit : Une base de données bibliographiques en économie, couvrant des revues économiques, des livres, des actes de conférences, et des thèses. [EconLit] (<https://www.aeaweb.org/econlit/>)

Les ouvrages et articles ont été sélectionnés par étapes de filtrage des titres, des résumés, et enfin si l'ouvrage ou l'article présélectionné nous intéressent, on scrute les textes complets.

3. Matériel

Bon nombre de documents stratégique, guides et instruments juridique ont été mobilisés pour déduire les pratiques du gouvernement :

- Politique Générale de l'Etat
- Plan de Développement du Secteur santé
- Loi n°2011-003 relative à la réforme hospitalière
- Décret n°2015- 0667 fixant création de l'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitaliers Universitaires, en abrégé CHU.
- Décret n° 2024-481 modifiant et complétant certaines dispositions du décret n°2015-0667
- Manuel PEFA, Volume II : Guide pratique d'évaluation PEFA
- Manuel pour Gestion Axée sur les Résultats et l'Agenda 2030 pour le développement durable
- Guide pratique d'élaboration des Cadres de Dépenses à Moyen Terme ministériels
- Guide pratique d'élaboration du Plan de Travail Annuel

4. Résultats

4.1. La politique générale de l'Etat (PGE)

Selon le PGE en 2019 : « ...Il sera procédé à la mise aux normes et l'équipements de nos hôpitaux et centres de soin, au niveau des régions et des districts pour assurer des soins de qualité... ». Il y a continuité de la politique hospitalière, la priorité donnée au Capital Humain qui intègre la santé et l'éducation fait déjà partie des trois piliers du PGE pour le deuxième quinquennat.

4.2. La politique hospitalière à Madagascar

4.2.1. Objectifs et priorité

En matière de politique nationale hospitalière, les objectifs et priorités consistent à garantir un niveau élevé de soins de santé à Madagascar, en mettant l'accent sur l'accès équitable aux soins, la qualité des soins et la protection des patients.

La loi est la mise en œuvre des politiques publiques alors en matière de politique hospitalière, la loi n° 2011 - 003 portant réforme hospitalière, dans le chapitre 1 du titre 1 établit le cadre général de la politique hospitalière en définissant les missions et les obligations des établissements hospitaliers, ainsi que la notion de Service Public Hospitalier. La « Charte du patient » est également mentionnée, ce qui renforce les droits et obligations des usagers.

Les établissements hospitaliers sont chargés du diagnostic, du traitement et de la surveillance des patients, ainsi que de leur hospitalisation lorsque nécessaire. La qualité des soins et la continuité des traitements sont des objectifs essentiels.

Les établissements sont classés en établissements publics, privés lucratifs ou non lucratifs, et les établissements des armées. Le service public hospitalier garantit un accès équitable aux soins pour tous, sans discrimination, et assure l'accueil en urgence des patients nécessitant des soins, jour et nuit.

Les établissements participants au service public hospitalier doivent disposer des moyens nécessaires pour dispenser des soins de qualité et doivent assurer la prise en charge des patients référés ou les diriger vers d'autres établissements si nécessaire. Tout établissement recevant un patient référé doit transmettre un résumé du dossier médical au praticien qui l'a référé.

En plus des missions de base, le service public hospitalier participe à des activités de médecine préventive, à l'enseignement universitaire en santé, à la recherche médicale, etc. La loi sur la réforme hospitalière indique que la participation des établissements des armées au service public hospitalier est réglementée. Les établissements doivent assurer un service minimum dans des situations exceptionnelles pour garantir la continuité des soins.

En cas de force majeure, le personnel hospitalier peut être réquisitionné par le Ministre de la Santé. Les praticiens et le personnel paramédical doivent informer les patients, en respectant leur niveau de compréhension et les règles professionnelles. Le personnel hospitalier est tenu au secret médical et professionnel, sauf en cas de signes de maltraitance sur un enfant, où un rapport médico-légal doit être dressé. Un dossier médical doit être établi pour chaque patient et conservé pendant au moins dix ans, conformément à la législation en vigueur.

4.2.2. Financement et ressources

Une politique hospitalière doit définir les mécanismes de financement, y compris les budgets alloués, les sources de financement (public, privé, assurance maladie, etc.) et les stratégies pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles, telles que les infrastructures, le personnel et les équipements médicaux conformément aux titre 3 de la loi n° 2011 - 003 relative aux réformes hospitalières.

Les principes de financement des établissements hospitaliers consistent en la conservation des recettes propres, les fonds d'équité hospitaliers et les systèmes de tiers payants. Le contrôle de la

gestion et l'audit des établissements hospitaliers accompagne toujours ces principes de financement, ainsi divers aspects allant de la gestion des ressources financières à la supervision et à la régulation de ces institutions de santé sont concernés.

En ce qui concerne les Ressources et Emploi :

- Les établissements hospitaliers publics ont le droit de recouvrer et de gérer toutes leurs ressources, qu'elles proviennent de leurs activités ou qu'elles leur soient allouées par l'État sous forme de subventions ou de crédits.
- Les fonds attribués sont placés sur des comptes de dépôt au Trésor public, mais les établissements ont la possibilité de déposer leurs recettes propres dans des comptes bancaires commerciaux.
- Pour les établissements non érigés en établissements publics de santé, leurs crédits sont inscrits dans le Budget Général de l'État, mais ils peuvent également créer des comptes d'affectation spéciale pour utiliser leurs recettes de manière autonome, sous réserve de respecter les procédures établies.

Pour les Financements Spécifiques des Soins Hospitaliers :

- Il est prévu de développer des alternatives au paiement direct individuel pour les soins médicaux, tout en maintenant la participation financière des usagers comme règle générale.
- Un Fonds d'Équité Hospitalier est instauré dans chaque établissement pour assurer une prise en charge durable des patients démunis, avec des dispositions réglementaires précisant son fonctionnement et son contrôle.
- Les systèmes de tiers payants doivent garantir leur pérennité au-delà du financement initial, et l'État s'engage à encourager la création de structures de tiers payants répondant à certaines normes.

Quant au Régime Financier et Comptable :

- Les établissements publics de santé sont soumis aux règles de la comptabilité publique, avec une séparation des fonctions des ordonnateurs et des comptables.
- Les règles de gestion budgétaire et comptable sont fixées par voie réglementaire, avec des dispositions spécifiques concernant la conservation et l'utilisation des recettes propres, ainsi que la création et l'utilisation de caisses d'avance.
- Le budget des établissements est présenté sous forme de budget de programme, soumis à diverses instances pour validation, et un Plan Comptable Hospitalier est établi, adapté à chaque établissement.
- En termes de contrôle :
- Le contrôle de la gestion et de l'audit des établissements hospitaliers publics est assuré par les organes de contrôle de l'État et des différentes tutelles.

Bref la politique hospitalière établit un cadre complet pour le financement et le contrôle des établissements hospitaliers publics, visant à garantir une gestion transparente et efficiente des ressources, ainsi qu'une accessibilité accrue aux soins de santé pour tous.

4.2.3. Gouvernance et gestion

La politique hospitalière consiste aussi en la mise en place de structures de gouvernance efficaces pour superviser les activités hospitalières, prendre des décisions stratégiques et assurer une gestion transparente et responsable. La gouvernance peut inclure des conseils d'administration, des comités de direction, des politiques de gestion des risques, etc. La Direction, dirigée par un Directeur nommé par décret en conseil de gouvernement, est chargée d'animer, contrôler et coordonner les activités, exécuter les décisions du CA, représenter le centre légalement, et est assistée d'un Directeur Adjoint Technique et d'un Directeur Adjoint Administratif et Financier. Ces postes exigent des qualifications spécifiques et sont nommés par le Ministre de la Santé.

- *L'Agence Nationale Hospitalière (ANH) et la Direction Centrale :*

Ces deux entités, joueront des rôles stratégiques dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière. L'ANH est chargée de piloter la réforme, d'être un observatoire du système hospitalier,

de mener des études stratégiques et de conseiller le Ministère de la Santé. Les détails sur le statut, la composition et le fonctionnement de l'ANH sont définis par voie réglementaire. La Direction Centrale, quant à elle, est chargée de mettre en œuvre la réforme avec le soutien de l'ANH, d'assurer le suivi et le contrôle des établissements hospitaliers publics et privés et d'harmoniser les normes. Ses attributions et son fonctionnement sont également réglementés.

L'ANH se voit confier un large éventail de responsabilités, allant du pilotage de la réforme à la conduite d'études stratégiques et à la fourniture de conseils au Ministère de la Santé. Cela suggère une approche proactive pour répondre aux défis du système hospitalier, mais il reste à voir comment ces missions seront concrètement mises en œuvre.

Le statut, la composition et les modalités de fonctionnement de l'ANH ainsi que de la Direction Centrale seront fixés par voie réglementaire. Cela soulève des questions sur la flexibilité et l'adaptabilité de ces structures aux évolutions futures du système de santé. Il est important que le cadre réglementaire soit conçu de manière à permettre des ajustements en fonction des besoins changeants du secteur hospitalier.

Le fait que la Direction Centrale soit directement rattachée au Secrétariat Général du Ministère de la Santé peut assurer une coordination efficace et une communication fluide entre les différentes entités. Cependant, cela pourrait également soulever des préoccupations concernant l'indépendance et l'impartialité de la Direction Centrale par rapport aux intérêts politiques ou bureaucratiques.

Les missions de la Direction Centrale incluent la mise en œuvre de la réforme hospitalière, la supervision des établissements hospitaliers, et l'harmonisation des normes. Cela nécessitera une expertise technique et une capacité de gestion solides pour garantir une mise en œuvre efficace et équitable de la réforme à travers le pays.

- *Organisation du système hospitalier public :*

Ici on détaille l'organisation des établissements hospitaliers publics, y compris leur dénomination, leurs missions, leur structure administrative et technique, ainsi que leur gouvernance. On souligne également l'importance de l'enseignement, de la formation et de la recherche dans le milieu hospitalier.

Les établissements hospitaliers publics sont classés en fonction de leur niveau de spécialisation et de leurs missions. Cette classification permet une meilleure compréhension des services offerts par chaque établissement, mais elle pourrait également entraîner des disparités dans l'accès aux soins en fonction de la localisation géographique : « selon leur localisation, leurs caractéristiques juridiques, administratives et techniques et leurs vocations respectives : Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Centre Hospitalier de Référence Provinciale et Régionale (CHRP /CHRR), Centre Hospitalier de Référence des Districts (CHRD), et détermine les prestations dispensées à chaque niveau : premier niveau (district), deuxième niveau (Province / Région), troisième niveau (National. » (Loi n° 2011-003, 2011).

On accorde une certaine autonomie aux établissements hospitaliers publics, notamment en ce qui concerne leur organisation interne, leur recrutement de personnel, et la gestion de leurs ressources. Cela peut favoriser l'efficacité et la flexibilité, mais il est essentiel de garantir que cette autonomie ne compromette pas la qualité des soins ni l'égalité d'accès aux services de santé. « Les Etablissements Hospitaliers Publics peuvent être érigés en Etablissement Public à caractère Administratif portant appellation d'Etablissement Public de Santé (EPS) en raison de la spécificité de leurs missions et de leurs modes de fonctionnement. Ce statut d'EPS renforcera l'autonomie de gestion des établissements, permettra une gestion plus souple, mieux comprise et partagée avec les équipes professionnelles de santé. La Direction et le personnel sont responsables devant le Conseil d'Administration et parallèlement les tutelles renforcent leurs mécanismes d'évaluation et de contrôle. » (Loi n° 2011-003, 2011)

Une double tutelle financière et administrative est affectée à l'établissement hospitalier public, assuré respectivement par le Ministère des Finances et du Budget et par le Ministère de la Santé. Cette double tutelle pourrait susciter des problèmes de coordination et de gouvernance, nécessitant une clarification des rôles et des responsabilités des différentes parties prenantes. Alors les relations

hiérarchiques et fonctionnelles ainsi que l'articulation et complémentarités entre les établissements sont précisées par voie réglementaire.

La Carte Hospitalière est un sous-ensemble de la carte sanitaire nationale et cette carte détermine des structures et ressources nécessaires à la prise en charge des soins hospitaliers qui sont actualisés au moins tous les cinq ans.

L'Organisation Fonctionnelle consiste, pour les Établissements Publics de Santé (EPS), dans les rapports de pouvoir entre le Conseil d'Administration, Direction et l'Organe Consultatif (CME, Commission des Soins Paramédicaux, Comité d'Établissement). Chaque EPS doit avoir un Conseil d'Administration (CA) et une Direction. Le CA, responsable de la gestion financière, du programme de développement et du budget, était constitué de représentants ministériels et territoriaux, avec des membres nommés pour deux ans.

Le Président était désigné par le Ministre de la Santé. L'EPS doit également élire deux représentants du personnel. Pour les autres établissements, ils sont aussi dotés de Chef d'établissement et d'Organe Consultatif (Conseil de Gestion, Commission Médicale et des Soins, Comité d'Établissement). Les règles de désignation des membres et modalités de fonctionnement sont fixées par voies réglementaires.

Le texte propose une classification des établissements hospitaliers publics en fonction de leur niveau de spécialisation et de leurs missions. Cette classification permet une meilleure compréhension des services offerts par chaque établissement, mais elle pourrait également entraîner des disparités dans l'accès aux soins en fonction de la localisation géographique.

Les établissements hospitaliers publics sont autonomes, notamment en ce qui concerne leur organisation interne, leur recrutement de personnel, et la gestion de leurs ressources. Cela peut favoriser l'efficacité et la flexibilité, mais il est essentiel de garantir que cette autonomie ne compromette pas la qualité des soins ni l'égalité d'accès aux services de santé.

En ce qui concerne l'organisation technique, l'hôpital est organisé en départements et en services, les conditions et modalités de nomination des responsables sont fixées par voie réglementaire.

4.2.4. Prestation des soins

Les politiques hospitalières définissent les normes et les lignes directrices pour la prestation des soins de santé, y compris les protocoles cliniques, les pratiques de sécurité des patients, les processus d'accréditation et de certification, ainsi que les mesures de qualité et de performance.

Les catégories différentes d'offre d'hospitalisation ont chacune ces différentes tarifications. Les modalités de classification, d'organisation, de tarification et de gestion des catégories d'hospitalisation sont fixées par voie réglementaire.

Les situations d'urgence médicale sont prises en charge immédiate sans paiement préalable. Il est nécessaire d'accomplir des formalités administratives et financières pour l'admission et la prise en charge des soins. Jusqu'à autorisation de sortie du patient ou transfert vers un autre établissement, l'établissement hospitalier est responsable. La procédure en cas de demande de sortie est sous avis médical.

Les établissements hospitaliers publics participent à la formation initiale et continue des professionnels de santé, ainsi qu'à la recherche médicale. Cela reflète la nécessité d'intégrer l'enseignement et la recherche dans le cadre des soins de santé, mais il est important de garantir que cela ne compromette pas la qualité des soins aux patients.

Il est aussi utile de mettre en place des systèmes d'information et d'évaluation pour suivre les activités et évaluer la qualité des soins dans les établissements hospitaliers publics. Cela peut contribuer à l'amélioration continue des services de santé, mais il est important de garantir la confidentialité des données des patients et d'assurer une utilisation éthique des informations recueillies.

La mise en œuvre effective de tous ces organisations nécessiteront une gestion prudente pour équilibrer l'autonomie des établissements avec la nécessité de garantir des normes de qualité et d'équité dans la prestation des soins de santé.

4.2.5. Collaboration et partenariats

Les hôpitaux peuvent être appelés à collaborer avec d'autres acteurs du système de santé, tels que les fournisseurs de soins primaires, les institutions de recherche, les organismes gouvernementaux, les organisations non gouvernementales, etc. Les politiques hospitalières doivent encourager et faciliter ces collaborations pour garantir une prestation efficace et intégrée des soins.

Les groupements de coopération inter-hospitalière (Article 18, (Loi n° 2011-003, 2011)).

Les Contrats de partenariat public/privé pour les établissements hospitaliers publics (Article 19, (Loi n° 2011-003, 2011))

La coopération internationale des établissements hospitaliers (Article 20, (Loi n° 2011-003, 2011))

L'acceptation des dons (Article 21, (Loi n° 2011-003, 2011))

En résumé, il s'agit ici des mécanismes et des cadres réglementaires pour encourager la coopération entre les établissements hospitaliers, faciliter les partenariats public-privé et promouvoir la coopération internationale, tout en assurant la transparence, la conformité aux lois et la sécurité des pratiques.

4.2.6. Évaluation et surveillance

Les politiques hospitalières doivent inclure des mécanismes d'évaluation et de surveillance pour suivre les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés, identifier les lacunes et les opportunités d'amélioration, et garantir la responsabilité et la transparence dans la gestion des ressources et la prestation des soins. Tous cela peut contribuer à l'amélioration continue des services de santé, mais il est important de garantir la confidentialité des données des patients et d'assurer une utilisation éthique des informations recueillies. (Loi n° 2011-003, 2011)

4.3. La gouvernance hospitalière à Madagascar

La politique de santé détermine le mode de financement du système de santé. Un financement adéquat est important pour garantir l'accès aux soins, notamment en assurant la disponibilité des infrastructures médicales et du personnel médical.

Face aux défis prescrits dans le PDSS, qui a comme vision « une population Malagasy en parfait état de santé, contribuant à la construction d'une nation moderne et prospère », les établissements hospitaliers sont des acteurs présents et actifs dans la réalisation des activités relevant de ces missions élaborées à partir d'un plan de travail annuel. Chaque établissement hospitalier public est assigné à deux programmes classiques qui consistent en l'*Administration et coordination* (qui est le programme support) et la fourniture *de service de soin de qualité* (qui est la politique publique).

Alors, la politique hospitalière peut s'évaluer en termes de qualité de soin, c'est-à-dire en examinant des indicateurs tels que la sécurité des patients, les résultats cliniques, la satisfaction des patients et la conformité aux normes de qualité établies. Mais on peut aussi l'examiner à partir de l'impact de la politique sur les coûts pour les patients. Si la politique vise à améliorer l'accessibilité financière des soins, il est important de mesurer si les coûts pour les patients ont diminué et si cela a conduit à une meilleure utilisation des services.

La gouvernance des infrastructures est pour nous la clé pour améliorer l'accès aux soins à Madagascar. En effet, le chef de l'Etat donne des directives pour l'accès aux services de soin de qualité. « ...Il sera procédé à la mise aux normes et l'équipements de nos hôpitaux et centres de soin, au niveau des régions et des districts pour assurer des soins de qualité... » (Politique Générale de l'Etat, 2019). Dans le domaine hospitalier public, c'est « ...appliquer la réforme hospitalière et la mise aux normes des centres hospitaliers conformément à la réglementation en vigueur... » (Politique Nationale de la Santé, 2016).

Les stratégies, les décisions et les initiatives mises en place par un gouvernement pour gérer, organiser et améliorer le système de soins hospitaliers au niveau national seront analysées et notre analyse de gouvernance assimilera les critères de « responsabilités imputable » au mandant d'exécution de la politique nationale en matière d'hôpital publique.

Selon l'Article 5 du Décret n°2015-0667, « Les organes d'administration et de gestion de chaque CHU sont :

- Le Conseil d'Administration, organe délibératif, qui valide la politique générale de l'Etablissement,
- La Direction de l'Etablissement, organe exécutif, qui assure la gestion et l'administration générale de l'Etablissement,
- Les organes consultatifs composé du Conseil Médical Hospitalo-Universitaire (CMHU), de la Commission des Soins Paramédicaux (CSP) et du Comité d'établissement (CE) » (Décret n°2015-0667, 2015).

Cet article 5 illustre deux bases théoriques de notre analyse : la première est la forme d'influence à l'intérieur et à l'entour d'une organisation hospitalière modéliser par Henri Mintzberg (Mintzberg, 1983) ; le second est que la théorie de l'agence (Ross, 1973) est utilisé à Madagascar pour gouverner les Etablissement Publics de Santé.

Les articles 22, 35, 36 et 40 soulèvent un point important comme quoi l'organisation hospitalière est une arène de pouvoir.

Selon l'article 46 du Décret n°2015-0667 : « L'exercice comptable commence le 01 janvier et se termine le 31 décembre » ; Art 47 : « ...Le projet de budget préparé par le Directeur est communiqué pour avis du contrôle financier, puis présenté au conseil d'Administration au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle prévue pour son exécution. Il est ensuite visé, dans sa forme définitive, par le Contrôle financier, puis approuvé par les Ministères de tutelle technique et financière. Le Directeur de l'Etablissement notifie le budget approuvé à l'Agent comptable et en adresse un exemplaire au Contrôle financier ». Voici un exemple de document de performance que peut contenir un compte Administratif :

- Etablissement : CHU-JRB
- Budget :04
- Mission : 710 – SOINS FORMATIONS ET RECHERCHES –
- Programme : 024 – Administration et coordination – 508 – Fourniture des soins de santé de qualité –
- Objectif : 0241– Amélioration de l'organisation et de la gestion de la CHU-JRB – 5083 – Dispenser une prise en charge total et de qualité –

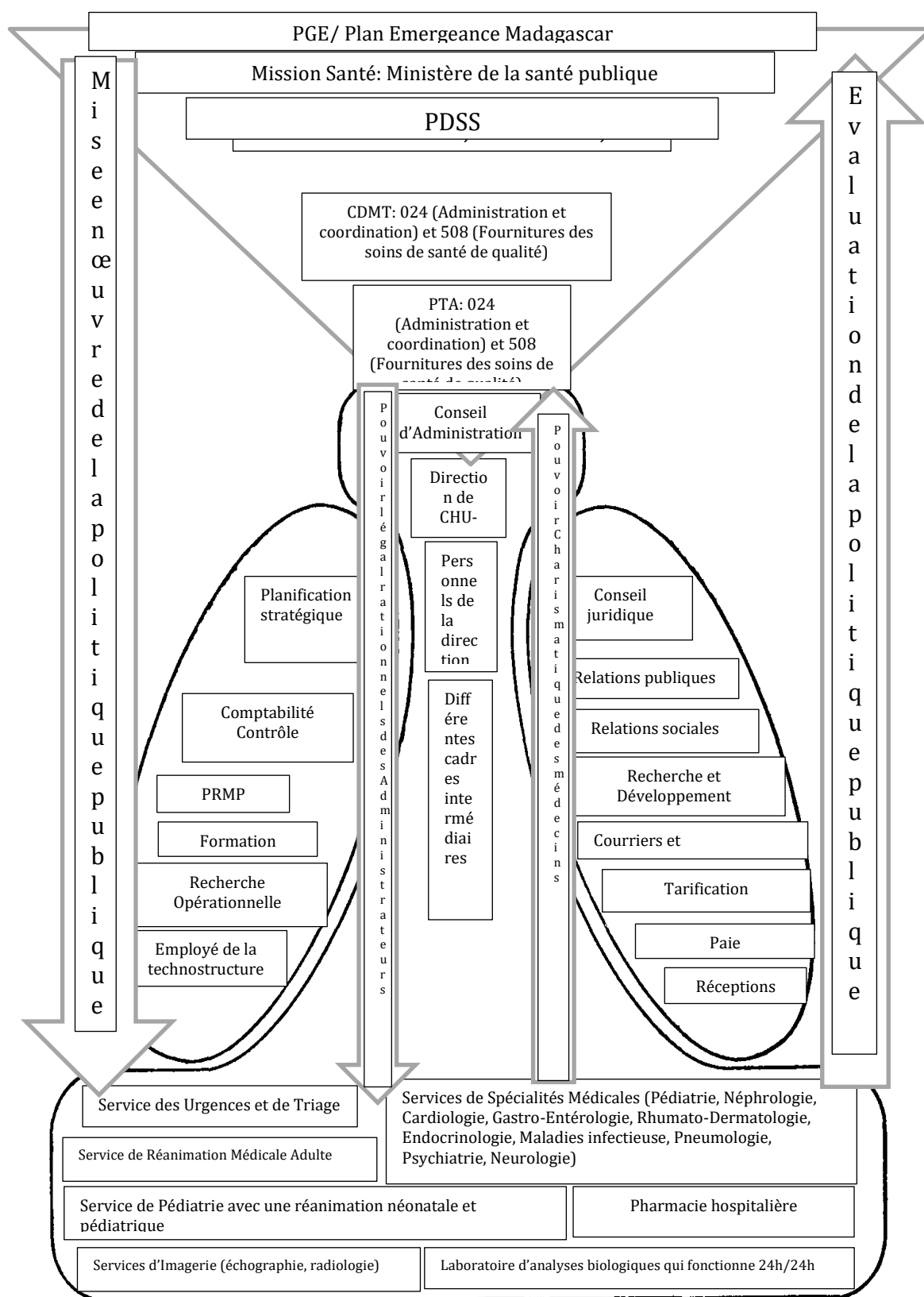
Tableau 1. Document de performance – CHU-JRB – 04 – 710 – 024/508

1. FICHE DE SUIVI DE PERFORMANCE

Mission	Prog	Objectif	Indicateur	Unité	Plan de réalisation des objectifs												Objectifs réalisés												Ecart							
					T1				T2				T3				T4				T1				T2				T3				T4			
					Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%				
710	024	0241	02411	Nombre	5 500	25	11 500	52	18 500	79	24 000	100	5 412	22	9 892	41	15 000	62	20 015	83	86	3	1 608	11	3 497	17	3 985	17								
	508	5083	50831	%		10		10		10		10	15,8		14,9		17	15,8		4		5		1		3		5								
			50833	Nombre	160	94	170	97	170	97	170	100	169	96	168	96	167	95	157	95	4	-2	2	1	3	2	3	5								
			50834	%		74		78		80		74,5	84		57		57		60		10		21		23		16									
			50835	Nombre	5000	22	11000	47	18000	78	23 000	100	3474	16	6778	26	10281	44	14110	61	1 528	6	4 222	18	7733	34	8890	3								

Source : Compte administratif 2018 – Document de crédit
du centre hospitalier universitaire Joseph RASETA BEFELATANANA

Figure 1. Gouvernance hospitalière cas de Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana (CHU-JRB), approche inspirée de la bureaucratie professionnelle de H. Mintzberg



La seconde instance de gouvernance est le premier homme le plus puissant au sein d'une organisation hospitalière est le Directeur de l'hôpital. Selon le nouvel article 15 du décret n° 2024-

481 modifiant et complétant certaines dispositions du décret n° 2015-0667 fixant création, organisation et fonctionnement des CHU : « ...Le Directeur d'Etablissement est l'ordonnateur principal du budget de l'établissement... » (Décret n°2024-481, 2004). Ainsi, on peut affirmer que la théorie de l'agence est appliquée à Madagascar pour gouverner les Hôpitaux Publique.

La figure issue de nos observations des faits au sein de la CHU-JRB illustrée ci-après modélise la façon dont les exécutifs à Madagascar gouvernent les hôpitaux publics en général.

5. Discussion et conclusion

La théorie de « bureaucratie » de Max Weber est le fondement de notre approche de gouvernance des établissements publics. En effet, elle priorise la légalité et la rigidité des procédures, pourtant, les activités hospitalières exigent beaucoup d'ajustements minutieux et organisés.

Alors, à cause de la nécessité de cet effet d'ajustement mutuel dans une structure organique, on comble nos analyses des concepts issus de la « bureaucratie professionnelle » au sens de H. Mintzberg mais ce concept organisationnel fait apparaître deux types de structures hiérarchiques contradictoires au centre d'une organisation hospitalière qui sont le « pouvoir légal rationnel » des administrateurs non-professionnels et le « pouvoir charismatique » des professionnels de la santé. L'amélioration de la qualité de l'offre de l'hôpital commence par la résolution de ce conflit entre deux natures de pouvoir au sein de l'hôpital.

L'incapacité du Ministère de tutelle à déterminer les besoins dans l'hôpital l'oblige à recourir au modèle du « principal-agent ». Ce modèle est pratiqué à Madagascar. L'article 15 du décret n°2024-481 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi 2015-0667 explique que le directeur d'Etablissement Public de santé assure la gestion de son établissement et est l'ordonnateur principal de l'établissement. Il est donc l'agent du Ministère et principal des médecins.

Sur le contexte international, la volonté de maîtrise des coûts de transactions au sein de l'hôpital nous suggère la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière. Les contrats d'incitations sont les piliers de ce modèle mais la sur-réglementation de l'activités coûte cher et surtout, cela entraîne une défaillance de la performance des agents « trop de loi tue la loi ».

L'intégration des nouvelles priorités sous-estimées par la NGP constitue le socle des nombreuses théories « post-NGP ». Les différentes labélisations et innovations managériales racontent tous les différents axes de priorité censés améliorer la qualité du service hospitalier.

La particularité de Madagascar, dans tous ces labyrinthes de conception de gouvernance hospitalière, est que le nombre des textes régissant les métiers autour de soins hospitaliers est encore relativement raisonnable. Les différentes propositions d'innovation dans le domaine hospitalier entamée pour le cas de Madagascar sont donc encore engagées dans un contexte théorique classé parmi la nouvelle gouvernance hospitalière (NGH), jusqu'à ce qu'on ait atteint un seuil critique des lourdeurs des coûts des différentes réglementations du secteur hospitalier.

Alors, nos analyses sont encore classées dans le registre de la « Nouvelle Gestion Publique (NGP) » (Merrien, 2002), malgré l'évolution du contexte théorique académique depuis 2015 vers les théories « post-NGP ». La particularité profonde de notre approche est que l'on retient le meilleur discours de NGP sur la théorie du choix public, sans jamais atteindre la privatisation, car le marché de soin ne le permet pas. Notre ultime ambition est que l'hôpital public comble la défaillance du marché, en ayant recours au financement innovant.

L'incapacité du Ministère de la tutelle à déterminer les besoins d'un hôpital peut découler de divers facteurs tels que le manque d'expertise directe, l'absence d'informations en temps réel sur les besoins changeants et la complexité du système de santé. Face à cette complexité, le modèle du « principal-agent » est souvent adopté pour gérer la relation entre le Ministère et l'hôpital, avec le directeur agissant comme agent du Ministère et principal des médecins.

Ce modèle vise à aligner les intérêts de l'agent (le directeur) sur ceux du principal (le Ministère), mais aussi sur ceux des autres parties prenantes, comme les médecins et les patients. Cependant, il présente des avantages et des inconvénients.

Le modèle principal-agent permet au Ministère de déléguer certaines responsabilités à des agents locaux qui sont plus proches de la situation sur le terrain. Le directeur peut ainsi mieux comprendre les besoins spécifiques de l'hôpital.

Ce modèle peut offrir une certaine flexibilité pour prendre des décisions rapides et adaptées aux circonstances locales. Le directeur peut réagir plus efficacement aux besoins immédiats. Le directeur possède une connaissance approfondie de la situation à l'intérieur de l'hôpital, ce qui lui permet de prendre des décisions plus éclairées en matière de gestion des ressources et de prise en charge des patients.

Les intérêts du Ministère, du directeur, des médecins et des patients peuvent cependant diverger. Le directeur peut être tenté de prioriser les intérêts des médecins pour maintenir un bon climat de travail, même si cela ne correspond pas toujours aux besoins de l'hôpital.

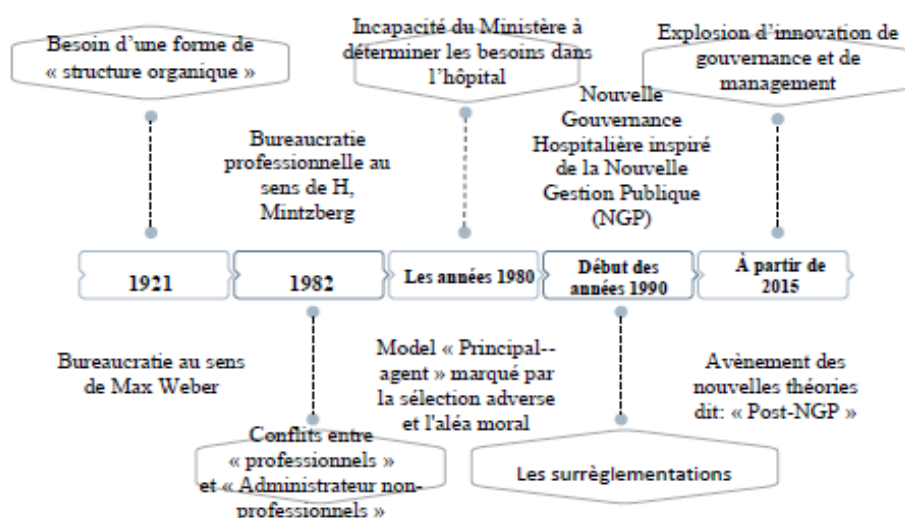
Le Ministère peut ne pas avoir une vue complète et précise de ce qui se passe dans l'hôpital au quotidien, créant ainsi une asymétrie d'information. Le directeur pourrait potentiellement manipuler les informations transmises au Ministère pour favoriser ses propres intérêts.

L'hypothèse que la bonne gouvernance et les modes de financement adéquats peuvent compenser le manque d'optimalité du marché des soins hospitaliers est confirmée. En cas de problèmes ou de mauvaise gestion, il peut être difficile de déterminer qui est responsable. Politiquement, en vertu du principe de séparation de pouvoir dans un contexte démocratique, le Ministère de la santé publique pourrait être tenu pour responsable des problèmes au sein de l'hôpital.

Les missions déléguées au directeur sont les deux programmes classiques qui consistent en l'*Administration et coordination* (qui est le programme support) et la *fourniture de service de soin de qualité* (qui est la politique publique). En vertu du principe de séparation de pouvoir, et selon l'article 101 de la constitution du quatrième République de Madagascar, le Ministre de la santé publique, membre du gouvernement, est responsable devant l'assemblée nationale de l'efficacité de la politique hospitalière. Cette forme de contrôle politique illustre la séparation de pouvoir.

En somme, le modèle principal-agent peut être un moyen pragmatique de gérer les besoins d'un hôpital lorsque le Ministère de la tutelle ne peut pas déterminer ces besoins de manière précise. Cependant, il nécessite une surveillance étroite pour éviter les conflits d'intérêts et pour s'assurer que les décisions prises par le directeur sont en accord avec les objectifs globaux de la santé publique. En effet, les contrôles administratifs en matière d'hôpital sont effectués par le ministère de la santé publique et le contrôle budgétaire sont effectués par le contrôle financier et le Ministère de l'Economie et des finances.

Figure 2. Etat de lieu des différentes théories sur la gouvernance hospitalière



Source : Auteur

Bibliographie

1. Arrow, K.J. (1978). Uncertainty and the welfare economics of medical care. in *Uncertainty in Economics*. Elsevier, pp. 345–375.
2. Décret n°2015-0667 (2015). Fixant création de l'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitaliers Universitaires, en abrégé CHU.
3. Décret n°2024-481 (2004). Modifiant et complétant certaines dispositions du décret n°2015-0667.
4. Loi n° 2011-003 (2011). Loi portant réforme hospitalière, Journal Officiel de Madagascar.
5. Merrien, F.-X. (2002). La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (41), pp. 95–103.
6. Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Librairie Eyrolles.
7. Mintzberg, H. (1983). *Le pouvoir dans les organisations*. 2ème édition, Librairie Eyrolles.
8. Politique Générale de l'Etat (2019). Politique Générale de l'Etat.
9. Politique Nationale de la Santé (2016). Politique Nationale de la Santé.
10. Ross, S.A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *American economic association*, 63(2).
11. Weber, M. (1971). *Économie et société*. Librairie Plon.